



Universidad
Norbert Wiener

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE OBSTETRICIA

Tesis

Factores asociados a la depresión postparto en puérperas del C.S. Horacio
Zevallos, Lima 2025

Para optar el Título Profesional de
Licenciada en Obstetricia

Presentado por:

Autora: Torres Chacaltana, Silvana Vanessa

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4774-4766>

Asesora: Mg. Hidalgo Vara, Luz Susana

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9134-1454>

Lima – Perú

2026

 Universidad Norbert Wiener	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN		
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01	FECHA: 08/11/2022

Yo, Silvana Vanessa Torres Chacaltana egresado de la Facultad de **Ciencias de la Salud** y Escuela Académica Profesional de **Obstetricia** de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo de investigación "**Factores asociados a la depresión postparto en puérperas del C.S. Horacio Zevallos, Lima 2025**" Asesorado por el docente: Luz Susana Hidalgo Vara DNI 09843328. ORCID <https://orcid.org/0000-0002-9134-1454>

tiene un índice de similitud de **12 (doce) %** con código oid:14912:542308468 verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

1. Se ha mencionado todas las fuentes utilizadas, identificando correctamente las citas textuales o paráfrasis provenientes de otras fuentes.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquella señalada en el trabajo.
3. Se autoriza que el trabajo puede ser revisado en búsqueda de plagios.
4. El porcentaje señalado es el mismo que arrojó al momento de indexar, grabar o hacer el depósito en el turnitin de la universidad y,
5. Asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas del reglamento vigente de la universidad.



.....
 Firma de autor 1
 Silvana Vanessa Torres Chacaltana
 DNI: 72853875

.....
 Firma de autor 2
 Nombres y apellidos del Egresado
 DNI:



.....
 Firma
 Luz Susana Hidalgo Vara
 DNI: 09843328

Lima, 19 de diciembre de 2025

Dedicatoria

Esta tesis está dedicada a Dios, a mis padres, a mi esposo que me han apoyado siempre en los proyectos que realizo, y sobre todo a mis hijos, quienes son mi motor y motivo, mi razón de existir.

Agradecimiento

A Dios por su amor incondicional y por brindarme salud, sabiduría y fortaleza para lograr cada objetivo trazado a lo largo de mi vida.

Índice

Dedicatoria.....	3
Agradecimiento.....	4
Índice.....	5
Índice de tablas	7
Resumen.....	10
Abstract.....	11
Introducción	12
EL PROBLEMA.....	14
1.1 Planteamiento del problema.....	14
1.2 Formulación del problema	15
1.2.1 Problema general	15
1.2.2 Problemas específicos.....	15
1.3 Objetivos.....	15
1.3.1 Objetivo general.....	15
1.3.2 Objetivos específicos	15
1.4 Justificación de la investigación	16
1.4.1 Teórica	16
1.4.2 Metodológica	16
1.4.3 Práctica.....	16
1.5 Delimitaciones de la investigación	17
1.5.1 Temporal.....	17
1.5.2 Espacial.....	17
1.5.3 Recursos.....	17
MARCO TEÓRICO.....	18
2.1 Antecedentes de la investigación.....	18
2.1.1 Antecedentes nacionales	18
2.1.2 Antecedentes internacionales.....	19
2.2 Bases teóricas.....	20
2.2.1. Puerperio.....	20
2.2.2. Depresión postparto	21
2.3 Formulación de hipótesis	25
2.2.3. Hipótesis general.....	25
2.2.4. Hipótesis específicas.....	26

METODOLOGIA.....	27
3.1 Método de la investigación	27
3.2 Enfoque de la investigación	27
3.3 Tipo de investigación	27
3.4 Diseño de la investigación	27
3.5 Población, muestra y muestreo:	28
3.6 Variables y operacionalización	29
3.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	32
3.7.1. Técnica	32
3.7.2. Descripción de Instrumentos.....	32
3.7.3. Descripción de instrumentos.....	33
3.7.4. Validación	33
3.7.5. Confiabilidad.....	34
3.8 Procesamiento y análisis de datos.....	34
3.9 Aspectos éticos.....	35
PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	36
4.1 Resultados	36
4.1.1. Análisis descriptivo de resultados.....	38
4.1.2. Prueba de hipótesis	51
4.1.3. Discusión de resultados.....	55
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	58
5.1. Conclusiones	58
5.2. Recomendaciones	58
REFERENCIAS.....	60
Anexo 1: Matriz de consistencia.....	68
Anexo 2: Instrumentos.....	70
Anexo 3: Validez del instrumento	73
Anexo 4: Confiabilidad del instrumento.....	76
Anexo 5: Aprobación del Comité de Ética	77
Anexo 6: Formato del consentimiento informado	78
Anexo 7: Carta de aprobación de la institución para la recolección de los datos.....	79
Anexo 8: Informe del asesor de Turnitin	80

