

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



TESIS

**“Factores asociados a la depresión post parto en puérperas del
Hospital de Tingo María, Huánuco, 2024”**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA

AUTORA: Delacruz Aquino, Alicia Flor

ASESORA: Castillo Ruíz, Verónica 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: Salud Materno y Perinatal

AÑO DE LA LÍNEA DE INVESTIGACIÓN (2020)

CAMPO DE CONOCIMIENTO OCDE:

Área: Ciencias médicas, Ciencias de la salud

Sub área: Medicina clínica

Disciplina: Obstetricia, Ginecología

DATOS DEL PROGRAMA:

Nombre del Grado/Título a recibir: Título

Profesional de Obstetra

Código del Programa: P02

Tipo de Financiamiento:

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

DATOS DEL AUTOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 78109364

DATOS DEL ASESOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 18010634

Grado/Título: Maestra en ciencias de la salud con
mención en: salud pública y docencia universitaria

Código ORCID: 0000 0003 0448 5255

DATOS DE LOS JURADOS:

Nº	APELLIDOS Y NOMBRES	GRADO	DNI	Código ORCID
1	Bacilio Cruz, Silvia Lina	Doctora en ciencias de la salud	22515292	0000 0001 9904 5337
2	Villarreal Sanchez, Alfredo	Maestro en ciencias de la salud con mención en gerencia en servicios de la salud	15216888	0000-0001-8343-934X
3	Flores Shupingahua, Merlyn	Maestra en ciencias de la salud con mención en salud pública y docencia universitaria	22964167	0000 0003 1770 260X



UDH
UNIVERSIDAD DE HUANUCO

UNIVERSIDAD DE HUANUCO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Tingo María, siendo las once con cero horas del día diez del mes de **noviembre** del año **dos mil veinticinco**, en el auditorio, edificio 2 de la Facultad de Ciencias de la Salud, 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:

- DRA. SILVIA LINA BACILIO CRUZ
- MG. ALFREDO VILLARREAL SANCHEZ
- MG. MERLYN FLORES SHUPINGAHUA

Nombrados mediante **RESOLUCION N° 4160-2025-D-FCS-UDH**, para evaluar la Tesis intitulado: **"FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN POST PARTO EN PUÉRPERAS DEL HOSPITAL TINGO MARÍA, 2024"**, presentado por la Bachiller en Obstetricia Srta. **ALICIA FLOR DELACRUZ AQUINO**, para optar el Título Profesional de Obstetra.

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, declarándola **APROBADA** por Unanimidad con el calificativo cuantitativo de **14** y cualitativo de **SUFICIENTE**

Siendo las, 12:00 horas del día **10** del mes de **noviembre** del año **2025** los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.

PRESIDENTA

DRA. SILVIA LINA BACILIO CRUZ
DNI 22515292
ORCID 0000-0002-6009-6943

SECRETARIO

MG. ALFREDO VILLARREAL SANCHEZ
DNI 15216888
ORCID 0000-0001-8343-934X

VOCAL

MG. MERLYN FLORES SHUPINGAHUA
DNI 22964167
ORCID 0000-0003-1770-260X

UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO



CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD

El comité de integridad científica, realizó la revisión del trabajo de investigación del estudiante: ALICIA FLOR DE LA CRUZ AQUINO, de la investigación titulada "FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN POST PARTO EN PUÉRPERAS DEL HOSPITAL DE TINGO MARÍA, 2024", con asesor(a) VERÓNICA DEL PILAR CASTILLO RUÍZ, designado(a) mediante documento: RESOLUCIÓN N° 2471-2024-D-FCS-UDH del P. A. de OBSTETRICIA.

Puede constar que la misma tiene un índice de similitud del 23 % 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, 14 de octubre 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

62. De la cruz Aquino Alicia Flor.docx

INFORME DE ORIGINALIDAD

23%	24%	10%	9%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	cybertesis.unmsm.edu.pe	7%
	Fuente de Internet	
2	hdl.handle.net	2%
	Fuente de Internet	
3	Submitted to Universidad Cesar Vallejo	2%
	Trabajo del estudiante	
4	repositorio.unheval.edu.pe	1%
	Fuente de Internet	
5	Submitted to Universidad Privada del Norte	1%
	Trabajo del estudiante	
6	repositorio.upsjb.edu.pe	1%
	Fuente de Internet	
7	repositorio.udh.edu.pe	1%
	Fuente de Internet	
8	apirepositorio.unh.edu.pe	1%
	Fuente de Internet	



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

El desarrollo académico profesional es siempre la suma de esfuerzo, sacrificio, perseverancia. Realizar investigación científica ha sido un nuevo desafío y aprendizaje. En este nuevo escenario, mis hermanos Richard y Wilmer han sido de gran aliento y apoyo, por lo que dedico esta tesis a ellos, quienes han inspirado mis esfuerzos, aún en medio de la adversidad.

AGRADECIMIENTO

Esta investigación ha sido posible gracias a Dios, quien me ha permitido tener la vida, salud, oportunidades y decisión de salir adelante durante toda mi vida.

Durante el proceso de investigación, la valiosa ayuda de mi asesora Mg. Verónica del Pilar Castillo Ruíz ha sido determinante para dar los siguientes pasos, así como la ayuda de las Obstetras Dra. Silvia Basilio Cruz y Mg. Mauth Rivera Soto, de quienes quedo en especial agradecida.

A mi casa superior de estudios, la Universidad de Huánuco, porque en sus claustros crecí como profesional.

ÍNDICE

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTO	III
ÍNDICE	IV
ÍNDICE DE TABLAS	VII
ÍNDICE DE FIGURAS	VIII
RESUMEN	IX
ABSTRACT	X
INTRODUCCIÓN	XI
CAPITULO I	13
PROBLEMA DE INVESTIGACION	13
1.1. DESCRIPCION DEL PROBLEMA	13
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	16
1.2.1. PROBLEMA GENERAL	16
1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS	16
1.3. OBJETIVOS	16
1.3.1. OBJETIVO GENERAL	16
1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	17
1.4.1. JUSTIFICACIÓN TEÓRICA	17
1.4.2. JUSTIFICACIÓN PRACTICA	18
1.4.3. JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA	18
1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	19
1.6. VALIDEZ DE LA INVESTIGACIÓN	19
CAPITULO II	21
MARCO TEÓRICO	21
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	21
2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES	21
2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES	24
2.1.3. ANTECEDENTES LOCALES	28
2.2. BASES TEÓRICAS	29
2.2.1. DEPRESIÓN	29
2.2.2. DEPRESIÓN POSPARTO	30

2.2.3.	CUADRO CLÍNICO	30
2.2.4.	ETIOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN POSPARTO.....	31
2.2.5.	FACTORES PSICOLÓGICOS	32
2.2.6.	FACTORES SOCIALES.....	36
2.3.	DEFINICIONES CONCEPTUALES	36
2.3.1.	FACTORES ASOCIADOS	36
2.3.2.	FACTOR PSICOLÓGICO EN LA PUERPERA	37
2.3.3.	FACTOR SOCIAL EN LA PUERPERA	37
2.3.4.	DEPRESIÓN POSPARTO	37
2.3.5.	PUERPERIO	38
2.3.6.	MATERNIDAD.....	38
2.4.	HIPÓTESIS.....	39
2.4.1.	HIPÓTESIS GENERAL	39
2.4.2.	HIPÓTESIS ESPECÍFICAS	39
2.5.	VARIABLES.....	39
2.5.1.	VARIABLE DEPENDIENTE	39
2.5.2.	VARIABLE INDEPENDIENTE.....	40
2.6.	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	41
CAPITULO III		43
METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION.....		43
3.1.	TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN.....	43
3.1.1.	ENFOQUE	43
3.1.2.	DISEÑO	44
3.2.	POBLACIÓN Y MUESTRA	44
3.2.1.	POBLACIÓN	44
3.2.2.	MUESTRA.....	45
3.3.	RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	46
3.3.1.	TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	46
3.3.2.	TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	47
3.4.	ASPECTOS ÉTICOS.....	47
CAPITULO IV.....		49
RESULTADOS.....		49

4.1. PROCESAMIENTO DE DATOS	49
4.2. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS.....	55
CAPITULO V.....	59
DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	59
CONCLUSIONES	62
RECOMENDACIONES.....	63
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	64
ANEXOS.....	69

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Puérperas según grupo etario.....	49
Tabla 2. Puérperas según estado civil	50
Tabla 3. Puérperas según grado de instrucción alcanzado	51
Tabla 4. Resultados condición de factor psicológico en puérperas	52
Tabla 5. Factor social en puérperas.....	53
Tabla 6. Nivel de riesgo de depresión post parto.....	54
Tabla 7. Tabla cruzada escala de depresión post parto y factor psicológico	55
Tabla 8. Relación entre nivel de riesgo de depresión post parto y factor psicológico	56
Tabla 9. Tabla cruzada nivel de riesgo de depresión post parto y factor social en puérperas.....	57
Tabla 10. Relación entre depresión después del parto y factor social en puérperas.....	58

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Puérperas según grupo etario	49
Figura 2. Puérperas según estado civil.....	50
Figura 3. Puérperas según grado de instrucción alcanzado.	51
Figura 4. Factor psicológico en puérperas atendidas	52
Figura 5. Factor social en puérperas	53
Figura 6. Nivel de riesgo de depresión post parto en sometidas a escala de depresión	54

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores asociados a depresión postparto en puérperas del Hospital de Tingo María, 2024. **Metodología:** Estudio observacional, analítico, transversal, prospectivo, de nivel relacional, enfoque cuantitativo y diseño correlacional en una muestra de 45 puérperas inmediatas adolescentes atendidas en el hospital Tingo María desde agosto hasta diciembre del año 2024. El instrumento del rango de depresión posparto de Edimburgo y un cuestionario estructurado para medir factores asociados. **Resultados:** Donde el 95.4% de adolescentes puérperas entre 16 a 17 años, 67% solteras, 60% con secundaria completa. Un 77,78% registró alto riesgo de depresión postparto. El factor psicológico obtuvo un coeficiente de correlación positivo de 35.227 y una significancia asintótica bilateral de $0.00000002 < 0.05$. Así mismo, el factor social obtuvo un coeficiente de correlación positiva de 25.714 en chi cuadrado de Pearson y una significancia asintótica bilateral de $0.000003 < 0.05$. El nivel de riesgo de depresión postparto en puérperas inmediatas adolescentes fue de alta probabilidad en el 77.8 % de los casos, 15.56 % con riesgo leve y 6.67 % con no probable depresión postparto. **Conclusión:** Se halló que la depresión posparto en puérperas inmediatas está asociada a factores psicológicos y sociales.

Palabras clave: Depresión postparto, factor psicológico, factor social, puerperio inmediato, maternidad.

ABSTRACT

Objective: To determine the factors associated with postpartum depression in postpartum women at Tingo María Hospital, 2024. **Methodology:** Observational, analytical, cross-sectional, prospective, relational-level study, quantitative approach, and correlational design in a sample of 45 immediate postpartum adolescents treated at Tingo María Hospital from August to December 2024. The Edinburgh postpartum depression range instrument and a structured questionnaire to measure associated factors. **Results:** 95.4% of the postpartum adolescents were between 16 and 17 years old, 67% were single, and 60% had completed secondary school. 77.78% registered a high risk of postpartum depression. The psychological factor obtained a positive correlation coefficient of 35.227 and a bilateral asymptotic significance of $0.00000002 < 0.05$. Likewise, the social factor showed a positive correlation coefficient of 0.25714 in Pearson's chi-square and a bilateral asymptotic significance of $0.000003 (< 0.05)$. The level of risk of postpartum depression in immediate postpartum adolescents was high probability in 77.8% of cases, 15.56% with low risk, and 6.67% with unlikely postpartum depression. **Conclusion:** It was found that postpartum depression in immediate postpartum women is associated with psychological and social factors.

Keywords: Postpartum depression, psychological factor, social factor, immediate postpartum period, motherhood.

INTRODUCCIÓN

La depresión posparto constituye una alteración emocional que impacta a un número considerable de mujeres tras la llegada de un nuevo hijo. Se manifiesta generalmente en las primeras semanas o meses del puerperio y esto podría ocasionar daños adversos para la mamá y el recién nacido, afectando el vínculo materno infantil, la lactancia, el desarrollo emocional del niño y el bienestar familiar en general.

Diversos estudios han identificado múltiples factores asociados al desarrollo de la depresión posparto. Entre los principales factores se incluyen los antecedentes individuales o familiares de alteraciones psicológicas, la presencia de estrés durante la gestación y la carencia de respaldo social o conyugal, la violencia familiar, las complicaciones obstétricas, y las condiciones socioeconómicas desfavorables. Asimismo, eventos como embarazos no planificados, parto por cesárea no deseada o bebés con problemas de salud pueden incrementar el riesgo.

Entender los factores que se asocian a esta condición es fundamental para su prevención, detección temprana y tratamiento oportuno. En este contexto, el estudio se orientó a conocer qué tan probable era que las adolescentes presentaran depresión posparto en los primeros días después del parto y cómo influyen en ello los factores psicológicos y sociales, con la finalidad de generar evidencia que contribuya a mejorar la atención integral en salud mental materna.

En el hospital de Tingo María, ubicado en la ciudad de Huánuco, cada mes se tiene puérperas adolescentes y se ha identificado en ellas tiempos de depresión post parto, situación por la cual nos vimos motivados a investigar dicho fenómeno, teniendo la interrogante formulada: ¿Cuáles son los factores asociados a la depresión post parto en puérperas inmediatas adolescentes atendidas en el Hospital de Tingo María, Huánuco, 2024?, así mismo, dentro de su especificidad nos preguntamos:

¿Cuál es la asociación entre el factor psicológico y el riesgo de sufrir depresión postparto en puérperas inmediatas adolescentes que llevan su

control en el Hospital de Tingo María, Huánuco 2024?, ¿Cuál es la asociación entre el factor social y el riesgo de sufrir depresión postparto en puérperas inmediatas adolescentes atendidas en el Hospital de Tingo María, Huánuco 2024? y ¿Cuál es el nivel de riesgo de depresión postparto en puérperas inmediatas adolescentes atendidas en el Hospital de Tingo María, Huánuco, 2024?

El informe final de tesis es presentado de la siguiente manera:

En el Capítulo I, se expuso el problema de investigación, incluyendo su descripción y formulación, se presentó la fundamentación teórica, práctica y metodológica de la investigación, junto con la descripción de las limitaciones reconocidas y la explicación de la viabilidad del estudio.

Para el capítulo II se desarrolló el marco teórico, considerando investigaciones similares realizadas en el ámbito mundial, nacional y local, así mismo la búsqueda sistemática de bases teóricas sobre las variables de estudio: la depresión puerperal en adolescentes atendidas en el Hospital Tingo María de la ciudad de Huánuco durante el periodo agosto a diciembre 2024. Se continuó definiendo conceptos empleados en la investigación, formulando hipótesis de estudio, así como variables y su respectiva operacionalización.

En el capítulo III se consignó la metodología empleada en el estudio, detallando el tipo, nivel, enfoque, diseño; población muestra, así como las técnicas e instrumentos empleados y la forma en que los datos han sido procesados, analizados e interpretados estadísticamente.

En el capítulo IV hace referencia a la presentación de los resultados de la investigación como evidencias científicas de gran valor.

En el capítulo V se consignan los hallazgos de investigación contrastando, como parte del análisis, los resultados con otras investigaciones. Finalmente se plantearon conclusiones y recomendaciones a las que se arribó luego del proceso de investigación realizado.

CAPITULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1. DESCRIPCION DEL PROBLEMA

El bienestar social de los individuos está profundamente ligado al equilibrio psicológico, ya que este influye de manera decisiva en el óptimo despliegue de las destrezas y capacidades personales, así como en la capacidad de interactuar, adaptarse y afrontar distintos contextos. La Organización Mundial de la Salud reconoce la salud mental como un aspecto prioritario para garantizar tanto el bienestar como el crecimiento personal y social. Su creciente importancia se relaciona con la magnitud de los problemas vinculados a este ámbito, los elevados costos que generan y el impacto que producen en el individuo, la familia y la comunidad ⁽¹⁾.

