

UNIVERSIDAD DE HUANUCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE PSICOLOGÍA



TESIS

“Nivel de depresión post parto en mujeres con factores de riesgo del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco-2024”

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

AUTORA: Benites Bustamante, Miriam Zully

ASESORA: Fernandez Davila Alfaro, Julita del Pilar

HUÁNUCO – PERÚ

2025

U

D

H



UDH
UNIVERSIDAD DE HUANUCO
<http://www.udh.edu.pe>

TIPO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

- Tesis (X)
- Trabajo de Suficiencia Profesional ()
- Trabajo de Investigación ()
- Trabajo Académico ()

LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN: Psicología Educativa
AÑO DE LA LÍNEA DE INVESTIGACIÓN (2020)

CAMPO DE CONOCIMIENTO OCDE:

Área: Ciencias sociales

Sub área: Psicología

Disciplina: Psicología (incluye terapias de aprendizaje, habla, visual y otras discapacidades físicas mentales)

DATOS DEL PROGRAMA:

Nombre del Grado/Título a recibir: Título

Profesional de licenciada en psicología

Código del Programa: P05

Tipo de Financiamiento:

- Propio (X)
- UDH ()
- Fondos Concursables ()

DATOS DEL AUTOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 71301825

DATOS DEL ASESOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 41906174

Grado/Título: Maestro en psicología con mención en
prevención e intervención en niños y adolescentes

Código ORCID: 0000-0002-7333-5683

DATOS DE LOS JURADOS:

Nº	APELLIDOS Y NOMBRES	GRADO	DNI	Código ORCID
1	Diestro Caloretti, Karina Vanessa	Maestra en administración de la educación	25769441	0000-0002-0497-1889
2	Cornejo Cervantes, Cyndi Melissa	Maestra en administración de la educación	43665542	0000-0001-6724-1915
3	Mendoza Morales, Carmen	Maestra en gestión pública	22515653	0000-0002-5360-1649



Facultad de Ciencias de la Salud
Programa Académico Profesional de Psicología

"Psicología, la fuerza que mueve al mundo y lo cambia"

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

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Huánuco, siendo las 16:30 P.M horas del día 15 del mes de octubre del año dos mil veinticinco, en el auditorio de la Facultad de Ciencias de la Salud de la ciudad universitaria La Esperanza en cumplimiento de lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad de Huánuco, se reunió el **Jurado Calificador** integrado por los docentes:

- MG. KARINA VANESSA DIESTRO CALORETTI **PRESIDENTE**
- MG. CYNDI MELISSA CORNEJO CERVANTES VDA. DE HURTADO **SECRETARIA**
- MG. MERCEDES VILMA BARRUETA SANTILLAN **VOCAL**
- MG. CARMEN MENDOZA MORALES (**JURADO ACCESITARIO**)
- **ASESOR DE TESIS MG. JULITA DEL PILAR FERNÁNDEZ DAVILA ALFARO.**

Nombrados mediante Resolución N° 989-2025-D-FCS-UDH, para evaluar la Tesis titulada: **"NIVEL DE DEPRESION POST PARTO EN MUJERES CON FACTORES DE RIESGO DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO, HUANUCO – 2024"**; Presentado por la Bachiller en Psicología, **SRA. BENITES BUSTAMANTE, MIRIAM ZULLY**, para optar el Título Profesional de **LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**.

Dicho acto de sustentación se desarrolló en dos etapas: exposición y absolución de preguntas, procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del Jurado.

Habiendo absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándolo (a) aprobado por unanimidad con el calificativo cuantitativo de 15 y cualitativo de bueno.

Siendo las, 6:03 pm Horas del día 15 del mes de octubre del año 2025, los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.

MG. KARINA VANESSA DIESTRO CALORETTI

orcid.org/0000-0002-0497-1889 – DNI: 75769441

PRESIDENTE

**MG. CYNDI MELISSA CORNEJO CERVANTES VDA.
DE HURTADO**

Orcid.org/0000-0001-6724-1915- DNI: 43665542

SECRETARIA

MG. CARMEN MENDOZA MORALES

orcid.org/0000-0002-5360-1649 - DNI: 22515653

VOCAL



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD

El comité de integridad científica, realizó la revisión del trabajo de investigación del estudiante: MIRIAM ZULLY BENITES BUSTAMANTE, de la investigación titulada "NIVEL DE DEPRESIÓN POST PARTO EN MUJERES CON FACTORES DE RIESGO DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO, HUÁNUCO - 2024", con asesor(a) JULITA DEL PILAR FERNÁNDEZ DAVILA ALFARO, designado(a) mediante documento: RESOLUCIÓN N° 1224-2024-D-FCS-UDH del P. A. de PSICOLOGÍA.

Puede constar que la misma tiene un índice de similitud del 19 % verificable en el reporte final del análisis de originalidad mediante el Software Turnitin.

Por lo que concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio y cumple con todas las normas de la Universidad de Huánuco.

Se expide la presente, a solicitud del interesado para los fines que estime conveniente.

Huánuco, 26 de agosto de 2025



RICHARD J. SOLIS TOLEDO
D.N.I.: 47074047
cod. ORCID: 0000-0002-7629-6421



MANUEL E. ALIAGA VIDURIZAGA
D.N.I.: 71345687
cod. ORCID: 0009-0004-1375-5004

163. Benites Bustamante, Miriam Zully.docx

INFORME DE ORIGINALIDAD

19%

INDICE DE SIMILITUD

19%

FUENTES DE INTERNET

7%

PUBLICACIONES

7%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

repositorio.unheval.edu.pe

Fuente de Internet

3%

2

repositorio.udh.edu.pe

Fuente de Internet

2%

3

hdl.handle.net

Fuente de Internet

1%

4

Submitted to Universidad Nacional Federico
Villarreal

Trabajo del estudiante

1%



RICHARD J. SOLIS TOLEDO

D.N.I.: 47074047

cod. ORCID: 0000-0002-7629-6421



MANUEL E. ALIAGA VIDURIZAGA

D.N.I.: 71345687

cod. ORCID: 0009-0004-1375-5004

DEDICATORIA

Esta investigación y su desarrollo como tal, tiene una sola razón, y esa es Dios, ser de suprema misericordia y sabiduría, quien me guía por un camino de luz, y me da fortaleza para seguir día a día cumpliendo mis metas y cada uno de mis objetivos.

Dedico este trabajo de la manera más sincera y agradecida a mis padres, los cuales son fortaleza, los cuales son mi pilar para ser y convertirme en alguien de bien, y en un profesional a carta cabal, con valores y principios, quienes ellos inculcaron en mí.

AGRADECIMIENTO

Un sincero y especial agradecimiento a la casa superior de estudios, la Universidad de Huánuco, institución la cual albergo no solo mi cuerpo físico, sino también cada una de mis esperanzas, sueño y anhelos todos estos años de formación académica, con el único fin de ser un profesional debidamente preparado para afrontar retos de un mundo cada vez más competitivo. También agradezco desde ya a la facultad de ciencias de la salud, al programa académico de psicología, ya que, gracias a la preocupación de cada uno de los docentes y psicólogos, quienes compartieron sus consejos y conocimientos con la única finalidad de crear nuevos y buenos profesionales.

A mi asesora Mg. Julita Fernández-Dávila Alfaro por su constante apoyo, por su tiempo, dedicación, perseverancia y aliento en el desarrollo de este trabajo de investigación y en los momentos que me sentía desmotivaba de continuar, ya que ahora se puede ver todo el sacrificio entregado a dicho logro. Muchas gracias.

Un agradecimiento sincero y especial a la plana administrativa, y personal que labora en el Hospital regional Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco, quienes nos abrieron la puerta de la institución para poder ejecutar nuestro estudio.

ÍNDICE

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTO	III
ÍNDICE.....	IV
ÍNDICE DE TABLAS	VI
ÍNDICE DE FIGURAS	VII
RESUMEN	VIII
ABSTRACT	IX
INTRODUCCIÓN	X
CAPITULO I.....	12
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	12
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	15
1.2.1. PROBLEMA GENERAL	15
1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS.....	15
1.3. OBJETIVOS.....	15
1.3.1. OBJETIVO GENERAL	15
1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
1.4. JUSTIFICACIÓN.....	16
1.4.1. JUSTIFICACIÓN TEÓRICA	16
1.4.2. JUSTIFICACIÓN PRACTICA.....	16
1.4.3. JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA.....	16
1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	17
1.6. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN.....	17
CAPITULO II.....	18
MARCO TEÓRICO	18
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	18
2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES	18
2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES	21
2.1.3. ANTECEDENTES LOCALES.....	24
2.2. BASES TEÓRICAS	26
2.2.1. DEPRESIÓN	26
2.2.2. PUERPERIO	31

2.2.3. INCIDENCIA Y PREVALENCIA	37
2.2.4. DIMENSIONES DE LA DEPRESIÓN.....	37
2.3. DEFINICIONES CONCEPTUALES	38
2.4. HIPÓTESIS.....	40
2.4.1. HIPÓTESIS GENERAL	40
2.4.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS	40
2.5. VARIABLES.....	40
2.5.1. VARIABLE 1.....	40
2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE	41
CAPITULO III.....	42
METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN.....	42
3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	42
3.1.1. TIPO.....	42
3.1.2. ENFOQUE	42
3.1.3. ALCANCE O NIVEL	42
3.1.4. DISEÑO	42
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	43
3.2.1. POBLACIÓN	43
3.2.2. MUESTRA.....	43
3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	45
3.3.1. TÉCNICAS.....	45
3.3.2. INSTRUMENTO.....	45
3.4. TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	47
CAPITULO IV.....	48
4.1. PRESENTACIÓN EN TABLAS Y FIGURAS CON SU RESPECTIVA INTERPRETACIÓN.....	48
CAPÍTULO V.....	58
DISCUSIÓN.....	58
CONCLUSIONES	61
RECOMENDACIONES.....	62
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	64
ANEXOS.....	66

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Población de puérperas de 13 a 32 años del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano-Huánuco 2024	43
Tabla 2 Muestra de 20 puérperas de 13 a 32 años del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano-Huánuco 2024	44
Tabla 3 Relación de expertos validadores del instrumento:.....	47
Tabla 4 Distribución de la población sexo intervalo de edades	48
Tabla 5 Distribución de la población según el estado civil	49
Tabla 6 Distribución de la población según su ocupación	50
Tabla 7 Distribución de la población según si es o no madre primeriza	51
Tabla 8 Distribución de la población según la cantidad de hijos.....	52
Tabla 9 Distribución de la población según con quien convive la puérpera .	53
Tabla 10 Distribución de la población según el nivel de la variable depresión post parto.....	54
Tabla 11 Distribución de la población según la dimensión afectivo - cognitivo.....	55
Tabla 12 Distribución de la población según la dimensión somático - motivacional	56

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Distribución de la población sexo intervalo de edades	48
Figura 2 Distribución de la población según el estado civil.....	49
Figura 3 Distribución de la población según su ocupación	50
Figura 4 Distribución de la población según si es o no madre primeriza	51
Figura 5 Distribución de la población según la cantidad de hijos.....	52
Figura 6 Distribución de la población según con quien convive la puérpera	53
Figura 7 Distribución de la población según el nivel de la variable depresión post parto	54
Figura 8 Distribución de la población según la dimensión afectivo - cognitivo.....	55
Figura 9 Distribución de la población según la dimensión somático - motivacional	56

RESUMEN

Durante la ejecución de este estudio, este busco encontrar el nivel de la depresión post parto, ya que el estado de ánimo luego de dar a luz es muy cambiante en las mujeres que las cuales recientemente tuvieron la labor de alumbramiento, es por ello que se planteó: ¿Cuál es el nivel depresión post parto en mujeres con factores de riesgo del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco-2024? Es por ello que además se formuló como objetivo general determinar el nivel de la variable depresión post parto. Para el desarrollo de este estudio se planteó el tipo de metodología básica descriptiva, se utilizó un enfoque cuantitativo centrado en valoraciones numéricas, el nivel fue de tipo descriptivo y su diseño fue de tipo no experimental, descriptivo simple. Asimismo, la población participante fue de 25 mujeres y para su muestra fue de 20 puérperas, a las cuales se les aplico el Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II). Por medio de la ejecución, aplicación e interpretación de datos se concluyó que el 9 (45%) se encuentran en un nivel alto, 5 (25%) se encuentran en un nivel medio) y 6 (30%) se encuentran en un nivel bajo de depresión posparto en las puérperas del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano.

Palabras clave: Depresión, postparto, afectivo, cognitivo, motivación, somático.

ABSTRACT

During the execution of this study, it sought to find the level of postpartum depression, since the mood after giving birth is very changeable in women who have recently had labor, which is why the following question was posed: What is the level of postpartum depression in women with risk factors at the Hermilio Valdizán Medrano Regional Hospital, Huánuco-2024? That is why the general objective was also formulated to determine the level of the postpartum depression variable. For the development of this study, a basic descriptive methodology was proposed, using a quantitative approach focused on numerical assessments. The level was descriptive and the design was non-experimental, simple descriptive. Likewise, the participating population was 25 women and for their sample was 20 puerperal women, to whom the Beck Depression Inventory II (BDI-II) was applied. Through the execution, application, and interpretation of data, it was concluded that 9 (45%) are at a high level, 5 (25%) are at a medium level, and 6 (30%) are at a low level of postpartum depression in postpartum women at the Hermilio Valdizán Medrano Regional Hospital.

Keywords: Depression, postpartum, affective, cognitive, motivation, somatic.

INTRODUCCIÓN

El desarrollo de este estudio permitió identificar el nivel de depresión postparto en mujeres con factores de riesgo atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, ubicado en la provincia de Huánuco. Esta condición se reconoce como una alteración del estado emocional que puede surgir tras el nacimiento de un hijo, presentándose con distintos grados de intensidad, desde moderada hasta severa. Sus manifestaciones pueden incluir ansiedad, irritabilidad, llanto frecuente, tristeza profunda e inquietud, siendo especialmente comunes durante las primeras dos semanas posteriores al parto. Es por ello que se cumplen con rigurosidad los lineamientos impuestos por el consejo de investigación de la universidad de Huanuco, las cuales se muestran a continuación:

Las secciones preliminares del trabajo incluyen los apartados de agradecimientos, dedicatoria, resumen del trabajo de investigación junto con su versión en inglés, y una introducción que ofrece una visión general de los capítulos que conforman el estudio.

El capítulo I aborda la descripción del problema, presentando un análisis sintético de la situación relacionada con la depresión postparto. Este apartado se enfoca en la formulación del problema, los objetivos tanto el general como los específicos y la justificación del estudio, desarrollada desde tres enfoques: teórico, metodológico y práctico. También se expone la viabilidad del estudio, detallando los recursos disponibles y las limitaciones enfrentadas durante su ejecución.

En el capítulo II se desarrollan los antecedentes del estudio, organizados en niveles internacional, nacional y local. Además, se presentan los fundamentos teóricos vinculados al estrés y se profundiza en el abordaje de la variable “depresión postparto”, explicando sus principales teorías, definiciones, características y dimensiones. Este capítulo también incluye las definiciones conceptuales de los términos clave, así como la operacionalización de las variables, especificando dimensiones, indicadores, ítems y el instrumento utilizado para la recolección de datos.

En el capítulo III, se presenta el tipo de investigación, el cual fue de tipo básica, se utilizó un enfoque de tipo cuantitativo, centrado en valoraciones numéricas, el nivel de investigación fue descriptivo, el cual se basó en conocer los niveles de la depresión post parto, el diseño del estudio fue de tipo no experimental descriptivo simple, asimismo, la población participante fue de 20 mujeres y su muestra fue de 20 puérperas, a los cuales se les aplicó el inventario de Depresión de Beck II (BDI-II)

En el capítulo IV, se encuentran los resultados obtenidos por medio de la interpretación de datos los cuales indican que por medio de la ejecución, aplicación e interpretación de datos se concluyó que un total de 9 puérperas (45%), padecen de un nivel alto de depresión post parto.

En el capítulo IV, se encuentra la discusión de resultados los cuales se caracterizan por estar en una comparación entre nuestros resultados y los presentes en los antecedentes dentro de esta investigación, ya sean los objetivos tanto general y específicos.

Además de contener las conclusiones propias de cada objetivo, las recomendaciones y/o sugerencias, además de contener cada una de las referencias bibliográficas y los anexos pertenecientes a esta investigación, como son la matriz de consistencia, el instrumento de recolección de datos y demás contenido que den fiabilidad a este estudio.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019), durante el puerperio se intensifican diversas alteraciones hormonales, sociales, psicológicas y bioquímicas, lo que incrementa significativamente la susceptibilidad de las madres a desarrollar trastornos mentales. En comparación con otras etapas de la vida femenina, la depresión postparto genera consecuencias más severas, afectando tanto a la madre por el debilitamiento de su sistema inmunológico y el aumento de patologías asociadas, como al recién nacido, quien depende completamente del cuidado físico y emocional de su progenitora.

Este tipo de depresión puede extenderse a lo largo de todo el puerperio e incluso persistir hasta un año después de haber sido diagnosticada. Su impacto es especialmente crítico en madres adolescentes, quienes atraviesan simultáneamente procesos de transformación física, biológica y social. En este contexto, resulta fundamental que puedan asumir con responsabilidad el cuidado propio y el de su hijo, enfrentando los desafíos que implica esta etapa de transición.

La depresión postparto es una de las afecciones psicológicas más frecuentes a nivel mundial, aunque suele recibir escasa atención. En mujeres puérperas, particularmente adolescentes, este trastorno puede desencadenar consecuencias graves como abandono escolar, negligencia en el cuidado del menor, situaciones de abuso físico, emocional o social, e incluso un aumento en la probabilidad de un nuevo embarazo no planificado. A nivel global, se estima que entre el 10 % y el 35 % de las mujeres experimentan depresión postparto en algún momento de su vida. La prevalencia es más alta en madres adolescentes (26 %) y en contextos de bajos recursos económicos (38,2 %), mientras que en países en vías de desarrollo puede superar el 50 %.