Índice de tablas

Tabla 1. Resultados de la dimensión Factores sociodemográficos.....	38
Tabla 2. Resultados de la dimensión Factores psicológicos	49
Tabla 3. Resultados de la dimensión Factores obstétricos.....	50
Tabla 4. Resultados de la dimensión Factores económicos.....	50
Tabla 5. Resultados de la variable Depresión posparto	51
Tabla 6. Resultados de la hipótesis general	52
Tabla 7. Resultados de la hipótesis específica 1	52
Tabla 8. Resultados de la hipótesis específica 2	53
Tabla 9. Resultados de la hipótesis específica 3	54
Tabla 10. Resultados de la hipótesis específica 4	54

Índice de figuras

Figura 1. Edad de las encuestadas.....	36
Figura 2. Estado civil de las encuestadas.....	36
Figura 3. Ocupación de las encuestadas	37
Figura 4. Ítem 1 Dimensión factores sociodemográficos	¡Error! Marcador no definido.
Figura 5. Ítem 2 dimensión factores sociodemográficos	38
Figura 6.Ítem 3 dimensión factores sociodemográficos	38
Figura 7. Ítem 4 dimensión factores sociodemográficos	38
Figura 8. Ítem 5 dimensión factores sociodemográficos	39
Figura 9. Ítem 1 dimensión factores psicológicos	39
Figura 10. Ítem 2 dimensión factores psicológicos	39
Figura 11. Ítem 3 dimensión factores psicológicos	40
Figura 12. Ítem 4 dimensión factores psicológicos	40
Figura 13. Ítem 5 dimensión factores psicológicos	40
Figura 14. Ítem 1 dimensión factores obstétricos	40
Figura 15. Ítem 2 dimensión factores obstétricos	41
Figura 16. Ítem 3 dimensión factores obstétricos	41
Figura 17. Ítem 4 dimensión factores obstétricos	41
Figura 18. Ítem 5 dimensión factores obstétricos	42
Figura 19. Ítem 6 dimensión factores obstétricos	42
Figura 20. Ítem 7 dimensión factores obstétricos	42
Figura 21. Ítem 1 dimensión factores económicos	42
Figura 22. Ítem 2 dimensión factores económicos	43
Figura 23. Ítem 3 dimensión factores económicos	43
Figura 24. Ítem 4 dimensión factores económicos	43
Figura 25. Ítem 5 dimensión factores económicos	44
Figura 26. Ítem 1 dimensión depresión postparto.....	44
Figura 27. Ítem 2 dimensión depresión postparto.....	44
Figura 28. Ítem 3 dimensión depresión postparto.....	45
Figura 29. Ítem 4 dimensión depresión postparto.....	45
Figura 30. Ítem 5 dimensión depresión postparto.....	46
Figura 31. Ítem 6 dimensión depresión postparto.....	46
Figura 32. Ítem 7 dimensión depresión postparto.....	47
Figura 33. Ítem 8 dimensión depresión postparto.....	47

Figura 34. Ítem 9 dimensión depresión postparto.....	48
Figura 35. Ítem 10 dimensión depresión postparto.....	48

Resumen

El presente estudio tuvo como objetivo determinar los factores asociados a la depresión postparto en puérperas atendidas en el Centro de Salud Horacio Zevallos, Lima 2025. Se evaluó una muestra de 80 mujeres mediante la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) y un cuestionario de factores asociados. Los resultados revelaron que el 75% de las participantes presentó sospecha de depresión postparto, evidenciando una alta prevalencia en esta población. En cuanto a los factores asociados, el análisis de Chi-cuadrado mostró que los factores sociodemográficos ($X^2 = 25.406$; $p = 0.004$) y obstétricos ($X = 26.022$; $p = 0.011$) se asociaron significativamente con la depresión postparto, mientras que los factores psicológicos ($p = 0.224$) y económicos ($p = 0.126$) no presentaron una relación estadísticamente significativa. Estos resultados indican que las condiciones sociales de las puérperas, así como sus experiencias y antecedentes obstétricos, son determinantes clave en el desarrollo de sintomatología depresiva durante el puerperio. En conclusión, se confirma que sí existen factores asociados a la depresión postparto, destacando la necesidad de fortalecer la detección temprana y el acompañamiento integral durante el periodo posnatal.