La depresión, en su manifestación global, constituye un reto importante para la salud pública. La depresión presenta una etiología compleja, influenciada por una variedad de factores psicosociales, genéticos y biológicos ⁽²⁾. La fase de maternidad es frecuentemente vista de manera positiva, sin embargo, un número significativo de mujeres se enfrenta a importantes dificultades psicológicas tanto en la gestación como en el posparto. El embarazo y el parto son etapas cruciales que exigen una adaptación psicológica de la mujer, dado que frecuentemente se relacionan con alteraciones en el sueño, malestar general, disminución de la libido, ansiedad y, en ciertos casos, depresión. ⁽³⁾.

La OMS señala que, durante la gestación, la madre atraviesa una serie de cambios, particularmente en el ámbito emocional, debido a la novedad de la experiencia. Esta etapa se caracteriza por situaciones y emociones distintivas; algunas madres gestantes pueden experimentar una carga emocional positiva acompañada de una notable ansiedad, mientras que otras, debido a diversas circunstancias, pueden enfrentar un nivel elevado de estrés emocional con síntomas adversos significativos.

En este contexto, puede presentarse un cuadro de depresión que

generalmente aparece entre la sexta y la décima semana del embarazo, aunque en ciertos casos también puede aparecer en el tercer trimestre. Se estima que más de la mitad de las mujeres embarazadas experimentan síntomas depresivos tras el parto, lo que en muchos casos deriva en depresión posparto. Sin embargo, este porcentaje puede reducirse a menos del 2% cuando se brinda un tratamiento psicoterapéutico oportuno durante este periodo. Según la Organización Mundial de la Salud, la llegada de un hijo representa un evento significativo en la vida de la mujer, que puede provocar tensión, agotamiento y estados de melancolía. De igual manera, se estima que cerca del 40% de quienes atraviesan episodios depresivos, tanto en el embarazo como después del parto, presentan una mayor vulnerabilidad a sufrir dificultades de índole emocional y social ⁽⁴⁾.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) señala que la depresión posparto afecta a cerca del 15% de las mujeres a nivel global, lo que evidencia su considerable magnitud como problema de salud pública, aunque esta cifra varía según el contexto geográfico y sociocultural. En China, país reconocido por su desarrollo económico, los índices registrados son comparables con las estadísticas globales. Entre la población latina que vive en Estados Unidos, la depresión posparto presenta una prevalencia que varía entre el 18% y el 21,8%. En el contexto español, aproximadamente el 14,8% de las mujeres experimentan síntomas depresivos de intensidad moderada a grave durante el embarazo, registrándose un aumento significativo en la incidencia después del parto. La Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que en los países en desarrollo, entre un 20% y un 40% de mujeres presentan cuadros depresivos tanto en la etapa gestacional como después del parto. Esto significa que, durante el primer año tras el nacimiento, más de una de cada diez madres se ve afectada por este trastorno emocional ⁽⁴⁾.

En el ámbito de América Latina, la depresión posparto muestra una prevalencia estimada entre el 20% y el 30%. Este problema de salud mental puede llegar a impactar hasta al 56% de mujeres latinas que residen en México y Estados Unidos durante los primeros cuatro meses tras dar a luz.

En México, una investigación reveló que el 21,7% de las embarazadas

experimentó signos de depresión en el tercer trimestre de gestación. En cuanto a Chile y Colombia, los estudios señalan que la prevalencia de depresión posparto alcanza el 22% y que la presencia de síntomas depresivos llega hasta un 57%, respectivamente. Se estima que el 19,2% de las mujeres experimenta este problema en los tres primeros meses tras el nacimiento, aunque la prevalencia global puede oscilar entre el 3% y el 30% durante el primer año, dependiendo del método de evaluación empleado y del momento en que se realiza la medición. En los tres meses posteriores al parto, la incidencia se ubica en un rango del 40% al 70%, con una mayor probabilidad de empeoramiento si no se recibe un tratamiento psicoterapéutico oportuno. Sin embargo, en ciertos casos, algunas mujeres no muestran recuperación, evolucionando hacia un cuadro crónico ^(5,6).

En el Perú, la prevalencia de depresión posparto se estima en un promedio del 24,1% en mujeres adultas, cifra que resulta aún más elevada en el grupo adolescente. Estudios previos han identificado que determinados factores sociodemográficos y obstétricos, como un nivel socioeconómico y educativo bajo, la realización de cesáreas y los antecedentes de aborto, guardan relación con este trastorno. Sin embargo, la evidencia acerca de los aspectos psicológicos y sociales asociados a la depresión posparto sigue siendo escasa. A ello se suma la carencia de políticas públicas enfocadas en el fortalecimiento de la salud mental perinatal y la inexistencia de protocolos estandarizados para la detección temprana de alteraciones emocionales tanto durante el embarazo como en el puerperio, lo que constituye una importante brecha en la atención integral de la mujer en esta etapa ⁽⁷⁾. Planteado así, estamos ante un problema de salud mental que por efectos del parto se estima que ha tenido un aumento de su incidencia que requiere evaluarse, pues es un trastorno que puede traer graves consecuencias y que es perfectamente prevenible con un diagnóstico precoz e intervenciones de soporte.

En el Hospital de Tingo María, se registró un número creciente de púérperas con signos de afectación emocional durante el puerperio inmediato y tardío.

Sin embargo, se evidenció la ausencia de intervenciones sistemáticas

para la identificación y la gestión oportuna de la depresión postparto, lo cual limitó el abordaje integral de la salud materna. Se consideró que factores como la violencia por parte de la pareja, el escaso acompañamiento familiar, el bajo nivel socioeconómico, la sobrecarga de responsabilidades domésticas, así como complicaciones obstétricas durante el embarazo y parto, estuvieron vinculados con una mayor predisposición a esta afección mental. Frente a ello, resultó prioritario identificar y analizar los factores asociados a la depresión postparto en esta población, con el objetivo de generar evidencia que permitiera orientar estrategias preventivas, educativas y de intervención desde el rol de enfermería y obstetricia, contribuyendo así al fortalecimiento de la atención integral durante el puerperio.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. PROBLEMA GENERAL

¿Cuáles son los factores asociados a la depresión postparto en púerperas del Hospital de Tingo María, 2024?

1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS

¿Cuál es la asociación entre el factor psicológico y la depresión postparto del Hospital de Tingo María, 2024?

¿Cuál es la asociación entre el factor social y la depresión postparto en púerperas del Hospital de Tingo María, 2024?

¿Cuál es el nivel de riesgo de depresión postparto en púerperas del Hospital de Tingo María, 2024?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores asociados a depresión postparto en púerperas del Hospital de Tingo María, 2024.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar los factores psicológicos asociados a la depresión postparto en puérperas del Hospital de Tingo María, 2024.

Identificar los factores sociales asociados a la depresión postparto en puérperas del Hospital de Tingo María, 2024.

Identificar el nivel de riesgo de depresión postparto en puérperas del Hospital de Tingo María, 2024.

1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1. JUSTIFICACIÓN TEÓRICA

La depresión después de dar a luz es un trastorno anímico que impacta a un número significativo de las semanas o meses posteriores al alumbramiento. Este problema no solo afecta la estabilidad emocional y física de la mamá, sino que también repercute de manera negativa para el desarrollo del bebé y en la dinámica familiar en su conjunto. Entre las consecuencias más frecuentes destacan la debilitación del vínculo madre-hijo, las dificultades en el proceso de lactancia y en el cuidado del recién nacido, además de la generación de tensiones en la pareja y en el núcleo familiar. Desde el plano teórico, múltiples investigaciones han evidenciado que el riesgo de depresión posparto se relaciona con factores psicológicos como antecedentes de depresión, presencia de ansiedad o baja autoestima, y con condiciones sociales tales como la carencia de apoyo familiar, la exposición a situaciones de violencia y las dificultades económicas.

El presente estudio se basó en evidencias científicas vinculantes al analizar las variables en estudio, contribuye a fortalecer la base teórica existente sobre la depresión postparto en contextos de vulnerabilidad social, como el de muchas madres que acuden al Hospital de Tingo María, las condiciones de vida y la disponibilidad de servicios tienen un papel determinante en la salud mental de las madres, ya que influyen de manera directa en su bienestar psicológico y en la forma en que

enfrentan el proceso de maternidad.

1.4.2. JUSTIFICACIÓN PRACTICA

En el plano práctico, la investigación hizo posible reconocer los factores de índole psicológica y social que presentan una mayor relación con la aparición de la depresión posparto en las puérperas atendidas en el Hospital de Tingo María. Este dato es importante para los trabajadores de la salud, puesto que ayudará en la identificación temprana de casos en peligro, promoviendo intervenciones oportunas y eficaces. De igual modo, los hallazgos obtenidos en la investigación podrán servir como base para la elaboración de estrategias orientadas a prevenir y el abordaje psicoemocional dentro de las áreas de gineco-obstetricia y salud mental, contribuyendo así a mejorar la atención integral de las mujeres en el periodo perinatal, así como para la elaboración de protocolos de tamizaje sistemático. En regiones con limitados recursos como Huánuco, optimizar la atención basada en evidencia es crucial para reducir las secuelas negativas de la DPP en las madres y sus familias.

1.4.3. JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA

Desde la perspectiva metodológica, la importancia de este estudio radica en la aplicación de un enfoque cuantitativo, diseño observacional, de tipo transversal y con un nivel de alcance relacional, con diseño correlacional, que permitió examinar con objetividad y rigor la relación entre variables psicológicas, sociales y el nivel de riesgo de depresión postparto.

Se utilizó el lineamiento de Edimburgo y un cuestionario para medir aspectos psicológicos y sociales en las puérperas inmediatas adolescentes objeto de estudio. El uso de herramientas estandarizadas permitió asegurar la confiabilidad y validez de los datos recogidos, lo cual fortalece la calidad del análisis y de las conclusiones. Además, este estudio se constituye como base de uso metodológico de referencia para futuras investigaciones para una mejor comprensión y abordaje de la

salud mental materna en el Perú.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

El planteamiento metodológico del presente estudio, correspondió a un estudio transversal (una sola medición de las variables) durante el puerperio inmediato, esta característica restringió la posibilidad de identificar relaciones de causa y efecto entre los factores vinculados y la depresión posparto, permitiendo únicamente establecer asociaciones, mas no causalidades.

La información obtenida se basó en la percepción y sinceridad de las puérperas al momento de responder los cuestionarios. Los resultados se centraron en un único hospital (Hospital de Tingo María), por lo tanto, no se pueden aplicar directamente a otras áreas o contextos del país sin investigaciones comparativas. Algunas puérperas pudieron estar emocionalmente alteradas debido al parto reciente (puerperio inmediato) aun en el servicio de hospitalización del área obstétrica, lo que puede influir en la forma en que responden a los instrumentos, afectando la precisión del diagnóstico de síntomas depresivos.

1.6. VALIDEZ DE LA INVESTIGACIÓN

La ejecución del presente estudio resultó factible gracias a la disponibilidad del adecuado acceso al campo de estudio debido a que el Hospital de Tingo María es un centro accesible y conocido para la investigadora, lo que facilitó el desarrollo del trabajo de campo y la coordinación con el personal de salud para la aplicación de los instrumentos.

Se contó con herramientas estandarizadas como la escala de Edimburgo y un cuestionario elaborado para dicho fin, validado por expertos, lo que aseguró la calidad y confiabilidad de los datos recogidos. Así también se solicitó el permiso el cual fue aprobado por la dirección del Hospital de Tingo María, por lo que se brindaron las facilidades del caso durante el proceso de investigar mediante la colaboración del personal de salud. Se dispuso de los fondos económicos requeridos durante el proceso de investigación, los cuales fueron asumidos por la investigadora.

La aplicación del estudio no requiere grandes recursos económicos ni tecnológicos.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Sudáfrica (2022). Mokwena y Modjadji desarrollaron un estudio *comparativo sobre la depresión posparto y los factores asociados en las provincias de Gauteng y Estado Libre*. La investigación correspondió a un estudio observacional de carácter analítico, orientado a determinar los factores relacionados con la depresión posparto. Para ello, se implementó una metodología basada en una encuesta de corte transversal aplicada a un total de 477 mujeres durante las primeras 12 semanas después del parto. Resultados: Se obtuvo como resultado que el 22% se denominó depresión posparto. Entre las pacientes, un 11% manifestó que no tiene apoyo emocional de parte de un compañero de vida, un 13% careció de respaldo económico, un 73% no contó con apoyo familiar en situaciones adversas y un 42% reportó la vivencia de eventos altamente estresantes. Conclusión: Los hallazgos sugieren que los vínculos sociales sólidos, especialmente el acompañamiento de la pareja y de la familia, pueden desempeñar un papel protector frente al riesgo de desarrollar depresión posparto ⁽⁸⁾.

República Democrática Popular (2022). Lao. Xayyabouapha *et al.* llevaron a cabo la investigación titulada *Prevalencia y variables asociadas al desarrollo de depresión en el posparto*, que tuvo como finalidad establecer la frecuencia de aparición y los factores relacionados con la sintomatología depresiva después del parto en mujeres. Metodológicamente, el estudio se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, con un diseño analítico y transversal, llevado a cabo en 48 comunidades urbanas y 10 comunidades periurbanas. Resultados: La prevalencia de síntomas depresivos en el periodo posparto alcanzó el 21,3% de las mujeres evaluadas.

Los factores que mostraron una asociación estadísticamente significativa con la presencia de este cuadro fueron la violencia ejercida por la pareja y la falta de apoyo familiar. Dichos resultados evidencian cómo las condiciones psicosociales influyen directamente en la salud mental materna, destacando la relevancia del acompañamiento emocional y la prevención de la violencia como medidas esenciales para reducir el riesgo de depresión posparto. Conclusión: Se identificó una proporción considerable de madres que presentaron síntomas depresivos tras el parto, lo cual subraya la necesidad de reforzar los mecanismos de detección temprana y atención oportuna. La ausencia de estas estrategias podría conllevar consecuencias adversas tanto para la madre como para el recién nacido, repercutiendo negativamente en su salud y en la dinámica social y familiar. Asimismo, se recomienda implementar y evaluar estrategias que reduzcan el estigma asociado a los trastornos mentales y a la violencia doméstica, ya que ambos constituyen barreras para el acceso oportuno a la atención médica ⁽⁹⁾.

España (2021). Riesco F. *et al.* desarrollaron el estudio titulado *La percepción negativa de la imagen corporal como determinante en la depresión posparto*, que tuvo como finalidad examinar la asociación entre la valoración negativa de la propia apariencia física y la presencia de síntomas depresivos en el periodo posterior al parto. Metodología: Se realizó un estudio transversal en Andalucía, entre julio de 2020 y junio de 2021. Resultados: Los hallazgos evidenciaron que un bajo nivel educativo, la falta de una relación de pareja estable y el escaso apoyo familiar se vincularon significativamente con la presencia de depresión posparto. Conclusión: Se resalta la importancia de considerar el componente social al momento de evaluar los factores de riesgo asociados a la depresión posparto, ya que este desempeña un rol determinante en la salud mental materna ⁽¹⁰⁾.

China (2020). Liu Y, *et al.* realizaron el estudio titulado *Prevalencia y factores relacionados con los síntomas de ansiedad y depresión posparto en mujeres de Shanghái*, el propósito central de la investigación

fue analizar el vínculo existente entre los factores sociodemográficos y perinatales, y la manifestación de síntomas de ansiedad después del parto (APP) y depresión después del parto (DPP) en mujeres evaluadas a las seis semanas posteriores al alumbramiento. Metodología: Se efectuó una investigación transversal de carácter descriptivo evaluando a 1204 mujeres que dieron a luz natural y a término. Las señales de la ansiedad y depresión después del parto fueron evaluadas mediante los niveles de Autoevaluación de Ansiedad y los niveles de Depresión Postnatal de Edimburgo. Resultados: Se identificó una predominancia del 23,2% con depresión posparto. Asimismo, el 38,3% de las participantes recibió apoyo de la madre y contaron con el respaldo de la suegra el 26,7%. Conclusión: Se evidenció que factores como la separación del recién nacido, el agotamiento materno y las dificultades durante la lactancia se asocian con la aparición de ansiedad posparto y elevan el riesgo de desarrollar depresión posparto ⁽¹¹⁾.

