



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
MEDICINA

COMPARACIÓN DEL RENDIMIENTO DE DOS GUÍAS CLÍNICAS PARA EL
DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN POSTPARTO EN EL SERVICIO DE
OBSTETRICIA EN UN HOSPITAL NACIONAL DE NIVEL III - 1 DE LIMA,
PERÚ: ESTUDIO DE COHORTE PROSPECTIVA

COMPARISON OF THE PERFORMANCE OF TWO CLINICAL GUIDELINES
FOR THE DIAGNOSIS OF POSTPARTUM DEPRESSION IN THE
OBSTETRICS SERVICE OF A LEVEL III - 1 NATIONAL HOSPITAL IN
LIMA, PERU: A PROSPECTIVE COHORT STUDY

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL PARA OPTAR POR EL
TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

AUTORES

RENZO ALEJANDRO ACUÑA FLORES
OSBER MANUEL BURGA BURGA
PIERO ANDREI ROSAS ORTEGA

ASESOR

FRINE SAMALVIDES CUBA

CO-ASESOR

JUAN CARLOS QUISPE CUBA

LIMA - PERÚ
2024

ASESORES DE TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

ASESOR

Mg. Frine Samalvides Cuba

Departamento Académico de Clínicas Médicas

ORCID: 0000-0001-6782-2488

CO-ASESOR

Mg. Juan Carlos Quispe Cuba

Departamento Académico de Clínicas Quirúrgicas

ORCID: 0009-0007-8022-3157

Fecha de Sustentación: 08 de noviembre de 2024

Calificación: Aprobado

DEDICATORIA

Dedicamos el presente trabajo a nuestras familias, incluyendo a quienes ya no están, y que constantemente nos han motivado y apoyado en cada paso que hemos dado durante nuestras vidas. Sobre todo, a nuestros padres, madres y hermanos, ya que gracias a su esfuerzo y soporte hemos podido alcanzar todas nuestras metas.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a nuestros queridos docentes de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, por encaminar nuestra educación con su sabiduría y prepararnos para afrontar la vida profesional.

Un particular agradecimiento a la Dra. Frine Samalvides Cuba y al Dr. Juan Carlos Quispe Cuba, quienes con su vasta experiencia en el campo de la investigación y la gineco-obstetricia, nos han brindado su apoyo incondicional y fuerte compromiso con el presente trabajo. Es importante agradecerles por toda la confianza depositada en nosotros.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

RESULTADO DEL INFORME DE SIMILITUD



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
MEDICINA

COMPARACIÓN DEL RENDIMIENTO DE DOS GUÍAS CLÍNICAS PARA EL DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN POSTPARTO EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA EN UN HOSPITAL NACIONAL DE NIVEL III - 1 DE LIMA, PERÚ: ESTUDIO DE COHORTE PROSPECTIVA

COMPARISON OF THE PERFORMANCE OF TWO CLINICAL GUIDELINES FOR THE DIAGNOSIS OF POSTPARTUM DEPRESSION IN THE OBSTETRICS SERVICE OF A LEVEL III - 1 NATIONAL HOSPITAL IN LIMA, PERU: A PROSPECTIVE COHORT STUDY

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL PARA OPTAR POR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

AUTORES

RENZO ALEJANDRO ACUÑA FLORES
OSBER MANUEL BURGA BURGA
PIERO ANDREI ROSAS ORTEGA

ASESOR

FRINE SAMALVIDES CUBA

CO-ASESOR

JUAN CARLOS QUISPE CUBA

LIMA - PERÚ
2024



Informe estándar

Informe en inglés no disponible [Más información](#)

23% Similitud estándar

Filtros

Fuentes

Mostrar las fuentes solapadas

1	Internet	
duict.upch.edu.pe 7%		
≡ 20 bloques de texto 404 palabra que coinciden		
2	Internet	
hdl.handle.net 2%		
≡ 11 bloques de texto 94 palabra que coinciden		
3	Internet	
ris.utwente.nl 1%		
≡ 4 bloques de texto 72 palabra que coinciden		
4	Internet	

TABLA DE CONTENIDOS

	Pág.
Resumen	
Abstract	
I. Introducción	1
II. Objetivos	5
III. Materiales y Métodos	6
IV. Resultados esperados	21
V. Conclusiones	24
VI. Referencias Bibliográficas	25
Anexos	

RESUMEN

Introducción: El embarazo es un proceso complejo que involucra adaptaciones psicológicas, hormonales, conductuales y físicas. Durante estas transformaciones, pueden surgir diversas patologías, entre ellas la depresión posparto, una condición frecuentemente desatendida que afecta a las mujeres en los primeros seis meses después del parto. En Perú, el sistema de salud enfrenta deficiencias en la atención y cuidado oportuno de la salud mental, lo que resalta la necesidad urgente de fortalecer las estrategias de cuidado y promoción de la salud mental en mujeres gestantes y puérperas. **Objetivos:** Determinar el rendimiento del “Protocolo de detección de la depresión durante el embarazo y posparto y apoyo al tratamiento producido por el Ministerio de Salud de Chile” y de la “Guía de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología” para establecer el diagnóstico de la depresión posparto en una población de puérperas en un hospital de nivel III-1 en Lima, Perú. **Materiales y Métodos:** Estudio analítico observacional de cohorte prospectiva para evaluar el desempeño de dos guías técnicas en el diagnóstico de depresión posparto. La investigación incluirá a 254 puérperas reclutadas en las salas de maternidad de un hospital nacional de nivel III-1. Se analizarán la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo de cada guía, comparándolos con los resultados obtenidos mediante una evaluación psiquiátrica. Esta evaluación consistirá en la aplicación del instrumento PHQ-9 y, cuando sea necesario, una entrevista psiquiátrica complementaria. **Conclusiones:** Con un diagnóstico temprano, se pueden prevenir complicaciones graves de la depresión posparto, como el deterioro en el vínculo madre-hijo, el abandono del cuidado infantil y el incremento de conductas de riesgo.

Palabras clave: Depresión Postparto, Escala de Valoración Psiquiátrica, Periodo Postparto, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.

ABSTRACT

Introduction: Pregnancy is a complex process that involves psychological, hormonal, behavioral, and physical adaptations. During these transformations, various pathologies may arise, including postpartum depression, a frequently neglected condition that affects women in the first six months after delivery. In Peru, the health system faces deficiencies in timely mental health care and attention, which highlights the urgent need to strengthen strategies for mental health care and promotion in pregnant and postpartum women. **Objectives:** To determine the performance of the "Protocol for the detection of depression during pregnancy and postpartum and support for treatment produced by the Ministry of Health of Chile" and the "Clinical Practice and Procedure Guide in Obstetrics and Perinatology" to establish the diagnosis of postpartum depression in a population of postpartum women in a level III-1 hospital in Lima, Peru. **Materials and Methods:** Prospective observational cohort analytical study to evaluate the performance of two technical guides in the diagnosis of postpartum depression. The study included 254 postpartum women recruited in the maternity wards of a national level III-1 hospital. The sensitivity, specificity, positive predictive value and negative predictive value of each guideline will be analyzed, comparing them with the results obtained through a psychiatric evaluation. This evaluation will consist of the application of the PHQ-9 instrument and, when necessary, a complementary psychiatric interview. **Conclusions:** With an early diagnosis, serious complications of postpartum depression can be prevented, such as deterioration in the mother-child bond, abandonment of childcare and increased risk behaviors.

Keywords: Postpartum Depression, Psychiatric Rating Scale, Postpartum Period, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.

I. INTRODUCCIÓN

La política de salud peruana, aunque ha presentado avances en los últimos años, aún presenta puntos a mejorar en la cobertura de las necesidades básicas en salud mental. Ello, agregado al estigma social que impide a las personas el reconocimiento de sus enfermedades, dificulta que aquellos que la necesitan reciban atención psicológica y/o psiquiátrica oportuna y eficiente. En el Perú, no se ha logrado establecer un plan completo que cumpla con los requerimientos para un cambio en las enfermedades mentales.¹ Además, se debe destacar la urgencia de un cambio en el cuidado y promoción de salud mental en las madres gestantes y el puerperio.