Palabras clave: depresión postparto, factores asociados, puérperas

Abstract

This study aimed to determine the factors associated with postpartum depression in women receiving care at the Horacio Zevallos Health Center in Lima, Peru, in 2025. A sample of 80 women was evaluated using the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) and a questionnaire on associated factors. The results revealed that 75% of the participants presented with suspected postpartum depression, demonstrating a high prevalence in this population. Regarding the associated factors, the Chi-square analysis showed that sociodemographic ($X^2 = 25.406$; $p = 0.004$) and obstetric ($X^2 = 26.022$; $p = 0.011$) factors were significantly associated with postpartum depression, while psychological ($p = 0.224$) and economic ($p = 0.126$) factors did not show a statistically significant relationship. These results indicate that the social conditions of postpartum women, as well as their obstetric experiences and history, are key determinants in the development of depressive symptoms during the puerperium. In conclusion, the existence of factors associated with postpartum depression is confirmed, highlighting the need to strengthen early detection and comprehensive support during the postnatal period.

Keywords: Postpartum depression, associated factors, postpartum women

Introducción

La depresión postparto constituye un problema de salud pública de creciente relevancia debido a su alta prevalencia y a las consecuencias que genera tanto en la madre como en el recién nacido. Este trastorno del estado de ánimo puede manifestarse durante las primeras semanas o meses posteriores al parto y se relaciona con factores biológicos, emocionales, sociales y obstétricos que influyen en la capacidad de adaptación de la mujer durante el puerperio.

En contextos de vulnerabilidad social, escaso acceso a servicios de salud y limitado soporte familiar, la probabilidad de desarrollar sintomatología depresiva se incrementa considerablemente, lo que exige una detección temprana y un abordaje oportuno por parte del personal de salud. Ante esta problemática, surge la necesidad de identificar los factores que contribuyen al riesgo de depresión postparto en las púerperas atendidas en establecimientos de atención primaria, con el fin de orientar estrategias de prevención e intervención.

El presente estudio se fundamenta en la importancia de comprender de manera integral las condiciones sociales, psicológicas, obstétricas y económicas que atraviesan las mujeres durante el periodo posnatal. A través de esta investigación se busca contribuir al conocimiento científico y proporcionar evidencia que favorezca la mejora de las prácticas asistenciales en salud materna.

La tesis se estructura en cinco capítulos que abordan de manera sistemática los elementos necesarios para el análisis del fenómeno estudiado:

El primer capítulo es el planteamiento del problema, en este capítulo se presentan la realidad problemática, la formulación del problema, los objetivos general y específicos, así como la justificación y delimitación del estudio. Se contextualiza la importancia de la depresión postparto y la necesidad de identificar los factores que influyen en su aparición.

En el segundo capítulo, se expone el marco teórico, que incluye los antecedentes nacionales e internacionales que respaldan la investigación, así como las bases teóricas relacionadas con el puerperio, la depresión postparto, sus síntomas, causas y factores de riesgo.

El tercer capítulo es metodología, en este se describe el tipo y diseño de estudio, la población y muestra, los criterios de selección, las técnicas e instrumentos de recolección de datos, así como el procedimiento y las consideraciones éticas.

El cuarto capítulo son los resultados, donde se presenta los hallazgos obtenidos en la investigación, organizados en tablas. Asimismo, se interpretan los resultados con base en el marco teórico y la evidencia científica disponible.

Por último, el quinto capítulo que son las conclusiones y recomendaciones, en este capítulo se exponen las conclusiones derivadas del análisis de los resultados, tanto del objetivo general como de los objetivos específicos. Finalmente, se presentan recomendaciones dirigidas a los servicios de salud, al personal asistencial y a futuras investigaciones, con la finalidad de contribuir a la prevención, detección precoz y atención integral de la depresión postparto.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

Actualmente, los sentimientos de tristeza después del parto afectan aproximadamente al 13% de las mujeres a nivel mundial, con una prevalencia que varían entre el 10% y el 20% dependiendo del país y del método de medición utilizado. En países sub desarrollados, esta cifra puede superar el 20% (1). La Organización Mundial de la Salud (OMS), señala que este trastorno es la complicación más común del periodo posnatal [2]. Se ha identificado que, de no ser tratada, esta condición puede cronificarse y derivar en depresión mayor en un 30% de los casos [3].

