

Universidad Católica de Santa María
Facultad de Medicina Humana
Escuela Profesional de Medicina Humana



**Riesgo de depresión posparto y factores asociados biológicos, obstétricos y
psicosociales en púerperas atendidas en un hospital de EsSalud, Arequipa,
2025**

Tesis presentada por los Bachilleres:

Dergan Cardenas, Daniela Fernanda

ORCID: 0009-0008-9794-9197

Velasquez Lazo, Mario Junior

ORCID: 0009-0009-6758-5027

Para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

Asesor:

Dr. Luza Casaverde, Edwin Wilder

ORCID: 0009-0007-6879-3800

Arequipa – Perú

2026

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

MEDICINA HUMANA

TITULACIÓN CON TESIS

DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 27 de Febrero del 2026

Dictamen: 017439-C-EPMH-2026

Visto el borrador del expediente 017439, presentado por:

2019205042 - DERGAN CARDENAS DANIELA FERNANDA

2019205151 - VELASQUEZ LAZO MARIO JUNIOR

Titulado:

RIESGO DE DEPRESIÓN POSPARTO Y FACTORES ASOCIADOS BIOLÓGICOS, OBSTÉTRICOS Y PSICOSOCIALES EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN UN HOSPITAL DE ESSALUD, AREQUIPA, 2025

Nuestro dictamen es:

APROBADO

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

MEDICO CIRUJANO

**29448066 - AGUILAR FLORES JULIO DAMIAN
DICTAMINADOR**



**29294182 - ALVARADO DUEÑAS ERVIS FELIPE
DICTAMINADOR**



**70927664 - RONDON RODRIGUEZ JOEL GUSTAVO
DICTAMINADOR**



Riesgo de depresión posparto y factores asociados biológicos, obstétricos y psicosociales en puérperas atendidas en un hospital de EsSalud, Arequipa, 2025

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	hdl.handle.net Fuente de Internet	3%
2	www.elsevier.es Fuente de Internet	2%
3	Submitted to Universidad Católica de Santa María Trabajo del estudiante	1%
4	repositorio.unjbg.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	repositorio.unap.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	dspace.ucacue.edu.ec Fuente de Internet	1%

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias < 1%

Excluir bibliografía

Apagado

DEDICATORIA

A mis padres, David y Lilian, por cada sacrificio realizado a lo largo de mi vida, por todo el apoyo y el amor que me han brindado. A mi hermano Gabriel, aunque eres el hermano menor, tú me enseñaste a enfrentar la vida con valentía. A Mario, por impulsarme en los días difíciles, te admiro más de lo que estas líneas pueden expresar. Ustedes son mi inspiración constante y la razón por la que siempre intento ser mejor.

Daniela Dergan

A Dios, por guiar cada uno de mis pasos, darme fortaleza en los momentos difíciles y permitirme culminar esta etapa tan importante de mi vida profesional. A mis padres Belia y Mario, quienes son el pilar fundamental de todo lo que soy, por ser mi ejemplo de esfuerzo y perseverancia, y por apoyarme en cada decisión que he tomado. A mi hermano, Cesar, a quien admiro. Aunque no siempre lo digamos con palabras o nuestra comunicación no sea constante, sé que siempre estarás para apoyarme, así como yo también. Tu respaldo silencioso ha sido una de mis mayores fortalezas en este camino. A mi pareja de vida, Daniela, por su cariño, comprensión y motivación permanente. Gracias por acompañarme en los días de estrés, por escucharme y por creer en mí incluso cuando todo estaba en contra. Tu apoyo fue un impulso invaluable para culminar esta etapa.

Mario Velasquez

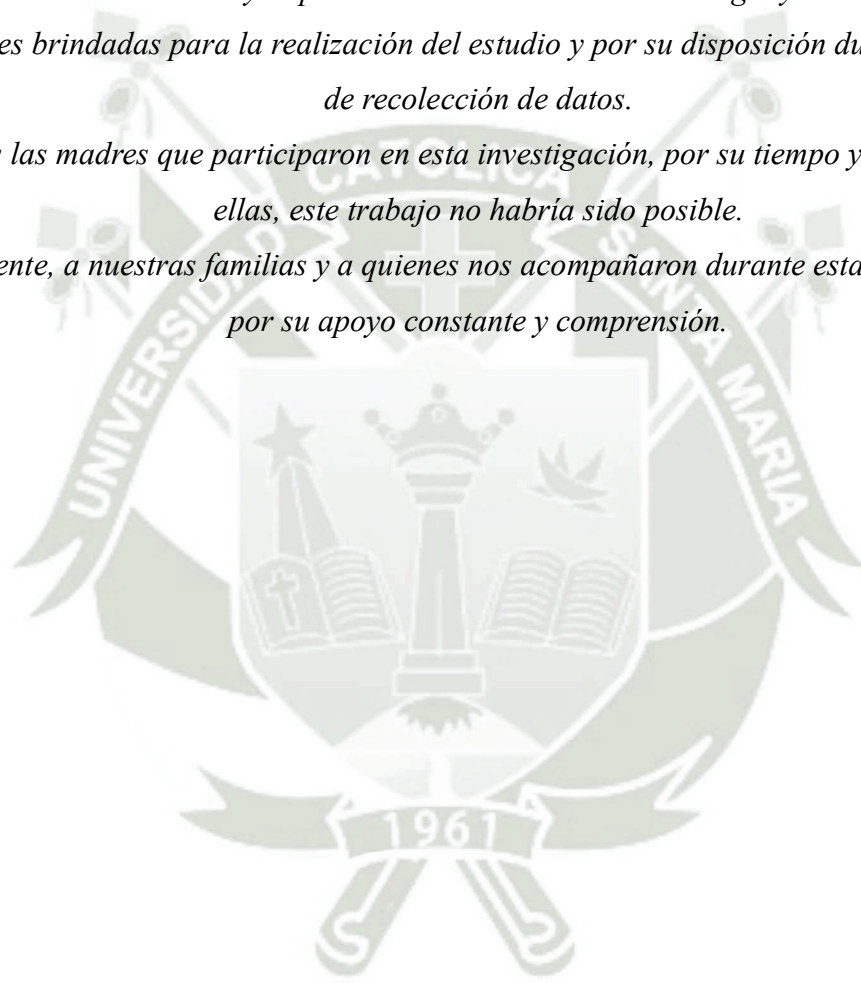
AGRADECIMIENTOS

*Gracias a Dios por acompañarnos en cada paso de este camino
Agradecemos a los docentes que nos orientaron, por su paciencia y valiosos aportes durante
el desarrollo de la presente investigación. Su guía académica fue fundamental para la
culminación de este trabajo.*

*Al Hospital III Yanahuara y al personal del servicio de Ginecología y Obstetricia, por las
facilidades brindadas para la realización del estudio y por su disposición durante el proceso
de recolección de datos.*

*A todas las madres que participaron en esta investigación, por su tiempo y confianza; sin
ellas, este trabajo no habría sido posible.*

*Finalmente, a nuestras familias y a quienes nos acompañaron durante esta etapa, gracias
por su apoyo constante y comprensión.*



RESUMEN

La depresión postparto constituye un problema de salud importante puesto que afecta alrededor del 15% de mujeres en el periparto a nivel mundial, su detección temprana es fundamental para evitar las consecuencias negativas que trae tanto a nivel de salud, de relaciones sociales y de crianza. El objetivo del siguiente trabajo es determinar el riesgo de depresión posparto y su asociación con factores: biológicos, obstétricos y psicosociales en púerperas atendidas en un Hospital de Essalud de Arequipa. El tipo de estudio que se utilizó tiene un enfoque observacional y analítico. Se realizó un cuestionario virtual anónimo a una muestra representativa de 205 púerperas atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital III Yanahuara - EsSalud que incluyó preguntas sobre las variables biológicas y psicosociales planteadas, además de la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo para evaluar el riesgo de depresión postparto. Con los datos obtenidos se hizo un análisis bivariado para evaluar la asociación entre variables independientes y el riesgo de depresión postparto mediante Chi cuadrado, prueba exacta de Fisher o U de Mann Whitney según correspondió, así mismo se obtuvo la medida de fuerza de asociación mediante Odds Ratio, posteriormente se realizó un análisis multivariado mediante regresión logística.

Los resultados revelaron que el 31.2% de mujeres encuestadas tenían riesgo de depresión postparto. En cuanto a los factores asociados, En el análisis bivariado se identificaron factores psicosociales asociados a depresión postparto, destacando la violencia familiar, una relación de pareja mala o regular y los problemas socioeconómicos. Asimismo, entre los factores biológicos y obstétricos se encontraron el antecedente psiquiátrico y las complicaciones durante el embarazo. Sin embargo, en el análisis multivariado se reveló que las variables psicosociales mostraron una asociación significativa con el riesgo de depresión postparto, dentro de ellos resalta antecedente de violencia familiar ($p = 0.021$, OR = 3.23) y la relación regular con la pareja ($p = 0.004$; OR = 3.03). Por otro lado, los factores biológicos y obstétricos como la edad, paridad, vía de parto y lactancia materna no tuvieron una significancia estadística en el presente estudio.

En conclusión, el estudio confirma que la depresión postparto es un problema prevalente en la población estudiada. Los factores psicosociales mostraron una mayor asociación al riesgo de desarrollar depresión postparto, identificándose a la violencia familiar y una relación regular con la pareja como los factores asociados de manera independiente.

Palabras clave: depresión postparto, factores de riesgo, Escala de Edimburgo

ABSTRACT

Postpartum depression constitutes a significant health problem, as it affects approximately 15% of women during the peripartum period worldwide. Early detection is essential to prevent the negative consequences it entails at the health, social relationship, and parenting levels. The objective of the present study was to determine the risk of postpartum depression and its association with biological, obstetric, and psychosocial factors in puerperal women attended at an EsSalud hospital in Arequipa. The study design was observational and analytical in approach. An anonymous virtual questionnaire was administered to a representative sample of 205 puerperal women attended in the Gynecology and Obstetrics Department of Hospital III Yanahuara – EsSalud, which included questions regarding the proposed biological and psychosocial variables, in addition to the Edinburgh Postnatal Depression Scale to assess the risk of postpartum depression.

With the data obtained, a bivariate analysis was performed to evaluate the association between independent variables and the risk of postpartum depression using Chi-square, Fisher's exact test, or Mann-Whitney U test as appropriate. The strength of association was measured using the Odds Ratio. Subsequently, a multivariate analysis was conducted using logistic regression. The results revealed that 31.2% of the surveyed women were at risk of postpartum depression. Regarding associated factors, the bivariate analysis identified psychosocial factors associated with postpartum depression, highlighting the presence of family violence, a poor or fair relationship with the partner, and socioeconomic problems. Likewise, among biological and obstetric factors, a psychiatric history and complications during pregnancy were identified. However, in the multivariate analysis, psychosocial variables showed a significant association with the risk of postpartum depression, particularly a history of family violence ($p = 0.021$, OR = 3.23) and a fair relationship with the partner ($p = 0.004$; OR = 3.03). On the other hand, biological and obstetric factors such as age, parity, mode of delivery, and breastfeeding did not show statistical significance in the present study.

In conclusion, the study confirms that postpartum depression is a prevalent problem in the studied population. Psychosocial factors showed a stronger association with the risk of developing postpartum depression, with family violence and a fair relationship with the partner identified as independently associated factors.

Keywords: postpartum depression, risk factors, Edinburgh Scale.