De acuerdo con datos del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

(UNICEF), en el año 2015 se estimó que alrededor de 15 millones de adolescentes, entre los 15 y 19 años, se convierten en madres cada año, siendo la mayoría de ellas provenientes de países en desarrollo. En una línea similar, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reportó que aproximadamente 16 millones de adolescentes con ingresos bajos o medios enfrentan maternidades tempranas anualmente. Este grupo poblacional presenta una alta vulnerabilidad frente a la depresión postnatal.

La OMS, en su informe de 2018, indicó que entre el 20 % y el 40 % de las mujeres que atraviesan el embarazo o el puerperio experimentan síntomas depresivos. Otras investigaciones señalan que la prevalencia de este trastorno varía entre el 1 % y el 39 %, dependiendo del país y del instrumento utilizado para el diagnóstico. Por ejemplo, en India se reporta una prevalencia del 32 %, en Corea del Sur del 36 %, mientras que en Inglaterra las cifras oscilan entre el 10 % y el 15 %. En Chile, se encontró que el 44 % de las mujeres presentan síntomas depresivos después de las primeras 12 semanas posteriores al parto.

Estos datos sugieren que las alteraciones psicológicas vinculadas al postparto están estrechamente relacionadas con la inestabilidad emocional que atraviesan muchas adolescentes en esta etapa de transición vital. Esto evidencia que, más allá del país de origen o la condición étnica, la edad representa un factor determinante en la aparición de trastornos psicoafectivos.

Investigaciones realizadas en América Latina revelan que entre el 20 % y el 40 % de las mujeres en etapa postparto presentan síntomas depresivos, lo que convierte esta condición en un problema de salud pública relevante. No solo afecta el bienestar emocional y funcional de la madre, sino también incide en la manera en que ejerce su rol materno. Algunos estudios señalan que más del 50 % de las mujeres pueden experimentar algún tipo de malestar tras el parto, desde manifestaciones leves como tristeza o llanto, hasta síntomas más graves como conflictos en las relaciones personales, angustia profunda e incluso pensamientos suicidas.

La intensidad de estos síntomas parece estar estrechamente vinculada

a la percepción subjetiva de cada mujer, lo que puede influir en la toma de decisiones que, en algunos casos, podrían comprometer su salud integral o incluso su vida, en el intento de aliviar el sufrimiento emocional que atraviesa.

En el contexto peruano, durante el año 2017, se estimó que entre el 70 % y el 80 % de las mujeres atravesaron episodios de depresión postparto, aunque en la mayoría de los casos no fueron detectados ni tratados oportunamente por el personal de salud. Esta situación se atribuye a diversos factores, siendo la ausencia de diagnóstico uno de los más recurrentes. Investigaciones realizadas en Lima revelan que la prevalencia de este trastorno emocional es comparable a la que puede presentarse en otras etapas de la vida femenina, y suele estar acompañada de síntomas ansiosos y factores de riesgo tanto psicosociales como biológicos. Estos últimos se vinculan con una mayor sensibilidad emocional frente a los cambios hormonales, especialmente cuando se combinan con la falta de apoyo afectivo por parte de la pareja durante el embarazo, lo que puede generar rechazo hacia el propio estado de salud, ya sea en adolescentes o en mujeres adultas.

Es en tal sentido que para la presente investigación se interactuó con puérperas de 13 a 32 años, quienes fueron evaluadas con el inventario de Depresión de Beck (BDI-II), los datos que se presentan indican que año tras año se evidencia el crecimiento de la población puérpera con prevalencia que va en aumento para sufrir de depresión post parto en la parte centro del país, y sin embargo existe una limitada cantidad de investigaciones que se dediquen al estudio y análisis de este grupo de personas en las diferentes instituciones y la escasa difusión de los programas para dicha población dirigidos por el estado. Teniendo en cuenta estos enunciados, nace la motivación de emprender la investigación realizada.

Dentro del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, se han documentado casos de depresión severa que incluyen pensamientos suicidas, alteraciones en el juicio, deterioro funcional y riesgo directo para la salud del recién nacido. En situaciones de esta gravedad, donde incluso pueden surgir síntomas psicóticos, se recomienda intervención especializada

por parte de un médico psiquiatra, siendo frecuente la necesidad de hospitalización para garantizar la seguridad de la madre y del bebé, esta atención se debe de dar tanto en las madres y niños recién nacidos, contando también con la participación de los integrantes de la familia. Ya que la mujer percibe la incapacidad para experimentar los sentimientos positivos que aporta la maternidad, es por ello que no se le da la importancia en prevención y menos la existencia de un plan de tratamiento como apoyo, ante esta realidad nuestro estudio

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. PROBLEMA GENERAL

¿Cuál es el nivel depresión post parto en mujeres con factores de riesgo del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco-2024?

1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS

¿cuál es el nivel de depresión post parto en la dimensión afectivo-cognitivo en mujeres con factores de riesgo del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano-Huánuco 2024?

¿Cuál es el nivel de depresión post parto en la dimensión somático-motivacional en mujeres con factores de riesgo del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano-Huánuco 2024?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar el nivel de depresión post parto en mujeres con factores de riesgo del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano-Huánuco 2024.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar el nivel de depresión post parto en la dimensión afectivo-

cognitivo en mujeres con factores de riesgo del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano-Huánuco 2024.

Describir el nivel de depresión post parto en la dimensión somático-motivacional en mujeres con factores de riesgo del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano-Huánuco 2024.

1.4. JUSTIFICACIÓN

1.4.1. JUSTIFICACIÓN TEÓRICA

Este estudio busca identificar los fundamentos conceptuales que respalden la objetividad de la variable principal: el nivel de depresión postparto en mujeres con factores de riesgo atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco, durante el año 2024. El análisis profundo de esta variable resulta esencial para consolidar el marco teórico de la investigación, permitiendo contrastar enfoques previos y aportar insumos valiosos para futuras indagaciones en el campo.

1.4.2. JUSTIFICACIÓN PRACTICA

A través de los hallazgos obtenidos, esta investigación permitirá comprender cómo se manifiesta y se relaciona la variable estudiada en mujeres con factores de riesgo en el contexto hospitalario mencionado. Este conocimiento facilitará el diseño de intervenciones pertinentes que respondan a la problemática identificada, con el propósito de generar estrategias efectivas que contribuyan al bienestar emocional y social de las mujeres afectadas.

1.4.3. JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA

Para alcanzar los objetivos planteados, se emplearán diversas técnicas de investigación como la observación, la aplicación de pruebas psicológicas y entrevistas. Estas herramientas permitirán medir con precisión los factores implicados y recolectar información relevante, asegurando así la validez metodológica del estudio y la rigurosidad en el

tratamiento de los datos.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Durante el proceso investigativo podrían surgir variables externas que interfieran en los resultados. Se procurará minimizar su impacto y adaptarse a aquellas que escapen al control del equipo investigador. Entre las posibles limitaciones se contempla la falta de colaboración de algunas personas involucradas y la disponibilidad de tiempo por parte de las mismas.

1.6. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio se considera factible, ya que cuenta con los recursos necesarios para su ejecución, incluyendo medios financieros, tecnológicos y bibliográficos adecuados para el desarrollo de cada etapa del estudio.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Castillo (2024) en su investigación “Depresión post parto y funcionalidad familiar en mujeres del barrio Motupe de la ciudad de Loja”, tuvo como objetivo explorar la presencia de depresión posparto y el nivel de funcionalidad familiar en mujeres del barrio Motupe, ubicado en la ciudad de Loja. Para ello, se diseñó una investigación de tipo cuantitativo, con enfoque descriptivo y corte transversal, en la que participaron 60 mujeres en etapa puerperal. A cada una se le aplicaron instrumentos específicos para recolectar información biosociodemográfica, así como escalas validadas para evaluar síntomas depresivos y dinámica familiar: la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo, el Inventario de Depresión de Beck y el test de funcionamiento familiar FF-SIL. Los resultados revelaron que, en cuanto a las características sociodemográficas, el 31.67% de las participantes tenía entre 26 y 30 años, el 45% estaba casada y el 71.67% contaba con educación secundaria. En el ámbito gineco-obstétrico, se observó que el 78.33% tuvo parto vaginal, el 70% eran multíparas y el 40% presentó alguna condición médica durante el embarazo, siendo la anemia la más frecuente, con una prevalencia del 10%. Respecto a la salud emocional, se identificó que el 16.67% de las mujeres presentaban depresión posparto, predominando los síntomas leves en el 65% de los casos. En cuanto a la funcionalidad familiar, se detectó que el 10% vivía en contextos disfuncionales y el 3.33% en entornos severamente disfuncionales. Al aplicar la prueba estadística de Chi cuadrado, se encontró una relación significativa entre la presencia de depresión posparto y el nivel de funcionalidad familiar ($p=0.0005$), lo que sugiere una conexión profunda entre el estado emocional de la madre y el tejido relacional que la rodea. En conclusión, la funcionalidad familiar se

posiciona como un factor clave en el desarrollo o mitigación de la depresión posparto. Esta condición, aún prevalente, no solo afecta la salud mental de la madre y el vínculo con su hijo, sino que también repercute en el equilibrio emocional del entorno familiar. Reconocer esta interdependencia permite abrir caminos de acompañamiento más integrales, donde el cuidado emocional y relacional se convierte en un acto ético y simbólicamente reparador.

Paolantonio et al. (2023) en su investigación titulada “Incidencia de la depresión postparto y factores de riesgo asociados en madres cordobesas (Argentina)”, tuvo como objetivo explorar la frecuencia de aparición de la depresión postparto (DPP) en un hospital público de la ciudad de Córdoba, Argentina, y reconocer los factores de riesgo vinculados a esta condición. Para ello, se aplicó a las madres la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo junto con una entrevista semiestructurada que permitió recabar datos sociodemográficos y sobre posibles riesgos asociados. Los resultados indicaron una prevalencia del 42 % de DPP en la muestra analizada, destacándose como principales factores de riesgo las dificultades en el entorno social y familiar. La detección temprana de estos factores permitiría construir un perfil psicosocial que, si se incorpora desde las primeras etapas del seguimiento obstétrico, podría contribuir significativamente a la prevención de esta problemática emocional. El análisis también contempla una comparación entre los datos locales y los obtenidos en otros países con distintos niveles de desarrollo, subrayando la relevancia de abordar la salud mental materna en el periodo postparto como una dimensión prioritaria dentro de las políticas de salud pública.

Cueva (2022) en su investigación “Depresión post parto en madres con parto normal y cesárea en los centros de salud de Loja”, tuvo como objetivo analizar la frecuencia de la depresión posparto en mujeres que dieron a luz mediante parto vaginal o cesárea en los Centros de Salud de la ciudad de Loja. De manera específica, se buscó caracterizar socio-demográficamente a las madres atendidas en dichos centros, identificar

el nivel de depresión posparto en quienes tuvieron parto normal, en aquellas con cesárea, y finalmente comparar ambos grupos para comprender posibles diferencias en la manifestación de esta condición emocional. Para ello, se desarrolló un estudio con enfoque descriptivo, observacional, transversal y prospectivo. Se aplicaron 101 encuestas, a partir de las cuales se identificaron 21 casos de depresión posparto, lo que representa una incidencia del 20.8%, según los criterios establecidos por la escala diagnóstica utilizada. Los datos revelaron que la depresión posparto se presentó con mayor frecuencia en madres adolescentes (33.33%), en mujeres solteras o en unión libre (42.86%), y en aquellas sin una relación estable con su pareja (47.62%). Además, predominó en quienes residían en zonas urbanas (76.19%), estaban desempleadas (80.35%), eran primerizas (80.35%) y no contaban con antecedentes de trastornos mentales (100%). En cuanto al tipo de parto, el 85.71% de los casos de depresión posparto se registraron en mujeres que tuvieron parto vaginal, mientras que el 14.29% correspondió a cesáreas. Sin embargo, el análisis estadístico ($p=0.67$) indicó que el tipo de parto, por sí solo, no constituye un factor determinante en la aparición de la depresión posparto. Más bien, se concluye que esta condición surge de una interacción compleja entre variables emocionales y socio-demográficas, que configuran el contexto psicoafectivo de cada mujer en el periodo posnatal.

Cattay et al. (2019) en su investigación “Consumo de ácidos grasos poliinsaturados omega-3 y omega-6 de origen dietario, lactancia y riesgo de depresión postparto en mujeres de la ciudad de Córdoba”, tuvo como objetivo examinar la relación entre el consumo de ácidos grasos poliinsaturados (AGPI) omega-3 y omega-6, el tipo de lactancia materna (LM) practicada y el riesgo de desarrollar depresión postparto (DPP) en mujeres atendidas en centros de salud públicos y privados de la ciudad de Córdoba, Argentina, durante los meses de mayo y junio de 2019. Para ello, se diseñó una investigación de tipo descriptivo, correlacional y transversal. Participaron 50 mujeres entre 18 y 45 años, sin antecedentes de enfermedades crónicas, que se encontraban dentro de

los primeros seis meses posteriores al parto. Se aplicaron instrumentos como un cuestionario de frecuencia alimentaria, un atlas de alimentos y la Escala de Edimburgo para evaluar síntomas de DPP. El análisis estadístico se realizó mediante los programas NutrioV2 y StataV14, utilizando pruebas de chi cuadrado y el test exacto de Fisher (con un nivel de significancia de $\alpha=0,05$). Además, se construyó un modelo de regresión logística binomial para explorar la asociación entre la presencia de DPP y variables como la ingesta de AGPI, el tipo de lactancia y otros factores relevantes. Los resultados mostraron que el 68 % de las participantes no alcanzó las recomendaciones nutricionales para AGPI omega-3, mientras que el 100 % cumplió con las de omega-6. En cuanto a la lactancia, el 46 % la practicaba de forma exclusiva, el 38 % la combinaba con fórmulas, y el 16 % no amamantaba. El 58 % de las mujeres no presentó riesgo de DPP. Se identificó una asociación inversa entre la lactancia materna y el riesgo de depresión postparto (OR=0,05; IC95%: 0,003–0,972), así como una relación directa entre el consumo de omega-6 y dicho riesgo (OR=1,14; IC95%: 1,031–1,267). También se observó que el riesgo de DPP aumentaba con el paso del tiempo desde el parto (OR=1,77; IC95%: 1,057–2,979), y que las mujeres de nivel socioeconómico alto presentaban menor incidencia de este trastorno ($p=0,047$). En conclusión, el periodo postparto incluye factores potencialmente modificables, como el tipo de alimentación y la práctica de lactancia materna, que pueden influir positivamente en la prevención de la depresión postparto. Estos hallazgos refuerzan la importancia de promover hábitos saludables y redes de apoyo que contribuyan al bienestar emocional de las mujeres y sus familias durante esta etapa de transición vital.

2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES

Almanza y Parillo (2023) en su estudio “Estrés percibido y la depresión post parto en funcionarias del sector público de la provincia de Arequipa, marzo 2022”, tuvo como objetivo explorar la relación entre el nivel de estrés percibido y la presencia de síntomas de depresión

postparto en mujeres funcionarias del sector público de la provincia de Arequipa durante el año 2022. El estudio se enmarca dentro del enfoque cuantitativo, con un diseño descriptivo-correlacional, no experimental, de campo y de corte transversal. La muestra, seleccionada de manera no probabilística, estuvo conformada por 68 mujeres policías pertenecientes a la IX Macro Región Policial de Arequipa. Las participantes se encontraban en el rango de una semana hasta doce meses posteriores al parto, con edades comprendidas entre los 20 y 35 años. Para la recolección de datos se emplearon dos instrumentos: la Escala de Estrés Percibido de Cohen (PSS-14), que presentó una alta confiabilidad con un coeficiente Alfa de Cronbach de 0.912, y la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo, cuya fiabilidad también fue elevada (Alfa de Cronbach de 0.874). Los resultados obtenidos revelaron que el 22 % de las participantes presentaban indicios de depresión postparto, mientras que el 68 % no mostraba signos de esta condición. Además, se identificó una correlación significativa entre el nivel de estrés percibido y la presencia de depresión postparto. Esta asociación también se evidenció en cada una de las dimensiones evaluadas por la escala de depresión: disforia, ansiedad, sentimientos de culpa, pensamientos suicidas y dificultades en la concentración.

Ramos (2022), en su trabajo “Factores de riesgo asociados a la depresión post parto en puérperas del hospital Goyeneche de la ciudad de Arequipa, 2022”, tuvo como objetivo identificar los factores de riesgo vinculados a la aparición de depresión postparto en mujeres en etapa puerperal atendidas en el Hospital Goyeneche, ubicado en la ciudad de Arequipa, durante el año 2022. Para ello, se adoptó una metodología con enfoque cuantitativo, de tipo analítico, prospectivo y con diseño transversal. La población considerada estuvo compuesta por 1,356 mujeres que dieron a luz en el servicio de gineco-obstetricia del hospital. A partir de esta población, se seleccionó una muestra probabilística de 175 casos, elegidos de manera aleatoria. Para la recolección de datos se utilizaron dos instrumentos: la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo, reconocida por su validez en la detección de síntomas

depresivos en el postparto, y un cuestionario diseñado específicamente para evaluar factores de riesgo asociados. Los resultados revelaron que el 50.9 % de las participantes presentaban indicios de depresión postparto, mientras que el 49.1 % no mostraba síntomas relacionados. Entre los factores que demostraron mayor asociación con la presencia de depresión se encontraron variables sociodemográficas, condiciones obstétricas y aspectos del entorno social. En conclusión, el estudio evidenció que diversos factores de riesgo están estrechamente relacionados con la aparición de depresión postparto en las puérperas atendidas en el Hospital Goyeneche, lo que subraya la importancia de su detección temprana y abordaje integral desde una perspectiva preventiva y psicosocial.