Canadá (2020). Gheorghe M. *et al.* llevaron a cabo la investigación titulada *Manifestaciones de ansiedad y depresión posparto en mujeres canadienses: hallazgos de una encuesta transversal de alcance nacional*. Objetivo: Proporcionar aproximaciones de alcance nacional acerca de la presencia de signos asociados a la ansiedad en el periodo posparto (APP) y a la depresión posparto (DPP), además de examinar el vínculo existente entre ambas alteraciones emocionales. Metodología: Se desarrolló un estudio de tipo transversal en salud materna, mediante la aplicación de un cuestionario a una muestra conformada por 6.558 mujeres. Resultados: La proporción de participantes que manifestaron indicios compatibles con depresión en la etapa puerperal fue del 17,9%. Dentro de la población evaluada, se observó que el 31,7% de las mujeres reportó antecedentes previos de depresión, mientras que un 46,1% manifestó sentir un bajo nivel de integración o pertenencia a su comunidad. Asimismo, el 46,8% indicó haber recibido en contadas ocasiones o nunca el apoyo necesario tras el parto.

El análisis estadístico reveló que aquellas mujeres con historial de

depresión presentaban una probabilidad 2,6 veces mayor de desarrollar síntomas compatibles con depresión posparto (DPP) en comparación con quienes no tenían dicho antecedente. Conclusión: Los resultados permiten establecer que ciertos factores de protección, como el estado civil, la presencia de respaldo y acompañamiento materno durante el periodo posparto, así como un mayor sentido de arraigo y pertenencia a la comunidad local, se asociaron de manera significativa con una reducción en la frecuencia e intensidad de síntomas depresivos durante el puerperio ⁽¹²⁾.

2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES

Puno (2023). Chambilla Y. En su investigación titulada *Determinantes vinculados a la depresión posparto en mujeres en etapa tardía del puerperio atendidas en los establecimientos de salud Metropolitano y Simón Bolívar*. Objetivo: Reconocer los elementos asociados a la aparición de depresión posparto en madres que se encontraban en la fase tardía del puerperio y que recibieron atención en los centros de salud Metropolitano y Simón Bolívar, en la ciudad de Puno, durante el periodo comprendido entre los meses de julio y septiembre de 2023. Metodología: Se llevó a cabo una investigación de tipo observacional, no experimental, con un diseño transversal y un enfoque analítico. La población de estudio estuvo conformada por 98 mujeres en etapa avanzada del puerperio, quienes acudieron tanto a los controles correspondientes como a las consultas de crecimiento y desarrollo en los centros de salud señalados. Para la obtención de los datos se utilizó un cuestionario estructurado, orientado a identificar los factores de riesgo asociados. Resultados: Los hallazgos evidenciaron que la carencia de apoyo por parte de la pareja, la existencia de situaciones de violencia intrafamiliar y la ocurrencia de complicaciones obstétricas durante el parto constituyeron variables que incrementaron de manera significativa la probabilidad de desarrollar depresión posparto. Conclusión: El estudio permitió demostrar la fuerte vinculación entre las condiciones psicológicas desfavorables y la aparición de

sintomatología depresiva en el periodo puerperal, resaltando la necesidad de fortalecer estrategias de prevención y acompañamiento en salud mental materna ⁽¹³⁾.

Lima (2022). Ramos y Rivera. En su investigación denominada *Vínculo entre la depresión posparto y el respaldo de la pareja en un centro materno infantil de Lima*. Objetivo: Identificar la asociación existente entre el grado de apoyo proporcionado por la pareja y la presencia de sintomatología depresiva en mujeres durante el primer año posterior al parto. Metodología: La investigación se desarrolló bajo un diseño transversal de tipo correlacional, empleando como herramientas de medición la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo. Resultados: Se encontró que el 20,5% de las participantes presentó sintomatología asociada a depresión posparto, mientras que un 63,1% reportó recibir acompañamiento permanente de su pareja. Además, se observó que el 100% de las mujeres diagnosticadas con depresión puerperal reflejaron niveles de apoyo insuficientes o únicamente regulares en los tres ámbitos de respaldo considerados. En contraste, dentro del grupo sin depresión puerperal, el 66% refirió un apoyo regular, y un 24,7% indicó haber contado con soporte de calidad óptima. Conclusión: Los hallazgos pusieron de manifiesto una relación significativa entre el grado de apoyo social, con énfasis en el brindado por la pareja y la familia, y la probabilidad de desarrollar depresión posparto, subrayando la importancia de fortalecer las redes de acompañamiento emocional en la etapa puerperal ⁽¹⁴⁾.

Puno (2020). Centón J. En su investigación denominada: *Factores de riesgo relacionados con la depresión posparto en madres adolescentes atendidas en el Hospital Manuel Núñez Butrón de Puno, 2020*. El propósito central de este estudio consistió en identificar los factores que inciden en la aparición de depresión posparto en mujeres adolescentes atendidas en el Hospital Manuel Núñez Butrón de Puno durante el año 2020. Metodología: La investigación se enmarcó en un enfoque cuantitativo, con un diseño transversal, no experimental y

descriptivo. La muestra estuvo conformada por 60 adolescentes en etapa puerperal, evaluadas mediante la Escala de Edimburgo para Depresión Postnatal, con selección mediante muestreo no probabilístico. Resultados: Se encontró que el 60% de las participantes presentó signos de depresión. Entre los factores sociodemográficos asociados se identificaron la edad, el estado civil y la ocupación, mientras que el nivel de instrucción no presentó una asociación estadísticamente significativa ($p < 0,05$). En cuanto a los factores obstétricos, se identificó que los antecedentes de aborto, la muerte perinatal y las dificultades relacionadas con la lactancia incrementaron de manera significativa el riesgo de desarrollar depresión posparto. En contraste, variables como la insuficiencia en los controles prenatales, la presencia de patologías durante el embarazo o las complicaciones en el recién nacido no evidenciaron una relación determinante con la aparición de este trastorno. Respecto a los factores sociales, se comprobó que la precariedad económica tanto de la pareja como de la familia constituye un elemento de riesgo relevante para el surgimiento de síntomas depresivos en el periodo posparto. Conclusión: Los factores sociodemográficos, obstétricos y sociales desempeñan un papel fundamental en la incidencia de la depresión posparto en madres adolescentes. Estos resultados subrayan la urgencia de implementar políticas públicas y programas de intervención orientados a la prevención, el diagnóstico temprano y el acompañamiento integral de esta población vulnerable, con el fin de salvaguardar tanto su bienestar psicoemocional como el desarrollo saludable de sus hijos ⁽¹⁵⁾.

Cusco (2020). Reaño B. En su investigación titulada “Determinantes vinculados a la depresión posparto en madres adolescentes atendidas en el Hospital Regional del Cusco”, tuvo como objetivo principal identificar los factores que influyen en la aparición de depresión posparto en madres adolescentes que recibieron atención médica en el Hospital Regional del Cusco durante el año 2020. Metodología: Se llevó a cabo un estudio transversal, de carácter analítico, bajo un diseño de casos y controles, de tipo observacional y

retrospectivo. La muestra estuvo compuesta por 150 madres adolescentes, organizadas en dos grupos, cada uno conformado por 50 participantes. Resultados: Entre los factores de riesgo identificados en relación con la aparición de depresión posparto se destacaron: encontrarse en la adolescencia media, poseer bajo nivel educativo (solo instrucción primaria), estado civil soltera, embarazo catalogado como de alto riesgo, control prenatal inadecuado, insatisfacción en la relación conyugal y embarazo no planificado. Conclusión: Los factores de carácter social muestran una estrecha vinculación con la probabilidad de desarrollar depresión posparto en madres adolescentes ⁽¹⁶⁾.

Lima (2020). Gonzalo C. En su estudio denominado *Factores vinculados a la depresión posparto: Análisis secundario de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar del 2018*. Objetivo: Identificar y analizar los factores de riesgo asociados a la depresión posparto en mujeres peruanas. Metodología: Se llevó a cabo un estudio de carácter analítico, basado en el análisis secundario de datos provenientes de la ENDES 2018. La muestra estuvo constituida por 2882 mujeres que se encontraban en el periodo posparto. Resultados: Se encontró que la prevalencia de depresión posparto fue del 3,12%. Los factores que se asociaron significativamente a la presencia de este trastorno fueron la residencia en zonas rurales y el estado civil de soltería. Conclusión: Los hallazgos del estudio evidencian que la depresión posparto, aunque con una prevalencia relativamente baja en la muestra analizada, se encuentra influenciada por determinantes sociales como el lugar de residencia y la condición conyugal. Las mujeres que viven en áreas rurales y aquellas que atraviesan la maternidad sin pareja constituyen un grupo especialmente vulnerable, lo que pone de relieve las desigualdades en salud materna dentro del país. Estos resultados resaltan la necesidad de diseñar políticas públicas y estrategias de intervención que prioricen el acompañamiento emocional, el fortalecimiento de redes de apoyo social y el acceso oportuno a servicios de salud mental, particularmente en comunidades rurales y en madres sin soporte conyugal. Fortalecer la detección temprana y el abordaje

integral puede contribuir a prevenir las consecuencias negativas que la depresión posparto genera no solo en las madres, sino también en el bienestar y desarrollo de sus hijos ⁽¹⁷⁾.

2.1.3. ANTECEDENTES LOCALES

Huánuco (2023). Bazán R y Orellana L. En su estudio denominado Determinantes de riesgo vinculados a la depresión posparto en mujeres puérperas atendidas en el Centro de Salud La Unión-Dos de Mayo, Huánuco (2021-2022). Tuvo como objetivo: Examinar los principales determinantes de riesgo que influyen en la aparición de depresión posparto en mujeres en etapa puerperal que recibieron atención en el Centro de Salud La Unión – Dos de Mayo, en el periodo comprendido entre julio de 2021 y mayo de 2022. Metodología: El estudio se enmarcó en un enfoque analítico con nivel y diseño correlacional. La población total estuvo compuesta por 260 puérperas, de las cuales se seleccionó una muestra de 155 mujeres mediante un muestreo probabilístico aleatorio, garantizando representatividad. Resultados: Los hallazgos mostraron que el grupo más numeroso correspondió a mujeres entre 20 y 26 años (39%). La mayoría de participantes (82%) convivía con su pareja, mientras que el 91% residía en zonas rurales. En cuanto al nivel de instrucción, tres de cada cuatro (75%) contaban con estudios secundarios. En relación con la experiencia reproductiva, el 30% había tenido dos gestaciones. Respecto a la ocupación, predominó el rol de amas de casa (65%), con solo un 1% dedicadas a labores agrícolas. Conclusión: Se identificó una asociación estadísticamente significativa entre la depresión posparto y múltiples factores: la edad ($p = 0,030$), el estado civil ($p = 0,025$), el nivel de apoyo económico ($p = 0,001$), la residencia rural ($p = 0,003$), las complicaciones gestacionales ($p = 0,028$), la paridad ($p = 0,007$), la vía de parto ($p = 0,004$), la falta de planificación familiar ($p = 0,035$), la ausencia de lactancia materna exclusiva ($p = 0,040$), las alteraciones emocionales de la madre ($p = 0,030$), las dificultades en el cuidado del recién nacido ($p = 0,002$), así como la insuficiencia de apoyo emocional por parte de la pareja ($p =$

0,001) y de la familia ($p = 0,030$). Estos resultados refuerzan la importancia de un abordaje integral que contemple no solo los aspectos obstétricos, sino también los determinantes emocionales, sociales y económicos en la prevención y atención de la depresión posparto ⁽¹⁸⁾

Huánuco (2019). Inocencio R, Salazar F. En su investigación titulada *Vínculo entre el funcionamiento familiar, la cantidad de partos y la autoestima y la depresión posparto en madres adolescentes atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, 2019*. El propósito central de esta investigación fue identificar cómo la dinámica familiar, la cantidad de partos previos y el nivel de autoestima se vinculan con la presencia de depresión posparto en madres adolescentes atendidas en dicho hospital durante el año 2019. Metodología: El estudio se desarrolló bajo un diseño observacional, descriptivo, prospectivo y transversal, con carácter correlacional, lo que permitió examinar las variables en un único momento. Resultados: Se encontró que el 52,8% de las participantes eran convivientes, el 25% madres solteras y el 22% casadas. En lo referente a la alimentación del recién nacido, el 81,9% recurrió a la lactancia materna exclusiva, el 12,5% a la lactancia mixta y un 5,6% utilizó lactancia artificial. En cuanto a las dinámicas familiares, la mayoría de las adolescentes (72,20%) no presentaron disfunción familiar; además, el 90,3% eran primíparas y un 88,90% reflejó niveles adecuados de autoestima. Asimismo, un elevado porcentaje de ellas (81,80%) no evidenció depresión posparto. Conclusión: Los análisis estadísticos revelaron una asociación significativa entre la disfuncionalidad familiar ($X^2 p = 0,000$) y la autoestima ($X^2 p = 0,000$) con la depresión posparto, lo que resalta la importancia de fortalecer el entorno familiar y promover el desarrollo de la autoestima como factores protectores frente a este trastorno en madres adolescentes ⁽¹⁹⁾

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. DEPRESIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) explica que la

depresión es un problema de salud mental muy común que puede afectar profundamente la vida de las personas. No se trata solo de sentirse triste por un momento, sino de una sensación persistente de desánimo y falta de interés por actividades que antes generaban alegría o satisfacción. Quienes la padecen suelen experimentar cambios en sus hábitos de sueño y alimentación, sentirse constantemente cansados y tener dificultades para concentrarse. En otras palabras, la depresión impacta en el bienestar diario y en la manera en que se enfrentan las responsabilidades y relaciones personales ⁽²⁰⁾.

2.2.2. DEPRESIÓN POSPARTO

Según la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) de la Asociación Americana de Psiquiatría, la depresión posparto se describe como una alteración del estado de ánimo que suele aparecer alrededor de la cuarta semana tras el nacimiento del bebé. Sus síntomas más comunes incluyen tristeza profunda, ansiedad, sentimientos de desesperanza, irritabilidad, culpa, pérdida de interés, tendencia al aislamiento y dificultades para establecer un vínculo emocional y físico con el recién nacido. Generalmente, esta condición se presenta entre la cuarta y sexta semana posterior al parto y puede prolongarse durante varios meses, afectando de manera progresiva las dimensiones emocionales, psicológicas, conductuales y físicas de la madre. Se considera un tipo de depresión no psicótica, con alta prevalencia, que impacta a un número significativo de mujeres en el primer año después del parto ⁽²¹⁾.

2.2.3. CUADRO CLÍNICO

La depresión posparto suele evidenciarse mediante un conjunto de síntomas que abarcan lo emocional, lo físico y lo conductual. Entre ellos destacan un estado de ánimo bajo, cambios frecuentes en el temperamento, alteraciones en el sueño, sensación de fatiga constante, pérdida de interés y motivación por actividades previamente disfrutadas, variaciones en el apetito, irritabilidad y sentimientos de enojo. También

son comunes las percepciones de incapacidad, vergüenza, culpa o ineficacia personal. A ello se suma la dificultad para establecer un vínculo afectivo con el recién nacido, acompañada de preocupaciones respecto a la capacidad de ejercer adecuadamente el rol materno. En situaciones más severas, pueden surgir pensamientos de autolesión o dirigidos hacia el bebé, así como ideas persistentes relacionadas con el suicidio ⁽²¹⁾.

2.2.4. ETIOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN POSPARTO

A lo largo de su ciclo vital, la mujer pasa por diversas etapas significativas, siendo el embarazo y el puerperio dos de las más trascendentes, pues en ellas ocurren transformaciones notables tanto en el cuerpo como en el plano emocional. Una vez producido el parto y expulsada la placenta, se origina una reducción brusca de las principales hormonas placentarias, entre ellas la gonadotropina coriónica humana (HCG), el lactógeno placentario, los estrógenos y la progesterona. Este descenso hormonal facilita un aumento en los niveles de prolactina, hormona responsable de estimular la producción de leche materna. A su vez, mientras la madre mantiene la práctica de la lactancia, la prolactina permanece elevada y promueve la liberación de oxitocina, sustancia fundamental no solo para favorecer la lactancia, sino también para contribuir al equilibrio emocional y al bienestar psicológico de la mujer en esta etapa ⁽²²⁾.

Los estrógenos, por su parte, cumplen un papel fundamental en el sistema nervioso central, participando en la síntesis y regulación de neurotransmisores. De ahí que una reducción brusca de esta hormona pueda desencadenar alteraciones en el estado de ánimo, dificultades en la memoria y concentración, problemas de sueño e inestabilidad emocional. Desde esta perspectiva, se plantea que el origen de la depresión posparto podría estar relacionado en parte con los cambios hormonales. Sin embargo, la mayoría de investigaciones científicas señalan que, si bien las variaciones biológicas influyen, los factores psicosociales desempeñan un papel más determinante en la aparición

de esta condición ⁽²²⁾.