ÍNDICE

DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTOS	
RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO TEÓRICO	2
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	3
1.1. Enunciado del problema	3
1.2. Descripción del problema	3
1.2.1. Área de conocimiento	3
1.2.2. Operacionalización de variables	3
1.3. Justificación del problema	6
1.3.1. Relevancia científica	6
1.3.2. Relevancia social	6
1.3.3. Relevancia contextual actual	6
1.3.4. Interés personal	6
1.3.5. Originalidad	7
1.3.6. Viabilidad	7
2. OBJETIVOS	7
2.1. Objetivo General	7
2.2. Objetivos Específicos	7
3. MARCO TEÓRICO	7
3.1. Depresión postparto	7
3.1.1. Definición	7
3.1.2. Etiopatogenia	8
3.1.3. Epidemiología	9
3.1.4. Factores de riesgo asociados a depresión postparto	10
3.1.5. Manifestaciones clínicas	12
3.1.6. Diagnóstico	12
3.1.7. Diagnostico diferenciales	13

3.1.8. Asociación entre los factores biológicos, obstétricos y psicosociales con la Depresión posparto	14
4. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	14
4.1. A nivel internacional	14
4.2. A nivel nacional	15
4.3. A nivel local:	16
5. HIPÓTESIS	17
CAPITULO II: PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	18
1. MATERIALES Y MÉTODOS.....	19
1.1. Diseño del estudio	19
1.2. Población.....	19
1.2.1. Criterios de inclusión	19
1.2.2. Criterios de exclusión	19
1.3. Muestra.....	19
1.4. Procedimientos y técnicas	20
1.4.1. Instrumentos.....	20
1.4.2. Plan de recolección de datos	21
1.4.3. Plan de procesamiento de datos	21
1.4.4. Plan de análisis.....	21
1.5. Aspectos éticos del estudio	21
CAPITULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	22
1. RESULTADOS	23
1.1. Riesgo de depresión posparto.....	23
1.2. Asociación entre riesgo de depresión posparto y la edad	24
1.3. Asociación entre riesgo de depresión posparto y violencia familiar.....	25
1.4. Asociación entre riesgo de depresión posparto y relación con la pareja.....	26
1.5. Asociación entre riesgo de depresión posparto y problemas socioeconómicos.....	28
1.6. Asociación entre riesgo de depresión posparto y antecedentes psiquiátricos	29
1.7. Asociación entre riesgo de depresión posparto y el tipo de lactancia.....	30
1.8. Asociación entre riesgo de depresión posparto y la paridad	31
1.9. Asociación entre riesgo de depresión posparto y complicación en el embarazo	32
1.10. Asociación entre riesgo de depresión posparto y la vía de parto	33

1.11. Análisis multivariado	34
2. DISCUSIÓN.....	35
CONCLUSIONES	40
RECOMENDACIONES.....	41
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	42



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Operacionalización de variables.....	3
Tabla 2 Riesgo de depresión postparto en puérperas atendidas en un Hospital de EsSalud de Arequipa.....	23
Tabla 3 Asociación entre riesgo de depresión postparto y violencia familiar.....	25
Tabla 4 Asociación entre presencia de pareja y riesgo de depresión postparto	26
Tabla 5 Asociación entre riesgo de depresión postparto y tipo de relación con la pareja	27
Tabla 6 Asociación entre riesgo de depresión postparto y problemas socioeconómicos	28
Tabla 7 Asociación entre riesgo de depresión postparto y antecedentes psiquiátricos	29
Tabla 8 Asociación entre riesgo de depresión postparto y tipo de lactancia	30
Tabla 9 Asociación entre riesgo de depresión postparto y paridad	31
Tabla 10 Asociación entre riesgo de depresión postparto y complicación en el embarazo	32
Tabla 11 Asociación entre riesgo de depresión postparto y vía de parto	33
Tabla 12 Análisis multivariado asociación depresión postparto y violencia familiar, relación de pareja, dificultad socioeconómica, edad y antecedente psiquiátrico	34

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Riesgo de depresión postparto	23
Figura 2 Mediana de la edad según riesgo de depresión postparto.....	24



ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1 Consentimiento informado	49
Anexo 2 Ficha de recolección de datos	50
Anexo 3 Test de Escala de Edimburgo	52
Anexo 4 Dictamen Comité de Ética de Investigación Universidad Católica Santa María.....	54
Anexo 5 Carta de aprobación Proyecto Investigación CIEI EsSalud.....	55



INTRODUCCIÓN

La depresión postparto es un trastorno psiquiátrico que se puede presentar hasta un año después del parto y cuya incidencia mundial es del 15% (1). Por lo tanto, es considerado un problema social y de salud relevante de los últimos años frente al que la mayoría de los profesionales de la atención obstétrica pueden esperar encontrarse. Sin embargo, existen dificultades para su detección temprana, se reporta que muchas mujeres con sintomatología depresiva durante el postparto no buscan ayuda profesional, lo que retrasa la detección y la intervención terapéutica adecuada y oportuna (2,3). Lo cual puede traer consecuencias negativas para la salud materna y la crianza (4).

La depresión es un trastorno mental de etiología multifactorial (5), se han planteado teorías que toman en consideración factores biológicos, psicológicos y evolucionarios que adquieren relevancia para el diagnóstico y la previa toma de decisiones para el manejo del paciente (6). Diversos estudios multicéntricos han logrado determinar la asociación entre factores de riesgo específicos; como ejemplo encontramos la edad materna avanzada, la diabetes gestacional, el antecedente de ser víctimas de violencia, el tipo de parto, la edad o el estado civil (7–10).

El diagnóstico de la Depresión postparto abarca la presencia de síntomas y condiciones que limitan la actividad diaria, el DSM-V toma a la depresión postparto como una subcategoría de un episodio de depresión mayor el cual ocurre posterior a las 4 semanas del parto (5). Por otro lado, el CIE-10 engloba a todos los trastornos mentales que ocurren en el puerperio, específicamente aquellos que inician en las primeras seis semanas del postparto (11). Diversas bibliografías resaltan la necesidad de un método de tamizaje que permita la detección precoz de la depresión postparto (3,4,12,13). La Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EDPE) es una herramienta de tamizaje que predice el riesgo perinatal de desarrollar depresión postparto usada a nivel mundial (14). El objetivo de este trabajo de investigación es determinar el porcentaje de puérperas con riesgo de depresión postparto y analizar su asociación con factores biológicos, obstétricos y psicosociales descritos en la literatura, lo que permitirá disponer de información actualizada sobre la magnitud de este problema, a fin de aportar evidencia que permita valorar la importancia del tamizaje de depresión postparto.



1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Enunciado del problema

¿Cuál es el riesgo de depresión posparto y cuáles son los factores biológicos, obstétricos y psicosociales asociados en púerperas atendidas en un hospital de EsSalud, Arequipa, 2025?

1.2. Descripción del problema

1.2.1. Área de conocimiento

- **Área General:** Ciencias de la salud
- **Área Específica:** Medicina Humana
- **Área de Investigación:** Ginecología y Obstetricia
- **Línea de Investigación:** Preventivo Promocional y salud mental

1.2.2. Operacionalización de variables

Tabla 1. Operacionalización de variables del estudio

VARIABLE DEPENDIENTE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	CATEGORIA	ESCALA
Riesgo de depresión postparto	El riesgo de desarrollar síntomas clínicamente depresivos durante el postparto medido con la escala de depresión postparto Edimburgo	Escala de depresión postparto de Edimburgo	< 13: Sin riesgo de depresión postparto ≥ 13: Riesgo de depresión postparto	Cualitativa ordinal dicotómica

VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	CATEGORIA	ESCALA
Presencia de pareja	Existencia de cónyuge o conviviente que mantiene una relación sentimental con la paciente encuestada	Cuestionario virtual	Sí / No	Cualitativa nominal dicotómica
Violencia familiar	Cualquier acto de agresión (psicológica, verbal, física o sexual) que se produce en el hogar por algún miembro.	Cuestionario virtual	Sí / No	Cualitativa nominal dicotómica
Relación con la pareja	La percepción actual que tiene sobre la relación con su pareja	Cuestionario virtual	Mala / Regular / Buena	Cualitativa ordinal politómica
Dificultad socioeconómica	Condición de desventaja o vulnerabilidad social y económica que afecta la calidad de vida.	Cuestionario virtual	Sí / No	Cualitativa nominal dicotómica
Edad	Años cumplidos	Historia clínica	Años	Cuantitativa de razón
Antecedente psiquiátrico	Diagnóstico previo a la gestación actual de algún trastorno psiquiátrico	Cuestionario virtual	Sí / No	Cualitativa nominal dicotómica

Lactancia materna	Tipo de alimentación que recibe el lactante	Cuestionario virtual	Lactancia materna exclusiva/ Lactancia materna no exclusiva	Cualitativa nominal dicotómica
Paridad	Cantidad total de partos que ha tenido la paciente, incluyendo el más reciente	Cuestionario virtual	Número de hijos	Cuantitativa de razón
Complicaciones obstétricas	Evento adverso médico que ocurre durante el embarazo, parto o puerperio	Cuestionario virtual	Sí / No	Cualitativa nominal dicotómica
Tipo de parto	Modalidad en la cual se produce el nacimiento del producto	Cuestionario virtual	Cesárea / Parto vaginal	Cualitativa nominal dicotómica

Nota: Elaboración propia



1.3. Justificación del problema

1.3.1. Relevancia científica

La depresión postparto es un problema relevante de salud debido a su impacto en la madre, el recién nacido y el entorno familiar. Existen diversos estudios sobre el tema, pero gran parte de la evidencia disponible a nivel local corresponde a estudios realizados previos a la pandemia por COVID-19. Estudios recientes evidencian que este evento ha generado importantes cambios en la salud mental, observándose un incremento sostenido en la prevalencia de la depresión, particularmente en las mujeres (43).

Además, los resultados podrían ser contrastados con estudios realizados previamente para evaluar la posibilidad de variaciones sobre la magnitud de riesgo de depresión postparto y los factores asociados.

1.3.2. Relevancia social

La depresión postparto es un trastorno de salud mental que trasciende del ámbito individual pues no solo puede afectar el bienestar de la madre, sino también del recién nacido, la dinámica familiar y el entorno social. Los resultados permitirán evidenciar el riesgo de depresión postparto e identificar los factores asociados en la población estudiada, lo que contribuirá a valorar la importancia de la evaluación de la salud mental materna durante el puerperio y a reconocer grupos vulnerables en nuestro medio.

1.3.3. Relevancia contextual actual

Existe un incremento de investigaciones sobre depresión postparto, sin embargo, gran parte de la evidencia local actual disponible corresponde a estudios realizados en años previos a la pandemia de COVID-19, que generó cambios importantes en la salud mental, por lo cual buscamos tener información actualizada que nos permita conocer la situación actual del riesgo de depresión postparto en nuestro medio. Por lo que planteamos necesario contar con información actualizada en nuestro medio para contribuir a comprender la magnitud y características del riesgo de depresión postparto en el contexto actual.

1.3.4. Interés personal

Nuestro interés sobre este estudio surge porque en el entorno hospitalario hemos evidenciado que la salud mental materna es un tema poco abordado. Teniendo en cuenta que la depresión postparto es una condición que puede repercutir tanto en la madre como en el desarrollo del recién nacido, consideramos importante identificar los factores de riesgo asociados a esta patología para poder contribuir a valorar la necesidad o no de su tamizaje durante el puerperio.

1.3.5. Originalidad

El presente estudio aporta evidencia original al analizar de manera integral los factores biológicos, obstétricos y psicosociales asociados al riesgo de depresión postparto, permitiendo ampliar el conocimiento ya existente.

1.3.6. Viabilidad

El presente trabajo es viable, pues contamos con acceso autorizado a los datos de las pacientes atendidas en el hospital elegido y con un instrumento validado para la recolección de datos. El tamaño de la muestra es adecuado y alcanzable dentro del flujo habitual de pacientes, lo que nos permitirá obtener datos suficientes y representativos para el análisis. No se requiere gastos elevados puesto que los cuestionarios y el sistema en el que analizaremos los resultados son de bajo costo. Por último, es éticamente viable porque se aplicará el consentimiento informado antes de comenzar el cuestionario a cualquier paciente, además contamos con la aprobación del comité de ética de la UCSM y EsSalud.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

Determinar el riesgo de depresión posparto en púerperas atendidas en un Hospital de Essalud, Arequipa, 2025.

2.2. Objetivos Específicos

- Evaluar la asociación entre los factores biológicos y el riesgo de depresión posparto.
- Evaluar la asociación entre los factores obstétricos y el riesgo de depresión posparto.
- Evaluar la asociación entre los factores psicosociales y el riesgo de depresión posparto.
- Determinar la fuerza de asociación entre los factores predisponentes y el riesgo de depresión posparto mediante medidas estadísticas correspondientes.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Depresión postparto

3.1.1. Definición

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Quinta Edición (DSM-5-TR), la depresión posparto se incluye actualmente en el concepto depresión con inicio en el periparto, no reconoce a la depresión postparto como una entidad independiente, pero está incluida dentro del diagnóstico más amplio de depresión perinatal (5,15). Se suele aplicar al

episodio de depresión mayor más reciente si el inicio de síntomas se desarrolla durante el embarazo o las 4 semanas posteriores al parto (5).

Sin embargo, diversas bibliografías lo definen como aquel episodio menor o mayor lo suficientemente severo como para afectar las actividades diarias, ocurriendo con mayor frecuencia dentro de la primera a tercera semana del puerperio, pudiendo presentarse hasta el mes 12 del parto (16,17).

3.1.2. Etiopatogenia

No existe una causa exacta de la depresión perinatal y tristeza postparto, pero se han identificado posibles etiologías subyacentes que podrían estar relacionadas con el desarrollo de estas afecciones como cambios de tipo hormonal, predisposición genética y factores de estrés psicosocial (15).

3.1.2.1. Teoría Biológica

La participación de las hormonas reproductivas propone una fisiopatología neuroendocrina para la depresión perinatal. El eje hipotálamo-hipofisario-suprarrenal (HPA) provoca la liberación de cortisol en situaciones de trauma y estrés; con una disfunción del eje HPA, la liberación de catecolaminas disminuye, lo que provoca una respuesta deficiente al estrés. Las hormonas liberadoras de HPA incrementan durante el embarazo y permanecen elevadas hasta 12 semanas después del parto. La rápida disminución de las hormonas reproductivas, como el estradiol y la progesterona, tras el parto pueden verse relacionadas a un estrés potencial en pacientes susceptibles. Estos cambios pueden provocar que síntomas depresivos aparezcan, así como tristeza postparto. Se pueden observar niveles elevados de cortisol y niveles bajos de triptófano (18). La oxitocina y la prolactina también presentan un papel esencial, regulan la síntesis de la leche materna y el reflejo de bajada de la leche. Los niveles bajos de oxitocina se observan especialmente en la depresión perinatal y el destete precoz no deseado. Durante el tercer trimestre, los niveles bajos de oxitocina se asocian con un aumento de los síntomas depresivos durante el embarazo y el posparto (15).