Chavez (2021), en su estudio “Factores sociales en la depresión post parto en madres adolescentes. Hospital II E Simón Bolívar, 2020”, tuvo como objetivo identificar los factores sociales que inciden en la aparición de depresión postparto en madres adolescentes que acudieron al Hospital II E Simón Bolívar durante el año 2020. El estudio se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, con un diseño no experimental, de tipo transversal y descriptivo-correlacional. La muestra estuvo compuesta por 68 adolescentes en etapa puerperal, seleccionadas según criterios de inclusión previamente establecidos. Para la recopilación de información se utilizaron dos instrumentos: un cuestionario diseñado por la autora para evaluar variables sociales, y la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EDPE), reconocida por su validez en la detección de síntomas depresivos en el periodo postnatal. Los resultados revelaron que el 86,8 % de las participantes presentaban signos de depresión postparto. En cuanto a los factores sociales, se observó que el 97,1 % pertenecía al grupo etario de 15 a 19 años, el 55,9 % se desempeñaba como ama de casa, el 50 % contaba con respaldo económico por parte de sus padres, y el 75 % vivía en condición de convivencia. El análisis estadístico evidenció una relación significativa entre las variables sociales evaluadas y la presencia de depresión postparto en las adolescentes.

Vásquez (2019), en su trabajo tuvo la finalidad de identificar la presencia de síntomas de depresión postparto en adolescentes púerperas atendidas en el Centro de Salud Materno Infantil Perú Corea – Pachacútec, ubicado en Ventanilla, durante el año 2019. El estudio se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, con un diseño no experimental, de tipo aplicado y nivel descriptivo. La muestra estuvo conformada por 30 adolescentes en etapa puerperal, seleccionadas según criterios específicos de inclusión. Para la evaluación se utilizaron instrumentos validados que permitieron medir el riesgo de depresión postparto y sus dimensiones emocionales. Los resultados mostraron que el 52 % de las participantes se encontraban en un rango considerado como límite de riesgo, el 33 % no presentaba riesgo, y el 15 % evidenciaba signos de depresión probable. Respecto a la dimensión de ansiedad, se observó que el 40 % de las adolescentes púerperas se ubicaban en el límite de riesgo, el 38 % presentaban depresión probable y el 18 % no mostraban riesgo. En cuanto a la dimensión tristeza, el 60 % se encontraba en el límite de riesgo, el 25 % con depresión probable y el 15 % sin riesgo aparente.

2.1.3. ANTECEDENTES LOCALES

Ramos (2020) en su estudio “Depresión postparto, asociado a la planificación del embarazo en adolescentes primigestas, atendidas en el centro de salud “Aparicio Pomares” – Huánuco, 2019”, tuvo como objetivo explorar la relación entre la depresión postparto y la planificación del embarazo en adolescentes primigestas atendidas en el Centro de Salud “Aparicio Pomares” de Huánuco durante el año 2019. El estudio se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, con diseño no experimental, de tipo observacional, prospectivo, transversal y analítico, orientado a establecer vínculos entre variables. La población estuvo compuesta por 53 adolescentes en etapa puerperal que acudieron al mencionado centro de salud. A todas ellas se les aplicó la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo, identificándose que 30 presentaban síntomas compatibles con depresión postparto. Para complementar la recolección de datos, se

utilizó también un cuestionario elaborado para evaluar aspectos relacionados con la planificación del embarazo. Los resultados mostraron que el 56,6 % de las participantes evidenciaron signos de depresión postparto, mientras que el 43,4 % no presentó dicha condición. El análisis estadístico, realizado mediante la prueba de Chi cuadrado, arrojó un valor p menor a 0.05, lo que indica una asociación significativa entre las variables estudiadas. Se observó que las adolescentes entre 17 y 19 años etapa considerada como adolescencia tardía, presentaban mayor riesgo de depresión postparto (83,3 %), siendo predominante el estado civil soltera (56,7 %). Asimismo, se encontró que el 80 % de las adolescentes que no planificaron su embarazo mostraban mayor incidencia de síntomas depresivos. En conclusión, los hallazgos evidencian una relación significativa entre la falta de planificación del embarazo y la presencia de depresión postparto en adolescentes primigestas atendidas en el Centro de Salud “Aparicio Pomares”, lo que subraya la importancia de fortalecer estrategias de prevención y acompañamiento emocional desde etapas tempranas del embarazo.

Inocencio y Salazar (2019) en su trabajo “Disfuncionalidad familiar, paridad y autoestima asociados a la depresión postparto en puérperas adolescentes atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, 2019”, tuvo como objetivo analizar la relación entre la disfunción familiar, el número de partos (paridad) y los niveles de autoestima con la presencia de depresión postparto en adolescentes puérperas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari durante el año 2019. El estudio se desarrolló bajo un enfoque observacional, descriptivo, prospectivo y transversal, con un diseño correlacional orientado a establecer vínculos entre variables psicosociales y emocionales. Entre los principales hallazgos, se observó que el 52,8 % de las participantes vivían en condición de convivencia, el 25 % eran madres solteras y el 22 % estaban casadas. En cuanto a la alimentación del recién nacido, el 81,9 % practicaba lactancia materna exclusiva, el 12,5 % combinaba con fórmulas, y el 5,6 % utilizaba lactancia artificial.

La mayoría de las adolescentes (72,2 %) no presentaban signos de disfunción familiar, el 90,3 % eran primíparas, y el 88,9 % mostraban niveles positivos de autoestima. Además, el 81,8 % no evidenciaba síntomas de depresión postparto. El análisis estadístico confirmó una asociación significativa entre la presencia de disfunción familiar y la depresión postparto (X^2 , $p=0.000$), así como entre los niveles de autoestima y dicha condición emocional (X^2 , $p=0.000$). Estos resultados subrayan la importancia de considerar el entorno familiar y el estado emocional de las adolescentes como factores clave en la prevención y abordaje de la depresión postparto.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. DEPRESIÓN

La depresión no debe entenderse como una simple reacción emocional pasajera ante una situación difícil. Desde el enfoque médico, se trata de una condición clínica seria que afecta diversas funciones del individuo, incluyendo la memoria, los procesos cognitivos, el estado emocional, el comportamiento y el funcionamiento físico (Cardona, 1990).

En la misma línea, Hollon y Beck (2008) destacan que se trata de un trastorno común que suele estar acompañado de ansiedad y puede manifestarse con síntomas psicóticos como inhibición, sensación de vacío, aislamiento social, alteraciones en el apetito y el sueño, agitación, sentimientos de culpa e incapacidad, pensamientos relacionados con la muerte e incluso intentos suicidas, generando fluctuaciones emocionales intensas.

La Organización Mundial de la Salud (2014) define la depresión como una alteración psicológica caracterizada por tristeza persistente, pérdida de interés, baja autoestima, trastornos del sueño y del apetito, fatiga y dificultades para concentrarse. Esta condición puede volverse crónica o recurrente, interfiriendo significativamente en las actividades cotidianas y en la capacidad de afrontar la vida. En casos graves, puede

derivar en conductas suicidas. El tratamiento varía según la intensidad: en formas leves puede abordarse sin medicación, mientras que en cuadros moderados o severos se recomienda el uso de psicofármacos y psicoterapia (Montoya Salís y Valencia Romero, 2016).

Por su parte, la Asociación Psiquiátrica Americana (2003) señala que la depresión afecta profundamente el cuerpo, el estado emocional, el pensamiento y la percepción de la realidad. También altera los ritmos biológicos como el sueño, la vigilia y la alimentación, impactando el equilibrio integral de la persona.

2.2.1.1. TEORÍA

Teoría de la Desregulación Neuroendocrina

La depresión puede estar relacionada con la hiperactividad del eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal (HPA), que puede afectar la regulación del estado de ánimo y el estrés. La desregulación de este eje puede llevar a un aumento en los niveles de cortisol, lo que a su vez afecta la neuroplasticidad y puede contribuir a la depresión.

Ahora es conocido que cuando una mujer se encuentra en estado de gestación, su cuerpo, como su organismo experimenta cambios severos en la producción hormonal, es por ello que esta teoría sugiere cambios drásticos tanto en los factores físicos, emocionales y ambientales estresantes pueden alterar la regulación normal del sistema neuroendocrino, generando un desequilibrio hormonal que podría impactar negativamente la gestación. (DynaMed 2018).

Teoría cognitiva de la Depresión

Diversos especialistas consideran que la depresión constituye una forma de epidemia silenciosa, ya que se estima que más de la mitad de las personas atravesarán, en algún momento de su vida, un episodio depresivo de tal intensidad que requerirá atención

profesional. Para comprender esta condición, se han desarrollado múltiples modelos explicativos dentro del campo de la psicopatología, entre los que destacan el enfoque de la desesperanza aprendida, el modelo socioambiental, el de autorreforzamiento y el enfoque cognitivo. Cada uno de estos marcos teóricos propone estrategias específicas para abordar el tratamiento de la depresión, aunque en la actualidad tienden a integrarse en propuestas terapéuticas más holísticas y multidimensionales. Uno de los aportes más influyentes proviene de Aaron Beck, quien plantea un modelo estructural para comprender tanto el funcionamiento psicológico saludable como el patológico. En su propuesta, introduce el concepto de *esquemas cognitivos*, entendidos como estructuras mentales que actúan a modo de filtros interpretativos. Estos esquemas serían responsables de la consistencia con la que una persona interpreta sus experiencias cotidianas, influyendo directamente en su percepción, emociones y conductas. (Silva et al, 2018).

2.2.1.2. FISIOPATOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN

En el tronco encefálico se localizan grupos moderados de neuronas que liberan norepinefrina, siendo el locus ceruleus una de las regiones más representativas en esta función. Estas neuronas proyectan sus fibras hacia estructuras superiores del encéfalo, incluyendo el sistema límbico, el tálamo y la corteza cerebral, influyendo en procesos relacionados con la regulación emocional y la atención. Asimismo, en los núcleos del rafe medio, ubicados en la parte inferior de la protuberancia y el bulbo raquídeo, se encuentran numerosas neuronas encargadas de sintetizar serotonina, las cuales extienden sus conexiones hacia diversas áreas del sistema límbico y otras regiones cerebrales implicadas en el procesamiento afectivo. (DynaMed 2018).

Desde una perspectiva neurobiológica, se plantea la hipótesis de que ciertos trastornos emocionales podrían estar vinculados a

alteraciones funcionales en el sistema límbico, los ganglios basales y el hipotálamo. Se ha observado que lesiones en estas zonas, especialmente en el hemisferio cerebral no dominante, pueden estar asociadas con la aparición de síntomas depresivos. El sistema límbico y los ganglios basales mantienen una estrecha relación funcional, y se les atribuye un papel central en la generación y modulación de las emociones. Además, los cambios observados en pacientes con depresión como alteraciones en el sueño, el apetito, la conducta sexual y variaciones en parámetros endocrinos, inmunológicos y cronobiológicos, sugieren una posible disfunción del hipotálamo, órgano clave en la regulación de múltiples ritmos biológicos y respuestas adaptativas del organismo. (DynaMed 2018).

2.2.1.3. FACTORES DE RIESGO

Factores de riesgo biológicos y psicosociales

Diversos estudios han señalado que existen diferencias significativas en la vulnerabilidad a ciertos trastornos emocionales según el sexo. Las mujeres tienden a presentar con mayor frecuencia cuadros de ansiedad y alteraciones afectivas, mientras que los hombres muestran una mayor predisposición hacia conductas relacionadas con el consumo problemático de alcohol (Alonso et al., 2016).

Entre los factores más estrechamente vinculados al desarrollo de trastornos emocionales y ansiosos se encuentran: ser mujer, tener una edad joven, contar con un nivel educativo limitado, residir en zonas urbanas, no convivir con una pareja estable y encontrarse en situación de desempleo. Estas condiciones configuran un entorno psicosocial que puede intensificar la vulnerabilidad emocional y dificultar el acceso a redes de apoyo o recursos de contención (Alonso et al., 2016).

2.2.1.4. PRESENTACIÓN CLÍNICA

El cuadro clínico suele caracterizarse por un estado de ánimo bajo, que puede expresarse como tristeza profunda, irritabilidad o ansiedad persistente. En algunos casos, la persona puede adoptar una postura corporal retraída, con gestos faciales que reflejan sufrimiento como el ceño fruncido o las comisuras labiales descendidas, evitando el contacto visual y comunicándose de forma escasa o silenciosa.

Este estado emocional alterado suele acompañarse de pensamientos de culpa, autocrítica excesiva, dificultades para concentrarse, indecisión, pérdida de interés en actividades que antes resultaban placenteras, aislamiento social, sentimientos de desesperanza y, en casos más graves, pensamientos recurrentes sobre la muerte o el suicidio. Las alteraciones del sueño también son frecuentes, afectando tanto la conciliación como la calidad del descanso.

En ciertos pacientes, la intensidad del malestar emocional puede ser tal que se manifiesta como una incapacidad para llorar o sentir. Estas personas describen una desconexión afectiva, como si el mundo hubiera perdido color y vitalidad. En este contexto, el llanto cuando reaparece puede interpretarse como un signo de recuperación emocional, al representar una apertura hacia la expresión de lo sentido y una reconexión con el mundo interno. (Salsavilca, 2017).

2.2.1.5. DIAGNÓSTICO

La depresión, al tratarse de una condición clínica, suele ser identificada con relativa facilidad. Sin embargo, en ciertos casos donde los síntomas se presentan de forma leve o difusa, el proceso diagnóstico puede volverse más complejo. Hasta el momento, no se han establecido signos patognomónicos específicos que permitan reconocerla de manera inequívoca. Por ello, su detección

se apoya en el uso de escalas y cuestionarios adaptables, que se ajustan según las características particulares de la población evaluada. (Salsavilca, 2017).

2.2.1.6. CLASIFICACIÓN

De acuerdo con la décima edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), la depresión mayor se ubica dentro del grupo de trastornos afectivos o del estado de ánimo, codificados entre F30 y F39. En particular, el código F32 corresponde a los episodios depresivos, los cuales se dividen en distintas categorías según su intensidad y características clínicas:

- Episodio depresivo leve
- Episodio depresivo moderado
- Episodio depresivo grave sin manifestaciones psicóticas
- Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos
- Otros tipos de episodios depresivos
- Episodio depresivo no especificado

Para que un episodio depresivo sea diagnosticado, debe persistir durante al menos dos semanas. Además, es necesario que se presenten al menos dos de los tres síntomas considerados fundamentales: estado de ánimo deprimido, pérdida de interés o placer en las actividades cotidianas, y una marcada sensación de fatiga o agotamiento (Organización Mundial de la Salud, 2010).

2.2.2. PUERPERIO

El puerperio es la etapa que sigue al nacimiento y marca un proceso de recuperación física y funcional en la mujer. Inicia tras la expulsión de la placenta y se extiende hasta que el cuerpo femenino retorna a su estado previo al embarazo. Este periodo, que suele durar entre seis y ocho semanas, representa una fase de transición en la que

se activan procesos fundamentales como la lactancia y la adaptación emocional entre la madre, el recién nacido y el entorno familiar.

2.2.2.1. CLASIFICACIÓN

Desde el punto de vista clínico, el puerperio se divide en tres momentos:

- Puerperio inmediato: comprende las primeras 24 horas posteriores al parto, donde se vigilan los signos vitales y se inicia el vínculo madre-hijo.
- Puerperio temprano: abarca la primera semana, en la que se consolidan los cambios hormonales y se inicia la lactancia.
- Puerperio tardío: se extiende hasta que los órganos reproductivos regresan a su estado pregestacional y la mujer retoma gradualmente su equilibrio físico y emocional.

2.2.2.2. DEPRESIÓN POST PARTO

La depresión posparto se reconoce como una alteración del estado de ánimo que puede surgir durante las primeras semanas posteriores al parto, especialmente dentro de las seis semanas iniciales. Este trastorno se manifiesta con síntomas como tristeza persistente, ansiedad intensa y agotamiento, afectando la capacidad de la madre para cuidar de sí misma y de quienes dependen de ella. (DynaMed 2018).

Según diversos estudios, esta condición es una de las complicaciones más frecuentes del periodo posnatal, afectando entre el 10% y el 15% de las madres. Puede comenzar entre la cuarta semana y los seis meses después del parto, y su duración varía desde algunas semanas hasta varios meses, dependiendo de la intensidad y el abordaje terapéutico (Robertson, 2017).

En el ámbito psiquiátrico, se considera que el trastorno depresivo debe iniciar durante el puerperio para ser clasificado

como tal. Su diagnóstico se basa en la cantidad de episodios, la frecuencia, la severidad de los síntomas y la presencia de otras manifestaciones clínicas. En algunos casos, la depresión puede pasar desapercibida si no se cumplen todos los criterios diagnósticos, a pesar de que la paciente experimente múltiples señales de malestar emocional.

El Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (2017) la describe como una condición que puede afectar a las mujeres tras el parto, generando sentimientos profundos de tristeza, ansiedad y fatiga, que interfieren con las actividades cotidianas y el cuidado personal.

2.2.2.3. ETIOLOGÍA

A continuación, tendremos algunas diferencias en relación con el tipo de parto de la gestante:

- **Depresión postparto en parto vaginal:** Las diferencias en el tipo de parto pueden influir en la experiencia emocional del posparto, aunque la depresión que puede surgir en esta etapa no responde a una única causa. Se trata de un fenómeno multifactorial, en el que confluyen elementos neurohormonales, psicológicos y físicos. Tras el nacimiento, se produce una disminución significativa de hormonas como el estrógeno y la progesterona, lo que genera cambios químicos en el cerebro que pueden impactar directamente en el estado de ánimo. (Instituto Nacional de Salud Mental de US, 2017).

Este proceso de transformación ha dado lugar a diversas teorías que intentan explicar cómo se configura este síndrome en el contexto del parto vaginal. Entre los factores más relevantes se encuentran.

– **Factores biológicos:** Se ha observado una alteración en neurotransmisores clave como la serotonina, la adrenalina y la noradrenalina, los cuales están implicados en la regulación

emocional y en la mayoría de los trastornos depresivos. (Guadarrama, 2016).

