

**Universidad Católica de Santa María**  
**Facultad de Obstetricia y Puericultura**  
**Escuela Profesional de Obstetricia y Puericultura**



**Factores asociados al riesgo de depresión postparto según escala de Edimburgo. Hospital Honorio Delgado Espinoza, junio 2025.**

Tesis presentada por las Bachilleres:

**Añamuro Chino, Kelly Milagros**

**ORCID: 0009-0009-0055-5878**

**Rivas Valdivia, Maricarmen Diana**

**ORCID: 0009-0003-5224-8585**

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia

Asesor(a):

**Dra. Oviedo Tejada, Verónica Florencia**

**ORCID: 0000-0003-4978-0506**

**Arequipa – Perú**

**2025**

UCSM-ERP

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA**

**OBSTETRICIA Y PUERICULTURA**

**TITULACIÓN CON TESIS**

**DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR**

Arequipa, 14 de Septiembre del 2025

**Dictamen: 015660-C-EPOYP-2025**

Visto el borrador del expediente 015660, presentado por:

**2020893152 - RIVAS VALDIVIA MARICARMEN DIANA**

**2020800122 - AÑAMURO CHINO KELLY MILAGROS**

Titulado:

**FACTORES ASOCIADOS AL RIESGO DE DEPRESIÓN POSTPARTO SEGÚN ESCALA DE  
EDIMBURGO. HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, JUNIO 2025.**

Nuestro dictamen es:

**APROBADO**

Título Profesional/Título de Segunda Especialidad/Grado Académico a optar:

**LICENCIADA EN OBSTETRICIA**

**29374447 - FERNANDEZ VASQUEZ ARMIDA ANGELITA  
DICTAMINADOR**



**29677873 - HERRERA CARDENAS MARCOS ERVETH  
DICTAMINADOR**



**29663262 - GUILLEN PINTO SUSANA MERCEDES  
DICTAMINADOR**



# Factores asociados al riesgo de depresión postparto según escala de Edimburgo. Hospital Honorio Delgado Espinoza, junio 2025.

## INFORME DE ORIGINALIDAD



## FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Católica de Santa María	3%
	Trabajo del estudiante	
2	hdl.handle.net	2%
	Fuente de Internet	
3	apirepositorio.unh.edu.pe	2%
	Fuente de Internet	
4	repository.javeriana.edu.co	1%
	Fuente de Internet	
5	repositorio.untumbes.edu.pe	1%
	Fuente de Internet	
6	ru.dgb.unam.mx	1%
	Fuente de Internet	

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias < 1%

Excluir bibliografía

Apagado

## DEDICATORIA

*Dedico esta tesis a mi padre Victor Añamuro y mi madre Gomercinda Chino, ambos por su amor incondicional, su ejemplo incansable y por enseñarme que los sueños se alcanzan con esfuerzo y humildad.*

*A mi hermano Antony por acompañarme siempre y por ser mi fuente de alegría.*

*A mi abuelita en el cielo que, aunque no estés aquí me encantaría decirte que fuiste y seras por siempre un pilar fundamental de mi vida.*

*Esta meta es tan mía como suya. Gracias por estar siempre.*

***Kelly Milagros Añamuro Chino***

*Dedico esta tesis con todo mi amor a mi madre Carmen Valdivia y a mi padre Edgar Rivas, quienes han sido mi ejemplo de fortaleza, trabajo y entrega. Gracias por enseñarme que no hay meta imposible cuando se lucha con el corazón.*

*A mis hermanos Joan y Erick, por estar siempre presentes, con su apoyo constante.*

*A mis abuelitos María Ramos y Luis Valdivia, por sus oraciones, su amor inmenso y por haber sembrado en nuestra familia los valores que hoy me sostienen.*

*A mi cuñada Jessica, por compartir con nosotros esta nueva etapa de alegría familiar, y a mi sobrino Adrián, que llegó para convertirse en la bendición más hermosa de nuestras vidas.*

*A Minie, mi fiel compañera de cuatro patas, por su compañía incondicional y por darme alegría durante este proceso.*

*Esta dedicatoria es para ustedes, mi familia, mi mayor motivación y mi fuerza en este camino.*

***Maricarmen Diana Rivas Valdivia***

## AGRADECIMIENTOS

*Primeramente, doy gracias a Dios por permitirme tener tan linda experiencia en todo este proceso para convertirme en un profesional.*

*A mi familia, por creer en mí en todo momento, y por brindarme todo su apoyo con el cual se hizo posible este logro.*

*A la Universidad Católica de Santa María y en especial a mi querida Facultad de Obstetricia y Puericultura, gracias a cada uno de los docentes que fueron parte de mi formación.*

*A mi asesora la Dra. Obst. Verónica Oviedo Tejada por su guía, dedicación y paciencia para poder concluir con éxito nuestra investigación.*

*Gracias al personal del servicio de obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza como también del Centro de Salud Javier Llosa García de Hunter, ambos lugares me demostraron distintas realidades en las cuales nos encontramos, pero me dejaron en claro que el amor, la dedicación y vocación que ponemos en lo que hacemos puede hacer una gran diferencia para esa nueva madre y el pequeño nuevo ser que estará en este mundo.*

### ***Kelly Milagros Añamuro Chino***

*A Dios, por darme la fuerza y la perseverancia necesarias para culminar esta etapa.*

*A mis padres, Carmen Valdivia y Edgar Rivas, por su amor, sacrificio y ejemplo de esfuerzo.*

*A mis hermanos Joan y Erick, y a mi cuñada Jessica por su apoyo constante, pero sobre todo a mi sobrino Adrián, cuya llegada llena de alegría a nuestra familia.*

*A mi asesora, Dra. Verónica Oviedo Tejada, por su guía y paciencia. Al personal del Hospital Honorio Delgado Espinoza, en especial a la obstetra Karla Castro Fonseca, por su apoyo y amabilidad en este proceso. Y a todas las púerperas que participaron en este estudio, por su confianza y disposición.*

*A todos ustedes, mi gratitud sincera.*

### ***Maricarmen Diana Rivas Valdivia***



**EPÍGRAFE**

*"No te preocupes por los fracasos, preocúpate por las posibilidades que pierdes cuando ni siquiera lo intentas."*

***Jack Canfield***



## RESUMEN

**Objetivos:** La investigación tuvo como objetivo identificar los factores asociados al riesgo de depresión postparto según la escala de Edimburgo en el Hospital Honorio Delgado Espinoza, junio 2025.

**Material y Métodos:** El presente estudio se realizó con un nivel de investigación relacional, con diseño observacional. La unidad de estudio estuvo comprendida por 100 púerperas del Hospital Honorio Delgado Espinoza en el mes de junio. A quienes se les realizó una ficha de recolección para conocer más sobre sus factores sociodemográficos y ginecoobstétricos y se empleó la escala de Edimburgo para conocer el nivel de riesgo sobre depresión postparto.

**Resultados:** En cuanto a los factores sociodemográficos, se observó que el 57% de las púerperas tienen entre 18-29 años, el 59% se dedica a labores del hogar, un 54% alcanzó los estudios a nivel secundario, el 79% es conviviente, un 89% indicaron que tienen buena relación con el padre de su recién nacido. En relación a los factores ginecoobstétricos, se observó que el 6% tienen antecedente de depresión postparto, un 15% sufrió de violencia de género durante la gestación, el 98% afirmó practicar la lactancia materna exclusiva, un 52% dieron a luz por cesárea, el 53% indicaron tener entre 2 a 3 partos, el 24% acudió de 1 a 6 controles prenatales, el 28% participó de las sesiones de psicoprofilaxis. En cuanto a la escala de Edimburgo, un 25.4% de las púerperas se encuentran en el límite de riesgo de depresión postparto y el 23.4% presentan probable riesgo de depresión postparto.

**Conclusiones:** La prueba de chi cuadrado reveló una relación significativa entre la variable “relación con el padre del recién nacido” ( $p=0.017$ ). En cuanto a factor ginecoobstétrico, hay relación entre la variable “violencia de género durante la gestación” ( $p=0.007$ ).

**Palabras claves:** depresión postparto, Edimburgo, púerperas.

## ABSTRACT

**Objectives:** The research aimed to identify factors associated with the risk of postpartum depression according to the Edinburgh Scale at the Honorio Delgado Espinoza Hospital, June 2025.

**Materials and Methods:** This study was conducted using a relational research approach, with an observational design. The study unit consisted of 100 postpartum women from the Honorio Delgado Espinoza Hospital in June. A data collection form was completed to learn more about their sociodemographic and gynecological-obstetric factors, and the Edinburgh Scale was used to determine their risk level for postpartum depression.

**Results:** Regarding sociodemographic factors, it was observed that 57% of postpartum women are between 18-29 years old, 59% are dedicated to housework, 54% reached secondary school, 79% are cohabiting, 89% indicated that they have a good relationship with the father of their newborn. In relation to gynecological-obstetric factors, it was observed that 6% have a history of postpartum depression, 15% suffered gender violence during pregnancy, 98% stated that they practice exclusive breastfeeding, 52% gave birth by cesarean section, 53% indicated having between 2 to 3 births, 24% attended 1 to 6 prenatal check-ups, 28% participated in psychoprophylaxis sessions. Regarding the Edinburgh Scale, 25.4% of postpartum women were at borderline risk for postpartum depression, and 23.4% were at probable risk for postpartum depression.

**Conclusions:** The chi-square test revealed a significant relationship between the variable "relationship with the father of the newborn" ( $p=0.017$ ). Regarding the gynecological-obstetric factor, there was a relationship with the variable "gender-based violence during pregnancy" ( $p=0.007$ ).

**Keywords:** postpartum depression, Edinburgh, postpartum women.

## INDICE

DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTOS	
EPÍGRAFE	
RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN .....	1
CAPÍTULO I.....	3
PLANTEAMIENTO TEÓRICO.....	3
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	4
1.1. ENUNCIADO .....	4
2. OBJETIVOS .....	8
3. MARCO TEÓRICO.....	8
4. HIPÓTESIS.....	28
CAPÍTULO II .....	29
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL .....	29
1. TÉCNICA, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN.....	30
1.1. TÉCNICA.....	30
1.2. INSTRUMENTOS .....	30
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN .....	31
2.1. UBICACIÓN ESPACIAL.....	31
3. ESTRATEGIA PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS .....	32
3.4. VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO .....	33
4. ESTRATEGIAS PARA MANEJAR LOS RESULTADOS .....	33
MÉTODO INFORMÁTICO:.....	33
MÉTODO ESTADÍSTICO:.....	34
CAPÍTULO III .....	35
RESULTADOS.....	35
DISCUSIÓN.....	46
CONCLUSIONES .....	49
RECOMENDACIONES .....	50
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	51

## ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1: MAPA DE UBICACIÓN GEOGRÁFICA .....	58
ANEXO 2: AUTORIZACIÓN PARA APLICAR INSTRUMENTO .....	59
ANEXO 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO .....	60
ANEXO 4: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	61
ANEXO 5: MATRIZ DE DATOS SPSS .....	62



## ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS.....	37
TABLA 2 CARACTERÍSTICAS GÍNECOOBSTÉTRICAS.....	39
TABLA 3 FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS SEGÚN NIVEL DE RIESGO DE DEPRESIÓN POSTPARTO.....	41
TABLA 4 FACTORES GÍNECOOBSTÉTRICOS SEGÚN NIVEL DE RIESGO DE DEPRESIÓN POSTPARTO.....	42
TABLA 5 FACTORES GÍNECOOBSTÉTRICOS ASOCIADOS CON EL NIVEL DE RIESGO DE DEPRESIÓN POSTPARTO.....	44



## INTRODUCCIÓN

La depresión postparto (DPP) es un trastorno depresivo que ocasiona alteraciones significativas en el estado de ánimo de la mujer durante el puerperio, manifestándose a través de síntomas como ansiedad, tristeza persistente, irritabilidad y desinterés en las actividades cotidianas. Tradicionalmente se ha señalado que esta condición aparece a partir de la segunda semana después del parto; sin embargo, investigaciones recientes indican que puede manifestarse incluso desde el segundo día postparto, especialmente en mujeres con factores de riesgo emocionales o sociales previos (1).

La etiología de la DPP es multifactorial y se encuentra vinculada a diversos estresores, entre ellos: las exigencias de la vida diaria, la ausencia de la pareja durante el embarazo, la falta de apoyo en el cuidado del recién nacido, la carencia de respaldo familiar, la experiencia de un parto prematuro, el nacimiento de un bebé con malformaciones congénitas o el haber atravesado un embarazo no planificado o no deseado (2).

En cuanto a la magnitud del problema, la prevalencia reportada de depresión postparto varía entre 7% y 51%, reflejando la heterogeneidad de los contextos y poblaciones estudiadas. En el Perú, particularmente en el departamento de Arequipa, se ha registrado una prevalencia de 14,1%. En otros países de la región, las cifras también son elevadas: México, 33%; Brasil, 19,8%; Chile, 27,6%; y Argentina, 31% de madres evaluadas obtuvieron puntajes positivos en la Escala de Edimburgo (3,4). Estas cifras evidencian que la DPP constituye un importante problema de salud pública, pues afecta la calidad de vida de la madre y del recién nacido, repercutiendo además en el entorno familiar y social.

A pesar de la relevancia de este trastorno, en instituciones hospitalarias de la región, como el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, la evidencia local sobre el riesgo de depresión postparto aún es limitada. Esto dificulta la identificación temprana de casos y la implementación de estrategias efectivas de prevención y manejo.

Este estudio radica en la necesidad de generar información científica contextualizada que sirva como base para diseñar programas de detección precoz, atención integral y seguimiento a las puérperas, fortaleciendo tanto la práctica clínica en el hospital como las políticas de salud materna en la región.

A través de la aplicación de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) en mujeres puérperas hospitalizadas, herramienta validada internacionalmente, permite identificar oportunamente síntomas de depresión y estimar el nivel de riesgo de desarrollar este trastorno durante el puerperio.