El embarazo es un proceso complejo, debido a que aborda una adaptación psicológica, hormonal, conductual y corporal para la mujer embarazada.^{1,2} A lo dicho anteriormente, se le suma la responsabilidad por el cuidado del recién nacido, lo cual puede aumentar los niveles de estrés, ansiedad y depresión.² Los trastornos psiquiátricos en el periparto presentan mayor prevalencia que la preeclampsia, el parto prematuro o la diabetes gestacional.³ La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la depresión posparto como un evento de depresión que ocurre en los 6 meses posteriores al parto⁴.

El descarte del diagnóstico de la Depresión Posparto se debe realizar en toda puerpera; por ello, es necesario el uso de un método de screening confiable para categorizar a las mujeres en alto y bajo riesgo de padecer depresión posparto. De

dicha premisa, se consideró la creación y uso del Test de Edimburgo.² A nivel internacional, se recomienda el uso de este instrumento (EDPPE) que puede realizarse como tamizaje y que ha sido evaluado y utilizado también en la población peruana.⁴ Si la madre es identificada con un alto riesgo, se le deriva a una consulta psiquiátrica para la confirmación del diagnóstico.⁴ La EDPPE consiste en 10 preguntas con respecto a cómo ha sido la actitud y estado de ánimo de la madre durante los 7 días previos a la entrevista. Cada pregunta le dará un puntaje de entre 0 y 3 puntos y, de acuerdo con sus respuestas, en total recibirá un puntaje de entre 0 y 30 puntos. Aquellas mujeres que obtengan un puntaje mayor o igual a 13 puntos, o un puntaje distinto a 0 en la pregunta 10, presentan un alto riesgo de padecer depresión puerperal.⁴ La guía de práctica clínica nacional solo indica la aplicación de la EDPPE en el alta de la mujer puérpera y en caso de pérdida fetal para determinar si necesita apoyo emocional.^{4,5} Esto difiere del protocolo establecido en países como Chile, donde se realizan tamizajes a la población independientemente de la evolución de su gestación.⁵

En países como Estados Unidos, la prevalencia e incidencia de la depresión durante el embarazo y el puerperio fue entre 6.5%-12.9%.² Asimismo, se considera que un 19.2% de estas madres presentan un episodio depresivo mayor en los siguientes 3 meses del parto.⁶ En Chile, se evaluó la prevalencia de depresión en el puerperio y se definió una relación inversamente proporcional al nivel socioeconómico. Las madres con un nivel socioeconómico alto evidenciaban una prevalencia de 27.7%; las de un nivel socioeconómico medio, de 33.5%; y en el nivel socioeconómico bajo, de 41.3%.⁷

El Ministerio de Salud de Chile elaboró la guía “Protocolo de detección de la depresión durante el embarazo y posparto y apoyo al tratamiento”, en la cual, a través del uso de la EDPPE, se tamiza a las mujeres al segundo y sexto mes luego del parto. Se realiza la evaluación al segundo mes, debido a que, en este periodo, se presenta la máxima incidencia de la depresión puerperal; asimismo, disminuyen los síntomas que se presentan dentro del periodo adaptativo normal inmediatamente luego del parto. Si las mujeres presentan alto riesgo de depresión, son derivadas al psiquiatra para su evaluación y posterior diagnóstico y tratamiento, en caso fuese pertinente.⁸

En el Perú, la “Guía de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología” considera el descarte de la depresión posparto por la EDPPE al momento del alta de la mujer puérpera y en caso de pérdida fetal, como parte del apoyo emocional que se le brindará a la madre en dicha situación, en caso lo requiera.⁹ Se han realizado pocos estudios sobre la prevalencia de depresión periparto. En un estudio realizado en el Hospital Dos de Mayo, Lima, el porcentaje de mujeres posparto con un puntaje ≥ 13 en la escala de Edimburgo fue de 34%.¹⁰ En un estudio similar realizado en el Hospital Cayetano Heredia, se determinó una prevalencia de 31.46%.¹¹ Miranda K. (2017), elaboró un estudio sobre la depresión posparto en puérperas del Centro de Atención Primaria III Luis Negreiros Vega, cuyos resultados demuestran una prevalencia de depresión posparto de 27.4%.¹² Young C. (2017), realizó un trabajo de investigación acerca de “Factores asociados a depresión posparto en puérperas del servicio de obstetricia del Hospital Nacional

Arzobispo Loayza”, Lima, Perú. En este estudio, de 209 puérperas, 26.32% se presentó un tamizaje positivo para el diagnóstico de depresión posparto.¹³

A nivel de toda Lima Metropolitana, el Ministerio de Salud (MINSA) reportó una prevalencia de 24.1% de depresión posparto en el año 2004.¹⁴ Así como muchas enfermedades de salud mental, la depresión posparto es poco visibilizada y tomada en cuenta como parte natural del embarazo en nuestro país.

Debido a la ausencia de estudios publicados en la población peruana y a la discrepancia entre la elevada prevalencia de depresión posparto y la actual política pública en Perú, se considera pertinente comparar el rendimiento de la guía de práctica clínica utilizada en el Perú con la utilizada en Chile en una población de puérperas de un hospital de nivel III-1 en Lima, Perú.

II. OBJETIVOS

Objetivo general:

Determinar el rendimiento del “Protocolo de detección de la depresión durante el embarazo y posparto y apoyo al tratamiento producido por el Ministerio de Salud de Chile” y de la “Guía de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología” para establecer el diagnóstico de la depresión posparto en una población de puérperas en un hospital de nivel III-1 en Lima, Perú.

Objetivo específico:

1. Comparar el rendimiento entre la “Guía de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología” aplicada en Perú y el “Protocolo de detección de la depresión durante el embarazo y posparto y apoyo al tratamiento” aplicado en Chile.
2. Comparar las medidas de exactitud diagnóstica entre la “Guía de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología” aplicada en Perú y el “Protocolo de detección de la depresión durante el embarazo y posparto y apoyo al tratamiento” aplicado en Chile.

III. MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño planteado: Estudio de cohorte prospectivo.

Población: Mujeres que dieron a luz en un hospital de nivel III-1 en Lima, Perú.

Criterios selectivos:

Criterios de Inclusión:

- a. Mujer con edad mayor o igual de 18 años.
- b. Mujer que se encuentra hospitalizada luego del parto realizado hace no más de 24 horas.
- c. Mujer con parto atendido en el hospital de nivel III-1 en Lima, Perú.
- d. Gestante hospitalizada por programación de parto en el hospital de nivel III-1 en Lima, Perú.

Criterios de exclusión:

- a. Gestante que da en adopción.
- b. Gestante con diagnóstico de depresión mayor durante la gestación actual

No son criterios de exclusión:

- a. Mujer primípara o multípara
- b. Mujeres con parto eutócico y/o distócico
- c. Madres con neonatos sanos, a término, pretérmino, natimueertos
- d. Gestaciones de alto riesgo
- e. Antecedentes o no de depresión post parte en embarazos previos

Muestra:

La muestra se calculó con el programa Open EPI® Tamaño de la muestra para Cohorte/EC. Con un nivel de confianza del 95%, y un poder del estudio del 80% con la exposición de ambas guías a cada madre puérpera, con una capacidad de diagnosticar depresión postparto con la guía chilena en una proporción de 41.3% y el 24% para la guía peruana. El tamaño de la muestra calculada es de 254 madres puérperas. (Anexo 1).

