

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



TESIS

**“Asociación entre el embarazo no deseado y la depresión postparto
en puérperas mediatas y tardías en el Centro de Salud de Moras del
año 2025”**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA

AUTORA: Vigilio Valdivia, Thalia

ASESORA: Sinche Alejandro, Marisol

HUÁNUCO – PERÚ

2025

U

D

H

**TIPO DEL TRABAJO DE INVESTIGACION:**

- 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): 77569750

DATOS DEL ASESOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 22489669

Grado/Título: Segunda especialidad en obstetricia con
mención en emergencias obstétricas, alto riesgo y
cuidados críticos maternos.

Código ORCID: 0000-0001-5710-8424

DATOS DE LOS JURADOS:

Nº	APELLIDOS Y NOMBRES	GRADO	DNI	Código ORCID
1	Zelaya Huanca, Rocío Amparo	Maestra en ciencias de la salud con mención en salud pública y docencia universitaria	10620344	0009-0005-1016-2294
2	Quiroz Tucto, Mariella Mariyu	Maestra en ciencias de la salud con mención en salud pública y docencia universitaria	41168800	0000-0002-4216-1553
3	Benites Condezo, Shanny Jhunneth	Maestra en ingeniería, con mención en gestión ambiental y desarrollo sostenible	43324376	009-0004-6636-9115



ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS

En la ciudad de Huánuco, siendo las **once horas con treinta minutos** de la fecha **veinticuatro** del mes de **noviembre** del año **dos mil veinticinco**, se reunieron en el auditorio de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Huánuco en cumplimiento de lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad, se reunió el jurado calificador integrado por los docentes:


- | | |
|---------------------------------------|-------------------|
| • Mg. Rocio Amparo Zelaya Huanca | Presidente |
| • Mg. Mariella Mariyu Quiroz Tucto | Secretaria |
| • Mg. Shanny Jhunneth Benites Condezo | Vocal |

Nombrados mediante **RESOLUCION N° 4663-2025-D-FCS-UDH**, para evaluar la Tesis intitulado **“ASOCIACIÓN ENTRE EL EMBARAZO NO DESEADO Y LA DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS MEDIATAS Y TARDÍAS EN EL CENTRO DE SALUD LAS MORAS – HUÁNUCO 2025”**; presentado por la Bachiller en Obstetricia la Sra. Thalia VIGILIO VALDIVIA, para optar el Título Profesional de **Obstetra**.

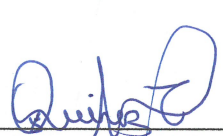
Dicho acto de sustentación se desarrolló en dos etapas: exposición y absolución de preguntas, procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del Jurado.

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, declarándolo APROBADA por UNANIMIDAD con el calificativo cuantitativo de 33 y cualitativo de SUFICIENTE.

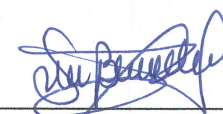
Siendo las, 12:30 horas del día **veinticuatro** del mes de **noviembre** del año **2025** los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.



MG. ROCIO AMPARO ZELAYA HUANCA
DNI: 10620344
CODIGO ORCID: 0009-0005-1016-2294



MG. MARIELLA MARIYU QUIROZ TUCTO
DNI: 41168800
CODIGO ORCID: 0000-0002-4216-1553



MG. SHANNY JHUNNETH BENITES CONDEZO
DNI: 48324376
CODIGO ORCID: 009-0004-6636-9115



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD

El comité de integridad científica, realizó la revisión del trabajo de investigación del estudiante: THALIA VIGILIO VALDIVIA, de la investigación titulada "ASOCIACIÓN ENTRE EL EMBARAZO NO DESEADO Y LA DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS MEDIATAS Y TARDÍAS EN EL CENTRO DE SALUD LAS MORAS - HUÁNUCO 2025," con asesor(a) MARISOL SINCHE ALEJANDRO, designado(a) mediante documento: RESOLUCIÓN N° 3733-2024-D-FCS-UDH del P. A. de OBSTETRICIA.

Puede constar que la misma tiene un índice de similitud del 14 % 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, 24 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

171. Vigilio Valdivia, Thalia (1).docx

INFORME DE ORIGINALIDAD

14%

INDICE DE SIMILITUD

14%

FUENTES DE INTERNET

7%

PUBLICACIONES

8%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

alicia.concytec.gob.pe

Fuente de Internet

3%

2

hdl.handle.net

Fuente de Internet

2%

3

repositorio.udh.edu.pe

Fuente de Internet

1%

4

repositorio.unsaac.edu.pe

Fuente de Internet

1%

5

upc.aws.openrepository.com

Fuente de Internet

1%



RICHARD J. SOLIS TOLEDO

D.N.I.: 47074047

cod. ORCID: 0000-0002-7629-6421



MANUEL E. ALIAGA VIDURIZAGA

D.N.I.: 71345687

cod. ORCID: 0009-0004-1375-5004

DEDICATORIA

A la Divinidad, como fuente inagotable de fortaleza y discernimiento, que iluminó mi sendero en las coyunturas más complejas y por darme la fortaleza necesaria para no rendirme.

A mis progenitores, cuyo amor irrestricto y denodados esfuerzos constituyeron el motor esencial para el desarrollo de mi vocación y la culminación exitosa de mi formación profesional. Este logro también es suyo.

A mi familia, por ser mi refugio emocional y por enseñarme con el ejemplo el valor del compromiso y la perseverancia.

A cada mujer que ha atravesado un embarazo no deseado y ha enfrentado con valentía las emociones del posparto. Esta investigación es por ustedes y para ustedes.

AGRADECIMIENTO

Mi reconocimiento más sincero se dirige a Dios, por proveerme la vitalidad, la calma esencial y la lucidez mental que requirió la ejecución y culminación de este proyecto de investigación.

A mi asesora, por su orientación, exigencia académica y valiosos aportes metodológicos, que enriquecieron el desarrollo de este trabajo.

Al Centro de Salud de Moras y al personal que colaboró en la recolección de datos, por su disposición y apertura.

A las puérperas que participaron con honestidad y confianza, muchas gracias por su tiempo y por permitir que sus experiencias se conviertan en conocimiento.

A mis amigos y compañeros de carrera, por estar presentes en cada paso, en cada desvelo, y en cada palabra de aliento.

Finalmente, y con especial énfasis, a mi familia, por ser mi refugio, la luz que guía mis pasos y la causa más noble de mi perseverancia. El mérito de esta tesis es indivisible: es un triunfo que compartimos plenamente.

INDICE

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTO	III
INDICE	IV
ÍNDICE DE TABLAS	VII
ÍNDICE DE FIGURAS	X
RESUMEN	XII
ABSTRACT	XIII
INTRODUCCIÓN	XIV
CAPÍTULO I	16
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	16
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	16
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	17
1.2.1. PROBLEMA GENERAL	17
1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS	18
1.3. OBJETIVOS	18
1.3.1. OBJETIVO GENERAL	18
1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	19
1.4.1. JUSTIFICACIÓN TEÓRICA	19
1.4.2. JUSTIFICACIÓN PRACTICA	19
1.4.3. JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA	19
1.4.4. JUSTIFICACIÓN SOCIAL	20
1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	20
1.6. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN	21
CAPÍTULO II	22
MARCO TEÓRICO	22
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	22
2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES	22
2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES	23
2.1.3. ANTECEDENTES LOCALES	25
2.2. BASES TEÓRICAS	27
2.2.1. EMBARAZO NO DESEADO	27

2.2.2. DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS MEDIATAS Y TARDÍAS.....	33
2.2.3. INSTRUMENTO DE DETECCIÓN DE DEPRESIÓN POSTPARTO	38
2.3. DEFINICIONES CONCEPTUALES	38
2.4. HIPÓTESIS	39
2.4.1. HIPÓTESIS GENERAL	39
2.4.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS.....	39
2.5. VARIABLES.....	40
2.5.1. VARIABLE ASOCIATIVA	40
2.5.2. VARIABLE DE SUPERVISIÓN	40
2.5.3. VARIABLE DE CARACTERIZACIÓN.....	40
2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	41
CAPÍTULO III.....	43
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	43
3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	43
3.2. ENFOQUE	43
3.3. ALCANCE O NIVEL.....	43
3.4. DISEÑO	44
3.5. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	44
3.5.1. POBLACIÓN	44
3.5.2. MUESTRA.....	45
3.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	46
3.6.1. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	46
3.6.2. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	46
3.6.3. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO.....	47
3.7. TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	48
3.7.1. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	48
3.7.2. PROCESAMIENTO DE DATOS.....	49
3.7.3. PLAN DE TABULACIÓN DE DATOS	49
3.7.4. ANÁLISIS DE INFORMACIÓN DE LOS DATOS	49
3.8. ASPECTOS ÉTICOS.....	50
CAPÍTULO IV.....	51

RESULTADOS.....	51
4.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO	51
4.2. ANÁLISIS INFERENCIAL	72
CAPÍTULO V.....	79
DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	79
CONCLUSIONES	82
RECOMENDACIONES.....	84
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	85
ANEXOS.....	94

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Edad de las puérperas mediatas y tardías atendidas en el Centro de Salud Las Moras, Huánuco en el año 2025	51
Tabla 2. Edad gestacional al parto de las puérperas mediatas y tardías atendidas en el Centro de Salud Las Moras, Huánuco en el año 2025	52
Tabla 3. Estado civil de las puérperas mediatas y tardías atendidas en el Centro de Salud Las Moras, Huánuco en el año 2025	53
Tabla 4. Embarazo no deseado en puérperas mediatas y tardías atendidas en el Centro de Salud Las Moras, Huánuco en el año 2025.....	54
Tabla 5. Ansiedad en puérperas mediatas y tardías atendidas en el Centro de Salud Las Moras, Huánuco en el año 2025	55
Tabla 6. Miedo en puérperas mediatas y tardías atendidas en el Centro de Salud Las Moras, Huánuco en el año 2025	56
Tabla 7. Angustia en puérperas mediatas y tardías atendidas en el Centro de Salud Las Moras, Huánuco en el año 2025	57
Tabla 8. Desintegración mental en puérperas mediatas y tardías atendidas en el Centro de Salud Las Moras, Huánuco en el año 2025.....	58
Tabla 9. Preocupación en puérperas mediatas y tardías atendidas en el Centro de Salud Las Moras, Huánuco en el año 2025	59
Tabla 10. Depresión posparto en su dimensión afectiva en puérperas mediatas y tardías atendidas en el Centro de Salud Las Moras, Huánuco en el año 2025	60
Tabla 11. Trastorno del sueño en puérperas mediatas y tardías atendidas en el Centro de Salud Las Moras, Huánuco en el año 2025.....	61
Tabla 12. Falta de apetito en puérperas mediatas y tardías atendidas en el Centro de Salud Las Moras, Huánuco en el año 2025	62
Tabla 13. Disminución del deseo sexual en puérperas mediatas y tardías atendidas en el Centro de Salud Las Moras, Huánuco en el año 2025	63
Tabla 14. Taquicardia en puérperas mediatas y tardías atendidas en el Centro de Salud Las Moras, Huánuco en el año 2025	64
Tabla 15. Depresión posparto en su dimensión fisiológica en puérperas mediatas y tardías atendidas en el Centro de Salud Las Moras, Huánuco en el año 2025	65

Tabla 16. Confusión mental en puérperas mediatas y tardías atendidas en el Centro de Salud Las Moras, Huánuco en el año 2025	66
Tabla 17. Sensación de vacío en puérperas mediatas y tardías atendidas en el Centro de Salud Las Moras, Huánuco en el año 2025.....	67
Tabla 18. Indecisión en puérperas mediatas y tardías atendidas en el Centro de Salud Las Moras, Huánuco en el año 2025	68
Tabla 19. Desvalorización personal en puérperas mediatas y tardías atendidas en el Centro de Salud Las Moras, Huánuco en el año 2025.....	69
Tabla 20. Depresión posparto en su dimensión psíquica en puérperas mediatas y tardías atendidas en el Centro de Salud Las Moras, Huánuco en el año 2025	70
Tabla 21. Depresión posparto en puérperas mediatas y tardías atendidas en el Centro de Salud Las Moras, Huánuco en el año 2025.....	71
Tabla 22. Tabla cruzada para establecer la asociación entre el embarazo no deseado y la dimensión afectiva de la depresión posparto en puérperas mediatas y tardías del Centro de Salud de Moras, Huánuco en el año 2025	72
Tabla 23. Estadísticos de asociación entre el embarazo no deseado y la dimensión afectiva de la depresión posparto en puérperas mediatas y tardías del Centro de Salud de Moras, Huánuco en el año 2025	73
Tabla 24. Tabla cruzada para establecer la asociación entre el embarazo no deseado y la dimensión fisiológica de la depresión posparto en puérperas mediatas y tardías del Centro de Salud de Moras, Huánuco en el año 2025	73
Tabla 25. Estadísticos de asociación entre el embarazo no deseado y la dimensión fisiológica de la depresión posparto en puérperas mediatas y tardías del Centro de Salud de Moras, Huánuco en el año 2025	74
Tabla 26. Tabla cruzada para establecer la asociación entre el embarazo no deseado y la dimensión psíquica de la depresión posparto en puérperas mediatas y tardías del Centro de Salud de Moras, Huánuco en el año 2025	75
Tabla 27. Estadísticos de asociación entre el embarazo no deseado y la dimensión psíquica de la depresión posparto en puérperas mediatas y tardías del Centro de Salud de Moras, Huánuco en el año 2025	76

Tabla 28. Tabla cruzada para determinar la asociación entre el embarazo no deseado y la depresión posparto en puérperas mediatas y tardías en el Centro de Salud de Moras, Huánuco en el año 2025	77
Tabla 29. Estadísticos de asociación entre el embarazo no deseado y la depresión posparto en puérperas mediatas y tardías del Centro de Salud de Moras, Huánuco en el año 2025	78

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Edad de las puérperas mediatas y tardías atendidas en el Centro de Salud Las Moras, Huánuco en el año 2025	51
Figura 2. Edad gestacional al parto de las puérperas mediatas y tardías atendidas en el Centro de Salud Las Moras, Huánuco en el año 2025	52
Figura 3. Estado civil de las puérperas mediatas y tardías atendidas en el Centro de Salud Las Moras, Huánuco en el año 2025	53
Figura 4. Embarazo no deseado en puérperas mediatas y tardías atendidas en el Centro de Salud Las Moras, Huánuco en el año 2025.....	54
Figura 5. Ansiedad en puérperas mediatas y tardías atendidas en el Centro de Salud Las Moras, Huánuco en el año 2025	55
Figura 6. Miedo en puérperas mediatas y tardías atendidas en el Centro de Salud Las Moras, Huánuco en el año 2025	56
Figura 7. Angustia en puérperas mediatas y tardías atendidas en el Centro de Salud Las Moras, Huánuco en el año 2025	57
Figura 8. Desintegración mental en puérperas mediatas y tardías atendidas en el Centro de Salud Las Moras, Huánuco en el año 2025.....	58
Figura 9. Preocupación en puérperas mediatas y tardías atendidas en el Centro de Salud Las Moras, Huánuco en el año 2025	59
Figura 10. Depresión posparto en su dimensión afectiva en puérperas mediatas y tardías atendidas en el Centro de Salud Las Moras, Huánuco en el año 2025	60
Figura 11. Trastorno del sueño en puérperas mediatas y tardías atendidas en el Centro de Salud Las Moras, Huánuco en el año 2025.....	61
Figura 12. Falta de apetito en puérperas mediatas y tardías atendidas en el Centro de Salud Las Moras, Huánuco en el año 2025	62
Figura 13. Disminución del deseo sexual en puérperas mediatas y tardías atendidas en el Centro de Salud Las Moras, Huánuco en el año 2025	63
Figura 14. Taquicardia en puérperas mediatas y tardías atendidas en el Centro de Salud Las Moras, Huánuco en el año 2025	64
Figura 15. Depresión posparto en su dimensión fisiológica en puérperas mediatas y tardías atendidas en el Centro de Salud Las Moras, Huánuco en el año 2025	65

Figura 16. Confusión mental en puérperas mediatas y tardías atendidas en el Centro de Salud Las Moras, Huánuco en el año 2025	66
Figura 17. Sensación de vacío en puérperas mediatas y tardías atendidas en el Centro de Salud Las Moras, Huánuco en el año 2025.....	67
Figura 18. Indecisión en puérperas mediatas y tardías atendidas en el Centro de Salud Las Moras, Huánuco en el año 2025	68
Figura 19. Desvalorización personal en puérperas mediatas y tardías atendidas en el Centro de Salud Las Moras, Huánuco en el año 2025	69
Figura 20. Depresión posparto en su dimensión psíquica en puérperas mediatas y tardías atendidas en el Centro de Salud Las Moras, Huánuco en el año 2025	70
Figura 21. Depresión posparto en puérperas mediatas y tardías atendidas en el Centro de Salud Las Moras, Huánuco en el año 2025.....	71
Figura 22. Tabla cruzada para establecer la asociación entre el embarazo no deseado y la dimensión afectiva de la depresión posparto en puérperas mediatas y tardías del Centro de Salud de Moras, Huánuco en el año 2025	72
Figura 23. Tabla cruzada para establecer la asociación entre el embarazo no deseado y la dimensión fisiológica de la depresión posparto en puérperas mediatas y tardías del Centro de Salud de Moras, Huánuco en el año 2025	74
Figura 24. Tabla cruzada para establecer la asociación entre el embarazo no deseado y la dimensión psíquica de la depresión posparto en puérperas mediatas y tardías del Centro de Salud de Moras, Huánuco en el año 2025	75
Figura 25. Tabla cruzada para determinar la asociación entre el embarazo no deseado y la depresión posparto en puérperas mediatas y tardías en el Centro de Salud de Moras, Huánuco en el año 2025	77

RESUMEN

Objetivo: Determinar la asociación entre el embarazo no deseado y la depresión posparto en puérperas mediatas y tardías en el Centro de Salud de Moras, Huánuco en el año 2025. **Método:** De enfoque cuantitativo, tipo analítico-relacional, de diseño transversal observacional. La muestra estuvo conformada por 65 puérperas mediatas y tardías, seleccionadas mediante muestreo probabilístico aleatorio simple. La técnica utilizada fue la encuesta y el instrumento aplicado fue un cuestionario estructurado, validado por juicio de expertos y con alta confiabilidad (α de Cronbach = 0.852), compuesto por 17 ítems, de los cuales 13 correspondieron a la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS). **Resultados:** En el análisis descriptivo, se observó que la edad más frecuente fue de 22 a 30 años (38.5%), el estado civil predominante fue la convivencia (69.2%) y la mayoría de partos fueron pretérmino (93.8%). El 49.2% manifestó un embarazo no deseado, mientras que el 64.6% presentó síntomas de depresión leve. En el análisis inferencial, no se halló asociación significativa entre el embarazo no deseado y la depresión posparto ($p = 0.120$; $V = 0.085$), ni con la dimensión afectiva ($p = 0.370$; $V = 0.175$) ni fisiológica ($p = 0.427$; $V = 0.247$). La dimensión psíquica mostró una tendencia cercana a la significancia ($p = 0.073$; $V = 0.073$), indicando una posible relación débil. **Conclusión:** Se rechaza la hipótesis general, ya que no se evidenció una asociación estadísticamente significativa entre el embarazo no deseado y la depresión posparto en las puérperas estudiadas.

Palabras clave: Embarazo no deseado, depresión posparto, puerperio, afectivo, fisiológico, psíquico.

ABSTRACT

Objective: To determine the association between unwanted pregnancy and postpartum depression in mid and late postpartum women at the Moras Health Center, Huánuco, in 2025. **Method:** A quantitative approach was used, with an analytical-relational, cross-sectional observational design. The sample consisted of 65 mid and late postpartum women, selected through simple random probability sampling. The technique used was a survey, and the instrument applied was a structured questionnaire, validated by expert judgment and with high reliability (Cronbach's $\alpha = 0.852$), consisting of 17 items, 13 of which corresponded to the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). **Results:** In the descriptive analysis, the most frequent age group was 22 to 30 years (38.5%), the predominant marital status was cohabitation (69.2%), and most births were preterm (93.8%). A total of 49.2% of the participants reported having had an unwanted pregnancy, while 64.6% presented mild symptoms of depression. In the inferential analysis, no significant association was found between unwanted pregnancy and postpartum depression ($p = 0.120$; Cramér's $V = 0.085$), nor with the affective dimension ($p = 0.370$; $V = 0.175$) or the physiological dimension ($p = 0.427$; $V = 0.247$). The psychic dimension showed a trend close to significance ($p = 0.073$; $V = 0.073$), suggesting a possible weak relationship. **Conclusion:** The general hypothesis is rejected, as no statistically significant association was found between unwanted pregnancy and postpartum depression in the women studied.

Keywords: Unwanted pregnancy, postpartum depression, puerperium, affective, physiological, psychic.

INTRODUCCIÓN

El fenómeno de la concepción no intencionada constituye un grave desafío para la salud colectiva, con repercusiones que impactan a incontables féminas a nivel mundial, con consecuencias significativas en su bienestar físico y emocional ⁽¹⁾. Según datos de la OMS, anualmente, se registra la materialización de un volumen cercano a los 74 millones de concepciones no intencionadas, muchos de los cuales están vinculados a la limitada disponibilidad o la dificultad de alcance de los procedimientos contraceptivos actuales ⁽²⁾. En Perú, esta realidad se agrava por barreras estructurales como el déficit en la enseñanza sexual, la disponibilidad reducida de asistencia en salud reproductiva y la vigencia de las prácticas de violencia contra la fémina ⁽⁴⁾. A su vez, la literatura ha advertido un nexo hipotético entre la concepción sin planificación y la emergencia del cuadro clínico de depresión posparto, trastorno que afecta a un 10–15% de las mujeres en el puerperio y cuya detección puede verse retrasada, especialmente en etapas mediatas y tardías ^(6,7,8). Esta situación cobra especial relevancia en contextos como el del Centro de Salud de Moras, donde se hace imperativo un cuidado comprensivo que considere no únicamente la condición física, sino también la esfera afectiva de las progenitoras.

Por ello, esta investigación se plantea la siguiente pregunta: ¿Existe una asociación entre el embarazo no deseado y la depresión posparto en puérperas mediatas y tardías en el Centro de Salud de Moras, Huánuco en el año 2025? Su finalidad es aportar evidencia sobre este vínculo, visibilizando una problemática que en la práctica clínica muchas veces permanece oculta o subestimada. Así, el estudio busca fortalecer la aptitud de los especialistas en el ámbito de la salud para detectar tempranamente síntomas depresivos y diseñar estrategias de consejería prenatal y posnatal más sensibles, oportunas y eficaces.

El objetivo central se focaliza en explorar el nexo estadístico entre la concepción sin planificación y la emergencia de la sintomatología depresiva posparto en la población de puérperas del estudio. Además, se pretende establecer dicha asociación con las dimensiones afectiva, fisiológica y psíquica de la depresión, así como describir las características demográficas

de esta población. La tesis se distribuye en cinco componentes temáticos. El primero establece la situación problemática, la razón del estudio, los propósitos y las restricciones inherentes; el segundo compila el referente conceptual y la conjetura de trabajo; el tercero especifica los procedimientos metódicos; el cuarto presenta y contrasta los hallazgos; y el quinto recoge las conclusiones - recomendaciones.

En tal sentido, se empleó un enfoque cuantitativo, tipo analítico-relacional, con diseño transversal observacional. La técnica de recolección fue la encuesta, aplicada mediante un cuestionario estructurado. Las fuentes consultadas incluyeron artículos académicos, revistas científicas, repositorios institucionales y páginas especializadas. Entre las principales limitaciones se identificaron retrasos administrativos, la imposibilidad de generalizar los resultados a otras poblaciones, la ausencia de un instrumento adaptado culturalmente, la reticencia de algunas participantes a abordar aspectos emocionales, la restricción geográfica del estudio y un tiempo reducido para la recolección de datos.

Por todo lo mencionado, se concluye que, no se halló una relación estadísticamente entre la gravidez no deseada y la depresión posparto en esta muestra. Sin embargo, se identificó una posible relación débil con la dimensión psíquica, lo cual sugiere la necesidad de continuar investigando con muestras más amplias y herramientas culturalmente ajustadas.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

El embarazo no deseado es una situación que afecta a un número considerable de mujeres en todo el mundo, y se asocia con diversas El detrimento que se produce en la condición física y en la integridad psíquica de las mujeres. ⁽¹⁾ Datos emanados de la Organización Mundial de la Salud (OMS) indican que, a nivel global, un contingente de aproximadamente 121 millones de féminas manifiesta el deseo de posponer o eludir la maternidad, pero carece de la utilización de sistemas contraceptivos de última generación. Además, se calcula que, en el transcurso de cada año, se manifiestan cerca de 74 millones de gestaciones no intencionales. La prevalencia del embarazo no deseado varía según la región y el país. En particular, se ha encontrado que este tipo de embarazo puede incrementar el riesgo de desarrollar depresión posparto, un trastorno que afecta aproximadamente al 10-15% del colectivo de puérperas y que se caracteriza por síntomas de tristeza profunda, anhedonia, fatiga y alteraciones en el apetito y el sueño, entre otros. ⁽²⁾

La concepción no deseada se materializa en desacuerdo con los planes reproductivos de la pareja. Tales gestaciones son el resultado de un manejo inadecuado de la contracepción, predominando la ausencia de uso de métodos anticonceptivos y, en menor grado, la ineficacia o el fracaso propio de estos sistemas. ⁽³⁾

El embarazo no deseado es un tema importante a nivel nacional, donde en ciertos territorios, la instrucción sexual y reproductiva y la disponibilidad de métodos contraceptivos son notablemente restringidas. Alineado con esta problemática, el embarazo juvenil constituye un reto significativo, con una tasa de natalidad entre adolescentes que, conforme a las cifras de 2019 del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), alcanzó los 62,5 nacimientos por cada mil mujeres de 15 a 19 años. Este suceso obedece parcialmente a la disponibilidad restringida de formación sexual y de sistemas contraceptivos, aunado a la persistencia de la violencia sexual y de género en el territorio nacional. ⁽⁴⁾

El número de gestaciones no intencionales derivadas de coitos sin consentimiento o por la falla de los dispositivos contraceptivos resulta desproporcionadamente elevado, especialmente al considerar la disponibilidad de métodos altamente seguros y eficientes para prevenir la concepción posterior a un encuentro sexual desprotegido. El efecto de estas gestaciones ha exacerbado la morbilidad y mortalidad materno-perinatal, y el abandono de la trayectoria académica programada genera repercusiones sociales adversas. Por consiguiente, se hace imprescindible impulsar la utilización de estrategias de contracepción adecuadas y consistentes. ⁽⁵⁾

En términos generales, la depresión puerperal puede desencadenarse en cualquier lapso posterior al alumbramiento, y se segmenta en tres fases: la DPP inmediata (que se manifiesta durante el mes inicial tras el parto), la DPP intermedia (que acaece entre la cuarta y la duodécima semana) y la DPP tardía (que sobreviene después de la duodécima semana posparto). ⁽⁶⁾

En el caso de la depresión posparto mediata y tardía, la sintomatología puede ser más evasiva de identificar debido a que muchas veces la atención médica se enfoca en el periodo inmediatamente después del parto. Sin embargo, es importante tener en cuenta que los síntomas pueden ser igualmente graves y ejercer una influencia notable sobre la calidad de vida de las progenitoras y sus familias. ⁽⁷⁾

Por consiguiente, la depresión puerperal se define como una alteración clínica que acaece durante el periodo del puerperio, específicamente dentro del primer mes tras el alumbramiento. Esta condición afecta significativamente a las puérperas en su experiencia de la maternidad, lo que resulta en una merma funcional para ejecutar las tareas inherentes a esta etapa. Se trata de un síndrome de origen multifactorial, cuyos signos clínicos pueden ser sutiles, llevando a una subestimación, a un diagnóstico equivocado, o a la ausencia de detección por parte del sistema de salud. ⁽⁸⁾

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. PROBLEMA GENERAL

¿Existe una asociación entre el embarazo no deseado y la depresión postparto en puérperas mediatas y tardías en el Centro de Salud de Moras, Huánuco en el año 2025?

1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS

PE₁: ¿Cuál es la relación entre el embarazo no deseado y la dimensión afectiva de la depresión postparto en puérperas mediatas y tardías del Centro de Salud de Moras, Huánuco en el año 2025?

PE₂: ¿Cuál es la relación entre el embarazo no deseado y la dimensión fisiológica de la depresión postparto en puérperas mediatas y tardías del Centro de Salud de Moras, Huánuco en el año 2025?

PE₃: ¿Cuál es la relación entre el embarazo no deseado y la dimensión psíquica de la depresión postparto en puérperas mediatas y tardías del Centro de Salud de Moras, Huánuco en el año 2025?