– **Factores psicológicos:** La carga emocional que implica el cuidado del recién nacido, el estrés acumulado durante el embarazo, experiencias de pérdida o abandono, la presión por encarnar una imagen idealizada de la maternidad y vínculos maternos conflictivos pueden contribuir significativamente al desarrollo de síntomas depresivos.

– **Alteraciones autoinmunes:** Durante el parto, el contacto de la madre con antígenos fetales puede desencadenar respuestas autoinmunes que se han asociado con alteraciones emocionales en el posparto. (Gleicher N, 2017).

– **Alteraciones del ritmo circadiano:** Las interrupciones del sueño y los cambios en los horarios de descanso que acompañan la llegada del bebé pueden alterar el equilibrio neurofisiológico de la madre, favoreciendo la aparición de síntomas depresivos. (Ira H, 2016).

- **Depresión posparto en cesárea:** En el contexto obstétrico, la cesárea se define como una intervención quirúrgica que permite el nacimiento del bebé mediante una incisión abdominal y uterina, realizada cuando existen condiciones médicas maternas o fetales que desaconsejan el parto vaginal. Esta práctica busca prevenir complicaciones y preservar la salud tanto de la madre como del recién nacido (DynaMed, 2018).

Sin embargo, el parto por cesárea puede implicar desafíos psicosociales significativos para la madre, afectando su proceso de adaptación a la maternidad. La recuperación física y emocional posterior a la cirugía requiere tiempo, atención especializada y contención afectiva, y en algunos casos puede convertirse en un factor que favorece la aparición de síntomas depresivos en el periodo posparto.

La lactancia, en este contexto, puede verse afectada por el estado emocional de la madre. Algunas mujeres que han atravesado una cesárea pueden experimentar dificultades para establecer el vínculo con el recién nacido, lo que se traduce en rechazo o desconexión afectiva. No obstante, también se reconoce que el acto de amamantar puede convertirse en una herramienta terapéutica, facilitando el contacto piel a piel y fortaleciendo el lazo emocional entre madre e hijo (Salsavilca, 2017).

Investigaciones recientes señalan que las mujeres que han tenido cesáreas presentan un riesgo más elevado de desarrollar depresión posparto. Esto se ha asociado con niveles reducidos de oxitocina, hormona vinculada al apego y la sensibilidad materna, lo que podría explicar una menor capacidad de respuesta emocional ante las necesidades del bebé (MAM, 2019).

2.2.2.4. FACTORES DE RIESGO

Diversos estudios han identificado múltiples condiciones que pueden aumentar la vulnerabilidad de las mujeres a desarrollar depresión postparto (Rubio, 2016).

- Interrupción temprana de la lactancia o dificultades para establecerla, especialmente antes de los seis meses, lo cual puede afectar el vínculo madre-hijo y la estabilidad emocional de la madre (Sipsma, 2018).
- Experiencias de pérdida en la infancia, como la muerte de uno de los progenitores, que pueden dejar huellas emocionales profundas y reactivarse en el proceso de maternidad (DynaMed, 2018).
- Falta de apoyo emocional o social, cuando la madre no cuenta con redes que la sostengan afectivamente durante el posparto.

- Historial de violencia en la infancia, ya sea física, emocional o sexual, que puede influir en la percepción del rol materno y en la capacidad de autocuidado.
- Carencias materiales, como la ausencia de servicios básicos (agua, luz, atención médica), que generan estrés crónico y dificultan el bienestar integral.
- Multiparidad, es decir, ser madre de varios hijos, lo que puede incrementar la carga física y emocional.

Otros factores, aunque considerados de menor peso, también han sido asociados con la aparición de síntomas depresivos. Entre ellos se incluyen el bajo nivel socioeconómico, embarazos no planificados, consumo de tabaco, diabetes gestacional, partos múltiples, privación del sueño y deficiencia de vitamina D (Beck Ct, 2017; Wang, 2018).

Además, investigaciones como la de Howell (2016) señalan que las mujeres afroamericanas e hispanas presentan una mayor predisposición a experimentar síntomas depresivos en las primeras seis semanas después del parto, en comparación con mujeres blancas, lo que sugiere la influencia de factores socioculturales y estructurales.

Por otro lado, existen elementos que actúan como factores protectores, ayudando a prevenir o reducir la incidencia de la depresión postparto. Entre ellos destacan el inicio temprano y exclusivo de la lactancia materna durante más de seis meses (Sipsma, 2018), así como el acompañamiento emocional durante las primeras semanas tras el nacimiento (Lavender, 2017).

En contextos específicos, como el de la ciudad de Loja, se ha observado que las madres adolescentes enfrentan un riesgo elevado de desarrollar depresión postparto, debido a los cambios propios de la etapa, la inestabilidad emocional y el bajo nivel educativo (Rojas, 2017; Urdaneta, 2017).

2.2.3. INCIDENCIA Y PREVALENCIA

Según datos de la Organización Panamericana de la Salud (2018), la depresión postparto afecta aproximadamente al 15% de las mujeres a nivel mundial. Esta condición se ha vinculado con consecuencias graves como el suicidio y el filicidio, siendo el primero una de las principales causas de muerte materna en el periodo perinatal.

Estudios como el de Rubio (2017) estiman que entre el 8% y el 25% de las mujeres pueden presentar síntomas depresivos en las primeras cuatro semanas después del parto. Además, investigaciones retrospectivas han revelado que cerca del 20% de las muertes en el posparto están relacionadas con el suicidio. (Kim JJ, 2017).

2.2.4. DIMENSIONES DE LA DEPRESIÓN

Según Beck y Brown (1996), esta señala las siguientes:

Cognitivo-Afectivo: Incluye síntomas que generan malestar psicológico, vinculados directamente con los procesos mentales y emocionales del individuo.

Somático – Motivacional: Comprende manifestaciones físicas sin una causa orgánica evidente, que afectan parcialmente el comportamiento y el funcionamiento cotidiano.

- **Humor depresivo:** Se caracteriza por una visión pesimista de la realidad, marcada por sentimientos de desesperanza y tristeza profunda. Este estado emocional se articula en torno a un núcleo de sufrimiento existencial, sin una causa específica ni posibilidad de consuelo, lo que lo vuelve especialmente difícil de abordar. (Fernández, 2009, p.443-445).
- **Anergia:** Hace referencia a la disminución significativa de la energía vital o impulso. Se clasifica en tres niveles: Leve, se manifiesta como apatía, falta de interés y desmotivación, generando aburrimiento y desidia. Moderado, se presenta como

una sensación de vacío interno, acompañada de embotamiento afectivo o cognitivo, y dificultad para tomar decisiones. Severo, el individuo se ve paralizado por la indecisión, incapaz de elegir entre opciones disponibles, dominado por la duda persistente. (Fernández, 2009, p.443-445).

- **Discomunicación:** Es una alteración en los procesos de intercambio comunicativo, donde se bloquea tanto la emisión como la recepción de mensajes. Este cierre dual genera distorsiones en la meta-comunicación, dando lugar a interpretaciones erróneas o contradictorias. La persona afectada tiende al aislamiento, y este terreno favorece la aparición de emociones como irritabilidad, celos, desconfianza y hostilidad, que pueden expresarse mediante conductas agresivas hacia el entorno cercano. Cabe señalar que la depresión no elimina la posibilidad de agresión, sino que en algunos casos la canaliza como forma de expresión del retraimiento y la soledad, siendo más frecuente esta manifestación en hombres que en mujeres. (Fernández, 2009)
- **Ritmopatía:** Se refiere a la alteración de los ritmos biológicos, destacando la dificultad para conciliar el sueño (ya sea al inicio, durante o al final de la noche), la pérdida de apetito y peso, y la variabilidad del estado emocional y físico a lo largo del día. (Fernández, 2009).

2.3. DEFINICIONES CONCEPTUALES

Depresión post parto: El término conocido como “tristeza posparto” o baby blues hace referencia a alteraciones emocionales leves y transitorias que pueden surgir en las primeras semanas posteriores al nacimiento. Estas manifestaciones incluyen sensaciones de preocupación, desánimo y agotamiento, y suelen aparecer durante los primeros 14 días tras el parto. Aunque generan malestar, en la mayoría de los casos no requieren intervención clínica, ya que tienden a desaparecer espontáneamente.

Depresión: Es un trastorno psicológico que se manifiesta a través de una profunda tristeza, disminución del ánimo, pérdida de autoestima, apatía generalizada y alteraciones en el funcionamiento psíquico.

Dimensión afectiva: Corresponde al espacio interno donde convergen lo sensible y lo racional. En ella se alojan los afectos, emociones y sentimientos que influyen directamente en la conducta, otorgando sentido y dirección a las vivencias del individuo.

Dimensión cognitiva: Hace referencia a la capacidad del ser humano para interpretar y comprender su entorno mediante procesos mentales, teorías y construcciones simbólicas. Esta dimensión no solo permite conocer la realidad, sino también transformarla a través de la reflexión y la acción.

Dimensión somática: Se vincula con el cuerpo y su estructura física, incluyendo las sensaciones corporales, los estados emocionales encarnados y la memoria corporal.

Puerperio o post parto: Se trata del periodo que inicia inmediatamente después del parto, en el cual el cuerpo de la mujer comienza a revertir los cambios fisiológicos ocurridos durante la gestación. Tradicionalmente se considera que esta etapa dura alrededor de 40 días, aunque puede prolongarse durante varios meses e incluso hasta un año, dependiendo de factores físicos, emocionales y contextuales.

Síntomas del post parto: Es común que en las primeras semanas tras el nacimiento del bebé, muchas mujeres experimenten síntomas como ansiedad, irritabilidad, llanto frecuente y una sensación general de inquietud. Estas reacciones suelen estar vinculadas a los ajustes hormonales, al cansancio físico y a la adaptación al nuevo rol materno. En la mayoría de los casos, estos síntomas se resuelven sin necesidad de tratamiento especializado, aunque es importante diferenciarlos de cuadros depresivos más intensos que sí requieren atención profesional.

2.4. HIPÓTESIS

2.4.1. HIPÓTESIS GENERAL

Ha: Existe nivel severo de depresión post parto en mujeres con factores de riesgo del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano-Huánuco 2024.

Ho: No existe nivel severo significativo de depresión post parto en mujeres con factores de riesgo del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano-Huánuco 2024.

2.4.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

Ha1: Existe nivel severo de depresión post parto en la dimensión afectivo-cognitivo en mujeres con factores de riesgo del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano-Huánuco 2024.

Ho1: No existe nivel severo de depresión post parto en la dimensión afectivo-cognitivo en mujeres con factores de riesgo del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano-Huánuco 2024.

Ha2: Existe nivel severo de depresión post parto en la dimensión somático-motivacional en mujeres con factores de riesgo del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano-Huánuco 2024.

Ho2: No existe nivel severo de depresión post parto en la dimensión somático-motivacional en mujeres con factores de riesgo del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano-Huánuco 2024.

2.5. VARIABLES

2.5.1. VARIABLE 1

Depresión Postparto

2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Instrumento	Escala de medición
Depresión Post parto	(Aaron Beck, 1967) el paciente con depresión presenta un esquema que involucra una visión negativa de sí mismo, del entorno y del futuro. A este esquema se lo conoce como la tríada cognitiva. El paciente se ve a sí mismo incapaz e inútil, quizás despreciable o defectuoso.	La depresión es considerada como una enfermedad, la cual será medible mediante un instrumento, el cual consta de dos dimensiones, la primera con 14 ítems y la segunda con 7 respectivamente.	Afectivo-Cognitivo	Evalúa aspectos como la tristeza, la anhedonia, la culpa, la autoestima negativa, los pensamientos negativos sobre el futuro y la irritabilidad.	1-2-3-4-7-9-10-13-15-16-17-18-20-21	Inventario de depresión de Beck II (BDI-II) Autor: Aaron T.Beck,Robert A. Steer, & Geraldine K. Brown.	Escala de medición Puntajes entre 0-9 = Ausencia de depresión. Puntajes entre 10-16 = Depresión leve. Puntajes entre 17-29 = Depresión moderada.
			Somático-Motivacional	Evalúa síntomas físicos como la fatiga, los problemas de sueño, la pérdida de apetito, la agitación o el enlentecimiento psicomotor y la pérdida de interés o libido.	5-6-8-11-12-14-19.		Puntajes entre 30-63 =Depresión severa.

CAPITULO III

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

3.1.1. TIPO

Este proyecto se clasifica como una investigación básica, ya que su propósito principal es comprender y esclarecer el fenómeno que se manifiesta entre determinados hechos. A través de este análisis, se busca enriquecer el marco teórico existente en torno a la variable de estudio, aportando fundamentos conceptuales que sustenten futuras investigaciones (Hernández, 2012).

3.1.2. ENFOQUE

La investigación adopta un enfoque cuantitativo, dado que se orienta a describir hechos y fenómenos mediante procedimientos organizados de forma lógica, secuencial y sistemática (Hernández, 2012).

3.1.3. ALCANCE O NIVEL

El nivel de la investigación es descriptivo, ya que se centra en detallar las características, atributos internos y externos, propiedades y elementos esenciales de los fenómenos observados. Este tipo de estudio permite capturar una imagen precisa de la realidad en un contexto temporal específico, sin intervenir en ella, pero sí reconociendo sus matices y complejidades (Carrasco, 2015).

3.1.4. DISEÑO

El diseño a utilizar en el desarrollo de esta investigación será descriptivo simple.

Este tipo de diseño metodológico puede ser diagramado de la siguiente manera:

ESQUEMA

M	O
---	---

Donde:

M= Muestra

O= Observación de la muestra

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1. POBLACIÓN

Arias (2012), la población se refiere al conjunto limitado de elementos que comparten características comunes y sobre los cuales se proyectarán las conclusiones del estudio, una vez analizados los resultados. Este grupo se define en función del problema de investigación y de los objetivos planteados.

En el caso de este estudio, la población está constituida por 25 mujeres en etapa puerperal, con edades entre 13 y 32 años, atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, en Huánuco, durante el año 2024.

Tabla 1

Población de puérperas de 13 a 32 años del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano-Huánuco 2024

Puérperas	Edad	Total
	13 a 32 años	
Total	25	25

3.2.2. MUESTRA

Hernández y Baptista (2012). La muestra se comprende como una fracción representativa y delimitada de la población accesible, seleccionada para facilitar el análisis empírico.

La selección de la muestra es de tipo no probabilístico intencional ya que las características de la muestra son elementos seleccionados

para la muestra son elegidos por el criterio del investigador, es útil porque muchas veces no es viable estudiar a todos los miembros de una población.

La muestra de la presente investigación está conformada por 20 puérperas de 13 a 32 años del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano-Huánuco 2024.

Tabla 2

Muestra de 20 puérperas de 13 a 32 años del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano-Huánuco 2024

Puérperas	Edad	Total
	13 a 32 años	
Total	20	20

- **Criterios de inclusión**

- Mujeres (puérperas) de 13 a 32 años
- Mujeres (puérperas) primerizas
- Mujeres (puérperas) solteras
- Mujeres (puérperas) con más de 2 hijos
- Mujeres (puérperas) usuarias del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano-Huánuco 2024.

- **Criterios de exclusión**

- Mujeres menores de 13 años y mayores de 32 años
- Mujeres (puérperas) que no se atienden en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano-Huánuco 2024.
- Mujeres (puérperas) que padezcan de alguna discapacidad física o mental que limite su libre cooperación para llevar a cabo la aplicación del instrumento.

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.3.1. TÉCNICAS

Es un procedimiento de relación entre el investigador y el investigado para la obtención de datos e información que servirán para la elaboración o constatación de una investigación, siendo las más comunes la observación y la encuesta. (Pineda et al., 1994)

La encuesta: es la recopilación de datos o información, de forma directa, por los sujetos que participan en la investigación, brindando su información personal, ya sean opiniones, vivencias, experiencias y conocimientos. (Pineda et al., 1994)

TÉCNICAS	INSTRUMENTOS
Encuestas	-Cuestionarios

3.3.2. INSTRUMENTO

El cuestionario constituye uno de los métodos más utilizados para la recopilación de información en investigaciones sociales, ya que facilita el acceso a un número amplio de participantes. Además, permite explorar aspectos concretos del problema de estudio, incluyendo creencias, percepciones e ideas relevantes para el investigador. (Arribas, 2004).

El instrumento a utilizar para medir la variable es:

Inventario de depresión de Beck II (BDI-II)

FICHA TÉCNICA DEL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK II (BDI-II)

Nombre: Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II)

Autores: Aaron T. Beck, Robert A. Steer, & Geraldine K. Brown
(Adaptación colombiana: Andrés Carranza & Raúl Fernández)

Año de publicación: 1996 (original); 2020 (adaptación colombiana)

Población objetivo: Adultos y adolescentes mayores de 13 años

Objetivo: Evaluar la severidad de la depresión en adultos y adolescentes.

Descripción: El BDI-II es un cuestionario de autoadministración de 21 ítems que evalúa la severidad de la depresión en adultos y adolescentes. Los ítems se responden en una escala de 0 a 3, con puntuaciones totales que van de 0 a 63. Un puntaje de 0 a 9 se considera indicativo de ausencia de depresión, un puntaje de 10 a 16 se considera indicativo de depresión leve, un puntaje de 17 a 29 se considera indicativo de depresión moderada, y un puntaje de 30 a 63 se considera indicativo de depresión severa.

Propiedades psicométricas: La adaptación colombiana del BDI-II ha demostrado buena validez y confiabilidad en estudios realizados con muestras de adultos y adolescentes colombianos.

Usos: El BDI-II adaptado a Colombia se utiliza como herramienta de tamizaje y evaluación de la severidad de la depresión en diversos contextos, incluyendo atención primaria de salud, psicología clínica, y psiquiatría. También se puede utilizar en investigaciones sobre depresión.