En ese sentido, el presente trabajo de investigación se estructura en tres capítulos: el Capítulo I aborda el marco teórico, presenta la operacionalización de variables, objetivos, justificación, hipótesis y los fundamentos conceptuales. En el Capítulo II expone el planteamiento operacional, y el Capítulo III desarrolla los resultados, discusión, conclusiones y recomendaciones.





# **CAPÍTULO I**

## **PLANTEAMIENTO TEÓRICO**

## 1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

### 1.1. ENUNCIADO

Factores asociados al riesgo de depresión postparto según escala de Edimburgo. Hospital Honorio Delgado Espinoza, junio 2025.

### 1.2. DESCRIPCION DEL PROBLEMA

#### 1.2.1. Área de Conocimiento

1.2.1.1. **Área General:** “Ciencias de la Salud”

1.2.1.2. **Área Específica:** Obstetricia

1.2.1.3. **Línea:** Depresión Postparto

#### 1.2.2. Análisis y Operacionalización de Variables

VARIABLE	INDICADOR	CATEGORÍA	ESCALA
<b>VARIABLE INDEPENDIENTE</b>  Factores sociodemográficos y ginecoobstétricos		Edad	Adolescentes 12-17 años Joven 18-29 años Adulta >= 30 años
		Estado Civil	Soltera Conviviente Casada
		Nivel de Instrucción	Primario Secundaria Superior técnico Superior universitario
	Factor Sociodemográfico	Ocupación	Ama de casa

		Trabajo dependiente Trabajo independiente
	Presencia de la pareja	Si No
Factor Ginecoobstétrico	Antecedente de depresión	Si No
	Violencia de género durante la gestación	1. Si 2. No
	Número de controles prenatales	1. No tuvo control 2. 1 a 6 controles 3. Más de 6 controles
	Realizo psicoprofilaxis	Si No
	Tipo de parto	1. Vaginal 2. Cesárea
	Paridad	1.- 1 parto 2.- 2 a 3 partos 3.- Más de 3 partos
	Lactancia materna	1. Si 2. No

<p>VARIABLE DEPENDIENTE:  Riesgo de depresión postparto</p>	<p>Riesgo de depresión postparto según escala de Edimburgo</p>	<p>1. Sin riesgo de Depresión Postparto  2. Límite para riesgo de Depresión Postparto  3. Probable riesgo de Depresión Postparto</p>	<p>1. &lt;10 puntos: sin riesgo de depresión postparto  2. De 10 – 12: límite para riesgo de depresión postparto  3. &gt;= 13: probable riesgo de depresión postparto</p>
---	--	--	---

### 1.2.3. Interrogantes básicas

1. ¿Cuáles son los factores sociodemográficos en púerperas atendidas en el Hospital Honorio Delgado Espinoza, junio 2025?
2. ¿Cuáles son los factores ginecoobstétricos en púerperas atendidas en el Hospital Honorio Delgado Espinoza, junio 2025?
3. ¿Cómo es el riesgo de depresión postparto en Hospital Honorio Delgado Espinoza en junio 2025, según la escala de Edimburgo?
4. ¿Cuáles son los factores sociodemográficos asociados al riesgo de depresión postparto en el Hospital Honorio Delgado Espinoza, junio 2025?
5. ¿Cuáles son los factores ginecoobstétricos asociados al riesgo de depresión postparto en el Hospital Honorio Delgado Espinoza, junio 2025?

### 1.2.4. Tipo de investigación

Investigación de campo, transversal.

### 1.2.5. Nivel de Investigación

Relacional

### 1.2.6. Justificación

#### a) Relevancia Científica:

A través de este estudio, se pretende orientar la detección del trastorno depresivo dentro de los servicios de salud, dado que, hasta el momento, la atención de los profesionales de salud se ha enfocado principalmente en el estado físico de la puérpera, relegando su bienestar emocional. La información disponible sobre esta problemática es limitada y los estudios al respecto son aún escasos.

#### b) Relevancia Académica:

Con este estudio buscamos proporcionar información relevante sobre el problema, además de enriquecer la formación académica de estudiantes tanto de pregrado como de posgrado, así como de profesionales de la salud, dado que existe un conocimiento limitado sobre el estado depresivo en la puérpera.

#### c) Relevancia Social:

La depresión posparto constituye un problema de salud pública que compromete el bienestar de la puérpera, generando efectos adversos en la relación madre-hijo y en el desarrollo del niño. Ante esta situación, resulta imprescindible que las autoridades sanitarias den prioridad a la salud mental materno dentro de sus políticas y programas de atención. Establecer acciones concretas, capacitación permanente del personal sanitario, con el fin de desarrollar estrategias orientadas a la prevención y detección oportuna, mejorando la calidad de vida de las puérperas y sus familias.

#### d) Relevancia personal:

Las tesis presentan un interés personal en el tema ya que durante su rotación por el área de ginecoobstetricia pudieron identificar como la depresión post parto genera un gran impacto negativo en la salud materna. La salud, desde la perspectiva del profesional sanitario, no debe limitarse únicamente al bienestar físico, sino también considerar la salud mental. Por ende, resulta fundamental ampliar nuestros conocimientos sobre este tema de gran relevancia y creciente interés.

**e) Originalidad:**

El estudio es viable porque se realizará en el Hospital Honorio Delgado Espinoza, donde hay acceso a la población objetivo que pueden participar en la investigación. Asimismo, el uso de la Escala de Edimburgo como instrumento de evaluación resulta práctico, económico y no invasivo, lo que facilita su implementación en el tiempo establecido (junio de 2025).

**2. OBJETIVOS**

1. Identificar los factores sociodemográficos en puérperas atendidas en el Hospital Honorio Delgado Espinoza, junio de 2025.
2. Identificar los factores ginecoobstétricos en puérperas atendidas en el Hospital Honorio Delgado Espinoza, junio de 2025.
3. Identificar como es el riesgo de depresión postparto en Hospital Honorio Delgado Espinoza en junio 2025, según la escala de Edimburgo.
4. Identificar los factores sociodemográficos asociados al riesgo de depresión postparto en el Hospital Honorio Delgado Espinoza, junio 2025.
5. Identificar los factores ginecoobstétricos asociados al riesgo de depresión postparto en el Hospital Honorio Delgado Espinoza, junio 2025.

**3. MARCO TEÓRICO****3.1 MARCO CONCEPTUAL****3.1.1. Depresión**

La depresión se considera un problema de salud pública, siendo un trastorno cuya causa aún no se comprende completamente. Se ha demostrado que tiene un componente biológico con un componente genético heredado, sin que necesariamente se transmitan; los factores estresantes que pueden desencadenar el trastorno en los pacientes (1).

**3.1.2. Niveles de depresión**

**1. Nivel depresivo leve:** puede establecerse si se presentan al menos dos o los tres de los siguientes síntomas de depresión (2):

- Estado de ánimo deprimido que se mantiene la mayor parte del día o durante un mínimo de dos semanas.
- Pérdida de interés o placer en actividades que anteriormente resultaban gratificantes.

- Disminución notable de la energía o sensación persistente de fatiga.
- 2. Nivel depresivo moderado:** Cuando una persona presenta cuatro o más síntomas depresivos, estos tienden a ser más severos y pueden afectar significativamente su capacidad para realizar las actividades diarias habituales (2).
- 3. Nivel depresivo grave:** se distingue por la aparición de síntomas severos que pueden abarcar una autoestima muy disminuida y sentimientos profundos de culpa, ideación suicida y otros síntomas graves (2).

### Síntomas

- Sentimientos de tristeza profunda
- Sensación de desesperanza
- Percepción de inutilidad
- Sentimientos de culpa
- Autoestima disminuida
- Pensamientos negativos relacionados con el suicidio
- Deterioro cognitivo que afecta la motivación, la atención selectiva, la memoria episódica y la memoria de trabajo
- Irritabilidad
- Disforia
- Anhedonia (pérdida de placer en actividades)
- Síntomas neurovegetativos, tales como disminución del apetito, fatiga y alteraciones en el ciclo sueño-vigilia (2).

### 3.1.3. Depresión Postparto:

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, quinta edición (DSM-V), se clasifica como un trastorno depresivo con inicio perinatal, que puede desarrollarse durante el embarazo o en las primeras cuatro semanas después del parto. No obstante, el lapso para su aparición puede extenderse desde las cuatro semanas hasta los doce meses posparto. Por esta razón, en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) se considera un trastorno mental y del comportamiento que inicia dentro de las seis semanas posteriores al parto (3).

### 3.1.4. Historia

Los antecedentes históricos del concepto de depresión posparto se remontan a la época de Hipócrates, quien ya relacionaba los trastornos mentales de las mujeres después del parto con la sepsis puerperal. Posteriormente, en 1829, Robert Gooch incorporó el término psicosis puerperal en su informe sobre las enfermedades específicas de las mujeres. Más adelante, en 1856, Louis Victor Marcé publicó *Traité de la folie des femmes enceintes* (Tratado sobre la locura de las mujeres embarazadas), en el cual sostenía que las modificaciones fisiológicas durante el puerperio tenían un impacto directo en el estado emocional de las mujeres. Sin embargo, no fue sino hasta la publicación de la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) en 1995, que la depresión posparto fue oficialmente reconocida como una condición psiquiátrica. En esta edición se definió como un trastorno que inicia después del parto (4–6).

### Epidemiología

La prevalencia de la depresión posparto varía ampliamente, con estimaciones que oscilan entre el 7% y el 51%. En China se estima que un 15% presentan depresión posparto. Diversos estudios realizados en América Latina han reportado distintas tasas de prevalencia de la depresión posparto. En el caso de México, se reporta un 33%, en Brasil, se registró un 19,8%; en Chile, el 27,6% de las mujeres evaluadas fueron diagnosticadas con DPP; en Argentina, el 31% de las madres obtuvieron resultados positivos en la Escala de Edimburgo. Por su parte, en Perú, un estudio realizado en el departamento de Arequipa indicó una prevalencia del 14,1% (7,8).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), entre un 20% y un 40% de las mujeres en naciones en desarrollo presentan depresión durante el embarazo o en el período posterior al parto. Esto significa que, aproximadamente, una de cada cuatro mujeres enfrenta esta condición (9).

### 3.1.5. Tipos de Depresión

A continuación, se presentará una descripción de los distintos tipos de depresión puerperal, las cuales se catalogan según la presencia de la sintomatología y duración de los mismos. Como se podrá observar, estos trastornos comparten síntomas

similares con los episodios de depresión mayor que pueden surgir en otras etapas de la vida (10).

**a) Baby blues o Maternity Blues**

El baby blues, maternity blues o tristeza postparto es una patología transitoria que llega a afectar a las puérperas en un 20% a 80% se le conoce como una alteración del estado de ánimo que se manifiesta con síntomas como irritabilidad, llanto frecuente, insomnio, ansiedad, fatiga, confusión y sentimientos de tristeza, los síntomas suelen aparecer entre el segundo, tercer y cuarto día después del parto y, por lo general, desaparecen en un período de 10 a 15 días sin dejar secuela (11–13).

Si los síntomas del baby blues persisten más allá del periodo considerado normal y tienden a intensificarse, existe una alta probabilidad de que la puérpera esté comenzando a desarrollar depresión posparto (4).

**b) Depresión postparto sin psicosis**

Generalmente comienza entre la segunda y tercera semana después del parto y puede durar de 4 a 6 semanas, aunque en ausencia de un tratamiento adecuado, puede extenderse por más de un año. Entre los síntomas más notorios se encuentran la anhedonia, el cansancio extremo, trastornos del sueño y del apetito, llanto fácil, dificultades de concentración, sentimientos de inutilidad relacionados con el cuidado del bebé, así como ideas obsesivas sobre la posibilidad de hacer daño al lactante (14–16).

**c) Psicosis postparto**

El inicio suele ser entre 24 horas y 3 semanas después del parto, pudiendo iniciar hasta el sexto mes, la duración del trastorno será hasta que sea tratada. Entre los principales factores de riesgo para que una puérpera desarrolle esta condición se encuentran: antecedentes de un trastorno afectivo (bipolaridad), interrupción abrupta del tratamiento para el trastorno bipolar, antecedentes personales de psicosis o de psicosis posparto (con una probabilidad de recaída del 80%), antecedentes familiares de trastornos psicóticos, falta de sueño, antecedentes de pérdida gestacional (17,18).

Se caracteriza por cambios bruscos en el estado de ánimo, desorientación y un notable deterioro en las funciones cognitivas. También puede presentarse con conductas inusuales, insomnio, alucinaciones tanto visuales como auditivas, e incluso percepciones sensoriales atípicas, como alucinaciones táctiles u olfativas. Puede experimentar intervalos de lucidez. En algunos casos, pueden surgir delirios de tipo altruista relacionados con ideas de infanticidio, homicidio o suicidio, los cuales requieren atención inmediata (17).

### **3.1.6. Etiología**

Aunque se han identificado diversos factores relacionados con su aparición, no se ha podido establecer una causa única que explique el desarrollo de la depresión posparto (DPP). A diferencia de otros trastornos psiquiátricos vinculados al embarazo y al posparto, que generalmente están relacionados de forma clara con factores biológicos, la DPP se caracteriza por una etiología multifactorial, en la que los factores psicosociales juegan un papel fundamental (19).

#### **a) Teorías bioquímicas**

La disminución abrupta de los niveles de estradiol después del parto podría ser un factor importante en la aparición de la depresión posparto. Esta reducción hormonal altera el balance de serotonina en el cerebro, lo cual podría estar vinculado al desarrollo de síntomas depresivos en algunas mujeres tras el nacimiento de su hijo (20).

#### **b) Hormonas Tiroideas**

Esto se explica porque una baja en la función tiroidea puede afectar negativamente el estado de ánimo, dado que se ha relacionado con una reducción de los niveles de serotonina en el cerebro (21).