PE₄: ¿Cuáles son las características demográficas de las puérperas mediatas y tardías en el Centro de Salud de Moras, Huánuco en el año 2025?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la asociación entre el embarazo no deseado y la depresión posparto en puérperas mediatas y tardías en el Centro de Salud de Moras, Huánuco en el año 2025

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

OE₁: Establecer la asociación entre el embarazo no deseado y la dimensión afectiva de la depresión postparto en puérperas mediatas y tardías del Centro de Salud de Moras, Huánuco en el año 2025

OE₂: Establecer la asociación entre el embarazo no deseado y la dimensión fisiológica de la depresión postparto en puérperas mediatas y tardías del Centro de Salud de Moras, Huánuco en el año 2025

OE₃: Establecer la asociación entre el embarazo no deseado y la dimensión psíquica de la depresión postparto en puérperas mediatas y tardías del Centro de Salud de Moras, Huánuco en el año 2025

OE₄: Describir las características demográficas de las puérperas mediatas y tardías en el Centro de Salud de Moras, Huánuco en el año 2025

1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1. JUSTIFICACIÓN TEÓRICA

Se sustenta teóricamente en la necesidad de comprender cómo los eventos emocionales intensos, como un embarazo no deseado, pueden influir en la aparición de síntomas depresivos en el periodo postparto. Diversos enfoques de la psicología perinatal y la salud pública han señalado que el rechazo del embarazo puede convertirse en un detonante de trastornos afectivos, cognitivos y fisiológicos en la madre. Sin embargo, aún existen vacíos respecto a cómo se manifiestan estas alteraciones dentro de contextos comunitarios específicos como el del Centro de Salud de Moras. El estudio aporta conocimiento actualizado al campo, al proponer un análisis dimensional de la depresión postparto y vincularlo directamente con una de sus posibles causas contextuales: la no aceptación del embarazo.

1.4.2. JUSTIFICACIÓN PRACTICA

En el desempeño asistencial cotidiano de los establecimientos de atención primaria, el cuerpo sanitario se confronta a numerosos casos de puérperas que presentan síntomas depresivos, pero muchas veces estos no son identificados oportunamente ni relacionados con el contexto emocional del embarazo. Esta investigación permite visibilizar la conexión entre la gestación sin planificación y el desencadenamiento de la depresión puerperal, aportando información valiosa que puede ayudar a los profesionales de salud a realizar intervenciones más tempranas, sensibles y efectivas. Asimismo, servirá como base para mejorar las estrategias de consejería prenatal y postnatal, considerando exhaustivamente no solo las dimensiones somáticas de la gravidez, sino también el componente psicológico, que a menudo quedan relegados.

1.4.3. JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA

Adopta un enfoque analítico, observacional y correlacional, que permite examinar la asociación entre una causa probable (embarazo no deseado) y un efecto relevante en salud materna (depresión postparto). La inclusión de dimensiones específicas dentro de la variable dependiente, tales como la afectiva, fisiológica y psíquica, ofrece un análisis más detallado y profundo del fenómeno, lo que fortalece la

validez del estudio. Además, al centrarse en puérperas mediatas y tardías, se delimita adecuadamente el momento del posparto en el que las manifestaciones depresivas suelen hacerse más evidentes, lo cual mejora la pertinencia y aplicabilidad de los resultados.

1.4.4. JUSTIFICACIÓN SOCIAL

El embarazo no deseado sigue siendo un fenómeno común en diversas regiones del Perú, y muchas mujeres lo enfrentan en condiciones de vulnerabilidad emocional, social o económica. Esta circunstancia eleva la susceptibilidad al desencadenamiento de alteraciones anímicas durante el puerperio, repercutiendo no solamente en la progenitora, sino también en la díada madre-neonato y en la estabilidad global del entorno familiar. Al identificar y demostrar esta relación en un contexto real como el del Centro de Salud de Moras, este estudio contribuye a sensibilizar a la comunidad y a los tomadores de decisiones sobre la urgencia de incorporar la salud mental materna como parte prioritaria de las políticas públicas y programas de atención primaria.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

- Se produjo una demora en los trámites administrativos, lo que generó retrasos en algunas fases del proceso investigativo.
- Las conclusiones obtenidas fueron válidas únicamente para la población de estudio, por lo que no pudieron generalizarse a otros contextos.
- No se contó con un instrumento de evaluación de depresión postparto adaptado específicamente al contexto sociocultural de la población de estudio, lo que pudo influir en la interpretación subjetiva de algunos ítems por parte de las participantes.
- Algunas puérperas mediatas y tardías se mostraron reacias a responder con sinceridad las preguntas relacionadas con su experiencia emocional durante el embarazo, debido a la naturaleza sensible del tema.
- La muestra fue limitada a un solo centro de salud, lo que restringió la posibilidad de contrastar los resultados con otras realidades geográficas o institucionales dentro del mismo distrito o región.

- El tiempo disponible para la recolección de datos fue reducido, lo que obligó a realizar las encuestas en un periodo más corto de lo ideal, afectando el ritmo de seguimiento y control de calidad de las respuestas.
- Factores externos como turnos clínicos, feriados y rotación del personal de salud dificultaron la coordinación constante con el establecimiento para el ingreso a las áreas de atención.

1.6. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

La factibilidad del estudio quedó garantizada, dada la disponibilidad de los recursos indispensables para su materialización. Se gestionó oportunamente la autorización correspondiente por parte de la Universidad de Huánuco, a través de la coordinación general. Asimismo, se obtuvo la aprobación documentada de las participantes que participaron en la investigación, quienes accedieron a responder con disposición, considerando que ellas constituyeron la fuente principal de los datos.

La investigadora mostró total disposición para el desarrollo del trabajo de campo, y se tuvo acceso sin dificultades al Centro de Salud Las Moras, ubicado en la ciudad de Huánuco. Este establecimiento resultó adecuado por su ubicación accesible mediante transporte público y privado, y porque se obtuvo previamente el consentimiento institucional, lo que permitió realizar el estudio sin contratiempos logísticos.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Valledupar (2021) Rodríguez JC ⁽⁹⁾, **“Estrategias de comunicación en salud para intervenir factores psicosociales asociados a los embarazos no deseados en los adolescentes de Valledupar, 2020”**. El propósito central de la investigación fue diseñar lineamientos de comunicación sanitaria enfocados en los determinantes psicosociales, con el fin de mitigar la incidencia de la gestación no planificada en la población adolescente de Valledupar. La presente monografía se enmarca como un estudio de carácter documental, el cual se basó en una revisión sistemática de la literatura. Dicho proceso tuvo como finalidad principal la identificación y descripción exhaustiva de los factores psicosociales vinculados con la gestación en la etapa adolescente, además de reconocer métodos de intervención mediante la aplicación de estrategias de comunicación sanitaria para abordar esta problemática. En conclusión, la gestación no intencionada en la adolescencia, tal como demuestran las evidencias, conlleva consecuencias que dejan secuelas generalizadas a nivel personal y familiar. Por lo tanto, se hace imperativo que las intervenciones dirigidas a la población juvenil sean ejecutadas con carácter de prioridad, reconociéndose esta acción como un compromiso ineludible de la salud pública.

Nicaragua (2020), Rivera ⁽¹⁰⁾, **“Prevalencia y factores asociados a la depresión posparto en Puérperas egresadas del hospital escuela Oscar Danilo Rosales, Heodra león- nicaragua, marzo – julio de 2020”**. El estudio evidenció una asociación estadísticamente significativa únicamente en dos variables: la dependencia económica y la promiscuidad; en contraste, la funcionalidad familiar se configuró como un factor protector contra el desarrollo de la depresión puerperal. Se constata que las dificultades financieras (o problemas económicos) representan un predisponente reconocido de este trastorno afectivo.

Adicionalmente, existen otros determinantes que, si bien no fueron incluidos en el presente análisis, muestran una relevancia considerable en la literatura científica sobre el tema, tales como el consumo de alcohol antes o durante la gestación, así como la existencia previa de antecedentes depresivos, tanto a nivel personal como dentro del núcleo familiar.

Coruña (2022), Lamagrande A. ⁽¹¹⁾, **“Experiencias de las mujeres con depresión postparto: una propuesta de investigación cualitativa”**. Se centró en la exploración de las vivencias de las mujeres que atraviesan la depresión puerperal. La investigación se llevó a cabo mediante una aproximación fenomenológica, incluyendo a mujeres españolas con dicha condición que sean usuarias del Sistema Nacional de Salud, y que hayan completado su seguimiento gestacional y puerperal en los niveles de atención primaria y especializada, habiendo efectuado el alumbramiento en centros especializados. La selección de las informantes se realizó a través de un muestreo por conveniencia (o intencionado), utilizando entrevistas de carácter semiestructurado que serán registradas y transcritas. El análisis de la información se ejecutó empleando la metodología de Colaizzi. Aunque la estimación inicial de participantes se situó en quince, dado el carácter cualitativo de la investigación, la muestra no estuvo predeterminada; por el contrario, fue el criterio de saturación teórica (o de datos) el que definió el cese en la captación de nuevas informantes para el proyecto.

2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES

Ayacucho (2023) Leyva M, Reginaldo N, ⁽¹²⁾ **“Planificación familiar en tiempos del COVID 19 y embarazo no deseado en usuarias atendidas en el hospital regional de Ayacucho. Marzo 2020 - diciembre 2021”**. El propósito del estudio se orientó a establecer la correlación entre la planificación familiar durante la emergencia sanitaria por COVID-19 y la incidencia de la gestación no intencional en las mujeres que recibieron atención en el Hospital Regional de Ayacucho entre marzo de 2020 y diciembre de 2021. El diseño empleado correspondió a una investigación de tipo aplicada. La muestra final estuvo integrada por 201 usuarias, quienes participaron tras otorgar su

consentimiento documentado (o informado). La conclusión principal reveló que la prevalencia de embarazos no deseados en las pacientes atendidas en dicha institución, durante el periodo de estudio (marzo 2020 - diciembre 2021), ascendió a un 90%.

Lima (2023) Bullón C, ⁽¹³⁾ **“Relación entre las dimensiones de la personalidad y depresión posparto en puérperas que acuden al centro materno infantil “Santa Luzmila II” – Lima, 2022”**. El propósito del estudio se centró en identificar la dimensión de la personalidad que se asocia con la depresión puerperal. La investigación se clasificó como observacional, puesto que su alcance se restringió a la medición de las variables de interés (dimensiones de la personalidad y depresión posparto), complementadas con características sociodemográficas, datos sobre la COVID-19 y antecedentes clínicos y obstétricos. Para la selección de las participantes se empleó un muestreo no probabilístico por conveniencia, obteniendo la información para contactar a las puérperas que tuvieron su alumbramiento en el CMI “Santa Luzmila II” durante dicho año, y procediendo a su selección conforme a criterios preestablecidos. La conclusión principal evidenció que la dimensión de personalidad predominante en las puérperas con diagnóstico de Depresión Posparto (DPP) fue el Neuroticismo. Por otro lado, las dimensiones de Psicoticismo y Extroversión-Introversión prevalecieron relativamente en aquellas sin DPP. Es relevante añadir que la DPP mostró una asociación significativa con el antecedente de enfermedad psiquiátrica, el número de hijos y la intención de interrupción del último embarazo. Además, los resultados indicaron que una de cada cinco puérperas obtuvo un resultado positivo para la depresión posparto en la Escala de Edimburgo.

Aedo V (2020) ⁽¹⁴⁾, **“El storytelling como herramienta de difusión del implante subdérmico como solución al aumento de embarazos no deseados en jóvenes de 18 a 22 años”**. El objetivo primordial de la investigación fue analizar el incremento en la incidencia de gestaciones no planificadas en la población de jóvenes estudiantes con edades comprendidas entre 18 y 22 años en el distrito de Ate Vitarte, atribuyendo esta situación a la carencia de adherencia en el uso de

métodos contraceptivos. El diseño metodológico fue mixto, utilizando dos fases de recolección de datos: en la fase cuantitativa, una encuesta de formato virtual fue administrada a 161 jóvenes del rango etario mencionado para evaluar su nivel de conocimiento sobre anticonceptivos, su historial de uso y la percepción de seguridad respecto a diferentes métodos; y en la fase cualitativa, se realizaron entrevistas personales a 46 jóvenes de la misma edad, con el fin de explorar el soporte psicosocial (moral o económico) brindado por la pareja o la familia para el uso de la contracepción, y obtener información sobre casos de embarazo entre sus pares académicos. Como conclusión, el estudio establece que la problemática es prevalente en la juventud actual, si bien existe una necesidad de reforzar la educación sobre el tema en la sociedad. Se señala que, a pesar de los intentos previos para implementar campañas sobre anticoncepción (específicamente, el implante subdérmico), la limitación de recursos financieros y la influencia de ciertos grupos han desplazado este asunto de la agenda prioritaria. Esta situación es crítica, ya que compromete el desarrollo futuro de las jóvenes e impacta el crecimiento demográfico del país, por lo que se propone una campaña en plataformas digitales con el propósito de fomentar el autocuidado y la prevención, mitigando así las consecuencias a largo plazo.

2.1.3. ANTECEDENTES LOCALES

Huánuco (2022) Tueros J, ⁽¹⁵⁾ **“Factores de riesgo asociados a la depresión post parto en púerperas atendidas en el hospital materno infantil Carlos Showing Ferrari, Huánuco junio - agosto 2021”**. El propósito del estudio fue identificar y establecer los factores de riesgo vinculados con la depresión puerperal. Metodológicamente, se utilizó un diseño descriptivo correlacional, cuyo alcance corresponde a la evaluación de la relación entre dos o más constructos, categorías o variables de interés. La conclusión del análisis reveló que, en el grupo de púerperas estudiadas en dicho centro hospitalario, diversos factores se hallaron asociados a la condición. Respecto al ámbito sociodemográfico, las mujeres que predominaron contaban con un grado de instrucción superior (técnico/universitario), aunque la ocupación

mayoritaria era la de ama de casa. En cuanto a las variables demográficas, el grupo etario más frecuente osciló entre los 33 y 37 años, el estado civil preponderante fue el de conviviente, y la procedencia fue principalmente urbana. Finalmente, en relación con los factores obstétricos, las puérperas eran en su mayoría multíparas, iniciaron el control prenatal durante el primer cuatrimestre de gestación, tuvieron un parto por vía vaginal y no reportaron antecedentes obstétricos adversos.

Huánuco (2020) Gamarra M, Tarazona E ⁽¹⁶⁾, **“Factores biopsicosociales asociados a la depresión post parto en puérperas del hospital materno infantil Carlos Showing Ferrari Hco. Enero–abril 2020”** El propósito del estudio se centró en identificar los determinantes de índole biopsicosocial que se asocian a la depresión puerperal en las féminas atendidas en el H. M. I. Carlos Showing Ferrari-Hco., entre enero y abril de 2018. Metodológicamente, la investigación empleó un diseño cuantitativo, observacional y analítico de corte transversal y prospectivo, cuyo fin fue establecer asociaciones al medir las variables sin intervención experimental. Las conclusiones del análisis sobre las características ginecológicas y obstétricas revelaron que el 68.3% de las puérperas mostró una menarquia temprana (11–14 años), el 70.7% inició relaciones sexuales en la adolescencia (15–20 años), y el 70% reportó dispareunia. Se destacó que el 70.7% no utilizó métodos anticonceptivos. En cuanto a la gestación, el 78% mantuvo control prenatal; no obstante, el 73.2% omitió la psicoprofilaxis obstétrica y el 65.9% la estimulación prenatal. Además, a pesar de que el 65.9% presentó un intervalo intergenésico óptimo, una alta proporción experimentó parto distócico (82.9%) y parto por vía alta (78%).

Huánuco (2020) Ramos J ⁽¹⁷⁾, **“Depresión postparto, asociado a la planificación del embarazo en adolescentes primigestas, atendidas en el centro de salud Aparicio Pomares – Huánuco. 2019”**. El propósito del estudio fue establecer la asociación entre la depresión puerperal y la planificación de la gravidez en la población de adolescentes primigestas que recibieron atención en el Centro de Salud “Aparicio Pomares”– Huánuco, en 2019. Metodológicamente, se utilizó

un diseño observacional, caracterizado por la ausencia de manipulación de las variables por parte del investigador. La muestra estuvo compuesta por 30 puérperas seleccionadas bajo criterios preestablecidos, todas las cuales obtuvieron un resultado positivo en la Escala de Edimburgo. La conclusión principal del análisis demográfico reveló que el grupo etario predominante de adolescentes primigestas (83.3%) se sitúa en la adolescencia tardía (17 a 19 años).

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. EMBARAZO NO DESEADO

La concepción sin planificación alude a la condición de una gravidez en un momento en el que la mujer no lo había planificado o no lo desea, ya sea porque ocurre de manera inesperada o en circunstancias que no son favorables para la maternidad ⁽¹⁸⁾. Este tipo de embarazo puede ser clasificado en dos categorías: embarazos no planeados (cuando se desea tener hijos, pero no en ese momento) y embarazos totalmente no deseados (cuando no se desea tener hijos en absoluto) ⁽¹⁹⁾.

Ante una gravidez no intencional, tanto la mujer como la pareja se enfrentan a una disyuntiva compleja con dos caminos primordiales: la interrupción de la gestación o la continuación del embarazo. La consecuencia más crítica de esta situación se materializa cuando las mujeres optan por el aborto inducido, lo cual implica riesgos inherentes a un procedimiento que, en el contexto nacional, se encuentra legalmente limitado, lo que a menudo fuerza su realización en condiciones de inseguridad y clandestinidad. No obstante, la continuación del embarazo no planificado también conlleva riesgos para la salud de la madre y del neonato, ya que estas gestaciones se presentan con mayor prevalencia en los rangos extremos de la edad reproductiva, periodos que incrementan la morbilidad. Finalmente, las implicaciones del embarazo no deseado trascienden el plano individual, generando repercusiones significativas que afectan a la sociedad en su conjunto ⁽²⁰⁾.

La gestación no intencional, derivada de la limitada accesibilidad o la no disponibilidad de métodos contraceptivos, configura un riesgo

significativo para la estabilidad y el bienestar de las mujeres y sus núcleos familiares a escala global. Se estima que 222 millones de mujeres alrededor del mundo presentan una demanda insatisfecha de anticoncepción. Este fenómeno es más acentuado en las naciones de menor desarrollo económico, donde seis de cada diez mujeres que manifiestan el deseo de evitar o posponer la concepción, no implementan ningún método de control natal. Dicha coyuntura se intensifica en los estratos poblacionales socioeconómicamente vulnerables, afectando de manera desproporcionada a individuos con recursos limitados y a grupos de riesgo como los adolescentes ⁽²¹⁾.

CAUSAS DEL EMBARAZO NO DESEADO

Tiene implicancia significativa tanto en la salud física como mental de la mujer. Entre las principales consecuencias se encuentran ⁽²²⁾:

1. La gravidez sin planificación se asocia directamente con una prevalencia elevada de morbilidad psiquiátrica en las mujeres, lo que se manifiesta en mayores índices de trastornos del ánimo, tales como la depresión y la ansiedad, en comparación con aquellas cuyos embarazos son planificados y deseados. Este riesgo se incrementa si la mujer no cuenta con una red de apoyo adecuada durante y después del embarazo ⁽²³⁾.
2. La disponibilidad restringida o la inaccesibilidad económica a los métodos de control natal eficaces puede incrementar la vulnerabilidad a la gestación sin planificación. Esto puede deberse a barreras económicas, geográficas, culturales o políticas ⁽²⁴⁾.
3. Fallos en el uso de anticonceptivos: Aunque se utilicen anticonceptivos, pueden ocurrir fallos en su uso. Esto puede ser debido a errores en la aplicación de los métodos (como olvidar tomar una píldora anticonceptiva o no usar correctamente un condón), a la expiración de los métodos anticonceptivos o a una interacción con otros medicamentos ⁽²⁵⁾.
4. Coacción o falta de consentimiento: El embarazo no deseado también puede ser resultado de relaciones sexuales no consensuadas o coercitivas, como la violación o el abuso sexual.

5. La deficiente interlocución entre los miembros de la pareja respecto a la planificación familiar y la adopción de métodos contraceptivos puede elevar la probabilidad de una gravidez sin planificación ⁽²⁵⁾.
6. Ruptura del método anticonceptivo: A veces, los métodos anticonceptivos pueden fallar debido a causas externas, como rotura o deslizamiento del condón, fallas en los dispositivos intrauterinos (DIU) u otros métodos ⁽²⁶⁾.
7. La restricción en el acceso al aborto seguro y legal puede resultar en que los individuos se vean obligados a mantener embarazos no planificados, limitando sus opciones viables para el manejo de la situación.

TIPOS

Existen diferentes tipos de embarazo no deseados que puedan ocurrir en distintas circunstancias, entre ellos tenemos:

1. Falta de anticoncepción: La incidencia de gestaciones sin planificación en la población adolescente suele ser una consecuencia directa de la restricción o insuficiencia en la disponibilidad de métodos contraceptivos, educación sexual limitada o inadecuada, y presión social o de pareja. Estos embarazos son especialmente problemáticos a causa de las consecuencias perjudiciales que pueden generarse en el bienestar físico y psicológico de la madre juvenil, al igual que en su proceso de formación educativa y en su integración social ⁽²⁷⁾.
2. Fallo anticonceptivo: A pesar de utilizar métodos anticonceptivos, existe la posibilidad de que estos caídos y prevenir un embarazo no deseado. Algunos ejemplos de fallos anticonceptivos pueden ser la rotura o el deslizamiento del conservante, la incorrecta administración de píldoras anticonceptivas o bien, por la finalización de la vida útil de un dispositivo de contracepción reversible de acción prolongada (LARC), como puede ser el DIU ⁽²⁸⁾.
3. Coerción sexual: El embarazo forzado ocurre cuando una mujer queda embarazada como resultado de coerción reproductiva o violencia sexual. En estos casos, la mujer no tiene control sobre su reproducción o bien, la gravidez es resultado directo de coitos sin consentimiento o de la manipulación en el empleo de métodos

contraceptivos por parte del compañero sexual. Este tipo de embarazo tiene un alto impacto psicológico y emocional para la mujer ⁽²⁹⁾.

4. Violación: El embarazo resultante de una violación es un tipo específico de embarazo no deseado que ocurre cuando la concepción es producto de una agresión sexual. La violación se define como un acto de violencia sexual en el cual se fuerza o coacciona a una persona a mantener relaciones sexuales sin su consentimiento. Este tipo de embarazo tiene profundas implicaciones tanto físicas como emocionales para la víctima ⁽³⁰⁾.
5. Contexto socioeconómico precario: Las féminas que residen en una situación de privación económica severa o en condiciones de vulnerabilidad económica a menudo enfrentan embarazos no deseados a causa de la insuficiencia en la disponibilidad de los servicios de planificación familiar, así como de la instrucción sexual y los dispositivos contraceptivos. Estos embarazos no solo complican la situación económica de la mujer, sino que también perpetúan el ciclo de pobreza y exclusión social ⁽³¹⁾.

FACTORES DE RIESGO

Pueden variar según las circunstancias individuales, pero aquí hay algunos factores comunes que tienden a elevar el riesgo de:

1. Falta de educación sexual: Sin una educación sexual adecuada, las personas, especialmente las mujeres, pueden carecer de habilidades para lograr consensos sobre la utilización de anticonceptivos con su pareja. Esto puede llevar a relaciones sexuales desprotegidas y a embarazos no deseados, ya que muchas mujeres jóvenes no se sienten con la confianza para exigir el uso de preservativos o para optar por métodos anticonceptivos hormonales ⁽³²⁾.
2. La restricción en el acceso a los métodos de control natal no solo incrementa la vulnerabilidad a la gestación sin planificación, sino que también eleva el riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido el VIH, especialmente cuando se limita el acceso a preservativos. Esto subraya la necesidad de acceso universal a métodos anticonceptivos en el marco de la provisión de atenciones integrales de salud sexual y reproductiva ⁽²⁸⁾.

3. Uso inconsistente o incorrecto de anticonceptivos: A veces, las parejas pueden usar anticonceptivos, pero de manera inconsistente o incorrecta, lo que puede disminuir su eficacia y elevar la susceptibilidad al embarazo no intencional.
4. La falta de información precisa y adecuada sobre los métodos anticonceptivos disponibles y su uso correcto provoca una escalada en la tasa de natalidad no programada. Las personas, especialmente los adolescentes, pueden no saber cómo utilizar adecuadamente métodos anticonceptivos como preservativos, píldoras anticonceptivas, o dispositivos intrauterinos, lo que incrementa el riesgo de fallos en la prevención del embarazo ⁽³³⁾.
5. Presión social o familiar: La presión social o familiar es un factor significativo que puede ejercer influencia sobre las elecciones en materia reproductiva del colectivo femenino, afectando su capacidad para prevenir embarazos no deseados. Esta presión puede manifestarse de diversas formas, como expectativas culturales sobre la maternidad, la influencia - participación de la díada o del sistema familiar en las elecciones reproductivas, y normas sociales que limitan el acceso a la información y los métodos anticonceptivos ⁽³⁴⁾.
6. El consumo de sustancias psicoactivas, incluyendo el alcohol, el tabaco y los narcóticos ilegales, se ha identificado como un determinante de riesgo crucial para la gestación sin planificación. Estas sustancias comprometen la capacidad de las mujeres para ejercer una toma de decisiones informada en el ámbito de su salud sexual y reproductiva, lo que magnifica la probabilidad de incurrir en encuentros sexuales desprotegidos y, consecuentemente, de embarazos inopinados ⁽³⁴⁾.
7. Las individuos que conciben como resultado de una agresión sexual pueden tener un mayor riesgo de complicaciones obstétricas debido a la naturaleza no planificada del embarazo y la posible falta de atención prenatal adecuada. Además, la violencia física acompañante puede elevar la susceptibilidad al desarrollo de lesiones de índole ginecológica, infecciones y otras complicaciones de salud.

COMPLICACIONES

La gravidez sin planificación puede desencadenar diversas complicaciones que afectan tanto a la mujer encinta como al producto de la concepción. Algunas de las complicaciones incluyen:

1. Riesgos para la salud de la madre: Una concepción inopinada puede acrecentar la vulnerabilidad a problemas de salud en la fémina grávida. Esto puede incluir complicaciones durante el parto, como hemorragias, infecciones y mayor probabilidad de requerir una cesárea. Además, las mujeres que no desean estar embarazadas pueden experimentar estrés emocional y psicológico, lo cual puede afectar su bienestar general ⁽³⁵⁾.
2. Riesgos para la salud fetal: La gestación sin planificación también puede magnificar la probabilidad de complicaciones para el feto. La falta de atención prenatal adecuada, como controles médicos regulares, una alimentación equilibrada y la ausencia de suplementos vitamínicos, puede acrecentar la probabilidad de anomalías congénitas, de peso corporal bajo al momento del alumbramiento y otras complicaciones relacionadas con la salud del bebé ⁽³⁶⁾.
3. Acceso limitado a la atención médica adecuada: En ciertas circunstancias, las mujeres que afrontan una gestación sin planificación pueden experimentar dificultades para acceder a la médica necesaria. Esto puede deberse a barreras financieras, sociales o geográficas que dificultan el acceso a la atención en salud reproductiva, abarcando la contracepción, el asesoramiento prenatal y la atención obstétrica.
4. Riesgos de aborto inseguro: En situaciones en las que el embarazo no deseado lleva a la consideración del aborto, la restricción en el acceso a servicios de interrupción del embarazo que sean legales y seguros puede inducir a las mujeres a utilizar procedimientos clandestinos o inseguros, lo que compromete gravemente su salud y su vida. El aborto realizado bajo condiciones de inseguridad es una causa directa de complicaciones severas, tales como hemorragias, infecciones, lesiones uterinas, e incluso el fallecimiento ⁽³⁷⁾.
5. La gestación sin planificación se correlaciona de manera significativa con un riesgo incrementado de desarrollar trastornos del estado de

ánimo, como la depresión y la ansiedad, tanto durante el periodo gestacional como en la fase del puerperio. La ausencia de preparación emocional y el conflicto inherente a la maternidad contribuyen a la manifestación de estas alteraciones anímicas, lo que deteriora la calidad de vida y el bienestar psicológico de la progenitora ⁽³⁸⁾.

2.2.2. DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS MEDIATAS Y TARDÍAS

Resulta una condición clínica que afecta a un número significativo de mujeres tras el nacimiento de su bebé. Se caracteriza por intensos y persistentes sentimientos de tristeza, ansiedad y fatiga que trascienden el periodo inmediato al alumbramiento, lo que dificulta la capacidad de la mujer para atender sus propias necesidades y las de su neonato. Aunque puede manifestarse en cualquier momento después del parto, esta depresión suele iniciarse dentro de la primera a la tercera semana posparto. Esta condición requiere tratamiento para su remisión y se clasifica dentro del espectro de la depresión perinatal, un término que abarca la depresión que ocurre durante la gestación o a lo largo del primer año posterior al alumbramiento. Es crucial destacar que la depresión posparto constituye la complicación de salud más frecuente entre las mujeres que han dado a luz recientemente.