El tamaño muestral obtenido permite realizar el estudio de cohorte y seguir los objetivos del estudio del rendimiento y de la comparación de pruebas que se usa. Ya que se ha usado la información más actual sobre la prevalencia de DPP en Perú (Aramburú, et al., 2008)¹⁴ donde se halló que la tasa de prevalencia de depresión posparto en Lima Metropolitana era de 24% al haber aplicado el DSM IV, siendo este un valor similar al esperado tras aplicar la escala de Edimburgo y el DSM V. En Chile, se evaluó la prevalencia de depresión en el puerperio (Ministerio de Salud de Chile, 2014⁸ y Jadresic E, et al. 1995⁵) con un ascenso asciende a 20,5% y de sintomatología depresiva entre los 2 y 3 meses posparto hasta un 41,3%.⁵

Por todo lo anterior, se justifica la necesidad del análisis de 254 mujeres puérperas.

Definición operacional de las variables:

- Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EDPPE): Instrumento compuesto por 10 ítems diseñados para evaluar el riesgo de depresión

posparto. Cada ítem otorga un puntaje de 0, 1 o 2. Un puntaje total de ≥ 13 puntos indica un alto riesgo de desarrollar depresión posparto. Además, un puntaje distinto de 0 en la pregunta 10, que evalúa pensamientos autolesivos, requiere atención inmediata. Este instrumento se aplica mediante entrevista presencial. (Anexo 5)

- Patients Health Questionnaire (PHQ-9): Instrumento de 9 ítems que mide síntomas depresivos en las dos semanas previas. Cada ítem se puntúa de 0 (ningún día) a 3 (casi todos los días), clasificando la severidad en: sin depresión (0-4 puntos), leve (5-9 puntos), moderada (10-14 puntos), moderadamente severa (15-19 puntos) y severa (20-27 puntos). Se utiliza para diagnóstico de depresión mayor y evaluación de severidad, siempre correlacionado con una entrevista psiquiátrica. ^{15,16} (Anexo 2)
- DSM-5: El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) es el estándar de referencia para diagnosticar depresión posparto. El diagnóstico se basa en una entrevista psiquiátrica estructurada conforme al SCID-5-CV (Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-5).
- Mujer puérpera: Variable cualitativa dicotómica que indica si una mujer se encuentra en el puerperio, definido como el periodo desde el nacimiento del bebé hasta seis meses posteriores. La inclusión en el estudio se registrará mediante ficha de recolección de datos. (Anexo 5)
- Edad: Variable cuantitativa discreta que indica la edad en años cumplidos, obtenida de la historia clínica o del documento nacional de identidad.

- Depresión Postparto: Variable cualitativa dicotómica que denota la presencia de un episodio de depresión mayor durante el puerperio, evaluada mediante una entrevista psiquiátrica.
- Riesgo de depresión postparto en base al puntaje de la escala de depresión posparto de Edimburgo: Variable cualitativa dicotómica que define el riesgo de depresión durante el puerperio, determinado por un puntaje ≥ 13 en la EDPPE durante una entrevista presencial. El puntaje se registrará en la ficha de datos.
- Estado Civil: Variable cualitativa nominal que clasifica a las participantes como solteras, casadas, divorciadas o viudas, según la historia clínica o documento de identidad.
- Ocupación: Variable cualitativa nominal que identifica el oficio o actividad laboral desempeñada por la paciente.
- Nivel educativo: Variable cualitativa nominal que describe el máximo nivel académico alcanzado por la paciente, reflejando su capacidad cognitiva, conceptual y procedimental.
- Procedencia: Variable cualitativa nominal que señala el lugar de origen o residencia de la paciente.
- Peso: Variable cuantitativa continua, medida en kilogramos mediante una balanza. El dato se obtiene de la historia clínica.
- Talla: Variable cuantitativa continua, medida en centímetros y registrada en posición vertical. Se obtiene de la historia clínica.
- IMC: Variable cuantitativa continua calculada como el peso en kilogramos dividido entre el cuadrado de la talla en metros.

- Ganancia de peso: Variable cuantitativa continua que representa la diferencia en kilogramos entre el peso pregestacional y el peso actual, influenciada por cambios fisiológicos maternos.
- Peso pregestacional: Variable cuantitativa continua que mide el peso en kilogramos antes de la gestación, registrado en la historia clínica.
- Embarazo en edades extremas: Variable cualitativa dicotómica que indica embarazo en edades de alto riesgo materno-fetal, definido como ≥ 40 años.
- Control prenatal: Variable cuantitativa ordinal que refleja el número de evaluaciones integrales realizadas durante el embarazo.
 - CPN deficiente: Inicio del control después del primer trimestre o ≤ 5 controles durante el embarazo.
 - CPN óptimo: Inicio en el primer trimestre y ≥ 6 controles durante el embarazo.
- Condiciones en las que se encontraba al momento del parto: Variable cualitativa dicotómica que describe si el parto fue institucional o extrahospitalario, según la historia clínica.
- Edad Gestacional: Variable cuantitativa continua que mide la duración del embarazo desde el primer día de la última menstruación hasta el parto, expresada en semanas y días. (Anexo 3)
 - Recién nacido de pretérmino (RNPT): < 37 semanas.
 - Recién nacido de término (RNT): 37-41 semanas 6/7 días.
 - Recién nacido de post término (RN Postérmino): > 42 semanas.

- Terminación del embarazo: Variable cualitativa nominal que clasifica el parto como natural (fisiológico) o por cesárea (instrumentado), según la historia clínica.
 - Parto eutócico: Proceso fisiológico del nacimiento de un bebé de comienzo espontáneo y de bajo riesgo, que inicia con el trabajo de parto.
 - Parto distócico: Intervención quirúrgica utilizada para finalizar el embarazo o realizar el parto que presenta alguna alteración de su evolución cuando existen causas fetales o maternas que no permitan el parto por vía natural (distocia contráctil uterina, de la labor de parto, o parto prolongado manejado porque en el partograma sobrepasa el percentil 90 de la curva de dilatación del cuello uterino en función del tiempo, etc.).
- Paridad: Variable cuantitativa ordinal que indica el número de embarazos finalizados por cualquier vía, incluyendo abortos y el embarazo actual. (Fórmula obstétrica en Anexo 3).
 - Nulípara: Nunca ha parido.
 - Primípara: Un parto.
 - Multípara: Dos o más partos.
- Comorbilidades: Variable cualitativa dicotómica que registra la presencia de enfermedades coexistentes en la paciente, según la historia clínica. Ejemplos incluyen:
 - Diabetes Mellitus: Enfermedad metabólica crónica caracterizada por la presencia de elevada glucosa en sangre elevada (hiperglucemia),

Diagnosticada por glucosa en ayuno ≥ 126 mg/dL, prueba de tolerancia ≥ 200 mg/dL o HbA1c $\geq 6.5\%$.

- Hipertensión Arterial: Enfermedad crónica que se caracteriza por el aumento de la presión sistólica y/o diastólica. Determinada por una Presión sistólica > 130 mmHg o diastólica > 80 mmHg.
- Sobrepeso: Acumulación anormal de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Determinado como un IMC mayor a 25 kg/m².
- Obesidad: Acumulación excesiva de grasa que es perjudicial para la salud. Determinado como un IMC mayor a 30 kg/m².
- Enfermedades de transmisión sexual: Infecciones que se transmiten de una persona a otra vía relación sexual vaginal, oral o anal. Determinado su diagnóstico por unidad clínica, el examen físico y por pruebas específicas.
- Preeclampsia: Elevación de la presión arterial $> 140/90$ mmHg de reciente comienzo y/o una proteinuria reciente inexplicable > 300 mg/24 horas o un índice proteína/creatinina en orina $\geq 0,3$ después de las 20 semanas y/o trombocitopenia (plaquetas < 100.000 /mL) y/o edema pulmonar y/o síntomas cerebrales o visuales y/o deterioro de la función hepática (TGO/TGP x2 veces el valor normal).
- Enfermedad cardíaca: Presencia o no de una enfermedad cardíaca como IAM, insuficiencia cardíaca, angina inestable, entre otras.
- Enfermedad renal: Presencia o no de una enfermedad renal como ERC, IRA, entre otras.