El puerperio, entendido como la etapa posterior al parto, es también un momento de profundas transformaciones en la vida de la mujer. Además de la recuperación física, este periodo supone enfrentar la responsabilidad del cuidado del recién nacido, adaptarse psicológicamente al nuevo rol materno y asumir cambios en la dinámica familiar y en las relaciones de pareja. Todo este conjunto de exigencias, sumado a las modificaciones biológicas, puede incrementar la vulnerabilidad emocional de la madre, facilitando la aparición de síntomas depresivos y otras alteraciones en la salud mental que, en muchos casos, pueden extenderse más allá de las primeras semanas después del parto ⁽²³⁾.

2.2.5. FACTORES PSICOLÓGICOS

Reconocimiento y aceptación personal en el proceso de convertirse en madre

Este concepto hace referencia a la manera en que la madre percibe y valora su propia persona durante el proceso de la maternidad. Implica el reconocimiento de su dignidad, de sus capacidades y de sus limitaciones, en un marco libre de autocrítica excesiva, acompañado del respeto y el amor propio que le corresponden. La autoaceptación supone identificar pensamientos, emociones y conductas de manera objetiva, con una disposición tolerante hacia sí misma. Es importante considerar que, aunque la maternidad constituye una experiencia nueva y desafiante para la mujer, esta posee la capacidad de adaptarse progresivamente y de desarrollar las habilidades necesarias para amamantar, brindar higiene al recién nacido y responder a sus necesidades básicas, entre otras tareas. Cabe resaltar que el contexto social y familiar en el que cada persona se forma transmite valores y patrones de conducta que influyen en esta adaptación; no obstante, corresponde a cada individuo integrarlos de acuerdo con sus características personales y su experiencia social ⁽²⁴⁾.

La maternidad implica una transformación de la identidad individual, que se evidencia, por un lado, en la valoración positiva de sí misma, reconociendo también las limitaciones propias; y, por otro, en la disposición para afrontar nuevas circunstancias, con el fin de alcanzar un equilibrio psicológico ⁽²⁴⁾. En contraste, cuando la mujer muestra resistencia a aceptar las modificaciones en su identidad materna, pueden aparecer sentimientos y pensamientos negativos respecto a sí misma, los cuales, si se prolongan en el tiempo, incrementan el riesgo de desarrollar síntomas depresivos ⁽²⁴⁾.

Habilidad para afrontar y solucionar dificultades en la maternidad

Según lo señalado por UNICEF, la resolución de problemas consiste en la habilidad de reconocer una dificultad, analizarla en profundidad y plantear alternativas de solución, apoyándose en una observación cuidadosa del contexto en el que ocurre. ⁽²⁵⁾

Este proceso exige el desarrollo de capacidades cognitivas que sean a la vez adaptables y flexibles, donde se pongan en práctica la curiosidad, la creatividad y la capacidad de comprensión. Resolver un problema implica que la persona se concentre en generar una respuesta pertinente ante una dificultad específica. Dentro de este procedimiento se distinguen dos aspectos principales: en primer lugar, la forma en que el individuo reacciona frente a la situación; y en segundo lugar, las estrategias de afrontamiento y resolución que emplea para dar respuesta al problema en cuestión ⁽²⁵⁾.

Durante el posparto, es común que surjan diversas dificultades vinculadas con la lactancia, los patrones de sueño del recién nacido, la reorganización de la rutina materna, el estilo de crianza y la adaptación a los nuevos roles parentales. En este contexto, contar con la capacidad de resolver problemas se convierte en una herramienta fundamental para afrontar la maternidad de manera más llevadera y satisfactoria. Esta habilidad permite a la madre tomar decisiones adecuadas para enfrentar

los desafíos, así como supervisar y evaluar la efectividad de las soluciones adoptadas con miras a su bienestar futuro. Por el contrario, la ausencia de estrategias adecuadas para fortalecer la resolución de problemas puede derivar en elevados niveles de ansiedad, cefaleas y la aparición de síntomas depresivos en la mujer ⁽²⁶⁾.

Demandas de dedicación plena durante la maternidad

Este aspecto exige destrezas cognitivas de carácter flexible y adaptativo, en las que se reflejen el interés, la creatividad y la comprensión. Dicho proceso implica que la persona se comprometa en la búsqueda de una solución o alternativa adecuada frente a un problema determinado. Se destacan dos elementos dentro de este procedimiento: en primer lugar, la forma en que el individuo responde ante la dificultad; y en segundo lugar, las tácticas o recursos que emplea para enfrentar una situación específica ⁽²⁷⁾.

Es claro que, siendo el recién nacido totalmente dependiente, necesita de la madre para subsistir, lo que coloca a la mujer en una etapa en la que relega sus propias necesidades en favor del bienestar del hijo. No obstante, el hecho de entregarse de manera desmedida no debería transformarse en una forma de vida, pues ello puede desencadenar sentimientos de culpa, frustración y un profundo vacío emocional en la madre, sumiéndola en un estado de malestar constante. En este contexto, cuando las expectativas personales no se cumplen y se combinan con la vulnerabilidad propia del posparto, aumenta el riesgo de que se desarrollen síntomas de depresión posparto ⁽²⁷⁾.

En un estudio longitudinal desarrollado en Estados Unidos, se evaluó a 233 mujeres que experimentaban la maternidad por primera vez y que fueron atendidas en el Hospital Midwestern. El objetivo consistió en analizar las expectativas que tenían acerca de la maternidad y su relación con el proceso de adaptación emocional durante el periodo posparto, particularmente en el segundo día tras el alumbramiento y en la sexta semana. Los resultados evidenciaron que la creencia de que la

conducta del recién nacido era un reflejo directo de la capacidad de la madre se vinculó con las puntuaciones obtenidas en la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo y en la Escala de Ajuste Emocional (BaM-13). Este hallazgo mostró que las expectativas maternas contribuían al aumento de la depresión posparto. Además, a las seis semanas, los puntajes de la BaM-13 se vieron afectados negativamente por las expectativas de autosacrificio, mientras que se relacionaron de manera positiva con aquellas que partían de la idea del ejercicio natural del rol materno.

En conclusión, las madres que sostienen expectativas centradas en el autosacrificio, caracterizadas por rigidez y falta de realismo respecto a su rol materno, tienen una mayor probabilidad de experimentar desequilibrios emocionales y trastornos en su salud mental a lo largo del periodo posparto ⁽²⁸⁾.

Culpa materna ante la no concreción de expectativas idealizadas sobre la maternidad

De acuerdo con la psicóloga Mariola Bonillo, la culpa funciona como un mecanismo de defensa que surge a raíz de una acción u omisión, en la cual la persona emite un juicio moral sobre su conducta, e incluso sobre sus propios pensamientos, concluyendo que ha cometido un error y, en consecuencia, merece un castigo severo. Así, el sentimiento de culpa se entiende como un proceso subjetivo, ya que depende de la interpretación y valoración personal de los acontecimientos. En este sentido, la madre que experimenta este estado tiende a descalificarse y a sentirse insatisfecha consigo misma ⁽²⁹⁾.

Por otro lado, el experto en gestión emocional Ángel Rull explica que la culpa surge de una combinación de emociones y pensamientos vinculados a la desvalorización personal, los cuales se hacen presentes cuando la persona no logra cumplir con las metas o expectativas que se había propuesto. Dichas expectativas permiten organizar y planificar el futuro; en el caso de las mujeres, se relacionan con el rol materno o con

el cuidado del hijo. Sin embargo, cuando la realidad no coincide con lo esperado, emergen sentimientos de malestar, inseguridad, frustración y depresión. La culpa, en este contexto, responde a la percepción de no estar actuando de la manera *correcta* ⁽²⁸⁾. Asimismo, la predisposición hacia la culpabilidad se encuentra influida por la cultura, la educación recibida, las experiencias de vida y el nivel de autoestima que posea la persona en determinado momento, lo cual refuerza la forma en que este sentimiento se experimenta y se mantiene en la madre ⁽²⁴⁾.

2.2.6. FACTORES SOCIALES

Diversos factores de carácter social han sido identificados como elementos de peligro vinculados a la aparición de depresión después del parto en mujeres embarazadas. Entre ellos destacan la presencia de depresión o ansiedad durante la etapa de embarazo, la vivencia de acontecimientos estresantes significativos (como rupturas de pareja, desempleo, fallecimiento de un familiar o migración) durante la gestación o días después de haber dado a luz temprano, grados reducidos de asistencia social y los antecedentes personales de depresión. ⁽³⁰⁾ Asimismo, se ha evidenciado que un bajo nivel de instrucción incrementa significativamente la probabilidad de desarrollar depresión después del parto ($p < 0,001$), después de haber alcanzado un grado educativo superior al nivel primario, se comporta como un factor protector ($p < 0,05$) ⁽³¹⁾.

De igual forma, las mujeres que manifiestan disponer de escaso apoyo social presentan una mayor vulnerabilidad frente a la depresión; en contraste, cuando cuentan con un respaldo social adecuado, este actúa como un elemento protector frente a dicha condición ⁽³²⁾.

2.3. DEFINICIONES CONCEPTUALES

2.3.1. FACTORES ASOCIADOS

Se entienden como todas aquellas condiciones, características o circunstancias, ya sean internas de la persona o externas a su entorno,

que incrementan la probabilidad de que ocurra un determinado acontecimiento. Dichos factores no actúan de manera aislada, sino que interactúan entre sí, potenciando o disminuyendo el riesgo de que se desencadene un problema de salud o una situación de vulnerabilidad ⁽²⁰⁾.

2.3.2. FACTOR PSICOLÓGICO EN LA PUERPERA

Hace referencia a los elementos emocionales, cognitivos y conductuales que intervienen en la manera en que una mujer enfrenta el proceso del embarazo, el parto y la etapa posterior. La manera en que la puérpera percibe su entorno, maneja sus sentimientos y orienta sus pensamientos repercute de forma directa en su bienestar. En este sentido, la inseguridad, el miedo, la ansiedad o la baja autoestima pueden convertirse en detonantes que favorecen la aparición de episodios depresivos, mientras que la resiliencia, la autoaceptación y la confianza personal representan recursos protectores para un afrontamiento más saludable.

2.3.3. FACTOR SOCIAL EN LA PUERPERA

Corresponde a las condiciones familiares, económicas y estructurales que rodean a la mujer durante la etapa del puerperio. Un hogar disfuncional, la carencia de apoyo por parte de la pareja o la familia, la precariedad económica o el aislamiento social pueden generar en la puérpera sentimientos de soledad, frustración e impotencia. En contraste, un entorno afectivo, solidario y estable se convierte en un soporte fundamental previniendo enfermedades mentales. El apoyo social y la red de cuidados, ya sea de la pareja, familiares o comunidad, funcionan como un factor protector que ayuda a sobrellevar los retos de la maternidad.

2.3.4. DEPRESIÓN POSPARTO

La depresión posparto es un trastorno del estado de ánimo que se manifiesta luego del nacimiento y que, por lo general, se hace más fuerte aproximadamente al mes del parto, aunque puede mantenerse hasta el

primer año tras el parto. Por lo general, las mamás que pasan por depresión suelen experimentar cansancio extremo, falta de motivación, irritabilidad, sentimientos de culpa, enojo y dificultades para establecer un vínculo afectivo con su bebé. Estas emociones no solo afectan la relación madre-hijo, sino que también interfieren en la capacidad de realizar actividades básicas de autocuidado y en la atención diaria que requiere el recién nacido. Es importante reconocer que la depresión posparto no se limita a un malestar pasajero, sino que constituye una condición de gran impacto que, sin la atención adecuada, puede prolongarse y deteriorar la salud mental y física de la madre ⁽²¹⁾.

2.3.5. PUERPERIO

El puerperio es la etapa comprendida desde el momento del parto hasta, aproximadamente, las seis semanas posteriores. En este lapso la mamá enfrenta distintos cambios físicos, hormonales y emocionales orientados a recuperar el equilibrio que tenía antes de la gestación. Este período demanda una readaptación del organismo a nivel anatómico y fisiológico, al mismo tiempo que la mujer debe ajustarse a las nuevas responsabilidades y exigencias que implica la llegada del bebé. El puerperio se reconoce como una etapa de especial vulnerabilidad, pero al mismo tiempo resulta fundamental para fortalecer el lazo madre e hijo y afirmar la identidad materna. ^(30, 31).

2.3.6. MATERNIDAD

La maternidad constituye una etapa dinámica que comienza con el embarazo y se prolonga durante todo el ciclo vital de la mujer. Implica asumir un rol cargado de responsabilidades y compromisos, no solo en lo biológico, sino también en lo social y emocional. Ser madre no se limita a la crianza, sino que abarca la tarea de brindar amor, transmitir valores, garantizar la protección del niño y velar por su desarrollo integral.

En este sentido, la maternidad representa tanto una experiencia enriquecedora como un desafío que exige adaptación constante y fortaleza emocional. En ella confluyen la capacidad de cuidado, la

entrega afectiva y la responsabilidad de orientar a un ser humano hacia una vida plena y saludable ^(33,34).

2.4. HIPÓTESIS

2.4.1. HIPÓTESIS GENERAL

H_a: Existen factores asociados a la depresión postparto en puérperas del Hospital de Tingo María, 2024.

H_o: No existen factores asociados a la depresión postparto en puérperas del Hospital de Tingo María, 2024.

2.4.2. HIPÓTESIS ESPECIFICAS

H_{a1}: Existen factores psicológicos asociados significativamente a la depresión post parto en puérperas del Hospital de Tingo María, 2024

H_{o1}: No existen factores psicológicos asociados significativamente a la depresión post parto en puérperas del Hospital de Tingo María, 2024

H_{a2}: Existen factores sociales asociados significativamente a la depresión post parto en puérperas del Hospital de Tingo María, 2024

H_{o2}: No existen factores sociales asociados significativamente a la depresión post parto en puérperas del Hospital de Tingo María, 2024

H_{a3}: El nivel de riesgo de depresión postparto se encuentra asociado significativamente en puérperas del Hospital de Tingo María, 2024.

H_{o3}: El nivel de riesgo de depresión postparto no se encuentra asociado significativamente en puérperas del Hospital de Tingo María, 2024.

2.5. VARIABLES

2.5.1. VARIABLE DEPENDIENTE

Depresión postparto en puérperas

2.5.2. VARIABLE INDEPENDIENTE

Factores asociados

2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES DE OBSERVACIÓN	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	VALOR FINAL	ESCALA
Variable de observación 1: Depresión Post parto en puérperas Variable de observación 2: Factores asociados	La alteración psicológica que puede experimentar una mujer después de dar a luz corresponde a un trastorno emocional caracterizado por la presencia de síntomas que suelen mantenerse hasta aproximadamente los tres meses posteriores al nacimiento Los elementos psicosociales de la depresión postparto incluyen diversos aspectos sociales y psicológicos que impactan de manera directa el bienestar emocional de la madre después del parto	Evaluada mediante el cuestionario de Edimburgo, que es un instrumento válido a nivel internacional y nacional Involucra la detección de factores como el apoyo social, el estrés experimentado, la calidad de la relación de pareja, antecedentes de depresión y grado de satisfacción con la maternidad, entre otros	Presencia de Depresión posparto Factor psicológico	He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas He mirado el futuro con placer Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien He estado ansiosa y preocupada sin motivo He sentido miedo y pánico sin motivo alguno Autoaceptación de su identidad en la etapa de la maternidad Capacidad de resolución de problemas en la maternidad Expectativas de autosacrificio en la maternidad	7-9 puntos (No probable depresión post parto) 10 a 13 puntos (Leve riesgo de depresión post parto) 13 o más puntos (Alta probabilidad de depresión post parto)	De intervalo
				Sentimientos de culpa por no cumplir con las expectativas de la maternidad. Autoeficacia de la lactancia materna. Antecedentes de depresión. Antecedentes familiares de depresión. Percepción de competencia para enfrentar las necesidades y demandas del infante. Adaptación a los requerimientos y demandas de la crianza. Competencia para enfrentar las demandas y necesidades del infante.	Si No	

Incluye una variedad de factores y circunstancias que son parte del entorno social y cultural de la madre	Implica identificar los indicadores específicos que reflejan cada dimensión social.	Factor social	Apoyo emocional de la pareja durante el embarazo. Apoyo emocional de la familia durante el embarazo Apoyo económico de la pareja Apoyo de la pareja en la crianza del bebé. Apoyo de la pareja en las tareas domésticas. Relación estable con la pareja Violencia psicológica en la relación de pareja. Violencia física en la relación de pareja. Disposición a recibir apoyo de la pareja.	Si No	Nominal
---	---	---------------	--	----------	---------

CAPITULO III

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

3.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Según el nivel de intervención del investigador, el estudio se clasificó como observacional, pues se limitó a examinar y describir el fenómeno de forma objetiva y sin manipulación, sin alterar ni manipular las variables en estudio. En lo referente al momento de obtención de los datos, se trató de un diseño prospectivo, debido a que la información fue recolectada a medida que los acontecimientos se iban desarrollando. Respecto a la frecuencia de medición, correspondió a un estudio transversal, puesto que las variables fueron evaluadas en un único instante y registradas una sola vez. Finalmente, considerando el número de variables incluidas y la relación que se buscó establecer entre ellas, el estudio adoptó un enfoque analítico, ya que su propósito fue identificar y examinar las asociaciones existentes entre los distintos factores de interés ⁽³⁵⁾.