#### **c) Prolactina**

Se ha sugerido que la prolactina podría desempeñar un papel importante en la depresión posparto. Esta hipótesis se basa en la observación de que mujeres no embarazadas con síntomas de ansiedad y depresión suelen mostrar niveles elevados de prolactina de manera anormal, conocidos como hiperprolactinemia

patológica. Estos niveles elevados de prolactina podrían estar vinculados con alteraciones en el estado de ánimo, así como con síntomas de ansiedad y depresión (22).

A lo largo del embarazo, los niveles de prolactina se elevan de forma significativa, llegando a alcanzar hasta 140 ng/ml hacia el final de la gestación. No obstante, tras el parto, estos valores empiezan a disminuir progresivamente, estabilizándose alrededor de la tercera semana posparto (23).

#### d) Disminución en el nivel de Triptófano libre en suero

La disponibilidad de triptófano en la sangre es el factor principal que regula la actividad de la enzima encargada del paso limitante en la síntesis de serotonina, cuya reducción resulta fundamental en la aparición de la depresión (24).

Entre los días cinco y seis después del parto, se registra una caída notable en los niveles plasmáticos de triptófano, especialmente en madres que presentan el "baby blues". Esta disminución puede mantenerse hasta seis meses en aquellas que desarrollan depresión (22).

#### 3.1.7. Factores Sociodemográficos

- **La edad materna:** La edad se refiere al periodo comprendido entre el nacimiento y el momento actual, habitualmente expresado en años cumplidos (25).
- **Adolescentes:** Se considera a la persona que tiene entre 12 y 17 años, período marcado por cambios significativos a nivel físico, emocional y social (26).
- **Joven:** Individuo cuya edad está entre los 18 y 29 años. Esta etapa se caracteriza por la consolidación de la identidad personal y nuevas responsabilidades en ámbitos como la educación, el trabajo y la familia (27).
- **Adulto:** Persona que tiene 30 años o más, etapa en la que suele observarse una mayor estabilidad emocional y social de sus derechos y obligaciones dentro de la sociedad (28).

- **Estado civil:** Se entiende como nivel educativo al grado de instrucción adquirido por una persona a través del sistema educativo estatal o privado (29).
- **Soltera:** Se refiere a una mujer que no ha contraído matrimonio ni vive en unión conyugal con otra persona. Puede vivir sola o con su familia, pero no mantiene una relación formal legalmente reconocida (30).
- **Conviviente:** Es una persona que mantiene una relación de pareja estable y permanente con otra, sin estar legalmente casada, y que comparte un hogar y responsabilidades en común (31).
- **Casada:** Persona que ha contraído matrimonio civilmente, estableciendo una unión legalmente reconocida que conlleva derechos y deberes específicos, incluyendo los relacionados con la familia y el patrimonio (32).
- **Nivel de Instrucción:** Es la forma jurídica y política mediante la cual se organiza una comunidad humana con el propósito de alcanzar objetivos fundamentales dentro de la sociedad (29).
  - **Primaria:** Etapa inicial de la educación formal dirigida a niños entre 6 y 12 años, y que busca sentar las bases para aprendizajes futuros(33).
  - **Secundaria:** Comprende cinco grados, orientados a jóvenes de 12 a 16 años. Esta etapa tiene como objetivo profundizar los conocimientos adquiridos en la primaria y preparar a los estudiantes para la educación superior (34).
  - **Superior técnico:** En Perú se ofrece en institutos de educación superior tecnológica y escuelas de educación superior, con programas que combinan formación teórica y práctica (35).
  - **Superior universitario:** Está orientada a la formación profesional académica, investigación científica y desarrollo cultural. Conduce a la obtención de grados académicos como bachiller, licenciado, maestro y doctor, y son ofrecidos por universidades públicas y privadas licenciadas por la Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria (SUNEDU) (36).
- **Ocupación:** Actividad laboral o función, con o sin remuneración, a la que una persona dedica su tiempo (37).
  - **Ama de casa:** Se entiende por ama de casa a una persona que dedica su tiempo principalmente a las tareas domésticas, como la limpieza, la preparación de alimentos y el cuidado de los miembros del hogar. Este rol, aunque esencial para el funcionamiento del hogar, no suele estar

remunerado y no se considera parte de la Población Económicamente Activa (PEA). Sin embargo, es reconocida en censos y encuestas como una ocupación no remunerada (38).

- **Trabajo dependiente:** El trabajo dependiente se refiere a la relación laboral en la que una persona presta servicios a un empleador bajo subordinación y dependencia, recibiendo una remuneración periódica. Este tipo de empleo está regulado por un contrato y se caracteriza por la estabilidad laboral y los beneficios sociales establecidos por la legislación peruana (39).
- **Trabajo independiente:** El trabajo independiente, también conocido como trabajo por cuenta propia, es aquel en el que una persona ejerce una actividad económica sin estar subordinada a un empleador. Este tipo de trabajo puede incluir la gestión de un negocio propio o la prestación de servicios profesionales de manera autónoma. Los ingresos dependen directamente de los beneficios derivados de los bienes y servicios producidos (39).
- **Presencia de la pareja:** La presencia de la pareja se refiere a la participación activa y acompañamiento del cónyuge o conviviente durante el proceso de gestación, parto y puerperio, brindando apoyo emocional, físico y/o económico (40).

### 3.1.8. Factores Ginecoobstétricos

- **Antecedente de depresión:** Se refiere a un historial médico en el que la persona ha sido evaluada y se le ha confirmado clínicamente un episodio depresivo en el pasado (41).
- **Violencia de género durante la gestación:** Hace referencia a cualquier acción o patrón de comportamiento abusivo, ya sea físico, psicológico, sexual o económico, ejercido dentro del entorno familiar o de convivencia, con el propósito de controlar, intimidar o dañar a otro miembro del hogar, comúnmente la pareja (42).
- **Número de controles prenatales:** Es un conjunto de acciones asistenciales realizadas mediante entrevistas o visitas programadas entre el equipo de salud y la gestante, con el objetivo de vigilar el desarrollo del embarazo y preparar adecuadamente para el parto y el cuidado del recién nacido, reduciendo así los riesgos asociados al proceso (43).

- **Asistencia a psicoprofilaxis:** Es una preparación completa a nivel teórico, físico y psicoafectivo que se ofrece a lo largo del embarazo, el parto y/o el postparto y al ser una atención integral debe incluir una preparación personalizada para cada gestante, basada en criterios clínicos, con un enfoque centrado en los factores de riesgo, y guiada por principios éticos y de humanización del cuidado (44).
- **Tipo de parto:** según el ministerio de salud se considera dos tipos:
  - **Parto natural o vaginal:** el feto realiza su salida mediante los genitales maternos (43).
  - **Parto por cesárea:** es de tipo quirúrgico realizado mediante una incisión en el abdomen y el útero (43).
- **Paridad:** hace referencia al número de hijos que una mujer ha tenido hasta cierto momento (45).
  - **Primípara:** Solo ha tenido un parto.
  - **Secundípara:** Es su segundo parto.
  - **Múltipara:** Ha tenido más de dos partos.
- **Lactancia materna:** acto mediante el cual la madre nutre al recién nacido a través de sus senos, utilizando la leche materna producida después del parto. Esta práctica debe mantenerse de forma exclusiva durante los primeros dos años de vida (46).

### 3.1.9. Manifestaciones clínicas

#### Síntomas

#### Síntomas Afectivos:

Las mujeres con depresión postparto pueden experimentar una profunda sensación de vacío y desvalorización, tanto a nivel físico como psicológico, lo que en casos graves puede manifestarse como el Síndrome de Cotard. La tristeza persistente constituye el síntoma afectivo predominante. En adolescentes puérperas, estos síntomas pueden expresarse a través de irritabilidad, inestabilidad emocional, sensación de vacío o ansiedad. Asimismo, puede presentarse una marcada falta de deseo de continuar con la vida, lo cual exige una atención clínica inmediata (4,47).

### **Síntomas Motivacionales y Conductuales:**

Las alteraciones en la conducta son diversas e incluyen (4,47).

- Bradipsiquia: Lentitud en el pensamiento y dificultad para comunicarse y recordar.
- Inhibición psicomotriz: Disminución en la actividad física y falta de expresión emocional.
- Apatía: Desinterés por el autocuidado, las relaciones personales y las actividades cotidianas.
- Despersonalización: Sensación de extrañamiento respecto a uno mismo.
- Anhedonia: Incapacidad para experimentar placer, considerada junto con el ánimo deprimido como uno de los síntomas centrales. Tareas simples como levantarse o asearse pueden volverse difíciles, llevando incluso al abandono de responsabilidades laborales o académicas. En casos severos, puede haber ideación o intentos suicidas.

### **Síntomas Cognitivos:**

La capacidad cognitiva también se ve comprometida. Se presentan dificultades en la memoria, la atención, la concentración y el pensamiento. El contenido cognitivo se torna negativo, reflejando auto depreciación, autoculpabilidad y disminución de la autoestima. Este fenómeno es particularmente evidente cuando la púérpera se compara con otras mujeres, especialmente en relación con su imagen corporal postparto. Este tipo de alteraciones cognitivas puede conllevar al aislamiento social y familiar (4,47).

### **Síntomas Físicos:**

Entre los síntomas somáticos se encuentran alteraciones del sueño, como insomnio o hipersomnia, fatiga persistente (especialmente matutina), disminución del apetito y de la libido, así como molestias físicas inespecíficas como cefalea, náuseas, estreñimiento o visión borrosa (4,47).

### **Síntomas Interpersonales:**

Es común observar un deterioro en las relaciones sociales, especialmente dentro del entorno familiar. Este distanciamiento puede profundizar el aislamiento emocional

y dificultar la recuperación de la paciente (4,47).

Actualmente, la psiquiatría propone un enfoque dimensional para el diagnóstico, dejando de lado el modelo categórico de “todo o nada”. Este enfoque permite evaluar cada síntoma de manera individual, lo que facilita la distinción entre la depresión postparto y otros cuadros como la disforia postparto. Para establecer el diagnóstico de un episodio depresivo mayor, los síntomas deben presentarse durante la mayor parte del día, generar malestar subjetivo significativo y afectar el desempeño social, laboral o familiar. Los episodios suelen ser intensos y tener una duración prolongada, lo cual resalta la necesidad de una evaluación exhaustiva que permita no solo identificar la gravedad del trastorno, sino también sus posibles causas subyacentes (4,47).

### **3.1.10. Complicación en la puérpera con depresión postparto**

Aumenta la posibilidad de presentar trastornos de ansiedad, lo que puede afectar la capacidad de la madre para cuidar tanto de sí misma como de su bebé. Es posible que interrumpa la lactancia, experimente dificultades para establecer un vínculo con el bebé y para brindarle los cuidados necesarios. Además, podría enfrentar un mayor riesgo de pensamientos suicidas e incluso llegar al suicidio, así como experimentar aislamiento social (25).

### **Complicación en el recién nacido o niño con madre con depresión postparto**

La depresión posparto puede afectar la conexión afectiva entre la madre y su bebé, lo que podría tener consecuencias adversas en el desarrollo cognitivo y emocional del niño a lo largo del tiempo. Esto puede manifestarse en problemas de conducta, dificultades para dormir o alimentarse, llanto excesivo y retrasos en el lenguaje. Además, puede impactar la capacidad del bebé para gestionar sus emociones, así como afectar su nutrición y crecimiento, especialmente si existen complicaciones con la lactancia materna (25).

### **3.1.11. Diagnóstico de depresión postparto**

Lo ideal sería identificar esta patología de manera temprana; sin embargo, su detección precoz resulta complicada, ya que suele minimizarse. Esto se debe a que socialmente se espera que el nacimiento de un hijo genere únicamente felicidad en la madre, lo que lleva a que muchas mujeres duden en expresar sus verdaderas

emociones. Además, durante el puerperio se producen transformaciones tanto físicas como emocionales que pueden simular síntomas depresivos, lo que complica aún más el diagnóstico (13).

Es esencial realizar una historia clínica detallada y oportuna, junto con una evaluación física y un análisis del estado mental, teniendo en cuenta tanto los antecedentes personales como los factores de riesgo, especialmente si ha habido episodios previos de depresión postparto. También se recomienda interrogar directamente a la paciente sobre síntomas como tristeza, fatiga, llanto frecuente o rechazo hacia su bebé (48).

De acuerdo con el DSM-V, para que se diagnostique un episodio depresivo mayor es necesario que se cumplan cinco criterios fundamentales (48):

1. Ánimo notablemente bajo, acompañado de pérdida del interés o del placer.
2. Duración mínima de dos semanas.
3. Presencia de otros síntomas asociados.
4. Estos síntomas deben generar malestar significativo o afectar el funcionamiento de la persona.
5. No deben cumplirse criterios de exclusión que descarten el diagnóstico.

Dos de las herramientas más utilizadas para evaluar la depresión posparto son el Inventario de Depresión de Beck (BDI) y la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS, por sus siglas en inglés). El BDI constituye una herramienta general para medir síntomas depresivos, mientras que la EPDS fue específicamente diseñada para identificar la depresión en el periodo posnatal. Esta última, desarrollada por Cox y colaboradores en 1987, se ha consolidado como un instrumento altamente eficaz y ampliamente utilizado, especialmente en países anglosajones, para la detección de sintomatología depresiva en mujeres durante el puerperio. La Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) ha mostrado una elevada sensibilidad del 88% y una especificidad del 92.5% para detectar casos de depresión mayor, lo que la convierte en una herramienta confiable tanto en contextos clínicos como investigativos. Su administración en las primeras tres a cuatro semanas posteriores al parto ha mostrado una mayor eficacia en el diagnóstico temprano del trastorno. Además, su aplicación se ha extendido a

diversos entornos, incluyendo hospitales, servicios de atención primaria y visitas domiciliarias, facilitando así un abordaje integral y oportuno (49).

### 3.1.12. Diagnóstico diferencial

Entre las posibles condiciones a considerar en el diagnóstico diferencial de la depresión postparto, se encuentran (50):

#### **Trastornos psiquiátricos:**

- Episodio depresivo mayor con síntomas psicóticos
- Trastorno bipolar
- Trastorno esquizoafectivo
- Esquizofrenia
- Trastorno esquizofreniforme
- Psicosis reactiva

#### **Condiciones clínicas:**

- Trastornos de la glándula tiroides, como hipotiroidismo o tiroiditis.
- Insuficiencia de vitamina B12 en el organismo.
- Gangliosidosis GM2 de presentación en la edad adulta.