Por otro lado, diversos estudios buscaron determinar la asociación de genes específicos y polimorfismos asociados a la Depresión postparto (DPP), por ejemplo, se ha evidenciado que el polimorfismo en el gen 5HTTLPR donde pacientes con la variable de alelo largo desarrollaron depresión postparto. De la misma forma se encontraron asociaciones entre los genes TPH1 y TPH2 con un incremento en el riesgo de desarrollar DPP (19).

3.1.2.2. Teoría Psicológica

Algunos eventos estresores e interpersonales tienen la capacidad de producir cambios neuroquímicos y neurofisiológicas que producen una alteración en el equilibrio de los

neurotransmisores, Con el fin de explicar estos cambios se han establecido ciertas teorías psicológicas.

- Teoría psicodinámica. Esta teoría nos menciona que aquellos temas inconclusos durante la infancia o en la familiar generan alteraciones psicológicas posterior al parto. Además, se menciona el conflicto del rol materno como causante de la pérdida de la identidad femenina aunado a un estado de carente de amor, afecto e independencia propiciado por el parto genera un desbalance en los mecanismos de afrontamiento (6).
- Teoría de la Psicología Cognitiva. Esta teoría a diferencia de la anteriormente mencionada hace alusión a diferentes patrones de personalidad los cuales predisponen al desarrollo de la depresión postparto, dejando en segundo plano los conflictos internos. Se menciona que la visión no realista de la maternidad con expectativas pesimistas y muy optimistas generan en la madre ansiedad, comportamientos perfeccionistas y controladores (6,20).

3.1.2.3. Teoría social

La teoría social argumenta que el ambiente desempeña un rol fundamental en la vida personal, las relaciones interpersonales de lucha como el poco apoyo emocional, o el conflicto matrimonial generan un ambiente de angustia, el cual sumado a la sensibilidad de las mujeres genera un mayor riesgo de desarrollar trastornos en el posparto. Los cambios sociales bruscos posteriores al parto, los desafíos de la maternidad y el estrés son factores predisponentes para la DPP (6).

3.1.3. Epidemiología

Las estimaciones de prevalencia oscilan entre el 13% y el 19% a nivel mundial (21). Otros estudios estiman que la depresión posparto afecta entre el 10%-15% de las mujeres, y de este porcentaje, aproximadamente un 50% de mujeres con depresión postparto no son diagnosticadas por un personal de salud (17). Un estudio realizado por Masías Salinas en la población arequipeña encontró una prevalencia del 14%, además, evidenció que de un total de 113 mujeres púerperas evaluadas el 45% presentaba algunos síntomas compatibles con depresión postparto (22). Zeballos identificó que de una muestra de 288 púerperas el 27.8% cumplían los criterios psicométricos de depresión postparto (23).

3.1.4. Factores de riesgo asociados a depresión posparto

3.1.4.1. Factores biológicos y obstétricos

Antecedente psiquiátrico.

La existencia de antecedentes clínico psiquiátricos previos al embarazo ha sido determinado y catalogado como un factor de riesgo determinante de la depresión posparto, encontrando el trastorno de ansiedad generalizada y la depresión como comorbilidades frecuentes, siendo este último el que tuvo un mayor riesgo asociado (24). Tanta radica la importancia en este antecedente que algunos estudios evidenciaron que poseer un historial psiquiátrico previo fue el principal factor de riesgo de depresión posparto (25). Además, tener antecedente familiar de trastornos psiquiátricos, un metaanálisis realizado por Mette-Marie Zacher. Et All. Buscó demostrar la asociación de antecedentes en la familia de trastornos psiquiátricos y el riesgo de depresión posparto, encontrando como resultado un aumento del riesgo hasta el doble de desarrollar depresión posparto en aquellas púerperas que tenían antecedentes familiares de trastornos psiquiátricos (26).

Lactancia materna.

La lactancia materna fue y es catalogada como la forma más beneficiosa de alimentación, encontrando así beneficios para el bebe y la madre, uno de estos: la disminución del riesgo de desarrollo de depresión posparto, encontrando estudios que evidencian que aquellas madres que abandonan la lactancia poseen hasta el doble de riesgo de depresión posparto (27). Por otro lado, también se evidencio una relación inversa entre estas variables, atribuyendo a la depresión posparto como efecto en la madre hasta el triple de riesgo de abandonar la lactancia (28).

Paridad.

Diversos estudios han asociado que la paridad (número de hijos) se encuentra en estrecha relación con el riesgo de desarrollar depresión posparto. Tal es el caso, que algunos estudios indican que aquellas púerperas primíparas presentaron una mayor prevalencia de depresión posparto (29).

Complicaciones obstétricas.

Dentro de los diversos factores obstétricos asociados a depresión posparto, la presencia de complicaciones obstétricas es un factor relevante en el desarrollo de depresión posparto (30). Dentro de las complicaciones asociadas se encontró el pase del meconio, el prolapso del cordón umbilical y la hemorragia obstétrica (3).

Tipo de parto.

La vía de nacimiento es un factor predisponente para el desarrollo de depresión postparto, evidenciándose la cesárea como un factor de riesgo, sobre todo aquellas madres quienes necesitaron una cesárea de emergencia, aumentando el riesgo de depresión postparto leve (9). Estudios semejantes indicaron el mayor riesgo asociado a cesárea de emergencias en comparación de cesáreas electivas (31). Estudios en nuestro contexto nacional también evidenciaron esta asociación, catalogándolo como uno de los principales factores de riesgos asociados a depresión postparto (32).

3.1.4.2. Factores psicosociales**Edad**

Diversos estudios fueron realizados con el objetivo de determinar los factores de riesgo asociados al desarrollo de la depresión postparto, diversos autores encontraron que una edad menor a 20 es un factor de riesgo asociado a depresión postparto atribuyendo el hallazgo al reto que implica la maternidad en dichas edades (33). Así mismo, un estudio publicado en nuestro contexto destacó que madres de edades menores a 20 años presentan un incremento en la morbilidad asociado al aumento de complicaciones obstétricas y la dependencia económica (29).

Estado civil y relación con la pareja

Tener una pareja como apoyo y soporte emocional influye en el riesgo de depresión postparto, es así como diversos estudios encontraron que aquellas madres solteras o aquellas madres quienes no vivían junto a su pareja presentaban un riesgo incrementado de padecer de depresión postparto (24). El apoyo de la pareja está relacionado inversamente con la depresión postparto en mujeres. La participación de la pareja en el postparto podría reducir las probabilidades de desarrollar esta patología dentro del primer año postparto (34).

Violencia familiar

La existencia de problemas familiares ha sido encontrada como un factor de riesgo de depresión postparto incluyendo dentro de las posibles problemáticas el desempleo y la dificultad económica (24). Pacientes quienes presentaron síntomas de depresión postparto tuvieron una mayor prevalencia de violencia física, emocional y/o sexual (35). Así mismo, se ha demostrado que cualquier tipo de violencia experimentado por la madre, duplica en riesgo de depresión postparto encontrándose la violencia doméstica con un mayor riesgo en comparación de otros tipos de violencia como física, sexual o emocional (29).

Dificultad socioeconómica

Un estudio realizado en México evidenció como factor de riesgo principal los problemas económicos, encontrando en este estudio que el 94.6% de las pacientes con nivel socioeconómico bajo presentaron un riesgo alto para depresión postparto (36).

3.1.5. Manifestaciones clínicas

El diagnóstico se basará en la presencia de síntomas clínicos de depresión posterior al parto, dichos síntomas son semejantes a los encontrados en cuadros de depresión mayor, con el agregado de características propias relacionadas al puerperio y al cuidado del recién nacido. Dentro de los síntomas generales podemos encontrar insomnio, fatiga, ansiedad, llanto, pobre concentración o anhedonia (4); síntomas propios del puerperio incluyen el sentirse inadecuado como padre, preocupación rumiante sobre el cuidado del lactante, y en cuadros de mayor severidad, ideas suicidas o pensamientos intrusivos de daño hacia el menor (37). Usualmente la presencia de signos físicos suele estar ausentes, sin embargo, dentro de los hallazgos posibles se encuentran signos abandono personal, autolesión, pérdida de peso mayor a la esperada, o en casos más severos, retraso psicomotor o afecto plano (5).

3.1.6. Diagnóstico

3.1.6.1. Tamizaje

El colegio americano de Ginecología y obstetricia (ACOG) recomienda que toda mujer debe recibir un tamizaje para depresión y ansiedad durante el pre-embarazo, prenatal y postparto por medio de la utilización de instrumentos validados (12). En la guía clínica brindada por la ACOG recomienda el uso de dos instrumentos específicos para el tamizaje de depresión, la Escala de depresión postparto de Edimburgo (EDPE) y el cuestionario de salud del paciente 9 (PHQ-9 en sus siglas en inglés). Así mismo se recomienda que el primer screening postnatal de depresión postparto debe realizarse entre las 6 y 12 semanas postparto y debería repetirse al menos una vez el año postparto (38). Dentro de los puntos positivos de ambas escalas se resalta el poco tiempo necesario para completarlo, la facilidad de poder ser autoadministrado y su aplicación multimodal (39).

3.1.6.2. Criterios diagnósticos

El mejor método de diagnóstico y detección de depresión postparto es controversial, diversas asociaciones como la sociedad Americana de Obstetricia (ACOG) recomienda como método de tamizaje la escala de Edimburgo (40). Múltiples asociaciones sugieren la utilización de un cuestionario de alta sensibilidad de cribado de dos preguntas relacionadas a sentimientos de depresión y falta de interés en las actividades diarias, seguido por un segundo cuestionario con alta especificidad con el fin de obtener menor número de falsos positivo y falsos negativos (4).

3.1.6.3. Clasificación internacional de Enfermedades (CIE-10)

La CIE-10 agrupa a la depresión postparto dentro del apartado de Trastornos mentales y del comportamiento asociado con el puerperio, definidos como aquellos trastornos mentales que inicien dentro de las primeras seis semanas del puerperio, siempre y cuando no aquellas alteraciones no puedan ser clasificados en otros trastornos mentales. La codificación asignada para esta enfermedad es F53, teniendo como subcategoría el código F53.0 para aquellos trastornos leves y F53.1 para los trastornos graves (11).

3.1.6.4. Manual Diagnóstico y estadístico de las Enfermedades mentales (DSM-5-TR)

El DMS-5-TR toma en consideración un mínimo de cinco síntomas de nueve referidos por el paciente que afecten el desempeño de este en un lapso mínimo de dos semanas, siendo la existencia de un estado de ánimo deprimido y/o la pérdida de interés o placer (anhedonia) indispensables para el diagnóstico. Entre los otros síntomas mencionados podemos encontrar: Un cambio en el peso del paciente (aumento o disminución mayor al cinco por ciento) o cambio en el apetito, trastorno del sueño (hipersomnia o insomnio), agitación o retraso psicomotor, fatiga, un sentimiento de culpabilidad o inutilidad excesiva, una disminución subjetiva de la capacidad para concentrarse; y una ideación suicida o pensamientos de muerte recurrentes. Además de la presencia de los síntomas anteriormente mencionados, estos deben poder ser causantes de un deterioro clínicamente significativo social, laboral o en otros aspectos de importancia. Así mismo ninguno de los síntomas debe poder atribuirse a sustancias o alguna afección médica o psiquiátrica existente. Finalmente, tal episodio de depresión mayor debe especificarse como “inicio en el periparto” si tuvo comienzo durante el embarazo o en los cuatros semanas posteriores a este (5).

3.1.7 Diagnóstico diferenciales

3.1.7.1. Blues posparto

También llamado baby blues, se trata de una alteración del estado de ánimo, que se manifiesta con tristeza, irritabilidad y tendencia al llanto durante los primeros 10 días posterior al nacimiento del bebé, que se presentan con intensidad y frecuencia variable, ocurre entre los dos a cuatro primeros días posparto y remite espontáneamente luego de las dos semanas del puerperio (24).

3.1.7.2. Psicosis puerperal

La psicosis puerperal es un trastorno psiquiátrico de aparición brusca, que se manifiesta por alteraciones conductuales y del contenido del pensamiento, que se pone en evidencia con delirios y alucinaciones. Constituye una verdadera urgencia psiquiátrica que representa un peligro para la vida tanto de la madre como del recién nacido (24).

3.1.8. Asociación entre los factores biológicos, obstétricos y psicosociales con la Depresión posparto

Un metaanálisis realizado por Xueyan Liu evidencio un incremento en la prevalencia de depresión posparto en países desarrollados, denotando el factor social involucrado como factor de riesgo. Así mismo encontró la diabetes mellitus gestacional, depresión durante el embarazo y antecedentes de depresión como factores comunes en el diagnóstico de depresión posparto (41). Otro estudio tipo metaanálisis realizado por Xiao-Hu Zhao identificó 13 variables asociadas, dentro de estas se puede denotar el antecedente de abuso y violencia, diabetes gestacional, parto por cesárea, antecedente de depresión, sobrepeso, entre otros. Resaltando diversos factores predominantemente psicosociales y obstétricos como factores de riesgo (8). Por otro lado, un estudio realizado por Van der Zee-van encontró diversos factores psicosociales correlacionados con la depresión y la ansiedad posparto, siendo el antecedente de depresión, baja autoeficacia materna y mala salud materna como principales factores (42). Un estudio tipo “umbrella” encontró que los factores de riesgo mayormente asociados a depresión posparto fueron estrés vital, falta de apoyo social y catalogó como los factores de riesgos más importantes la depresión prenatal y algún tipo de abuso actual (43).

4. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

4.1. A nivel internacional

4.1.1. Título: Depresión posparto: prevalencia y factores de riesgo asociados en una muestra de población mexicana.

Autor: Santiago Sanabria. Ibarra-Gussi. Rendón-Macías. Treviño-Villarreal. Islas-Tezpa. Porras-Ibarra. Tienhoven

Resumen: Se realizó un estudio observacional, transversal, relacional y analítico abarcando los meses de marzo a julio del 2022 en hospitales mexicanos. Por medio de la escala de Edimburgo se evaluó a 717 pacientes en el puerperio. Se aplicó una técnica de regresión logística binaria ajustada con el fin de identificar los factores de riesgo asociados. Se obtuvo una prevalencia del 14.9%. Estar soltera mostró ser un factor protector de depresión posparto; por otro lado, estar casada presentó mayor predisposición a la depresión posparto, por otro lado, un mayor nivel de escolaridad se asocia con una menor probabilidad de presentar depresión posparto (24).

4.1.2. Título: Prevalencia y factores relacionados de la depresión posparto entre mujeres en edad reproductiva en Ahvaz, Irán

Autor: Poorandokht Afshari. Mitra Tadayon. Parvin Abedi. Shiva Yazdizadeh

Resumen: Se realizó un estudio entre los meses de febrero y setiembre del años 2014, donde participaron 505 puérperas de diversos centros de salud pública en la ciudad de Ahvaz, se aplicó Escala demográfica y de depresión posnatal de Edimburgo, además se recopilaron los datos sociodemográficos donde se obtuvo que 196 personas (38.8%) tenían depresión postparto, encontrando en ellas como características resaltantes como: embarazo no deseado, hospitalización neonatal, anomalías congénitas, antecedentes de depresión posparto, antecedentes de episodios de depresión en la vida, eventos estresantes durante el embarazo y experiencia de violencia doméstica durante el embarazo (45).

4.1.3. Título: Factores de riesgo de la depresión posparto: un estudio poblacional

Autor: Michael E Silverman. Abraham Reichenberg. David A Savitz. Sven Cnattingius. Paul Lichtenstein. Christina M Hultman. Henrik Larsson. Sven Sandin

Resumen: Se realizó un estudio de cohorte prospectivo entre los años 1997-2008 en Suecia, obteniendo como resultados que el riesgo relativo de DPP en mujeres con antecedentes de depresión se estimó en 21,03, en comparación con aquellas sin ellos. En todas las mujeres, el riesgo de DPP aumentó con la edad avanzada y la diabetes gestacional. En las mujeres con antecedentes de depresión, la diabetes pregestacional y el parto prematuro leve también aumentaron el riesgo. En las mujeres sin antecedentes de depresión, la edad joven, las mujeres con parto instrumental o cesárea y el parto prematuro aumentaron el riesgo. Las tasas de DPP disminuyeron considerablemente después del primer mes posparto (7).

4.2. A nivel nacional

4.2.2. Título: Factores asociados al riesgo de depresión posparto 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

Resumen: Se realizó un estudio de tipo cuantitativo, observacional, analítico, transversal. Contó con una muestra de 184 puérperas quienes fueron atendidas por Teleconsulta en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Se utilizó como instrumento EPDS. Se halló una prevalencia de 29,9%. Además, se encontró una asociación estadísticamente significativa para las variables violencia familiar y antecedente de depresión postparto (27).

4.2.3. Título: Factores de riesgo de depresión postparto en puérperas del hospital de baja complejidad vitarte octubre – diciembre 2018.

Autor: Silvera Bendezu, Miluska Zolinda Catalina

Resumen: Se realizó un estudio descriptivo, observacional y transversal, 292 puérperas fueron consideradas dentro de la muestra, como instrumentos se utilizaron la escala de depresión postparto de Edimburgo y una encuesta con el objetivo de determinar cuáles son los factores de riesgo de depresión postparto en puérperas del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital de baja complejidad. Resultados: el 32,87% de puérperas estudiadas presentaron depresión postparto, en relación con los factores sociodemográficos, ser ama de casa (62,5%), no contar con apoyo emocional de la pareja (54,2%), ser conviviente (52,1%); y con respecto los factores obstétricos-perinatales, parto por cesárea (68,8%), ser primípara (67,7%) (32).

4.2.4. Título: Factores asociados a la depresión posparto en puérperas de un hospital peruano.

Autor: Leveau Bartra. Chávez Navarro. Calle Vilca. Guerrero Ortiz. Mejia Lengua. Luján Divizzia. Leveau Vásquez. Medina Vásquez. Leveau Vásquez. Medina Vásquez

Resumen: Se realizó un estudio observacional, trasversal, Objetivo: determinar los factores sociodemográficos asociados a la depresión posparto en puérperas de un hospital peruano. Se comparó 173 puérperas en riesgo de depresión postparto con 173 puérperas sin riesgo de depresión postparto. Resultado: La prevalencia de depresión postparto fue 18,8%, los factores asociados fueron: edad menor de 20 años, grado de instrucción superior, condición civil soltera, mala relación con la pareja, consumo de psicofármacos, complicaciones en el trabajo de parto, parto por cesárea, antecedente de haber tenido infección por COVID-19 en la gestación, tener trabajo (10).

4.3. A nivel local

4.3.1. Título: Prevalencia de la depresión post parto en Arequipa, Perú

Autor: Masías Salinas, Arias Gallegos

Resumen: Se realizó un estudio descriptivo donde evaluaron 113 puérperas en sus controles posnatales. Por medio de la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo buscaron determinar la prevalencia de depresión postparto, obteniendo como resultado que el 41.5% de madres no tuvieron riesgo de depresión postparto, 14% presentaron riesgo y hasta el 45% tuvieron síntomas de depresión al momento de la evaluación. Encontrando una correlación negativa con el grado de instrucción (22).

4.3.2. Título: Factores asociados a depresión postparto en puérperas atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, febrero– marzo 2018.

Autor: Denegri Salas, Jiménez Apaza

Resumen: Se realizó un estudio observacional de diseño no experimental con una población de 119 puérperas evaluadas entre los meses febrero y marzo del 2018, por medio de la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo y Test de Personalidad de Eysenck. Obteniendo como conclusión una alta prevalencia de depresión postparto en la población estudiada, asociada a factores maternos como el temperamento melancólico, colérico, grado de instrucción no superior (46).

4.3.3. Título: Depresión postparto en mujeres víctimas de violencia doméstica en la ciudad de Arequipa, Perú.

Autor: Zeballos Gonzales. Arias Gallegos. Muñoz del Carpio. Renzo Rivera. Luna Condori

Resumen: Se llevó a cabo un estudio con la finalidad de evaluar la asociación entre la depresión posparto y la violencia doméstica en mujeres de la ciudad de Arequipa, Perú. La muestra estuvo conformada por 288 puérperas atendidas en el servicio de Obstetricia de un hospital de nivel III. Para la recolección de datos se empleó la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo y el Índice de Violencia de Pareja. Los hallazgos evidenciaron que el 27,8 % de las participantes presentó depresión posparto, identificándose como factores asociados las discusiones con la pareja y la violencia física y no física (23).

5. HIPÓTESIS

Existe un riesgo de depresión postparto mayor en puérperas atendidas en un Hospital de EsSalud, Arequipa – 2025.

CAPITULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL



1. MATERIALES Y MÉTODOS

1.1. Diseño del estudio

El presente estudio es observacional, analítico, transversal. Evaluará la prevalencia de depresión postparto y su asociación con los factores que la predisponen.

1.2. Población

La población de nuestro estudio se basa en todas las puérperas mayores de 18 años atendidas entre los meses de setiembre y noviembre del año 2025 en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital III Yanahuara.

1.2.1. Criterios de inclusión

- Pacientes puérperas que brinden su consentimiento de participación en el estudio.
- Pacientes puérperas que estuvieron hospitalizadas en el servicio de Obstetricia del Hospital III Yanahuara
- Pacientes con datos de contacto especificados en la historia clínica.

1.2.2. Criterios de exclusión

- Pacientes puérperas con antecedente de óbito fetal o producto con desenlace fatal.
- Pacientes puérperas quienes no cuenten con dispositivo electrónico para el desarrollo del cuestionario virtual.

1.3. Muestra

Se realizó la obtención de la muestra mediante la fórmula para población finita, tomando en consideración un nivel de confianza del 95%, un margen de error del 5%, una prevalencia estimada del 27.8% (23). El universo se encontraba compuesto por 519 puérperas de las cuales 413 puérperas cumplían los criterios de selección. Con las consideraciones previas se obtuvo un tamaño de muestra de 177 puérperas. Además, se incluyó un 16% más de puérperas debido a pérdidas por imposibilidad de contacto.

$$n = \frac{1.96^2 \times 0.278 \times 0.722 \times 413}{0.05^2 \times (413 - 1) + 1.96^2 \times 0.278 \times 0.722} = 177$$

1.3.1. Técnica de muestreo

Probabilístico. Aleatorio simple. Se realizó en una hoja de cálculo de Excel que contenía la lista de puérperas atendidas entre los meses de Setiembre a Noviembre, se les asignó un número aleatorio según distribución de celdas, posteriormente se eligieron 205 puérperas con la fórmula “=ALEATORIO.ENTRE (1;413)”

1.4. Procedimientos y técnicas

1.4.1. Instrumentos

1.4.1.1. Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS)

Estructura y puntuación

La escala de depresión postparto de Edimburgo es un cuestionario el cual consta de 10 preguntas agrupadas en 3 factores principales, anhedonia (ítem 1 y 2), ansiedad (ítem 3,4,5 y 6) y depresión (7, 8, 9 y 10); a cada ítem se le asigna cuatro posibles respuestas con un puntaje en un rango determinado (0,1,2,3) evaluando cómo se sintió la puerpera en la última semana vivida (47). Al final se suman los puntajes obtenidos en cada pregunta, el puntaje final evidenciará el riesgo de depresión postparto. El punto corte para la existencia de riesgo de depresión postparto varía según la población estudiada, siendo el valor corte de 13 puntos el utilizado en nuestro estudio.

Validez interna y externa

Un estudio publicado en el año 1987 concluyó que la escala de depresión postparto de Edimburgo tuvo una validez satisfactoria, media confiabilidad, además fue sensible a los cambios en la gravedad de la depresión a lo largo del tiempo (14).

Confiabilidad

La escala de Depresión Postparto de Edimburgo posee una sensibilidad de 89% con una especificidad de 78% con un punto de corte de 12/13 (14).

La adaptación al español utilizada en nuestro estudio mostró una sensibilidad de 84.21% y una especificidad de 79.47% con un valor de corte de 13.5. Además de una sensibilidad de 100% con una puntuación menor igual a 7 (48).

Validación del instrumento en nuestro país

Se realizó la validación de la EDPE en nuestro país mediante la comparación de la escala con la información brindada del SCID, describiendo al EDPE con una buena capacidad para discriminar pacientes con y sin depresión mayor (48).

1.4.1.2. Cuestionario virtual (Anexo 2)

Cuestionario elaborado en Google Forms, el cual se subdivide en 3 secciones, la primera sección se incluye el consentimiento informado (Anexo 1), la sección 2 contiene 11 preguntas donde se indaga la edad, el estado civil, el antecedente de violencia, la relación la pareja, existencia de problemas socioeconómicos, antecedente de trastorno psiquiátrico, alimentación dada a su bebe, paridad, vía de parto y presencia de alguna complicación obstétrica. En la sección 3 se incluyó la EDPE.

1.4.2. Plan de recolección de datos

Se contactó con las pacientes atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital III Yanahuara por vía telefónica y se solicitó su autorización para el envío de un cuestionario virtual.

1.4.3. Plan de procesamiento de datos

Se recolectó la información obtenida por medio del cuestionario en Excel y se realizó la sumatoria de los puntajes obtenidos por cada pregunta de la escala de Edimburgo para determinar el riesgo de depresión posparto.

1.4.4. Plan de análisis

Para el análisis descriptivo se utilizaron tablas de frecuencia y porcentaje en el caso de variables cualitativas, y en el caso de variables cuantitativas, se presentó mediana y rango intercuartil para variables no paramétricas.

Para el análisis bivariado, se realizó tablas de doble entrada y se evaluó la prueba de Chi cuadrado, exacta de Fisher o U de Mann Whitney según amerite. Además, se evaluó el Odds Ratio para el grado de asociación, tomando en cuenta un $p < 0.05$.

Finalmente se realizó un análisis multivariado por regresión logística entre las variables con significancia estadística ($p < 0.05$) así como variables estructurales (edad y antecedente psiquiátrico). por medio de la utilización del modelo estadístico SPSS.