Ventajas:

- Breve y fácil de administrar
- Autoadministrable
- Buena validez y confiabilidad
- Sensible a los cambios en la severidad de la depresión

Desventajas:

- No es un diagnóstico definitivo de depresión

- No evalúa todos los aspectos de la depresión
- Puede ser sensible a factores culturales

Tabla 3

Relación de expertos validadores del instrumento:

Nombres y Apellidos	Institución	Puntaje / Porcentaje
Julita Fernández Dávila Alfaro	Ministerio Público	38 / 90%
Félix Sobrado Chávez	Docente Universitario	36 / 80%
Maximiliana Celis Victorio	Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano	40 / 100%

3.4. TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Las técnicas empleadas para el tratamiento de los datos se iniciarán con la organización de la información recolectada a través del instrumento, la cual será registrada en una matriz base. Posteriormente, se procederá al análisis automatizado utilizando el software estadístico SPSS versión 26, que facilitará el procesamiento eficiente de los resultados.

Asimismo, se aplicará estadística descriptiva básica para examinar las variables del estudio, lo que permitirá sustentar las hipótesis planteadas. Este análisis incluirá el uso de indicadores como la distribución de frecuencias, medidas de tendencia central (media, moda), y de dispersión (desviación estándar), entre otros. Los resultados serán presentados mediante tablas y gráficos que reflejen de manera clara y ordenada los hallazgos obtenidos, listos para su interpretación.

Para el análisis e interpretación de datos se hará uso del paquete estadístico SPSS 26.

CAPITULO IV

RESULTADOS

4.1. PRESENTACIÓN EN TABLAS Y FIGURAS CON SU RESPECTIVA INTERPRETACIÓN

➤ Características de Riesgo

Tabla 4

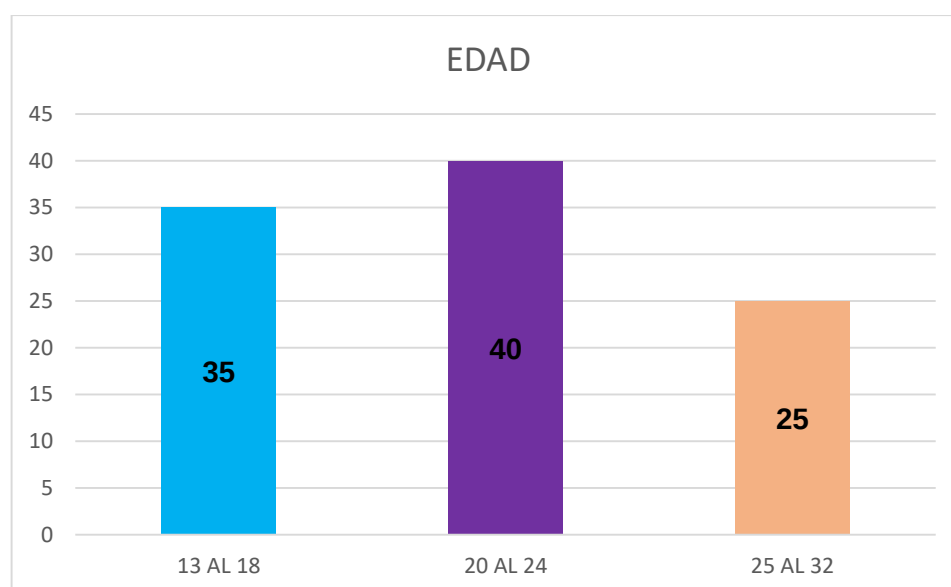
Distribución de la población sexo intervalo de edades

EDAD	F	%
13 AL 18	7	35
20 AL 24	8	40
25 AL 32	5	25
Total	20	100

Fuente. Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II)

Figura 1

Distribución de la población sexo intervalo de edades



Fuente. Tabla 4

Interpretación:

Según lo observado en la tabla 4, figura 1 se explica que las edades con mayor participación dentro de la investigación son de una muestra total de 20 puérperas de 13 a 32 años del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, en su mayoría se encuentran con intervalos de edades entre 20 a 24 años,

los cuales abarca un total de 8 puérperas (40%), mientras que la población con menor frecuencia fueron un total de 5 madres, con un intervalo de edades entre 25 a 32 años (25%).

Tabla 5

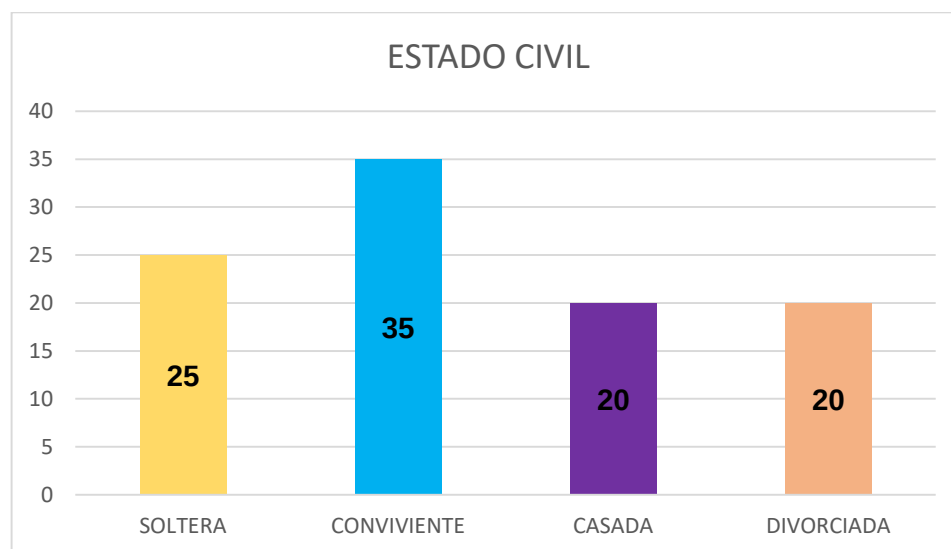
Distribución de la población según el estado civil

ESTADO CIVIL	f	%
SOLTERA	5	25
CONVIVIENTE	7	35
CASADA	4	20
DIVORCIADA	4	20
Total	20	100

Fuente. Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II)

Figura 2

Distribución de la población según el estado civil



Fuente. Tabla 5

Interpretación:

Según lo observado en la tabla 5, figura 2 se explica según el estado civil con mayor participación dentro de la investigación son de una muestra total de 20 puérperas del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, en su mayoría se encuentra en un estado de conviviente, los cuales abarca un total de 7 puérperas (35%), mientras que la población con menor frecuencia fueron un total de 4 madres, las cuales se encuentran en un estado de casada y divorciada (25%).

Tabla 6

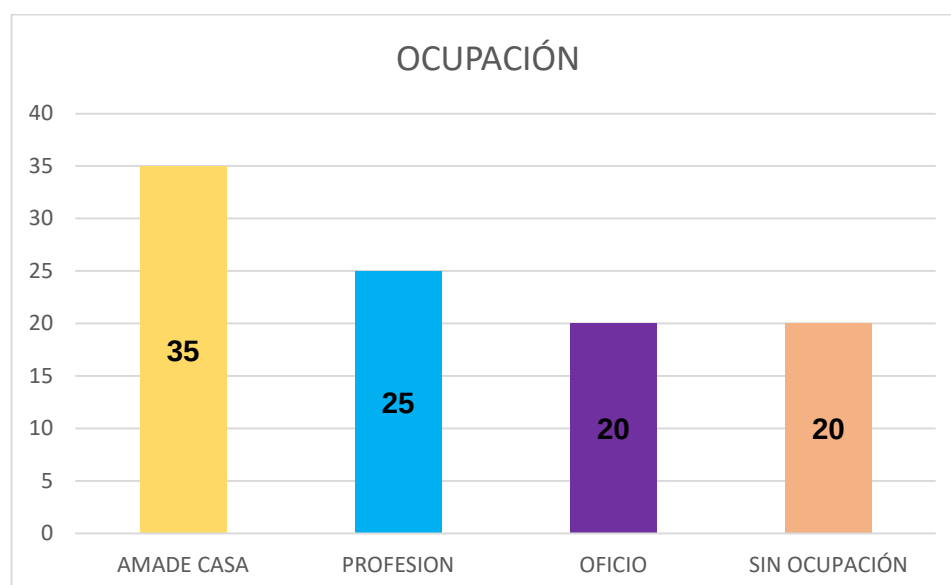
Distribución de la población según su ocupación

OCUPACIÓN	f	%
AMADE CASA	5	25
PROFESION	7	35
OFICIO	4	20
SIN OCUPACIÓN	4	20
Total	20	100

Fuente. Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II)

Figura 3

Distribución de la población según su ocupación



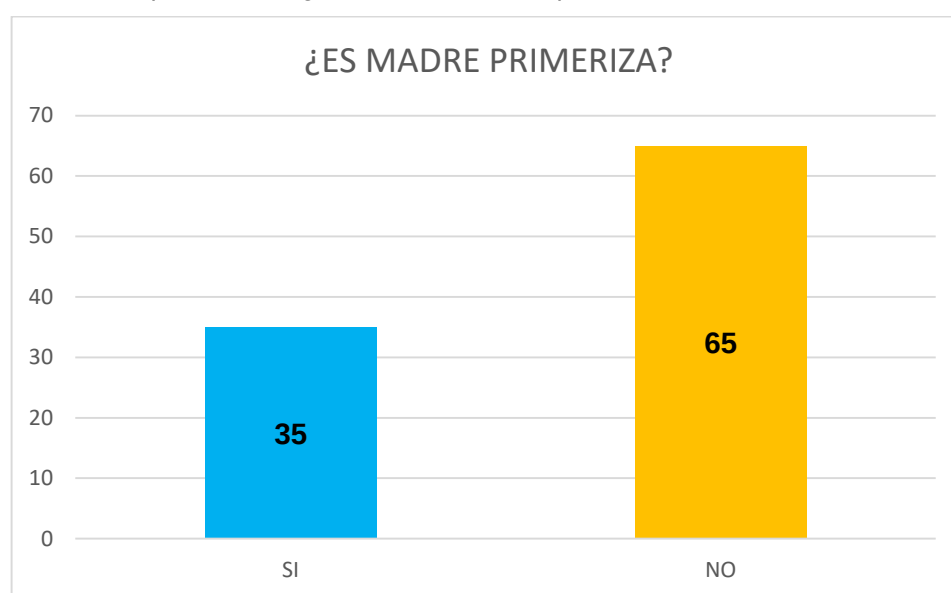
Fuente. Tabla 6

Interpretación:

Según lo observado en la tabla 6, figura 3 se explica según la ocupación con mayor participación dentro de la investigación son de una muestra total de 20 puérperas del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, en su mayoría se encuentran como ama de casa, los cuales abarca un total de 7 puérperas (35%), mientras que la población con menor frecuencia fueron un total de 4 madres, las cuales se encuentran ocupando algún tipo de oficio y la otra parte de ellas no tiene ningún tipo de ocupación (25%).

Tabla 7*Distribución de la población según si es o no madre primeriza*

¿ES MADRE PRIMERIZA?	f	%
SI	7	35
NO	13	65
Total	20	100

Fuente. Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II)**Figura 4***Distribución de la población según si es o no madre primeriza**Fuente.* Tabla 7**Interpretación:**

Según lo observado en la tabla 7, figura 4 se explica según el cuestionamiento ¿Es madre primeriza?, con mayor participación dentro de la investigación son de una muestra total de 20 puérperas del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, en su mayoría se encuentran en una situación en la que no son primerizas, los cuales abarca un total de 13 puérperas (65%), mientras que la población con menor frecuencia fueron un total de 7 madres, las cuales se encuentran en una situación de madres primerizas (35%).

Tabla 8

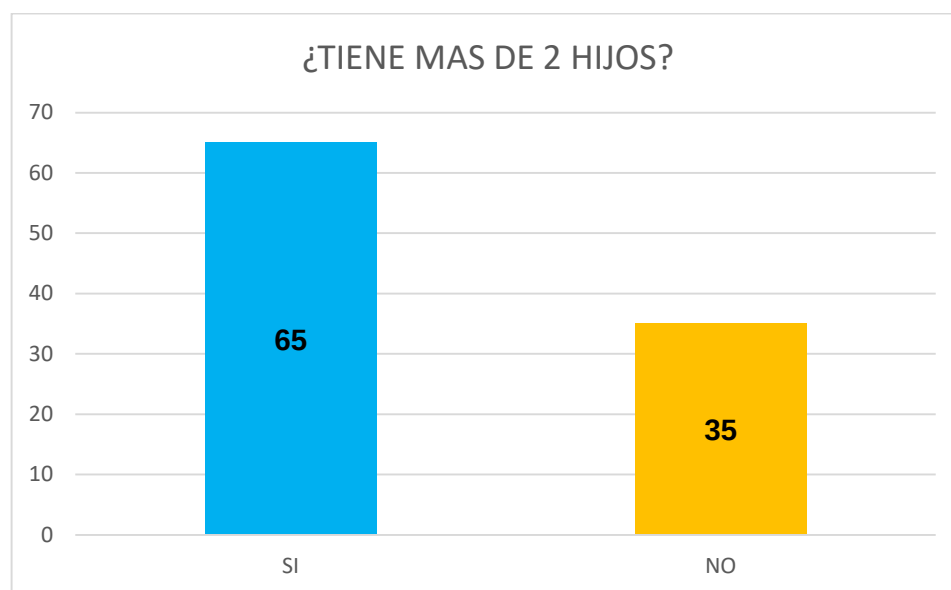
Distribución de la población según la cantidad de hijos

¿TIENE MAS DE 2 HIJOS?	f	%
SI	13	65
NO	7	35
Total	20	100

Fuente. Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II)

Figura 5

Distribución de la población según la cantidad de hijos



Fuente. Tabla 8

Interpretación:

Según lo observado en la tabla 8, figura 5 se explica según el cuestionamiento ¿Tiene más de dos hijos?, con mayor participación dentro de la investigación son de una muestra total de 20 puérperas del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, en su mayoría se encuentran en una situación en la que ya tienen dos hijos o más, los cuales abarca un total de 13 puérperas (65%), mientras que la población con menor frecuencia fueron un total de 7 madres, las cuales se encuentran en una situación en la que tuvieron a su primer hijo (35%).

Tabla 9

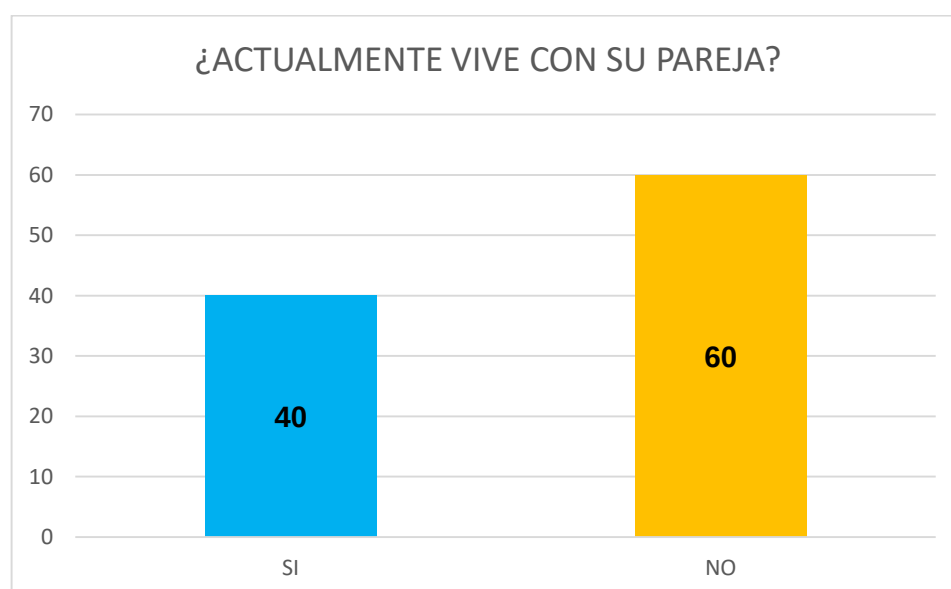
Distribución de la población según con quien convive la puérpera

¿ACTUALMENTE VIVE CON SU PAREJA?	f	%
SI	8	40
NO	12	60
Total	20	100

Fuente. Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II)

Figura 6

Distribución de la población según con quien convive la puérpera



Fuente. Tabla 9

Interpretación:

Tras lo detallado en la tabla 9, figura 6 se explica según el cuestionamiento ¿Actualmente vive con su pareja?, con mayor participación dentro de la investigación son de una muestra total de 20 puérperas del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, en su mayoría se encuentran en una situación en la que no viven con su pareja o padre de su hijo, los cuales abarca un total de 12 puérperas (60%), mientras que la población con menor frecuencia fueron un total de 8 madres, las cuales se encuentran en una situación en la que conviven con su pareja o padre de su hijo (40%).