- Enfermedad hepática: Presencia o no de una enfermedad hepática como cirrosis hepática, hepatitis, hígado graso, entre otras.
- Enfermedad oncológica: Presencia o no de una enfermedad oncológica como cáncer de estómago, hepático, entre otros.
- Otras extraídas de la historia clínica: Presencia o no de otra enfermedad no enlistada en la ficha de recolección de datos del estudio.
- Ruptura prematura de membranas: Variable cualitativa dicotómica que indica la pérdida de continuidad de membranas amnióticas antes del inicio del trabajo de parto.
- Proceso infeccioso que intercorre: Variables cualitativa dicotómica que indican la presencia de una enfermedad o infección existente que prolonga el alta postparto. Se obtendrá el dato a partir de la historia clínica de la paciente.
- Condiciones de nacimiento del bebé: Variable cualitativa dicotómica que evalúa la presencia de patologías en el neonato al nacer, según la historia clínica.

Definiciones teóricas:

- Sensibilidad: Proporción de casos correctamente identificados como positivos entre los que realmente tienen la condición.
- Especificidad: Proporción de casos correctamente identificados como negativos entre los que no tienen la condición.

- Valor predictivo positivo: Porcentaje de verdaderos positivos entre los resultados positivos.
- Valor predictivo negativo: Porcentaje de verdaderos negativos entre los resultados negativos.

Procedimientos y técnicas

El protocolo será presentado al Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) de la UPCH y del Hospital Cayetano Heredia. Luego de la aprobación, se dará inicio al estudio a través del enrolamiento de toda mujer que haya dado a luz y se encuentre en el hospital esperando el alta, según los criterios de inclusión y exclusión del presente proyecto. Durante la captación, se solicitará el consentimiento informado e información de contacto, así como también se registrarán los datos demográficos, comorbilidades, condiciones del embarazo y del feto.

Tras la captación, las mujeres participantes del estudio serán expuestas a los lineamientos de la “Guía de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología” aplicada en Perú, siendo este el estándar de referencia para la comparación según la metodología desarrollada; y del “Protocolo de detección de la depresión durante el embarazo y posparto y apoyo al tratamiento producido por el Ministerio de Salud de Chile” aplicado en Chile.

En la peruana, la “Guía de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología” considera el descarte de depresión posparto por la EDPPE al momento del alta de la mujer puerpera y en caso de pérdida fetal, y derivadas al

psiquiatra para su evaluación y posterior diagnóstico y tratamiento, en caso lo requiera. Por otro lado, el Ministerio de Salud de Chile elaboró la guía “Protocolo de detección de la depresión durante el embarazo y posparto y apoyo al tratamiento”, en la cual, a través del uso de la EDPPE, se tamiza a las mujeres al segundo y sexto mes luego del parto. Si las mujeres presentan alto riesgo de depresión en alguno de los 2 tamizajes, son derivadas al psiquiatra para su evaluación y posterior diagnóstico y tratamiento, en caso fuese pertinente. Además, se utilizará el score PHQ-9 de manera simultánea con las evaluaciones en busca de falsos negativos con la EDPPE.

La EDPPE y la PHQ-9 serán realizadas por el equipo investigador, quienes recopilarán la información, la organizarán y con ello, se determinará quiénes necesitan la evaluación psiquiátrica especializada según la estructura del SCID-5-CV (Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-5) para el diagnóstico o no del trastorno depresivo mayor, siendo esta realizada por el médico psiquiatra.

En primer lugar, se debe realizar la aplicación de la EDPPE a toda mujer en caso de pérdida fetal o a la puérpera en espera del alta médica, siguiendo la guía peruana. A quienes sean consideradas con un puntaje mayor a 13 y/o un puntaje distinto a 0 en la pregunta 10 en dicha escala, se les aplicará el score PHQ-9 y serán derivadas a una evaluación especializada psiquiátrica para que sean, de ser el caso, diagnosticadas con el trastorno depresivo mayor. Así mismo, a las participantes que obtengan resultados menores a 13 en la EDPPE, se les aplicará el cuestionario PHQ-9 en forma de control en

busca de falsos negativos en la EDPPE, de modo que, si se obtiene un resultado positivo en el PHQ-9, serán derivadas a una evaluación psiquiátrica especializada según la estructura del SCID-5-CV (Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-5) para el diagnóstico o no del trastorno depresivo mayor.^{15,16}

Posterior a ello, todas las participantes serán expuestas a los lineamientos del “Protocolo de detección de la depresión durante el embarazo y posparto y apoyo al tratamiento” aplicado en Chile, que consiste en la aplicación de la EDPPE al segundo mes posparto. En caso de tener un puntaje mayor a 13 o un puntaje distinto a 0 en la pregunta 10, se les aplicará el cuestionario PHQ-9 y se les derivará a una evaluación especializada por un psiquiatra para el diagnóstico o no de depresión. Así mismo, si obtiene un valor en la EDPPE menor a 13, se le aplicará el cuestionario PHQ-9 en forma de control en busca de falsos negativos en la EDPPE, de modo que, si se obtiene un resultado positivo en el PHQ-9, serán derivadas a una evaluación psiquiátrica especializada según la estructura del SCID-5-CV (Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-5).^{15,16}

Toda participante que no haya alcanzado un puntaje mayor a 13 en la EDPPE ni mayor o igual a 5 puntos en el cuestionario PHQ-9, o que no haya sido diagnosticada con el trastorno depresivo mayor por el psiquiatra, será reevaluada al sexto mes postparto como establece la guía chilena a través de la aplicación de la EDPPE. En caso de tener un puntaje mayor a 13 o un puntaje distinto a 0 en la pregunta 10, se les aplicará el cuestionario PHQ-9 y se le derivará a una evaluación especializada por un psiquiatra para el diagnóstico o no de depresión. Así mismo,

si obtiene un valor en la EDPPE menor a 13, se le aplicará el cuestionario PHQ-9 en forma de control en busca de falsos negativos en la EDPPE, de modo que, si se obtiene un resultado positivo en el PHQ-9, serán derivadas a una evaluación psiquiátrica especializada según la estructura del SCID-5-CV (Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-5). Finalmente, a toda paciente que no fue diagnosticada con depresión posparto se le realizará una evaluación psiquiátrica especializada según la estructura del SCID-5-CV (Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-5).^{15,16}

Analítica de datos obtenidos

Se realizará un análisis estadístico donde se evaluará el rendimiento de ambas guías clínicas, la peruana y la chilena, en el diagnóstico de depresión posparto. La hipótesis establecida del presente proyecto refiere que el rendimiento de la guía chilena es superior estadísticamente a la guía peruana, dicha premisa se determinará a través del estudio analítico.

Se determinará los valores de exactitud diagnóstica: la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo de cada guía en comparación con los resultados obtenidos a través del tamizaje con el score PHQ-9 y la SCID-5-CV (Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-5). Para la comparación de las proporciones se utilizará chi cuadrado; para la comparación de las medias, T-Test; y el área bajo la curva ROC con lo que también se define la exactitud diagnóstica de cada guía.

Las variables que corresponden a patologías servirán para realizar descripciones acerca de la asociación de depresión posparto en diferentes grupos dentro de nuestra población. Su uso es para un proceso descriptivo para visibilizar la variabilidad intrapoblacional que será observada. Análisis de cada subgrupo de acuerdo a la necesidad. Se utilizarán para determinar las asociaciones de las diferentes patologías, características personales de la madre y del neonato con la depresión posparto.

De esa manera, se determinará si existen grupos de riesgo con determinadas características en la población del hospital en el Perú.