Se utilizó el nivel relacional, ya que el propósito principal fue identificar y analizar la asociación existente entre los distintos factores considerados en la investigación. Este nivel permite no solo describir las variables de manera independiente, sino también comprender cómo interactúan entre sí, aportando una visión más integral del fenómeno estudiado. Gracias a este enfoque, fue posible determinar el grado de conexión entre los elementos analizados y extraer conclusiones más sólidas acerca de su influencia mutua ⁽³⁵⁾.

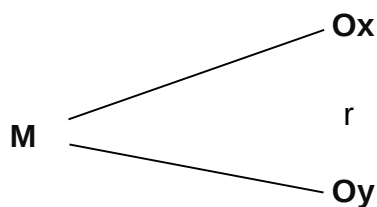
3.1.1. ENFOQUE

El enfoque adoptado en esta investigación fue cuantitativo, dado que se partió de la formulación de hipótesis que posteriormente fueron contrastadas mediante el análisis de los datos recolectados. La información obtenida se procesó con el apoyo de programas estadísticos especializados, lo que permitió obtener resultados objetivos y verificables. Este tipo de enfoque se caracteriza por ofrecer mediciones numéricas que facilitan la interpretación de los hallazgos, garantizando

mayor precisión y confiabilidad en la evaluación de las variables en estudio ⁽³⁵⁾.

3.1.2. DISEÑO

La presente investigación adoptó un diseño no experimental, dado que no se manipularon intencionalmente las variables, sino que se observaron tal como se presentaban en su contexto natural. Asimismo, se trató de un estudio de tipo transversal, ya que la recolección de la información se efectuó en un único momento, permitiendo obtener una *fotografía* de la situación en un tiempo específico. Finalmente, el diseño fue correlacional, puesto que buscó establecer la relación existente entre las variables de interés.



Donde:

M = grupo muestral considerado en la investigación

O_x, O_y = variables objeto de observación

r = grado de correlación existente

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1. POBLACIÓN

Estuvo conformada por 51 puérperas, seleccionadas según los criterios de inclusión establecidos, quienes fueron atendidas en el Hospital Tingo María durante el periodo comprendido entre agosto y diciembre de 2024.

Población: Puérperas atendidas en el Hospital Tingo María, Huánuco – 2024.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Puérperas inmediatas que asisten en el Hospital Tingo María, departamento de Huánuco, en el año 2024.

Mujeres que aceptaron participar de manera voluntaria en la investigación.

Puérperas con edad superior a 17 años y 11 meses.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Puérperas inmediatas que se encuentren en condición crítica después del parto.

Puérperas con diagnóstico de trastornos psiquiátricos.

Puérperas con discapacidad cognitiva o mental que limite su participación.

3.2.2. MUESTRA

La muestra estuvo constituida por 45 puérperas atendidas en el Hospital Tingo María durante el período de agosto a diciembre de 2024. Para su selección se utilizó la técnica de muestreo no probabilístico, dado que el investigador eligió de manera intencional a las participantes correspondientes a dicho intervalo de tiempo.

$$n = \frac{N \cdot Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q}{d^2 \cdot (N - 1) + Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q}$$

Dónde:

N= 51 puérperas atendidas entre agosto a diciembre.

n= Tamaño de la muestra

p= 0,5 probabilidad de ocurrencia de los casos

q= Probabilidad de no ocurrencia de los casos

Z α = desviación normal de la muestra al nivel de error aceptado

α = 0.05 = 1.96 (para el 95% de confiabilidad)

d = precisión de la muestra

$$n = \frac{51 \times 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}{0.05^2(51 - 1) + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = \frac{48.9804}{1.0854}$$

$$n = 45.12$$

$$n = 45$$

3.3. RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

3.3.1. TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TÉCNICA

Para la recolección de los datos necesarios en esta investigación se empleó la técnica de la encuesta. Según Hadi ⁽³⁴⁾; esta técnica consiste en un método estandarizado de preguntas escritas que se aplican a un grupo determinado de personas para obtener información sistemática y comparable.

INSTRUMENTO

Cuestionario estandarizado: Niveles de Depresión Posparto de Edimburgo. (36), fue diseñado específicamente para identificar mujeres en riesgo de depresión después del parto. Este presenta 10 preguntas, cada una con cuatro alternativas de respuesta, puntuadas de 0 a 3 según la severidad de los síntomas. La puntuación total puede ser entre 0 y 30, considerando que un puntaje igual o superior a 10 indica riesgo de depresión posparto.

Cuestionario complementario para identificar factores asociados a la depresión postparto: exploró el factor psicológico y el factor social, presentes en la vida de las puérperas inmediatas que llevaron a cabo su control en el Hospital de Tingo María, Huánuco, durante el año 2024. En la primera parte exploró se exploraron factores psicológicos representados por su autoaceptación de su identidad como madre adolescente, su capacidad de resolución de problemas en la maternidad,

sus expectativas de autosacrificio en la maternidad, su sentimiento de culpa por no cumplir las expectativas ideales de la maternidad, la autoeficacia de la lactancia materna, antecedentes de depresión, antecedentes familiares de depresión, su auto percepción de competencias para enfrentar las demandas y necesidades del infante, su adaptación a los requerimientos de la crianza y sus competencias para enfrentar las demandas y necesidades del infante. Contiene 34 ítems. El ítem: Sí = 2 y el ítem No = 1, que equivale a valores de 34 como puntaje mínimo y 68 como puntaje máximo, en donde: 34 – 50 es considerado adecuado (ajuste psicológico considerado adecuado) y 51 – 68 es considerado inadecuado (riesgo/indicación de dificultades psicológicas relacionadas con la maternidad).

La segunda parte corresponde a los factores sociales y en donde se exploró sobre aspectos como el apoyo emocional de la pareja durante el embarazo, el apoyo emocional de la familia durante el embarazo, el apoyo económico de la pareja, el apoyo de la pareja en la crianza del bebe, en las tareas domésticas, la relación estable con la pareja, la violencia psicológica en la relación de pareja, la violencia física en la relación de pareja y la disposición a recibir apoyo de la pareja o familia. Contiene los reactivos del 35 al 54.

3.3.2. TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Para los resultados se utilizó el software estadístico SPSS versión 26, con un nivel de confianza del 95% y un nivel de significancia de 0,05 ($\alpha = 0,05$). Posteriormente, la información fue analizada y organizada en tablas, donde se calcularon frecuencias y porcentajes para cada variable. Además, se aplicó la prueba estadística de chi-cuadrado con el fin de determinar la asociación entre los factores estudiados y la depresión posparto.

3.4. ASPECTOS ÉTICOS

La presente investigación cumplió con los principios éticos

fundamentales establecidos para la protección de los participantes humanos, basados en las normas internacionales y nacionales sobre investigación en salud.

Autorización institucional: Se solicitó y obtuvo el permiso formal de la Dirección Ejecutiva del Hospital Tingo María, así como de la jefatura del servicio de Gineco-Obstetricia, garantizando que la investigación se desarrollara dentro de los lineamientos institucionales y con la aprobación de las autoridades pertinentes.

Consentimiento informado: Antes de la aplicación de los instrumentos, se explicó de manera clara y comprensible a cada participante el objetivo del estudio, la naturaleza de la investigación, el procedimiento a seguir, los beneficios y posibles riesgos. Posteriormente, cada puérpera que aceptó participar firmó un consentimiento informado, asegurando su participación voluntaria y consciente.

Confidencialidad y anonimato: Se garantizó la privacidad de los datos personales y clínicos de todas las participantes. La información obtenida fue codificada y almacenada en bases de datos seguras, siendo utilizada únicamente con fines académicos y de investigación. Ningún dato permitió la identificación individual de las puérperas.

CAPITULO IV

RESULTADOS

4.1. PROCESAMIENTO DE DATOS

Tabla 1. Puérperas según grupo etario

Edad	fi	%
18 a 29 años	2	4.6
De 30 a 40 años	43	95.4
Total	45	100

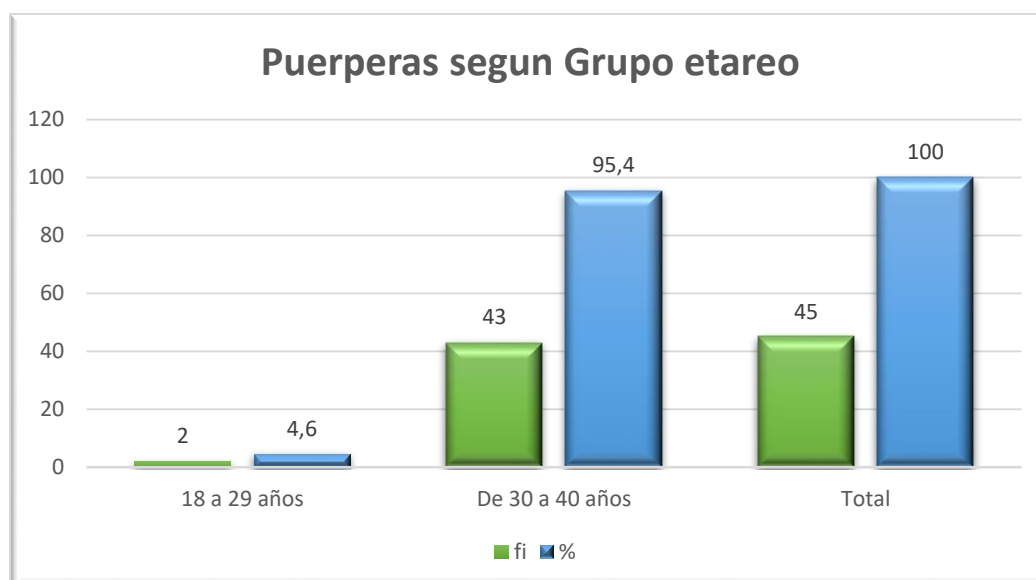


Figura 1. Puérperas según grupo etario

Análisis e Interpretación:

Se observó que, dentro de la muestra analizada, el 4,6% de las puérperas tenía entre 18 y 29 años, mientras que la mayoría, correspondiente al 95,4%, se encontraba en el rango de 30 a 40 años.

Tabla 2. Puérperas según estado civil

Estado civil	fi	%
Conviviente	14	31%
Soltera, sin unión en pareja	30	67.0%
Casada	1	2.0%
Total	45.0%	100%

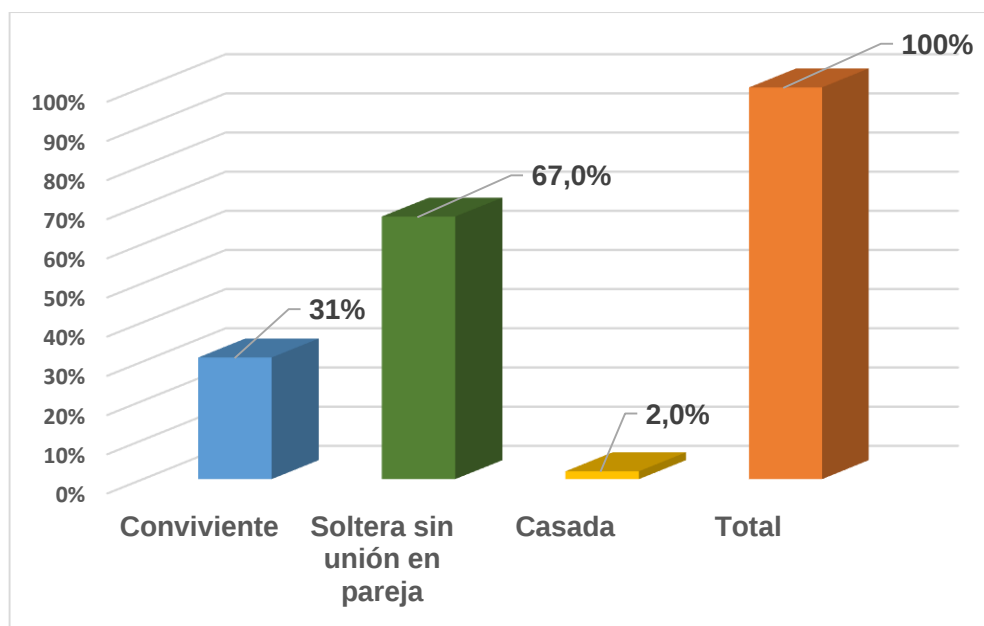


Figura 2. Puérperas según estado civil

Análisis e Interpretación

En el grupo de puérperas inmediatas evaluadas, se observó que, en cuanto al estado civil, el 67,0% era soltera sin vínculo de pareja, el 31% convivía con su pareja y el 2% estaba casada. Esto evidencia un predominio de relaciones libres sin convivencia con la pareja.

Tabla 3. Puérperas según grado de instrucción alcanzado

Grado de instrucción	fi	%
Primaria	5	11%
Secundaria incompleta	13	29%
Secundaria completa	27	60%
Superior	0	0%
Total	45	100%

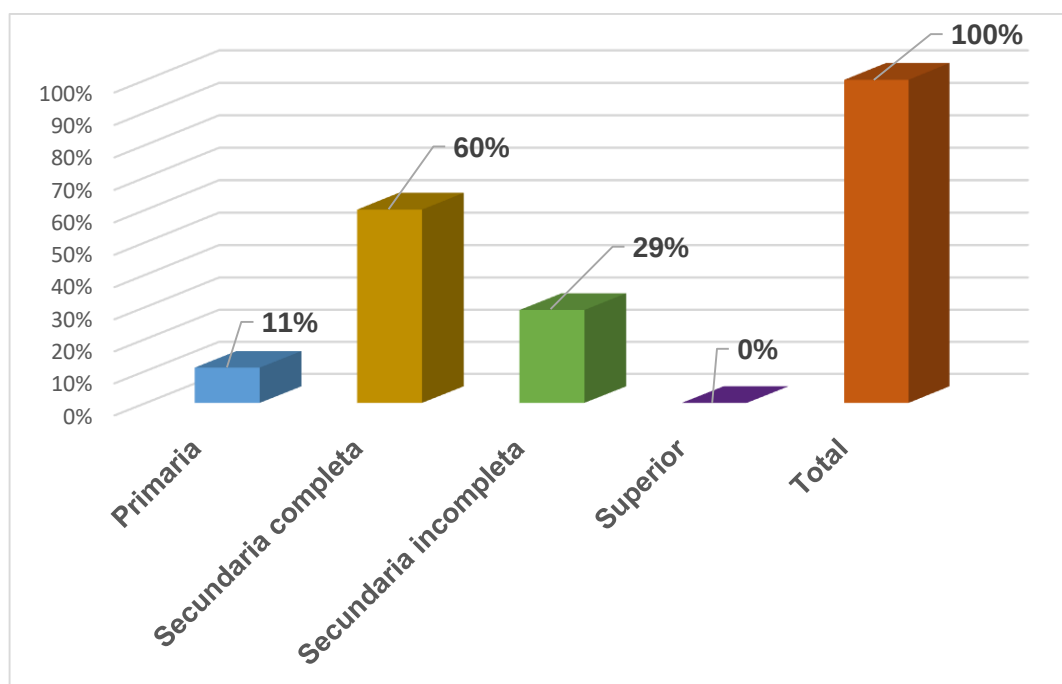


Figura 3. Puérperas según grado de instrucción alcanzado.

Análisis e Interpretación:

Del total de puérperas evaluadas, se observó que el 60% contaba con educación secundaria completa, mientras que el 29% tenía secundaria incompleta y el 11% alcanzó únicamente el nivel primario. No se registraron participantes con estudios superiores, lo que refleja una ausencia de formación académica avanzada en la población estudiada.