Tabla 10

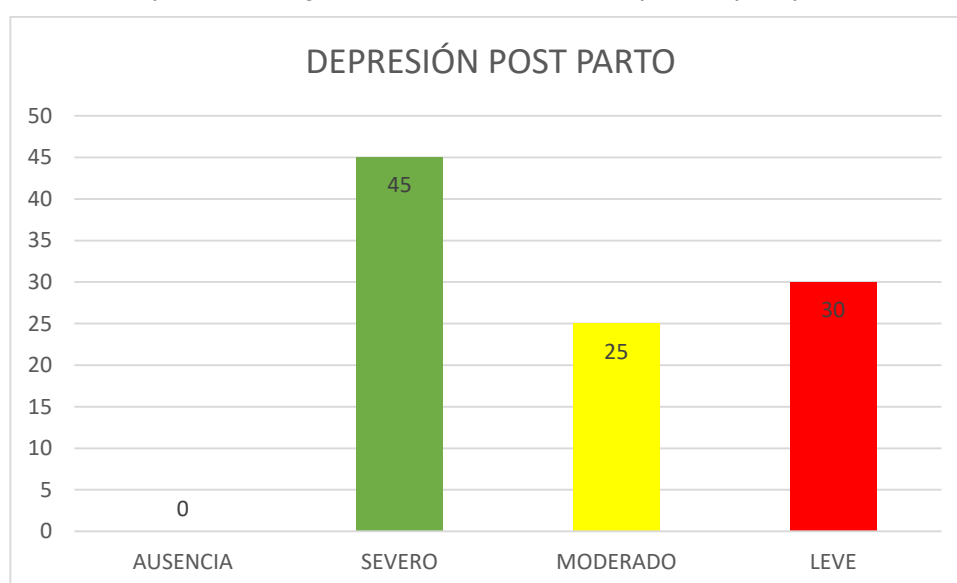
Distribución de la población según el nivel de la variable depresión post parto

DEPRESION POST PARTO	f	%
AUSENCIA	0	0
SEVERO	9	45
MODERADO	5	25
LEVE	6	30
Total	20	100

Fuente. Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II)

Figura 7

Distribución de la población según el nivel de la variable depresión post parto



Fuente. Tabla 10

Interpretación:

Tras lo detallado en la tabla 10, figura 7 se explica según el nivel de la depresión post parto, con mayor participación dentro de la investigación son de una muestra total de 20 puérperas del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, en su mayoría se encuentran en un nivel severo, los cuales abarca a un total de 9 puérperas (45%), caracterizada por síntomas depresivos que oscilan entre una intensidad moderada y severa. Esta alteración emocional suele aparecer en las primeras semanas posteriores al parto, la cual se presenta como una dificultad para realizar las tareas en el trabajo o en la casa, esta no puede cuidar de sí misma ni de su bebé, mientras que la población con menor frecuencia se encuentra en un nivel moderado con un total de 5

madres (35%). Es por ello que luego de los resultados hallados, negamos la hipótesis nula y aceptamos la hipótesis alterna, en la cual afirmamos la existencia de un nivel severo.

Tabla 11

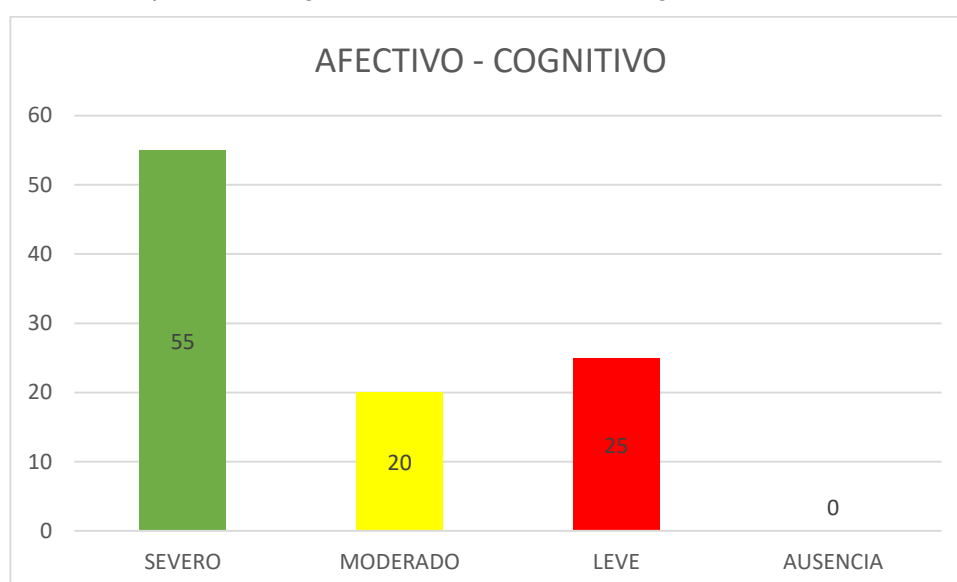
Distribución de la población según la dimensión afectivo - cognitivo

AFFECTIVO - COGNITIVO	f	%
SEVERO	11	55
MODERADO	4	20
LEVE	5	25
AUSENCIA	0	0
Total	20	100

Fuente. Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II)

Figura 8

Distribución de la población según la dimensión afectivo - cognitivo



Fuente. Tabla 11

Interpretación:

Según lo observado en la tabla 11, figura 8 se explica según el nivel de la dimensión afectivo - cognitivo, con mayor participación dentro de la investigación son de una muestra total de 20 puérperas del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, en su mayoría se encuentran en un nivel severo, los cuales abarca a un total de 11 puérperas (55%), la cual se caracteriza por afectar el aspecto de las emociones y sensaciones, mientras que cognitivo se refiere a las funciones mentales quienes son los responsables del estado de

ánimo que se muestra dentro de un entorno, mientras que la población con menor frecuencia se encuentran en un nivel leve con un total de 4 madres (20%). Es por ello que luego de los resultados hallados, negamos la hipótesis nula y aceptamos la hipótesis alterna, en la cual afirmamos la existencia de un nivel severo en la dimensión afectivo-cognitivo.

Tabla 12

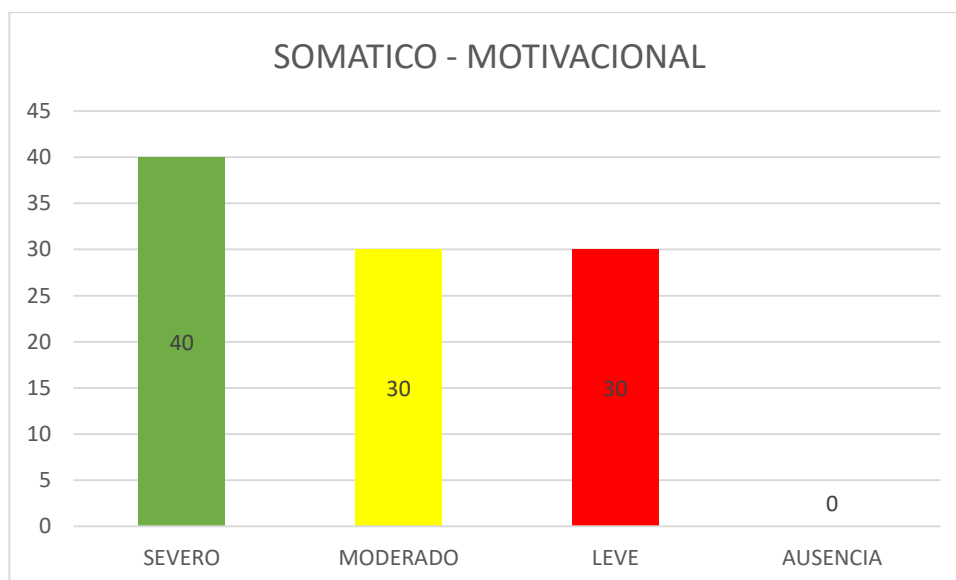
Distribución de la población según la dimensión somático - motivacional

SOMATICO - MOTIVACIONAL	f	%
SEVERO	8	40
MODERADO	6	30
LEVE	6	30
AUSENCIA	0	0
Total	20	100

Fuente. Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II)

Figura 9

Distribución de la población según la dimensión somático - motivacional



Fuente. Tabla 12

Interpretación:

Según lo observado en la tabla 12, figura 8 se explica según el nivel de la dimensión somático - motivacional, con mayor participación dentro de la investigación son de una muestra total de 20 puérperas del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, en su mayoría se encuentran en un nivel severo, los cuales abarca a un total de 8 puérperas (40%), la cual se manifiesta como

una alteración profunda en los procesos mentales, emocionales y conductuales, cuya intensidad puede llegar a interferir significativamente en la capacidad de la persona para realizar tareas cotidianas o mantener su rutina habitual, mientras que la población con menor frecuencia se encuentran en un nivel leve y moderado con un total de 6 madres (30%). Es por ello que luego de los resultados hallados, negamos la hipótesis nula y aceptamos la hipótesis alterna, en la cual afirmamos la existencia de un nivel severo en la dimensión somático-motivacional.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

Durante la ejecución de esta investigación se propuso como objetivo general determinar el nivel de depresión post parto en mujeres con factores de riesgo del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano-Huánuco, los resultados obtenidos luego de la aplicación del instrumento fueron que en su mayoría se encuentra en un nivel severo con 9 puérperas (45%), con estos resultados negamos la hipótesis nula y aceptamos la hipótesis alterna, en la cual afirmamos la existencia de un nivel alto. Estos resultados encontrados son similares a los obtenidos por Ramos (2022), el cual concluye que los niveles de depresión post parto son altos en puérperas, las cuales se encontraron en el 50.9% de casos. Dichos resultados se acopla de manera coherente con la teoría cognitiva de la depresión propuesta por Aaron Beck. Según este enfoque, los episodios depresivos se originan y mantienen a partir de la activación de esquemas cognitivos disfuncionales, los cuales conducen a interpretaciones negativas sobre uno mismo, el entorno y el futuro. En el contexto puerperal, tales esquemas podrían intensificarse debido a los cambios físicos, emocionales y sociales propios del posparto, generando pensamientos automáticos de incapacidad, culpa o desesperanza que favorecen la aparición de sintomatología depresiva. De este modo, los hallazgos de la investigación respaldan empíricamente la propuesta teórica de Beck, al evidenciar que la presencia de factores de riesgo en las madres puérperas puede activar patrones cognitivos negativos que incrementan la vulnerabilidad a desarrollar depresión post parto.

Los resultados obtenidos en relación con el primer objetivo específico, orientado a identificar el nivel de depresión post parto en mujeres con factores de riesgo del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano–Huánuco, evidenciaron que la mayoría de las puérperas presentan un nivel alto de depresión post parto en su dimensión afectivo-cognitiva, con un 55% de los casos. Estos resultados permiten rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis alterna, afirmando la existencia de un nivel elevado de afectación emocional y cognitiva. Este hallazgo difiere de lo reportado por Almanza y

Parillo (2023), quienes encontraron que solo el 22% de las mujeres evaluadas presentaban depresión, lo que sugiere que las condiciones contextuales y los factores de riesgo presentes en la población huanuqueña podrían intensificar la vulnerabilidad emocional durante el puerperio. Este resultado, sin embargo, se alinea con la definición de la Organización Mundial de la Salud (2014), la cual describe la depresión como una alteración psicológica que compromete significativamente el estado emocional, el interés por las actividades cotidianas y la autovaloración. Desde la perspectiva teórica de Aaron Beck, estos resultados se acoplan al modelo cognitivo de la depresión, en tanto que la dimensión afectivo-cognitiva refleja la activación de esquemas mentales disfuncionales que distorsionan la interpretación de la realidad, generando pensamientos automáticos negativos sobre sí mismas, el entorno y el futuro. Dichos procesos cognitivos explican la presencia de sentimientos de culpa, tristeza y desesperanza observados en las puérperas con niveles altos de depresión, lo que confirma la pertinencia del enfoque cognitivo para comprender las manifestaciones psicológicas del posparto.

Respecto al segundo objetivo específico, orientado a describir el nivel de depresión post parto en mujeres con factores de riesgo del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano–Huánuco, los resultados mostraron que el 40% de las puérperas presentan un nivel alto en la dimensión somático–motivacional, lo que llevó a rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis alterna, confirmando la existencia de manifestaciones depresivas significativas en esta dimensión. Estos hallazgos guardan similitud con los obtenidos por Chávez (2021), quien reportó que el 86.8% de las puérperas adolescentes experimentaron un estado depresivo, reflejando la frecuencia y severidad de los síntomas físicos y motivacionales asociados a esta condición. Asimismo, concuerdan con la definición de la Asociación Psiquiátrica Americana (2003), que describe la depresión como un trastorno que afecta de manera integral el cuerpo, la mente y los ritmos biológicos esenciales, tales como el sueño, la vigilia y la alimentación. En coherencia con la teoría cognitiva de Aaron Beck, los resultados se integran con su planteamiento al evidenciar cómo los esquemas cognitivos negativos influyen no solo en los procesos de pensamiento, sino también en las respuestas fisiológicas y motivacionales del

individuo. En este sentido, la presencia de fatiga, desinterés, alteraciones del sueño y pérdida de energía observadas en las puérperas podrían comprenderse como manifestaciones somáticas derivadas de la interacción entre pensamientos automáticos negativos y la desregulación emocional, reafirmando la validez del modelo cognitivo para explicar la relación entre los componentes mentales y somáticos de la depresión post parto.

CONCLUSIONES

- Se concluye que el 45%, de una muestra total de 20 puérperas del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, se encuentran en un nivel alto, aceptando la hipótesis alterna, el cual nos indica que los síntomas de este trastorno duran más tiempo y son más graves, los cuales afectan el estado de ánimo, sentirse ansiosas o abrumadas, sufrir crisis de llanto en cortos o largos periodos de tiempo, también la pérdida de apetito o dificultad para dormir, el denominado insomnio.
- Se concluye que el 55%, de una muestra total de 20 puérperas del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, se encuentran en un nivel alto en su dimensión Cognitivo-Afectivo, aceptando la hipótesis alterna, el cual nos indica que este se caracteriza por la producción molestias, relacionado con los pensamientos y emociones.
- Se concluye que el 40 % de las participantes, dentro de una muestra compuesta por 20 mujeres puérperas atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, presentan un nivel elevado en la dimensión Somático–Motivacional. Este hallazgo permite validar la hipótesis alternativa, al evidenciar la presencia de síntomas físicos sin una causa orgánica identificable, los cuales inciden de manera parcial en el comportamiento y en el funcionamiento general de las personas evaluadas.

RECOMENDACIONES

➤ **Al Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano**

- Se recomienda al nosocomio la implementación de departamentos psicológicos, los cuales serán beneficiosos para la calidad y salud mental de cada una de las puérperas, además de departamentos o contratación de personal, para el seguimiento de casos
- Programas como talleres de prevención en las cuales los estudiantes podrían convertirse en herramientas para así afrontar la depresión en cuanto sea esta una enfermedad presente en toda situación.
- Crear alianzas con las municipalidades o gobiernos locales, instituciones públicas o privadas los cuales podrán realizar talleres, ferias, charlas de prevención de una baja autoestima, la cual afecta el desarrollo personal del estudiante.
- Crear conciencia dentro de la población en general de la importancia de lograr o poder alcanzar un nivel óptimo de la salud mental, para conocer la importancia de la prevención de esta enfermedad.
- Aplicar escalas, como tamizajes para conocer la existencia del nivel de depresión post parto, además de realizar entrevistas breves para la detección de síntomas emocionales durante esta etapa de su vida.
- Promover la participación activa de la población, en cuanto al cuidado de las madres gestantes, mediante las vistas a departamentos psicológicos tanto públicos y privados.

➤ **A la Universidad de Huánuco**

- Se sugiere a los estudiantes a planear o ejecutar diversas investigaciones de índole experimental y no experimental las cuales serán de mayor beneficio con el fin de incentivar la curiosidad para la investigación.

- Brindar a los estudiantes las facilidades necesarias para el acceso a diferentes instituciones tanto públicas y privadas, los cuales facilitaran un mejor trabajo, mediante las alianzas estratégicas.
- Brindar a los estudiantes herramientas de soporte emocional, el cual pueda brindar mejorar la calidad de vida de la población, enfocándose en madres gestantes promoviendo un acompañamiento emocional durante esta etapa del embarazo y puerperio.