La depresión posparto, es un trastorno que se manifiesta en etapa puerperal, específicamente dentro de las primeras cuatro semanas posparto, lo cual interfiere significativamente con la experiencia de la maternidad y genera una discapacidad en la ejecución de las actividades propias de esta fase. Esta condición presenta una etiología multifactorial y conlleva la presencia de síntomas que pueden no ser reconocidos, ser mal diagnosticados o pasar inadvertidos. ⁽³⁹⁾

Adicionalmente, las madres que padecen esta condición proyectan en sus hijos una percepción de rechazo e impiden el establecimiento de un vínculo afectivo estable, el cual es crucial para la díada. Esta deficiencia en el apego emocional tiene consecuencias directas como la reducción del tiempo de lactancia materna exclusiva y un incremento en la probabilidad de maltrato infantil. La limitada interacción entre la madre y el infante también afecta negativamente el desarrollo del lenguaje y de

las destrezas sociales, y, a largo plazo, puede generar problemas de alteración conductual y un menor rendimiento en las evaluaciones psicomotoras. ⁽⁴⁰⁾

Las mujeres que experimentan la depresión puerperal presentan sentimientos de culpa, dificultad en la concentración, ansiedad, disforia, pudiendo llegar al estado más grave de ideación suicida. El reconocimiento oportuno de estos síntomas es fundamental para un diagnóstico precoz de este trastorno. ⁽⁴¹⁾

CAUSAS

Las causas son multifactoriales y pueden incluir una combinación de factores biológicos, hormonales, psicológicos y sociales. A continuación, se presentan algunas posibles causas:

1. Cambios hormonales: Las modificaciones endocrinas que tienen lugar durante la gestación y el puerperio ejercen una función determinante en el desencadenamiento de la depresión posparto. Después del parto, se produce una disminución rápida y significativa de varias hormonas que afectan el estado de ánimo, lo que puede predisponer a algunas mujeres a desarrollar síntomas depresivos ⁽⁴²⁾.
2. Las mujeres con historial clínico de depresión, trastornos de ansiedad o que padecieron depresión posparto en gestaciones previas presentan una susceptibilidad incrementada a desarrollar esta condición durante el puerperio. Adicionalmente, la ausencia de un manejo terapéutico apropiado durante el periodo gestacional puede magnificar la probabilidad de recaídas en la fase posparto ⁽⁴³⁾.
3. Cambios físicos y emocionales: El periodo puerperal representa una fase de transición crucial para la madre, la cual se caracteriza por una serie de modificaciones a nivel somático y endocrino que repercuten directamente en su bienestar físico y psicológico. Estos cambios son naturales y necesarios para la recuperación del cuerpo después del embarazo y el parto, así como para el inicio de la lactancia y la adaptación a la maternidad. A continuación, se describen en detalle los principales cambios físicos y hormonales que ocurren durante esta etapa y su posible impacto en la salud de la madre ⁽⁴⁴⁾.

4. Apoyo social deficiente: El apoyo social se refiere a la asistencia emocional, práctica y material que una persona recibe de su entorno, incluyendo la familia, amigos y la comunidad. Durante el período postparto, el apoyo social es crucial para ayudar a la madre a adaptarse a su nuevo rol y manejar los desafíos físicos y emocionales referente a las necesidades y el manejo del infante. La carencia o la insuficiencia de soporte social se ha establecido como un factor de riesgo crucial para el desencadenamiento de la depresión puerperal ⁽⁴⁵⁾.
5. Expectativas no cumplidas: Las expectativas poco realistas sobre la experiencia del parto, la maternidad y la adaptación al nuevo rol de madre pueden generar sentimientos de frustración, decepción y tristeza.
6. El estrés elevado durante el embarazo, especialmente en situaciones de coacción o violencia, puede llevar a la aparición de síntomas de TEPT. Esto es particularmente relevante en casos de embarazos no deseados resultantes de violación o coerción reproductiva ⁽⁴⁶⁾.

FACTORES DE RIESGO

Se postula la existencia de múltiples determinantes de riesgo que pueden elevar la probabilidad de desarrollar la depresión posparto. Algunos de estos factores son:

1. Historia previa de depresión: El colectivo femenino con antecedentes personales o familiares de trastornos depresivos, trastornos de ansiedad o depresión postparto en embarazos anteriores magnifica la probabilidad de desarrollo de la depresión puerperal inmediata ⁽⁴⁷⁾.
2. Los antecedentes familiares de morbilidad depresiva constituyen un factor de riesgo significativo para el desencadenamiento de la depresión posparto. La predisposición genética y los patrones de comportamiento aprendidos en el entorno familiar pueden influir en la vulnerabilidad de una mujer a desarrollar trastornos depresivos después del parto ⁽⁴⁸⁾.
3. Las alteraciones endocrinas abruptas que se suceden tras el alumbramiento, particularmente la disminución de las concentraciones de estrógeno y progesterona, tienen la capacidad de impactar

negativamente el estado de ánimo y contribuir a la etiología de la depresión posparto ⁽⁴⁹⁾.

4. Las féminas con historial familiar de morbilidad depresiva son propensas a experimentar niveles elevados de ansiedad y estrés durante la gravidez, anticipando la posibilidad de desarrollar depresión posparto. Esta predisposición genética se ve exacerbada por la carga emocional de la espera ⁽⁵⁰⁾.
5. Eventos estresantes durante el embarazo o el parto: Los eventos estresantes que ocurren durante gravidez o el parto, como problemas de salud, complicaciones obstétricas, problemas financieros, o eventos traumáticos personales, pueden aumentar significativamente la vulnerabilidad al desarrollo de la condición depresiva posparto. Estos eventos afectan el bienestar emocional de la madre y pueden interactuar con otros factores predisponentes para desencadenar síntomas depresivos durante el período postparto ⁽⁵¹⁾.
6. Problemas de relación o matrimonio: Las tensiones conyugales, la falta de interlocución y el respaldo emocional insuficiente se asocian a la etiología de la depresión posparto. Estos problemas pueden generar estrés adicional y dificultar el manejo de las demandas emocionales y físicas del posparto ⁽⁵²⁾.
7. Problemas económicos o laborales: Eventos estresantes como problemas financieros, pérdida de empleo o bien, el fallecimiento de una persona significativa durante el transcurso de la gestación o en el periodo puerperal pueden desencadenar o agravar la depresión ⁽⁵³⁾.

COMPLICACIONES

Las complicaciones asociadas con la depresión posparto pueden variar en gravedad y duración, y es importante reconocerlas y buscar ayuda profesional. En seguida, se presentan algunas complicaciones asociadas:

1. Dificultad en el vínculo madre-hijo: El vínculo madre-hijo es el lazo afectivo y emocional que se desarrolla entre la madre y su bebé, promoviendo sentimientos de amor, protección y cuidado. Este vínculo se forma a través de interacciones diarias como el contacto físico, la alimentación, el cuidado y la comunicación. Un vínculo fuerte

y seguro es esencial para el desarrollo del apego, la regulación emocional y la seguridad del niño ⁽⁵⁴⁾.

2. Ansiedad y ataques de pánico: Además de los síntomas depresivos, las mujeres con depresión posparto también pueden experimentar ansiedad significativa y ataques de pánico. Pueden sentirse constantemente preocupadas, temerosas o nerviosas, lo que puede interferir con su capacidad para funcionar adecuadamente.
3. Pensamientos obsesivos o intrusivos: Algunas mujeres con depresión posparto pueden experimentar pensamientos intrusivos u obsesivos relacionados con el bebé. Estos pensamientos pueden ser negativos o violentos, lo que puede causar angustia y culpabilidad en la madre.
4. Sentimientos de culpa y baja autoestima: Las mujeres con depresión posparto a menudo experimentan una disminución en su autoestima y pueden tener sentimientos abrumadores de culpa. Pueden culparse a sí mismos por no ser una buena madre o por no sentirse felices y realizados después del nacimiento del bebé.
5. La depresión puerperal inmediata puede generar un aislamiento social considerable. Las féminas podrían manifestar un patrón de evitación del contacto con allegados, y pueden sentirse solas y desconectadas de los demás. Esto puede empeorar los síntomas depresivos y dificultar aún más la recuperación.
6. Dificultades en la pareja y el matrimonio: La depresión posparto puede ejercer presión en la relación de pareja. La mujer puede experimentar conflictos con su pareja debido a los cambios emocionales y comportamentales asociados con la depresión. Esto puede afectar negativamente la comunicación y la intimidad en la relación ⁽⁵⁵⁾.

Es fundamental buscar ayuda médica y psicológica si se experimenta depresión posparto o se observa alguno de estos síntomas. El apoyo adecuado y el tratamiento temprano pueden ayudar a manejar las complicaciones y promover la recuperación.

2.2.3. INSTRUMENTO DE DETECCIÓN DE DEPRESIÓN POSTPARTO

Para la evaluación de la depresión posparto, la **Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS)** es uno de los recursos diagnósticos más prevalentes, desarrollada por Cox. Esta herramienta es un cuestionario auto aplicado de 10 ítems que evalúa la presencia de síntomas afectivos, cognitivos y físicos relacionados con depresión en las últimas dos semanas. Cada ítem se puntúa de 0 a 3, con un puntaje total máximo de 30. Un puntaje igual o superior a 13 sugiere la presencia probable de depresión posparto que requiere evaluación clínica adicional ⁽⁵⁶⁾.

La EPDS ha sido validada en diversos contextos culturales, incluyendo países de habla hispana, y se recomienda su aplicación en los controles postnatales como parte del tamizaje de salud mental materna. La ventaja de este instrumento radica en su facilidad de aplicación, sensibilidad y especificidad aceptables, además de su capacidad para identificar casos tanto en el puerperio inmediato como en el mediato y tardío ⁽⁵⁷⁾.

2.3. DEFINICIONES CONCEPTUALES

Depresión: Constituye un trastorno invalidante del espectro afectivo, caracterizado por una anhedonia y una aflicción sostenida que permean la totalidad de la experiencia vital. Esta condición se manifiesta mediante una tríada sintomática que incluye alteraciones emocionales, cognitivas y somáticas de severidad considerable, las cuales socavan drásticamente la capacidad operativa y la funcionalidad global del individuo en su contexto cotidiano. Su impacto trasciende la tristeza pasajera, instaurando un estado persistente de desinterés que compromete de modo fundamental la calidad de vida del paciente ⁽⁵⁸⁾.

Embarazo: Es el proceso fisiológico en el cual se desarrolla un nuevo organismo dentro del cuerpo de la mujer, desde la fecundación del óvulo por el espermatozoide hasta el nacimiento del bebé. Comienza con la fertilización del óvulo en las trompas de Falopio, seguido de la implantación en el revestimiento uterino, y se extiende hasta el parto. La gravidez humana se extiende típicamente por un periodo aproximado de 40ss, el cual se

contabiliza a partir del primer día del último ciclo menstrual de la fémina. Este periodo se estructura convencionalmente en tres trimestres, cada uno caracterizado por fases distintivas en el desarrollo fetal y por modificaciones específicas en el organismo materno ⁽⁵⁹⁾.

No deseado: Esto es lo que sucede sin esperar. También se le llama embarazo no deseado, no planeado, inesperado o inesperado. Esto puede ser causado por falta de métodos anticonceptivos o métodos ineficaces ⁽⁵⁹⁾.

Postparto: Se puede definir como el período que va desde el final del parto hasta las seis semanas posteriores al parto, cuando el cuerpo de la mujer vuelve a la normalidad ⁽¹¹⁾.

Puérpera mediata: Es una mujer que está en la sala de atrás desde el segundo día hasta el séptimo día después de dar a luz, de donde ya sale si no hay problemas ⁽⁴⁹⁾.

Puérpera tardía: Una mujer está en trabajo de parto entre el séptimo día y las seis semanas después de dar a luz, cuando los cambios son poco visibles y requieren tratamiento externo ⁽³⁶⁾.

2.4. HIPÓTESIS

2.4.1. HIPÓTESIS GENERAL

Hi: Existe asociación entre el embarazo no deseado y la depresión posparto en puérperas mediatas y tardías en el Centro de Salud de Moras, Huánuco en el año 2025

Ho: No existe asociación entre el embarazo no deseado y la depresión posparto en puérperas mediatas y tardías en el Centro de Salud de Moras, Huánuco en el año 2025

2.4.2. HIPÓTESIS ESPECIFICAS

Hi₁: Existe asociación entre el embarazo no deseado y la dimensión afectiva de la depresión posparto en puérperas mediatas y tardías del Centro de Salud de Moras, Huánuco en el año 2025

Ho₁: No existe asociación entre el embarazo no deseado y la dimensión afectiva de la depresión posparto en puérperas mediatas y tardías del Centro de Salud de Moras, Huánuco en el año 2025

Hi₂: Existe asociación entre el embarazo no deseado y la dimensión fisiológica de la depresión posparto en puérperas mediatas y tardías del Centro de Salud de Moras, Huánuco en el año 2025

Ho₂: No existe asociación entre el embarazo no deseado y la dimensión fisiológica de la depresión posparto en puérperas mediatas y tardías del Centro de Salud de Moras, Huánuco en el año 2025

Hi₃: Existe asociación entre el embarazo no deseado y la dimensión psíquica de la depresión posparto en puérperas mediatas y tardías del Centro de Salud de Moras, Huánuco en el año 2025

Ho₃: No existe asociación entre el embarazo no deseado y la dimensión psíquica de la depresión posparto en puérperas mediatas y tardías del Centro de Salud de Moras, Huánuco en el año 2025

2.5. VARIABLES

2.5.1. VARIABLE ASOCIATIVA

Embarazo no deseado

2.5.2. VARIABLE DE SUPERVISIÓN

Depresión posparto

2.5.3. VARIABLE DE CARACTERIZACIÓN

Características demográficas de las puérperas mediatas y tardías

2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	VALOR FINAL	ESCALA DE MEDICION	INSTRUMENTO
Variable asociativa: Embarazo no deseado	El embarazo no deseado es aquel que ocurre sin haber sido planificado o intencionado por la mujer, ya sea porque no deseaba quedar embarazada en ese momento o no lo deseaba en absoluto.	Se evaluó mediante un cuestionario aplicado a las puérperas, en el cual se les consultó si el embarazo fue deseado, no deseado o indiferente. Para fines del análisis, se clasificó como “no deseado” toda respuesta que indique que la mujer no quería embarazarse al momento de la concepción o en ningún momento.	Única	Auto reporte de embarazo no deseado	a) Si b) No	Nominal	Cuestionario de recolección de datos
Variable de supervisión: Depresión postparto	Es un trastorno médico frecuente tras el parto, caracterizado por tristeza, ansiedad y fatiga persistentes. Esta condición compromete severamente la capacidad materna de autocuidado y la atención al neonato.	Se midió mediante la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS), adaptada para evaluar tres dimensiones: afectiva, fisiológica y psíquica. El cuestionario fue aplicado a puérperas mediatas y tardías. Cada ítem fue calificado con base en una escala de puntuación, y los resultados permitieron	Afectiva	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad • Miedo • Angustia • Desintegración mental • Apreensión 	La clasificación final de la depresión postparto, en cada dimensión evaluada, fue: <ul style="list-style-type: none"> • Sin afectación • Leve • Moderada • Severa 	Ordinal	Cuestionario de recolección de datos, basado en la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS), donde los resultados se interpretaron según el puntaje asignado a cada ítem del instrumento:
			Fisiológica	<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos de sueño • Falta de apetito • Disminución sexual • Taquicardia 	Esta clasificación se determinó de acuerdo con el puntaje total		

		clasificar la presencia e intensidad de los síntomas asociados a la depresión postparto en función de las dimensiones definidas.	Psíquica	<ul style="list-style-type: none"> • Confusión • Sensación de vacío • Indecisión • Desvalorización 	obtenido en cada dimensión, considerando el número de ítems que la conforman y su puntaje máximo posible.	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca: 0 puntos • Algunas veces: 1 punto • Frecuentemente: 2 puntos • Siempre: 3 puntos
Variable de caracterización: Características demográficas	Las características sociodemográficas son atributos individuales que describen las condiciones de una persona en una sociedad determinada.	En la investigación, las características sociodemográficas se miden a través de preguntas estructuradas en un cuestionario de recolección de datos. Cada característica se definió mediante variables específicas, con sus respectivas categorías o escalas de medición.	Demográfica	Edad	a) 14 a 21 años b) 22 a 30 años c) 31 a 37 años d) 38 a 44 años e) 45 a más	Ordinal
				Edad gestacional al parto	a) Menos de 37 semanas b) 37-40 semanas c) Más de 40 semanas	Ordinal
				Estado civil	a) Soltera b) Casada c) Divorciada d) Viuda e) Conviviente	Nominal

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Fue una investigación de tipo, observacional, prospectivo, transversal, relacional.

El estudio adoptó un diseño observacional, ya que se enfocó en observar y recopilar datos sobre la relación entre el embarazo no deseado y la depresión postparto en puérperas mediatas y tardías. Para ello, se recolectó información directamente a través de un cuestionario estructurado, lo que permitió obtener datos de forma sistemática y sin intervención directa sobre las participantes, garantizando así resultados auténticos y libres de sesgos experimentales ⁽⁶⁰⁾.

Se optó por un diseño prospectivo, dado que los datos fueron recolectados directamente en el periodo inmediato al parto, sin recurrir a registros clínicos anteriores. La aplicación del cuestionario se llevó a cabo conforme las mujeres cumplían los criterios establecidos, asegurando así una captación oportuna y pertinente de la información ⁽⁶¹⁾.

El proyecto se estructuró bajo un enfoque transversal, ya que la información se obtuvo en un solo momento del tiempo, específicamente durante el posparto de las participantes, en el transcurso del año 2025. Esta estrategia permitió captar simultáneamente las condiciones asociadas sin necesidad de seguimiento prolongado ⁽⁶²⁾.

3.2. ENFOQUE

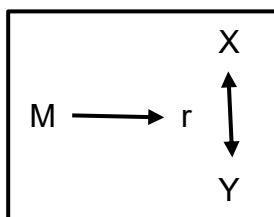
Adoptó un enfoque cuantitativo, empleando métodos estadísticos para el análisis de los datos recolectados. Esta metodología facilitó la medición y comparación objetiva y precisa de las variables, permitiendo obtener resultados con capacidad de generalización ⁽⁶³⁾.

3.3. ALCANCE O NIVEL

El estudio se desarrolló con un nivel analítico, ya que permitió examinar la relación existente entre la gravidez no deseada y la depresión posparto. A partir del tratamiento estadístico y la comprobación de hipótesis, fue posible identificar asociaciones significativas entre ambas variables dentro del grupo de puérperas mediatas y tardías ⁽⁶⁴⁾.

3.4. DISEÑO

Correlacional, como se muestra a continuación.



Donde:

- M (Muestra de puérperas y tardías)
- X (Variable 1, Embarazo no deseado)
- Y (Variable 2, Depresión posparto)
- r (Determina la correlación entre variables)

3.5. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.5.1. POBLACIÓN

La población lo integraron 78 mujeres controladas en el Centro de Salud las Moras, Huánuco del año 2025.

3.5.1.1. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN

a) Criterios de inclusión

- Mujeres en etapa de puerperio mediano (del día 8 al 42 después del parto) y tardío (a partir del día 43), atendidas en el C. S. Las Moras - 2025.
- Participaron únicamente aquellas que aceptaron voluntariamente formar parte del estudio, brindando su consentimiento informado de manera clara y consciente.
- Se consideraron solo las participantes que pudieron responder el cuestionario de forma autónoma y sin dificultades de comprensión.
- Fueron admitidas aquellas que habían llevado su control prenatal en el mismo establecimiento, lo cual facilitó la obtención de datos coherentes y contextualizados.
- Puérperas mediatas que acudieron a su control del 7° día postparto.

b) Criterios de exclusión

- Se excluyó a las puérperas con antecedentes psiquiátricos documentados, para evitar sesgos en la evaluación de los síntomas depresivos.
- No formaron parte del estudio las mujeres con complicaciones obstétricas graves recientes, dado que estas situaciones podrían alterar significativamente su estado emocional.
- Fueron descartadas aquellas que se encontraban hospitalizadas al momento de la recolección de datos o que presentaban alguna limitación física o cognitiva que dificultara la participación activa.
- También se excluyó a quienes decidieron no continuar con la encuesta pese a haber iniciado su participación.

3.5.2. MUESTRA

En la selección de las participantes para este estudio se empleó un muestreo probabilístico aleatorio simple, con el objetivo de garantizar una representación adecuada y precisa de la población total de 78 mujeres puérperas mediatas y tardías atendidas en el centro de salud las Moras. Esta modalidad de muestreo permitió que todas las integrantes de la población tengan una equiprobabilidad de inclusión de ser seleccionadas, promoviendo un proceso equitativo y libre de sesgo. Para determinar dicho tamaño, se aplicó una fórmula matemática para grupos finitos. Dicha fórmula es:

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{e^2(N - 1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

Dónde:

- n = El tamaño de la muestra que queremos calcular
- N = Tamaño de la población (78)
- Z = Nivel de confianza 95% (Z=1,96)
- e = Es el margen de error máximo que admito (5%)
- p = Ocurrencia positiva (0.5)
- q = Ocurrencia negativa (1 - 0.5 = 0.5)
- e = Error (100-Z) %, calculando: (100 – 95 = 5%), valor final (0.05)

Reemplazando:

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{e^2(N - 1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$
$$n = \frac{(1.96)^2 * 0.5 * 0.5 * 78}{(0.05)^2 (78 - 1) + (1.96)^2 * 0.5 * 0.5}$$
$$n = \frac{(1.96)^2 * 0.5 * 0.5 * 78}{(0.05)^2 (77) + (1.96)^2 * 0.5 * 0.5}$$
$$n = 64.976$$

En este contexto, la muestra lo integró un total de 65 puérperas meditas y tardías atendidas en el C. S. Las Moras Huánuco, durante el año 2025.

3.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.6.1. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

A través de encuestas

3.6.2. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Cuestionario de recolección de datos que está conformado por dimensiones:

- Dimensión demográfica (3 ítems)
- Embarazo no deseado (1 ítem)
- Depresión postparto (13 ítems)

En esa misma línea, para la valoración final de la depresión postparto, se tomó como base la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS), adaptada a las necesidades del presente estudio:

- Nunca: 0 puntos
- Algunas veces: 1 punto
- Frecuentemente: 2 puntos
- Siempre: 3 puntos

Para establecer una clasificación final precisa de los niveles depresivos, se aplicó una interpretación manual basada en la suma total de los puntajes obtenidos por cada participante. Esta estrategia permitió definir rangos diferenciados que reflejan el nivel de afectación emocional

de las puérperas evaluadas (ver anexo 4). Como resultado, los puntajes se categorizaron de la siguiente manera:

- Sin afectación: 0 a 9 puntos
- Leve: 10 a 19 puntos
- Moderada: 20 a 29 puntos
- Severa: 30 a 39 puntos

Del mismo modo, para las dimensiones de la depresión postparto evaluadas de forma independiente, se establecieron los siguientes rangos de clasificación según el puntaje obtenido en cada una:

a) Depresión afectiva

- Sin afectación: 0 a 3 puntos
- Leve: 4 a 7 puntos
- Moderada: 8 a 11 puntos
- Severa: 12 a 15 puntos

b) Depresión fisiológica

- Sin afectación: 0 a 3 puntos
- Leve: 4 a 6 puntos
- Moderada: 7 a 9 puntos
- Severa: 10 a 12 puntos

c) Depresión psíquica

- Sin afectación: 0 a 3 puntos
- Leve: 4 a 6 puntos
- Moderada: 7 a 9 puntos
- Severa: 10 a 12 puntos

Por todo lo mencionado, la clasificación de los síntomas que se ha empleado permite comprender con mayor claridad la relación entre el tipo de embarazo (deseado y no deseado) y la intensidad de los síntomas depresivos. Al analizar los puntajes de manera gradual y equitativa, tanto en su conjunto como en cada dimensión específica, se ha logrado identificar patrones más precisos.

3.6.3. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

a) Viabilidad del instrumento

La viabilidad del instrumento se estableció mediante un riguroso proceso de validación por juicio de expertos (ver anexo 3). Un panel de especialistas con trayectoria reconocida revisó exhaustivamente el cuestionario, evaluando la claridad, coherencia, relevancia y la congruencia de cada componente respecto a los objetivos del estudio o instrumento de la investigación y el constructo a medir. Esta evaluación resultó en la aprobación unánime del instrumento, confirmando su alta idoneidad conceptual y metodológica. Las observaciones y sugerencias de los expertos permitieron realizar ajustes precisos que garantizaron su robustez y capacidad para capturar efectivamente el fenómeno de interés, confiriéndole una sólida base de validez de contenido.

b) Fiabilidad del instrumento

Fue evaluada por medio del coeficiente Alfa de Cronbach, un indicador estadístico de la consistencia interna de la escala. El análisis arrojó un valor de $\alpha=0.852$.

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	Número de elementos
0.852	13

Este resultado indica una alta consistencia interna, lo que significa que los ítems miden de forma coherente y fiable el mismo constructo. Este coeficiente valida la capacidad del instrumento para generar mediciones estables y precisas, fortaleciendo la robustez metodológica de la misma (ver anexo 5).

3.7. TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

3.7.1. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El proyecto de investigación cuenta con la aprobación de la Universidad de Huánuco.

Una vez obtenido este aval, se solicitó al director del C. S. Las Moras la autorización correspondiente para llevar a cabo el estudio.

Con la autorización otorgada, se procedió a distribuir el consentimiento informado a todas las puérperas participantes (mediatas y tardías), acompañando la entrega con una breve explicación sobre el propósito del estudio.

A las participantes se les brindó una explicación detallada del instrumento de recolección de datos y se les guio en el proceso de su correcto llenado.

3.7.2. PROCESAMIENTO DE DATOS

Inicialmente los datos se ejecutó de manera manual a través de la generación de una base de datos codificada numéricamente. Posteriormente, esta base de datos fue transferida a la hoja de cálculo Excel 2024, donde se procedió a realizar las operaciones matemáticas correspondientes a cada dimensión de estudio identificada. Finalmente, el análisis estadístico se llevó a cabo utilizando el software IBM SPSS Versión 27 para Windows, sistema en el cual también se consolidó el alojamiento final de la información recopilada.

3.7.3. PLAN DE TABULACIÓN DE DATOS

Se efectuó a través de cuadros que contenían las frecuencias absolutas y relativas, abarcando tanto las secciones descriptivas como las correlacionales del estudio. Este formato facilitó una interpretación clara de las variables analizadas en la muestra, por lo que, la presentación de los hallazgos se alineó con el planteamiento del problema y los objetivos de la investigación, asegurando una coherencia metodológica y analítica.

3.7.4. ANÁLISIS DE INFORMACIÓN DE LOS DATOS

El análisis descriptivo se realizó para caracterizar detalladamente la muestra de estudio (puérperas mediatas y tardía) y las principales variables. Este proceso implicó la generación de tablas de frecuencia y porcentajes, que permitieron obtener una visión clara de la distribución y las tendencias de los datos recopilados, sirviendo como base fundamental para las etapas subsiguientes del análisis.

En esa misma línea, la inferencia estadística se dedicó a establecer la existencia de asociaciones entre las variables investigadas, utilizando pruebas estadísticas no paramétricas. Específicamente, se emplearon la

prueba Chi-cuadrado de Pearson y la prueba exacta de Fisher, seleccionadas en función de la naturaleza categórica de las variables y el tamaño de las frecuencias esperadas en las tablas de contingencia, permitiendo con este enfoque establecer la relevancia estadística de las correlaciones identificadas, utilizando un nivel crítico de $\text{Alpha}=0.05$. Se complementó con el cálculo del estadístico V de Cramer para medir la intensidad de la vinculación entre ellas.

3.8. ASPECTOS ÉTICOS

Se adhirió a principios éticos rigurosos para salvaguardar la dignidad y el bienestar de las participantes. Dada la sensibilidad de los temas (embarazo no deseado y depresión postparto), se priorizaron los siguientes aspectos:

Consentimiento informado y voluntariedad: Cada puérpera recibió información clara sobre el estudio, sus procedimientos y la garantía de su participación voluntaria, con derecho a retirarse en cualquier momento sin repercusiones. Solo se procedió con la administración del cuestionario tras obtener su consentimiento informado por escrito.

Confidencialidad y anonimato: Se aseguró la estricta confidencialidad de datos, usando numeraciones sin identificadores personales. Se procedió al manejo discreto de la información, y para preservar la identidad de las involucradas, los datos finales se presentaron de manera agrupada.