#### **Consumo de sustancias:**

- Medicamentos como la bromocriptina y el metronidazol
- Drogas psicoactivas como LSD, PCP, éxtasis, entre otras.

### 3.1.13. Tratamiento

#### - **Intervenciones psicoterapéuticas**

Actúa como un tratamiento complementario al enfoque farmacológico, con el objetivo principal de reducir los síntomas depresivos. Las intervenciones psicológicas tienen un rol clave, especialmente en situaciones de depresión de intensidad leve o moderada. Entre las alternativas más efectivas se destacan la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) y los métodos de relajación, los cuales son particularmente beneficiosos para tratar la ansiedad que suele acompañar este trastorno. La TCC se centra en modificar los patrones de pensamiento y

conducta negativos, mientras que las técnicas de relajación contribuyen a disminuir el estrés y a promover una mejora en el estado de ánimo de las pacientes (49).

#### - **Tratamiento farmacológico**

El abordaje farmacológico incluye el uso de antidepresivos tricíclicos y de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) como parte del tratamiento (13).

Los antidepresivos tienen un mecanismo de acción que consiste en regular los niveles de sustancias químicas en el cerebro, lo que contribuye a aliviar los síntomas asociados a este trastorno. A continuación, se enumeran algunos de los antidepresivos más comúnmente prescritos: citalopram, bupropión, nefazodona, duloxetina, escitalopram, desvenlafaxina, fluoxetina, fluvoxamina, mirtazapina, pertralín, paroxetina, y trazodona (51).

Es fundamental balancear cuidadosamente los riesgos y beneficios al elegir el tratamiento, asegurando que la paciente reciba toda la información pertinente sobre el uso de psicofármacos y su relación con la lactancia materna. En mujeres con antecedentes de depresión posparto, se aconseja comenzar la terapia farmacológica justo después del parto para evitar una recaída, con un tiempo de tratamiento que suele extenderse entre seis meses y un año (13).

#### **3.1.14. Prevención**

Para mitigar la incidencia de la depresión posparto, es fundamental establecer estrategias preventivas orientadas a disminuir la aparición de este trastorno, la implementación de programas de acompañamiento en el postparto, el fortalecimiento del empoderamiento social femenino y el fomento de actividades que favorezcan el vínculo afectivo entre la madre y el recién nacido, constituyen medidas eficaces (52,53).

Por otra parte, el contexto social desempeña un papel determinante en la experiencia de la maternidad y sus implicaciones emocionales. En este sentido, se subraya la necesidad de consolidar redes de apoyo sólidas, así como de replantear las expectativas sociales idealizadas sobre la maternidad, ya que estas pueden actuar como factores estresantes que dificultan la búsqueda de ayuda profesional. La presencia de tales presiones puede interferir en la adherencia al tratamiento y,

en consecuencia, afectar negativamente el bienestar de la madre, el recién nacido y el entorno familiar (54,55).

En este contexto, resulta relevante considerar también las repercusiones de la depresión postparto en otros miembros del núcleo familiar, como la pareja, otros hijos y, en particular, el bebé, dado su estrecho vínculo con la madre (56).

### 3.1.15. Escala de Edimburgo

La Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) es una herramienta diseñada para facilitar a los profesionales de salud en la identificación rápida y precisa de mujeres que presentan síntomas de depresión, tanto en atención primaria como en el nivel hospitalario. Una vez detectadas con posible riesgo de depresión, estas pacientes deben recibir seguimiento cercano durante el primer año tras el parto, debido a la gravedad del cuadro clínico.

Esta escala fue desarrollada en Livingston y Edimburgo, y consta de diez afirmaciones breves, entre las cuales la madre debe seleccionar la que mejor refleje su situación. El cuestionario puede completarse en menos de cinco minutos. Estudios de validación han revelado que las mujeres que superan el umbral establecido en la prueba tienen un 92.3% de probabilidad de padecer algún tipo de trastorno depresivo, en distintos grados de severidad (57).

#### - **Fundamento del cuestionario**

La Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) consta de 10 ítems que valoran los síntomas emocionales y cognitivos asociados a la depresión posparto. A diferencia de otras escalas para la depresión, el EPDS minimiza la atención a las somatizaciones, lo cual es especialmente beneficioso en el periodo posparto, cuando son comunes síntomas físicos como la fatiga y las alteraciones del sueño. Esta herramienta fue diseñada para que las mujeres puedan completarla por sí mismas y para que los profesionales de la salud la interpreten con facilidad (14).

#### - **Aplicación**

Para efectuar un nivel de riesgo de depresión postparto, se utiliza una escala compuesta por diez ítems, cada uno con cuatro opciones de respuesta. A estas respuestas se les asigna una puntuación que varía de 0 a

3, dependiendo de la intensidad con la que la mujer ha experimentado los síntomas en los días posteriores al parto. Esta herramienta permite evaluar aspectos como sentimientos de culpa, disforia, ansiedad, dificultades de concentración e ideación suicida (14).

### 3.2. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

#### 3.2.1. Antecedentes locales

- **Título:** Incidencia de depresión en puérperas de parto vía vaginal y puérperas con parto por cesárea en el Hospital III Yanahuara Essalud, Arequipa, 2024.

**Autor:** Apaza Begazo, Miguel Antonio; Quiroz Berroa, Pamela Milagros

**Fuente:** Tesis – Repositorio Institucional Universidad Católica de Santa María (22).

**Resumen:**

**Objetivo:** Se llevó a cabo un estudio cuyo propósito fue analizar si existía una mayor frecuencia de síntomas depresivos según la modalidad del parto.

**Materiales y Métodos:** La población estuvo compuesta por 200 mujeres que dieron a luz en un hospital durante el mes de febrero de 2024. Se aplicó un diseño transversal con enfoque relacional e inferencial, utilizando la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo como instrumento de evaluación. Las participantes fueron divididas en dos grupos iguales: 100 con parto vaginal y 100 con cesárea.

**Resultados:** Indicaron que, en el grupo con parto vaginal, el 71,0% no presentó indicios de depresión postparto, el 13,0% mostró síntomas depresivos y el 16,0% presentó depresión severa. En contraste, entre las mujeres con parto por cesárea, el 53,0% se ubicó en el rango normal, el 13,0% manifestó síntomas depresivos y el 34,0% presentó una forma intensa de depresión. Esta diferencia en la proporción de casos de depresión severa entre ambos grupos fue estadísticamente significativa ( $p = 0,011$ ), según la prueba Chi cuadrado.

**Conclusión:** El tipo de parto podría ser un factor influyente en la aparición de depresión postparto, siendo más frecuente la forma severa en quienes fueron sometidas a cesárea, lo cual resalta la necesidad de considerar esta variable en la atención posnatal (22).

- **Título:** Factores de riesgo asociados a la depresión post parto en puérperas del hospital Goyeneche de la ciudad de Arequipa, 2022.

**Autor:** Ramos Zevallos, Angela Noemi

**Fuente:** Tesis – Facultad de Medicina. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa (47).

**Resumen:**

**Objetivo:** Se propuso determinar los factores de riesgo asociados a la depresión post parto en puérperas del Hospital Goyeneche de la ciudad de Arequipa, 2022.

**Materiales y métodos:** El enfoque fue cuantitativo, de tipo analítico, prospectivo y de corte transversal.

**Resultados:**

Los resultados mostraron que el 50.9% de las puérperas presentaron niveles de depresión posparto, mientras que el 49.1% restante no evidenció este trastorno. Además, entre los factores vinculados a la depresión posparto, sobresalieron los aspectos sociodemográficos, obstétricos y sociales.

**Conclusión:**

Se determinó que estos factores de riesgo están relacionados con la depresión posparto en las puérperas atendidas en el Hospital Goyeneche de Arequipa (47).

### 3.2.2. Antecedentes nacionales

- **Título:** Factores asociados al riesgo de depresión postparto valorada por la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo en puérperas adultas atendidas por teleconsulta en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el año 2020.

**Autor:** Villanueva Basilio, Astrid Jazmin

**Fuente:** Tesis – Repositorio Institucional Universidad Ricardo Palma. Lima, Perú (58).

**Resumen:**

**Objetivo:** fue identificar los factores relacionados con el riesgo de depresión postparto en mujeres adultas durante el puerperio, atendidas mediante Teleconsulta en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el año 2020.

**Materiales y Métodos:** El estudio fue de tipo cuantitativo, con un diseño observacional, analítico y transversal. La población estuvo conformada por 2000 púérperas entre 18 y 36 años. Se seleccionó una muestra de 184 mujeres en periodo de puerperio que recibieron atención mediante Teleconsulta en la institución durante el año de estudio. Para evaluar el riesgo de depresión posparto, se empleó la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) en su versión adaptada al español.

**Resultados:** El 70,1% de las participantes no evidenció riesgo de depresión postparto, mientras que el 29,9% sí presentó dicho riesgo. Se halló una asociación estadísticamente significativa con las variables de violencia familiar (OR: 3,4;  $p = 0,026$ ; IC95%: 1,1–10,5) y antecedentes de depresión postparto (OR: 3,7;  $p = 0,005$ ; IC95%: 1,4–9,4).

**Conclusiones:** La existencia de antecedentes de depresión postparto y la exposición a violencia familiar se identificaron como factores significativamente asociados al riesgo de depresión postparto en las púérperas atendidas por Teleconsulta en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el año 2020 (58).

- **Título:** Ansiedad y depresión post parto en púérperas adultas, atendidas en un hospital de Sicuani 2023.

**Autor:** Latorre Fernández, Emily Anna Paula

**Fuente:** Tesis – Repositorio Institucional Universidad Católica de Santa María (59).

**Resumen:**

**Objetivo:** Tuvo como finalidad identificar la relación existente entre la ansiedad y la depresión postparto en mujeres adultas atendidas en un hospital ubicado en Sicuani.

**Materiales y Métodos:** Se desarrolló bajo un diseño de tipo no experimental, con enfoque correlacional, y contó con la participación de 94 púerperas que tuvieron partos por cesárea durante los meses de junio, julio y agosto del año 2022. Para la recolección de datos se utilizó una ficha sociodemográfica, además de instrumentos estandarizados: para evaluar la ansiedad se empleó el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), en la versión adaptada al contexto peruano por Domínguez-Lara en 2016; mientras que para medir la depresión postparto se utilizó la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS), validada al español por Vega-Dienstmaier y colaboradores en el año 2002, en un estudio realizado en el Hospital Nacional Cayetano Heredia de Lima.

**Resultados:** Evidenciaron una correlación positiva, moderada y estadísticamente significativa ( $r = 0,454$ ;  $p = 0,001$ ) entre la ansiedad rasgo y la depresión postparto. Sin embargo, no se observó una relación significativa entre la ansiedad estado y la depresión postparto.

**Conclusión:** Que a mayores niveles de ansiedad rasgo, se incrementan los niveles de depresión postparto en las mujeres evaluadas (59).

**3.2.3. Antecedentes Internacionales**

- **Título:** Depresión posparto durante la pandemia de COVID-19, 2022.

**Autores:** Roberto Ambriz-López, Sandra Rocío Flores-Venegas, Juan Antonio Soria-López, Geraldina Guerrero-González, Adrián Kawas-Morales, Luis Adrián Álvarez-Lozada.

**Fuente:** Artículo de Ginecología y Obstetricia de México (60).

**Resumen:**

**Objetivo:** Evaluar la prevalencia de depresión posparto durante la pandemia de covid-19 e identificar los factores relacionados con la infección por sars-cov-2.

**Materiales y Métodos:** se llevó a cabo un estudio observacional, analítico, transversal y comparativo en mujeres atendidas en el hospital, entre febrero y mayo de 2021, dentro de las primeras 24 a 48 horas del puerperio. se aplicó la escala de depresión postnatal de Edimburgo por escrito, considerando un resultado positivo para depresión con una puntuación mayor a 10.

**Resultados:** Se analizaron 116 pacientes, de las cuales 56 tenían antecedente de infección por covid-19 y 60 no. la prevalencia general de depresión posparto fue del 15%. las pacientes con antecedente de covid-19 obtuvieron en promedio dos puntos más en la escala, aunque este antecedente no se asoció significativamente con la presencia de depresión. los factores relacionados con una puntuación mayor a 10 fueron tener escolaridad de nivel secundaria o preparatoria, y haber dado a luz a un recién nacido de sexo masculino. el sexo del bebé se distribuyó de forma similar entre ambos grupos.

**Conclusiones:** Ni la pandemia ni el antecedente de infección por covid-19 mostraron una relación significativa con la depresión posparto. sin embargo, se observó mayor prevalencia de puntuaciones elevadas en mujeres con nivel educativo medio y en aquellas que tuvieron un hijo varón (60).

- **Título:** Riesgo de depresión posparto en una institución de salud de Medellín 2024.

**Autores:** Daniela Salazar-Sepúlveda; Manuela Usma-Trujillo; Laura-Cristina Tobón-Otálvaro; Isabela Aristizábal-Gómez; Valentina García-Henao; Luisa-Fernanda Calderón-Álvarez; Dora-Isabel Giraldo-Montoya.

**Fuente:** Artículo de investigación - Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín, Colombia (61).

**Resumen:**

**Objetivo:** Determinar el riesgo de depresión posparto en una institución de salud en Medellín durante el segundo semestre del año 2021.

**Metodología:** Se llevó a cabo una investigación cuantitativa, descriptiva y transversal, utilizando un muestreo no probabilístico por conveniencia. La muestra estuvo constituida por todas las madres disponibles que aceptaron participar firmando el consentimiento informado y que cumplían con los criterios de inclusión: encontrarse en el posparto inmediato o mediato (hasta 40 días tras el parto), ser mayores de 18 años y tener habilidades de lectura y escritura. Para recolectar datos sociodemográficos y obstétricos, se aplicó una encuesta elaborada por las investigadoras. El análisis estadístico fue de tipo descriptivo, utilizando frecuencias absolutas y relativas, y se interpretaron los resultados conforme a las pautas establecidas por la escala empleada.