1.5. Aspectos éticos del estudio

El protocolo de estudio fue sometido a la evaluación del Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Católica de Santa María y el Comité Institucional de Ética en Investigación de la Oficina de Capacitación, Investigación y Docencia de la Gerencia de Red Asistencial de Arequipa de EsSalud. (Anexo 4) (Anexo 5)

Se realizó un consentimiento informado (Anexo 1) donde se explica el motivo del estudio, las características y el fin a conseguir. Dicho consentimiento será de conocimiento de los participantes a estudiar previo inicio de cuestionario virtual. Se respetará la confidencialidad de los participantes de acuerdo con lo normado en el artículo 17 de la Ley N° 29733 de Protección de datos Personales (49).



1. RESULTADOS

1.1. Riesgo de depresión postparto

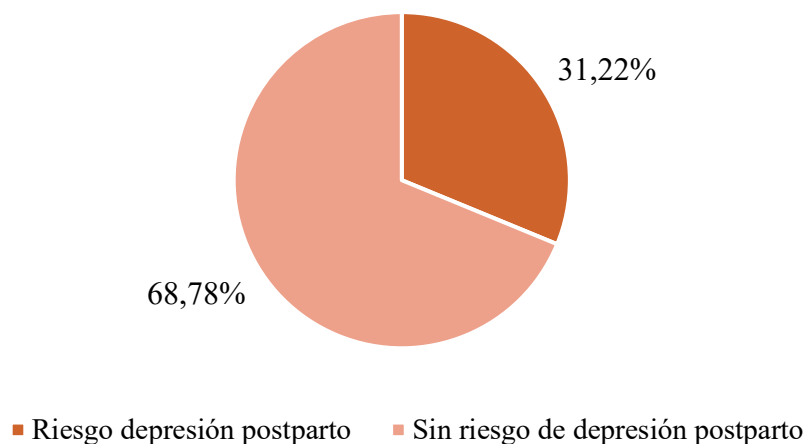
El riesgo de depresión postparto en las puérperas atendidas en el Hospital de ESSALUD Arequipa durante los meses Setiembre – Noviembre del año 2025 fue 31.2% (64 puérperas) (IC 95%: 24.9%–37.6%), según la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS \geq 13).

Tabla 2: Riesgo de depresión postparto en puérperas atendidas en un Hospital de EsSalud de Arequipa

Riesgo depresión postparto	n (%)
Con riesgo	64 (31.22)
Sin riesgo	141 (68.78)
Total	205

Nota: Elaboración propia

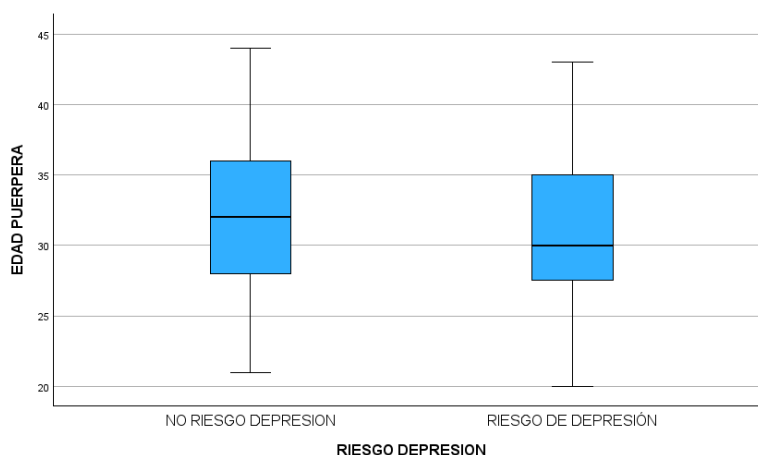
Figura 1. Riesgo de depresión postparto



Nota: Elaboración propia

1.2. Asociación entre riesgo de depresión postparto y la edad

Figura 2: Mediana de la edad según riesgo de depresión postparto



Nota: Elaboración propia

La variable edad no presentó distribución normal según prueba de Shapiro-Wilk ($p < 0.05$). La mediana de la edad de las puérperas con riesgo de depresión postparto fue 30 años (RIC: 28 – 35 años). No se observaron diferencias significativas en la edad materna entre las puérperas con y sin riesgo de depresión postparto (U de Mann Withney = 4033.5; $p = 0.223$).

1.3. Asociación entre riesgo de depresión postparto y violencia familiar

Tabla 3: Asociación entre riesgo de depresión postparto y violencia familiar

Violencia familiar	Riesgo de DP		Total
	Si n (%)	No n (%)	
Sí	22 (64.71)	12 (35.29)	34
No	42 (24.56)	129 (75.44)	171
Total	64	141	205

Nota: Elaboración propia

Las púerperas que reportaron violencia familiar presentaron mayor proporción de depresión postparto en comparación con aquellas que no lo reportaron (64.7% vs 35.3%). Esta asociación fue estadísticamente significativa ($\chi^2 = 21.29$; $gl = 1$; $p < 0.01$), con un odds ratio de 5.63 (OR = 5.63; IC 95%: 2.57–12.34), Lo que evidencia que las púerperas que sufren violencia familiar presentan 5.6 veces más chances de depresión postparto en comparación con aquellas que no la sufren.

1.4. Asociación entre riesgo de depresión postparto y relación con la pareja

Tabla 4: Asociación entre presencia de pareja y riesgo de depresión postparto

Presencia de pareja	Riesgo de DP		Total
	Si n (%)	No n (%)	
Con pareja	60 (31.09)	133 (68.91)	193
Sin pareja	4 (33.33)	8 (66.67)	12
Total	64	141	205

Nota: Elaboración propia

El 31.1% de las púerperas con pareja presentó depresión postparto, mientras que en aquellas sin pareja la proporción fue de 33.3%. No se encontró asociación estadísticamente significativa entre la presencia de pareja y el riesgo de depresión postparto (Test exacto de Fisher, $p = 0.87$, OR = 0.90; IC95%: 0.26–3.10).

Tabla 5: Asociación entre riesgo de depresión postparto y tipo de relación con la pareja

Relación con la pareja	Riesgo de DP		Total
	Sí n (%)	No n (%)	
Mala	5 (71.43)	2 (28.57)	7
Regular	30 (52.63)	27 (47.37)	57
Buena	25 (19.38)	104 (80.62)	129
Total	60	133	193

Nota: Elaboración propia

Entre las pacientes que reportaron tener pareja, la proporción de riesgo de depresión postparto fue mayor en las que presentaron mala relación con la pareja (71.4%), seguido de las que presentaron relación regular (52.6%), la menor proporción se observó en las que presentaron una buena relación (19.4%).

Se encontró asociación estadísticamente significativa entre la calidad de la relación con la pareja y el riesgo de depresión postparto ($\chi^2 = 25.92$; $gl = 2$; $p < 0.001$). Las pacientes con mala relación presentaron mayor proporción de riesgo en comparación con aquellas con relación buena. (OR = 10.40; IC95%: 1.91–56.76; $p = 0.007$). A su vez, las púerperas con relación de pareja regular presentaron 4.6 veces mayores chances de depresión postparto en comparación con quienes reportaron una buena relación de pareja (OR = 4.62; IC95%: 2.34–9.11; $p < 0.001$).

1.5. Asociación entre riesgo de depresión postparto y problemas socioeconómicos

Tabla 6: Asociación entre riesgo de depresión postparto y problemas socioeconómicos

Problemas socioeconómicos	Riesgo de DP		Total
	Si n (%)	No n (%)	
Sí	36 (43.90)	46 (56.10)	82
No	28 (22.76)	95 (77.24)	123
Total	64	141	205

Nota: Elaboración propia

Existe asociación estadísticamente significativa entre la presencia de problemas socioeconómicos y el riesgo de depresión postparto ($\chi^2 = 10.23$; gl = 1; p = 0.001). Existe una prevalencia mayor de depresión postparto entre las puérperas con problemas socioeconómicos (43.9%) en comparación a las puérperas que no reportaron tener dichos problemas (22.8%). Se encontró que las puérperas que presentan problemas socioeconómicos tienen 2.6 veces mayor probabilidad de presentar depresión postparto en comparación con aquellas que no presentan dichos problemas (OR = 2.65; IC95%: 1.45–4.86).

1.6. Asociación entre riesgo de depresión postparto y antecedentes psiquiátricos

Tabla 7: Asociación entre riesgo de depresión postparto y antecedentes psiquiátricos

Antecedentes psiquiátricos	Riesgo de DP		Total
	Si n (%)	No n (%)	
Sí	8 (61.54)	5 (38.46)	13
No	56 (29.17)	136 (70.83)	192
Total	64	141	205

Nota: Elaboración propia

Se observa una mayor proporción de riesgo de depresión postparto en las puérperas con antecedente de depresión postparto (61.5%) en comparativa a aquellas puérperas sin el antecedente (29.2%), esta asociación es estadísticamente significativa según la prueba estadística chi cuadrado ($\chi^2 = 5.94$; $gl = 1$; $p = 0.015$). Se evidenció que las puérperas con antecedente psiquiátrico presentaron 3.9 veces más chance de presentar depresión postparto en comparación con aquellas sin dicho antecedente (OR = 3.89; IC95%: 1.22–12.00).

1.7. Asociación entre riesgo de depresión postparto y el tipo de lactancia

Tabla 8: Asociación entre riesgo de depresión postparto y tipo de lactancia

Lactancia materna	Riesgo de DP		Total
	Si	No	
	n (%)	n (%)	
Exclusiva	37 (30.33)	85 (69.67)	122
No exclusiva	27 (32.53)	56 (67.47)	83
Total	64	141	205

Nota: Elaboración propia

El riesgo de depresión postparto entre aquellas puérperas con lactancia materna exclusiva y aquellas con lactancia materna no exclusiva fue del 30.3% vs 32.5%, respectivamente. Con chances similares (OR = 1.11; IC95%: 0.61–2.02) no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el tipo de lactancia materna y el riesgo de depresión postparto. ($\chi^2 = 0.11$; gl = 1; p = 0.738).

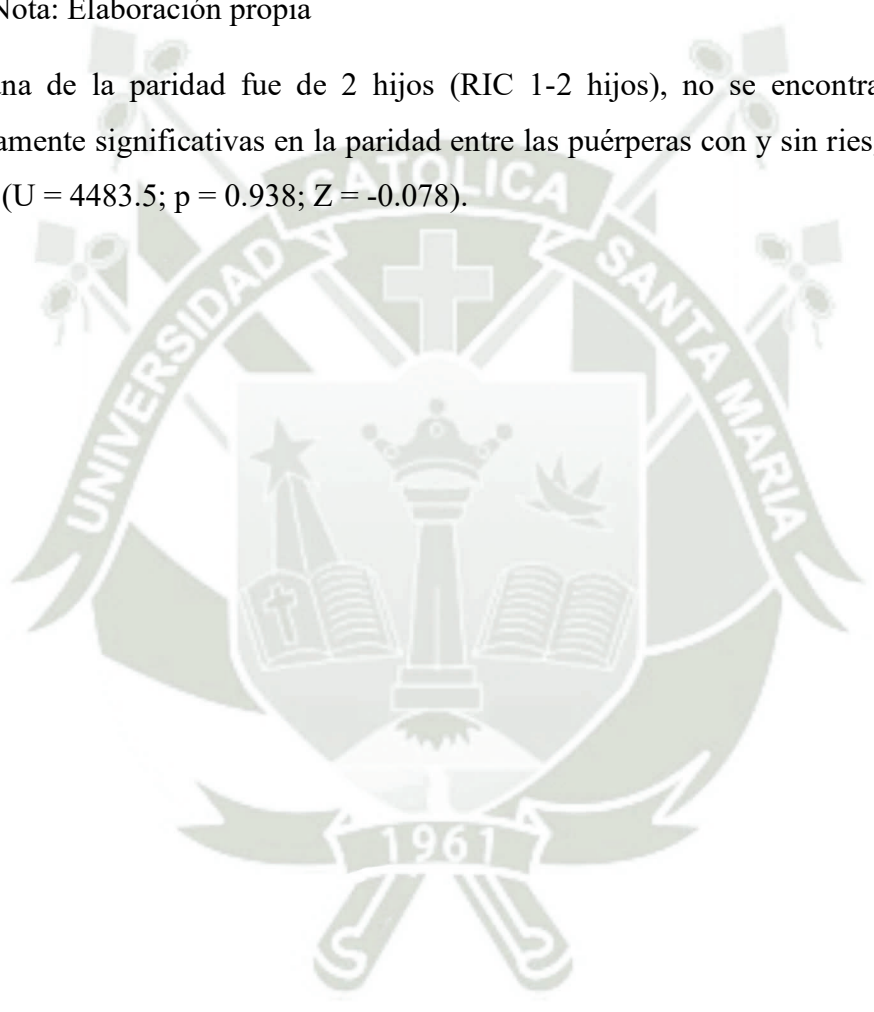
1.8. Asociación entre riesgo de depresión postparto y la paridad

Tabla 9: Asociación entre riesgo de depresión postparto y paridad

	Con riesgo depresión postparto		Sin riesgo depresión postparto	
	Mediana	(RIC)	Mediana	RIC
Paridad	2	1 - 2	2	1 - 2

Nota: Elaboración propia

La mediana de la paridad fue de 2 hijos (RIC 1-2 hijos), no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la paridad entre las púerperas con y sin riesgo de depresión postparto ($U = 4483.5$; $p = 0.938$; $Z = -0.078$).