➤ **A los estudiantes de psicología**

- Cumplir con la misión y visión que orienta nuestra casa de estudios, reconociendo la investigación como un pilar esencial en la formación profesional. Este compromiso impulsa la generación de soluciones innovadoras que respondan a las necesidades sociales y contribuyan al desarrollo colectivo.
- Realizar campañas informativas dando a conocer temas como el cambio emocional y patológico luego del parto, con el fin de que las puérperas conozcas posibles escenarios y logren poder resolverlos en compañía de su familia

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almanza, & Parillo. (2023). *Estrés percibido y la depresión post parto en funcionarias del sector público de la provincia de Arequipa, marzo 2022* [Tesis, Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa]. Repositorio UNSA.
<https://repositorio.unsa.edu.pe/server/api/core/bitstreams/FE461283-634D-4F38-9D8B-8131EBEE1048/content>
- Cattay, et al. (2019). *Consumo de ácidos grasos poliinsaturados omega-3 y omega-6 de origen dietario, lactancia y riesgo de depresión postparto en mujeres de la ciudad de Córdoba* [Tesis, Universidad Nacional de Córdoba]. RDU UNC.
<https://rdu.unc.edu.ar/bitstream/handle/11086/14201/TIL%20AG%20-%20LACTANCIA%20-%20DPP.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Castillo. (2024). *Depresión post parto y funcionalidad familiar en mujeres del barrio Motupe de la ciudad de Loja* [Tesis, Universidad Nacional de Loja]. DSpace UNL.
https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/29936/1/GERARDOELIAN_CASTILLOESPINOSA.pdf
- Chávez. (2021). *Factores sociales en la depresión post parto en madres adolescentes. Hospital II-E Simón Bolívar, 2020* [Tesis, Universidad Nacional de Cajamarca]. Repositorio UNC.
<https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14074/4304/TESIS%20ROSITA%20CHAVEZ%20PORTAL%20SB.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Cueva. (2022). *Depresión post parto en madres con parto normal y cesárea en los centros de salud de Loja* [Tesis, Universidad Nacional de Loja]. DSpace UNL.
<https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/25079/1/BRAADD%20KLEVER%20CUEVA%20MENDOZA.PDF>
- Inocencio, & Salazar. (2019). *Disfuncionalidad familiar, paridad y autoestima asociados a la depresión postparto en puérperas adolescentes atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, 2019*

- [Tesis, Universidad Nacional Hermilio Valdizán]. RENATI.
<https://renati.sunedu.gob.pe/handle/SUNEDU/3391655>
- Paolantonio, et al. (2023). *Incidencia de la depresión postparto y factores de riesgo asociados en madres cordobesas (Argentina)* [Trabajo académico, Universidad Nacional de La Plata]. SEDICI UNLP.
https://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/163111/documento_completo.pdf-PDFA.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 (Si prefieres el handle: <https://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/163111>)
- Pineda, E., de Alvarado, E., & de Canales, F. (1994). *Metodología de la investigación: Manual para el desarrollo de personal de salud* (2.ª ed.). Organización Panamericana de la Salud.
- Ramos. (2020). *Depresión postparto asociada a la planificación del embarazo en adolescentes primigestas, atendidas en el Centro de Salud “Aparicio Pomares” – Huánuco, 2019* [Tesis, Universidad Nacional Hermilio Valdizán]. RENATI.
<https://renati.sunedu.gob.pe/handle/SUNEDU/3394219>
- Ramos. (2022). *Factores de riesgo asociados a la depresión post parto en puérperas del Hospital Goyeneche de la ciudad de Arequipa, 2022* [Tesis, Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa]. Repositorio UNSA.
<https://repositorio.unsa.edu.pe/server/api/core/bitstreams/686EC3F7-1063-4408-9082-1775E0156356/content>
- Vásquez, B. (2019). *Determinar la depresión post parto en adolescentes puérperas atendidas en el Centro de Salud Materno Infantil Perú Corea – Pachacútec – Ventanilla 2019* [Tesis, Universidad César Vallejo]. Repositorio UCV.
<https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/47116>

COMO CITAR ESTE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Benites Bustamante, M. (2025). *Nivel de depresión post parto en mujeres con factores de riesgo del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco-2024* [Tesis de pregrado, Universidad de Huánuco]. Repositorio Institucional UDH. <http://...>

ANEXOS

ANEXO 1

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPOTESIS	VARIABLE	METODOLOGIA
Problema general ¿Cuál es el nivel de depresión post parto en mujeres con factores de riesgo del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano-Huánuco 2024?	Objetivo general Determinar el nivel de depresión post parto en mujeres con factores de riesgo del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano-Huánuco 2024	Hipótesis general Ha: Existe un nivel alto de depresión post parto en mujeres con factores de riesgo del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano-Huánuco 2024. Ho: No existe un nivel alto de depresión post parto en mujeres con factores de riesgo del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano-Huánuco 2024.	Variable Depresión Dimensiones Afectivo-cognitivo Somático motivacional	Tipo: Básica Enfoque: Cuantitativo Alcance: Descriptivo simple Diseño: M O <u>Donde:</u> M= Muestra O= Observación de la muestra Población y muestra: Población= 25 Muestra=20 Técnica El cuestionario Inventario de depresión de Beck II (BDI-II)
Problemas específicos ¿cuál es el nivel de depresión post parto en la dimensión afectivo-cognitivo en mujeres con factores de riesgo del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano-Huánuco 2024? ¿Cuál es el nivel de depresión post parto en la dimensión somático-motivacional en mujeres con factores de riesgo del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano-Huánuco 2024?	Objetivos específicos Identificar el nivel de depresión post parto en la dimensión afectivo-cognitivo en mujeres con factores de riesgo del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano-Huánuco 2024. Describir el nivel de depresión post parto en la dimensión somático-motivacional en mujeres con factores de riesgo del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano-Huánuco 2024.	Hipótesis específicas Ha1: Existe un nivel alto de depresión post parto en la dimensión afectivo-cognitivo en mujeres con factores de riesgo del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano-Huánuco 2024. Ho1: No existe un nivel alto de depresión post parto en la dimensión afectivo-cognitivo en mujeres con factores de riesgo del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano-Huánuco 2024. Ha2: Existe un nivel alto de depresión post parto en la dimensión somático-motivacional en mujeres con factores de riesgo del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano-Huánuco 2024. Ho2: No existe un nivel alto de depresión post parto en la dimensión somático-motivacional en mujeres con factores de riesgo del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano-Huánuco 2024.		

ANEXO 2

INSTRUMENTOS PARA RECOLECCIÓN DE DATOS

INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK

NOMBRE COMPLETO:

EDAD:..... ESTADO CIVIL:.....

OCUPACIÓN:.....

¿ES MADRE PRIMERA? SÍ ☐ NO ☐

¿TIENE MÁS DE 2 HIJOS? SÍ ☐ NO ☐

¿ACTUALMENTE VIVE CON SU PAREJA? SÍ ☐ NO ☐

1. Tristeza 0. No me siento triste. 1. Me siento triste gran parte del tiempo 2. Me siento triste todo el tiempo. 3. Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo. 2. Pesimismo 0. No estoy desalentado respecto del mi futuro. 1. Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo. 2. No espero que las cosas funcionen para mí. 3. Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar. 3. Fracaso 0. No me siento como un fracasado. 1. He fracasado más de lo que hubiera debido. 2. Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos. 3. Siento que como persona soy un fracaso total. 4. Pérdida de Placer 0. Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto. 1. No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo. 2. Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar. 3. No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.	6. Sentimientos de Castigo 0. No siento que este siendo castigado 1. Siento que tal vez pueda ser castigado. 2. Espero ser castigado. 3. Siento que estoy siendo castigado. 7. Disconformidad con uno mismo. 0. Siento acerca de mí lo mismo que siempre. 1. He perdido la confianza en mí mismo. 2. Estoy decepcionado conmigo mismo. 3. No me gusta a mí mismo. 8. Autocrítica 0. No me critico ni me culpo más de lo habitual 1. Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo 2. Me critico a mí mismo por todos mis errores 3. Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede. 9. Pensamientos o Deseos Suicidas 0. No tengo ningún pensamiento de matarme. 1. He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría 2. Querría matarme 3. Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.
---	--

5. Sentimientos de Culpa 0. No me siento particularmente culpable. 1. Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho. 2. Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo. 3. Me siento culpable todo el tiempo.	10. Llanto 0. No lloro más de lo que solía hacerlo. 1. Lloro más de lo que solía hacerlo 2. Lloro por cualquier pequeñez. 3. Siento ganas de llorar, pero no puedo.
11. Agitación 0. No estoy más inquieto o tenso que lo habitual. 1. Me siento más inquieto o tenso que lo habitual. 2. Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto 3. Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo. 12. Pérdida de Interés 0. No he perdido el interés en otras actividades o personas. 1. Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas. 2. He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas. 3. Me es difícil interesarme por algo. 13. Indecisión 0. Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre. 1. Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones 2. Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones. 3. Tengo problemas para tomar cualquier decisión. 14. Desvalorización 0. No siento que yo no sea valioso 1. No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme 2. Me siento menos valioso cuando me comparo con otros. 3. Siento que no valgo nada. 15. Pérdida de Energía 0. Tengo tanta energía como siempre. 1. Tengo menos energía que la que solía tener. 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado	17. Irritabilidad 0. No estoy tan irritable que lo habitual. 1. Estoy más irritable que lo habitual. 2. Estoy mucho más irritable que lo habitual. 3. Estoy irritable todo el tiempo. 18. Cambios en el Apetito 0. No he experimentado ningún cambio en mi apetito. 1a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual. 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual. 2a. Mi apetito es mucho menor que antes. 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual 3a. No tengo apetito en absoluto. 3b. Quiero comer todo el día. 19. Dificultad de Concentración 0. Puedo concentrarme tan bien como siempre. 1. No puedo concentrarme tan bien como habitualmente 2. Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo. 3. Encuentro que no puedo concentrarme en nada. 20. Cansancio o Fatiga 0. No estoy más cansado o fatigado de lo habitual 1. Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual. 2. Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer. 3. Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

3. No tengo energía suficiente para hacer nada. 16. Cambios en los Hábitos de Sueño 0. No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño. 1a. Duermo un poco más que lo habitual. 1b. Duermo un poco menos que lo habitual. 2a Duermo mucho más que lo habitual. 2b. Duermo mucho menos que lo habitual 3^a. Duermo la mayor parte del día 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme	21. Pérdida de Interés en el Sexo 0. No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo. 1. Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo. 2. Estoy mucho menos interesado en el sexo. 3 He perdido completamente el interés en el sexo. <u>Puntaje Total:</u>
---	---

ANEXO 3

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO



UDH
UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE PSICOLOGÍA



VALIDACIÓN DE DATOS DEL INSTRUMENTO

EVALUADOR: Mg. Felix Duño Soerado Chavez.
 PROFESIÓN: Psicólogo N° DE COLEGIATURA: 14238
 INSTITUCIÓN DONDE TRABAJA: Psicólogo Docente - UDH
 CARGO QUE DESEMPEÑA: Docente
 NOMBRE DEL INSTRUMENTO: INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK TII

N°	INDICADORES	CRITERIOS	PUNTUACIÓN			
			1	2	3	4
1	Claridad	Está formulado con lenguaje apropiado				X
2	Consistencia	Basado en aspectos teóricos científicos				X
3	Objetividad	Está expresado en conductas observables				X
4	Actualidad	Adecuado al avance de la ciencia				X
5	Organicidad	Existe organización lógica				X
6	Suficiencia	Comprende los aspectos en calidad y cantidad				X
7	Intencionalidad	Adecuado para valorar lo que el investigador desea estudiar				X
8	Coherencia	Existe relación lógica entre el problema y los objetivos				X
9	Metodología	Responde al propósito de la investigación				X
10	Pertenencia	Es útil y adecuado para la investigación				X

4	Excelente (76% - 100%)	30-40
3	Bueno (51% - 75%)	22-29
2	Regular (26% - 50%)	11-21
1	Deficiente (01% - 25%)	00-10

36 pto.

Resultado: Aplicable ☒ Aplicable después de corregir () No aplicable ()

Lugar y fecha: Huánuco, 14 de Julio 2024.

FIRMA/SELLO DEL VALIDADOR

VALIDACIÓN DE DATOS DEL INSTRUMENTO

EVALUADOR: MAXIMILIANA CELIS VICTORIO

PROFESIÓN: PSICÓLOGA N° DE COLEGIATURA: 28094

INSTITUCIÓN DONDE TRABAJA: HOSPITAL REGIONAL HERMILO VALDIZAMA

CARGO QUE DESEMPEÑA: PSICOLOGA

NOMBRE DEL INSTRUMENTO: INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK III

N°	INDICACIONES	CRITERIOS	PUNTUACION			
			1	2	3	4
1	Claridad	Está formulado con lenguaje apropiado				
2	Consistencia	Basado en aspectos teóricos científicos				X
3	Objetividad	Esta expresado en conductas observables				X
4	Actualidad	Adecuado al avance de la ciencia				X
5	Organicidad	Existe organización lógica				X
6	Suficiencia	Comprende los aspectos en calidad y cantidad				X
7	Intencionalidad	Adecuado para valorar lo que el investigador desea estudiar				X
8	Coherencia	Existe relación lógica entre el problema y los objetivos				X
9	Metodología	Responde al propósito de la investigación				X
10	Pertinencia	Es útil y adecuado para la investigación				X

4	Excelente (76% - 30-40)
3	Bueno (51% - 75%) 22-32
2	Regular (26% - 50%) 11-21
1	Deficiente (01% - 25%) 00-10

RESULTADO: Aplicable (X) Aplicable después de corregir () No aplicable ()

Lugar y fecha: Huánuco, 19 de Julio de 2021.



Mg. Maximiliana Celis Victorio
 NEUROPSICÓLOGA
 RNE 604

FIRMA/SELLO DEL VALIDADOR

VALIDACIÓN DE DATOS DEL INSTRUMENTO

EVALUADOR: Mg. JULITA FERNANDEZ - DAVILA ALFARO

PROFESIÓN: Psicóloga N° DE COLEGIATURA: 13369

INSTITUCIÓN DONDE TRABAJA: MINISTERIO PUBLICO

CARGO QUE DESEMPEÑA: Psicóloga - UDAVIT

NOMBRE DEL INSTRUMENTO: INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK II

N°	INDICACIONES	CRITERIOS	PUNTUACION			
			1	2	3	4
1	Claridad	Está formulado con lenguaje apropiado				X
2	Consistencia	Basado en aspectos teóricos científicos			X	
3	Objetividad	Esta expresado en conductas observables			X	
4	Actualidad	Adecuado al avance de la ciencia				X
5	Organicidad	Existe organización lógica			X	
6	Suficiencia	Comprende los aspectos en calidad y cantidad			X	
7	Intencionalidad	Adecuado para valorar lo que el investigador desea estudiar				X
8	Coherencia	Existe relación lógica entre el problema y los objetivos			X	
9	Metodología	Responde al propósito de la investigación				X
10	Pertinencia	Es útil y adecuado para la investigación				X

4	Excelente (76% - 30-40)	(35)
3	Bueno (51% - 75%)	22-32
2	Regular (26% - 50%)	11-21
1	Deficiente (01% - 25%)	00-10

RESULTADO: Aplicable (X) Aplicable después de corregir () No aplicable ()

Lugar y fecha: Huánuco, 15 Julio de 2024


Mg. Julita Fernandez Davila Alfaro
PSICOLOGA C.P. N° 13369

FIRMA/SELLO DEL VALIDADOR

ANEXO 4

**AUTORIZACIÓN DE TRABAJO EN EL HOSPITAL REGIONAL
HERMILIO VALDIZÁN**

**SOLICITO: Permiso para realizar Trabajo de
Investigación.**

- **PSIC. LINCOLN ABRAHAM MIRAVAL TARAZONA**

Jefe del Departamento de Psicología del Hospital Regional Hermilio Valdizán
Medrano.

- **PSIC. LUZ ELIZABETH GARCÍA ALVARADO**

Encargada del Área de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Hermilio
Valdizán Medrano.

Yo, **Miriam Zully Benites Bustamante**,
identificada con **DNI N° 71301825**, con
domicilio en Jr. Las Garzas Mz. J, Lt. 9 –
Huayopampa.

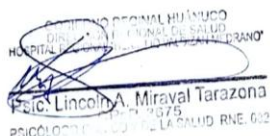
Ante Uds. respetuosamente me presento y
expongo:

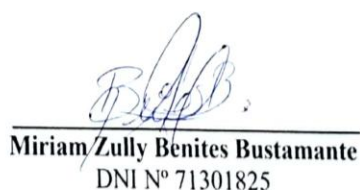
Que habiendo culminado la carrera profesional de **PSICOLOGÍA** en la
Universidad de Huánuco (UDH), solicito a Uds. permiso para realizar el trabajo de
Investigación en el área de Obstetricia y Ginecología sobre, “**PREVALENCIA Y
FACTORES DE RIESGO EN DEPRESIÓN POST PARTO EN PACIENTES DE 13 A
32 AÑOS**”, para optar el título profesional de licenciado en Psicología.

POR LO EXPUESTO:

Ruego a usted acceder a mi solicitud.

Huánuco, 04 de septiembre del 2024


PSIC. Lincoln A. Miraval Tarazona
DNI N° 71301825
PSICÓLOGO RNE. 002


Miriam Zully Benites Bustamante
DNI N° 71301825

ANEXO 5

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación es conducida por Benites Bustamante, Miriam Zully **bachiller** en Psicología de la Universidad de Huánuco, autor (a) de la investigación titulada: **"NIVEL DE DEPRESIÓN POST PARTO EN MUJERES CON FACTORES DE RIESGO DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO, HUÁNUCO-2024"**. Cuyo objetivo es recolectar datos para mi trabajo de investigación (tesis). Con el fin de optar el **Título de Licenciada en Psicología**.

Se firma el presente, habiendo accedido a participar en este estudio, conociendo los objetivos y fines de la investigación, y procediendo a desarrollar el instrumento denominado INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK III.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria.

La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Las respuestas son anónimas, por lo que no se está consignando los nombres ni apellidos en el instrumento.

Lugar y fecha: Huánuco 16 Set 24.



FIRMA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación es conducida por Benites Bustamante, Miriam Zulffy **bachiller** en Psicología de la Universidad de Huánuco, autor (a) de la investigación titulada: **"NIVEL DE DEPRESIÓN POST PARTO EN MUJERES CON FACTORES DE RIESGO DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILO VALDIZÁN MEDRANO, HUÁNUCO-2024"**. Cuyo objetivo es recolectar datos para mi trabajo de investigación (tesis). Con el fin de optar el **Título de Licenciada en Psicología**.

Se firma el presente, habiendo accedido a participar en este estudio, conociendo los objetivos y fines de la investigación, y procediendo a desarrollar el instrumento denominado **INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK III**.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria.

La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Las respuestas son anónimas, por lo que no se está consignando los nombres ni apellidos en el instrumento.

Lugar y fecha: Huanuco - 16 Set 2024



FIRMA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación es conducida por Benites Bustamante, Miriam Zully **bachiller** en Psicología de la Universidad de Huánuco, autor (a) de la investigación titulada: **"NIVEL DE DEPRESIÓN POST PARTO EN MUJERES CON FACTORES DE RIESGO DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO, HUÁNUCO-2024"**. Cuyo objetivo es recolectar datos para mi trabajo de investigación (tesis). Con el fin de optar el **Título de Licenciada en Psicología**.

Se firma el presente, habiendo accedido a participar en este estudio, conociendo los objetivos y fines de la investigación, y procediendo a desarrollar el instrumento denominado INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK III.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria.

La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Las respuestas son anónimas, por lo que no se está consignando los nombres ni apellidos en el instrumento.

Lugar y fecha: Huánuco 18 Setiembre 2024.



FIRMA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

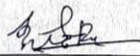
La presente investigación es conducida por Benites Bustamante, Miriam Zully **bachiller** en Psicología de la Universidad de Huánuco, autor (a) de la investigación titulada: **"NIVEL DE DEPRESIÓN POST PARTO EN MUJERES CON FACTORES DE RIESGO DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILO VALDIZÁN MEDRANO, HUÁNUCO-2024"**. Cuyo objetivo es recolectar datos para mi trabajo de investigación (tesis). Con el fin de optar el **Título de Licenciada en Psicología**.

Se firma el presente, habiendo accedido a participar en este estudio, conociendo los objetivos y fines de la investigación, y procediendo a desarrollar el instrumento denominado INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK III.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria.