Tabla 4. Resultados condición de factor psicológico en puérperas

Puntaje	Condición	fi	%
34 a 50 puntos	Adecuada	8	17,8
51 a 68 puntos	Inadecuada	37	82,2
Total		45	100%

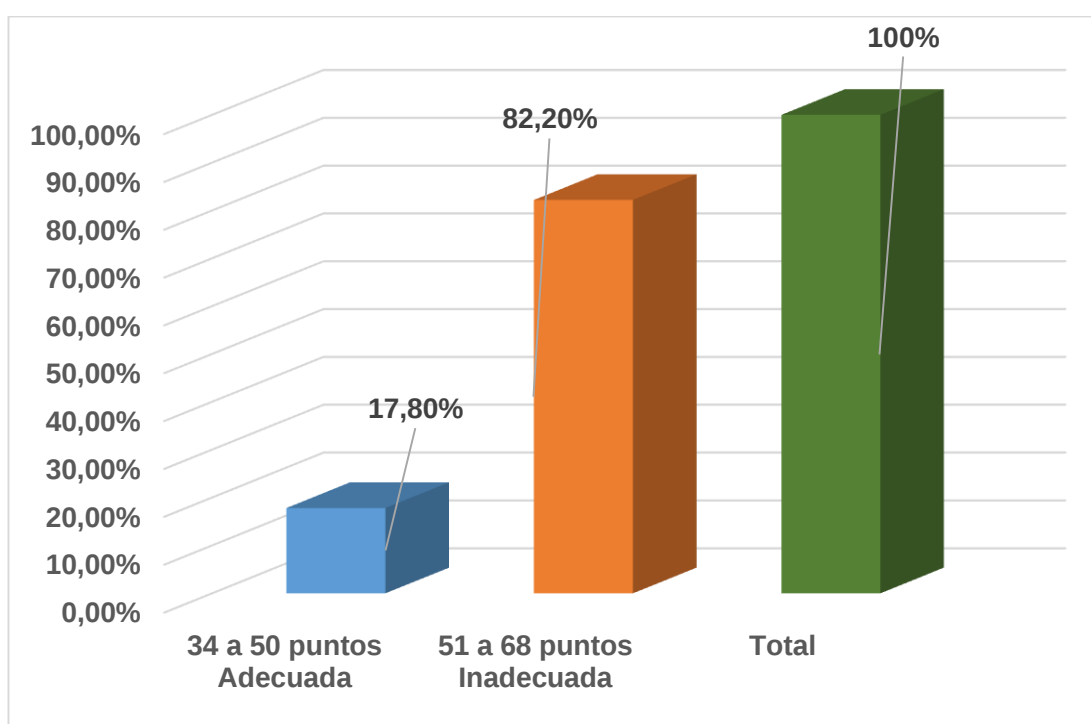


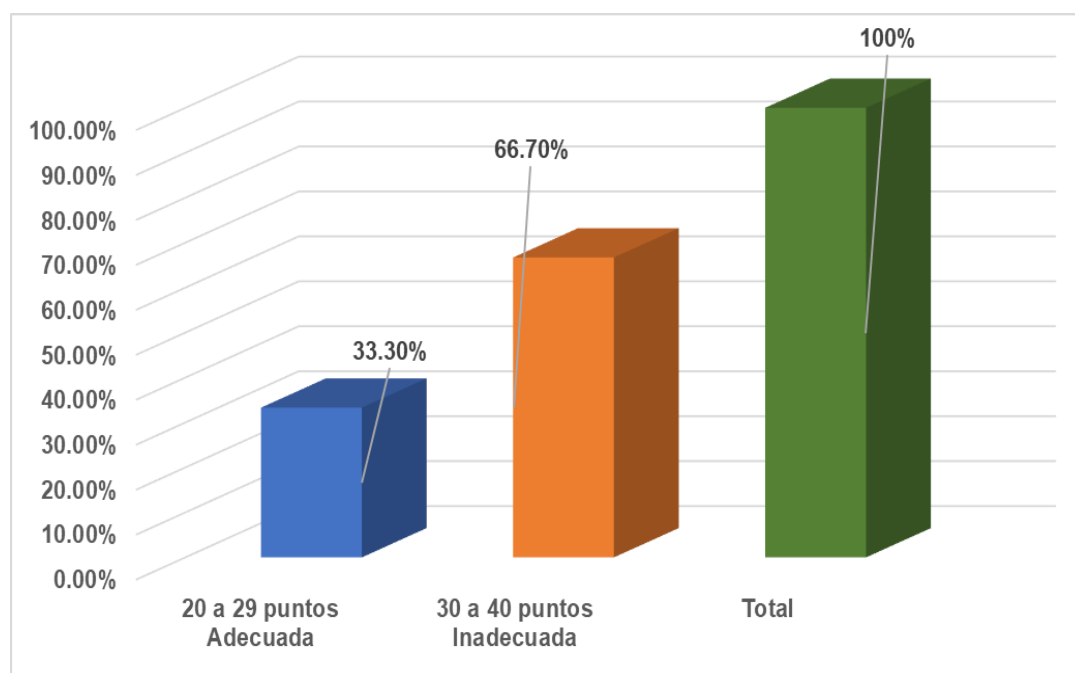
Figura 4. Factor psicológico en puérperas atendidas

Análisis e interpretación

En la evaluación del aspecto psicológico de las puérperas, se identificó que el 82,22% obtuvo un puntaje entre 51 y 68, lo que indica una condición psicológica considerada inadecuada. Por otro lado, el 17,78% presentó un puntaje entre 34 y 50, reflejando un estado psicológico adecuado. Esto evidencia que la mayoría de las puérperas presenta dificultades en su bienestar emocional durante el periodo inmediato posparto.

Tabla 5. Factor social en puérperas

Puntaje	Condición	Fi	%
20 a 29 puntos	Adecuada	8	17,8
30 a 40 puntos	Inadecuada	37	82,2
Total		45	100%

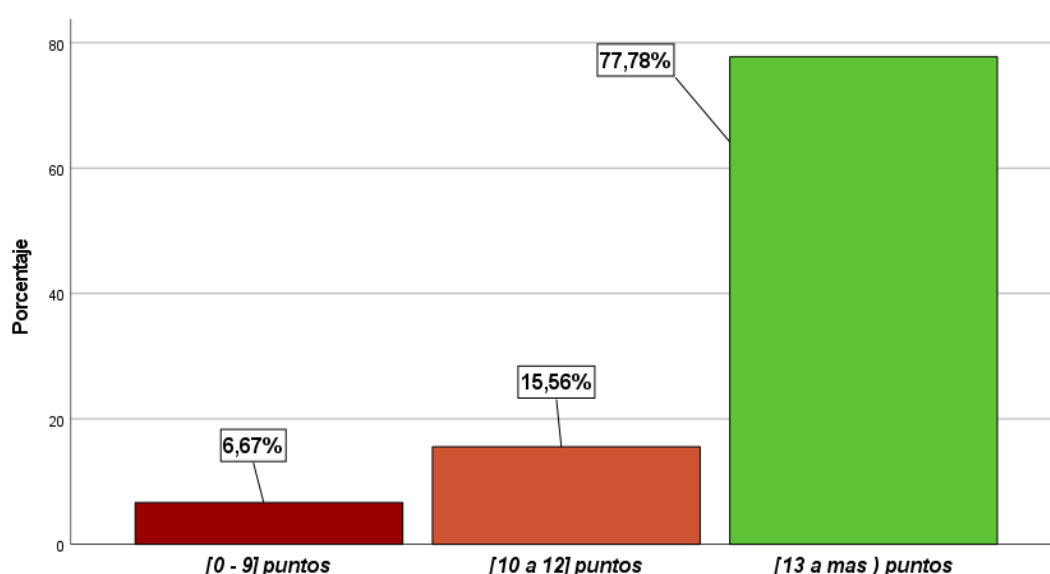
**Figura 5.** Factor social en puérperas

Análisis e interpretación

Los hallazgos mostraron que el 66,67% de las puérperas se encontraba en una condición social considerada inadecuada, mientras que el 33,33% presentó una condición social adecuada. Esto indica que la mayoría de las mujeres evaluadas enfrenta limitaciones o dificultades en su entorno social que podrían influir negativamente en su adaptación y bienestar durante el puerperio.

Tabla 6. Nivel de riesgo de depresión post parto

Puntajes	Riesgo de depresión	fi	%i	% acumulado
0 - 9	No probable depresión post parto	3	6,7	6,7
10 a 12	Riesgo leve de depresión posparto. Requiere monitoreo y posible evaluación adicional.	7	15,6	22,2
13 a más	Alta probabilidad de depresión posparto. Se recomienda evaluación clínica profesional.	35	77,8	100,0
Total		45	100,0	100,0

**Figura 6.** Nivel de riesgo de depresión post parto en sometidas a escala de depresión

Análisis e interpretación

Los resultados revelaron que la mayoría de las puérperas inmediatas evaluadas, un 77,78%, presenta un alto riesgo de desarrollar depresión posparto. Además, un 15,56% obtuvo puntuaciones entre 10 y 12, lo que indica un riesgo leve de depresión después de dar a luz, el 6,67%, con puntajes de 6 a 9, muestra que es poco probable que presente depresión posparto. Esto evidencia que la gran parte de gestantes en el periodo inmediato posparto podrían requerir atención y seguimiento psicológico para prevenir complicaciones emocionales.

Tabla 7. Tabla cruzada escala de depresión post parto y factor psicológico

Variables			Factor psicológico		Total
			34 a 50 puntos adecuado	51 a 68 puntos Inadecuado	
Depresión post parto	(0 – 9) puntos	Recuento	3	0	3
		% rango de depresión después del parto	100,0%	0,0%	100,0%
		% factor psicológico	37,5%	0,0%	6,7%
	(10 a 12) puntos		6,7%	0,0%	6,7%
		Recuento	5	2	7
		% rango de depresión después del parto	71,4%	28,6%	100,0%
		% factor psicológico	62,5%	5,4%	15,6%
			11,1%	4,4%	15,6%
	(13 a más) puntos		0	35	35
		Recuento	0,0%	100,0%	100,0%
		% rango de depresión después del parto	0,0%	94,6%	77,8%
		% factor psicológico	0,0%	77,8%	77,8%
			8	37	45
	Total	Recuento	17,8%	82,2%	100,0%
		% rango de depresión después del parto	100,0%	100,0%	100,0%
		% factor psicológico	17,8%	82,2%	100,0%

4.2. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

Análisis e interpretación

En el vínculo entre las mediciones del rango de Depresión Posparto y el factor psicológico, se observó una correlación elevada, con puntajes de 13 o más. Es importante resaltar que el factor psicológico predominó en un rango considerado inadecuado, mientras que el nivel de depresión posparto se encontró en un rango alto, lo que indica la necesidad de intervención y seguimiento especializado. Para validar estos resultados, los datos fueron sometidos a análisis mediante prueba estadística.

Tabla 8. Relación entre nivel de riesgo de depresión post parto y factor psicológico

Estadísticos	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	35, 227 ^a	2	0.00000002
Razón de verosimilitud	33,745	2	,000
Asociación lineal por lineal	33,128	1	,000
N de casos válidos	45		

a. 3 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,53.

Análisis de resultados

A un nivel de significancia del 5% ($\alpha = 0,05$) y con 2 grados de libertad, se obtuvo un coeficiente de correlación positivo de 35,227, acompañado de una significancia asintótica bilateral de 0,00000002, lo cual es menor que 0,05. Esto indica que existe una relación significativa entre las variables estudiadas.

En consecuencia, se rechaza la hipótesis nula (H_0), que planteaba que el factor psicológico no se asocia de manera significativa con el riesgo de depresión posparto en puérperas inmediatas adolescentes atendidas en el Hospital de Tingo María en 2024. Asimismo, se acepta la hipótesis alternativa (H_a), que establece que el factor psicológico si tiene relación de manera significativa con el riesgo de desarrollar depresión posparto en esta población.

Se evidenció que ambas variables están claramente asociadas. El p-valor obtenido fue extremadamente bajo (0,00000002), lo que indica una asociación altamente significativa entre el factor psicológico y el riesgo de depresión posparto. Esto evidencia que elementos como estrés, ansiedad o antecedentes de depresión están fuertemente relacionados con la aparición de depresión posparto.

La fuerza de la asociación también se considera robusta, dado que el valor de chi-cuadrado (35,227) con 2 grados de libertad refleja una relación marcada entre las variables estudiadas.

Desde una perspectiva clínica, estos hallazgos respaldan la importancia de evaluar de manera sistemática los factores psicológicos durante los controles posparto. La identificación temprana de estos factores permitirá implementar intervenciones multidisciplinarias orientadas a prevenir o disminuir el riesgo de depresión posparto, mejorando así la salud mental y el bienestar de la madre.

Tabla 9. Tabla cruzada nivel de riesgo de depresión post parto y factor social en puérperas

Estadígrafos		Factor Social		Total	
		[20 a 29 puntos] Adecuado	[30 a 40 puntos] Inadecuado		
Riesgo de depresión post parto	[0 - 9] puntos	Recuento	3	0	3
		% dentro de escala de depresión después del parto	100,0%	0,0%	100,0%
		% dentro de factor social	20,0%	0,0%	6,7%
		% del total	6,7%	0,0%	6,7%
	[10 a 12] puntos	Recuento	7	0	7
		% escala de depresión después del parto	100,0%	0,0%	100,0%
		% dentro de factor social	46,7%	0,0%	15,6%
		% total	15,6%	0,0%	15,6%
	[13 a más) puntos	Recuento	5	30	35
		% escala de depresión después del parto	14,3%	85,7%	100,0%
		% factor social	33,3%	100,0%	77,8%
		% total	11,1%	66,7%	77,8%
	Total	Recuento	15	30	45
		% dentro escala de depresión post parto	33,3%	66,7%	100,0%
		% factor social	100,0%	100,0%	100,0%
% total		33,3%	66,7%	100,0%	

Análisis e interpretación

El análisis mostró que existe una alta relación entre el nivel de riesgo de depresión posparto y el factor social en puérperas inmediatas adolescentes, reflejándose en puntajes de 13 o más y un predominio de condiciones sociales inadecuadas.

Para validar esta relación, se aplicó la prueba estadística correspondiente, confirmando la asociación entre ambos factores. Esto

sugiere que aspectos sociales, como la falta de apoyo familiar, dificultades económicas o limitaciones en la red de soporte, influyen significativamente en el riesgo de desarrollar depresión después del parto, resaltando la necesidad de intervenciones orientadas a fortalecer el entorno social de la madre durante el puerperio.

Tabla 10. Relación entre depresión después del parto y factor social en puérperas

Estadísticos	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	25.714 ^a	2	0.000003
Razón de verosimilitud	28.578	2	,000
Asociación lineal por lineal	21.679	1	,000
N de casos válidos	45		

Análisis e interpretación

El análisis estadístico reveló, con un nivel de significancia del 5% (0.05) y 2 grados de libertad, una correlación positiva de 25.714 mediante la prueba de chi-cuadrado de Pearson. La significancia asintótica bilateral fue 0.000003, inferior al umbral de 0.05, lo que indica que la asociación entre el factor social y el riesgo de depresión posparto es altamente significativa.

En consecuencia, se rechazó la hipótesis nula (H₀), que postulaba que el factor social no se relaciona con el riesgo de depresión posparto, y se aceptó la hipótesis alternativa (H_a), confirmando que las condiciones sociales influyen de manera relevante en la aparición de depresión posparto en puérperas inmediatas adolescentes que llevaron su control en el Hospital de Tingo María, Huánuco, durante 2024.

Estos resultados subrayan la importancia de evaluar y fortalecer el entorno social de la madre, incluyendo el apoyo familiar, económico y comunitario, como medida preventiva frente al desarrollo de depresión posparto.

CAPITULO V

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Con respecto al objetivo específico 1, que busca reconocer los factores emocionales vinculados con la depresión posparto en las madres atendidas en el Hospital de Tingo María durante el 2024, el estudio reveló que existe una relación directa entre ambas variables. Dentro de los aspectos psicológicos considerados se incluyen: la aceptación personal de su identidad como madre, la capacidad para enfrentar y resolver dificultades propias de la maternidad, las expectativas relacionadas con el sacrificio personal en este rol, los sentimientos de culpa por no cumplir con un ideal de madre *perfecta*, la seguridad y confianza en la práctica de la lactancia, los antecedentes de depresión tanto en la propia mujer como en su familia, la percepción de habilidades para responder a las demandas del recién nacido, la adaptación a los retos del cuidado infantil y la fortaleza para sobrellevar las exigencias emocionales y físicas que implica la crianza.