1.9. Asociación entre riesgo de depresión postparto y complicación en el embarazo**Tabla 10: Asociación entre riesgo de depresión postparto y complicación en el embarazo**

Complicación en el embarazo	Riesgo de DP		Total
	Si n (%)	No n (%)	
Sí	33 (39.29)	51 (60.71)	84
No	31 (25.62)	90 (74.38)	121
Total	64	141	205

Nota: Elaboración propia

Las puérperas que presentaron alguna complicación obstétrica tuvieron 1.9 veces mayor probabilidad de presentar depresión postparto en comparación con aquellas sin complicaciones (39.3% vs 25.6%, respectivamente) (OR = 1.88; IC95%: 1.03–3.42). Esta asociación fue estadísticamente significativa ($\chi^2 = 4.31$; $p = 0.039$).

1.10. Asociación entre riesgo de depresión postparto y la vía de parto**Tabla 11: Asociación entre riesgo de depresión postparto y vía de parto**

Vía de Parto	Riesgo de DP		Total
	Si	No	
	n (%)	n (%)	
Cesárea	39 (30.71)	88 (69.29)	127
Parto Vaginal	25 (32.05)	53 (67.95)	78
Total	64	141	205

Nota: Elaboración propia

De las puérperas que tuvieron parto vaginal, el 32.1% presentó depresión postparto, mientras que en aquellas cuyo parto fue por cesárea la proporción fue de 30.7% (OR= 0.94; IC 95%: 0.51 – 1.72). No se encontró asociación estadísticamente significativa entre el tipo de parto y el riesgo de depresión postparto. ($\chi^2 = 0.041$; gl = 1; p = 0.84).

1.11. Análisis multivariado

Tabla 12: Análisis multivariado asociación depresión postparto y violencia familiar, relación de pareja, dificultad socioeconómica, edad y antecedente psiquiátrico.

	Análisis multivariante				Valor p
	Coefficiente logístico (B)	Wald	ORa	IC 95%	
Violencia familiar	1.17	5.3	3.23	1.2 – 8.77	0.021
Relación con pareja (1) *	1.18	1.4	3.26	0.46 – 23.05	0.237
Relación con pareja (2) $\bar{\tau}$	1.11	8.12	3.03	1.39 – 6.36	0.004
Problemas socioeconómicos	0.48	1.82	1.63	0.80 – 3.30	0.178
Antecedente psiquiátrico	0.99	2.18	2.70	0.72 – 10.06	0.14
Complicación en el embarazo	0.68	3.6	1.97	0.978 – 3.95	0.058

* *Relación con pareja mala*

$\bar{\tau}$ *Relación con pareja regular*

Nota: Elaboración propia

Para la realización del análisis multivariado se tomó en consideración aquellas variables con un valor estadísticamente significativo ($p < 0.05$) en el análisis bivariado, así como algunas variables confusoras (edad y antecedente psiquiátrico).

El análisis multivariado corroboró que las púerperas que presentaron violencia familiar tuvieron 3.2 veces mayor probabilidad de presentar riesgo de depresión postparto. Además, una relación de pareja regular se asoció con aproximadamente tres veces mayor chance de desarrollar depresión postparto en comparación con una buena relación de pareja. A pesar de que la mala relación de pareja mostró una mayor magnitud de asociación ($OR = 3.25$), no alcanzó significancia estadística. Por otro lado, la existencia de problemas socioeconómicos y el antecedente psiquiátrico no evidenciaron una asociación significativa posterior al ajuste a pesar de poseer un OR elevado (1.62 y 2.69 respectivamente), de igual manera, el antecedente de complicación obstétrica presentó una tendencia de asociación, empero no llegó a ser significativa.

2. DISCUSIÓN

La depresión postparto es un problema prevalente en nuestro medio. Nuestro estudio encontró una prevalencia del 31%, lo que indica que aproximadamente 1 de cada 3 púerperas tiene riesgo de desarrollar este trastorno. La prevalencia estimada es comparable con estudios realizados a nivel nacional donde la prevalencia oscila alrededor del 30% empleando un punto de corte ≥ 13 , valor que se ha tomado también en el presente estudio (23,27,32). Asimismo, nuestro análisis multivariado evidenció que los factores psicosociales han mostrado una asociación más consistente con el riesgo de desarrollar depresión postparto que los factores biológicos u obstétricos, dentro de ellos: la violencia familiar y una relación regular con la pareja fueron los factores que se asociaron de manera independiente. Esto contrasta con un estudio similar realizado por Sanabria et al. en 4 hospitales de México que utilizó una regresión logística binaria para el análisis de los datos, donde las variables de dificultades económicas y problemas familiares demostraron una asociación significativa con el riesgo de desarrollar depresión postparto, pero la violencia familiar no demuestra un resultado significativo (24). Esta discrepancia podría explicarse por diferencias en el contexto sociocultural, la forma de medición de la violencia o las características de la población estudiada. Desde la perspectiva de las teorías sobre la depresión postparto, las relaciones interpersonales juegan un papel sobre la angustia y la sensibilidad de las mujeres; las fluctuaciones psicosociales repentinas dentro de la maternidad y sus desafíos, junto con el estrés, podrían ser otros factores que pueden desencadenar la depresión postparto (4).

La violencia familiar fue el factor con mayor fuerza de asociación, observándose que las púerperas que la padecían presentaron tres veces mayor probabilidad de riesgo de depresión postparto, incluso tras el ajuste por otras variables. Este hallazgo concuerda con lo reportado por estudios a nivel nacional e internacional que señalan que la exposición a cualquier tipo de violencia durante el embarazo o el puerperio afecta la salud mental materna (23,50). Un estudio local realizado en el 2020 con una población similar obtuvo que las mujeres que tienen más discusiones con la pareja o que son víctimas de violencia psicológica y/o social presentaban puntuaciones más altas en la valoración de riesgo de depresión postparto (27). Otro estudio realizado por Gonzales asoció un riesgo de depresión postparto 4.7 veces mayor en aquellas púerperas quienes sufrieron de violencia durante el embarazo, y un riesgo doble en aquellas que presentaron algún antecedente de violencia fuera del embarazo actual (33). Cifras semejantes a las mostradas en nuestra investigación (OR: 5.6; ORa: 3.23). Desde el punto de

vista biopsicosocial, la violencia familiar genera un entorno de estrés crónico, disminuye la percepción de apoyo emocional y afecta negativamente la autoestima de la mujer, lo que favorece la aparición de síntomas depresivos durante el posparto (6).

En cuanto al tipo de relación con la pareja, una relación regular se asoció de manera independiente con la depresión postparto. Las mujeres que reportaron una relación de pareja regular presentaron mayores chances de depresión postparto en comparación con aquellas que refirieron una buena relación. Sin embargo, en el análisis bivariado las púerperas con mala relación de pareja presentaron mayores chances de depresión postparto en comparación con aquellas con buena relación ($p = 0.007$). No obstante, esta asociación perdió significancia estadística en el análisis multivariado ($p = 0.237$). Este hallazgo podría explicarse porque, al ajustar el modelo por otras variables, parte de la asociación observada inicialmente podría estar influenciada por factores confusores. Asimismo, el amplio intervalo de confianza sugiere una posible imprecisión en la estimación, probablemente relacionada con el reducido número de participantes en la categoría de mala relación de pareja. Un estudio realizado por Fernández Vera quien realizó una distribución de factores de riesgo según grupos etarios, evidencio que el 11.5% de pacientes con riesgo de depresión postparto carecían de apoyo de la pareja, mientras que en la población adulta solo el 6.5% carecían de apoyo (50). De igual manera Ramos Et al concluyó que el apoyo de la pareja se encuentra relacionado inversamente con la depresión postparto (34). Por otro lado, en nuestro estudio no se halló una asociación estadísticamente significativa entre la presencia de pareja y el riesgo de depresión postparto, en contraste a lo reportado por Leveau-Bartra, quien en un estudio realizado en un hospital de Peru encontró una asociación significativa entre la condición civil de soltera y el desarrollo de depresión posparto (10).

La edad materna, no se asoció significativamente con el riesgo de depresión postparto; sin embargo, fue incluida en el modelo multivariado como variable de ajuste por ser de relevancia biológica. Al momento de comparar el resultado obtenido en este trabajo de investigación con otros estudios, es que vemos una diferencia entre la asociación de la edad y el riesgo de depresión posparto, un ejemplo de ellos es el estudio realizado por Gonzales donde resalta que tener una edad menor de 20 años se asocia a un incremento de depresión puerperal (33). Entre las explicaciones atribuidas hace referencia a un estudio hecho por Lara Cantú quien indica que las madres adolescentes duden de su capacidad para desenvolverse como madres, tanto por el riesgo de tener un desempeño pobre o por las crecientes necesidades de tener un recién

nacido (51). Sin embargo, Lipa Tudela en un estudio realizado en Puno no evidenció la edad como una variable asociada. (29). Resultado semejante al publicado por Silva Et al. (52).

La dificultad socioeconómica presentó una asociación significativa con el riesgo de depresión postparto en el análisis bivariado, empero, no mostro significancia posterior al análisis multivariado, sugiriendo que su efecto estaba explicado por otras variables como la presencia de violencia familiar, relación de pareja y antecedentes psiquiátrico. Dichos hallazgos se comparan con diversos estudios publicados en países con brechas económicas semejantes a nuestra realidad, tal es el caso de lo evidenciado por estudio realizado en Brasil a cargo de Ricardo Silva donde posterior a un análisis ajustado encontró el nivel socioeconómico bajo como un factor de riesgo presente en la Depresión Postparto ($p = 0.002$) (52), además reportó que el 58% de pacientes encuestadas pertenecían a una clase económica C, semejante a lo encontrado en nuestro estudio donde el 43.9% de puérperas que cursaron con algún problema socioeconómico tuvieron riesgo de depresión postparto. Una de las explicaciones compatibles con este hallazgo es el estado de estrés financiero, inseguridad laboral y la preocupación incrementada por el cuidado del recién nacido. Un estudio realizado por Barrera buscó relatar la situación sociodemográfica en pacientes diagnosticadas de depresión puerperal atendidas en consultorios de atención primaria (36), al igual que Rojas Et al, ambos obtuvieron como factores asociados a DPP diversas situaciones contribuyentes a cursar con problemas socioeconómicos como es el caso de la ausencia de un trabajo remunerado, estudios incompletos, entre otros; generando así un incremento del estrés Psicosocial y por ende un mayor riesgo de Depresión Posparto (53).

En relación con el antecedente psiquiátrico, en el presente estudio no se encontró una asociación significativa con el riesgo de desarrollar depresión posparto tras el ajuste por las demás variables incluidas en el modelo multivariado. Este hallazgo contrasta con el estudio realizado por Sanabria et al. en 2023 sobre prevalencia y factores de riesgo asociados a depresión posparto en población mexicana, en el cual tanto el antecedente de depresión previa como el antecedente psiquiátrico familiar se asociaron de manera significativa con un mayor riesgo; en dicho estudio, el 79 % de las pacientes con alto riesgo de depresión posparto presentaban antecedentes de depresión previamente diagnosticada y el 83 % referían algún antecedente psiquiátrico familiar (24). De manera similar, otras investigaciones señalan que la presencia de antecedentes psiquiátricos constituye uno de los predictores más fuertes de depresión posparto, incrementando el riesgo hasta 2.5 veces (52). No obstante, algunos estudios optan por considerar el antecedente psiquiátrico como criterio de exclusión, con el objetivo de

evaluar de forma más precisa la influencia de otros factores, principalmente psicosociales y obstétricos, sobre la aparición de depresión posparto (22,27,54). La ausencia de asociación significativa observada en el presente estudio podría explicarse por el efecto del ajuste multivariado, en el cual las variables psicosociales mostraron una mayor fuerza de asociación, lo que podría haber atenuado la influencia del antecedente psiquiátrico.

En relación con los antecedentes obstétricos, que incluyeron las variables de lactancia materna, paridad, complicaciones obstétricas y tipo de parto, en el presente estudio no se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas con el riesgo de depresión posparto. De manera concordante, el estudio realizado por Villanueva en el año 2020 en un Instituto Materno Perinatal reportó que no existía una asociación estadísticamente significativa entre la paridad y el riesgo de depresión posparto (27). Sin embargo, Silvera encontró que un aproximadamente dos de cada 3 púerperas con riesgo de depresión posparto, eran primíparas (32). La existencia de complicaciones en el embarazo mostró una asociación significativa en el análisis bivariado, sin embargo, en el análisis multivariado presentó una tendencia a asociación, mas no fue significativa ($p: 0.058$) Por otro lado, el estudio realizado por Bartra identificó que haber presentado complicaciones durante el parto y el parto por cesárea estuvo asociado a un mayor riesgo de depresión posparto (10). Finalmente, la lactancia materna no exclusiva no evidenció una asociación significativa con respecto al riesgo de depresión posparto, encontrando prevalencias similares entre los subgrupos evaluado (Lactancia materna exclusiva y lactancia materna no exclusiva). Un metaanálisis desarrollado por Rasoul Alimi y compañía demostró que casi el doble de pacientes quienes realizaban una lactancia no exclusiva tenía Depresión posparto en comparación a las púerperas que alimentaban a sus infantes con lactancia materna exclusiva en estudios que valoraban a depresión posparto con la EDPE con un punto de corte de 9/10, como el estudio publicado por Lugo (28). Esta asociación se encontraba menos cuando el punto de corte era mayor o igual a 12 (55).