Beneficencia y no maleficencia: El estudio buscó generar conocimiento para una mejor comprensión de la depresión postparto, beneficiando indirectamente a futuras madres. Asimismo, se minimizó cualquier riesgo o incomodidad para las participantes. En caso de que alguna puérpera manifestara signos de distrés emocional, se estableció la derivación al área de Psicología del C. S. Moras, asegurando así el apoyo necesario y la atención especializada.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO

A. DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

Tabla 1. Edad de las puérperas mediatas y tardías atendidas en el Centro de Salud Las Moras, Huánuco en el año 2025

CARACTERÍSTICA DEMOGRÁFICA	Puérperas (n = 65)	
	fi	%
Edad		
14 a 21 años	19	29.2
22 a 30 años	25	38.5
31 a 37 años	16	24.6
38 a 44 años	5	7.7
Total	65	100.0

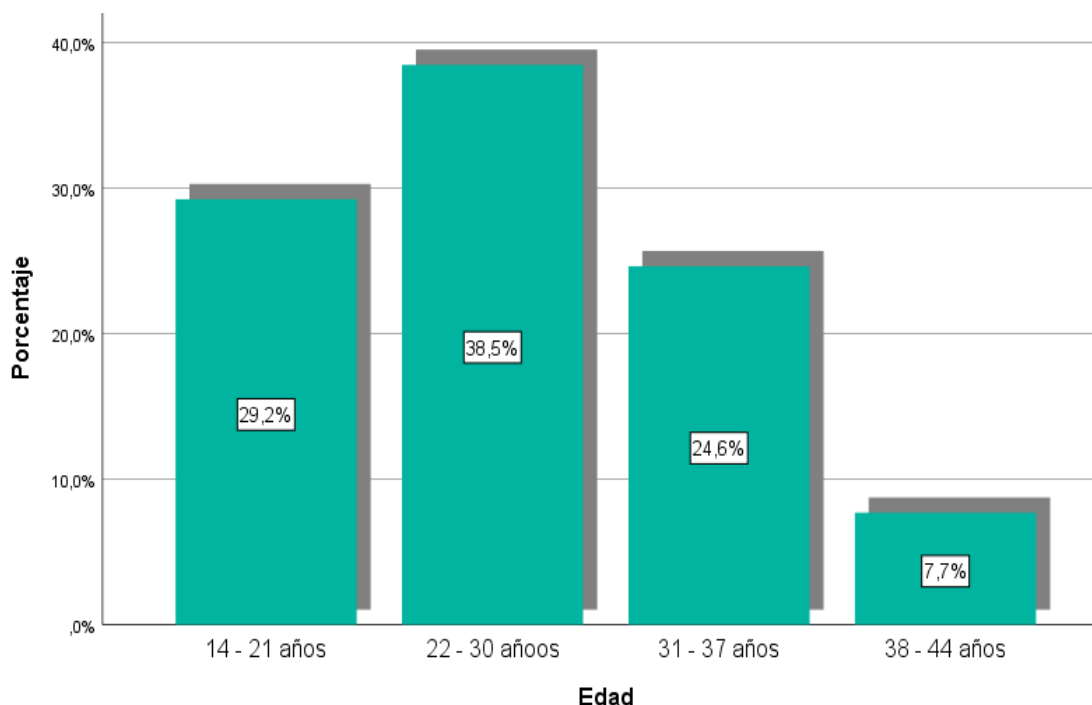


Figura 1. Edad de las puérperas mediatas y tardías atendidas en el Centro de Salud Las Moras, Huánuco en el año 2025

Interpretación

Referente a la edad, el grupo más frecuente fue el de 22 a 30 años, con 25 puérperas, lo que representó el 38.5%. Le siguieron las de 14 a 21 años, con 19 casos (29.2%), y las de 31 a 37 años, con 16 mujeres (24.6%). Por último, el grupo de 38 a 44 años fue el menos representado, con solo 5 participantes, equivalente al 7.7%; evidenciando que la mayoría de las puérperas se concentraron en edades reproductivas jóvenes.

Tabla 2. Edad gestacional al parto de las puérperas mediatas y tardías atendidas en el Centro de Salud Las Moras, Huánuco en el año 2025

CARACTERÍSTICA DEMOGRÁFICA	Puérperas (n = 65)	
	fi	%
Edad gestacional al momento del parto		
Menos de 37 semanas	61	93.8
37-40 semanas	4	6.2
Más de 40 semanas	0	0.0
Total	65	100.0

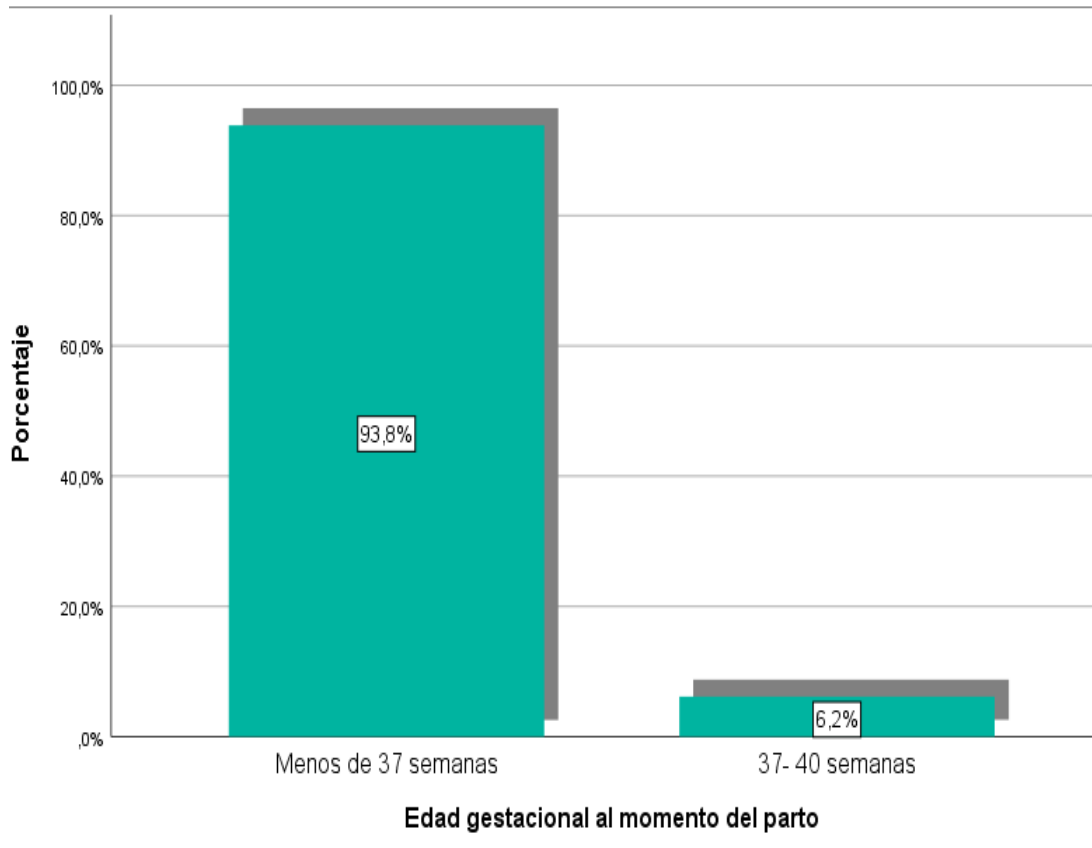


Figura 2. Edad gestacional al parto de las puérperas mediatas y tardías atendidas en el Centro de Salud Las Moras, Huánuco en el año 2025

Interpretación

Considerando a la edad gestacional al momento del parto, la gran mayoría de puérperas, específicamente 61 mujeres, que representaron el 93.8%, tuvo a su bebé antes de las 37 semanas, es decir, en condición de parto pretérmino. En segundo lugar, aunque con una frecuencia mucho menor, se encontraron aquellas con una gestación a término, entre las 37 y 40 semanas, sumando solo 4 casos, lo que correspondió al 6.2%.

Tabla 3. Estado civil de las puérperas mediatas y tardías atendidas en el Centro de Salud Las Moras, Huánuco en el año 2025

CARACTERÍSTICA DEMOGRÁFICA	Puérperas (n = 65)	
	fi	%
Estado civil		
Soltera	14	21.5
Casada	6	9.2
Divorciada	0	0.0
Viuda	0	0.0
Conviviente	45	69.2
Total	65	100.0

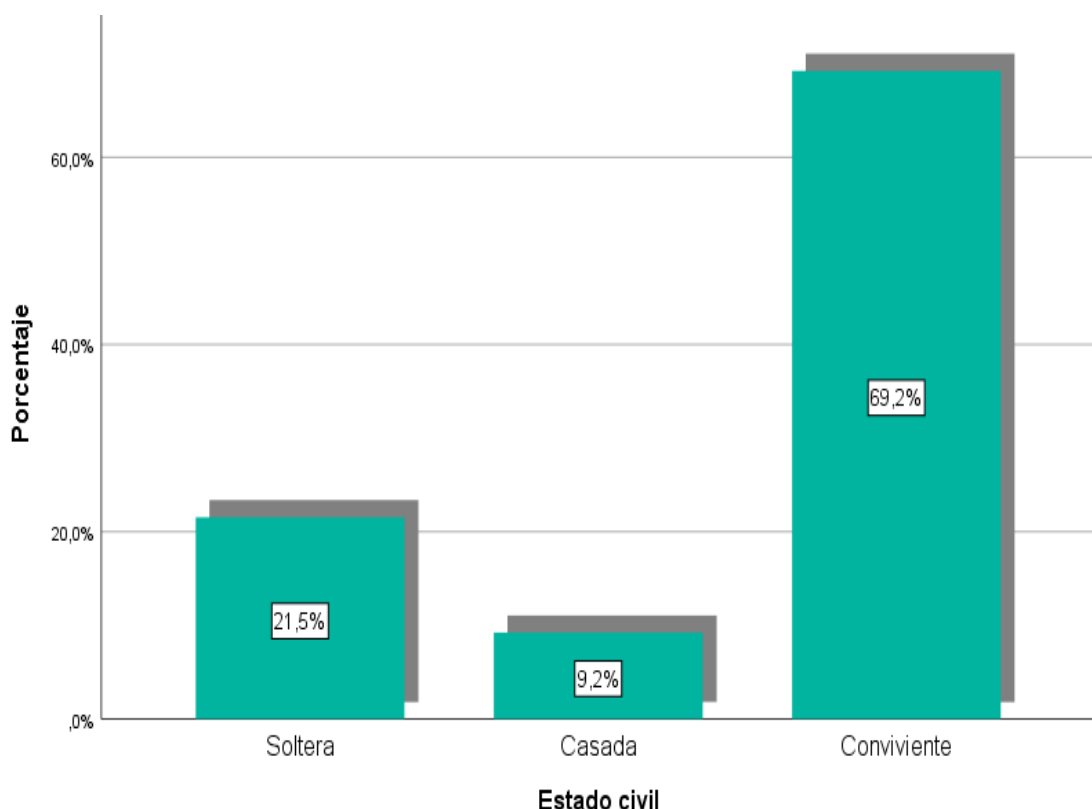


Figura 3. Estado civil de las puérperas mediatas y tardías atendidas en el Centro de Salud Las Moras, Huánuco en el año 2025

Interpretación

En cuanto al estado civil, predominó ampliamente la condición de conviviente, con 45 puérperas, lo que representó el 69.2% del total. En segundo lugar, se ubicaron las mujeres solteras, que sumaron 14 casos, equivalentes al 21.5%. Por último, solo 6 participantes declararon estar casadas, lo que constituyó apenas el 9.2%; reflejando que la mayoría de las puérperas no contaban con un vínculo matrimonial formal, aunque convivían con su pareja.

B. DESCRIPCIÓN DEL EMBARAZO NO DESEADO

Tabla 4. Embarazo no deseado en puérperas mediatas y tardías atendidas en el Centro de Salud Las Moras, Huánuco en el año 2025

VARIABLE DE ASOCIACIÓN	Puérperas (n = 65)	
	fi	%
¿Ha experimentado un embarazo no deseado?		
Si	32	49.2
No	33	50.8
Total	65	100.0

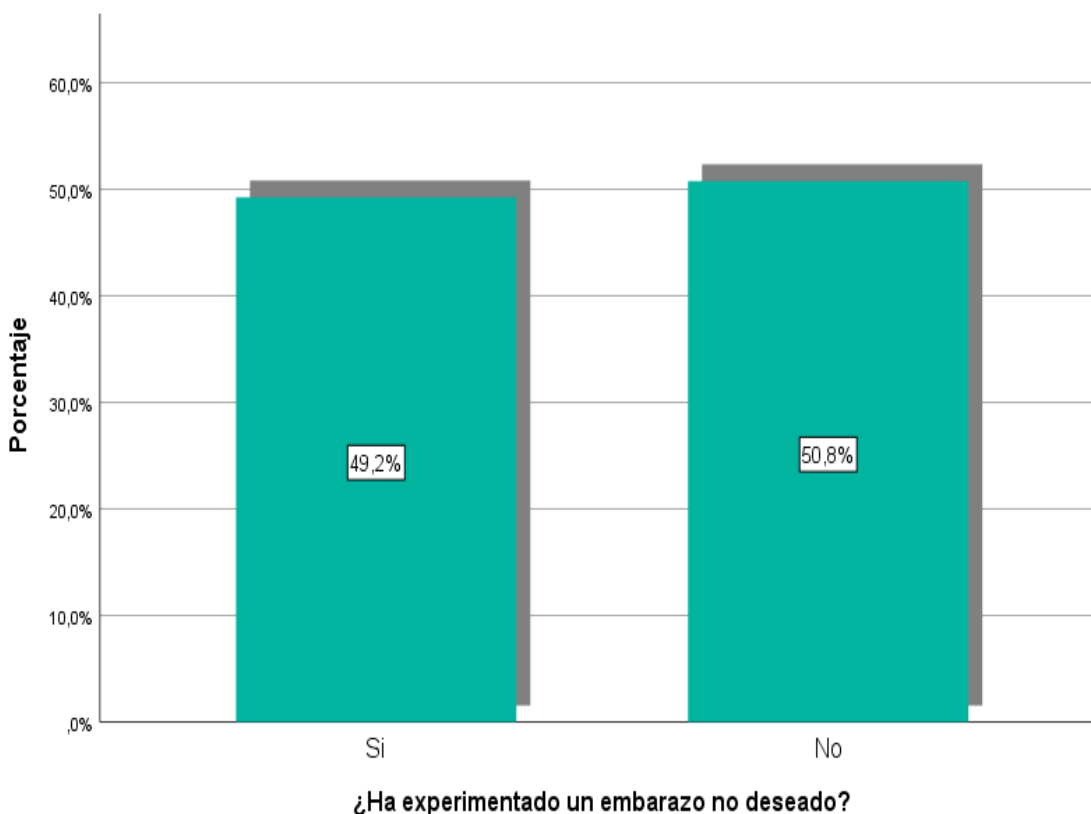


Figura 4. Embarazo no deseado en puérperas mediatas y tardías atendidas en el Centro de Salud Las Moras, Huánuco en el año 2025

Interpretación

En relación con la experiencia de embarazo no deseado, se observó una distribución prácticamente equitativa. Por un lado, 33 puérperas, que representaron el 50.8%, señalaron que su embarazo fue deseado; por otro, 32 mujeres, equivalentes al 49.2%, manifestaron que no lo fue. Esta cercanía porcentual reflejó que, dentro de la muestra, casi la mitad de las participantes atravesó un embarazo no planeado o no esperado.

C. DESCRIPCIÓN DE LA DIMENSIÓN AFECTIVA

Tabla 5. Ansiedad en puérperas mediatas y tardías atendidas en el Centro de Salud Las Moras, Huánuco en el año 2025

ÍTEM DE LA DIMENSIÓN AFECTIVA	Puérperas (n = 65)	
	fi	%
¿Ha sentido ansiedad en las últimas 4 semanas?		
Nunca	48	73.8
Algunas veces	15	23.1
Frecuentemente	2	3.1
Siempre	0	0.0
Total	65	100.0

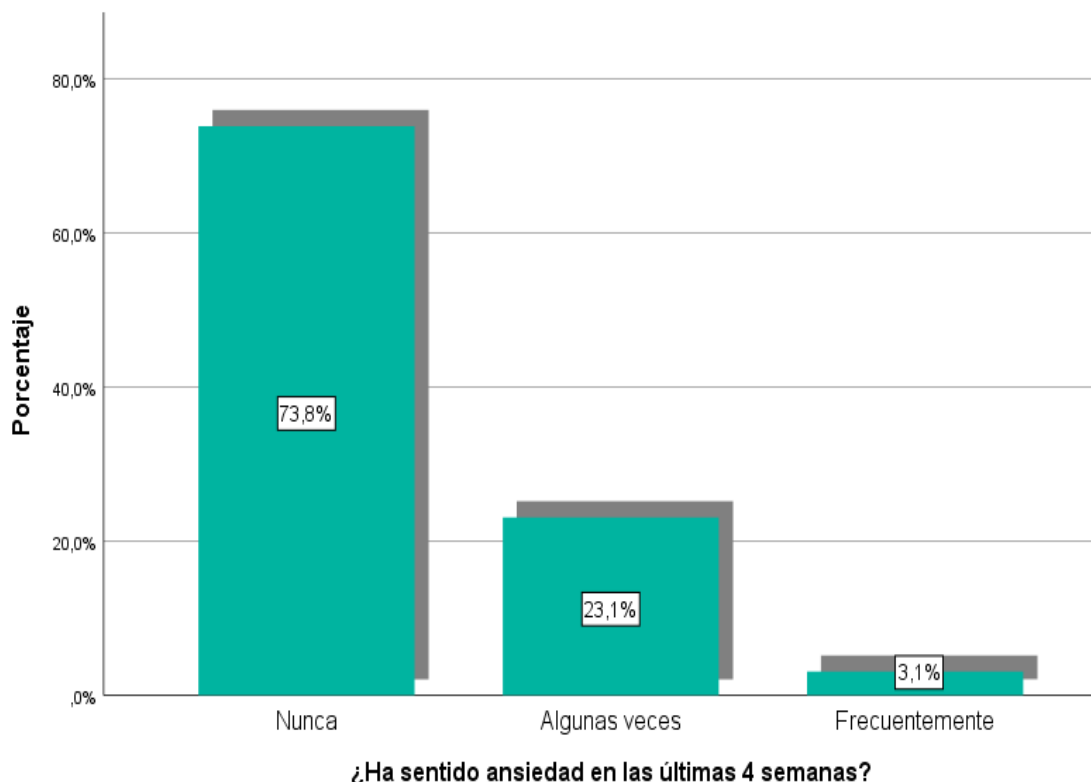


Figura 5. Ansiedad en puérperas mediatas y tardías atendidas en el Centro de Salud Las Moras, Huánuco en el año 2025

Interpretación

Frente a la sensación de ansiedad durante las últimas cuatro semanas, la mayoría de las puérperas, específicamente 48, lo que representó el 73.8%, indicó que nunca la experimentó. En segundo lugar, 15 mujeres, equivalentes al 23.1%, afirmaron haberla sentido algunas veces. De manera continua, solo 2 participantes, que correspondieron al 3.1%, señalaron haber sentido ansiedad con frecuencia; reflejaron que, en su mayoría las puérperas no reportaron síntomas ansiosos recientes de forma significativa.

Tabla 6. Miedo en puérperas mediatas y tardías atendidas en el Centro de Salud Las Moras, Huánuco en el año 2025

ÍTEM DE LA DIMENSIÓN AFECTIVA	Puérperas (n = 65)	
	fi	%
¿Ha sentido miedo sin razón aparente?		
Nunca	4	6.2
Algunas veces	41	63.1
Frecuentemente	20	30.8
Siempre	0	0.0
Total	65	100.0

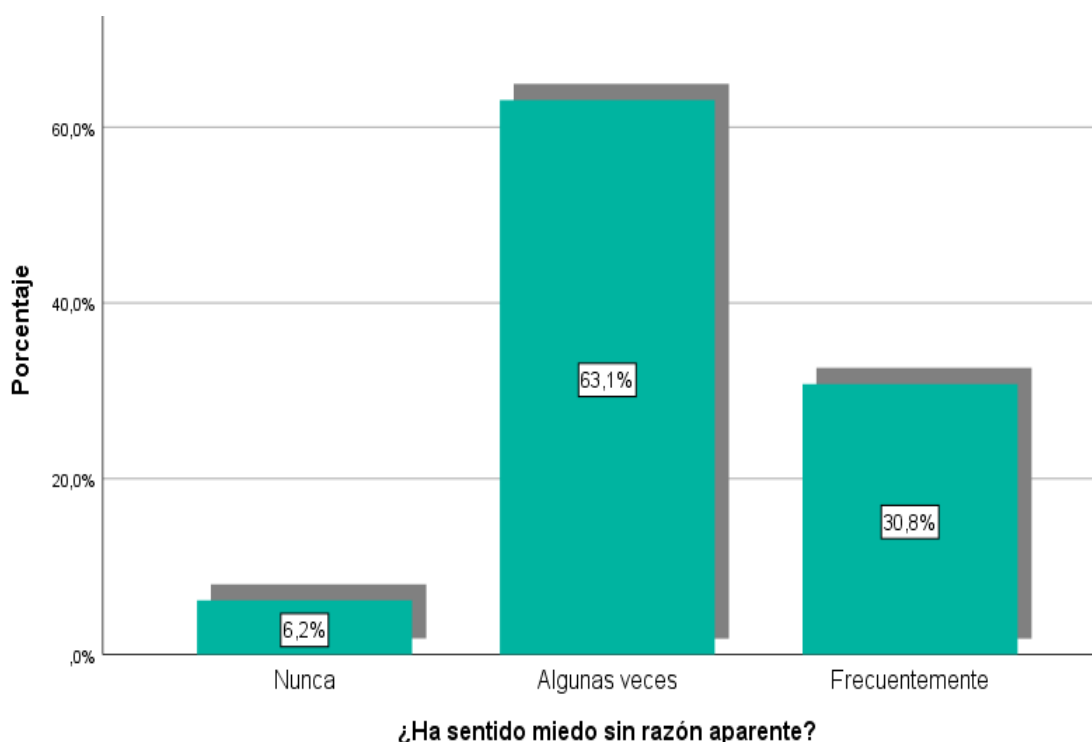


Figura 6. Miedo en puérperas mediatas y tardías atendidas en el Centro de Salud Las Moras, Huánuco en el año 2025

Interpretación

Ante la pregunta sobre si habían sentido miedo sin una causa aparente, una proporción considerable de mujeres 41 puérperas, equivalentes al 63.1% indicó haberlo experimentado en ciertas ocasiones. A esto se sumó un grupo menor, conformado por 20 participantes (30.8%), que expresó haberlo sentido con frecuencia. En contraste, solo una mínima parte, representada por 4 mujeres (6.2%), señaló no haber tenido este tipo de percepción emocional; mostrando que el miedo irracional fue una experiencia presente, en mayor o menor grado, en la mayoría de las entrevistadas.

Tabla 7. Angustia en puérperas mediatas y tardías atendidas en el Centro de Salud Las Moras, Huánuco en el año 2025

ÍTEM DE LA DIMENSIÓN AFECTIVA	Puérperas (n = 65)	
	fi	%
¿Ha experimentado angustia?		
Nunca	23	35.4
Algunas veces	40	61.5
Frecuentemente	2	3.1
Siempre	0	0.0
Total	65	100.0

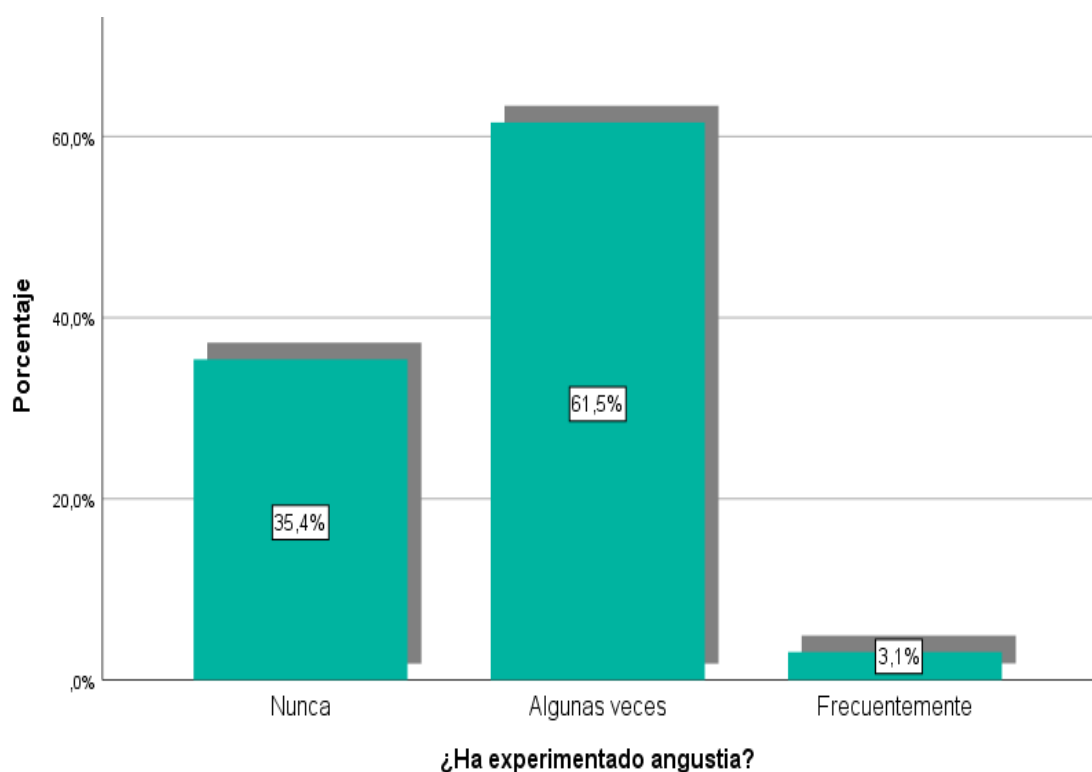


Figura 7. Angustia en puérperas mediatas y tardías atendidas en el Centro de Salud Las Moras, Huánuco en el año 2025

Interpretación

Al indagar sobre la presencia de angustia, 40 puérperas, que representaron el 61.5%, indicaron haberla sentido en ciertas ocasiones. Por otro lado, 23 mujeres, equivalentes al 35.4%, afirmaron no haber experimentado dicha sensación. Solo 2 participantes, es decir el 3.1%, reportaron haberla vivido con frecuencia; sugiriendo que, aunque no siempre fue persistente, la angustia estuvo presente de manera ocasional en un grupo importante de las evaluadas.

Tabla 8. Desintegración mental en puérperas mediatas y tardías atendidas en el Centro de Salud Las Moras, Huánuco en el año 2025

ÍTEM DE LA DIMENSIÓN AFECTIVA	Puérperas (n = 65)	
	fi	%
¿Ha tenido episodios de desintegración mental?		
Nunca	40	61.5
Algunas veces	21	32.3
Frecuentemente	4	6.2
Siempre	0	0.0
Total	65	100.0

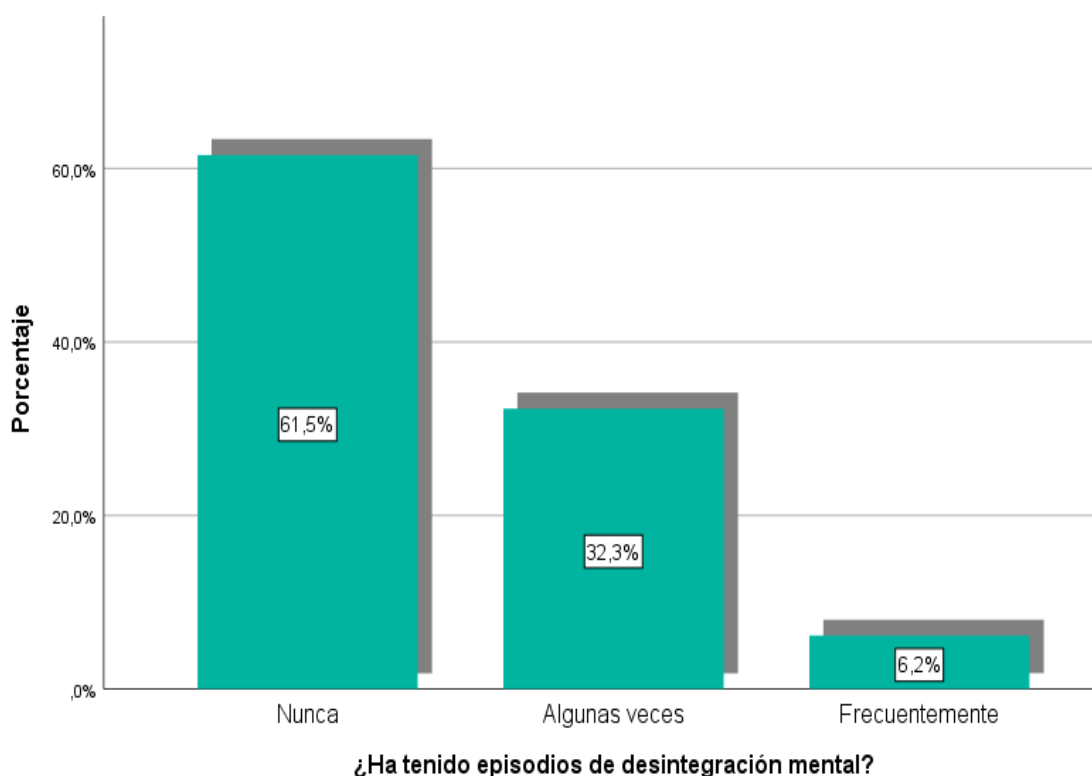


Figura 8. Desintegración mental en puérperas mediatas y tardías atendidas en el Centro de Salud Las Moras, Huánuco en el año 2025

Interpretación

Respecto a los episodios de desintegración mental, una mayoría relativa 40 puérperas, lo que equivalió al 61.5% indicó no haberlos experimentado. A su vez, 21 mujeres, que representaron el 32.3%, señalaron haberlos vivido ocasionalmente, mientras que solo 4 participantes (6.2%) mencionaron haber atravesado estos episodios con frecuencia; reflejando que, si bien en la mayoría no se reportaron alteraciones mentales de este tipo, una proporción no menor sí manifestó haber tenido estos síntomas en algún momento.