Consideraciones éticas y disseminación

El presente protocolo no será iniciado sin tener la aprobación del Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI). Se respetará la beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia a lo largo del estudio, así como las normas éticas de Helsinki y del CIOMS. Desde el planteamiento hasta la ejecución del proyecto se cumplirá con los siete requisitos de Emanuel para la investigación clínica. Se garantizará la confidencialidad de los datos brindados por las participantes tanto durante como después de la culminación del protocolo.

Se tiene diseñado un consentimiento informado especialmente para el proyecto de investigación (Anexo 4). Este documento incluye los potenciales riesgos y beneficios del enrolamiento, así como la posibilidad de revocar el consentimiento en cualquier etapa del estudio. Este consentimiento se firmará al momento de la captación y al segundo y sexto mes posparto de modo que se garantice la aprobación de forma previa a cada intervención. Para la protección de la información que

procederá a recolectarse será almacenada en REDCAP (base de datos digital) por lo cual nos permitirá mantener la seguridad de la data. Los investigadores se encargarán de digitalizar todos los cuadernillos y luego destruir los físicos.

Sobre los riesgos mayores del estudio, que es la posibilidad de encontrar puntajes alarmantes para una madre puérpera con posible diagnóstico de depresión postparto, se le dará las indicaciones pertinentes para que sea evaluada por el médico psiquiatra especialista para su respectivo tratamiento de ameritar. Así mismo, los investigadores se apersonarán al servicio de psiquiatría para solicitar apoyo, el cual será brindado ya que son colaboradores del estudio mediante el otorgamiento de cita médica por parte del departamento del servicio de psiquiatría, siendo el mismo departamento quien atendería a la paciente para el diagnóstico definitivo o el descarte de diagnóstico de depresión postparto.

Como beneficio del estudio, las mujeres que participen recibirán información sobre cómo llevar un puerperio saludable, la cual será de fuentes validadas científicamente.

Limitaciones

La población de estudio será evaluada a partir de entrevistas presenciales coordinadas, por lo que la dificultad para concretar la reunión oportuna significa una considerable limitación en la aplicación del estudio. Asimismo, asegurar la adherencia de los participantes tanto para la aplicación de la Escala de Depresión

Posparto de Edimburgo como para el abordaje psiquiátrico usando el SCID-5-CV a las participantes.

Finalmente, factores como el contexto nacional pueden influir en el estado emocional de las madres alterando la prevalencia previamente medida por los estudios en los que se basa el presente estudio.

IV. RESULTADOS ESPERADOS

Tras revisar el planteamiento del proyecto presentamos 5 aspectos como conclusiones con valores esperados y el impacto que podrían tener.

a. Evaluación comparativa eficaz:

- Valores esperados: Se espera que la guía chilena demuestre una mayor sensibilidad ($\geq 41.3\%$) frente a la guía peruana (cuyo rendimiento histórico ha sido de aproximadamente 24%) para detectar casos de depresión posparto. Esto implicaría que la guía chilena identificara mejor a las madres en riesgo.
- Impacto: Una mayor sensibilidad significa una capacidad mejorada para identificar casos reales de depresión. Implementar la guía chilena o mejorar la peruana con elementos de esta permitiría que menos madres en riesgo queden sin diagnóstico, lo cual es crucial en los primeros meses posparto, un periodo donde el apoyo puede hacer una diferencia significativa en el bienestar de la madre y el desarrollo infantil.

b. Mejora en la identificación de casos:

- Valores esperados: Con la guía chilena aplicada, se estima un valor predictivo positivo más alto (idealmente mayor al 40%), lo que indica que una mayor proporción de madres diagnosticadas con riesgo realmente necesitan tratamiento. Que no siempre sería farmacológica dependiendo del punto de corte, ya que puede darse acompañamiento psicológico.

- Impacto: Al incrementar la precisión en la identificación, se reducirán los falsos positivos y negativos, optimizando los recursos del hospital y enfocando el tratamiento en quienes realmente lo necesitan. Esto, a largo plazo, puede reducir los costos en servicios de salud mental al prevenir el agravamiento de la depresión y evitar Re hospitalizaciones o intervenciones de emergencia.

c. Fortalecimiento de la atención mental en el posparto:

- Valores esperados: La implementación de tamizajes adicionales, como los realizados a los 2 y 6 meses posparto en Chile, podría reducir la prevalencia de depresión posparto no diagnosticada en Perú, que actualmente se estima en alrededor de 24%.
- Impacto: Con un diagnóstico temprano, se pueden prevenir complicaciones graves de la depresión posparto, como el deterioro en el vínculo madre-hijo, el abandono del cuidado infantil y el incremento de conductas de riesgo. Esto puede mejorar la salud mental general en las madres y reducir la carga en los servicios de salud pública a mediano y largo plazo.

d. Identificación de factores de riesgo:

- Valores esperados: Al analizar variables sociodemográficas y clínicas (como el nivel socioeconómico, el estado civil, antecedentes de salud mental, entre otros), se podrían establecer patrones de riesgo. Por ejemplo, en estudios previos, las madres de nivel socioeconómico bajo en Chile mostraron una prevalencia de

depresión posparto del 41.3%, en comparación con el 27.7% en madres de nivel alto.

- Impacto: Esta identificación permitiría priorizar el tamizaje en madres con características de mayor vulnerabilidad, optimizando la atención preventiva. Además, facilitaría la creación de intervenciones dirigidas, como grupos de apoyo y asesoría en salud mental para madres en situación de riesgo, generando un entorno de apoyo específico y orientado a sus necesidades.

e. Recomendaciones para política pública:

- Valores esperados: Si se confirma que la guía chilena o una combinación de ambas es más efectiva, el estudio proporcionará datos sólidos para que el Ministerio de Salud de Perú considere actualizar sus protocolos, lo cual podría reducir la prevalencia de depresión posparto no tratada en Lima, actualmente en un 24%.
- Impacto: Estas recomendaciones podrían influir en una política de salud mental más inclusiva y basada en evidencia, donde la depresión posparto se aborde como una prioridad. A nivel nacional, una implementación de este tipo podría reducir la incidencia de problemas de salud mental a largo plazo en las madres, y prevenir los efectos negativos en el desarrollo emocional y psicológico de sus hijos.

V. CONCLUSIONES

Como conclusión final, de llevarse a cabo este estudio no solo se podría mejorar el diagnóstico y tratamiento de la depresión posparto en el contexto hospitalario del hospital elegido, sino que también podría influir en la política de salud mental peruana, promoviendo un cambio hacia prácticas más eficientes, sostenibles y centradas en la persona. Además, la integración de estos hallazgos con datos de rendimiento específicos aportaría una base sólida para justificar futuras inversiones en la mejora de la salud materna y la prevención de trastornos mentales posparto.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Solís-Rojas, M., Salazar-Salvatierra, E., & Reyes-González, V. A. Depresión en gestantes y el apoyo de la pareja. *Revista Peruana De Investigación Materno Perinatal*. Lima, Perú. 2019; vol 7(2), 16–20.
2. Meltzer-Brody S, Howard LM, Bergink V, Vigod S, Jones I, Munk-Olsen T, Honikman S, Milgrom J. Postpartum psychiatric disorders. *Nat Rev Dis Primers*. London, UK. 2018; vol 4 (18)
3. Štefica Mikšić, Maja Miškulin, Brankica Juranić, Željko Rakošec, Aleksandar Včev & Dunja Degmečić: DEPRESSION AND SUICIDALITY DURING PREGNANCY *Psychiatria Danubina*, 2018; Vol. 30, No. 1, pp 85-90
4. Vega Dienstmaier, JM., Mazzotti, G., Campos, M. Validación de una versión en español de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo. Lima, Perú. 2002; 30(2): 106-111.
5. Jadresic E, Araya R, Jara C. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Chilean Postpartum women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics Gynecology*. Santiago de Chile, Chile. 1995; vol 16:187-91.
6. Wolff C, Valenzuela P, Esteffan K, Zapata D. Depresión posparto en el embarazo adolescente: análisis del problema y sus consecuencias. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2009;74(3):151-8.
7. E Jadresic, R Araya. Prevalencia de depresión posparto y factores asociados en Santiago, Chile. *Rev Méd Chile*. 1995;(123):694-9.