Los resultados del presente estudio evidencian que el riesgo de depresión posparto es frecuente en la población estudiada se encuentra fuertemente asociado a factores psicosociales. Dentro de las limitaciones presentadas en nuestro estudio, resalta el diseño transversal del mismo, puesto que no permite establecer relaciones de causalidad, sino asociaciones estadísticas. A pesar de que el instrumento utilizado, EDPE, es un instrumento validado y ampliamente utilizado, la depresión posparto debería ser evaluada por un diagnóstico clínico, pues permitiría la obtención de una prevalencia real. Del mismo modo, la EDPE es un instrumento de autoinforme que puede estar sujeto a sesgo de información, ya sea por la comprensión de

los ítems o una inadecuada estima de los síntomas. Finalmente, la población estudiada corresponde a un hospital específico de EsSalud, lo que restringe la generalización de los resultados a otros contextos.



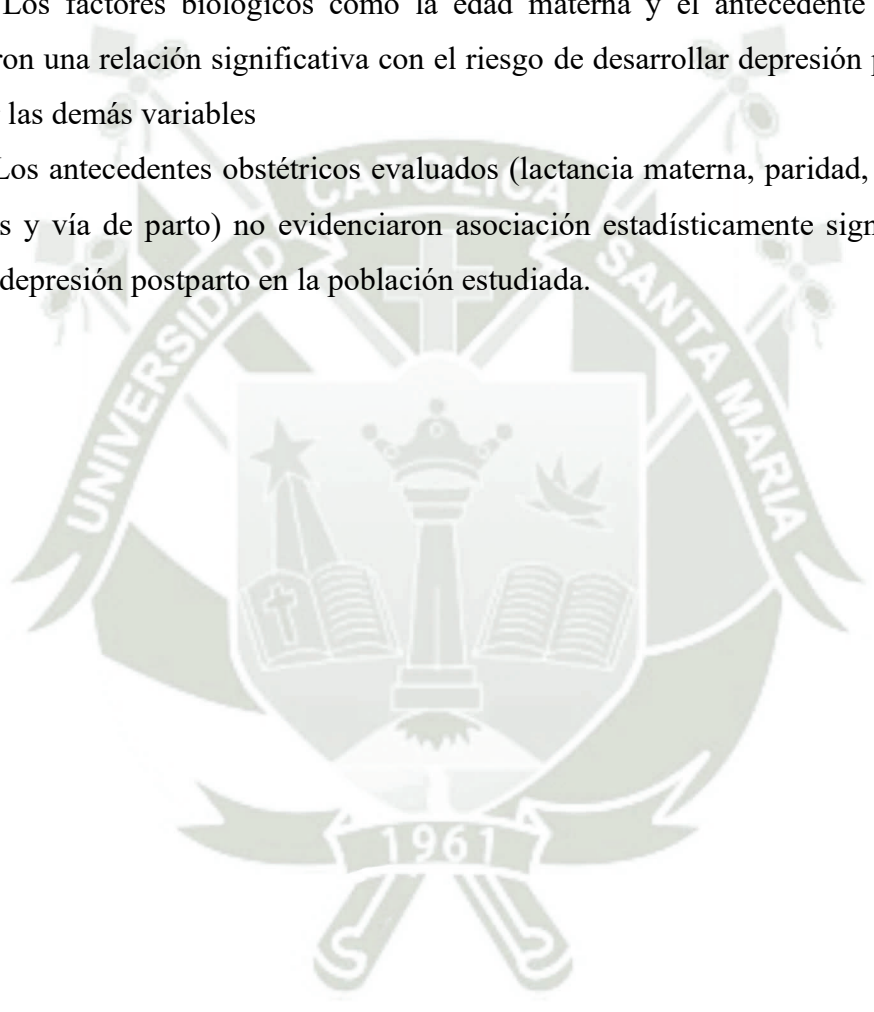
CONCLUSIONES

Primera. El riesgo de depresión postparto es 31.2% en puérperas atendidas en un Hospital de EsSalud de Arequipa.

Segunda. Los factores psicosociales mostraron una asociación estadísticamente significativa con el riesgo de depresión postparto, siendo las principales: Violencia familiar y relación con la pareja regular.

Tercera. Los factores biológicos como la edad materna y el antecedente psiquiátrico no demostraron una relación significativa con el riesgo de desarrollar depresión postparto tras el ajuste por las demás variables

Cuarta. Los antecedentes obstétricos evaluados (lactancia materna, paridad, complicaciones obstétricas y vía de parto) no evidenciaron asociación estadísticamente significativa con el riesgo de depresión postparto en la población estudiada.



RECOMENDACIONES

- Implementar el tamizaje del riesgo de depresión postparto mediante la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo en los controles posnatales en los hospitales de Essalud.
- Fortalecer programas de detección temprana y abordaje de violencia familiar en el periodo prenatal y postnatal.
- Desarrollar estrategias interdisciplinarias que integren salud mental y obstetricia, priorizando factores psicosociales más que exclusivamente biológicos u obstétricos en la prevención de depresión postparto.
- Realizar estudios longitudinales que permitan evaluar causalidad y evolución temporal de los factores psicosociales asociados a depresión postparto en la población local en diferentes contextos.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Caparros-Gonzalez RA, Romero-Gonzalez B, Peralta-Ramirez MI. Depresión posparto, un problema de salud pública mundial. Rev Panam Salud Publica;42, jun 2018;42. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49117>
2. Stuebe A, Auguste T, Gulati M. ACOG Committee Opinion No. 736: Optimizing Postpartum Care. Obstetrics and gynecology. 2018;131(5):e140–50. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29683911/>
3. Barrera A, Nichols AD. Depression help-seeking attitudes and behaviors among an Internet-based sample of Spanish-speaking perinatal women. Revista Panamericana De Salud Publica-pan American Journal of Public Health. 2015;37(3):148-153. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v37n3/v37n3a04.pdf>
4. Stewart DE, Vigod S. Postpartum Depression. Solomon CG, editor. New England Journal of Medicine. 2016;375(22):2177–86. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27959754/>
5. Asociación Estadounidense de Psiquiatría. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 5.ª ed., Texto Revisado (DSM-5-TR). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2022.210–215 p.
6. Abdollahi F, Lye MS, Zarghami M. Perspective of Postpartum Depression Theories: A Narrative Literature Review. N Am J Med Sci. 2016;8(6):232-239. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4960931/>
7. Silverman ME, Reichenberg A, Savitz DA, Cnattingius S, Lichtenstein P, Hultman CM, et al. The Risk Factors for Postpartum Depression: A population based study. Depress anxiety. 2017;34(2):178-187. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5462547/>
8. Zhao XH, Zhang ZH. Risk factors for postpartum depression: an evidence-based systematic review of systematic reviews and meta-analyses. Asian J Psychiatr. 2020;53:102353. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32927309/>
9. Sun L, Wang S, Li XQ. Association between mode of delivery and postpartum depression: a systematic review and network meta-analysis. Aust N Z J Psychiatry. 2021;55(6):588-601. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32929976/>
10. Levou-Bartra HR, Chávez-Navarro JR, Calle-Vilca LA, Guerrero-Ortiz HA, Mejia-Lengua CE, Luján-Divizzia BM, et al. Factores asociados a la depresión posparto en puérperas de un hospital peruano. Clin Invest Ginecol Obstet. 2024;51(4):100986.

- Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0210573X24000492>
11. Pan American Health Organization. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud [Internet]. Washington (DC): PAHO; [citado 2025 dic 12]. Disponible en:
<https://ais.paho.org/classifications/chapters/pdf/volume1.pdf>
 12. Moore Simas TA, Hoffman MC, Miller ES, Metz T, Byatt N, Roussos-Ross K. Screening and Diagnosis of Mental Health Conditions during Pregnancy and Postpartum: ACOG Clinical Practice Guideline No. 4. *Obstet and Gynecol.* 2023;141(6):1232–61.
 13. Justesen K, Jourdain D. Peripartum depression: detection and treatment. *Am Fam Physician.* 2023;108(3):267-272. Disponible en:
<https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2023/0900/peripartum-depression.html>
 14. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry.* 1987;150(6):782-786. Disponible en: <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/abs/detection-of-postnatal-depression/E18BC62858DBF2640C33DCC8B572F02A>
 15. Carlson K, Mughal S, Azhar Y, et al. Perinatal depression [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [citado 2025 dic 10]. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519070/>
 16. O'Hara MW, Wisner KL. Perinatal mental illness: definition, description and aetiology. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2014;28(1):3-12. Disponible en:
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7077785/>
 17. Littlewood E, Ali S, Ansell P, Dyson L, Gascoyne S, Hewitt C, et al. Identification of depression in women during pregnancy and the early postnatal period using the Whooley questions and the Edinburgh Postnatal Depression Scale: protocol for the Born and Bred in Yorkshire Perinatal Depression Diagnostic Accuracy study. *BMJ Open.* 2016;6(6):e011223. Disponible en:
<https://bmjopen.bmj.com/content/6/6/e011223>
 18. Konjevod M, Gredicak M, Vuic B, Tudor L, Nikolac Perkovic M, Milos T, et al. Overview of metabolomic aspects in postpartum depression. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2023;127:110792. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37541332/>

19. Couto TC, Brancaglione MYM, Alvim-Soares A, Moreira L, Garcia FD, Nicolato R, et al. Postpartum depression: a systematic review of the genetics involved. *World J Psychiatry*. 2015;5(1):103-111. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4369539/>
20. Leahy RL, Dowd ET. Cognitive models of depression. En: Leahy RL, Dowd ET, editores. *Clinical advances in cognitive psychotherapy: theory and application*. New York: Springer Publishing Company; 2002. p. 446.
21. O'Hara MW, McCabe JE. Postpartum depression: current status and future directions. *Annu Rev Clin Psychol*. 2013;9:379-407. Disponible en: <https://www.annualreviews.org/content/journals/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185612>
22. Masías Salinas MA, Arias Gallegos WL. Prevalencia de la depresión posparto en Arequipa, Perú. *Rev Med Hered*. 2018;29(4):226-231. Disponible en: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RMH/article/view/3447/3677>
23. Gonzales EPZ, Gallegos WLA, Toia ÁMC, Rivera R, Condori ML. Depresión posparto en mujeres víctimas de violencia doméstica en la ciudad de Arequipa, Perú. *Rev Cubana Obstet Ginecol*. 2020;46(1). Disponible en: <https://revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/83>
24. Santiago-Sanabria L, Ibarra-Gussi PM, Rendón-Macías ME, Treviño-Villarreal P, Islas-Tezpa D, Porrás-Ibarra GD, et al. Depresión posparto: prevalencia y factores de riesgo asociados en una muestra de población mexicana. *Ginecol Obstet Mex*. 2023;91(4):227-240. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=110639>
25. Antúnez Ortigosa M, Martín Narváez N, Casilari Floriani JC, Mérida de la Torre FJ. Depresión posparto: análisis de los factores de riesgo y la intervención de enfermería. Revisión bibliográfica. *Enferm Cuidandote*. 2022;5(3):19-29. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8538789>
26. Zacher Kjeldsen MM, Bricca A, Liu X, Frokjaer VG, Madsen KB, Munk-Olsen T. Family history of psychiatric disorders as a risk factor for maternal postpartum depression: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2022;79(10):1004-1013. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35976654/>
27. Villanueva Basilio B, Roque Quezada MJ, Carlos Ezequiel J. Factores asociados al riesgo de depresión posparto valorada por la escala de depresión postnatal de Edimburgo en púerperas adultas atendidas por teleconsulta en el Instituto Nacional