**Resultados:** La mediana de edad de las participantes fue de 25 años. El 50 % tenía un hijo, el 64 % vivía en unión libre, el 46 % contaba con educación secundaria, el 42 % eran amas de casa, el 48 % pertenecía al estrato socioeconómico 2, y el 70 % manifestó que su embarazo fue deseado. En cuanto al puntaje obtenido en la Escala de Edimburgo, se halló que el 70 % de las mujeres no presentaban riesgo de depresión posparto. Sin embargo, el 30 % mostró algún nivel de riesgo.

**Conclusiones:** El 13 % de las madres evaluadas presentó riesgo leve de depresión posparto, mientras que un 17 % evidenció un riesgo elevado de padecer este trastorno (61).

**4. HIPÓTESIS**

Dado que, la depresión posparto constituye un problema de salud pública que puede afectar significativamente al binomio madre e hijo.

Es probable que, exista una asociación significativa entre los factores sociodemográficos y ginecoobstétricos con el riesgo de padecer depresión posparto.



# **CAPÍTULO II**

## **PLANTEAMIENTO OPERACIONAL**

## 1. TÉCNICA, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

### 1.1. TÉCNICA

Se utilizó encuestas ANEXO 1.

### 1.2. INSTRUMENTOS

Se empleó una ficha de recolección de datos

VARIABLES	INDICADORES	TÉCNICA	INSTRUMENTO
- Variable Independiente Factores sociodemográficos y ginecoobstétricos	Factores sociodemográficos  Factores Ginecoobstétricos	Encuestas	- Ficha de recolección de datos
- Variable dependiente Riesgo de depresión posparto	1. Límite para riesgo de Depresión Postparto  2. Probable riesgo de Depresión Postparto	Encuesta	- Escala de Edimburgo

### 1.3.MATERIALES

- Computadora
- Hojas
- Lapiceros
- Tableros

## 2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

### 2.1. UBICACIÓN ESPACIAL

El estudio se llevó a cabo en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.

- **País:** Perú
- **Región:** Arequipa
- **Provincia:** Arequipa
- **Distrito:** Arequipa
- **Ámbito específico:** Av. Daniel Alcides Carrión N° 505

#### 2.1.1. Delimitación gráfica del lugar

##### ANEXO 3

### 2.2. UBICACIÓN TEMPORAL

#### 2.2.1. Cronología

Este estudio se realizó durante el mes de junio del 2025.

#### 2.2.2. Visión temporal

El estudio es prospectivo

#### 2.2.3. Corte Temporal

El corte es transversal

### 2.3. UNIDADES DE ESTUDIO

El universo de estudio fue el 100% de las puérperas que han dado parto en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en el periodo del mes de junio del año 2025. Se trabajó con las pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión.

#### 2.3.1. Criterio de Inclusión

- Puérperas que hayan dado parto vía vaginal o por cesárea en este hospital durante el período de estudio en 2025.
- Puérperas que puedan y estén dispuestas a dar su consentimiento informado para participar en el estudio.

#### 2.3.2. Criterio de Exclusión

- Puérperas que según la escala de Edimburgo salieron sin riesgo para depresión postparto.

- Puérperas con presencia de trastornos psiquiátricos graves diagnosticados antes del embarazo, como trastorno bipolar o esquizofrenia.
- Puérperas que no puedan comunicarse efectivamente debido a barreras del idioma o a condiciones médicas que impidan la comunicación.
- Puérperas con recién nacidos hospitalizados.

### 3. ESTRATEGIA PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

#### 3.1. ORGANIZACIÓN

##### **Autorización**

Previa aprobación del proyecto de investigación por la Facultad de Obstetricia y Puericultura, así mismo, por el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, con atención en el departamento de Ginecoobstetricia para la aplicación de la encuesta.

La estrategia de recolección de datos para el proyecto de investigación “Factores asociados al riesgo de depresión postparto según escala de Edimburgo. Hospital Honorio Delgado Espinoza, junio 2025” se realizó mediante la aplicación de encuestas respetando la confidencialidad de la información recopilada y en obtener una muestra diversa que represente adecuadamente a las pacientes del hospital.

#### 3.2. RECURSOS

##### 3.2.1. **Humanos**

- Bachiller: Añamuro Chino, Kelly Milagros
- Bachiller: Rivas Valdivia, Maricarmen Diana

##### **Asesor (a):**

Obst. Dra. Verónica Florencia Oviedo Tejada

##### 3.2.2. **Físicos**

- Computadora
- Fichas de recolección de datos
- Material de Escritorio

##### 3.2.3. **Financieros**

Autofinanciado

#### 3.2.4. Institucionales

Instalaciones del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza,  
servicio de obstetricia

### 3.3. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Antes de aplicar el instrumento, se obtuvo la aprobación del proyecto de investigación, así como la autorización correspondiente del jefe del Departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.

Posteriormente, las puérperas que accedieron a participar en el estudio firmaron el consentimiento informado (62).

Los datos obtenidos fueron manejados y custodiados por las investigadoras con el fin de resguardar la información.

### 3.4. VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

En el año 2002, los investigadores J.M. Vega-Dienstmaier, G. Mazzotti Suárez y M. Campos Sánchez validaron la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) en Perú. El estudio se realizó en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, ubicado en Lima, y contó con la participación de 321 mujeres durante el primer año después del parto. Los hallazgos indicaron que la versión en español de la EPDS es eficaz para detectar síntomas de depresión postnatal en mujeres peruanas, mostrando una sensibilidad del 84.21% y una especificidad del 79.47% al emplear un punto de corte de 13.5 (62).

## 4. ESTRATEGIAS PARA MANEJAR LOS RESULTADOS

La información que fue recopilada mediante la ficha de recolección de datos y la Escala de Edimburgo fue registrada y organizada en el software estadístico SPSS versión 26, con el fin de proceder a su análisis e interpretación.

#### **Método informático:**

Todos los cálculos estadísticos se realizaron con el software estadístico SPSS versión 26, tras el diseño de un formulario de recogida de datos y de una base de datos dentro del mismo.

**Método estadístico:**

Se utilizó la Prueba de Chi Cuadrado ( $\chi^2$ ) tras su distribución en tablas de contingencia.

**Tabulación:**

Se utilizó tablas de doble entrada y simple.





# **CAPÍTULO III**

## **RESULTADOS**

**TABLA N° 1**

**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS EN PUÉRPERAS DEL HOSPITAL  
HONORIO DELGADO ESPINOZA, JUNIO 2025.**

<b>CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>EDAD</b>		
Adolescente	2	2,0
Joven	57	57,0
Adulta	41	41,0
<b>OCUPACIÓN</b>		
Ama de casa	59	59,0
Trabajo independiente	36	36,0
Trabajo dependiente	5	5,0
<b>GRADO DE INSTRUCCIÓN</b>		
Primaria	5	5,0
Secundaria	54	54,0
Superior técnico	23	23,0
Superior universitario	18	18,0
<b>ESTADO CIVIL</b>		
Soltera	8	8,0
Conviviente	79	79,0
Casada	13	13,0
<b>BUENA RELACIÓN CON EL PADRE</b>		
Si	89	89,0
No	11	11,0
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>

Fuente: Matriz de datos.

La Tabla N°1 muestra que la mayor parte de las puérperas se encuentra en el grupo etario joven 57%, seguida por las adultas 41%, mientras que las adolescentes representan un 2%. En cuanto a la ocupación, el 59% se dedica a labores del hogar, el 36% trabaja de forma independiente y un 5% tiene empleo bajo relación de dependencia. En cuanto al nivel educativo, el 54% alcanzó estudios secundarios, el 23% cuenta con formación técnica, el 18% posee educación superior universitaria y el 5% solo primaria. En lo referente al estado civil, el 79% convive con su pareja, el 13% está casada y el 8% es soltera. Finalmente, el 89% de las encuestadas reportó mantener una buena relación con el padre del recién nacido, mientras que el 11% refirió no tenerla.



**TABLA N° 2**

**CARACTERÍSTICAS GÍNECOOBSTÉTRICAS EN PUÉRPERAS DEL HOSPITAL  
HONORIO DELGADO ESPINOZA, JUNIO 2025.**

<b>CARACTERÍSTICAS GÍNECOOBSTÉTRICAS</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>ANTECEDENTE DE DEPRESIÓN POSPARTO</b>		
Si	6	6,0
No	94	94,0
<b>SUFRIÓ DE VIOLENCIA DE GÉNERO DURANTE LA GESTACIÓN</b>		
Si	15	15,0
No	85	85,0
<b>LACTANCIA EXCLUSIVA</b>		
Si	98	98,0
No	2	2,0
<b>PARIDAD</b>		
1 parto	39	39,0
2 a 3 partos	53	53,0
Más de 3 partos	8	8,0
<b>TIPO DE PARTO</b>		
Vaginal	48	48,0
Cesárea	52	52,0
<b>SESIONES DE PSICOPROFILAXIS</b>		
Si	28	28,0
No	71	71,0
<b>CONTROLES PRENATALES</b>		
No tuvo controles	0	0
1 a 6 controles	24	24,0
Más de 6 controles	76	76,0
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>

Fuente: Matriz de datos.

En la Tabla N° 2 se observa que el 6% reportó antecedentes de depresión postparto, mientras que el 94% no los presentó. En cuanto a la presencia de violencia de género durante la gestación, el 15% señaló haberla sufrido, y el 85% indicó no haber atravesado esa situación, el 98% afirmó practicar lactancia materna exclusiva, y solo el 2% refirió no realizarla.

Respecto a la vía del parto, el 52% de las mujeres dio a luz por cesárea y el 48% tuvo parto vaginal. En relación con la paridad, el 53% tuvo entre dos y tres partos, el 39% fue primípara y el 8% había tenido más de tres partos. En el control prenatal, todas las púerperas accedieron a atención durante el embarazo; el 24% acudió entre una y seis veces, mientras que el 76% asistió a más de seis controles. Solo el 28% participó en sesiones de psicoprofilaxis, frente al 72% que no recibió esta preparación.



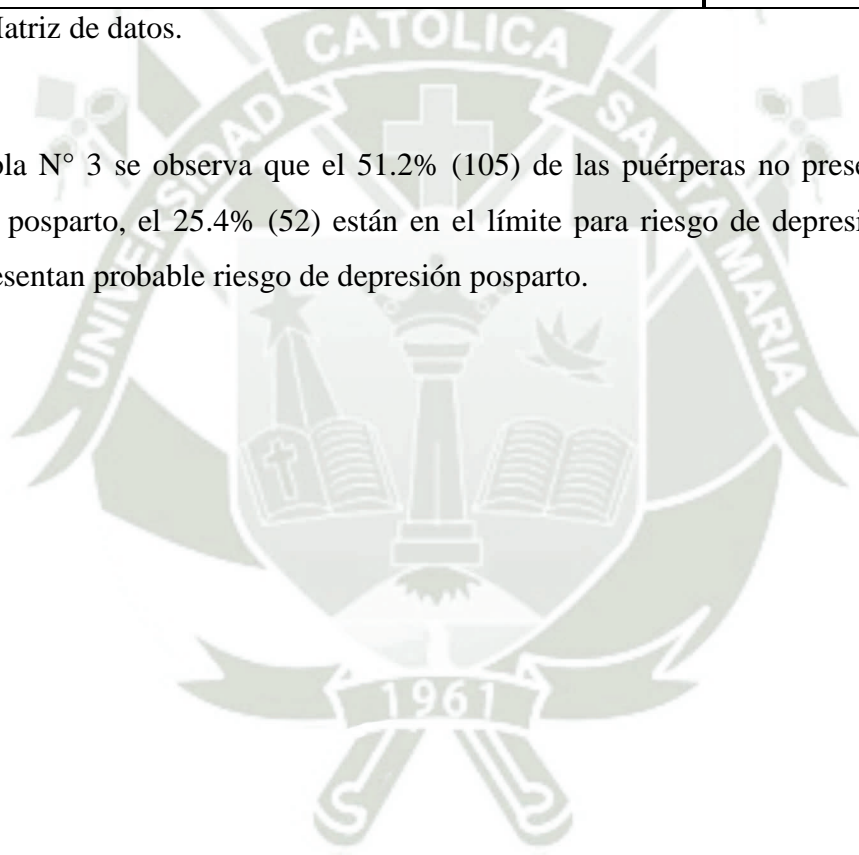
**TABLA N° 3**

**RIESGO DE DEPRESIÓN POSTPARTO SEGÚN ESCALA DE EDIMBURGO EN  
PUÉRPERAS DEL HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, JUNIO 2025.**

<b>Grado de depresión</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Sin riesgo de depresión posparto	105	51,2
Límite para riesgo de depresión posparto	52	25,4
Probable riesgo de depresión posparto	48	23,4
<b>Total</b>	<b>205</b>	<b>100%</b>

Fuente: Matriz de datos.

En la Tabla N° 3 se observa que el 51.2% (105) de las puérperas no presentan riesgo para depresión posparto, el 25.4% (52) están en el límite para riesgo de depresión posparto y el 23.4% presentan probable riesgo de depresión posparto.