8. Ministerio de Salud. Protocolo de detección de la depresión durante el embarazo y posparto y apoyo al tratamiento. Departamento de Salud Mental, Departamento de Ciclo Vital. Santiago de Chile, Chile. 2014
9. Ministerio de Salud. Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología. Instituto Nacional Materno Perinatal. Lima, Perú. 2010
10. Campos E. Nivel de depresión posparto en puérperas atendidas en el hospital nacional dos de mayo de Lima. Repositorio UIGV. Repositorio.uigv.edu.pe. 2017
11. Vega-Dienstmaier JM, Mazzotti G, Stucchi-Portocarrero S, Campos M. Prevalencia y factores de riesgo para depresión en mujeres posparto. Actas Esp Psiquiatr. 1999;27(5):299-303.
12. Miranda K. Asociación entre disfuncionalidad familiar y depresión posparto en puérperas del Centro de Atención Primaria III Luis Negreiros Vega en enero 2017. [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Escuela Profesional de Medicina Humana; 2017.
13. Young C. Factores asociados a depresión posparto en puérperas del servicio de obstetricia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Escuela Profesional de Medicina Humana; 2017.
14. Aramburú, Pilar; Arellano, Rosalyn; Jáuregui, Sandra; Pari, Lizbeth; Salazar, Pablo; Sierra, Oswaldo. Prevalencia y factores asociados a depresión posparto en mujeres atendidas en establecimientos de salud del

primer nivel de atención en Lima Metropolitana. *Revista Peruana de Epidemiología*: Lima, Perú. 2004; vol. 12, núm. 3, pp. 1-5.

15. Villarreal-Zegarra D, Copez-Lonzoy A, Bernabé-Ortiz A, Melendez-Torres GJ, Bazo-Alvarez JC. Valid Group comparisons can be made with the Patient Health Questionnaire (PHQ-9): A measurement invariance study across groups by demographic characteristics. *PLOS ONE*. 2019;14(9).
16. Huarcaya-Victoria J, De-Lama-Morán R, Quiros M, Bazán J, López K, Lora D. Propiedades psicométricas Del Patient Health Questionnaire (PHQ-9) en Estudiantes de Medicina en Lima, Perú. *Revista de Neuro-Psiquiatría*. 2020;83(2):72–8.

ANEXOS

ANEXO 1: MUESTREO

Tamaño muestral: transversal, de cohorte, y ensayo clínico			
Nivel de significación de dos lados(1-alpha)			95
Potencia (1-beta,% probabilidad de detección)			80
Razón de tamaño de la muestra, Expuesto/No Expuesto			1
Porcentaje de No Expuestos positivos			41
Porcentaje de Expuestos positivos			24
Odds Ratio:			0.45
Razón de riesgo/prevalencia			0.58
Diferencia riesgo/prevalencia			-17
	Kelsey	Fleiss	Fleiss con CC
Tamaño de la muestra - Expuestos	117	115	127
Tamaño de la muestra- No expuestos	117	115	127
Tamaño total de la muestra	234	230	254

Referencias

Kelsey y otros, Métodos en Epidemiología Observacional 2da Edición, Tabla 12-15

Fleiss, Métodos Estadísticos para Relaciones y Proporciones, fórmulas 3.18&, 3.19

CC= corrección de continuidad

Los resultados se redondean por el entero más cercano

La tabla adjunta demuestra se ha contemplado las pérdidas durante el seguimiento, rechazos o ausencias al momento de que las mujeres sean invitadas y considerar si son elegibles o no. Por ello, se establece la evaluación de factibilidad del estudio con valores estadísticos.

Estadío	Parámetro	Personas	Condición
Muestra final calculada	Fórmula	254	A analizar
Considerando pérdidas en seguimiento	10% de pérdidas	$254/0.9 = 283$	A enrollar
Considerando rechazos o ausencias	20% de rechazos	$283/0.8 = 354$	A invitar
Considerando falta de elegibilidad	60% de elegible	$354/0.4 = 885$	A conversar

ANEXO 2: PHQ-9

PHQ-9

En los últimos 14 días, es decir, entre el _____ y el día de ayer, usted ha sentido molestias o problemas como:

	Para nada	Varios días (1 a 6 días)	La mayoría de días (7 a 11 días)	Casi todos los días (12 a más días)
¿Pocas ganas o interés en hacer las cosas?	0	1	2	3
¿Sentirse desanimada(o), deprimida(o), triste o sin esperanza?	0	1	2	3
¿Problemas para dormir o mantenerse dormida(o), o en dormir demasiado?	0	1	2	3
¿Sentirse cansada(o) o tener poca energía sin motivo que lo justifique?	0	1	2	3
¿Poco apetito o comer en exceso?	0	1	2	3
¿Dificultad para poner atención o concentrarse en las cosas que hace?	0	1	2	3
¿Moverse más lento o hablar más lento de lo normal o sentirse más inquieta(o) o intranquila(o) de lo normal?	0	1	2	3
¿Pensamientos de que sería mejor estar muerta(o) o que quisiera hacerse daño de alguna forma buscando morir?	0	1	2	3
¿Sentirse mal acerca de sí misma(o) o sentir que es una(un) fracasada(o) o que se ha fallado a sí misma(o) o a su familia?	0	1	2	3
Total:				

Forma de corrección: Sumar todos los ítems y obtener un puntaje general [4, 8].

Puntaje	Interpretación
0-4	Mínimo o ninguno
5-9	Síntomas depresivos leves
10-14	Síntomas depresivos moderados
15-19	Síntomas depresivos moderadamente severos
20-27	Síntomas depresivos severos

ANEXO 3: FÓRMULA DE PARIDAD Y REGLA DE NAEGELE

Fórmula de paridad (fórmula obstétrica)

Es un término que resume del estado de gravidez y paridad de una paciente en particular. Suele expresarse mediante la siguiente abreviatura:

G: a **P:** b-c-d-e

donde:

G: GRAVIDEZ

a = número total de embarazos, incluyendo el embarazo actual, los abortos, molas hidatiformes y embarazos ectópicos.

P: PARIDAD

b = número total de recién nacidos a término
c = número total de recién nacidos prematuros
d = número total de abortos
e = número total de hijos vivos en la actualidad

Regla de Naegeless

Es un método estandarizado que permite calcular la fecha probable de parto para una gestación normal. Se llamó así en honor al obstetra alemán Franz Karl Naegele (1778 - 1851), quien fue el responsable de realizarla.

Esta regla propone que al primer día de la **Fecha de Última Menstruación (FUM)**, se le sumarán siete días y al mes en que ocurrió la **FUM**, se le restarán tres meses. En caso necesario al año, se le sumará 1 año, dando como resultado la fecha probable de parto.

PRIMER DÍA DE LA FUM = 7 días (mes de la FUM - 3 meses) + 1 año FPP

ANEXO 4: CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN	
(Adultos)	
Título del estudio :	"Comparación del rendimiento de dos guías clínicas para el diagnóstico de depresión posparto en el servicio de obstetricia en un Hospital Nacional de nivel III – 1 de Lima, Perú: Estudio de prueba diagnóstica en una cohorte prospectiva."
Investigador (a) :	
Institución :	Universidad Peruana Cayetano Heredia / Hospital Cayetano Heredia

PROPÓSITO DEL ESTUDIO

La estamos invitando a participar en un estudio para comparar el rendimiento de dos guías clínicas para el diagnóstico de depresión posparto en el servicio de obstetricia en un Hospital Nacional de nivel III – 1 de Lima, Perú. Este es un estudio desarrollado por alumnos investigadores de la Universidad Peruana Cayetano Heredia y el Hospital Nacional Cayetano Heredia.