Tabla 9. Preocupación en puérperas mediatas y tardías atendidas en el Centro de Salud Las Moras, Huánuco en el año 2025

ÍTEM DE LA DIMENSIÓN AFECTIVA	Puérperas (n = 65)	
	fi	%
¿Ha sentido aprehensión o preocupación constante?		
Nunca	5	7.7
Algunas veces	37	56.9
Frecuentemente	23	35.4
Siempre	0	0.0
Total	65	100.0

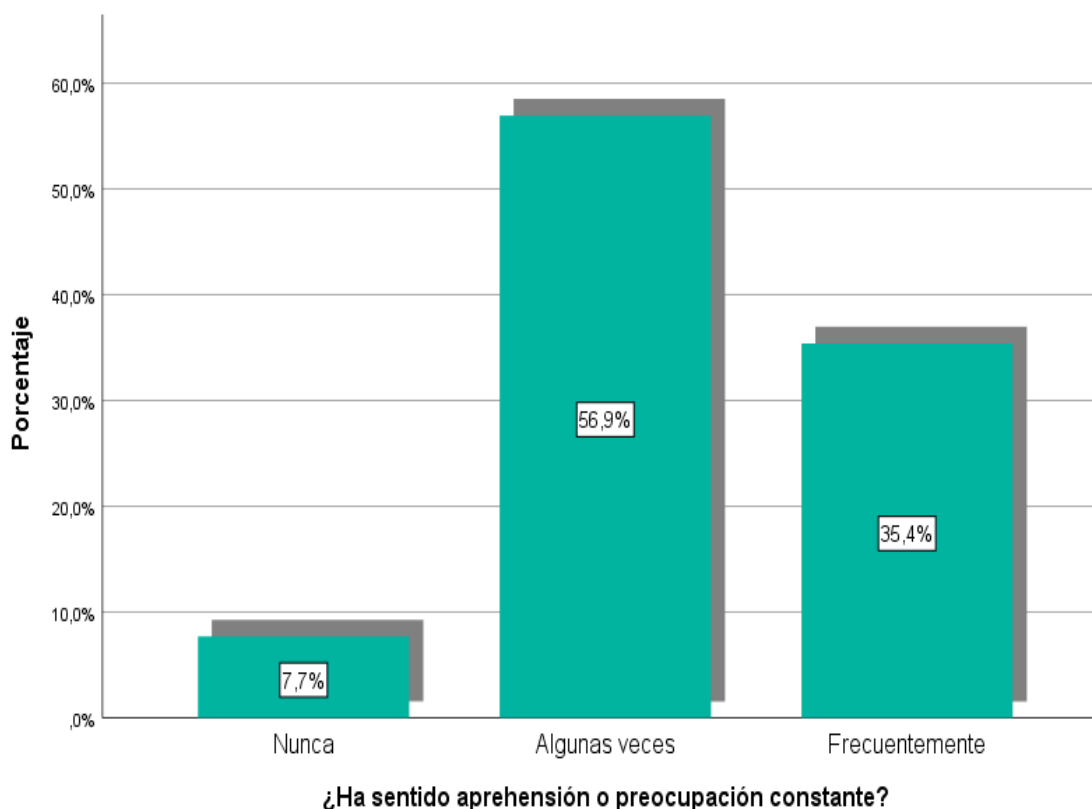


Figura 9. Preocupación en puérperas mediatas y tardías atendidas en el Centro de Salud Las Moras, Huánuco en el año 2025

Interpretación

Al abordar la sensación de aprehensión o preocupación constante, 37 puérperas, que representaron el 56.9%, manifestaron haberla sentido en algunas ocasiones. Además, 23 mujeres, equivalentes al 35.4%, indicaron haberla experimentado de manera frecuente. En contraste, solo 5 participantes (7.7%) afirmaron no haber presentado este tipo de preocupación. Por lo tanto, la presencia de inquietud persistente fue un síntoma común entre las mujeres evaluadas, en distintos niveles de intensidad.

Tabla 10. Depresión posparto en su dimensión afectiva en puérperas mediatas y tardías atendidas en el Centro de Salud Las Moras, Huánuco en el año 2025

DIMENSIÓN AFECTIVA	Puérperas (n = 65)	
	fi	%
Clasificación de la depresión posparto en su dimensión afectiva		
Sin afectación	30	46.2
Depresión leve	34	52.3
Depresión moderada	1	1.5
Depresión severa	0	0.0
Total	65	100.0

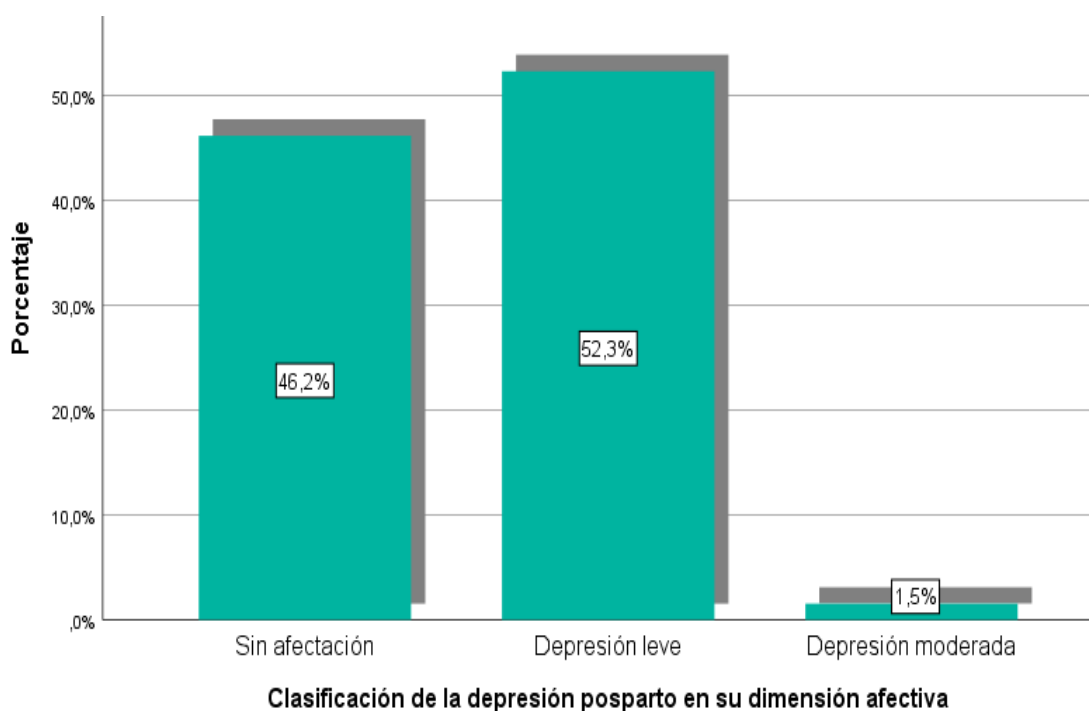


Figura 10. Depresión posparto en su dimensión afectiva en puérperas mediatas y tardías atendidas en el Centro de Salud Las Moras, Huánuco en el año 2025

Interpretación

Al analizar la dimensión afectiva de la depresión posparto, se observó que 34 puérperas lo que representó el 52.3% del total presentaron un nivel leve de afectación emocional. Por otro lado, 30 mujeres (46.2%) no evidenciaron alteraciones dentro de esta dimensión, lo que indica una ausencia de síntomas afectivos relevantes. Solo una participante, correspondiente al 1.5%, mostró signos compatibles con una depresión moderada. Por lo que, si bien una proporción considerable no presentó afectación emocional, más de la mitad sí manifestó síntomas leves, sugiriendo la necesidad de seguimiento y atención oportuna en este grupo.

D. DESCRIPCIÓN DE LA DIMENSIÓN FISIOLÓGICA

Tabla 11. Trastorno del sueño en puérperas mediatas y tardías atendidas en el Centro de Salud Las Moras, Huánuco en el año 2025

ÍTEM DE LA DIMENSIÓN FISIOLÓGICA	Puérperas (n = 65)	
	fi	%
¿Ha tenido trastornos de sueño?		
Nunca	44	67.7
Algunas veces	19	29.2
Frecuentemente	2	3.1
Siempre	0	0.0
Total	65	100.0

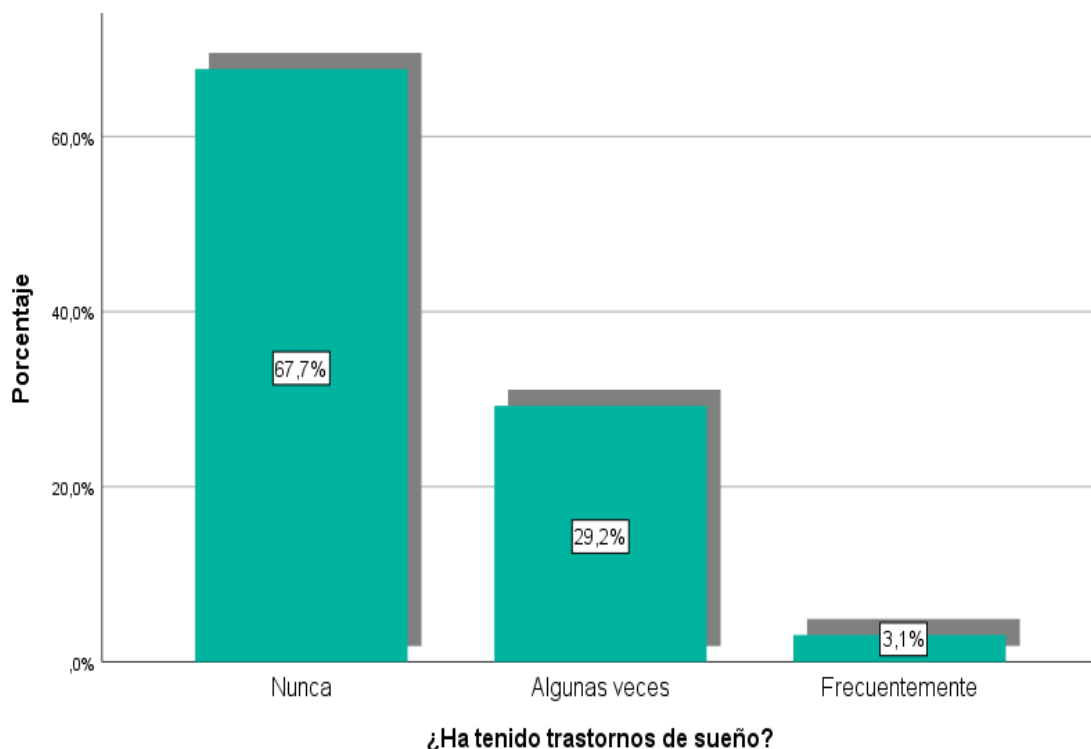


Figura 11. Trastorno del sueño en puérperas mediatas y tardías atendidas en el Centro de Salud Las Moras, Huánuco en el año 2025

Interpretación

Al explorar los trastornos del sueño, se halló que 44 puérperas, equivalentes al 67.7%, no reportaron dificultades para dormir. Por otro lado, 19 mujeres (29.2%) señalaron haber experimentado este tipo de alteración en algunas ocasiones, mientras que solo 2 (3.1%) indicaron haberla sufrido con frecuencia; por lo que nos permitió identificar que la mayoría logró mantener un patrón de sueño adecuado, aunque una parte relevante refirió alteraciones ocasionales que podrían reflejar malestares relacionados con el posparto.

Tabla 12. Falta de apetito en puérperas mediatas y tardías atendidas en el Centro de Salud Las Moras, Huánuco en el año 2025

ÍTEM DE LA DIMENSIÓN FISIOLÓGICA	Puérperas (n = 65)	
	fi	%
¿Ha falta de apetito?		
Nunca	2	3.1
Algunas veces	60	92.3
Frecuentemente	3	4.6
Siempre	0	0.0
Total	65	100.0

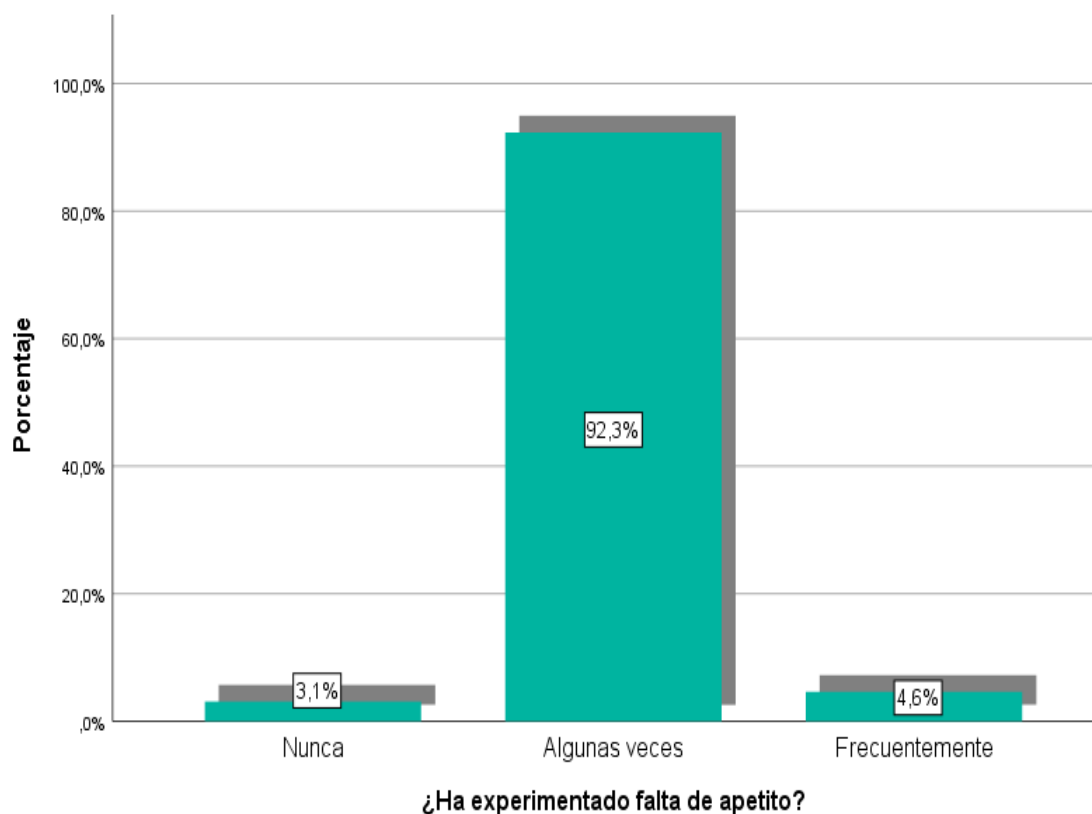


Figura 12. Falta de apetito en puérperas mediatas y tardías atendidas en el Centro de Salud Las Moras, Huánuco en el año 2025

Interpretación

En cuanto a la falta de apetito, una amplia mayoría 60 puérperas, lo que representó el 92.3% indicó haberla experimentado de manera ocasional. En menor proporción, 3 mujeres (4.6%) señalaron haberla sentido con frecuencia, mientras que solo 2 participantes, correspondientes al 3.1%, afirmaron no haber presentado esta alteración; evidenciando que la pérdida parcial del apetito fue un síntoma común durante el posparto, aunque en la mayoría de casos no se manifestó de forma persistente.

Tabla 13. Disminución del deseo sexual en puérperas mediatas y tardías atendidas en el Centro de Salud Las Moras, Huánuco en el año 2025

ÍTEM DE LA DIMENSIÓN FISIOLÓGICA	Puérperas (n = 65)	
	fi	%
¿Ha tenido disminución del deseo sexual?		
Nunca	7	10.8
Algunas veces	48	73.8
Frecuentemente	10	15.4
Siempre	0	0.0
Total	65	100.0

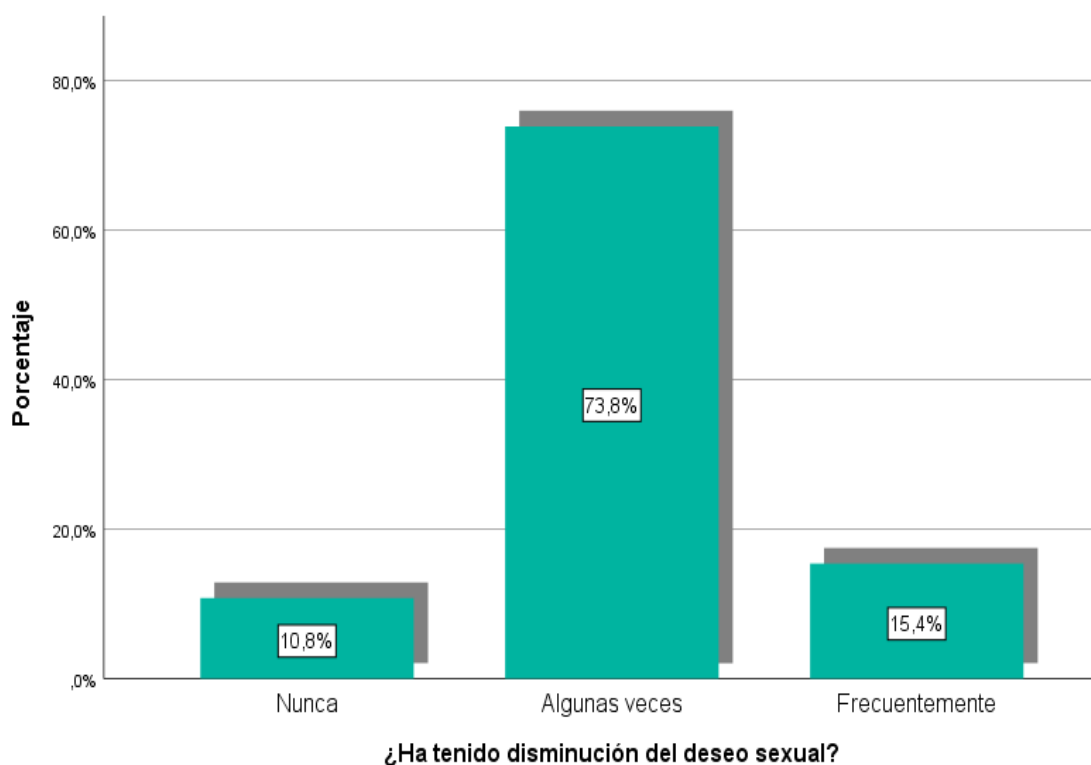


Figura 13. Disminución del deseo sexual en puérperas mediatas y tardías atendidas en el Centro de Salud Las Moras, Huánuco en el año 2025

Interpretación

Respecto a la disminución del deseo sexual, 48 puérperas lo que representó el 73.8% señalaron haberla experimentado ocasionalmente. A esta cifra se sumaron 10 mujeres (15.4%) que reportaron sentirla con frecuencia, mientras que solo 7 participantes, equivalentes al 10.8%, indicaron no haber presentado este síntoma; lo que refleja una alteración del interés sexual, la cual fue una experiencia común en el periodo posparto, aunque con predominancia en niveles moderados.

Tabla 14. Taquicardia en puérperas mediatas y tardías atendidas en el Centro de Salud Las Moras, Huánuco en el año 2025

ÍTEM DE LA DIMENSIÓN FISIOLÓGICA	Puérperas (n = 65)	
	fi	%
¿Ha sentido taquicardia?		
Nunca	62	95.4
Algunas veces	3	4.6
Frecuentemente	0	0.0
Siempre	0	0.0
Total	65	100.0

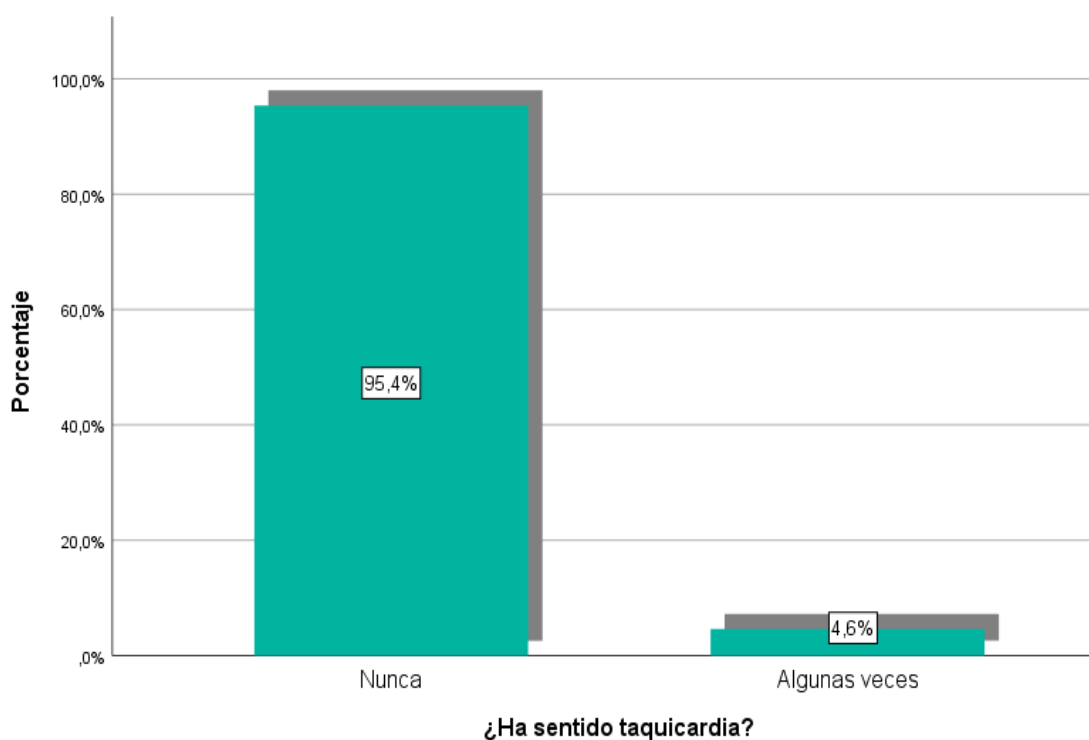


Figura 14. Taquicardia en puérperas mediatas y tardías atendidas en el Centro de Salud Las Moras, Huánuco en el año 2025

Interpretación

Ante la pregunta sobre la presencia de taquicardia, la gran mayoría de puérperas (62 mujeres), lo que correspondió al 95.4% indicó no haber experimentado esta sensación. Solo 3 participantes, equivalentes al 4.6%, mencionaron haberla sentido ocasionalmente. Ésta marcada diferencia mostró que la taquicardia no fue un síntoma relevante dentro de la dimensión fisiológica evaluada en esta población.

Tabla 15. Depresión posparto en su dimensión fisiológica en puérperas mediatas y tardías atendidas en el Centro de Salud Las Moras, Huánuco en el año 2025

DIMENSIÓN FISIOLÓGICA	Puérperas (n = 65)	
	fi	%
Clasificación de la depresión posparto en su dimensión fisiológica		
Sin afectación	58	89.2
Depresión leve	7	10.8
Depresión moderada	0	0.0
Depresión severa	0	0.0
Total	65	100.0

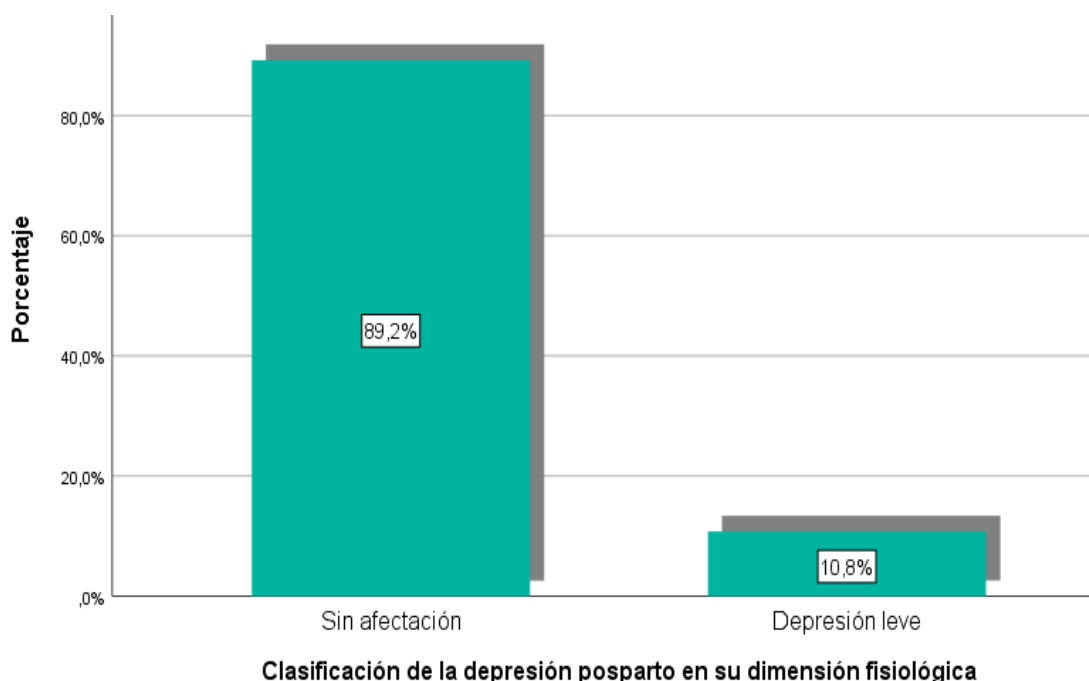


Figura 15. Depresión posparto en su dimensión fisiológica en puérperas mediatas y tardías atendidas en el Centro de Salud Las Moras, Huánuco en el año 2025

Interpretación

En la evaluación general de la dimensión fisiológica, se encontró que 58 puérperas, equivalentes al 89.2%, no presentaron signos de afectación, lo cual sugiere un adecuado estado funcional en esta esfera. En contraste, 7 mujeres, el 10.8% de la muestra fueron clasificadas con depresión leve, reflejando la presencia de síntomas fisiológicos como alteraciones del apetito, del sueño o del deseo sexual en un nivel bajo, pero perceptible; por lo cual, esta clasificación indicó que la sintomatología física asociada a la depresión posparto fue, en general, poco frecuente dentro del grupo evaluado.