Este resultado se respalda con lo evidenciado en China por Liu, Y. (11), quien identificó que elementos como el agotamiento físico y las dificultades al momento de amamantar al recién nacido generaban episodios de ansiedad en las madres en el posparto inmediato, constituyéndose en un factor psicológico que incrementa el riesgo de depresión puerperal. De manera similar, Chambilla, Y. (13), en la ciudad de Puno, destacó que la falta de apoyo de la pareja, la presencia de violencia intrafamiliar y las complicaciones obstétricas durante el parto fueron determinantes que elevaron la probabilidad de desarrollar depresión posparto. Asimismo, Bazán, Y. y Orellana, K. (18), en Huánuco, identificaron entre los principales factores psicológicos la ansiedad vinculada a la práctica de la lactancia materna exclusiva ($P=0,040$), los cambios emocionales asociados a la transición hacia la maternidad ($P=0,030$), las dificultades para atender adecuadamente al bebé ($P=0,002$), así como la ausencia de soporte afectivo por parte de la pareja ($P=0,001$) y de la familia ($P=0,030$), todos ellos vinculados a un mayor nivel de riesgo de depresión puerperal (18).

En relación con el objetivo específico 2, enfocado en identificar los factores sociales asociados a la depresión posparto en las féminas que llevaron su control en el Hospital de Tingo María durante el 2024, la investigación examinó aspectos sociales como el respaldo afectivo de la pareja y la familia durante la gestación, el apoyo económico recibido, la cooperación de la pareja en las tareas del hogar, la estabilidad del estado civil y la presencia de violencia familiar. Los hallazgos demostraron una relación significativa entre estas condiciones sociales y el riesgo de desarrollar depresión posparto. Esta evidencia guarda concordancia con lo reportado por Mokwena, K. y Modjadji, P. ⁽⁸⁾ quienes en un estudio realizado en Sudáfrica identificaron que el 11% de las puérperas careció de apoyo emocional por parte de su pareja, el 13% no recibió respaldo económico, el 73% no contó con el acompañamiento de su familia y el 42% experimentó situaciones estresantes; concluyendo que todos estos factores sociales incrementan de manera considerable la probabilidad de presentar depresión posparto ⁽⁸⁾. De manera complementaria, Xayyabouapha, A. ⁽⁹⁾ identificó que los problemas sociales vinculados a la violencia de pareja y la limitada red de apoyo familiar constituyen factores que incrementan de forma significativa el riesgo de depresión posparto. En la misma línea, en España, Riesco ⁽¹⁰⁾ señaló que un bajo nivel educativo, la ausencia de una relación de pareja estable y la falta de respaldo familiar se encuentran estrechamente asociados con la aparición de depresión puerperal, concluyendo que el componente social es un elemento determinante que no debe ser subestimado en la evaluación de los factores de riesgo de este trastorno.

Los resultados obtenidos permitieron evidenciar que, como denominador común, el factor social se presenta como una variable de fuerte asociación con la aparición de depresión puerperal. En esa línea, Ramos y Rivera ⁽¹⁴⁾, en Lima, concluyeron que hubo relación significativa entre el apoyo brindado por la pareja y la familia y el riesgo de desarrollar depresión posparto. De manera semejante, Reaño, B. ⁽¹⁶⁾, en Cusco, también corroboró que los aspectos sociales están estrechamente vinculados al nivel de riesgo de este trastorno. En el caso de Inocencio, K. y Salazar, Y. ⁽¹⁹⁾, en Huánuco, se reportó

igualmente una asociación estadísticamente significativa entre la disfunción familiar ($X^2 p=0,000$) y la autoestima ($X^2 p=0,000$) y la depresión posparto.

Con respecto al objetivo específico 3, orientado a identificar el nivel de riesgo de depresión posparto en las madres atendidas en el Hospital de Tingo María durante el 2024, el estudio determinó que el 77,8% de las puérperas adolescentes inmediatas presentaron una alta probabilidad de padecer depresión puerperal. Esta situación exige una valoración clínica especializada que permita controlar y mitigar la ansiedad derivada de su temprana experiencia de maternidad. En este sentido, Centón, J. ⁽¹⁵⁾, en Puno, encontró que el 60% de las adolescentes evaluadas mostraron un nivel de riesgo de depresión puerperal, confirmando la vulnerabilidad de este grupo etario frente a la problemática

CONCLUSIONES

El factor psicológico mostró una relación significativa con la probabilidad de presentar depresión posparto en las mujeres atendidas en el Hospital de Tingo María durante 2024. Esto se evidenció mediante un coeficiente de correlación positivo de 35.227 y una significancia asintótica bilateral de 0.00000002, inferior al nivel de significancia de 0.05, lo que confirma una asociación altamente significativa.

En cuanto al riesgo de depresión después del parto en mujeres que recién dieron a luz adolescentes inmediatas, se observó que un 77.8% de las mujeres presentaron un riesgo alto, con puntajes iguales o mayores a 13 en el Nivel de Depresión de Edimburgo. Un 15,56% obtuvo puntajes entre 10 y 12, lo que representa un riesgo leve, mientras que el 6,67% presentó puntajes de 6 a 9, indicando baja probabilidad de depresión posparto.

Estos resultados reflejan que la depresión posparto en el período inmediato después del parto está estrechamente relacionada con factores psicológicos y sociales, como estrés, ansiedad, antecedentes de depresión, apoyo familiar y condiciones socioeconómicas. La evidencia destaca la necesidad de evaluaciones tempranas y multidisciplinarias durante el control posparto para identificar factores de riesgo y aplicar estrategias de prevención e intervención adecuadas.

RECOMENDACIONES

Dada la complejidad de los factores psicológicos y sociales que afectan a las puérperas adolescentes que experimentan un embarazo precoz, se recomienda implementar evaluaciones periódicas por parte de profesionales en psicología. Esto permitirá brindar un soporte preventivo adecuado, disminuyendo la probabilidad de aparición de depresión posparto y favoreciendo un acompañamiento integral durante el periodo inmediato postparto.

Para el Área de Salud Mental:

Se sugiere realizar un monitoreo del nivel de riesgo de depresión posparto desde el control prenatal, con el objetivo de identificar tempranamente a las gestantes vulnerables y proporcionar intervenciones psicológicas preventivas. Este enfoque favorecerá la prevención de trastornos emocionales y el bienestar integral de la mamá e hijo.

Para los profesionales obstetras:

Es fundamental detectar desde el control prenatal factores sociales de riesgo, tales como violencia intrafamiliar, falta de apoyo familiar o problemas socioeconómicos, que puedan incrementar la ansiedad y elevar la probabilidad de depresión posparto. Este conocimiento permitirá tomar medidas oportunas para minimizar el impacto negativo sobre la salud mental.

Para los obstetras en formación:

Se recomienda comprender que el embarazo precoz representa una etapa de alta vulnerabilidad emocional, dado que los cambios físicos, hormonales y psicológicos asociados a la maternidad pueden afectar significativamente a la puérpera. Por ello, es crucial realizar un seguimiento cercano durante el puerperio, observando la evolución emocional y brindando orientación y apoyo oportunos para prevenir complicaciones como la depresión posparto.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. OMS | Salud mental [Internet]. WHO. [Consultado el 12 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>.
2. Corea del Cid M. La depresión y su impacto en la salud pública. Rev. Médica Hondur, Vol. 89, Supl No.1 2021 pp. S1-68
3. Plasencia V, Analy G, Díaz R, Rene D, Arangoitia C, Cáceres A, et al. Disfuncionalidad familiar y violencia familiar como factores de riesgo de depresión puerperal. Hospital Regional de Cajamarca, Perú, 2014. Scientia. 2017;9(2):145-52.
4. WHO. Depresión [Internet]. 2019 [citado el 20 de enero de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/depression>
5. Maldonado J. Salud mental perinatal. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D. C.: OPS; 2011.
6. Ortiz R, Gallego C, Buitron E, Meneses Y, Muñoz N, et al. Prevalencia de tamizaje positivo para Depresión Postparto en un hospital de tercer nivel y posibles factores asociados. Rev. Colomb psiquiatr. Octubre de 2016; 45(4): 253-261. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/scielo.php>
7. Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Hospitales Generales y Centros de Salud de Lima Metropolitana - 2015. Informe General. Anales de Salud Mental. 2018. <https://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2020>
8. Mokwena K, Modjadji P. A comparative study of postnatal depression and associated factors in Gauteng and Free State provinces, South Africa. Afr J Prim Health Care Fam Med. 30 de septiembre de 2022;14(1): e1-e11. Doi: 10.4102/phcfm. v14i1.3031. PMID: 36226935; PMCID: PMC9575337.
9. Xayyabouapha A, Sychareun V, Quyen B, Thikeyo M, Durham J. Prevalencia y factores de riesgo asociados con los síntomas depresivos posparto entre mujeres en Vientiane Capital, República Democrática Popular Lao. Front Public Health [Internet]. 2022 [citado 2024 Feb 12]; 10:791385. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35592080/>

10. Riesco F, Antúnez I, Vázquez J, Rodríguez L, Palomo R, Gómez J, et al. La insatisfacción con la imagen corporal como factor de riesgo de depresión posparto. *Medicina (Kaunas)* [Internet]. 2022 [citado 2024 Feb 11]; 58(6):752. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35744015/>
11. Liu Y, Guo N, Li T, Zhuang W, Jiang H. Prevalence and Associated Factors of Postpartum Anxiety and Depression Symptoms Among Women in Shanghai, 60 China. *J Affect Disord*. 1 de septiembre de 2020; 274:848-856. doi: 10.1016/j.jad.2020.05.028. Epub 2020 May 23. PMID: 32664024.
12. Gheorghe M, Varin M, Wong SL, Baker M, Grywacheski V, Orpana H. Symptoms of postpartum anxiety and depression among women in Canada: findings from a national cross-sectional survey. *Can J Public Health*. Abril de 2021;112(2):244-252. doi: 10.17269/s41997-020-00420-4. Epub 2020 Oct 20. PMID: 33079328; PMCID: PMC7910326.
13. Chambilla Y. Factores asociados a depresión posparto en puérperas tardías en los establecimientos de salud Metropolitano y Simón Bolívar, durante los periodos julio – septiembre 2023. Tesis de pregrado. Puno: Universidad Nacional del Altiplano [Internet].2023[citado 2024 Mar 12]. Disponible en: <http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14082/20940/>
14. Ramos M, Rivera L. Asociación entre depresión posparto y apoyo de la pareja en un centro materno infantil de Lima. *Anales de la Facultad de Medicina*. [Internet]2022. [Consultado el 16 de abril de 2025];83(1): 19-24. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8414178>
15. Centón J. Factores de riesgo para la depresión posparto en madres adolescentes atendidas en el Hospital Manuel Núñez Butrón Puno 2020. Tesis de pregrado. Huancayo: Universidad Roosevelt [Internet]. 2020[citado 2024 Feb 12]. Disponible en: <https://repositorio.uroosevelt.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14140>
16. Reaño B. Factores asociados a depresión posparto en madres adolescentes atendidas en el Hospital Regional del Cusco 2020. Cusco: Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco; 2020.

17. Gonzalo, C. (2020). Factores asociados a la depresión postparto: Análisis secundario de la Encuesta Demográfica de Salud Familiar del 2018. [Tesis de grado] Universidad Ricardo Palma, Lima.
18. Bazán, Y. Orellana, K. Factores de riesgo asociados a la depresión postparto en el Centro de Salud la Unión-Dos de Mayo, Huánuco periodo julio 2021-mayo 2022. [Internet] Huánuco. Universidad de Huánuco;2023 [Consultado el 12 de abril de 2025] Disponible en: <https://repositorio.unheval.edu.pe/item/70f77524-71b5-475e-8afa-86b5b6a67c76>
19. Inocencio, K. Salazar, Y. Disfuncionalidad familiar, paridad y autoestima asociados a la depresión postparto en puérperas adolescentes atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, 2019. [Internet]. Huánuco: Universidad de Huánuco; 2019 [Consultado el 12 de abril de 2025] Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.13080/5165>
20. OMS | Depresión [Internet]. WHO. World Health Organization; [citado 12 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es>
21. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2022.
22. Mora, M. Depresión postparto y tratamiento. Rev. Med Cos Cen. [Internet]. 2016 [Consultado el 12 de abril de 2025]; 73(620): 511-514. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2016/rmc163q.pdf>
23. Caparros R, Romero B, Peralta M. Depresión posparto, un problema de salud pública mundial Rev. Panamericana de Salud Pública [Internet].2018 [Consultado el 15 de abril de 2025];42:97 <https://www.scielo.org/article/rpsp/2018.v42/e97/>
24. Lara M, Navarrete L, Nieto L, Barba J, Navarro J, Lara H. Prevalence and incidence of perinatal depression and depressive symptoms among Mexican women. Journal of Affective Disorders. [Internet]. 2015 [Consultado el 15 de abril de 2025] 175: 18-24. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25590762/>
25. UNICEF. Aprender para transformar: Resolución de problemas [internet]. United Nations Children's Fund; [citado 22 marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.unicef.org>.

26. Andrade D. Factores psicosociales asociados al estado completo de salud mental de la mujer durante el puerperio. Chile: Universidad de Concepción. [Tesis doctoral]. 2021 [citado 12 de enero de 2023]. Se encuentra disponible en: <http://repositorio.udec.cl>.

27. Henshaw E, Fried R, Teeters J, Siskind E. Maternal expectations and postpartum emotional adjustment in first-time mothers: results of a questionnaire survey. *Journal of Psychosom Obstet Gynaecol* [Internet]. 2014 [Consultado el 15 de abril de 2025];35(3):69–75. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/0167482X.2014.937802>

28. Área humana: Investigación, innovación y experiencia en psicología. El sentimiento de culpa: El castigo que no merecemos. Área humana. 2018

29. Pineda S, Aliño M. El concepto de adolescencia. Manual de Prácticas Clínicas para la atención en la adolescencia. [Internet]. España: Equipo editorial del área humana. [Consultado el 15 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.areahumana.es/sentimiento-de-culpa/>

30. Urdaneta J, Rivera A, García J, Guerra M, Baabel N, Contreras A. Factores de riesgo de depresión posparto en puérperas venezolanas valoradas por medio de la escala de Edimburgo. *Rev. Chil. Obstet.Ginecol.* [Internet] 2011 [Consultado el 10 de abril de 2025]; 76(2):102-112. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262011000200007>

31. De Castro F, Hinojosa N, Hernández B. Risk and protective factors associated with postnatal depression in Mexican adolescents. *Journal Psychosom Obstet Gynaecol.* [Internet] 2011 [Consultado del 10 de abril de 2025];32(4):210-7 10.3109/0167482X.2011.626543

32. Norma técnica de salud para la atención integral de salud materna. 2014. MINSA/DGSP. Disponible en: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/04/964549/rm_827-2013-minsa.pdf

33. Cáceres F, Molina G, Ruiz M. Maternidad: un proceso con distintos matices y construcción de vínculos. *Aquichan*, 2014. 14(3): 316-326. DOI: 10.5294/aqui 2014.14.3.4

34. Hadi M, Martel C, Huayta F, Rojas C, Arias J. Metodología de la investigación. Guía para el proyecto de tesis.

35. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. Br J Psychiatry. 1987; 150:782–786.

CÓMO CITAR ESTE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

DelaCruz, A. Factores asociados a la depresión postparto en puérperas del Hospital de Tingo María, Huánuco, 2024. [Internet]. Huánuco: Universidad de Huánuco; 2025. [Consultado] Disponible en: [http: //...](http://...)