**TABLA N° 4**

**FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS CON EL NIVEL DE RIESGO DE DEPRESIÓN POSTPARTO DEL HOSPITAL  
HONORIO DELGADO ESPINOZA, JUNIO 2025.**

Factores sociodemográficos		Límite para riesgo de depresión posparto		Probable riesgo de depresión posparto		P	Chi-cuadrado
		N°	%	N°	%		
Edad	Adolescente	2	2,0%	0	0,0%	0,353	0,208
	Joven	28	28,0%	29	29,0%		
	Adulto	22	22,0%	19	19,0%		
Ocupación	Ama de casa	28	28,0%	31	31,0%	0,055	0,119
	Trabajo independiente	21	21,0%	15	15,0%		
	Trabajo dependiente	3	3,0%	2	2,0%		
Grado de instrucción	Primaria	2	2,0%	3	3,0%	0,293	0,371
	Secundaria	26	26,0%	28	28,0%		
	Superior técnico	11	11,0%	12	12,0%		

	Superior universitario	13	13,0%	5	5,0%		
Estado civil	Soltera	2	2,0%	6	6,0%	0,143	0,388
	Conviviente	41	41,0%	38	38,0%		
	Casada	9	9,0%	4	4,0%		
Relación con el padre	Si	50	50,0%	39	39,0%	0,017	0,566
	No	2	2,0%	9	9,0%		
Total		52	52%	48	48%		

Fuente: Matriz de datos.

En la tabla N° 4, al evaluar los factores sociodemográficos mediante la prueba de Chi-cuadrado, no se identificó asociación significativa entre la edad ( $p = 0.353$ ), ocupación ( $p = 0.550$ ), grado de instrucción ( $p = 0.293$ ) ni estado civil ( $p = 0.143$ ) con el riesgo de depresión postparto. Sin embargo, sí se encontró una relación estadísticamente significativa en la variable “relación con el padre del recién nacido” ( $p = 0.017$ ) con el riesgo de depresión postparto, lo que sugiere que la calidad del vínculo con la pareja podría influir en el estado emocional de la púérpera.

**TABLA N° 5****FACTORES GÍNECOOBSTÉTRICOS ASOCIADOS CON EL NIVEL DE RIESGO DE DEPRESIÓN POSTPARTO DEL HOSPITAL  
HONORIO DELGADO ESPINOZA, JUNIO 2025.**

Factores ginecoobstétricos		Límite para riesgo de depresión posparto		Probable riesgo de depresión posparto		P	Chi-cuadrado
		N°	%	N°	%		
Controles prenatales	No tuvo controles	0	0%	0	0%	0.822	0.051
	1 a 6 controles	12	12,0%	12	12,0%		
	Más de 6 controles	40	40,0%	36	36,0%		
Sesiones de psicoprofilaxis	Si	14	14,0%	14	14,0%	0.550	0,119
	No	38	38,0%	34	34,0%		
Tipo de parto	Vaginal	27	27,0%	21	21,0%	0.414	0,668
	Cesárea	25	25,0%	27	27,0%		

Paridad	1 parto	22	22,0%	17	17,0%	0,779	0,501
	2 a 3 partos	26	26,0%	27	27,0%		
	Más de 3 partos	4	4,0%	4	4,0%		
Antecedente de depresión postparto	Si	2	2,0%	4	4,0%	0,345	0,981
	No	50	50,0%	44	44,0%		
Sufre de violencia de género durante la gestación	Si	3	3,0%	12	12,0%	0,007	0,7240
	No	49	49,0%	36	36,0%		
Lactancia exclusiva	Si	51	51,0%	47	47,0%	0,954	0,003
	No	1	1,0%	1	1,0%		
Total		52	52%	48	48%		

Fuente: Matriz de datos.

En la tabla N° 5, al analizar los factores ginecoobstétricos mediante la prueba de Chi-cuadrado, no se encontró asociación significativa entre el riesgo de depresión postparto y las siguientes variables: controles prenatales ( $p = 0.051$ ), sesiones de psicoprofilaxis ( $p = 0.119$ ), tipo de parto ( $p = 0.668$ ), número de partos ( $p = 0.501$ ), antecedentes diagnosticados de depresión postparto ( $p = 0.981$ ) y lactancia materna exclusiva ( $p = 0.954$ ).

Por otro lado, se identificó una asociación estadísticamente significativa con la variable violencia de género durante la gestación ( $p = 0.007$ ) con el riesgo de depresión postparto, lo cual indica que este factor podría estar vinculado a la aparición de síntomas depresivos en el periodo postparto.



## DISCUSIÓN

El presente estudio se realizó en el área de hospitalización de ginecoobstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en el mes de junio del 2025.

En los factores sociodemográficos observamos que el 57,0% de las puérperas tienen entre 18 a 29 años de edad, el 59,0% son amas de casa, el 54,0% cuenta con un nivel de instrucción hasta nivel secundaria, el 79,0% es conviviente y el 11,0% de las puérperas considera que no tiene una buena relación con el padre de su recién nacido.

En cuanto a los factores ginecoobstétricos se identificó que el 6,0% de las puérperas si tienen antecedente de depresión posparto diagnosticado por un médico, el 15,0% no sufre de violencia doméstica, el 98,0% si dan de lactar a su recién nacido, el 53,0% de la puérpera son secundíparas, el 52,0% tuvieron un parto por cesárea, el 71,0% no asistieron a sesiones de psicoprofilaxis y el 76,0% contaba con más de 6 controles prenatales.

El presente estudio identificó la presencia de niveles de riesgo de depresión postparto, donde este estudio fue más frecuente el riesgo límite con un 52%, mientras que en los trabajos de LATORRE (59) y VILLANUEVA(58) se reportó mayor proporción en probable riesgo 38.3% y 29.5 % respectivamente, además de SALAZAR ET AL.(61), donde se obtuvo que un 13% estaba en límite de riesgo y un 17% en probable riesgo.

Respecto a la edad las puérperas se encontraban entre los 18 a 29 años (57%), coincidiendo con el trabajo de AMBRIZ ET AL. (60), donde predominó ese mismo rango de edad, con una media de 26 años, junto con SALAZAR ET AL. (61) con una media de 25 años.

Referente a la ocupación, nivel de instrucción y estado civil observamos que el 59,0% ama de casa, el 54,0% estudiaron hasta nivel secundario y el 59,0% es conviviente, estos resultados son similares a SALAZAR ET AL. (61), LATORRE (59), VILLANUEVA (58) y AMBRIZ ET AL. (60) en puérperas sin antecedente de covid-19 en nivel de instrucción en un 56% . Esto difiere en cuanto a nivel de instrucción y ocupación de APAZA Y QUIROZ (22) donde tienen como superior técnico 34,1% y ocupación profesional 34%, sin embargo, en estado civil coincide en conviviente con 33,5%.

En cuanto a antecedentes de depresión posparto un 6% indicaron que sí, coincidiendo con el trabajo de VILLANUEVA (58) mostrando un resultado de 21,8% y AMBRIZ ET AL. (60) con un 5% sin antecedente de COVID y el 16% con covid-19 positivo.

Acerca de la violencia de género durante la gestación el 15% indicaron que si sufre, coincidiendo con VILLANUEVA (58) con un 14,5%.

Por otra parte la lactancia materna exclusiva el 98,0% indicaron que si dan de lactar a su recién nacido, coincidiendo con el trabajo de AMBRIZ ET AL. (60) donde las mujeres puérperas sin antecedente de COVID-19 fueron en un 90% y las que presentaron positivo para COVID-19 un 66%.

Con respecto a la paridad se encontró que el 53,0% de las puérperas son secundíparas siendo similar con el resultado de LATORRE (59), donde la mayor parte de puérperas fueron secundíparas con un 22%, así mismo con APAZA Y QUIROZ (22) donde fueron un 47%, resultados diferentes se encontraron con SALAZAR ET AL. (61), donde el 50% fueron primíparas y VILLANUEVA (58) con resultados de 36.4%.

Con relación al tipo de parto el 52,0% tuvieron parto cesárea, resultados similares se encontraron con AMBRIZ ET AL. (60) con un 48,3% sin antecedentes de COVID-19 y difiere con APAZA Y QUIROZ (22) donde el 50% es parto vaginal y el otro 50% fue cesárea.

Sobre los controles prenatales el 76,0% contaba con más de 6 CPN, resultados similares se encontraron con AMBRIZ ET AL. (60) con un 51.7% en puérperas sin antecedentes de COVID-19 y con un 48.2% que dieron positivo a COVID-19.

Respecto a los factores Sociodemográficos se evidenció que la relación del padre del recién nacido con la puérpera tuvo una relación significativa con el riesgo de presentar depresión postparto. Este hallazgo resulta particularmente relevante, ya que en los antecedentes consultados no se abordó esta variable de manera específica o no se encontró asociación alguna. A pesar de no contar con estudios previos con los cuales comparar directamente este resultado, la información obtenida en esta investigación resalta el posible papel protector del acompañamiento de la pareja durante el periodo perinatal. Este dato representa una contribución valiosa, al sugerir que el apoyo del padre podría ser un aspecto clave a considerar en futuras estrategias de prevención, mientras que esto difiere con el estudio de RAMOS (47), la cual su

factor sociodemográfico asociados a la depresión postparto fue la edad ( $p=0.000$ ), estado civil ( $p=0.000$ ) y el nivel educativo ( $p=0.000$ ).

Respecto a los factores ginecoobstétricos la variable violencia de género en el embarazo tiene una asociación estadísticamente significativa de ( $p = 0.007$ ) al igual que el estudio de VILLANUEVA (58), con una asociación estadísticamente significativa de ( $p=0.026$ ). La persistencia de esta asociación sugiere que el entorno familiar y la dinámica de pareja desempeñan un rol fundamental, el identificar y abordar situaciones de violencia desde los controles prenatales permitiría una intervención oportuna y podría contribuir a reducir el impacto negativo sobre la salud emocional de la madre. Por tanto, la violencia de género en el embarazo debe ser considerada no solo como un riesgo físico, sino también como un detonante de posibles trastornos afectivos posteriores al parto.

Con los resultados, se puede identificar que hay 2 variables que tienen relación estadísticamente significativa, la variable de relación con el padre y el de violencia de género en el embarazo. Por lo tanto, se sugiere fortalecer el enfoque familiar en la atención perinatal, promoviendo el involucramiento activo de la pareja, así como implementar estrategias de tamizaje y abordaje oportuno de situaciones de maltrato, garantizando entornos seguros para la madre y el recién nacido.

## CONCLUSIONES

- PRIMERA:** El 57% de las púerperas evaluadas en factores sociodemográficos fueron mujeres jóvenes, 59 % amas de casa y 79% convivientes, con estudios secundarios como nivel educativo predominante en un 54% y una buena relación con el padre del recién nacido con un 89%.
- SEGUNDA:** De las púerperas evaluadas en factores ginecoobstétricos se evidenció que, un 76% tuvo más de seis controles prenatales, el 71% no asistió a sesiones de psicoprofilaxis, el 52% dio a luz por cesárea, un 53% tuvo entre dos a tres partos y un 98 % practicó lactancia materna exclusiva.
- TERCERA:** Al aplicar la Escala de Edimburgo para evaluar el riesgo de depresión postparto, se identificó que una proporción casi equivalente mostró algún nivel de riesgo, distribuido entre el nivel límite y el probable riesgo.
- CUARTA:** Los factores sociodemográficos asociados al riesgo de depresión postparto son: la calidad de la relación con el padre del recién nacido ( $p = 0.017$ ), lo cual sugiere que el apoyo emocional de la pareja es un factor protector relevante.
- QUINTA:** Los factores ginecoobstétricos asociados al riesgo de depresión postparto son: la presencia de violencia de género en el embarazo ( $p = 0.007$ ).

## RECOMENDACIONES

**1. Para las autoridades del Hospital Honorio Delgado Espinoza y los Centros de Salud Mental Comunitarios:**

Se sugiere que aquellas que sí evidencian algún nivel de riesgo deben ser referidas desde el establecimiento de salud correspondiente hacia los Centros de Salud Mental Comunitarios (CSMC) disponibles en la región Arequipa, a fin de que reciban atención especializada, seguimiento clínico y soporte psicológico adecuado.

**2. Para el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Honorio Delgado Espinoza:**

Se sugiere establecer un protocolo de evaluación psicológica sistemática dirigido a todas las mujeres en etapa posparto. Esta estrategia permitiría detectar oportunamente señales asociadas a depresión postparto, facilitando intervenciones tempranas que contribuyan a evitar el agravamiento del cuadro clínico y, al mismo tiempo, a promover la salud mental y el equilibrio emocional de las púerperas.

**3. Para el personal de salud de los establecimientos asistenciales en Arequipa:**

Dado que en el presente estudio se identificó una relación entre la violencia de género durante la gestación y el riesgo de depresión postparto, se recomienda implementar un enfoque integral y coordinado que permita la detección temprana de posibles casos de violencia y de síntomas depresivos desde la etapa prenatal. De este modo, se podrían prevenir complicaciones que afecten el bienestar físico y emocional de la gestante y del recién nacido, promoviendo una atención continua durante el embarazo, el parto y el puerperio.

**4. Para investigadores y centros académicos:**

Se recomienda replicar este estudio en una muestra más amplia y diversa de púerperas adultas, incorporando usuarias de distintos hospitales, tanto de zonas rurales como urbanas. Asimismo, se sugiere incluir variables no exploradas en el presente trabajo, tales como el embarazo no deseado, antecedentes de abortos recurrentes, complicaciones obstétricas o la presencia de eventos vitales estresantes, con el fin de profundizar en los factores que podrían estar vinculados al desarrollo de la depresión postparto.