La depresión postparto es una enfermedad mental grave que involucra al cerebro y afecta la salud física y conductual de la madre, presentando sentimientos de tristeza, desánimo o vacío que no desaparecen y pueden interferir en la vida diaria. Además, puede interferir en el desarrollo de la conexión con el bebé, como si no fuera la madre, o que no lo ame ni se preocupe por el bebé. Estos sentimientos pueden ser leves a graves. Las madres puérperas son una población con un riesgo elevado a padecer de problemas de salud mental debido a que se producen cambios fisiológicos significativos, alteraciones hormonales y emocionales en el periodo posparto. El desarrollo de la depresión afecta diversas funciones psicomotoras necesarias para el desenvolvimiento en el nuevo rol como madres. A pesar de lo mencionado, no se han evidenciado cambios y/o implementación de políticas de salud ni estrategias de salud en el Perú que prioricen la salud mental de las madres peruanas.

La investigación se llevará a cabo bajo todas las consideraciones éticas reconocidas por las normas internacionales y nacionales, y de acuerdo con el nivel de intervención se considera como un estudio sin riesgo. En todo caso se aplicará un formato de consentimiento informado.

PROCEDIMIENTOS

Si decide participar en este estudio, es consciente de lo siguiente:

1. De brindar su consentimiento para que los investigadores tomen sus datos de contacto, siendo estos nombres, apellidos, número de teléfono, de trabajo, correo electrónico, dirección de residencia actual. Estos datos solo se utilizarán para el estudio y al finalizar, será eliminados de toda base de datos generada.
2. De aceptar que la contacten por vía telefónica o vía WhatsApp para continuar con las evaluaciones de depresión posparto mediante los instrumentos validados internacionalmente y en el Perú, Escala de Edimburgo y PHQ-9.
3. De haber sido informada que el primer instrumento, Escala de Edimburgo para tamizaje de depresión posparto consta de 10 preguntas con 4 alternativas cada una, en la cual debo marcar cómo me he estado sintiendo desde que tuve a mi bebé, siendo la duración máxima del auto test de 10 minutos.
4. De haber sido informada que el segundo instrumento, PHQ-9 para tamizaje de depresión consta de 9 preguntas con 4 alternativas cada una, en la cual debo marcar cómo me he estado sintiendo en las últimas 2 semanas, siendo la duración máxima del auto test de 9 minutos.
5. De haber sido informada de que existe la posibilidad de que alguna de las preguntas pueda generarme alguna incomodidad o tristeza, manteniendo siempre mi libertad de contestarlas o no.
6. De haber sido informada que el estudio tiene 3 fases de aplicación a mi puerperio inmediato, a los 2 meses y a los 6 meses. Siendo la manera de contacto vía telefónica o vía WhatsApp para coordinar un encuentro presencial dentro del hospital Cayetano Heredia de ser posible o

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

(Adultos)

Título del estudio :	"Comparación del rendimiento de dos guías clínicas para el diagnóstico de depresión posparto en el servicio de obstetricia en un Hospital Nacional de nivel III - 1 de Lima, Perú: Estudio de prueba diagnóstica en una cohorte prospectiva."
Investigador (a) :	
Institución :	Universidad Peruana Cayetano Heredia / Hospital Cayetano Heredia

poder yo responder el cuestionario en formato digital, los investigadores me brindarán las facilidades necesarias.

7. De haber sido informada que en caso obtenga un puntaje que los investigadores consideren "llamativo" sea derivada al servicio de psiquiatría para una evaluación psico-mental.
8. De que la información recolectada que proporciona se utilizará solo de forma confidencial.
9. En ninguna circunstancia podrá esta información ser objeto de transacción comercial o similar.
10. Tengo la libertad de retirarme cuando lo considere conveniente, no esté de acuerdo con el estudio o tenga algún impedimento social, cultural o religioso.
11. El entrar a participar en este proyecto no me genera ningún beneficio económico.
12. Entiendo que los resultados del estudio se darán a conocer una vez finalizado el proceso de la investigación, mediante la entrega de un trabajo escrito en la institución sede y para beneficio de la humanidad se buscará una publicación internacional.
13. Puedo realizar las preguntas que considere pertinentes en cualquier momento del estudio.

RIESGOS

Existe la posibilidad de que alguna de las preguntas pueda generarle alguna incomodidad, usted es libre de contestarlas o no. Así mismo existe la posibilidad que durante el transcurso del estudio pueda ser diagnosticada con un cuadro psiquiátrico, los investigadores se comprometen a brindarle acceso y comunicación con el servicio de psiquiatría del hospital Cayetano Heredia. Al ser usuaria del SIS en ningún momento le corresponderá pagar por alguna consulta ni tendrá dificultad para conseguir atención en el servicio mencionado.

BENEFICIOS

Si en algún momento ud. considera que debe conversar con algún especialista en psiquiatría, ud. puede acceder a (1) evaluación clínica psiquiátrica en el servicio de Psiquiatría del hospital Cayetano Heredia. Se le informará de manera personal y confidencial los resultados que se obtengan de la consulta médico-clínica dentro de la misma.

COSTOS Y COMPENSACIÓN

Los costos de todos los exámenes y/o consultas serán cubiertos por el estudio y no ocasionarán gasto alguno. No deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole. Toda su participación será presencial.

CONFIDENCIALIDAD

La información recolectada en el estudio requiere tu identificación para poder realizar la unión de datos o el seguimiento adecuado de los mismos. Solo los reclutadores/recolectores de datos y el investigador tendrán contacto directo contigo. La información recolectada será digitada directamente por los mismos. Nosotros guardaremos su información con códigos y no con nombres. Sólo los investigadores tendrán acceso a las bases de datos. Todo material virtual (instrumentos) que responderás se recolectarán en carpetas digitales después de su desarrollo y solo los investigadores tendrán acceso directo al mismo. Dicho material virtual será almacenado bajo llave en una nube digital accesible solo para los investigadores. La información que permita identificarte se almacenará en una base de datos

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

(Adultos)

Título del estudio :	“Comparación del rendimiento de dos guías clínicas para el diagnóstico de depresión posparto en el servicio de obstetricia en un Hospital Nacional de nivel III – 1 de Lima, Perú: Estudio de prueba diagnóstica en una cohorte prospectiva.”
Investigador (a) :	
Institución :	Universidad Peruana Cayetano Heredia / Hospital Cayetano Heredia

independiente a la base de datos del estudio (Llave). Ambas bases contarán con una codificación común para poder identificarte en caso necesitemos comunicarte algo importante, asimismo contarán con una contraseña de acceso conocida solo por los investigadores. Solo los investigadores tendrán acceso a las bases de datos, encontrándose únicamente en las nubes digitales personales de los mismos. Si los resultados de este seguimiento son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participaron en este estudio.

USO FUTURO DE INFORMACIÓN

Deseamos almacenar los datos recaudados en esta investigación por 20 años. Estos datos podrán ser usados para investigaciones futuras donde se evaluará el comportamiento de madres puérperas.

Estos datos almacenados no tendrán nombres ni otro dato personal, sólo serán identificables con códigos.

Si no desea que los datos recaudados en esta investigación permanezcan almacenados ni utilizados posteriormente, aún puede seguir participando del estudio. En ese caso, terminada la investigación sus datos serán eliminados.

Previamente al uso de sus datos en un futuro proyecto de investigación, ese proyecto contará con el permiso de un Comité Institucional de Ética en Investigación.

Autorizo a tener mis datos almacenados por 20 años para un uso futuro en otras investigaciones. (Después de este periodo de tiempo se eliminarán).

SI () NO ()

DERECHOS DEL PARTICIPANTE

Si decide participar en el estudio, puede retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin daño alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio o llame a los investigadores.