La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Las respuestas son anónimas, por lo que no se está consignando los nombres ni apellidos en el instrumento.

Lugar y fecha: Huánuco 17/09/24



FIRMA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación es conducida por Benites Bustamante, Miriam Zully **bachiller** en Psicología de la Universidad de Huánuco, autor (a) de la investigación titulada: **"NIVEL DE DEPRESIÓN POST PARTO EN MUJERES CON FACTORES DE RIESGO DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO, HUÁNUCO-2024"**. Cuyo objetivo es recolectar datos para mi trabajo de investigación (tesis). Con el fin de optar el **Título de Licenciada en Psicología**.

Se firma el presente, habiendo accedido a participar en este estudio, conociendo los objetivos y fines de la investigación, y procediendo a desarrollar el instrumento denominado INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK III.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria.

La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Las respuestas son anónimas, por lo que no se está consignando los nombres ni apellidos en el instrumento.

Lugar y fecha: Huánuco 18 Setiembre 2024.



FIRMA

ANEXO 6

APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO

PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO EN DEPRESIÓN POST PARTO

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

NOMBRE COMPLETO: Q. T. J.
 EDAD: 28
 ESTADO CIVIL: Conviviente
 OCUPACIÓN: Ama de Casa
 ¿ES MADRE PRIMERIZA? SÍ ☒ NO ☐
 ¿TIENE MÁS DE 2 HIJOS? SÍ ☐ NO ☒
 ¿ACTUALMENTE VIVE CON SU PAREJA? SÍ ☒ NO ☐

1. Tristeza

- ① No me siento triste.
 1. Me siento triste gran parte del tiempo.
 2. Me siento triste todo el tiempo.
 3. Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

0. No estoy desalentado respecto de mi futuro.
 ① Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
 2. No espero que las cosas funcionen para mí.
 3. Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- ① No me siento como un fracasado.
 1. He fracasado más de lo que hubiera debido.
 2. Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
 3. Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

0. Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
 1. No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
 ② Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
 3. No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- ① No me siento particularmente culpable.
 1. Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
 2. Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
 3. Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- ① No siento que este siendo castigado.
 1. Siento que tal vez pueda ser castigado.
 2. Espero ser castigado.
 3. Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

0. Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
 ① He perdido la confianza en mí mismo.
 2. Estoy decepcionado conmigo mismo.
 3. No me gusto a mí mismo.

8. Autocrítica

0. No me critico ni me culpo más de lo habitual.
 1. Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo.
 ② Me critico a mí mismo por todos mis errores.
 3. Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- ① No tengo ningún pensamiento de matarme.
 1. He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría.
 2. Querría matarme.
 3. Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

0. No lloro más de lo que solía hacerlo.
 ① Lloro más de lo que solía hacerlo.
 2. Lloro por cualquier pequeñez.
 3. Siento ganas de llorar, pero no puedo.

PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO EN DEPRESIÓN POST PARTO

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

NOMBRE COMPLETO: C. R. R.

EDAD: 34

ESTADO CIVIL: Soltera

Ocupación: Ma de Casa

¿ES MADRE PRIMERIZA? SÍ ☐ NO ☒

¿TIENE MÁS DE 2 HIJOS? SÍ ☒ NO ☐

¿ACTUALMENTE VIVE CON SU PAREJA? SÍ ☐ NO ☒

1. Tristeza

- 0. No me siento triste.
- 1. Me siento triste gran parte del tiempo
- ② Me siento triste todo el tiempo.
- 3. Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0. No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1. Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- ② No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3. Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0. No me siento como un fracasado.
- 1. He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2. Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- ③ Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0. Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1. No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2. Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- ③ No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0. No me siento particularmente culpable.
- 1. Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
- 2. Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- ③ Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- 0. No siento que este siendo castigado
- ① Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2. Espero ser castigado.
- 3. Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

- 0. Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1. He perdido la confianza en mí mismo.
- ② Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3. No me gusto a mí mismo.

8. Autocrítica

- 0. No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1. Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2. Me critico a mí mismo por todos mis errores
- ③ Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0. No tengo ningún pensamiento de matarme.
- ① He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2. Querría matarme
- 3. Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

- 0. No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1. Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2. Lloro por cualquier pequeñez.
- ③ Siento ganas de llorar, pero no puedo.

11. Agitación

- 0. No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1. Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2. Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- ③ 3. Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12. Pérdida de Interés

- 0. No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- ① 1. Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2. He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3. Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0. Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- ① 1. Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2. Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3. Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0. No siento que yo no sea valioso
- ① 1. No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2. Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3. Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0. Tengo tanta energía como siempre.
- ① 1. Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0. No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1a. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- ② 2a. Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3a. Duermo la mayor parte del día
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

- 0. No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1. Estoy más irritable que lo habitual.
- 2. Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- ③ 3. Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- 0. No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- ① 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3a. No tengo apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

- 0. Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1. No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- ② 2. Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3. Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

- 0. No estoy más cansado o fatigado de lo habitual
- 1. Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- ② 2. Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- 3. Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

- 0. No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1. Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2. Estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3. He perdido completamente el interés en el sexo.
- ③ 3. He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total: 27 - D. moderada

11. Agitación

0. No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
① Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
2. Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
3. Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12. Pérdida de Interés

- ① No he perdido el interés en otras actividades o personas.
1. Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
2. He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
3. Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- ① Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
1. Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
2. Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
3. Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- ① No siento que yo no sea valioso
1. No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme
2. Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
3. Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- ① Tengo tanta energía como siempre.
1. Tengo menos energía que la que solía tener.
2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

0. No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
①a Duermo un poco más que lo habitual.
1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
2a Duermo mucho más que lo habitual.
2b. Duermo mucho menos que lo habitual
3a. Duermo la mayor parte del día
3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

- ① No estoy tan irritable que lo habitual.
1. Estoy más irritable que lo habitual.
2. Estoy mucho más irritable que lo habitual.
3. Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

0. No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
1a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
①b Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
3a. No tengo apetito en absoluto.
3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

- ① Puedo concentrarme tan bien como siempre.
1. No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
2. Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
3. Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

0. No estoy más cansado o fatigado de lo habitual
① Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
2. Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
3. Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

- ① No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
1. Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
2. Estoy mucho menos interesado en el sexo.
3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total: 5 - Ausencia.

PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO EN DEPRESIÓN POST PARTO

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

NOMBRE COMPLETO: C. R. G. X

EDAD: 15

ESTADO CIVIL: Soltera

Ocupación: Estudiante

¿ES MADRE PRIMERIZA? SÍ ☒ NO ☐

¿TIENE MÁS DE 2 HIJOS? SÍ ☐ NO ☒

¿ACTUALMENTE VIVE CON SU PAREJA? SÍ ☐ NO ☒

1. Tristeza

- ☒ No me siento triste.
1. Me siento triste gran parte del tiempo
 2. Me siento triste todo el tiempo.
 3. Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- ☒ No estoy desalentado respecto de mi futuro.
1. Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
 2. No espero que las cosas funcionen para mí.
 3. Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- ☒ No me siento como un fracasado.
1. He fracasado más de lo que hubiera debido.
 2. Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
 3. Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- ☒ Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
1. No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
 2. Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
 3. No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- ☒ No me siento particularmente culpable.
1. Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
 2. Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
 3. Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- ☒ No siento que este siendo castigado
1. Siento que tal vez pueda ser castigado.
 2. Espero ser castigado.
 3. Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

- ☒ Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
1. He perdido la confianza en mí mismo.
 2. Estoy decepcionado conmigo mismo.
 3. No me gusto a mí mismo.

8. Autocrítica

- ☐ No me critico ni me culpo más de lo habitual
- ☒ Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
2. Me critico a mí mismo por todos mis errores
 3. Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- ☒ No tengo ningún pensamiento de matarme.
1. He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
 2. Querría matarme
 3. Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

- ☒ No lloro más de lo que solía hacerlo.
1. Lloro más de lo que solía hacerlo
 2. Lloro por cualquier pequeñez.
 3. Siento ganas de llorar, pero no puedo.

11. Agitación

- 0. No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- ☒ 1. Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2. Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3. Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12. Pérdida de Interés

- 0. No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1. Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- ☒ 2. He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3. Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0. Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1. Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- ☒ 2. Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3. Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0. No siento que yo no sea valioso
- 1. No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2. Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- ☒ 3. Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0. Tengo tanta energía como siempre.
- 1. Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- ☒ 3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0. No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1a. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a. Duermo mucho más que lo habitual.
- ☒ 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3a. Duermo la mayor parte del día
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

- 0. No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1. Estoy más irritable que lo habitual.
- 2. Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- ☒ 3. Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- 0. No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- ☒ 3a. No tengo apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

- 0. Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1. No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- ☒ 2. Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3. Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

- 0. No estoy más cansado o fatigado de lo habitual
- 1. Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2. Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- ☒ 3. Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

- 0. No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1. Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2. Estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3. He perdido completamente el interés en el sexo.
- ☒ 3. He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total:

50 - Seveca.

PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO EN DEPRESIÓN POST PARTO

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

NOMBRE COMPLETO: M. S. Z. X

EDAD: 29

ESTADO CIVIL: soltera

Ocupación: Ama de Casa

¿ES MADRE PRIMERIZA? SÍ ☒ NO ☐

¿TIENE MÁS DE 2 HIJOS? SÍ ☐ NO ☒

¿ACTUALMENTE VIVE CON SU PAREJA? SÍ ☒ NO ☐

1. Tristeza

- 0. No me siento triste.
- ① Me siento triste gran parte del tiempo
- 2. Me siento triste todo el tiempo.
- 3. Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0. No estoy desalentado respecto de mi futuro.
- ① Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2. No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3. Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- ① No me siento como un fracasado.
- 1. He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2. Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3. Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- ① Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1. No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2. Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3. No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0. No me siento particularmente culpable.
- ① Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
- 2. Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3. Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- ① No siento que este siendo castigado
- 1. Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2. Espero ser castigado.
- 3. Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

- 0. Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- ① He perdido la confianza en mí mismo.
- 2. Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3. No me gusto a mí mismo.

8. Autocrítica

- 0. No me critico ni me culpo más de lo habitual
- ① Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2. Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3. Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- ① No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1. He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2. Querría matarme
- 3. Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

- ① No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1. Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2. Lloro por cualquier pequeñez.
- 3. Siento ganas de llorar, pero no puedo.

11. Agitación

- 0. No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- ① Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2. Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3. Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12. Pérdida de Interés

- ① No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1. Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2. He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3. Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0. Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- ① Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2. Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3. Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0. No siento que yo no sea valioso
- ① No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2. Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3. Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0. Tengo tanta energía como siempre.
- ① Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0. No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1a. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- ②a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3a. Duermo la mayor parte del día
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

- ① No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1. Estoy más irritable que lo habitual.
- 2. Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3. Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- 0. No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- ①b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3a. No tengo apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

- ① Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1. No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2. Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3. Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

- 0. No estoy más cansado o fatigado de lo habitual
- ① Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2. Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- 3. Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

- 0. No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- ① Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2. Estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3. He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total: 14 - Leve

**PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO EN DEPRESIÓN POST
PARTO**

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

NOMBRE COMPLETO: M. S. Z. X.

EDAD: 29

ESTADO CIVIL: Soltera

Ocupación: Ama de Casa

¿ES MADRE PRIMERIZA? SÍ ☒ NO ☐

¿TIENE MÁS DE 2 HIJOS? SÍ ☐ NO ☒

¿ACTUALMENTE VIVE CON SU PAREJA? SÍ ☒ NO ☐

1. Tristeza

- 0. No me siento triste.
- ☒ 1. Me siento triste gran parte del tiempo
- 2. Me siento triste todo el tiempo.
- 3. Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0. No estoy desalentado respecto de mi futuro.
- ☒ 1. Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2. No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3. Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- ☒ 0. No me siento como un fracasado.
- 1. He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2. Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3. Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- ☒ 0. Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1. No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2. Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3. No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0. No me siento particularmente culpable.
- ☒ 1. Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
- 2. Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3. Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- ☒ 0. No siento que este siendo castigado
- 1. Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2. Espero ser castigado.
- 3. Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

- 0. Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- ☒ 1. He perdido la confianza en mí mismo.
- 2. Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3. No me gusto a mí mismo.

8. Auto crítica

- 0. No me critico ni me culpo más de lo habitual
- ☒ 1. Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2. Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3. Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- ☒ 0. No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1. He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2. Querría matarme
- 3. Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

- ☒ 0. No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1. Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2. Lloro por cualquier pequeñez.
- 3. Siento ganas de llorar, pero no puedo.

11. Agitación

- 0. No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- ① Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2. Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3. Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12. Pérdida de Interés

- 0. No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- ① Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2. He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3. Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0. Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- ① Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2. Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3. Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- ① No siento que yo no sea valioso
- 1. No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2. Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3. Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0. Tengo tanta energía como siempre.
- ① Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0. No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1a. Duermo un poco más que lo habitual.
- ①b Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3a. Duermo la mayor parte del día
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

- 0. No estoy tan irritable que lo habitual.
- ① Estoy más irritable que lo habitual.
- 2. Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3. Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- ①0. No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3a. No tengo apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

- ①0. Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1. No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2. Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3. Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

- 0. No estoy más cansado o fatigado de lo habitual
- ① Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2. Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- 3. Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

- 0. No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1. Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- ②2. Estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3. He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total: 18 - D. Naderoda

PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO EN DEPRESIÓN POST PARTO

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

NOMBRE COMPLETO: U. R. Y. N.

EDAD: 30

ESTADO CIVIL: Conviviente

Ocupación: Ama de casa

¿ES MADRE PRIMERIZA? SÍ ☐ NO ☒

¿TIENE MÁS DE 2 HIJOS? SÍ ☒ NO ☐

¿ACTUALMENTE VIVE CON SU PAREJA? SÍ ☒ NO ☐

1. Tristeza

0. No me siento triste.
 ① Me siento triste gran parte del tiempo.
 2. Me siento triste todo el tiempo.
 3. Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- ① No estoy desalentado respecto del mi futuro.
 1. Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
 2. No espero que las cosas funcionen para mí.
 3. Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

0. No me siento como un fracasado.
 1. He fracasado más de lo que hubiera debido.
 ② Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
 3. Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

0. Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
 1. No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
 ② Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
 3. No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

0. No me siento particularmente culpable.
 ① Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
 2. Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
 3. Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- ① No siento que este siendo castigado
 1. Siento que tal vez pueda ser castigado.
 2. Espero ser castigado.
 3. Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

0. Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
 ② He perdido la confianza en mí mismo.
 2. Estoy decepcionado conmigo mismo.
 3. No me gusto a mí mismo.

8. Autocrítica

0. No me critico ni me culpo más de lo habitual
 ① Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
 2. Me critico a mí mismo por todos mis errores
 3. Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

0. No tengo ningún pensamiento de matarme.
 ① He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
 2. Querría matarme
 3. Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

- ① No lloro más de lo que solía hacerlo.
 1. Lloro más de lo que solía hacerlo
 2. Lloro por cualquier pequeñez.
 3. Siento ganas de llorar, pero no puedo.

11. Agitación

- 0. No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- ☒ 1. Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2. Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3. Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12. Pérdida de Interés

- ☒ 0. No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1. Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2. He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3. Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0. Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- ☒ 1. Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2. Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3. Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0. No siento que yo no sea valioso
- ☒ 1. No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2. Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3. Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0. Tengo tanta energía como siempre.
- ☒ 1. Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0. No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1a. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- ☒ 2a. Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3a. Duermo la mayor parte del día
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

- ☒ 0. No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1. Estoy más irritable que lo habitual.
- 2. Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3. Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- 0. No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- ☒ 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3a. No tengo apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

- ☒ 0. Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1. No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2. Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3. Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

- 0. No estoy más cansado o fatigado de lo habitual
- ☒ 1. Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2. Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- 3. Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

- 0. No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- ☒ 1. Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2. Estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3. He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total: 14 - Leve D.

**PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO EN DEPRESIÓN POST
PARTO**

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

NOMBRE COMPLETO: U. R. Y. N

EDAD: 30

ESTADO CIVIL: Conviviente

Ocupación: Amo de casa

¿ES MADRE PRIMERIZA? SÍ ☐ NO ☒

¿TIENE MÁS DE 2 HIJOS? SÍ ☒ NO ☐

¿ACTUALMENTE VIVE CON SU PAREJA? SÍ ☒ NO ☐

1. Tristeza

0. No me siento triste.
① Me siento triste gran parte del tiempo.
2. Me siento triste todo el tiempo.
3. Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- ① No estoy desalentado respecto del mi futuro.
1. Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
2. No espero que las cosas funcionen para mí.
3. Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

0. No me siento como un fracasado.
1. He fracasado más de lo que hubiera debido.
② Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
3. Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

0. Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
1. No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
② Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
3. No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

0. No me siento particularmente culpable.
① Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
2. Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
3. Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- ① No siento que este siendo castigado
1. Siento que tal vez pueda ser castigado.
2. Espero ser castigado.
3. Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

0. Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
② He perdido la confianza en mí mismo.
2. Estoy decepcionado conmigo mismo.
3. No me gusto a mí mismo.

8. Autocrítica

0. No me critico ni me culpo más de lo habitual
① Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
2. Me critico a mí mismo por todos mis errores
3. Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

0. No tengo ningún pensamiento de matarme.
① He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
2. Querría matarme
3. Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

- ① No lloro más de lo que solía hacerlo.
1. Lloro más de lo que solía hacerlo
2. Lloro por cualquier pequeñez.
3. Siento ganas de llorar, pero no puedo.

11. Agitación

- 0. No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- ① Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2. Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3. Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12. Pérdida de Interés

- 0. No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- ① Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2. He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3. Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0. Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- ① Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2. Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3. Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- ① No siento que yo no sea valioso
- 1. No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2. Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3. Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0. Tengo tanta energía como siempre.
- ① Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0. No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1a. Duermo un poco más que lo habitual.
- ①b Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3a. Duermo la mayor parte del día
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

- 0. No estoy tan irritable que lo habitual.
- ① Estoy más irritable que lo habitual.
- 2. Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3. Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- ① 0. No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3a. No tengo apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

- ① 0. Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1. No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2. Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3. Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

- 0. No estoy más cansado o fatigado de lo habitual
- ① Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2. Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- 3. Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

- 0. No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1. Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- ② 2. Estoy mucho menos interesado en el sexo. 3 He perdido completamente el interés en el sexo.
- 3. He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total: 18 - D. Naderoda

ANEXO 7
EVIDENCIA FOTOGRÁFICA