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Lama MD, Elizabeth G. Incidencia y Factores de Riesgo Asociados a Depresión Postparto. Centro de Salud Zamacola. Arequipa-2017. 2 de julio de 2019 [citado 7 de abril de 2025]; Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/handle/20.500.12920/9030>
2. Chávez Suaña VY. Factores Asociados al nivel de ansiedad, depresión y estrés en gestantes del C.S. Alto Libertad durante la pandemia por COVID-19 en Arequipa, setiembre 2021 - enero 2022. 16 de mayo de 2022 [citado 8 de abril de 2025]; Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/handle/20.500.12920/11645>
3. Pérez-Miranda G, Ortiz-Pinilla D, Niño-Mancera DA, Gómez-Salcedo LH, Bayona-Granados KV. Eficacia de las intervenciones no farmacológicas en la prevención de la depresión posparto: una revisión sistemática de los resultados en gestantes con y sin factores de riesgo. *Medicas UIS* [Internet]. abril de 2021 [citado 4 de abril de 2025];34(1):73-90. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0121-03192021000100008&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0121-03192021000100008&lng=en&nrm=iso&tlng=es)
4. García Vega M. Trastornos del estado de ánimo en el puerperio: factores psicosociales predisponentes [Internet] [<http://purl.org/dc/dcmitype/Text>]. Universidad Complutense de Madrid; 2010 [citado 4 de abril de 2025]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=195852>
5. Jadresic M. E. DEPRESIÓN POSPARTO EN EL CONTEXTO DEL HOSPITAL GENERAL. *Rev Médica Clínica Las Condes* [Internet]. 1 de noviembre de 2017 [citado 5 de abril de 2025];28(6):874-80. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864017301426>
6. Paiz Villela DR. Estudio descriptivo sobre el riesgo de depresión posparto evaluado mediante la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo en pacientes de 15 a 40 años ingresadas al servicio de maternidad del Hospital Regional de Zacapa durante el período comprendido entre el 10 de agosto al 14 de septiembre de 2012. [Internet]. [Guatemala]: Universidad de San Carlos de Guatemala; 2012. Disponible en: [https://cunori.edu.gt/descargas/Depresion\\_en\\_el\\_Posparto.pdf](https://cunori.edu.gt/descargas/Depresion_en_el_Posparto.pdf)
7. Genchi-Gallardo FJ, Paredes-Juárez S, Solano-González NL, Rios-Rivera CE, Paredes-Solís S, Andersson N. Prevalencia de depresión posparto y factores asociados en usuarias de un hospital público de Acapulco, Guerrero, México. *Ginecol Obstet México* [Internet]. 2021 [citado 4 de abril de 2025];89(12):927-36. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=102743>
8. Ramos Cárdenas MA, Rivera Felix LM, Ramos Cárdenas MA, Rivera Felix LM. Asociación entre depresión postparto y apoyo de la pareja en un centro materno infantil de Lima. *An Fac Med* [Internet]. enero de 2022 [citado 4 de abril de 2025];83(1):19-24. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1025-55832022000100019&lng=es&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1025-55832022000100019&lng=es&nrm=iso&tlng=en)

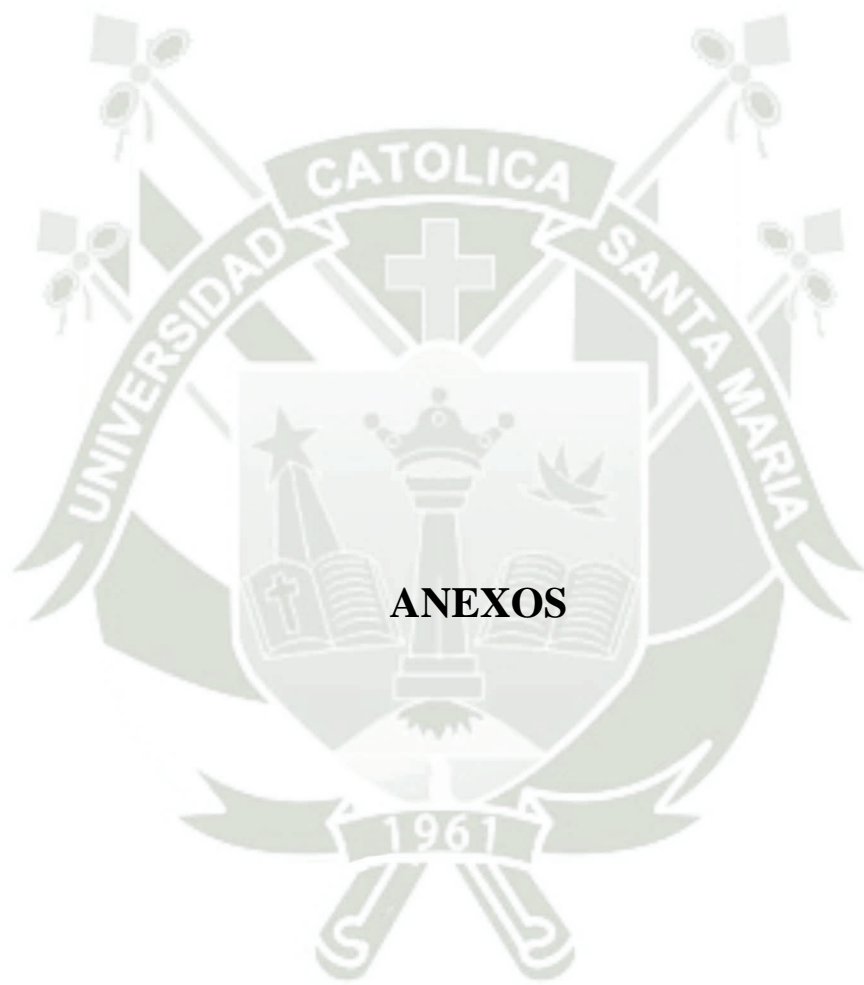
9. Viquez Quesada M, Valverd Chinchilla K. Detección temprana de la depresión posparto. Rev Cienc Salud Integrando Conoc [Internet]. 21 de octubre de 2022 [citado 4 de abril de 2025];6(5):37-44. Disponible en: <https://revistacienciaysalud.ac.cr/ojs/index.php/cienciaysalud/article/view/474>
10. Mamani de Lama, Gresmely Elizabeth. Incidencia y factores de riesgo asociados a depresión postparto. Centro de salud Zamacola. Arequipa - 2017. [Internet]. [Arequipa]: Universidad Católica de Santa María; 2019. Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/server/api/core/bitstreams/a9c3c785-8d5b-40b4-aed6-003ffb6ee3a9/content>
11. Santiago Sanabria L, Islas Tezpa D, Flores Ramos M. Trastornos del estado de ánimo en el postparto. Acta Médica Grupo Angeles [Internet]. 2022 [citado 4 de abril de 2025];20(2):173-7. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=104280>
12. Míguez Martín, María del Pilar. Depresión postparto: cuestionario Edimburgo en el puerperio. [Internet]. [España]: Universidad de Valladolid; 2018. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/36692/TFG-H1567.pdf;jsessionid=C45C9B47B6C325B53041E741A1B2375F?sequence=1>
13. Silvera Bendezu, Miluska Zolinda Catalina. Factores de riesgo de depresión postparto en puérperas del Hospital de baja complejidad Vitarte octubre - diciembre 2018. [Internet]. [Lima - Perú]: Universidad Nacional Federico Villareal; 2019. Disponible en: [https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13084/2986/UNFV\\_SILVERA\\_BENDEZU\\_MILUSKA\\_ZOLINDA\\_CATALINA\\_TITULO\\_PROFESIONAL\\_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13084/2986/UNFV_SILVERA_BENDEZU_MILUSKA_ZOLINDA_CATALINA_TITULO_PROFESIONAL_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
14. Villanueva Basilio, Astrid Jazmin. Factores asociados al riesgo de depresión postparto valorada por la escala de Depresión Postnatal de Edimburgo en puérperas adultas atendidas por teleconsulta en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el año 2020. [Internet]. [Lima]: Universidad Ricardo Palma; 2022. Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/server/api/core/bitstreams/a6dd42aa-a36d-4b4b-be15-45e8e70afc02/content>
15. Oviedo Lugo GF, Jordán Mondragón VJ. Trastornos afectivos posparto. Univ MÉDICA [Internet]. 2006;47(2):11. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2310/231018675004.pdf>
16. Aguilar Condori , Edgard, Medina del Valle, Carla. Prevalencia y factores que influyen en la depresión post parto, en primíparas y multíparas atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa, en enero y febrero de 2013. [Internet]. [Arequipa]: Universidad Católica de Santa María; 2013. Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/server/api/core/bitstreams/a398f9bc-fcfa-4346-b904-5735a56a66ca/content>
17. American College of Obstetricians and Gynecologists. Summary of Perinatal Mental Health Conditions [Internet]. 2018 [citado 5 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.acog.org/programs/perinatal-mental-health/summary-of-perinatal-mental-health-conditions>

18. Antúnez Ortigosa M, Martín Narváez N, Casilari Floriano JC, Mérida de la Torre FJ. Depresión posparto, análisis de los factores de riesgo y la intervención de Enfermería. Revisión bibliográfica. *Enferm Cuid* [Internet]. 8 de julio de 2022 [citado 5 de abril de 2025];5(3):19-29. Disponible en: <https://enfermeriacuidandote.com/article/view/4645>
  
19. Medina Rosado, Narby Lidia. Factores relacionados a depresión post parto durante el contexto covid 19 en púérperas de un centro de atención primaria, Arequipa 2022. [Internet]. [Arequipa]: Universidad Católica de Santa María; 2022. Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/server/api/core/bitstreams/4755c655-d7a4-44c4-bc8b-e73bb176511d/content>
  
20. Ramírez Vargas X, Arias Leal M, Madrigal Zamora S. Actualización del trastorno afectivo bipolar. *Rev Medica Sinerg* [Internet]. 1 de septiembre de 2020 [citado 5 de abril de 2025];5(9):e572-e572. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/572>
  
21. Oviedo G, Iragorri A, Orjuela JM, Campo-Rivera N, Ceballos Y, Orozco-Cabal LF. Manifestaciones psiquiátricas asociadas a trastornos neuroendocrinos: artículo de revisión. *Rev Colomb Salud Libre* [Internet]. 21 de diciembre de 2021 [citado 5 de abril de 2025];16(2):e417390-e417390. Disponible en: <https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/rcslibre/article/view/7390>
  
22. Apaza Begazo, Miguel Antonio, Quiroz Berroa, Pamela Milagros. Incidencia de depresión en púérperas de parto vaginal y púérperas con parto por cesárea en el Hospital III Yanahuara Essalud, Arequipa, 2024. [Internet]. [Arequipa]: Universidad Católica de Santa María; 2024. Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/server/api/core/bitstreams/1988b796-8164-406b-8644-0e530ad910b4/content>
  
23. Santamaría Caballero DL, De Paula Suelto K, Abaunza Pretelt LC, Esteban Cárdenas MF. Trastornos psiquiátricos desencadenados por la gestación: una revisión sistemática de la literatura. *Rev Neuronum* [Internet]. 2020 [citado 5 de abril de 2025];6(4):86-113. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9690802>
  
24. Tintaya Turpo Yovanna. Factores de riesgo asociados a la depresión postparto en gestantes atendidas en el Hospital Goyoneche de Arequipa, 2014. [Internet]. [Arequipa]: Universidad Nacional de San Agustín; 2014. Disponible en: <https://repositorio.unsa.edu.pe/server/api/core/bitstreams/3e636e77-ed9e-476e-a0ac-a0ce02746f0e/content>
  
25. Huaman Garayar, Carla Sofía, Gomez Santa Cruz, Edita. Depresión posparto en mujeres atendidas en el Hospital Rezola Cañete, 2022. [Internet]. [Huancavelica]: Universidad Nacional de Huancavelica; 2022. Disponible en: <https://apirepositorio.unh.edu.pe/server/api/core/bitstreams/1913903d-8bba-4a65-b688-537cb3069cac/content>
  
26. Norma técnica de salud para la atención integral de salud de adolescentes [Internet]. [citado 21 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/1091057-norma-tecnica-de-salud-para-la-atencion-integral-de-salud-de-adolescentes>

27. Resolución Ministerial N.º 456-2016-MINSA [Internet]. [citado 21 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/192190-456-2016-minsa>
28. Manual para la educación en salud integral del adolescente [Internet]. [citado 21 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/353331-manual-para-la-educacion-en-salud-integral-del-adolescente>
29. Rodríguez Carrillo EG, Mundini Cabrera FJ. Perfil epidemiológico de gestantes según el tipo de preeclampsia atendidas en el Hospital II René Toche Groppo, 2022. 11 de septiembre de 2023 [citado 21 de mayo de 2025]; Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.14597/5864>
30. Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI [Internet]. 2025 [citado 21 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/inei>
31. La regulación jurídica de la convivencia en el Perú - Universidad Católica San Pablo [Internet]. [citado 21 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://ucsp.edu.pe/noticias/la-regulacion-juridica-de-la-convivencia-en-el-peru/>
32. Dirección de Fortalecimiento de las Familias - Normatividad - DIFF [Internet]. 2025 [citado 21 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/50240-direccion-de-fortalecimiento-de-las-familias-normatividad-diff>
33. Perú M de E del. Currículo Nacional | Minedu [Internet]. [citado 21 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.minedu.gob.pe/curriculo/>
34. Detalles de: DISEÑO CURRICULAR NACIONAL DE LA EDUCACIÓN BÁSICA REGULAR › Catálogo en línea Koha [Internet]. [citado 21 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://catalogo.ucsm.edu.pe/bib/44449>
35. Resolución Ministerial N.º 176-2021-MINEDU [Internet]. [citado 21 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minedu/normas-legales/1890211-176-2021-minedu>
36. Universitaria SSN de ES, Chávez Irigoyen C, Reyes Parra PD. Guía sobre el sistema de educación universitario : República del Perú. 2024 [citado 21 de mayo de 2025]; Disponible en: <https://repositorio.minedu.gob.pe/handle/20.500.12799/10461>
37. Ramos Cárdenas MA, Rivera Felix LM, Ramos Cárdenas MA, Rivera Felix LM. Asociación entre depresión postparto y apoyo de la pareja en un centro materno infantil de Lima. An Fac Med. enero de 2022;83(1):19-24.
38. Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO) 2022 - [Instituto Nacional de Estadística e Informática – INEI] | Plataforma Nacional de Datos Abiertos [Internet]. [citado 22 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://datosabiertos.gob.pe/dataset/encuesta-nacional-de-hogares-enaho-2022-instituto-nacional-de-estad%C3%ADstica-e-inform%C3%A1tica-%E2%80%93>
39. Glosario [Internet]. [citado 22 de mayo de 2025]. Disponible en: [https://www.mef.gob.pe/es/?option=com\\_content&language=es-ES&Itemid=100005&lang=es-ES&view=article&id=2042](https://www.mef.gob.pe/es/?option=com_content&language=es-ES&Itemid=100005&lang=es-ES&view=article&id=2042)

40. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo: resumen de orientación [Internet]. [citado 21 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-16.12>
41. DSM [Internet]. [citado 21 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.psychiatry.org:443/psychiatrists/practice/dsm>
42. Organization WH, Organization PAH. Understanding and addressing violence against women : intimate partner violence. Comprendre et lutter contre la violence à l'égard des femmes: la violence exercée par un partenaire intime [Internet]. 2012 [citado 21 de mayo de 2025]; Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/77432>
43. Huaman Garayar CS. Depresión posparto en mujeres atendidas en el Hospital Rezola Cañete, 2022. 2023.
44. Morales Alvarado S, Guibovich Mesinas A, Yábar Peña M. Psicoprofilaxis Obstétrica: actualización, definiciones y conceptos. Horiz Méd Lima. octubre de 2014;14(4):53-7.
45. Factores socioculturales y nivel de información materna sobre el desarrollo psicomotor del niño menor de un año - 2014 [Internet]. [citado 17 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://dspace.unitru.edu.pe/items/576f48df-4255-4283-8047-1374594f2408>
46. Conocimiento y prácticas sobre la lactancia materna en madres que asisten a un Centro de Salud, Chimbote, 2024. [Internet]. [citado 17 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.uns.edu.pe/handle/20.500.14278/4856>
47. Ramos Zevallos AN. Factores de riesgo asociados a la depresión post parto en puérperas del hospital Goyeneche de la ciudad de Arequipa, 2022. 2022 [citado 16 de mayo de 2025]; Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.12773/14227>
48. Villegas Loaiza N, Paniagua Dachner A, Vargas Morales JA. Generalidades y diagnóstico de la depresión posparto. Rev Medica Sinerg [Internet]. 18 de junio de 2019 [citado 7 de abril de 2025];4(7):e261-e261. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/261>
49. Souza y Machorro M. Reacciones al estrés y aspectos psicoterapéuticos. Rev Fac Med UNAM [Internet]. 29 de julio de 2022 [citado 7 de abril de 2025];65(4):7-23. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=106517>
50. Miller LJ. Postpartum depression. JAMA. 13 de febrero de 2002;287(6):762-5.
51. Herrera De la Cruz, Karina Elizabeth, Huaman Poma, Danna Pamela. Depresión posparto en puérperas atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica durante los meses junio a agosto 2022. [Internet]. [Huancavelica]: Universidad Nacional de Huancavelica; 2022. Disponible en: <https://apirepositorio.unh.edu.pe/server/api/core/bitstreams/e41582b9-12fe-4b91-9772-904e064ff84f/contente>
52. Nóbrega M. La maternidad en la vida de las adolescentes: implicancias para la acción. Rev Psicol [Internet]. 12 de marzo de 2009 [citado 7 de abril de 2025];27(1):29-54. Disponible en: <https://revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/242>

53. Masías Salinas MA, Arias Gallegos WL. Prevalencia de la depresión post parto en Arequipa, Perú. Rev Medica Hered [Internet]. octubre de 2018 [citado 7 de abril de 2025];29(4):226-31. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1018-130X2018000400004&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1018-130X2018000400004&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
54. Mendoza B C, Saldivia S. Actualización en depresión postparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. Rev Médica Chile [Internet]. julio de 2015 [citado 7 de abril de 2025];143(7):887-94. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0034-98872015000700010&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-98872015000700010&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
55. Medina-Serdán E. Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto. Perinatol Reprod Humana [Internet]. enero de 2013 [citado 7 de abril de 2025];27(3):185-93. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0187-53372013000300008&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0187-53372013000300008&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
56. Meltzer-Brody S, Jones I. Optimizing the treatment of mood disorders in the perinatal period. Dialogues Clin Neurosci [Internet]. junio de 2015 [citado 7 de abril de 2025];17(2):207-18. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4518703/>
57. Jaramillo-de-la-Riva-Agüero M, Gonzales-Tello TS, Vega-Dienstmaier JM. Relación entre la presencia de síntomas premenstruales y los niveles de depresión medidos con la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo en mujeres con menos de un año postparto. Rev Neuro-Psiquiatr [Internet]. diciembre de 2022 [citado 7 de abril de 2025];85(4):261-70. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0034-85972022000400261&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-85972022000400261&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
58. Villanueva Basilio AJ. Factores asociados al riesgo de depresión postparto valorada por la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo en puérperas adultas atendidas por teleconsulta en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el año 2020. 2022 [citado 16 de mayo de 2025]; Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.14138/5289>
59. Latorre Fernández EAP. Ansiedad y depresión post parto en puérperas adultas, atendidas en un hospital de Sicuani. 6 de diciembre de 2023 [citado 7 de abril de 2025]; Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12920/13243>
60. Ambriz-López, Flores-Venegas, Soria-López, Guerrero-González, Kawas-Morales, Álvarez-Lozada LA, et al. Depresión posparto durante la pandemia de COVID-19. Ginecol Obstet México. 2022;90(1):8-20.
61. Salazar Sepúlveda D, Usma Trujillo M, Tobón Otálvaro LC, Aristizabal Gómez I, García Henao V, Calderón Álvarez LF, et al. Riesgo de depresión posparto en una institución de salud de Medellín. Rev Colomb Enferm. 2024;23(1):2.
62. Vega-Dienstmaier J, Mazzotti G, Stucchi S, Salinas JE, Gallo C, Poletti G. Validación de la Escala de Depresión de Edinburgo en mujeres que no están en el periodo postparto. Rev Neuro-Psiquiatr. 1 de abril de 2013;60(4):283-93.



## ANEXO 1: MAPA DE UBICACIÓN GEOGRÁFICA



## ANEXO 2: AUTORIZACIÓN PARA APLICAR INSTRUMENTO



Gobierno Regional de Arequipa-  
Perú



Hospital Regional "Honorio Delgado"  
Arequipa

"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA PERUANA"

Arequipa, 25 de junio del 2025

**OFICIO N° 496 - 2025-GRA/GRS/GR-HRHD/DG-OCDI**

Señoritas  
KELLY MILAGROS AÑAMURO CHINO y  
MARICARMEN DIANA RIVAS VALDIVIA  
Bachilleres de Obstetricia y Puericultura UCSM  
**PRESENTE.-**

**ASUNTO** : Autorización Proyecto de Tesis  
**REFERENCIA**: Expediente Nro,5090956

Es grato dirigirme a usted para saludarle cordialmente y hacer de su conocimiento que vista su solicitud, con la opinión favorable del Departamento de Ginecología y Obstetricia y el Comité de Investigación del Hospital Regional Honorio Delgado, esta Dirección autoriza realizar encuestas a pacientes hospitalizadas del Servicio de Obstetricia, para el proyecto de tesis, como se indica a continuación:

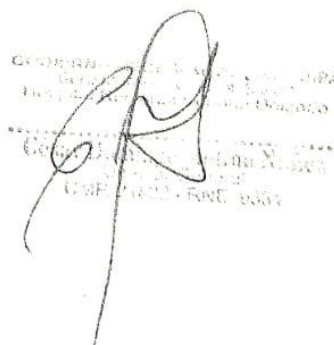
N°	TÍTULO DEL PROYECTO	AUTOR (investigador principal)	TÍTULO/GRADO A OBTENER	DEPARTAMENTO/ AREA/SERVICIO DONDE SE VA A DESARROLLAR	FECHA DE APROBACIÓN	UNIVERSIDAD	FACULTAD
91	"FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN POSTPARTO SEGÚN ESCALA DE EDINVURGO. HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, JUNIO 2025"	SRTAS. KELLY MILAGROS AÑAMURO CHINO y MARICARMEN DIANA RIVAS VALDIVIA	PROFESIONAL LIC. EN OBSTETRICIA	DPTO. GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA - SERVICIO OBSTETRICIA	17-06-25	UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA	OBSTETRICIA Y PUERICULTURA

Asimismo debe cumplir con las medidas de bioseguridad establecidas en el Hospital.

Además al término de su proyecto deben entregar al Hospital - Oficina de Capacitación, Docencia e Investigación un ejemplar del informe final del trabajo de investigación (físico y virtual al correo: [investigacionhrhd@gmail.com](mailto:investigacionhrhd@gmail.com)).

Sin otro particular, quedo de usted.

Atentamente,



CMN/MMLL/MDN  
c.c. Archivo  
Exp.: 5090956  
Doc : 8423033

### ANEXO 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE POR ESCRITO.

**FACTORES ASOCIADOS AL RIESGO DE DEPRESIÓN POSTPARTO SEGÚN ESCALA DE EDIMBURGO. HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, JUNIO 2025.**

YO \_\_\_\_\_ Identificado (a) con  
DNI \_\_\_\_\_ he aceptado participar en la investigación **“FACTORES ASOCIADOS AL RIESGO DE DEPRESIÓN POSTPARTO SEGÚN ESCALA DE EDIMBURGO. HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, JUNIO 2025.”**.

Entiendo que el objetivo de esta investigación es determinar los factores asociados al riesgo de depresión postparto según el test de Edimburgo He sido advertida que: mi participación es completamente voluntaria y que tengo la autonomía de retirarme cuando lo considere pertinente, que no existen riesgos para mi salud, que **la información que proporcione será utilizada solo para fines de la realización del estudio** y que se mantendrá la confidencialidad de la información, además no tendrá ningún costo. Mi participación consiste en responder una encuesta de preguntas del test de Edimburgo.

-----  
**Investigadora: Bach. Kelly Añamuro**

**Firma de la participante**

-----  
**Investigadora: Bach. Maricarmen Rivas**

## ANEXO 4: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

### CUESTIONARIO

**INVESTIGACIÓN: FACTORES ASOCIADOS AL RIESGO DE DEPRESIÓN POSTPARTO SEGÚN ESCALA DE EDIMBURGO. HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, JUNIO 2025.**

**INSTRUCCIONES:** Buen día estimada, le invitamos a participar en este estudio que busca conocer los **FACTORES ASOCIADOS AL RIESGO DE DEPRESIÓN POSTPARTO UTILIZANDO LA ESCALA DE EDIMBURGO**. Su participación es **voluntaria y anónima**, y sus respuestas serán utilizadas únicamente con  **fines de investigación**.

Este cuestionario nos ayudará a identificar factores que pueden influir en el bienestar emocional de las madres después del parto. No hay respuestas correctas o incorrectas, **por favor le pedimos que responda y marque con toda sinceridad** las preguntas del cuestionario.

Nº de cuestionario: \_\_\_\_\_ Fecha del llenado: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2025

**MARQUE CON UNA X LA ALTERNATIVA**

#### 1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICOS

¿Qué edad tiene? -----

¿Cuál es su ocupación?

- Ama de casa
- Trabajo independiente
- Trabajo dependiente

¿Cuál es su grado de instrucción?

- Primaria
- Secundaria
- Superior técnico
- Superior universitario

**¿Cuál es su estado civil?**

- Soltera
- Conviviente
- Casada

**¿Considera buena la relación con el padre de su recién nacido?**

- Si
- No

## **2. CARACTERÍSTICAS GINECOOBSTÉTRICAS**

**¿Cuántos controles en el embarazo recibió?**

- No tuve controles
- 1 a 6 controles
- Más de 6 controles

**¿Asistió a las sesiones de psicoprofilaxis?**

- Si
- No

**¿Qué tipo de parto tuvo? (el último)**

- Vaginal
- Cesárea

**¿Cuántos partos tuvo? Cuente con este último bebe**

- 1 parto
- 2 a 3 partos
- Mas de 3 partos

**¿Fue diagnosticada con depresión posparto?**

- Si
- No

**¿Usted sufrió de violencia de género durante la gestación?**

- Si
- No

**¿Da de lactar a su bebé?**

- Si
- No



## ESCALA

### DEPRESIÓN DE EDIMBURGO PARA POSTPARTO

Queremos saber cómo se ha estado sintiendo ya que recientemente tuvo un bebé. Por favor marque con una X la respuesta que más se acerque a cómo se ha sentido, no solamente cómo se sienta hoy.

	VARIABLE	CONDUCTA	OPCION	PUNTAJE
<b>1</b>	He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas.	Tanto como siempre		0
		No tanto ahora		1
		Mucho menos ahora		2
		No, nada		3
<b>2</b>	He disfrutado mirar hacia delante	Tanto como siempre		0
		Menos que antes		1
		Muchos menos que antes		2
		Casi nada		3
<b>3</b>	Cuando las cosas han salido mal me he culpado a mí misma innecesariamente	No, nunca		0
		No, con mucha frecuencia		1
		Sí, a veces		2
		Sí, la mayor parte del tiempo		3
<b>4</b>		No, nunca		0
		Casi nunca		1

	He estado nerviosa o inquieta sin tener motivo	Si, a veces	2
		Sí, con mucha frecuencia	3
5	He sentido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo	No, nunca	0
		No, no mucho	1
		Sí, a veces	2
		Sí, bastante	3
6	Las cosas me han estado abrumando	No, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre	0
		No, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien	1
		Sí, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre	2
		Sí, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto	3
7	Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir	No, nunca	0
		No, con mucha frecuencia	1
		Sí, a veces	2
		Sí, la mayor parte del tiempo	3

8	Me he sentido triste o desgraciada	No, nunca	0
		No, con mucha frecuencia	1
		Sí, a veces	2
		Sí, la mayor parte del tiempo	3
9	Me he sentido tan desdichada que he estado llorando	No, nunca	0
		Sólo ocasionalmente	1
		Si, bastante a menudo	2
		Sí, la mayor parte del tiempo	3
10	Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño	Nunca	0
		Casi nunca	1
		A veces	2
		Sí, bastante a menudo	3

### INTERPRETACIÓN:

EPDS < 10: Sin riesgo de depresión postparto

EPDS 10-12: Límite para riesgo de depresión postparto

EPDS >= 13: Probable riesgo de depresión postparto

### RESULTADO

1. Sin riesgo de Depresión Postparto
2. Límite para riesgo de Depresión Postparto
3. Probable riesgo de Depresión Postparto