En América Latina, la tasa estimada de depresión postparto es de 26% según un metaanálisis de estudios regionales. Aspectos bajos de socioeconomía, violencia de pareja y el escaso apoyo social son altamente prevalentes en la región y se asocian significativamente con esta condición [4]. Investigaciones en Chile y México han mostrado que la falta de apoyo y el estrés perinatal aumentan el riesgo de síntomas depresivos persistentes durante los primeros meses de parto [5].

Un estudio realizado en la ciudad de Lima encontró una prevalencia del 24,2% de síntomas depresivos postparto según la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) [6]. Otro estudio en Cusco reportó una prevalencia de 22,6% [7]. Estas cifras son consistentes con las encontradas en regiones rurales, donde las condiciones de vida y la distancia a servicios especializados dificultan el diagnóstico y tratamiento oportuno [8]. A pesar de la magnitud del problema, el tamizaje sistemático de depresión posparto (DPP) no se encuentra implementado en todos los establecimientos del primer nivel de atención, lo que deja a muchas mujeres sin diagnóstico.

En zonas urbanas marginales de Lima Metropolitana, como los distritos de Lima Este, los niveles de pobreza, hacinamiento y violencia familiar incrementan la presencia de los síntomas depresivos. Un estudio realizado en un hospital de Lima identificó al 35% de las mujeres encuestadas; presentaban síntomas compatibles con depresión postparto [9]. Asimismo, en dichas zonas, las madres que viven en situación de pobreza extrema tienen hasta tres veces más riesgo de desarrollar DPP que aquellas con ingresos estables [10]. La falta de acceso a servicios especializados en salud mental agrava la situación, y la falta de campañas de sensibilización contribuye al estigma en la búsqueda de ayuda [11].

Algunos estudios demostraron que las madres con depresión posparto presentan menor sensibilidad emocional hacia su bebé, lo que impacta negativamente en el apego y en el desarrollo socioemocional del niño [12]. En el plano social, la DPP no solo afecta a la madre, sino también a la dinámica familiar. En la madre se presencia un mayor riesgo de conflictos de pareja, aislamiento social y problemas económicos debido a la reducción de su capacidad funcional [13].

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema general

¿Cuáles son los factores que se asocian a la depresión posparto en las mujeres puérperas atendidas en el C.S. Horacio Zevallos, Lima 2025?

1.2.2 Problemas específicos

- ¿Qué factores sociodemográficos se asocian a la depresión posparto en el C.S. Horacio Zevallos?
- ¿Qué factores psicológicos se asocian a la depresión posparto en mujeres que se atienden en el C.S. Horacio Zevallos?
- ¿Qué factores obstétricos se asocian a la depresión posparto en mujeres puérperas del C.S. Horacio Zevallos?
- ¿Qué factores económicos se asocian a la depresión posparto en mujeres puérperas del C.S. Horacio?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Identificar los factores asociados a la depresión posparto en mujeres puérperas en el C.S. Horacio Zevallos, Lima 2025.

1.3.2 Objetivos específicos

- Reconocer los factores sociodemográficos que se asocian a la depresión posparto en mujeres atendidas en el C.S. Horacio Zevallos.
- Identificar cuáles son los factores psicológicos que están asociados a la depresión posparto en mujeres atendidas en el C.S. Horacio Zevallos Lima.
- Detallar cuáles son los factores obstétricos que se asocian a la depresión posparto en mujeres atendidas en el C.S. Horacio Zevallos.

- Identificar los factores económicos que están asociados a la depresión postparto en mujeres atendidas en el C.S. Horacio Zevallos.

1.4 Justificación de la investigación

1.4.1 Teórica

Durante el puerperio, muchas mujeres experimentan diversos cambios socioemocionales y físicos que pueden desencadenar episodios de depresión postparto, condición que afecta entre el 13% y 26% de las mujeres a nivel mundial, siendo más prevalente en regiones con mayores índices de pobreza, violencia y escaso acceso a servicios de salud mental [1,2]. La investigación se sostiene en el factor socioeconómico bajo, poco apoyo familiar, antecedentes personales de trastornos afectivos y complicaciones obstétricas podrían estar directamente asociados al desarrollo de depresión postparto, lo cual ha sido reportado en diferentes contextos latinoamericanos [3,4]. Por tanto, resulta necesario generar evidencia local de los factores en puérperas atendidas en el Centro de Salud Horacio Zevallos.