ANEXOS

ANEXO 1

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título de la investigación: Factores asociados a la depresión post parto en puérperas del Hospital Tingo María, 2024

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES DE OBSERVACIÓN	POBLACION /MUESTRA	DISEÑO METODOLOGICO	INSTRUMENTOS RECOLECCION DE DATOS
Problema General ¿Cuáles son los factores asociados a la depresión post parto en puérperas del Hospital de Tingo María, 2024?? Problemas específicos: ¿Cuál es la asociación entre el factor psicológico y la depresión postparto del Hospital de Tingo María, 2024? ¿Cuál es la asociación entre el factor social y la depresión post parto en puérperas del Hospital de Tingo María, 2024?	Objetivo General Determinar los factores asociados a depresión post parto en puérperas del Hospital de Tingo María, 2024. Objetivos Específicos Identificar los factores psicológicos asociados a la depresión post parto en puérperas del Hospital de Tingo María, 2024. Identificar los factores sociales asociados a la depresión post parto en puérperas del Hospital de Tingo María, 2024. Identificar el nivel de riesgo de depresión	HIPÓTESIS GENERAL Ha: Existe factores asociados a la depresión post parto en puérperas del Hospital de Tingo María, 2024. Ho: No existe factores asociados a la depresión post parto en puérperas del Hospital de Tingo María, 2024. HIPÓTESIS ESPECIFICAS: Ha1: Existen factores psicológicos asociados significativamente a la depresión post parto en puérperas del Hospital de Tingo María, 2024 Ho1: No existen factores psicológicos asociados significativamente a la	Variable de observación 1: Depresión postparto en puérperas Variable de observación 2 Factores asociados	Población La población estuvo constituida por 51 puérperas atendidas en el periodo de agosto a diciembre en el Hospital Tingo María, de acuerdo al criterio de inclusión. Muestra Estuvo constituida por 45 puérperas inmediatas adolescentes atendidas durante el	Tipo: Estudio prospectivo, transversal. Nivel: Relacional Enfoque: Cuantitativo debido a que se analizaron las hipótesis y los datos obtenidos numéricamente. Diseño Correspondió al diseño correlacional.	TÉCNICA: Encuesta INSTRUMENTO: Escala de Depresión de Post-Parto de Edimburgo y Cuestionario de identificación de factores de riesgo.

¿Cuál es el nivel de riesgo de depresión post parto en puérperas del Hospital de Tingo María, 2024?	post parto en puérperas del Hospital de Tingo María, 2024.	depresión post parto en puérperas del Hospital de Tingo María, 2024 Ha2: Existen factores sociales asociados significativamente a la depresión post parto en puérperas del Hospital de Tingo María, 2024 Ho2: No existen factores sociales asociados significativamente a la depresión post parto en puérperas del Hospital de Tingo María, 2024 Ha3: El nivel de riesgo de depresión postparto se encuentra asociado significativamente en puérperas del Hospital de Tingo María, 2024. Ho3: El nivel de riesgo de depresión postparto no se encuentra asociado significativamente en puérperas del Hospital de Tingo María, 2024.	periodo agosto a diciembre 2024 en el Hospital Tingo María de enero a diciembre del 2024.
---	--	--	---

ANEXO 2

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

I. INSTRUMENTO PARA MEDIR DEPRESIÓN POST PARTO EN PUERPERAS

ESCALA DE DEPRESION POSTPARTO DE EDIMBURGO

Indicaciones: Por favor marque con una X solo una respuesta que más se acerque a cómo se ha sentido usted en los últimos 7 días. Sea lo más sincera posible, ya que sus respuestas serán anónimas.

- 1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas**
 - a) Tanto como siempre
 - b) No tanto ahora
 - c) Mucho menos
 - d) No, no he podido
- 2. He mirado el futuro con placer**
 - a) Tanto como siempre
 - b) Algo menos de lo que solía hacer
 - c) Definitivamente menos
 - d) No, nada
- 3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien**
 - a) Sí, la mayoría de las veces
 - b) Sí, algunas veces
 - c) No muy a menudo
 - d) No, nunca
- 4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo**
 - a) No, para nada
 - b) Casi nada
 - c) Sí, a veces
 - d) Sí, a menudo
- 5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno**
 - a) Sí, bastante
 - b) Sí, a veces
 - a) C. No, no mucho
 - b) D. No, nada
- 6. Las cosas me oprimen o agobian**
 - a) Sí, la mayor parte de las veces
 - b) Sí, a veces
 - c) No, casi nunca
 - d) No, nada
- 7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir**
 - a) Sí, la mayoría de las veces
 - b) Sí, a veces
 - c) No muy a menudo
 - d) No, nada
- 8. Me he sentido triste y desgraciada**
 - a) Sí, casi siempre

- b) Sí, bastante a menudo
- c) No muy a menudo
- d) No, nada

9. He sido tan infeliz que he estado llorando

- a) Sí, casi siempre
- b) Sí, bastante a menudo
- c) Sólo en ocasiones
- d) No, nunca

10. He pensado en hacerme daño a mí misma

- a) Sí, bastante a menudo
- b) A veces
- c) Casi nunca
- d) No, nunca

Puntaje total y criterios de interpretación: Cada ítem se califica de 0 a 3 puntos. El puntaje máximo total: 30 puntos.

Interpretación del nivel de riesgo de depresión post parto

Puntaje	Nivel de riesgo
0 a 9 puntos	No probable depresión posparto
10 a 12 puntos	Riesgo leve de depresión posparto; requiere monitoreo y posible evaluación adicional.
13 o más puntos	Alta probabilidad de depresión posparto; se recomienda evaluación clínica profesional.
Cualquier respuesta distinta a Nunca en la pregunta 10 (sobre autolesión) requiere atención inmediata, incluso si el puntaje total es bajo.	

INSTRUMENTO PARA MEDIR FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESION POST PARTO

El presente cuestionario tiene por objetivo identificar factores que representen un riesgo de depresión postparto en puérperas atendidas en el Hospital de Tingo María.

Por favor marque con una X en el casillero con la respuesta que más se acerque a su sentir.

II. DATOS GENERALES

1. Edad:

2. Estado civil:

- a. Casada
- b. Conviviente sin unión en pareja
- c. Soltera

3. Grado de instrucción:

- a. Primaria
- b. Secundaria incompleta
- c. Secundaria completa
- d. Superior

FACTORES PSICOLÓGICOS	Sí	No
I. Autoaceptación de su identidad como madre adolescente		
1. ¿Me siento satisfecha con el nuevo rol de ser madre en esta etapa de mi vida		
II. Capacidad de resolución de problemas en la maternidad		
2. ¿Me esfuerzo para resolver los problemas relacionados al cuidado de mi bebé?		
3. ¿Pienso en posibles soluciones frente a un problema?		
4. ¿Pido consejos a un amigo o familiar que respeto?		
5. ¿Trato de ocultar mis sentimientos?		
III. Expectativas de autosacrificio en la maternidad		
6. Ahora que tengo un bebé debo cambiar muchas cosas sobre mí misma, aunque no sea feliz		
7. Ahora que tengo un bebé mis necesidades ya no son importantes		
8. Ahora que tengo un bebé las necesidades de mi bebé son más importantes que las mías		
9. Priorizaré las necesidades de mi hijo antes que las mías		
10. Considero que la maternidad es una etapa en la cual debo sacrificar cosas que para mí son importantes con el fin de mantener el bienestar de mi bebé.		
11. Me siento presionada por los demás para ser una buena madre		

IV. Sentimiento de culpa por no cumplir las expectativas ideales de la maternidad		
12. Me culpo a mí misma por los problemas que se puedan presentar en esta etapa de la maternidad.		
13. Me critico a mí misma por los problemas que se puedan presentar en esta etapa de la maternidad.		
14. Me recrimino por no haber evitado los problemas presentados en esta etapa de la maternidad		
V. Autoeficacia de la lactancia materna		
15. Estoy dando lactancia materna exclusiva a mi bebé		
16. Puedo determinar que mi hijo está recibiendo suficiente leche de mi pecho.		
17. Puedo manejar la situación del amamantamiento incluso cuando mi hijo está llorando		
18. Puedo estar satisfecha con la experiencia de amamantar		
19. Puedo amamantar a mi hijo cada vez que este lo necesite		
20. Puedo cumplir con los requerimientos de amamantamiento de mi hijo		
21. Puedo reconocer cuando mi hijo ha terminado de tomar pecho		
VI. Antecedentes de depresión		
22. ¿Tuvo depresión anteriormente diagnosticada por un médico o psicólogo?		
VII. Antecedente familiar de depresión		
23. ¿Algún familiar ha tenido depresión diagnosticada por un médico o psicológico?		
VIII. Percepción de competencias para enfrentar las demandas y necesidades del infante		
24. Me siento capaz de responder las necesidades básicas de mi bebé (como alimentarlo, cuidarlo y mantener el contacto físico)		
25. Me siento capaz de brindar seguridad a mi bebé		
26. Tengo pensamientos positivos respecto a mi capacidad de realizar las diferentes tareas que demanda la maternidad.		
27. Me siento capaz de interpretar el llanto de mi bebé		
IX. Adaptación a los requerimientos de la crianza		
28. He logrado modificar mi horario habitual con los horarios de sueño del bebé para mi bienestar		
29. He creado estrategias para responder a las necesidades de mi bebé		
X. Competencia para enfrentar las demandas y necesidades del infante		
30. Puedo determinar si mi bebé tiene hambre, frío o sueño		
31. Puedo responder inmediatamente al llanto de mi bebé		
32. He logrado bañar a mi bebé		
33. He logrado calmar a mi bebé luego de su llanto		

34. Algunas actividades que parecían difíciles de realizar, ahora las puedo realizar fácilmente		
FACTORES SOCIALES		
I. Apoyo emocional de la pareja durante el embarazo		
35. Me sentí escuchada por mi pareja durante el embarazo		
36. Cuando necesito algo, sé que mi pareja me puede ayudar		
37. Cuando tengo penas o alegrías puedo compartirlas con mi pareja		
38. Mi pareja me ofrece consuelo cuando lo necesito		
39. Mi pareja se interesa por lo que yo siento		
40. Puedo conversar de mis problemas con mi pareja		
41. Recibí apoyo emocional por parte de mi pareja durante el embarazo		
II. Apoyo emocional de la familia durante el embarazo		
42. Tengo la seguridad de que mi familia trata de ayudarme		
43. Mi familia me da la ayuda y apoyo emocional que necesito		
44. Puedo conversar de mis problemas con mi familia		
45. Mi familia me ayuda a tomar decisiones		
46. Recibí apoyo emocional por parte de mi familia durante el embarazo		
III. Apoyo económico de la pareja		
47. ¿La pareja tiene actividad laboral actual?		
48. ¿Mi pareja aporta económicamente en la relación?		
IV. Apoyo de la pareja en la crianza del bebe		
49. ¿Mi pareja ayudará en la crianza del bebé como cambiarlo, bañarlo?		
V. Apoyo de la pareja en las tareas domésticas		
50. ¿Mi pareja ayuda en las tareas domésticas como lavar los platos, limpiar la casa, preparar la comida?		
VI. Relación estable con la pareja		
51. ¿Estoy satisfecha con mi relación de pareja?		
VII. Violencia psicológica en la relación de pareja		
52. ¿Alguna vez he recibido insultos o humillaciones durante el embarazo por parte de mi pareja?		
VIII. Violencia física en la relación de pareja		
53. ¿Alguna vez he recibido golpes o empujones durante el embarazo por parte de mi pareja?		
IX. Disposición a recibir apoyo de la pareja o familia		
54. ¿Me permito dejarme ayudar en las diferentes tareas que demanda el bebé?		

Criterios de calificación:

Puntaje	Respuestas	Criterio evaluativo
Factores psicológicos		
I. Autoaceptación de su identidad como madre adolescente.	Pregunta 1 Respuesta No:	Condición inadecuada
II. Capacidad de resolución de problemas en la maternidad.	Preguntas 2,3,4,5 Respuesta No:	Condición inadecuada
III. Expectativas de autosacrificio en la maternidad.	Preguntas 6,7,8,9,10,11 Respuesta Si	Condición inadecuada
IV. Sentimiento de culpa por no cumplir las expectativas ideales de la maternidad.	Preguntas: 12,13,14 Respuestas Sí	Condición inadecuada
V. Autoeficacia de la lactancia materna.	Preguntas: 5,16,17,18,19,20,21. Respuestas No	Condición inadecuada
VI. Antecedentes de depresión.	Pregunta: 22. Respuesta Si: Factor asociado negativo	Condición inadecuada
VII. Antecedente familiar de depresión.	Pregunta: 23. Respuesta Si	Condición inadecuada
VIII. Percepción de competencias para enfrentar las demandas y necesidades del infante.	Preguntas: 24,25,26,27. Respuesta No	Condición inadecuada
IX: Adaptación a los requerimientos de la crianza.	Preguntas: 28, 29. Respuesta No.	Condición inadecuada
IX. Competencia para enfrentar las demandas y necesidades del infante.	Preguntas: 30,31,32,33,34. Respuesta No.	Condición inadecuada
Factores Sociales		
I. Apoyo emocional de la pareja durante el embarazo.	Preguntas:35,36,37,38,39,40,41. Respuesta No.	Condición inadecuada
II. Apoyo emocional de la familia durante el embarazo.	Preguntas:42,43,44,45,46. Respuesta No	Condición inadecuada
III. Apoyo económico de la pareja.	Pregunta:47,48. Respuesta No.	Condición inadecuada
IV. Apoyo de la pareja en la crianza del bebé.	Pregunta:49. Respuesta No.	Condición inadecuada
V. Apoyo de la pareja en las tareas domésticas.	Pregunta:50. Respuesta No.	Condición inadecuada

VI. Relación estable con la pareja.	Pregunta:51. Respuesta No.	Condición negativa
VII. Violencia psicológica en la relación de pareja.	Pregunta:52. Respuesta: Sí.	Condición negativa
VIII. Violencia física en la relación de pareja.	Pregunta:53. Respuesta: Sí.	Condición negativa
IX. Disposición a recibir apoyo de la familia o pareja.	Pregunta:54. Respuesta No	Condición negativa

Sub escala (ítems)	Min	Máx	Corte crudo (aprox.)	Interpretation cruda
I. Autoaceptación (1 ítem)	1	2	≥ 2 = inadecuado	1 = adecuado; 2 = inadecuado
II. Capacidad de resolución (4 ítems)	4	8	≥ 6 = inadecuado	≤ 5 = adecuado; ≥ 6 = inadecuado
III. Expectativas de autosacrificio (6 ítems)	6	12	≥ 9 = inadecuado	≤ 8 = adecuado; ≥ 9 = inadecuado
IV. Sentimiento de culpa (3 ítems)	3	6	≥ 5 = inadecuado	≤ 4 = adecuado; ≥ 5 = inadecuado
V. Autoeficacia lactancia (7 ítems)	7	14	≥ 11 = inadecuado	≤ 10 = adecuado; ≥ 11 = inadecuado
VI. Antecedentes de depresión (1 ítem)	1	2	≥ 2 = inadecuado	1 = adecuado; 2 = inadecuado
VII. Antecedente familiar depresión (1 ítem)	1	2	≥ 2 = inadecuado	1 = adecuado; 2 = inadecuado
VIII. Percepción de competencias (4 ítems)	4	8	≥ 6 = inadecuado	≤ 5 = adecuado; ≥ 6 = inadecuado
IX. Adaptación a la crianza (2 ítems)	2	4	≥ 3 = inadecuado	≤ 2 = adecuado; ≥ 3 = inadecuado
X. Competencia para enfrentar demandas (5 ítems)	5	10	≥ 8 = inadecuado	≤ 7 = adecuado; ≥ 8 = inadecuado

ANEXO 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimada Señora:

Se le invita a participar en un estudio de investigación cuyo objetivo es identificar los factores asociados a la depresión postparto en mujeres atendidas en el Hospital de Tingo María. Esta información contribuirá a mejorar la atención y el bienestar emocional de las madres en esta etapa. Su participación es voluntaria, anónima y confidencial. Su participación contribuirá a mejorar la comprensión y atención de la salud mental materna. Responda por favor dos cuestionarios breves: La Escala de Depresión Postparto de Edimburgo y un cuestionario sobre factores asociados a la depresión pos parto.

El tiempo estimado para responder ambos cuestionarios es de 20 a 30 minutos. La información recolectada se usará solo con fines académicos y científicos. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto afecte su atención médica.

He leído o se me ha explicado esta información. He podido hacer preguntas y se me han respondido adecuadamente. Entiendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme en cualquier momento.

Al firmar este documento, autorizo mi participación en el estudio.

.....

Firma del participante

DNI:

ANEXO 4

REGISTRO FOTOGRÁFICO



Aplicación de instrumento de recojo de datos de fuente directa:
Puerperas atendidas en el Hospital de Tingo María, Huánuco, 2024



Aplicación de instrumento de recojo de datos de fuente directa:
Puerperas atendidas en el Hospital de Tingo María, Huánuco, 2024