Si tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Dr. Manuel Raúl Pérez Martinot, presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Peruana Cayetano Heredia al teléfono 01-3190000 anexo 201355 o al correo electrónico: orvei.ciei@oficinas-upch.pe

Asimismo, puede ingresar a este enlace para comunicarse con el Comité Institucional de Ética en Investigación UPCH: <https://investigacion.cayetano.edu.pe/etica/ciei/consultasquejas>

Si tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar también al Dr. Juan Carlos Ismodes Aguilar, presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación del Hospital Nacional Cayetano Heredia al teléfono 01-4819502 o al correo electrónico: c.etica@hospitalcayetano.gob.pe

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

(Adultos)

Título del estudio :	"Comparación del rendimiento de dos guías clínicas para el diagnóstico de depresión posparto en el servicio de obstetricia en un Hospital Nacional de nivel III - 1 de Lima, Perú: Estudio de prueba diagnóstica en una cohorte prospectiva."
Investigador (a) :	
Institución :	Universidad Peruana Cayetano Heredia / Hospital Cayetano Heredia

Una copia de este consentimiento informado le será entregada.

DECLARACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo las actividades en las que participaré si decido ingresar al estudio, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

**Nombres y Apellidos
Participante**

Fecha y Hora

**Nombres y Apellidos
Testigo (si el participante
es analfabeto)**

Fecha y Hora

**Nombres y Apellidos
Investigador**

Fecha y Hora

ANEXO 5: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

[FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS]										
Comparación del rendimiento de dos guías clínicas para el diagnóstico de depresión posparto en el servicio de obstetricia en un Hospital Nacional de nivel III – 1 de Lima, Perú: Estudio de prueba diagnóstica en una cohorte prospectiva.										
Nombres y Apellidos:		N° de Contacto								
Ocupación actual		Procedencia								
N° H. Clínica		Fecha y Hora		# Enrolada						
I. Datos Generales										
Estado Civil	1) Soltera	<input type="radio"/>	Grado de Instrucción	1) Ninguno	<input type="radio"/>	Edad				
	2) Casada	<input type="radio"/>		2) Primaria	<input type="radio"/>	Peso pregestacional				
	3) Divorciada	<input type="radio"/>		3) Secundaria	<input type="radio"/>	Talla				
	4) Viuda	<input type="radio"/>		4) Superior	<input type="radio"/>	IMC				
	5) Conviviente	<input type="radio"/>								
Antecedentes patológicos	HTA	<input type="radio"/>	DM-2	<input type="radio"/>	Cáncer	<input type="radio"/>	TBC	<input type="radio"/>	Cirugía abdominal o pélvica	<input type="radio"/>
	Enfermedad hepática	<input type="radio"/>	Sobrepeso	<input type="radio"/>	Obesidad	<input type="radio"/>	Enfermedades de transmisión sexual	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
	Preeclampsia	<input type="radio"/>	Enfermedad cardíaca	<input type="radio"/>	Enfermedad renal	<input type="radio"/>				
	Otros:.....									
Comentarios adicionales:.....										
II. Datos Gineco-Obstétrico y Materno-Fetales										
Embarazo en edades extremas	Mayor o igual a 40 años de edad	<input type="radio"/>	Condiciones materna al momento del parto	Institucional	<input type="radio"/>	Controles Prenatales	#:			
	No aplica	<input type="radio"/>		Extrahospitalario	<input type="radio"/>		Deficiente	<input type="radio"/>	Óptimo	<input type="radio"/>
Ruptura prematura de membranas	Presente	<input type="radio"/>	Proceso infeccioso que intercorre	Presente	<input type="radio"/>	Ganancia de peso				
	Ausente	<input type="radio"/>		Ausente	<input type="radio"/>		Especificar:.....			
Paridad G = # Embarazos. P = # A término A = # Prematuros R = # Abortos A = # Hijos vivos en la actualidad	G:	Edad gestacional al momento del parto S	Último peso gestacional						
	P: D							
	A:		RNPT < 36 6/7	<input type="radio"/>	IMC gestacional					
	R:		RNT 37 a 41 6/7	<input type="radio"/>						
A:	RNPost > 42	<input type="radio"/>								
Nulípara	<input type="radio"/>	REGLA DE NAEGELESS	PRIMER DÍA DE LA FUM + 7 DÍAS (MES DE LA FUM - 3 MESES) + 1 AÑO FPP		Terminación del embarazo	Parto eutócico <input type="radio"/> Parto distócico <input type="radio"/>				
	Primípara							<input type="radio"/>		
Multipara	<input type="radio"/>									
Especificar:.....										
III. Datos de los Instrumentos Aplicados										
EPPD Basal (Valor y Fecha)		EPPD al 2° Mes (Valor y Fecha)		EPPD al 6° Mes (Valor y Fecha)						
Fecha de primera evaluación psiquiátrica		Comentarios del especialista								
Fecha de segunda evaluación psiquiátrica		Comentarios del especialista								
IV. Datos del Investigador Encargado y Firma de Enrolamiento										
Investigador encargado		Firma del investigador		Firma de la paciente enrolada						

ANEXO 6: ESCALA DE DEPRESIÓN POSTPARTO DE EDIMBURGO

[INSTRUMENTO DE ESTUDIO] Escala Depresión Posparto de Edimburgo			
Como usted hace poco tuvo un bebé, nos gustaría saber como se ha estado sintiendo. Por favor MARQUE con una X el casillero con la respuesta que más se acerca a como se ha sentido en los últimos 7 días.			
<i>En los últimos 7 días:</i>			
1) He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas		2) He disfrutado mirar hacia adelante	
a) tanto como siempre	<input type="checkbox"/>	a) tanto como siempre	<input type="checkbox"/>
b) no tanto ahora	<input type="checkbox"/>	b) menos que antes	<input type="checkbox"/>
c) mucho menos ahora	<input type="checkbox"/>	c) mucho menos que antes	<input type="checkbox"/>
d) no, nada	<input type="checkbox"/>	d) casi nada	<input type="checkbox"/>
3) Cuando las cosas han salido mal me he culpado a mí misma innecesariamente		4) He estado nerviosa o inquieta sin tener motivo	
a) no, nunca	<input type="checkbox"/>	a) no, nunca	<input type="checkbox"/>
b) no con mucha frecuencia	<input type="checkbox"/>	b) casi nunca	<input type="checkbox"/>
c) sí, a veces	<input type="checkbox"/>	c) sí, a veces	<input type="checkbox"/>
d) sí, la mayor parte del tiempo	<input type="checkbox"/>	d) sí, con mucha frecuencia	<input type="checkbox"/>
5) He sentido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo		6) Las cosas me han estado abrumando	
a) no, nunca	<input type="checkbox"/>	a) no, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre	<input type="checkbox"/>
b) no, no mucho	<input type="checkbox"/>	b) no, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien	<input type="checkbox"/>
c) sí, a veces	<input type="checkbox"/>	c) sí, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre	<input type="checkbox"/>
d) sí, bastante	<input type="checkbox"/>	d) sí, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto	<input type="checkbox"/>
7) Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir		8) Me he sentido triste o desgraciada	
a) no, nunca	<input type="checkbox"/>	a) no, nunca	<input type="checkbox"/>
b) no con mucha frecuencia	<input type="checkbox"/>	b) no con mucha frecuencia	<input type="checkbox"/>
c) sí, a veces	<input type="checkbox"/>	c) sí, a veces	<input type="checkbox"/>
d) sí, la mayor parte del tiempo	<input type="checkbox"/>	d) sí, la mayor parte del tiempo	<input type="checkbox"/>
9) Me he sentido tan desdichada que he estado llorando		10) Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño	
a) no, nunca	<input type="checkbox"/>	a) nunca	<input type="checkbox"/>
b) solo ocasionalmente	<input type="checkbox"/>	b) casi nunca	<input type="checkbox"/>
c) sí, bastante a menudo	<input type="checkbox"/>	c) a veces	<input type="checkbox"/>
d) sí, la mayor parte del tiempo	<input type="checkbox"/>	d) sí, bastante a menudo	<input type="checkbox"/>