- Materno Perinatal en el año 2020 [tesis en Internet]. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2022 [citado 2025 dic 12]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.14138/5289>
28. Lugo Anduaga Y, Guerrero Hernández RE, Joaquín M, Carbajal L. Depresión posparto como factor asociado al abandono de la lactancia materna. *Aten Fam.* 2019;26(3):90-94. Disponible en: https://www.revistas.unam.mx/index.php/atencion_familiar/article/view/70033
29. Lipa-Tudela F. Abordaje de las características y la depresión posparto en puérperas del altiplano peruano. *Rev Acciones Med.* 2024;3(1):35-44. Disponible en: <https://accionesmedicas.com/index.php/ram/article/view/67>
30. Fuentes-Ureña V, Herrera TT, Manzano M, Blanco I, Hinestroza-Newball A, et al. Evidencias en el diagnóstico y tratamiento de la depresión posparto: revisión narrativa. *Rev Peru Ginecol Obstet.* 2024;70(1):1-8. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322024000100002
31. Moameri H, Ostadghaderi M, Khatooni E, Doosti-Irani A. Association of postpartum depression and cesarean section: a systematic review and meta-analysis. *Clin Epidemiol Glob Health.* 2019;7(3):471-480. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2213398418301416>
32. Silvera Bendezu MZC. Factores de riesgo de depresión posparto en puérperas del hospital de baja complejidad Vitarte, octubre–diciembre 2018 [tesis en Internet]. Lima: Universidad Nacional Federico Villarreal; 2019 [citado 2026 dic 10]. Disponible en: <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/2986>
33. González-González A, Casado-Méndez PR, Molero-Segrera M, Santos-Fonseca RS, López-Sánchez I, González-González A, et al. Factores asociados a depresión posparto. *Arch Med Camaguey.* 2019;23(6):770-779. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552019000600770
34. Ramos Cárdenas MA, Rivera Felix LM. Asociación entre depresión posparto y apoyo de la pareja en un centro materno infantil de Lima. *An Fac Med (Lima).* 2022;83(1):19-24. Disponible en: <https://doi.org/10.15381/anales.v83i1.20562>
35. De Castro F, Place JMS, Billings DL, Rivera L, Frongillo EA. Risk profiles associated with postnatal depressive symptoms among women in a public sector hospital in Mexico: the role of sociodemographic and psychosocial factors. *Arch Womens Ment Health.* 2015;18(3):463-471. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25416532/>

36. Barrera-Mondragón BF, Camarillo-Nava VM, García-Rivera BB. Risk of postpartum depression in primary care. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2024;62(4):e5597. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12324817/>
37. Wisner KL, Sit DKY, McShea MC, Rizzo DM, Zoretich RA, Hughes CL, et al. Onset timing, thoughts of self-harm, and diagnoses in postpartum women with screen-positive depression findings. *JAMA Psychiatry.* 2013;70(5):490-498. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23487258/>
38. Sharma G, Gaffey AE, Hameed A, Kasparian NA, Mauricio R, Marsh EB, et al. Optimizing psychological health across the perinatal period: an update on maternal cardiovascular health: a scientific statement from the American Heart Association. *J Am Heart Assoc.* 2025;14(5):e041369. Disponible en: <https://doi.org/10.1161/JAHA.125.041369>
39. Long MM, Cramer RJ, Jenkins J, Bennington L, Paulson JF. A systematic review of interventions for healthcare professionals to improve screening and referral for perinatal mood and anxiety disorders. *Arch Womens Ment Health.* 2019;22(1):25-36. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29968128/>
40. Miller ES, Metz T, Moore Simas TA, Hoffman MC, Byatt N, Roussos-Ross K. Treatment and management of mental health conditions during pregnancy and postpartum: ACOG clinical practice guideline No. 5. *Obstet Gynecol.* 2023;141(6):1262-1288.
41. Liu X, Wang S, Wang G. Prevalence and Risk Factors of Postpartum Depression in Women: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Clin Nurs.* 2022 Oct 1;31(19–20):2665–77. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34750904/>
42. Van der Zee-van den Berg AI, Boere-Boonekamp MM, Groothuis-Oudshoorn CGM, Reijneveld SA. Postpartum depression and anxiety: a community-based study on risk factors before, during and after pregnancy. *J Affect Disord.* 2021 May 1;286:158–65. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33725615/>
43. Hutchens BF, Kearney J. Risk Factors for Postpartum Depression: An Umbrella Review. *J Midwifery Womens Health.* 2020 Jan 1;65(1):96–108.
44. Pichiule-Castañeda M, Mendoza-Gómez MY, Domínguez-Berjón MF, Gandarillas Grande A. Prevalencia de depresión y factores socioeconómicos asociados: evolución en los periodos previo y posterior a la COVID-19. *Gac Sanit.* 2025 Jan 1; 39(8):102539. Disponible en: <https://doi.org/10.1038/s41380-022-01638-z>

45. Afshari P, Tadayon M, Abedi P, Yazdizadeh S. Prevalence and related factors of postpartum depression among reproductive aged women in Ahvaz, Iran. *Health Care Women Int.* 2020 Mar 3; 41(3):255–65. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/07399332.2019.1578779>
46. Denegri M, Jiménez A. Factores asociados a depresión postparto en puérperas atendidas en El Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, febrero– marzo 2018. [Arequipa]: Universidad Católica de Santa María; 2018. Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/server/api/core/bitstreams/45274c3c-6497-4f45-a994-bac7052670dd/content>
47. Coates R, Ayers S, de Visser R. Factor structure of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in a population-based sample. *Psychol Assess.* 2017 Aug 1;29(8):1016–27.
48. Vega Dienstmaier J, Mazzotti Suárez G, Campos Sánchez M. Validación de una versión en español de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo. *Actas Esp Psiquiatr.* 2002;106–11.
49. Perú. Congreso de la República. Ley de protección de datos personales, Ley N.º 29733 [Internet]. Lima: Congreso de la República; 2011. [citado 20 Ene 2026] Disponible en: <https://www.leyes.congreso.gob.pe/documentos/leyes/29733.pdf>
50. Johalys D, Fernández Vera K, Teresa A, Natale I, Merlo JT, Valbuena R. Depresión posparto valorada mediante la escala de Edimburgo. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2014;74(4):229–43.
51. Lara Cantú MA, Patiño P, Navarrete L, Hernández Z, Nieto L. Association between depressive symptoms and psychosocial factors and perception of maternal self-efficacy in teenage mothers. *Salud mental*, 0185-3325, Vol 40, No 5, 2017, 201-208. 2017;40(5):201–8. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7432781&info=resumen&idioma=ENG>
52. Silva R, Jansen K, Souza L, Quevedo L, Barbosa L, Moraes I, et al. Sociodemographic risk factors of perinatal depression: a cohort study in the public health care system. *Rev Bras de Psiquiatr.* 2012;34(2):143–8. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1516444612700314?ref=pdf_download&fr=RR-2&rr=9c1b2ed35843a9ea
53. Rojas G, Fritsch R, Guajardo V, Rojas F, Barroilhet S, Jadresic E. Caracterización de madres deprimidas en el posparto. *Rev Med Chil.* 2010 May;138(5):536–42.

Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010000500002&lng=es&nrm=iso&tlng=es

54. Guintivano J, Manuck T, Meltzer-Brody S. Predictors of Postpartum Depression: A Comprehensive Review of the Last Decade of Evidence. Clin Obstet Gynecol. 2018 Sep 1;61(3):591–603. Disponible en: https://journals.lww.com/clinicalobgyn/fulltext/2018/09000/predictors_of_postpartum_depression_a.21.aspx
55. Alimi R, Azmoude E, Moradi M, Zamani M. The Association of Breastfeeding with a Reduced Risk of Postpartum Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis. Breastfeed Med. 2022 Apr 1;17(4):290–6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34964664/>



ANEXOS

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

ESTUDIO: "Factores biopsicosociales asociados al riesgo de depresión postparto valorado por la Escala de Edimburgo en puérperas atendidas en el H.III Yanahuara durante el periodo de septiembre-noviembre del 2025"

Usted ha sido invitada a participar en un trabajo de investigación sobre depresión postparto. El propósito de esta investigación es encontrar la asociación con los factores de riesgo que existen con la depresión postparto. Usted fue seleccionada para participar en esta investigación debido a que se encuentra en el periodo de puerperio y cuenta con acceso a Internet y WhatsApp. Si acepta participar en el estudio, usted llenará el presente cuestionario que será realizado de manera virtual con una duración aproximada de 5 a 10 minutos. Ante cualquier duda se le dará una contestación oportuna y clara. Usted no corre ningún riesgo, ya que el cuestionario no requiere la realización de pruebas adicionales.

Los beneficios esperados con este trabajo serán que se permita identificar a mujeres que necesiten de una valoración diagnóstica más completa para prevenir oportunamente la depresión postparto. La participación en este estudio es totalmente voluntaria. Si usted acepta ingresar al estudio, los resultados serán procesados y después analizados. Si usted lo solicita se le dará los resultados de su evaluación. Se resguardará la información, nadie más tendrá acceso a la información. Para esto se asignará un número que se utilizará para identificar sus datos.

Si tiene preguntas o quiere hablar sobre el tema de estudio puede comunicarse al correo: daniela.derganc@gmail.com o velasquezlazom@gmail.com

CONSENTIMIENTO

Se me explicó con claridad en qué consiste el estudio, además he leído el contenido de este formato de consentimiento. Al aceptar (SI) estoy de acuerdo en participar en la investigación que aquí se describe.

SI

NO

ANEXO 2

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Datos psicosociales:

1. Edad:
2. Estado civil:
 - a. Soltera
 - b. Casada
 - c. Viuda
 - d. Conviviente
 - e. Separada
 - f. Divorciada
3. ¿Durante su embarazo o después del parto usted experimentó algún tipo de violencia (física, psicológica o sexual)?
 - a. Sí
 - b. No
4. Usted califica la relación con su pareja como:
 - a. Mala
 - b. Regular
 - c. Buena
 - d. No tengo pareja
5. ¿Usted en algún momento del embarazo o posterior al parto tuvo problemas socioeconómicos?
 - a. Sí
 - b. No
6. ¿Usted ha sido diagnosticada con algún trastorno psiquiátrico anteriormente?
 - a. Sí
 - b. No
7. ¿Qué tipo de alimentación recibe a su bebe?
 - a. Lactancia materna exclusiva
 - b. Lactancia materna mixta
 - c. Fórmula
8. Número de partos que tuvo (incluye el último):
 - a. 1

- b. 2
 - c. 3
 - d. 4 o más
9. Durante su último embarazo, ¿usted presentó alguna complicación durante la gestación o el parto que haya comprometido su salud y/o la de su bebé?
- a. Si
 - b. No
10. ¿Cómo fue su último parto?
- a. Cesárea
 - b. Parto vaginal



ANEXO 3

TEST DE ESCALA DE EDIMBURGO

<p>Por favor, seleccione la opción que mejor refleje cómo se ha sentido durante los últimos 7 días, y no únicamente cómo se siente en este momento. Responda las demás preguntas siguiendo este mismo criterio</p>	
1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas	6. Las cosas me oprimen o agobian
Tanto como siempre.	Sí, la mayor parte de las veces.
No tanto ahora.	Sí, a veces.
Mucho menos.	No, casi nada.
No, no he podido	No, nada.
2. He mirado el futuro con placer	7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir
Tanto como siempre.	Sí, la mayoría de las veces.
Algo menos de lo que solía hacer.	Sí, a veces.
Definitivamente menos.	No muy a menudo.
No, nada.	No, nada.
3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien	8. Me he sentido triste y desgraciada
Sí, la mayoría de las veces.	Sí, casi siempre.
Sí, algunas veces.	Sí, bastante a menudo
No muy a menudo.	Solo en ocasiones
No, nunca.	No, nunca.
4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo	9. He sido tan infeliz que he estado llorando

No, para nada.	Sí, casi siempre.
Casi nada.	Sí, bastante a menudo.
Sí, a veces.	Solo en ocasiones.
Sí, a menudo.	No, nunca.
5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno	10. He pensado en hacerme daño a mí misma
Sí, bastante	Sí bastante a menudo.
Sí, a veces.	A veces
No, no mucho.	Casi nunca
No, nada.	No, nunca.

Nota: Adaptado de Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of Postnatal Depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry*. 1987;150(6):782–6. (14)

ANEXO 5

CARTA DE APROBACION PROYECTO INVESTIGACIÓN CIEI ESSALUD

CARTA N° 000030-UCIYD-GRAAR-ESSALUD-2026

Arequipa, 16 de Febrero del 2026

Expediente: 0343020260001337.

Señores

DANIELA FERNANDA DERGÁN CÁRDENAS

MARIO JUNIOR VELÁSQUEZ LAZO

Estudiantes de la Facultad de Medicina Humana

Universidad Católica Santa María,

Investigador principal

Presente. -

ASUNTO: APROBACIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Reciba un saludo cordial y en atención al asunto, comunicarle que de acuerdo a la Directiva N° 03- IETSI-ESSALUD-2019, Directiva que Regula el Desarrollo de la Investigación en Salud - EsSalud, el Comité Institucional de Ética en Investigación de la Red Asistencial Arequipa - EsSalud, ha evaluado y aprobado el Proyecto de Investigación:

"FRECUENCIA DE RIESGO DE DEPRESIÓN POSPARTO Y SU ASOCIACIÓN CON FACTORES PREDISPONENTES BIOLÓGICOS, OBSTÉTRICOS Y PSICOSOCIALES EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN UN HOSPITAL DE ESSALUD, AREQUIPA, 2025"

El autor se compromete a respetar la confidencialidad de la información, a presentar un informe final de su trabajo en el servicio o departamento donde realizó el estudio de investigación; asimismo, deberá dejar en la Oficina de Capacitación Investigación y Docencia, una copia de la tesis aprobada, para la biblioteca del HNCASE.

Por lo expuesto, se autoriza el inicio del estudio, teniendo una vigencia de 12 meses a partir de la fecha de aprobación del CIEI.

Sin otro particular, quedo de usted.

Atentamente,

Firmado digitalmente por

JUAN ZUÑIGA RODRIGUEZ

UNIDAD DE CAPACITACION INVESTIGACION Y DOCENCIA - GRAAR
ESSALUD