E. DESCRIPCIÓN DE LA DIMENSIÓN PSÍQUICA

Tabla 16. Confusión mental en puérperas mediatas y tardías atendidas en el Centro de Salud Las Moras, Huánuco en el año 2025

ÍTEM DE LA DIMENSIÓN PSÍQUICA	Puérperas (n = 65)	
	fi	%
¿Ha experimentado confusión mental?		
Nunca	22	33.8
Algunas veces	41	63.1
Frecuentemente	2	3.1
Siempre	0	0.0
Total	65	100.0

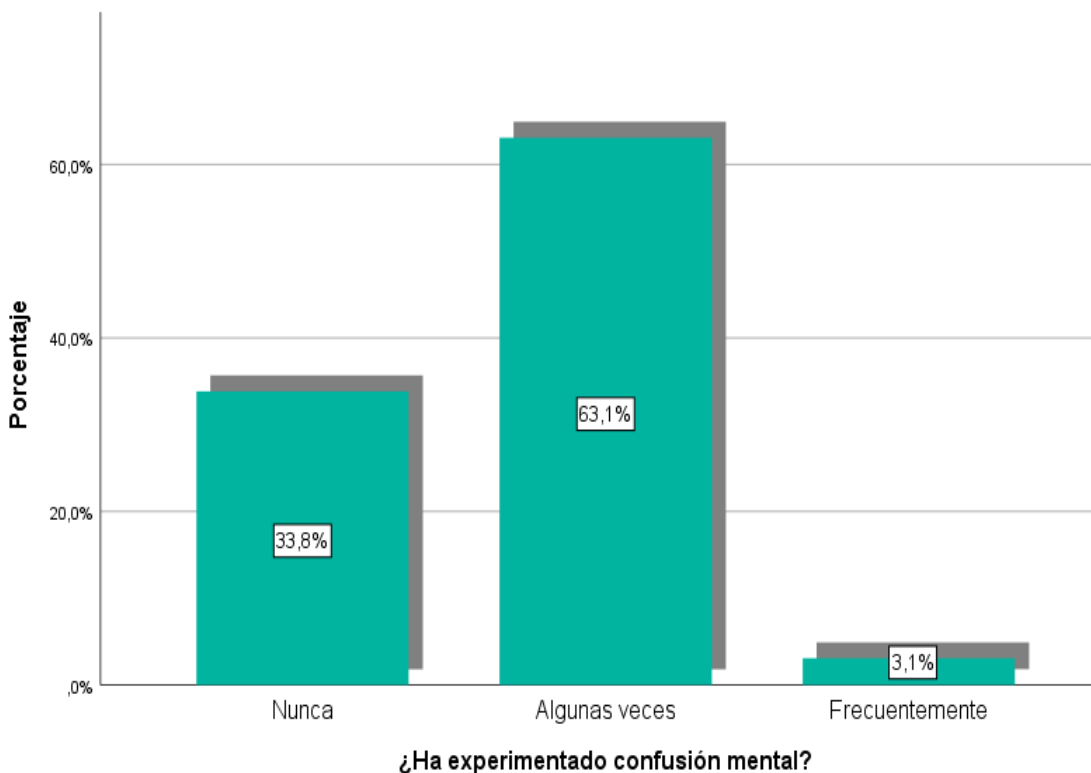


Figura 16. Confusión mental en puérperas mediatas y tardías atendidas en el Centro de Salud Las Moras, Huánuco en el año 2025

Interpretación

Al abordar la presencia de confusión mental, 41 puérperas lo que representó el 63.1% indicaron haberla experimentado en algunas ocasiones. Por su parte, 22 mujeres (33.8%) señalaron no haberla sentido, mientras que solo 2 participantes (3.1%) manifestaron haberla experimentado con frecuencia; revelando que, aunque no fue un síntoma persistente, la confusión mental sí estuvo presente de manera ocasional en una parte importante de las evaluadas durante el posparto.

Tabla 17. Sensación de vacío en puérperas mediatas y tardías atendidas en el Centro de Salud Las Moras, Huánuco en el año 2025

ÍTEM DE LA DIMENSIÓN PSÍQUICA	Puérperas (n = 65)	
	fi	%
¿Ha sentido una sensación de vacío constante?		
Nunca	1	1.5
Algunas veces	55	84.6
Frecuentemente	9	13.8
Siempre	0	0.0
Total	65	100.0

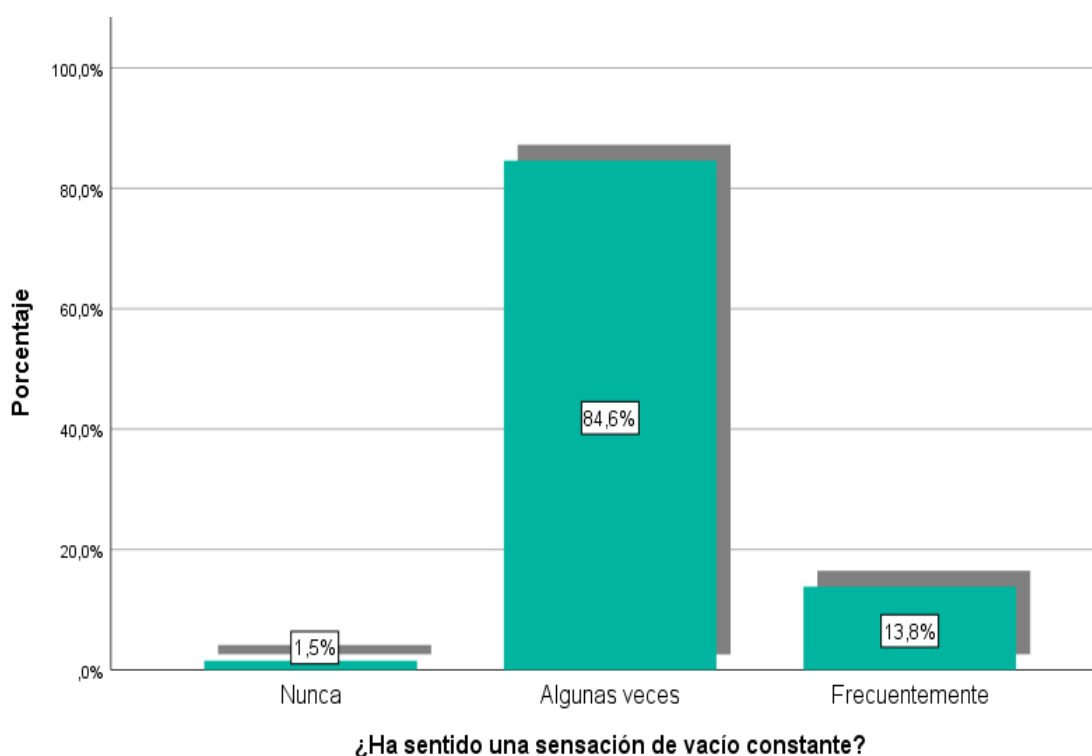


Figura 17. Sensación de vacío en puérperas mediatas y tardías atendidas en el Centro de Salud Las Moras, Huánuco en el año 2025

Interpretación

Respecto a la sensación de vacío constante, una mayoría significativa de 55 puérperas, correspondientes al 84.6% señaló haberla experimentado en algunas ocasiones. A esta cifra se sumaron 9 mujeres (13.8%) que afirmaron haberla sentido con frecuencia, mientras que únicamente 1 participante (1.5%) indicó no haberla experimentado en ningún momento. Por lo cual estos resultados pusieron en evidencia que esta sensación subjetiva fue común en el grupo estudiado, aunque predominó en niveles no intensos.

Tabla 18. Indecisión en puérperas mediatas y tardías atendidas en el Centro de Salud Las Moras, Huánuco en el año 2025

ÍTEM DE LA DIMENSIÓN PSÍQUICA	Puérperas (n = 65)	
	fi	%
¿Ha tenido indecisión para tomar decisiones simples?		
Nunca	0	0.0
Algunas veces	40	61.5
Frecuentemente	20	30.8
Siempre	5	7.7
Total	65	100.0

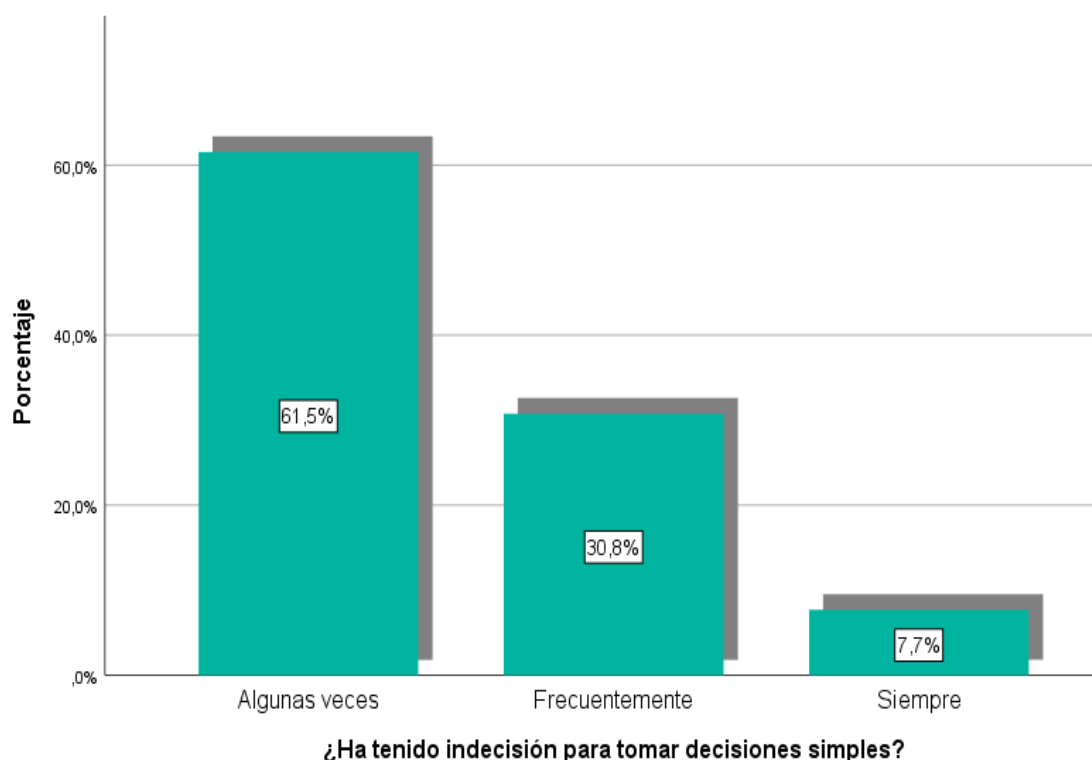


Figura 18. Indecisión en puérperas mediatas y tardías atendidas en el Centro de Salud Las Moras, Huánuco en el año 2025

Interpretación

En cuanto a la dificultad para tomar decisiones simples, 40 puérperas lo que representó el 61.5% manifestaron haber experimentado indecisión en ciertas ocasiones. A esta cifra se añadieron 20 mujeres (30.8%) que reportaron este problema de forma frecuente, mientras que 5 participantes, equivalentes al 7.7%, señalaron haberlo sentido de manera constante; evidenciando que la inseguridad o bloqueo frente a decisiones cotidianas fue una manifestación psíquica presente en la mayoría, aunque con distintos niveles de intensidad.

Tabla 19. Desvalorización personal en puérperas mediatas y tardías atendidas en el Centro de Salud Las Moras, Huánuco en el año 2025

ÍTEM DE LA DIMENSIÓN PSÍQUICA	Puérperas (n = 65)	
	fi	%
¿Ha sentido desvalorización personal?		
Nunca	0	0.0
Algunas veces	39	60.0
Frecuentemente	24	36.9
Siempre	2	3.1
Total	65	100.0

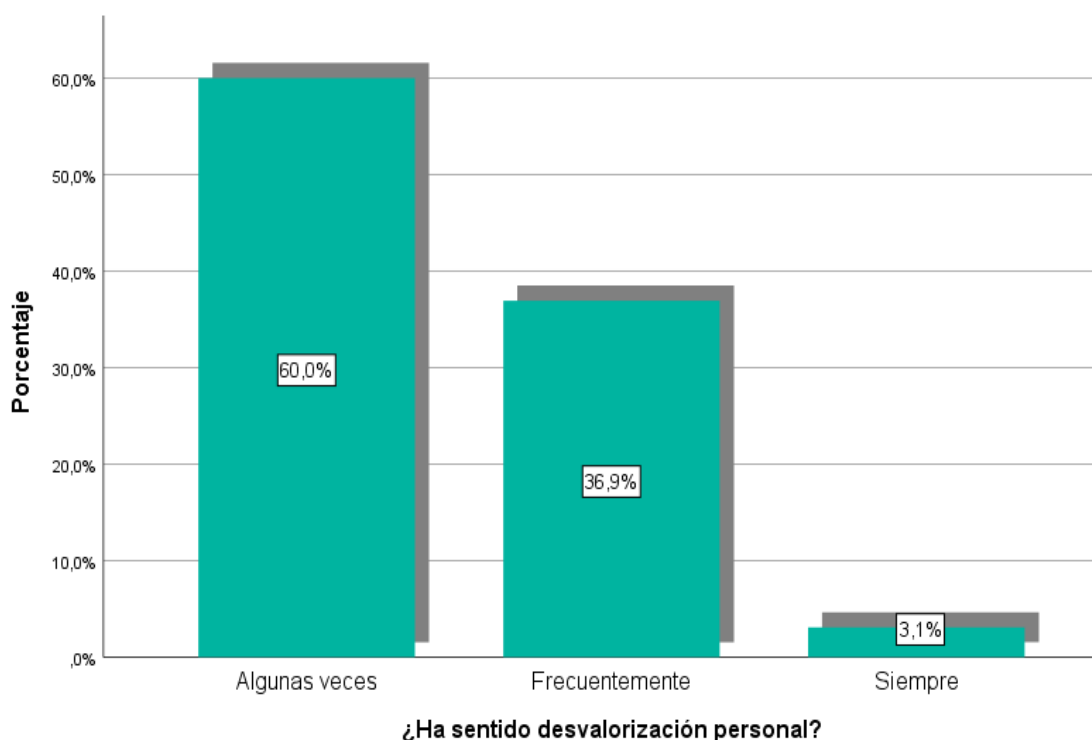


Figura 19. Desvalorización personal en puérperas mediatas y tardías atendidas en el Centro de Salud Las Moras, Huánuco en el año 2025

Interpretación

La sensación de desvalorización personal estuvo presente en distintos grados entre las puérperas evaluadas. Un total de 39 mujeres, que equivalieron al 60.0%, admitieron haberla sentido ocasionalmente, mientras que 24 (36.9%) señalaron haberla experimentado con mayor frecuencia. Solo 2 participantes, lo que representó el 3.1%, afirmaron haber convivido de manera constante con este sentimiento. En conjunto, estos datos reflejaron una tendencia emocional marcada por percepciones de baja autoestima o autovaloración reducida durante el posparto, aunque no siempre con una intensidad severa.

Tabla 20. Depresión posparto en su dimensión psíquica en puérperas mediatas y tardías atendidas en el Centro de Salud Las Moras, Huánuco en el año 2025

DIMENSIÓN PSÍQUICA	Puérperas (n = 65)	
	fi	%
Clasificación de la depresión posparto en su dimensión psíquica		
Sin afectación	13	20.0
Depresión leve	45	69.2
Depresión moderada	7	10.8
Depresión severa	0	0.0
Total	65	100.0

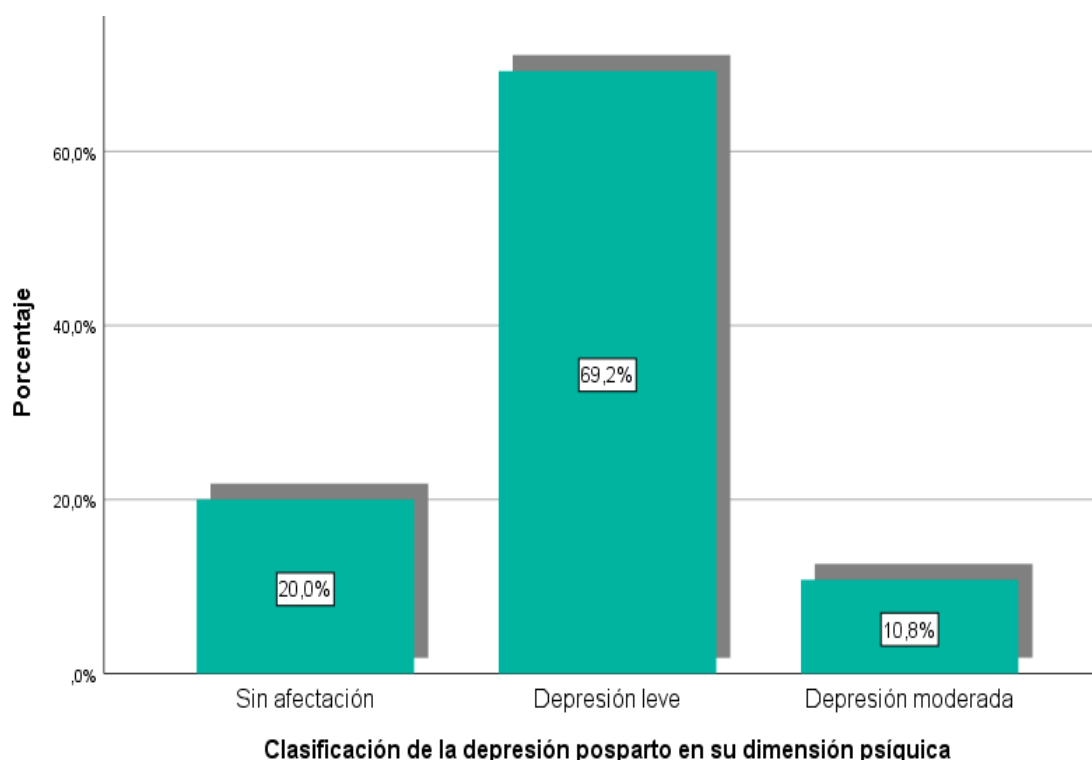


Figura 20. Depresión posparto en su dimensión psíquica en puérperas mediatas y tardías atendidas en el Centro de Salud Las Moras, Huánuco en el año 2025

Interpretación

En la evaluación global de la dimensión psíquica, la mayor parte de las puérperas 45 mujeres, que representaron el 69.2% fueron clasificadas con depresión leve, lo que indica la presencia de síntomas emocionales o cognitivos que, si bien no fueron intensos, sí estuvieron claramente presentes. En segundo lugar, 13 participantes (20.0%) no presentaron afectación, lo que sugiere un adecuado estado psíquico en ese grupo. Sin embargo, 7 puérperas, equivalentes al 10.8%, alcanzaron un nivel de depresión moderada, reflejando una afectación emocional más significativa.

F. DESCRIPCIÓN DE LA DEPRESIÓN POSPARTO

Tabla 21. Depresión posparto en puérperas mediatas y tardías atendidas en el Centro de Salud Las Moras, Huánuco en el año 2025

DEPRESIÓN POSPARTO	Puérperas (n = 65)	
	fi	%
Clasificación general de la depresión posparto		
Sin afectación	23	35.4
Depresión leve	42	64.6
Depresión moderada	0	0.0
Depresión severa	0	0.0
Total	65	100.0

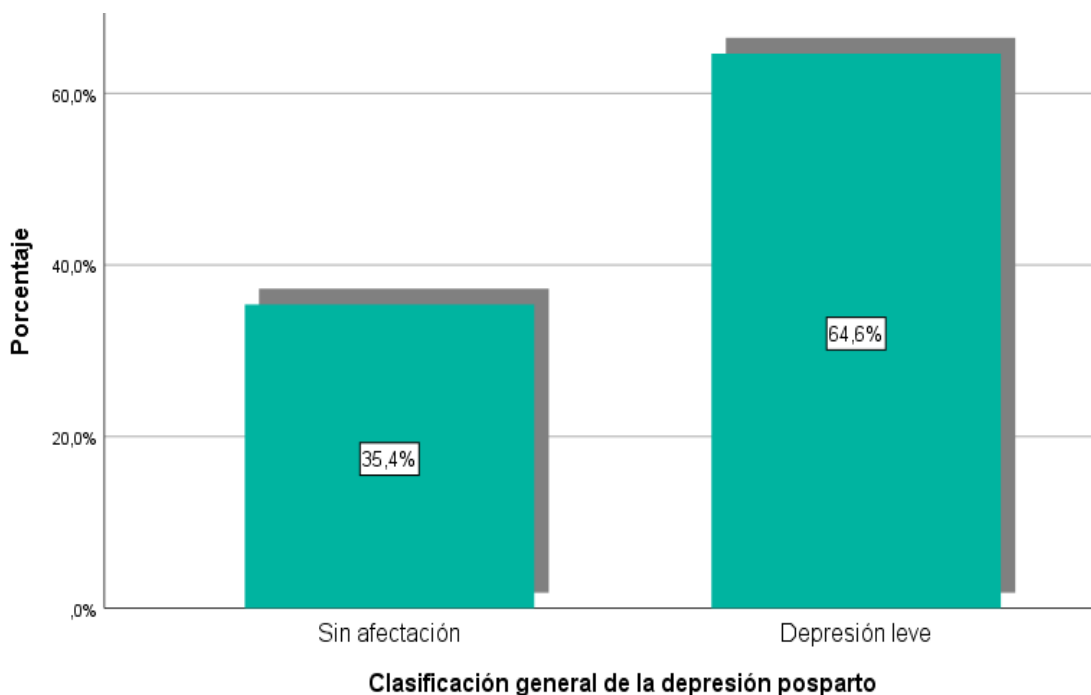


Figura 21. Depresión posparto en puérperas mediatas y tardías atendidas en el Centro de Salud Las Moras, Huánuco en el año 2025

Interpretación

Al consolidar los resultados de las tres dimensiones evaluadas: afectiva, fisiológica y psíquica se obtuvo que 42 puérperas (64.6% del total), presentaron algún nivel de depresión leve durante el periodo posparto. En cambio, 23 mujeres (35.4%) no mostraron signos compatibles con este trastorno, por lo que fueron clasificadas sin afectación. Por lo tanto, este resultado global reflejó que, si bien no se identificaron casos de depresión severa, una proporción considerable de puérperas presentó síntomas leves, lo que pone en evidencia la carencia de estrategias de tamizaje y acompañamiento oportuno en este periodo.

4.2. ANÁLISIS INFERENCIAL

En respuesta a la primera hipótesis específica planteada:

Tabla 22. Tabla cruzada para establecer la asociación entre el embarazo no deseado y la dimensión afectiva de la depresión posparto en puérperas mediatas y tardías del Centro de Salud de Moras, Huánuco en el año 2025

TABLA CRUZADA	Puérperas (n = 65)					
	Depresión posparto en su dimensión afectiva					
	Sin afectación		Depresión leve		Depresión moderada	
	fi	%	fi	%	fi	%
¿Ha experimentado un embarazo no deseado?						
Si	13	20.0	19	29.2	0	0.0
No	17	26.2	15	23.1	1	1.5
Total	30	46.2	34	52.3	1	1.5

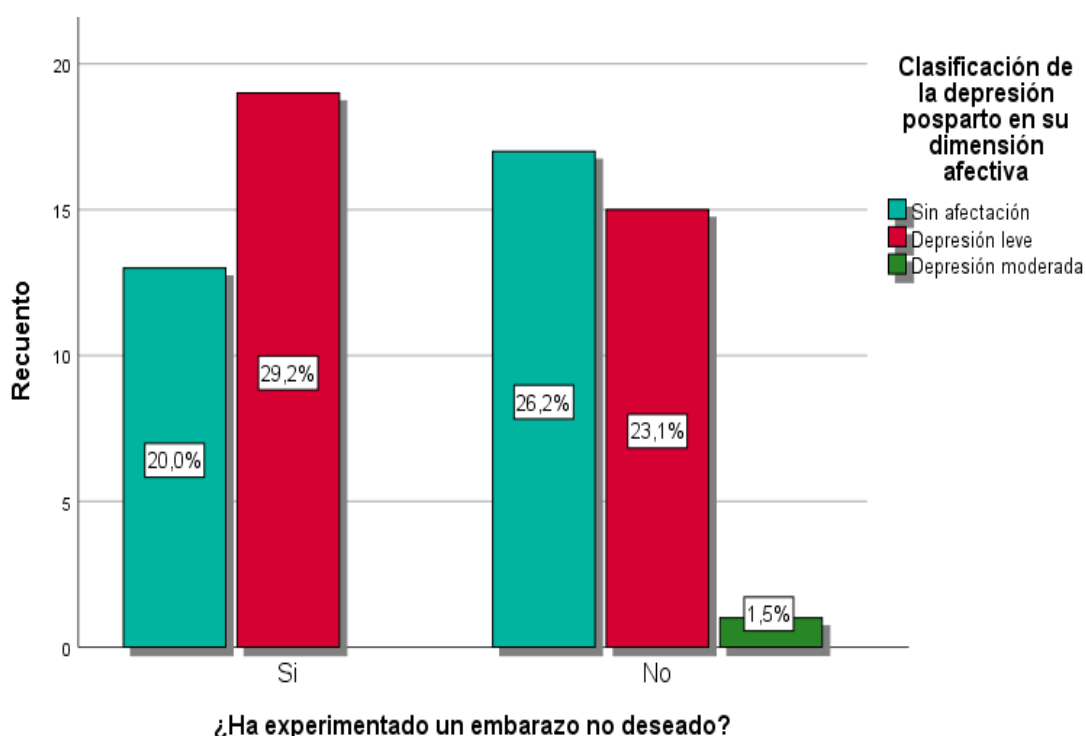


Figura 22. Tabla cruzada para establecer la asociación entre el embarazo no deseado y la dimensión afectiva de la depresión posparto en puérperas mediatas y tardías del Centro de Salud de Moras, Huánuco en el año 2025

Interpretación

En la dimensión afectiva, de las 30 puérperas que no presentaron afectación depresiva (46.2%), 17 (26.2%) señalaron no haber experimentado un embarazo no deseado, mientras que los 13 restantes (20.0%) sí lo vivieron. En el grupo con depresión leve, conformado por 34 mujeres (52.3%), 19 (29.2%) indicaron haber tenido un embarazo no deseado y 15 (23.1%) refirieron lo contrario. Por último, en la única puérpera que presentó depresión

moderada (1.5%), se reportó que no había experimentado un embarazo no deseado.

Tabla 23. Estadísticos de asociación entre el embarazo no deseado y la dimensión afectiva de la depresión posparto en puérperas mediatas y tardías del Centro de Salud de Moras, Huánuco en el año 2025

Pruebas Chi-cuadrado	Chi-cuadrado Pearson (para asociación)	de la	Valor	1.989
			df	2
			Significación asintótica (bilateral)	0.370
Fuerza de asociación	V de Cramer		Valor	0.175
			Significación aproximada	0.370

Interpretación

Al aplicar la prueba de Chi-cuadrado para evaluar la posible relación entre el embarazo no deseado y la dimensión afectiva de la depresión posparto, se obtuvo un valor de significancia de 0.370, el cual es superior al nivel crítico convencional de 0.05. Esto indica que no se halló evidencia estadísticamente significativa para afirmar la existencia de una asociación entre ambas variables. Asimismo, el coeficiente V de Cramer arrojó un valor de 0.175, lo que sugiere una relación débil y, en este caso, no significativa.

En consecuencia, no se pudo rechazar la hipótesis nula. Por lo tanto, los datos analizados no respaldaron la existencia de una relación relevante entre haber experimentado un embarazo no deseado y la presencia de síntomas afectivos propios de la depresión posparto en las puérperas estudiadas.

En respuesta a la segunda hipótesis específica planteada:

Tabla 24. Tabla cruzada para establecer la asociación entre el embarazo no deseado y la dimensión fisiológica de la depresión posparto en puérperas mediatas y tardías del Centro de Salud de Moras, Huánuco en el año 2025

TABLA CRUZADA	Puérperas (n = 65)			
	Depresión posparto en su dimensión fisiológica			
	Sin afectación		Depresión leve	
	fi	%	fi	%
¿Ha experimentado un embarazo no deseado?				
Si	30	46.2	2	3.1
No	28	43.1	5	7.7
Total	58	89.2	7	10.8

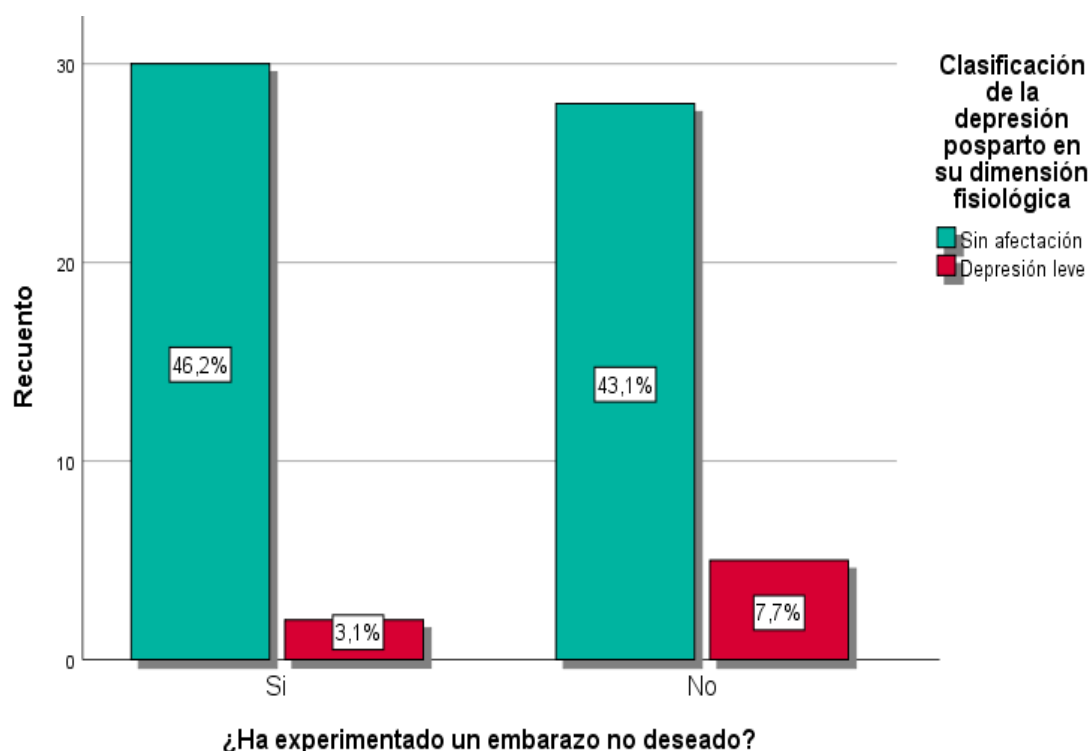


Figura 23. Tabla cruzada para establecer la asociación entre el embarazo no deseado y la dimensión fisiológica de la depresión posparto en púerperas mediatas y tardías del Centro de Salud de Moras, Huánuco en el año 2025

Interpretación

En cuanto a la dimensión fisiológica de la depresión posparto, se observó que entre las 58 púerperas (89.2%) sin afectación, 30 de ellas (46.2%) atravesaron un embarazo deseado, mientras que 28 (43.1%) manifestaron que no lo fue. Por otra parte, dentro del grupo con depresión leve, que representó el 10.8% del total (7 púerperas), 5 de ellas (7.7%) reportaron que su embarazo no fue deseado y las 2 restantes (3.1%) afirmaron haberlo deseado.