1.4.2 Metodológica

Para esta investigación se utilizarán dos instrumentos: un cuestionario diseñado para identificar los factores que se asocian a la depresión postparto y la Escala de Edimburgo. El primero atravesará un proceso de validación por parte de especialistas en la temática, asegurando su pertinencia. Ambos instrumentos serán adaptados previamente para su uso en poblaciones similares, lo que respalda su aplicabilidad en futuras investigaciones. El trabajo opta bajo un enfoque cuantitativo, al permitir evaluar manera objetiva y numérica las variables de interés; asimismo, se optará por un diseño no experimental, al no existir intervención física o socioemocional en las variables, por el contrario, serán estudiadas en su fenómeno natural, y será transversal, pues los datos se obtendrán en una única oportunidad, lo que facilitará describir la situación y analizar la relación entre los factores sociales, psicológicos y económicos con la presencia de síntomas de depresión postparto.

1.4.3 Práctica

Desde el enfoque práctico, se busca generar evidencia útil y aplicable que permita una atención óptima en el área de salud mental materna. En ese sentido, al identificar los factores que desencadenan los síntomas de la depresión postparto, se podrán diseñar estrategias de prevención primaria, como talleres psicoeducativos o programas de tamizaje oportuno en los controles posnatales, especialmente dirigidos a mujeres con

mayor riesgo psicosocial [1,2]. Asimismo, los resultados servirán como recurso para fortalecer las habilidades blandas del personal de salud en el área de la detección precoz de síntomas depresivos, lo que contribuirá a reducir el subregistro de esta condición y evitar sus consecuencias en un período largo, como alteraciones en el vínculo afectivo, dificultades en la lactancia y problemas en el neurodesarrollo infantil [3,4]. También permitirá sustentar propuestas para la inclusión del componente de salud mental en protocolos de atención materna, y promover su articulación con servicios de psicología en centros de salud del primer nivel.

1.5 Delimitaciones de la investigación

1.5.1 Temporal

La investigación será desarrollada en junio hasta setiembre del 2025, esta delimitación temporal permitirá conseguir los datos en un tiempo determinado. Cualquier cambio estacional o evento específico que pueda influir en los resultados será considerando en este marco temporal.

1.5.2 Espacial

La investigación será efectuada en el Centro de Salud Horacio Zevallos perteneciente a la provincia de Lima, Departamento de Lima. Las condiciones de salud pueden variar de forma significativa entre diferentes áreas geográficas por lo que esta delimitación permite una aproximación más precisa a las circunstancias locales.

1.5.3 Recursos

La investigadora cuenta con los conocimientos necesarios que adquirió durante sus experiencias vivenciales en la escuela profesional de obstetricia, tanto teóricos como prácticos para realizar este estudio de manera concienzuda y meticulosa. Además, cuenta con el apoyo de su casa de estudios para realizar los trámites administrativos necesarios. Asimismo, el establecimiento donde se realizará la investigación se encuentra en el mismo distrito de residencia de la investigadora por lo que podrá dirigirse a él sin mayor dificultad. Respecto a los recursos materiales, se contará con fichas impresas de recolección de datos, hojas bond, lapiceros, carpetas para archivo, computadora portátil, impresora y dispositivos de almacenamiento digital. En lo referente a los recursos estadísticos y tecnológicos, se utilizará el software SPSS versión 27 para el análisis de datos, y Microsoft Excel 2021 para el registro y codificación de información.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

2.1.1 Antecedentes nacionales

Ramos (2022) plantea un estudio con el propósito de “Identificar los factores asociados a la depresión posparto en puérperas atendidas en el Hospital Goyeneche de Arequipa”. La investigación fue de enfoque cuantitativo, analítico, prospectivo y transversal, con una muestra de 175 participantes a quienes se aplicó la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) y un cuestionario complementario para evaluar posibles factores de riesgo. Los resultados evidenciaron una prevalencia de depresión posparto del 50,9%. Entre las variables sociodemográficas asociadas se encontraron la edad entre 13 y 19 años, el estado civil conviviente y el nivel educativo secundario. Asimismo, se identificó como factores de riesgo el control prenatal adecuado y la condición de primípara, además de aspectos sociales como la actividad laboral y el apoyo económico de la pareja, la convivencia con esta y el consumo de sustancias. En conclusión, se determinó que los factores sociodemográficos, obstétricos y sociales se relacionan significativamente con la presencia de depresión posparto [15].