Tabla 25. Estadísticos de asociación entre el embarazo no deseado y la dimensión fisiológica de la depresión posparto en púerperas mediatas y tardías del Centro de Salud de Moras, Huánuco en el año 2025

Pruebas Chi-cuadrado	Prueba exacta de Fisher (para la asociación)	Significación exacta (bilateral)	0.427
		Significación exacta (unilateral)	0.226
Fuerza de asociación	V de Cramer	Valor	0.144
		Significación aproximada	0.247

Interpretación

Al aplicar la prueba exacta de Fisher para evaluar la asociación entre el embarazo no deseado y la dimensión fisiológica de la depresión posparto, se obtuvo un valor de significación bilateral de 0.427. Adicionalmente, la prueba de V de Cramer arrojó una significación aproximada de 0.247. Dado que ambos valores superan el nivel de significancia establecido ($p > 0.05$), no se evidenció una relación estadísticamente significativa entre ambas variables. Por lo tanto, los datos no respaldaron la hipótesis de asociación planteada para esta dimensión, en tal sentido, rechazamos la hipótesis alterna.

En respuesta a la tercera hipótesis específica planteada:

Tabla 26. Tabla cruzada para establecer la asociación entre el embarazo no deseado y la dimensión psíquica de la depresión posparto en puérperas mediatas y tardías del Centro de Salud de Moras, Huánuco en el año 2025

TABLA CRUZADA	Puérperas (n = 65)					
	Depresión posparto en su dimensión psíquica					
	Sin afectación		Depresión leve		Depresión moderada	
	fi	%	fi	%	fi	%
¿Ha experimentado un embarazo no deseado?						
Si	3	4.6	24	36.9	5	7.7
No	10	15.4	21	32.3	2	3.1
Total	13	20.0	45	69.2	7	10.8

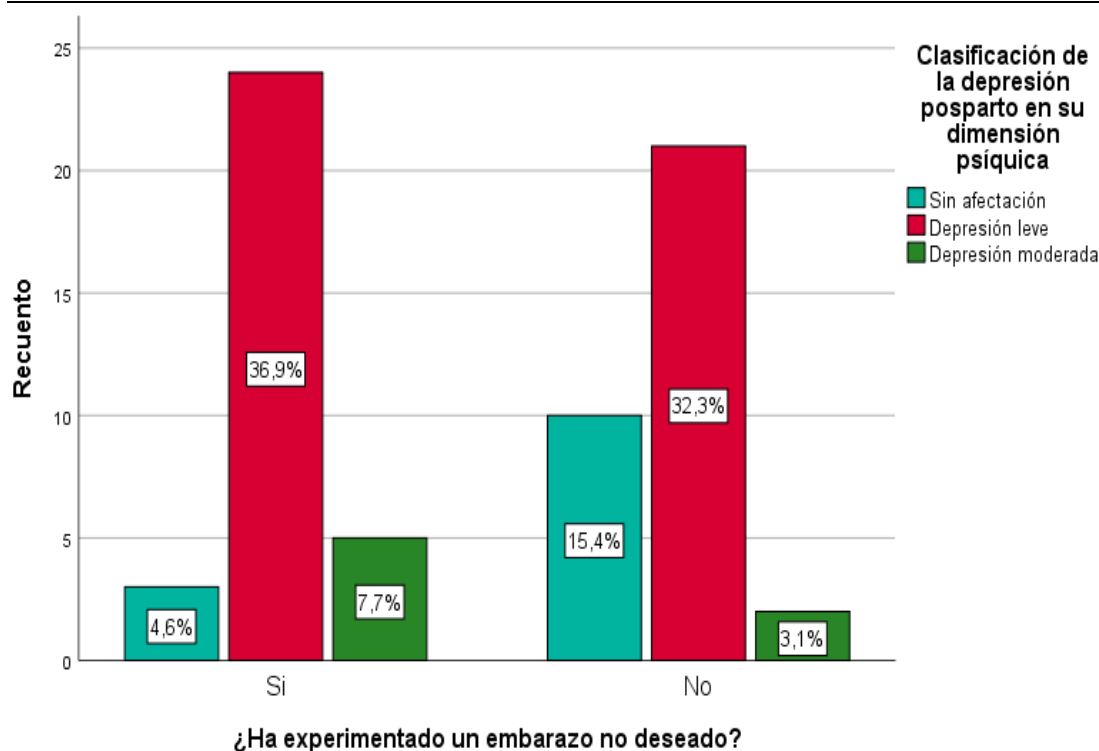


Figura 24. Tabla cruzada para establecer la asociación entre el embarazo no deseado y la dimensión psíquica de la depresión posparto en puérperas mediatas y tardías del Centro de Salud de Moras, Huánuco en el año 2025

Interpretación

En la dimensión psíquica, de las 13 puérperas (20.0%) sin afectación depresiva, 10 (15.4%) no reportaron haber tenido un embarazo no deseado, mientras que solo 3 (4.6%) sí lo experimentaron. Entre las 45 puérperas con depresión leve (69.2%), 24 (36.9%) señalaron haber atravesado un embarazo no deseado, y las otras 21 (32.3%) no lo hicieron. Además, de las 7 mujeres con depresión moderada (10.8%), 5 (7.7%) indicaron que su embarazo fue no deseado y los 2 restantes (3.1%) afirmaron que fue deseado.

Tabla 27. Estadísticos de asociación entre el embarazo no deseado y la dimensión psíquica de la depresión posparto en puérperas mediatas y tardías del Centro de Salud de Moras, Huánuco en el año 2025

Pruebas Chi-cuadrado	Chi-cuadrado Pearson (para asociación)	de la	Valor	5.241
			df	2
			Significación asintótica (bilateral)	0.073
Fuerza de asociación	V de Cramer		Valor	0.284
			Significación aproximada	0.073

Interpretación

Los resultados obtenidos mediante la prueba Chi-cuadrado de Pearson arrojaron un valor de significancia bilateral de 0.073. Aunque este valor no alcanza el nivel convencional de significancia estadística ($p < 0.05$), se encuentra cercano al umbral, lo que sugiere una posible tendencia hacia la asociación entre el embarazo no deseado y la dimensión psíquica de la depresión posparto, pero sin evidencia concluyente para rechazar la hipótesis nula.

Asimismo, la medida de V de Cramer también mostró una significación aproximada de 0.073, indicando que, si bien la fuerza de la relación no es despreciable, no se considera estadísticamente significativa bajo los criterios establecidos. En consecuencia, los datos analizados no permiten afirmar con certeza que exista una asociación significativa entre las variables evaluadas dentro de esta dimensión, por lo que rechazamos la hipótesis alterna y aceptamos la hipótesis nula.

En respuesta a la hipótesis general:

Tabla 28. Tabla cruzada para determinar la asociación entre el embarazo no deseado y la depresión posparto en puérperas mediatas y tardías en el Centro de Salud de Moras, Huánuco en el año 2025

TABLA CRUZADA	Puérperas (n = 65)			
	Depresión posparto			
	Sin afectación		Depresión leve	
	fi	%	fi	%
¿Ha experimentado un embarazo no deseado?				
Si	8	12.3	24	36.9
No	15	23.1	18	27.7
Total	23	35.4	42	64.6

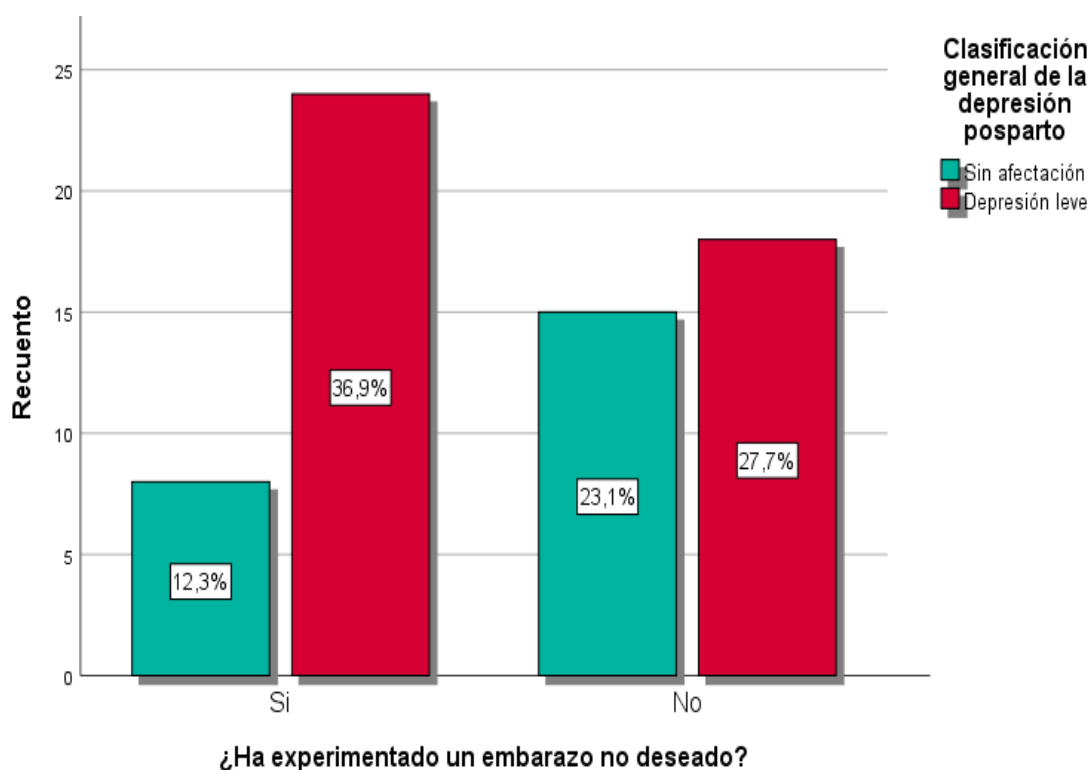


Figura 25. Tabla cruzada para determinar la asociación entre el embarazo no deseado y la depresión posparto en puérperas mediatas y tardías en el Centro de Salud de Moras, Huánuco en el año 2025

Interpretación

En cuanto a la clasificación general de la depresión posparto, se identificaron dos grupos principales. El 35.4% de las puérperas (23 en total) no presentó afectación depresiva. De estas, 15 mujeres (23.1%) manifestaron no haber experimentado un embarazo no deseado, mientras que 8 (12.3%) sí reportaron haberlo vivido. En el grupo con depresión leve, que representó el 64.6% (42 puérperas), 24 de ellas (36.9%) indicaron haber tenido un

embarazo no deseado, y las restantes 18 (27.7%) señalaron que su embarazo fue deseado.

Tabla 29. Estadísticos de asociación entre el embarazo no deseado y la depresión posparto en puérperas mediatas y tardías del Centro de Salud de Moras, Huánuco en el año 2025

Pruebas Chi-cuadrado	Prueba exacta de Fisher (para la asociación)	Significación exacta (bilateral)	0.120
		Significación exacta (unilateral)	0.071
Fuerza de asociación	V de Cramer	Valor	0.214
		Significación aproximada	0.085

Interpretación

Al analizar la posible asociación entre el embarazo no deseado y la depresión posparto en puérperas mediatas y tardías, se utilizó la prueba exacta de Fisher, la cual arrojó un valor de significación exacta bilateral de 0.120. Este resultado es mayor al umbral convencional de significancia estadística ($p > 0.05$), por lo tanto, no se evidencia una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables en esta muestra.

Asimismo, la fuerza de asociación medida mediante el estadístico V de Cramer obtuvo un valor de 0.085, lo que indica una relación débil entre las variables analizadas. En consecuencia, no se rechaza la hipótesis nula, por lo que se concluye que, en este estudio, no existe asociación significativa entre el embarazo no deseado y la depresión posparto en las puérperas evaluadas del Centro de Salud de Moras, Huánuco, durante el año 2025.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El presente estudio tuvo como propósito analizar la posible asociación entre el embarazo no deseado y la depresión posparto en puérperas mediatas y tardías atendidas en el Centro de Salud de Moras durante el año 2025. Esta investigación buscó profundizar en una problemática de gran relevancia en el ámbito de la salud pública, considerando no solo la dimensión general de la depresión, sino también sus manifestaciones afectivas, fisiológicas y psíquicas. En este sentido, se pretendió aportar evidencia que permita comprender mejor los vínculos entre las experiencias reproductivas no planificadas y el bienestar emocional durante el puerperio, etapa crítica en la salud materna.

En cuanto a los principales hallazgos, se evidenció que, si bien un 64.6% de las puérperas presentó algún nivel de depresión leve, no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre esta condición y haber experimentado un embarazo no deseado. Este patrón se repitió tanto en la evaluación general como en cada una de las dimensiones específicas: afectiva, fisiológica y psíquica. A pesar de que la dimensión psíquica mostró una tendencia hacia la significancia ($p = 0.073$), esta no fue suficiente para confirmar una relación sólida desde el punto de vista estadístico. Estos resultados permiten interpretar que el embarazo no deseado, al menos en esta muestra específica, no constituye por sí solo un factor determinante en el desarrollo de sintomatología depresiva posparto, aunque sí podría representar un elemento de riesgo que interactúe con otros factores contextuales.

Este hallazgo contrasta parcialmente con lo reportado por Bullón ⁽¹³⁾, quien encontró una fuerte asociación entre la depresión posparto y factores como la intención de aborto, el número de hijos o antecedentes psiquiátricos, lo que sugiere que la historia previa de salud mental y ciertas características obstétricas podrían jugar un rol más determinante que el simple hecho de que el embarazo haya sido deseado o no. En esa misma línea, Rivera ⁽¹⁰⁾, halló que factores como la dependencia económica y la promiscuidad estaban significativamente asociados a la depresión posparto, mientras que la

disfunción familiar operaba como un elemento protector; poniendo en evidencia que el desarrollo de depresión en el puerperio responde a una multicausalidad, donde aspectos sociales, económicos y personales se entrelazan de manera compleja.

Por otro lado, los resultados del presente estudio sí reflejan una alta prevalencia de embarazos no deseados (49.2%), lo cual, aunque no se vinculó directamente con la depresión, evidencia una situación preocupante desde la perspectiva de la planificación familiar. Esto guarda coherencia con lo reportado por Leyva y Reginaldo ⁽¹²⁾, quienes observaron una prevalencia de embarazos no deseados de hasta 90% durante la pandemia de COVID-19, lo cual pone en evidencia la persistente desinformación o el limitado acceso a métodos anticonceptivos, especialmente en contextos vulnerables. De igual modo, Aedo ⁽¹⁴⁾, remarca la necesidad urgente de reforzar campañas educativas y el acceso a métodos anticonceptivos, puesto que muchas jóvenes aún no cuentan con redes de apoyo sólidas ni con información suficiente para tomar decisiones reproductivas informadas.

Adicionalmente, si bien los resultados de este estudio no identificaron una relación significativa entre el embarazo no deseado y la depresión posparto, esto no implica que el embarazo no deseado carezca de consecuencias psicosociales. Según Rodríguez ⁽⁹⁾, esta experiencia deja secuelas que pueden afectar a nivel individual y familiar, particularmente en adolescentes. Aunque la población estudiada no fue exclusivamente adolescente, es importante considerar que muchas de las secuelas emocionales podrían manifestarse de forma más sutil o en etapas posteriores. Esta visión también es compartida por Tueros ⁽¹⁵⁾, quien evidenció que los factores sociales, como el nivel educativo o el tipo de ocupación, inciden notablemente en el bienestar materno, aspecto que puede modular el impacto emocional del embarazo no deseado.

En relación con las características obstétricas de las participantes, nuestros hallazgos guardan cierta correspondencia con lo reportado por Gamarra y Tarazona ⁽¹⁶⁾, quienes observaron que muchas mujeres no acudieron a sesiones de psicoprofilaxis ni recibieron estimulación prenatal, lo que podría estar limitando su preparación emocional y cognitiva para el posparto. Estos elementos, aunque no fueron variables centrales en nuestro

estudio, podrían explicar parcialmente la alta frecuencia de depresión leve encontrada, incluso entre quienes tuvieron embarazos deseados. Asimismo, Ramos ⁽¹⁷⁾, encontró una alta prevalencia de depresión posparto en adolescentes, lo que sugiere que el grupo etario también es un determinante relevante, aunque en nuestra muestra no se especificó esta variable como factor de análisis.

No obstante, debe señalarse que, a pesar de no haber encontrado asociaciones estadísticamente significativas, el hecho de que más del 60% de las puérperas presentaran algún nivel de depresión leve merece atención. Esto sugiere que, independientemente de si el embarazo fue deseado o no, existen brechas en la atención emocional durante el puerperio que deben ser abordadas. Como limitación principal, se reconoce que el tamaño de la muestra pudo influir en la capacidad estadística del estudio para detectar asociaciones más sutiles. Además, el diseño transversal no permite establecer causalidad, y variables como antecedentes de salud mental, calidad del vínculo con la pareja o nivel de apoyo social no fueron consideradas, a pesar de su probable relevancia.

En definitiva, si bien los datos obtenidos no respaldaron la hipótesis de asociación entre el embarazo no deseado y la depresión posparto, sí se identificaron niveles importantes de sintomatología depresiva leve que justifican la necesidad de fortalecer las estrategias de tamizaje, acompañamiento emocional y educación reproductiva, de modo que las mujeres puedan transitar el puerperio con mayor seguridad y bienestar.

CONCLUSIONES

1. Respecto al objetivo general, se concluye que no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el embarazo no deseado y la depresión posparto en las puérperas mediatas y tardías atendidas en el Centro de Salud de Moras durante el año 2025. Aunque el 49.2% de las participantes manifestó haber vivido un embarazo no deseado y el 64.6% presentó síntomas de depresión leve, la prueba exacta de Fisher ($p = 0.120$) y el valor del V de Cramer (0.085) no evidenciaron una relación sólida entre ambas condiciones, por lo que, este hallazgo permite reflexionar sobre la multifactorialidad que subyace a la depresión posparto, y destaca la necesidad de no reducir su análisis únicamente al deseo o no del embarazo.
2. En relación con la dimensión afectiva, el 52.3% de las puérperas presentó síntomas depresivos leves, sin embargo, la asociación con el embarazo no deseado no fue significativa ($p = 0.370$; V de Cramer = 0.175). Esta conclusión indica que la afectación emocional en el posparto, no se explica únicamente por la planificación del embarazo. En ese sentido, se refuerza el aporte teórico que considera a la salud mental materna como el resultado de múltiples interacciones sociales, afectivas y personales, más allá de un solo evento reproductivo.
3. Respecto a la dimensión fisiológica, los hallazgos mostraron que el 89.2% de las mujeres no presentó síntomas fisiológicos depresivos, y solo el 10.8% evidenció afectación leve. La prueba exacta de Fisher ($p = 0.427$) y el V de Cramer (0.247) confirmaron que no existía una relación significativa entre el embarazo no deseado y esta dimensión. Desde una perspectiva práctica, esto sugiere que las alteraciones físicas comunes en la depresión no estuvieron presentes de manera relevante en este grupo, lo cual puede interpretarse como un indicador de cierta estabilidad funcional en el posparto inmediato.
4. Respecto a la dimensión psíquica fue la única que mostró una tendencia cercana al umbral de significancia ($p = 0.073$; V de Cramer = 0.073), indicando que podría haber una relación débil entre el embarazo no deseado y síntomas psíquicos depresivos, sin embargo, aunque estos resultados no alcanzan un nivel concluyente, permiten reflexionar sobre la

posible carga cognitiva que implica un embarazo no planificado, especialmente en mujeres con baja red de apoyo emocional.

5. En cuanto a las características demográficas de la muestra, se observó que la edad más frecuente fue entre los 22 a 30 años (38.5%), lo que sitúa a la mayoría de participantes en una etapa reproductiva joven, de gran vulnerabilidad emocional y social. En cuanto a la edad gestacional al momento del parto, se halló un hallazgo clínicamente relevante: el 93.8% de las puérperas tuvo partos pretérminos (antes de las 37 semanas), reflejando una alta incidencia de complicaciones obstétricas que podrían relacionarse con otros factores. Por otro lado, el estado civil predominante fue la convivencia (69.2%), lo que indica que, si bien muchas de las mujeres contaban con pareja, la ausencia de formalización podría reflejar dinámicas familiares menos estructuradas, con posibles implicancias para el soporte emocional durante el posparto.

RECOMENDACIONES

1. A nivel institucional, se recomienda crear una unidad o equipo de trabajo especializado en salud mental materna dentro del Centro de Salud de Moras, que se encargue de evaluar, dar seguimiento y atender a las puérperas con embarazos no deseados, priorizando aquellas que presenten signos de depresión posparto.
2. En el nivel de atención primaria, se recomienda implementar tamizajes sistemáticos de depresión posparto con la Escala de Edimburgo en los controles de puerperio mediano y tardío, priorizando a mujeres con antecedentes de embarazo no deseado.
3. Desde el enfoque educativo, se sugiere desarrollar talleres dirigidos a mujeres en edad fértil sobre planificación familiar consciente, con énfasis en la toma de decisiones informadas para reducir la incidencia de embarazos no deseados.
4. Al equipo de salud mental (área de psicología), se le propone incluir intervenciones breves psicoterapéuticas durante el puerperio, especialmente orientadas al manejo de la dimensión afectiva en madres con embarazo no planificado.
5. A nivel comunitario, se plantea activar redes de apoyo emocional para madres recientes, integrando a promotoras de salud, agentes comunitarios y pares con experiencia positiva en maternidad para brindar contención social.
6. Para la dirección regional de salud, se sugiere evaluar la alta tasa de partos pretérmino identificada (93.8%) como un indicador de alerta que amerita intervenciones preventivas integradas con salud mental perinatal.
7. En las futuras estrategias de salud reproductiva, se recomienda priorizar a las puérperas convivientes, grupo predominante en este estudio, cuya condición informal de pareja podría limitar el soporte emocional y la corresponsabilidad parental.
8. Desde la investigación, se alienta a replicar y ampliar este estudio en otros establecimientos de salud, incluyendo variables como nivel socioeconómico, historia psiquiátrica y apoyo familiar, para enriquecer la comprensión multifactorial del fenómeno.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Finer LB, Zolna MR. Unintended pregnancy in the United States: incidence and disparities, 2006. ScienceDirect [Internet]. 2011 [consultado 22 de enero de 2025]; 84(5): p. 478-485. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2011.07.013>
2. O'Hara MW, McCabe JE. Postpartum depression: current status and future directions. Annu Rev Clin Psychol [Internet]. 2013 [consultado 22 de enero de 2025]; 9: 379-407. Disponible en: <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185612>
3. World Health Organization. Depressive disorder (depression) [Internet]. World Health Organization. 2023 [consultado 22 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
4. Field T. Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: A review. Infant Behavior and Development [Internet]. 2010 [consultado 22 de enero de 2025]; 33(1): 1–6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2819576/>
5. Potter J, Santelli JS. Adolescent contraception: review and guidance for pediatric clinicians. Minerva pediatrica [Internet]. 2015 [consultado 22 de enero de 2025]; 67(1): 33–45. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25358846/>
6. Grote NK, Bridge JA, Gavin AR, Melville JL, Iyengar S, Katon WJ. A Meta-analysis of Depression During Pregnancy and the Risk of Preterm Birth, Low Birth Weight, and Intrauterine Growth Restriction. Archives of General Psychiatry [Internet]. 2010 [consultado 22 de enero de 2025]; 67(10): 1012. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.111>
7. Cheng D, Schwarz EB, Douglas E, Horon I. Unintended pregnancy and associated maternal preconception, prenatal and postpartum behaviors. Contraception [Internet]. 2009 Mar [consultado 23 de enero de 2025]; 79(3): 194–8. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2008.09.009>
8. Carrión Arcela JP y Moreno Vásquez LN. Frecuencia y características de la Depresión Postparto en el Distrito de Lambayeque [Internet] Lambayeque:

- Universidad Nacional Pedro Ruíz Gallo; 2017 [consultado 23 de enero de 2025]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12893/937>
9. Rodríguez Márquez JC. Estrategias de comunicación en salud para intervenir factores psicosociales asociados a los embarazos no deseados en los adolescentes de Valledupar, 2020 [Internet] Medellín: Universidad CES; 2020 [consultado 23 de enero de 2025]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10946/5173>
 10. María E. Elaboración y validación de una escala de riesgo de embarazo no deseado. Dialnet [Internet]. 2019 [consultado 23 de enero de 2025]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=255842>
 11. Castro L. Experiencias de las mujeres con depresión postparto: una propuesta de investigación cualitativa. Ruc.udc.es [Internet]. 2022 [consultado 23 de enero de 2025]. Disponible en: <https://ruc.udc.es/items/9d52e08e-6153-458d-8901-527f467a164c>
 12. Leyva Paredes MDP y Reginaldo Quilca NI. Planificación familiar en tiempos del Covid 19 y embarazo no deseado en usuarias atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho. Marzo 2020 - diciembre 2021 [Internet] Ayacucho: Universidad Nacional de San Cristóbal De Huamanga; 2023 [consultado 23 de enero de 2025]. Disponible en: <http://repositorio.unsch.edu.pe/handle/UNSCH/5221>
 13. Bullón Vidal CH. Relación entre las dimensiones de la personalidad y depresión posparto en puérperas que acuden al centro materno infantil "Santa Luzmila II" – Lima, 2022. 2023 [Internet] Lima: Universidad Privada San Juan Bautista; 2023 [consultado 25 de enero de 2025]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.14308/4446>
 14. Aedo Quivio VM. El storytelling como herramienta de difusión del implante subdérmico como solución al aumento de embarazos no deseados en jóvenes de 18 a 22 años [Internet] Lima: Universidad San Ignacio de Loyola; 2020 [consultado 25 de enero de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.usil.edu.pe/browse/type?value=info:eu-repo%2Fsemantics%2FbachelorThesis>
 15. Tueros Espinoza JC. Factores de riesgo asociados a la depresión post parto en puérperas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, Huánuco junio - agosto 2021 [Internet] Huánuco:

- Universidad Nacional Hermilio Valdizán; 2022 [consultado 25 de enero de 2025]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.13080/7980>
16. Gamarra Seráfico MY, Tarazona Salvador EP. Factores biopsicosociales asociados a la depresión Post parto en puérperas del Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari - Hco. enero - abril 2018 [Internet] Huánuco: Universidad Nacional Hermilio Valdizán; 2018 [consultado 25 de enero de 2025]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.13080/3377>
 17. Ramos Abundo JT. Depresión postparto, asociado a la planificación del embarazo en adolescentes primigestas, atendidas en el centro de salud Aparicio Pomares – Huánuco. 2019 [Internet] Huánuco: Universidad Nacional Hermilio Valdizán; 2020 [consultado 25 de enero de 2025]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.13080/6035>
 18. Finer LB, Zolna MR. Declines in Unintended Pregnancy in the United States, 2008–2011. *New England Journal of Medicine* [Internet]. 2016 Mar 3 [consultado 25 de enero de 2025]; 374(9): 843–52. Disponible en: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa1506575>
 19. Sedgh G, Singh S, Hussain R. Intended and Unintended Pregnancies Worldwide in 2012 and Recent Trends. *Studies in Family Planning* [Internet]. 2014 Sep [consultado 25 de enero de 2025]; 45(3): 301–14. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1728-4465.2014.00393.x>
 20. Bearak J, Popinchalk A, Alkema L, Sedgh G. Global, regional, and subregional trends in unintended pregnancy and its outcomes from 1990 to 2014: estimates from a Bayesian hierarchical model. *The Lancet Global Health* [Internet]. 2018 Apr [consultado 25 de enero de 2025]; 6(4): e380–9. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(18\)30029-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(18)30029-9/fulltext)
 21. Respeto de los derechos humanos al proporcionar información y servicios de anticoncepción. *Who.int* [Internet]. World Health Organization; 1 de junio de 2014 [consultado 25 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241506748>
 22. Gipson JD, Koenig MA, Hindin MJ. The Effects of Unintended Pregnancy on Infant, Child, and Parental Health: A Review of the Literature. *Studies*

- in Family Planning [Internet]. 2008 Mar [consultado 28 de enero de 2025]; 39(1): 18–38. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1728-4465.2008.00148.x>
23. Adding it up: The costs and benefits of investing in family planning and maternal and newborn health. HEART [Internet]; 2014 [consultado 28 de enero de 2025]. Disponible en: https://archive.ids.ac.uk/heart/doc_lib/adding-it-up-the-costs-and-benefits-of-investing-in-family-planning-and-maternal-and-newborn-health-2/
 24. Crandall A, Deater-Deckard K, Riley AW. Maternal emotion and cognitive control capacities and parenting: A conceptual framework. *Developmental Review* [Internet]. 2015 Jun [consultado 28 de enero de 2025]; 36:105–26. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.dr.2015.01.004>
 25. Starbird E, Norton M, Marcus R. Investing in Family Planning: Key to Achieving the Sustainable Development Goals. *Global Health: Science and Practice* [Internet]. 2016 Jun 9 [consultado 28 de enero de 2025]; 4(2): 191–210. Disponible en: <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-15-00374>
 26. Peláez Mendoza J. El uso de métodos anticonceptivos en la adolescencia. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología* [Internet]. 2016 Mar 1 [consultado 28 de enero de 2025]; 42(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2016000100011
 27. Pérez-Blanco A, Sánchez-Valdivieso E. Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos y Salud Reproductiva en adolescentes mexicanos de medio rural. *Revista chilena de obstetricia y ginecología* [Internet]. 2020 Oct [consultado 28 de enero de 2025]; 85(5): 508–15. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262020000500508>
 28. Trussell J. Contraceptive failure in the United States. *Contraception* [Internet]. 2004 Aug [consultado 28 de enero de 2025]; 70(2): 89–96. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2004.03.009>
 29. Silverman JG. Dating Violence Against Adolescent Girls and Associated Substance Use, Unhealthy Weight Control, Sexual Risk Behavior, Pregnancy, and Suicidality. *JAMA* [Internet]. 2001 [consultado 28 de enero

- de 2025]; 286(5): 572. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jama.286.5.572>
30. Sagot, Montserrat, Violence Against Women: Contributions from Latin America, in Xóchitl Bada, and Liliana Rivera-Sánchez (eds), The Oxford Handbook of the Sociology of Latin America [Internet]. 2020 [consultado 28 de enero de 2025]; p. 520-539. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780190926557.013.32>
 31. Speidel JJ, Grossman RA. Addressing Global Health, Economic, and Environmental Problems Through Family Planning. Obstetrics & Gynecology [Internet]. 2011 Jun [consultado 30 de enero de 2025]; 117(6): 1394–8. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/aog.0b013e31821a1411>
 32. Widman L, Choukas-Bradley S, Noar SM, Nesi J, Garrett K. Parent-Adolescent Sexual Communication and Adolescent Safer Sex Behavior. JAMA Pediatrics [Internet]. 2016 Jan 1 [consultado 30 de enero de 2025]; 170(1): 52. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2015.2731>
 33. Kirby DB, Laris BA, Roller LA. Sex and HIV Education Programs: Their Impact on Sexual Behaviors of Young People Throughout the World. Journal of Adolescent Health [Internet]. 2007 Mar [consultado 30 de enero de 2025]; 40(3): 206–17. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2006.11.143>
 34. Geronimus AT. The weathering hypothesis and the health of African-American women and infants: evidence and speculations. Ethnicity & Disease [Internet]. 1992 [consultado 30 de enero de 2025]; 2(3): 207–21. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1467758/>
 35. Shah PS, Balkhair T, Ohlsson A, Beyene J, Scott F, Frick C. Intention to Become Pregnant and Low Birth Weight and Preterm Birth: A Systematic Review. Maternal and Child Health Journal [Internet]. 2009 Dec 10 [consultado 30 de enero de 2025]; 15(2): 205–16. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10995-009-0546-2>
 36. Langer A. Temas de actualidad / Current topics El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health [Internet]. 2002 [consultado

- 30 de enero de 2025]; 11(3). Disponible en: <https://www.scielo.org/pdf/rpsp/v11n3/9402.pdf>
37. McCloskey LA, Doran KA, Gerber MR. Intimate Partner Violence is Associated with Voluntary Sterilization in Women. *Journal of Women's Health* [Internet]. 2017 Jan [consultado 30 de enero de 2025]; 26(1): 64–70. Disponible en: <https://doi.org/10.1089/jwh.2015.5595>
38. Bogdan T, Xie W, Habeba Talaat, Mir H, Venkataraman B, Banfield L, et al. Longitudinal studies of child mental disorders in the general population: A systematic review of study characteristics. *JCPP advances* [Internet]. 2023 Aug 11 [consultado 30 de enero de 2025]; 3(3). Disponible en: <https://doi.org/10.1002/jcv2.12186>
39. Rodríguez-Muñoz F, Motrico E, Míguez C, Chaves C, Suso-Ribera C, Duque A, et al. Perinatal Depression in the Spanish Context: Consensus Report from the General Council of Psychology of Spain. *Clínica y Salud* [Internet]. 2023 Jul 1 [consultado 1 de febrero de 2025]; 34(2): 51–63. Disponible en: <https://doi.org/10.5093/clysa2023a15>
40. Schonhaut Berman L, Podestá López L. Rol del pediatra frente a la depresión posparto. *Revista Chilena de Pediatría* [Internet]. 2016 Jan [consultado 1 de febrero de 2025]; 87(1): 1–3. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rchipe.2016.01.003>
41. Medina-Serdán E. Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto. *Perinatología y reproducción humana* [Internet]. 2013 Jan 1 [consultado 1 de febrero de 2025]; 27(3): 185–93. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372013000300008
42. Bloch M, Daly RC, Rubinow DR. Endocrine factors in the etiology of postpartum depression. *Compr Psychiatry* [Internet]. 2003 [consultado 1 de febrero de 2025]; 44(3): 234–46. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0010-440X\(03\)00034-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0010-440X(03)00034-8)
43. Luque R, Berrios GE. Historia de los trastornos afectivos. *Rev Colomb Psiquiatr* [Internet]. 2011 [consultado 1 de febrero de 2025]; 40: 130S–146S. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s0034-7450\(14\)60199-2](http://dx.doi.org/10.1016/s0034-7450(14)60199-2)

44. Kent JC, Prime DK, Garbin CP. Principles for maintaining or increasing breast milk production. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* [Internet]. 2012 [consultado 1 de febrero de 2025]; 41(1): 114–21. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1552-6909.2011.01313.x>
45. Leahy-Warren P, McCarthy G, Corcoran P. First-time mothers: social support, maternal parental self-efficacy and postnatal depression: First-time mothers. *J Clin Nurs* [Internet]. 2012 [consultado 1 de febrero de 2025]; 21(3–4): 388–97. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03701.x>
46. Bonomi AE, Anderson ML, Rivara FP, Thompson RS. Health care utilization and costs associated with physical and nonphysical-only intimate partner violence. *Health Serv Res* [Internet]. 2009 [consultado 1 de febrero de 2025]; 44(3): 1052–67. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1475-6773.2009.00955.x>
47. Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *Gen Hosp Psychiatry* [Internet]. 2004 [consultado 1 de febrero de 2025]; 26(4): 289–95. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2004.02.006>
48. Levinson DF. The genetics of depression: a review. *Biol Psychiatry* [Internet]. 2006 [consultado 1 de febrero de 2025]; 60(2): 84–92. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.biopsych.2005.08.024>
49. Beck CT. A meta-analysis of predictors of postpartum depression. *Nurs Res* [Internet]. 1996 [consultado 1 de febrero de 2025]; 45(5): 297–303. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/00006199-199609000-00008>
50. Alder J, Fink N, Bitzer J, Hösli I, Holzgreve W. Depression and anxiety during pregnancy: a risk factor for obstetric, fetal and neonatal outcome? A critical review of the literature. *J Matern Fetal Neonatal Med* [Internet]. 2007 [consultado 1 de febrero de 2025]; 20(3): 189–209. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/14767050701209560>
51. Stuebe AM, Kendig S, Suplee PD, D’Oria R. Consensus bundle on postpartum care basics: From birth to the comprehensive postpartum visit: From birth to the comprehensive postpartum visit. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2021 [consultado 1 de febrero de 2025]; 137(1): 33–40. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/AOG.0000000000004206>

52. Beck CT. Predictors of postpartum depression: an update. *Nurs Res* [Internet]. 2001 [consultado 1 de febrero de 2025]; 50(5): 275–85. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/00006199-200109000-00004>
53. Aguilar-Aguilar S, Barja-Ore J, Cerda-Sánchez M. Estrés durante el embarazo como factor de riesgo para el bajo peso del recién nacido. *Rev Cuba Med Mil* [Internet]. 2020 [consultado 1 de febrero de 2025]; 49(2): 287–99. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572020000200006
54. Robbie D, Kate W. Trauma and loss: Key texts from the John Bowlby archive. 1st ed. Duschinsky R, White K, editors. London, England: Routledge; 2019.
55. Doddoli AB, Aragón RS. El estrés en el contexto de la pareja: diseño y validación de una escala para mexicanos. *Psicología Iberoamericana* [Internet]. 2022 [consultado 7 de febrero de 2025]; 30(1). Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/1339/133970714004/html/>
56. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* [Internet]. 1987 [consultado 7 de febrero de 2025]; 150: 782–6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.150.6.782>
57. Edinburgh Postnatal Depression Scale 1 (EPDS) [Internet] [consultado 7 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.sadag.org/images/brochures/edinburghscale.pdf>
58. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 2005 [consultado 7 de febrero de 2025]; 62(6): 593–602. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>
59. Blue NR, Beddow ME, Savabi M, Katukuri VR, Mozurkewich EL, Chao CR. A comparison of methods for the diagnosis of fetal growth restriction between the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists and the American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2018 [consultado 7 de febrero de 2025]; 131(5): 835–41. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/AOG.0000000000002564>

60. Manterola C, Otzen T. Estudios Observacionales: Los Diseños Utilizados con Mayor Frecuencia en Investigación Clínica. *International Journal of Morphology* [Internet]. 2014 Jun [consultado 7 de febrero de 2025]; 32(2): 634–45. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijmorphol/v32n2/art42.pdf>
61. Cabo J, de la Fuente Díez E, Verdejo MZ. Modelos de estudios en investigación aplicada: conceptos y criterios para el diseño. *Medicina Y Seguridad Del Trabajo* [Internet]. 2008 [consultado 7 de febrero de 2025]; 54(210): 81–8. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2008000100011
62. Cvetković Vega A, Maguiña JL, Soto A, Lama-Valdivia J, Correa López LE. Cross-sectional studies. *Revista de la Facultad de Medicina Humana* [Internet]. 2021 Jan 12 [consultado 7 de febrero de 2025]; 21(1):164–70. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rfmh/v21n1/2308-0531-rfmh-21-01-179.pdf>
63. Faz Pujalte Aznar M, Jover Ruiz R. Los estudios analíticos como tipo de diseño metodológico. *Enfermería en cardiología: revista científica e informativa de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología* [Internet]. 2017 [consultado 7 de febrero de 2025]; (70):78–81. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6282038>
64. Vega-Malagón G, Ávila-Morales J, Vega-Malagón AJ, Camacho-Calderón N, Becerril-Santos A, Leo-Amador GE. Paradigmas en la investigación. Enfoque cuantitativo y cualitativo. *European Scientific Institute* [Internet]. 2014 [consultado 7 de febrero de 2025]; Disponible en: <https://core.ac.uk/outputs/236413540/>

COMO CITAR ESTE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

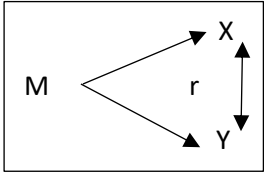
Vigilio T. Asociación entre el embarazo no deseado y la depresión postparto en puérperas mediatas y tardías en el Centro de Salud de Moras del año 2025 [Internet] Huánuco: Universidad de Huánuco; 2025 [Consultado]. Disponible en: <http://.....>

ANEXOS

ANEXO 1

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Investigación: “Asociación entre el embarazo no deseado y la depresión postparto en puérperas mediatas y tardías en el Centro de Salud de Moras del año 2025”

PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	HIPÓTESIS GENERAL	VARIABLES	METODOLOGÍA	TÉCNICA
¿Existe una asociación entre el embarazo no deseado y la depresión postparto en puérperas mediatas y tardías en el Centro de Salud de Moras, Huánuco en el año 2025?	Determinar la asociación entre el embarazo no deseado y la depresión postparto en puérperas mediatas y tardías en el Centro de Salud de Moras, Huánuco en el año 2025	Hi: Existe asociación entre el embarazo no deseado y la depresión postparto en puérperas mediatas y tardías en el Centro de Salud de Moras, Huánuco en el año 2025 Ho: No existe asociación entre el embarazo no deseado y la depresión postparto en puérperas mediatas y tardías en el Centro de Salud de Moras, Huánuco en el año 2025	VARIABLE DE SUPERVISIÓN Depresión postparto en puérperas mediatas y tardías VARIABLE DE RELACIÓN Embarazo no deseado	TIPO DE INVESTIGACIÓN Fue una investigación de tipo, observacional, prospectiva, transversal, analítica MÉTODO Cuantitativo NIVEL Analítico relacional DISEÑO Correlacional	TÉCNICA A través de una encuesta INSTRUMENTO Cuestionario de recolección de datos que está conformado por dimensiones: <ul style="list-style-type: none"> • Dimensión demográfica (3 ítems) • Embarazo no deseado (1 ítem) • Depresión postparto (13 ítems) En esa misma línea, para la valoración final de la depresión postparto, se tomó como base la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS),
PROBLEMAS ESPECÍFICOS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	HIPÓTESIS ESPECÍFICAS			
PE₁: ¿Cuál es la relación entre el embarazo no deseado y la dimensión afectiva de la depresión postparto en puérperas mediatas y tardías del Centro	OE₁: Establecer la asociación entre el embarazo no deseado y la dimensión afectiva de la depresión postparto en puérperas	Hi₁: Existe asociación entre el embarazo no deseado y la dimensión afectiva de la depresión postparto en puérperas mediatas y tardías del Centro de Salud de Moras, Huánuco en el año 2025 Ho₁: No existe asociación entre el embarazo no deseado y la			

Donde:

de Salud de Moras, Huánuco en el año 2025?	mediatas y tardías del Centro de Salud de Moras, Huánuco en el año 2025	dimensión afectiva de la depresión posparto en puérperas mediatas y tardías del Centro de Salud de Moras, Huánuco en el año 2025	✓ M (Muestra de puérperas y tardías) ✓ X (Variable 1, Embarazo no Deseado) ✓ Y (Variable 2, Depresión posparto) ✓ r (Determina la correlación entre variables)	adaptada a las necesidades del presente estudio: • Nunca: 0 puntos • Algunas veces: 1 punto • Frecuentemente: 2 puntos • Siempre: 3 puntos Como resultado final, los puntajes se categorizaron quedaron de la siguiente manera: • Sin afectación: 0 a 9 puntos • Leve: 10 a 19 puntos • Moderada: 20 a 29 puntos • Severa: 30 a 39 puntos Del mismo modo, para las dimensiones: a) Depresión afectiva • Sin afectación: 0 a 3 puntos • Leve: 4 a 7 puntos • Moderada: 8 a 11 puntos • Severa: 12 a 15 puntos b) Depresión fisiológica
PE₂: ¿Cuál es la relación entre el embarazo no deseado y la dimensión fisiológica de la depresión postparto en puérperas mediatas y tardías del Centro de Salud de Moras, Huánuco en el año 2025?	OE₂: Establecer la asociación entre el embarazo no deseado y la dimensión fisiológica de la depresión postparto en puérperas mediatas y tardías del Centro de Salud de Moras, Huánuco en el año 2025	Hi₂: Existe asociación entre el embarazo no deseado y la dimensión fisiológica de la depresión posparto en puérperas mediatas y tardías del Centro de Salud de Moras, Huánuco en el año 2025 Ho₂: No existe asociación entre el embarazo no deseado y la dimensión fisiológica de la depresión posparto en puérperas mediatas y tardías del Centro de Salud de Moras, Huánuco en el año 2025		
PE₃: ¿Cuál es la relación entre el embarazo no deseado y la dimensión psíquica de la depresión postparto en puérperas mediatas y tardías del Centro de Salud de Moras, Huánuco en el año 2025?	OE₃: Establecer la asociación entre el embarazo no deseado y la dimensión psíquica de la depresión postparto en puérperas mediatas y tardías del Centro de Salud de Moras, Huánuco en el año 2025	Hi₃: Existe asociación entre el embarazo no deseado y la dimensión psíquica de la depresión posparto en puérperas mediatas y tardías del Centro de Salud de Moras, Huánuco en el año 2025 Ho₃: No existe asociación entre el embarazo no deseado y la dimensión psíquica de la depresión posparto en puérperas mediatas y tardías del Centro de Salud de Moras, Huánuco en el año 2025	POBLACIÓN La población lo integraron 78 mujeres controladas en el Centro de Salud las Moras, Huánuco del año 2025 MUESTRA La muestra lo integró un total de 65 puérperas meditas y tardías atendidas en el centro de salud las moras Huánuco, durante el año 2025.	

<p>PE₄: ¿Cuáles son las características demográficas de las puérperas mediatas y tardías en el Centro de Salud de Moras, Huánuco en el año 2025?</p>	<p>OE₄: Describir las características demográficas de las puérperas mediatas y tardías en el Centro de Salud de Moras, Huánuco en el año 2025</p>	<p>Al ser una variable descriptiva, carece de hipótesis, por ende, solo se centró en describir las características generales de las pacientes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sin afectación: 0 a 3 puntos • Leve: 4 a 6 puntos • Moderada: 7 a 9 puntos • Severa: 10 a 12 puntos <p>c) Depresión psíquica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sin afectación: 0 a 3 puntos • Leve: 4 a 6 puntos • Moderada: 7 a 9 puntos • Severa: 10 a 12 puntos
--	---	---	--

ANEXO 2

CUESTIONARIO DE RECOLECCION DE DATOS

Investigación: **“Asociación entre el embarazo no deseado y la depresión postparto en puérperas mediatas y tardías en el Centro de Salud de Moras del año 2025”**

N.ro de ficha:

Estimada Sra. agradezco de antemano contar con su apoyo respondiendo este cuestionario según su criterio, ya que se está realizando con el fin de obtener el grado de obstetra. Se tiene como objetivo determinar si existe una asociación entre el embarazo no deseado y la depresión postparto en puérperas mediatas y tardías en el centro de Salud de Moras en el año 2025. En cuanto se culmine dicho cuestionario, los datos recaudados van a tener un uso estadístico, por lo tanto, será de manera anónima.

A continuación, se presenta una serie de enunciados, léalos cuidadosamente y luego con letra legible y/o marque con un aspa (X) LA O LAS respuestas que considere correctas.

I. DATOS GENERALES DE LAS PARTICIPANTES

1. Edad

- a) 14 a 21 años
- b) 22 a 30 años
- c) 31 a 37 años
- d) 38 a 44
- e) 45 a más

2. Edad gestacional al parto:

- a) Menos de 37 semanas
- b) 37-40 semanas
- c) Más de 40 semanas

3. Estado civil

- a) Soltera
- b) Casada
- c) Divorciada
- d) Viuda
- e) Conviviente

II. EMBARAZO NO DESEADO

4. ¿Ha experimentado un embarazo no deseado?
- a) Sí
 - b) No

III. DEPRESIÓN POSPARTO

A. DIMENSIÓN AFECTIVA

5. ¿Ha sentido ansiedad en las últimas 4 semanas?
- a) Nunca
 - b) Algunas veces
 - c) Frecuentemente
 - d) Siempre
6. ¿Ha sentido miedo sin razón aparente?
- a) Nunca
 - b) Algunas veces
 - c) Frecuentemente
 - d) Siempre
7. ¿Ha experimentado angustia?
- a) Nunca
 - b) Algunas veces
 - c) Frecuentemente
 - d) Siempre
8. ¿Ha tenido episodios de desintegración mental?
- a) Nunca
 - b) Algunas veces
 - c) Frecuentemente
 - d) Siempre
9. ¿Ha sentido aprehensión o preocupación constante?
- a) Nunca
 - b) Algunas veces
 - c) Frecuentemente
 - d) Siempre

B. DIMENSIÓN FISIOLÓGICA

10. ¿Ha tenido trastornos de sueño?
- a) Nunca
 - b) Algunas veces
 - c) Frecuentemente
 - d) Siempre
11. ¿Ha experimentado falta de apetito?
- a) Nunca
 - b) Algunas veces
 - c) Frecuentemente
 - d) Siempre
12. ¿Ha tenido disminución del deseo sexual?
- a) Nunca
 - b) Algunas veces
 - c) Frecuentemente
 - d) Siempre
13. ¿Ha sentido taquicardia?
- a) Nunca
 - b) Algunas veces
 - c) Frecuentemente
 - d) Siempre

C. DIMENSIÓN PSÍQUICA

14. ¿Ha experimentado confusión mental?
- a) Nunca
 - b) Algunas veces
 - c) Frecuentemente
 - d) Siempre
15. ¿Ha sentido una sensación de vacío constante?
- a) Nunca
 - b) Algunas veces
 - c) Frecuentemente
 - d) Siempre

16. ¿Ha tenido indecisión para tomar decisiones simples?

- a) Nunca
- b) Algunas veces
- c) Frecuentemente
- d) Siempre

17. ¿Ha sentido desvalorización personal?

- a) Nunca
- b) Algunas veces
- c) Frecuentemente
- d) Siempre

ANEXO 3

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES

- 1.1. Nombre del experto:
- 1.2. Actividad laboral:
- 1.3. Institución donde labora:
- 1.4. Denominación del instrumento:
- 1.5. Autor del instrumento:

II. GRADO DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO

ESCALA				
Muy deficiente	Deficiente	Regular	Bueno	Muy bueno
1	2	3	4	5

N°	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	MD	D	R	B	MB
01	Claridad: Los ítems están redactados con un lenguaje claro y comprensible					
02	Objetividad: Los ítems reflejan conductas observables y medibles					
03	Actualidad: Los ítems están alineados con los avances recientes de la ciencia					
04	Organización: Los ítems están estructurados de manera ordenada y lógica					
05	Suficiencia: La cantidad y calidad de ítems son adecuadas para evaluar la variable					
06	Intencionalidad: Los ítems están orientados a cumplir con los propósitos del estudio					
07	Consistencia: Los ítems están respaldados por fundamentos teóricos y científicos					
08	Coherencia: Existe relación lógica entre la variable, sus indicadores y los ítems					
09	Metodología: La estructura del instrumento responde a los objetivos de la investigación					
10	Pertinencia: Las opciones de respuesta y sus valores son adecuados para el estudio.					
PUNTAJE FINAL		puntos				

III. PUNTAJE FINAL DE LA EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO

ESCALA				
Muy deficiente	Deficiente	Regular	Bueno	Muy bueno
10 - 18	19 - 27	28 - 36	37 - 45	46 - 50

IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD DEL EXPERTO

.....

.....

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

Huánuco, ____ de _____ de ____

FIRMA Y SELLO DEL VALIDADOR

ANEXO 4

BAREMACIÓN GENERAL

Investigación: “**Asociación entre el embarazo no deseado y la depresión postparto en puérperas mediatas y tardías en el Centro de Salud de Moras del año 2025**”

Para esta investigación, se utilizó la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) como instrumento estandarizado para identificar sintomatología depresiva en el periodo posparto:

- Nunca: 0 puntos
- Algunas veces: 1 punto
- Frecuentemente: 2 puntos
- Siempre: 3 puntos

Esta escala, ampliamente validada a nivel internacional y en contextos latinoamericanos, permite una evaluación rápida y confiable de los síntomas depresivos en puérperas. La baremación aplicada en el presente estudio consideró el siguiente rango:

DEPRESIÓN POSPARTO		Sin afectación	0 a 9 puntos
		Leve	10 a 19 puntos
		Moderada	20 a 29 puntos
		Severa	30 a 39 puntos
DIMENSIONES	AFFECTIVA	Sin afectación	0 a 3 puntos
		Leve	4 a 7 puntos
		Moderada	8 a 11 puntos
		Severa	12 a 15 puntos
	FISIOLÓGICA	Sin afectación	0 a 3 puntos
		Leve	4 a 6 puntos
		Moderada	7 a 9 puntos
		Severa	10 a 12 puntos
	PSÍQUICA	Sin afectación	0 a 3 puntos
		Leve	4 a 6 puntos
		Moderada	7 a 9 puntos
		Severa	10 a 12 puntos

De este modo, se garantizó que cada dimensión estuviera correctamente categorizada y que los puntajes obtenidos se asignaran de manera equitativa a los niveles establecidos, asegurando coherencia en la interpretación de los resultados.

ANEXO 5

FIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Investigación: “Asociación entre el embarazo no deseado y la depresión postparto en púerperas mediatas y tardías en el Centro de Salud de Moras del año 2025”

Fiabilidad

Escala: Depresión postparto

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	65	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	65	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,852	13

Interpretación

El coeficiente alfa de Cronbach obtenido fue de 0.852, lo que indica una alta consistencia interna entre los ítems que conforman la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) utilizada en este estudio. Este valor supera ampliamente el umbral mínimo aceptado de 0.70, lo cual respalda la fiabilidad del instrumento para medir síntomas depresivos en púerperas mediatas y tardías. En términos prácticos, este resultado garantiza que las 13 preguntas principales evaluaron de forma coherente el mismo constructo y la sintomatología depresiva posparto, fortaleciendo la validez interna de los datos recolectados y la solidez de los análisis posteriores.

ANEXO 6

SOLICITUD DE PERMISO

Huánuco_____de_____2025

Dr.....
Centro de Salud las Moras

ASUNTO: Solicitud de autorización para recopilar información de las historias clínicas de usuarias con diagnóstico de embarazo no deseado y depresión postparto.

Reciba un cordial saludo. Mi nombre es Vigilio Valdivia, Thalia, investigadora principal, y soy alumna de la Universidad de Huánuco. Como parte del proceso para obtener mi título profesional, estoy desarrollando un proyecto de investigación titulado **“Asociación entre el embarazo no deseado y la depresión postparto en púerperas mediatas y tardías en el Centro de Salud de Moras del año 2025”**.

Para llevar a cabo este estudio, necesito recopilar datos de mujeres que han tenido embarazos no deseados y han sido atendidas en su institución. Solicito formalmente su permiso para acceder a esta información, la cual es fundamental para el desarrollo y éxito de mi investigación. Me comprometo a entregar los resultados obtenidos una vez finalizada el estudio, con el objetivo de contribuir a la mejora de la atención en salud y el manejo de las complicaciones postparto.

Agradezco de antemano su atención y colaboración, y espero que mi solicitud sea aceptada.

Atentamente,

.....

Vigilio Valdivia, Thalia
DNI: 77569750

ANEXO 7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Investigación: **“Asociación entre el embarazo no deseado y la depresión postparto en puérperas mediatas y tardías en el Centro de Salud de Moras del año 2025”**

Investigadora: Vigilio Valdivia, Thalia

Se le invita a participar voluntariamente en este estudio, que busca conocer si existe relación entre el embarazo no deseado y los síntomas de depresión postparto. Su participación consiste en responder un cuestionario breve (10 a 15 minutos), que incluye preguntas sobre su experiencia durante el embarazo y su estado emocional actual.

No existen riesgos físicos ni emocionales por participar. Aunque no se otorgarán beneficios económicos, los resultados podrán ayudar a mejorar la atención en salud mental y planificación familiar.

Su identidad será protegida en todo momento. La información será confidencial y utilizada solo con fines académicos. Puede retirarse en cualquier momento sin que esto afecte su atención médica.

Declaro que he leído y comprendido la información anterior, y acepto participar voluntariamente.

Firma de la usuaria

Fecha: ____ / ____ / 2025