Rodríguez y Roncal (2023) desarrollaron un estudio con el objetivo de “Identificar los factores de riesgo asociados a la depresión posparto en puérperas atendidas en el Puesto de Salud Malvinas y el Centro de Salud Imperial, en Cañete, durante el periodo de septiembre a diciembre de 2021”. La investigación fue de corte transversal, con enfoque cuantitativo, diseño observacional y analítico, y contó con una muestra de 146 mujeres, a quienes se aplicó la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) y un cuestionario para evaluar factores de riesgo. Los resultados mostraron que el 54% de las participantes presentó depresión posparto, siendo factores de riesgo significativos la complicación neonatal (66,67%), y parto por cesárea (60.94). En conclusión, se determinó que diversas condiciones clínicas y de apoyo social influyen de manera relevante en la aparición de depresión posparto [16].

Infante et al. (2021) llevaron a cabo un estudio con el propósito de “Determinar los factores de riesgo asociados a la depresión posparto en mujeres atendidas en el Hospital Referencial de Ayacucho durante el año 2020”. La investigación tuvo un diseño observacional, con enfoque mixto, descriptiva y de corte transversal, tomando como población a todas las puérperas del establecimiento y seleccionando una muestra de 50 de ellas. Se utilizó la técnica de encuesta y una guía estructurada como instrumento. Los resultados indicaron que el 72% de

las participantes presentó depresión posparto. Entre las mujeres afectadas (n=36), el 28% tenía entre 21 y 25 años, otro 28% entre 31 y 35 años, el 25% entre 15 y 20 años, el 14% tenía 36 años o más y el 5% se ubicaba entre 26 y 30 años. Con respecto al estado civil, el 75% eran convivientes, el 19% solteras y el 6% casadas; en cuanto al nivel educativo, el 53% poseía secundaria, el 39% estudios superiores y el 8% primaria. En el aspecto obstétrico, el 52% había tenido un solo hijo y el 48% más de uno; el 75% no presentó complicaciones durante el embarazo y el 25% sí. En conclusión, se identificaron como factores sociodemográficos asociados la edad entre 21 y 25 años o entre 31 y 35 años, el estado civil conviviente y el nivel educativo secundario, mientras que las variables obstétricas analizadas no mostraron relación significativa con la depresión posparto [17].

2.1.2 Antecedentes internacionales

Sanabria et al. (2023) realizaron un estudio con el objetivo de “Determinar la prevalencia de depresión posparto en una muestra de población mexicana por medio de la Escala de Edimburgo y los factores de riesgo asociados”. La metodología consistió en un estudio observacional, transversal, relacional y analítico, realizado entre marzo y julio de 2022 en cuatro hospitales de segundo y tercer nivel ubicados en diferentes entidades de la República Mexicana, donde se aplicó dicha escala a 717 mujeres en periodo de puerperio y se analizaron los datos mediante regresión logística binaria ajustada. Los resultados mostraron que el 14.9% (106 pacientes) presentó indicadores positivos para depresión posparto, con una edad promedio de 26 años (rango de 12 a 46), identificándose que ser soltera actuó como factor protector, mientras que estar casada aumentó ligeramente el riesgo, y que un mayor nivel educativo redujo la probabilidad de padecerla. En conclusión, los principales factores de riesgo fueron los antecedentes familiares de trastornos psiquiátricos, depresión previa y dificultades económicas, cuya combinación incrementa de manera significativa la vulnerabilidad, por lo que se recomienda la detección temprana de estas condiciones desde el control prenatal para prevenir el agravamiento durante el puerperio [18].

Leveau et al. (2024) realizaron un estudio con la finalidad de “Identificar los factores sociodemográficos asociados a la depresión posparto en puérperas”. La investigación fue de tipo observacional, transversal y analítica, con diseño de casos y controles, desarrollada entre mayo y octubre de 2022. Se evaluó a 173 puérperas con riesgo de depresión posparto y 173 sin riesgo, entre los 15 y 30 días posteriores al parto, mediante encuesta que incluyó la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (punto de corte ≥ 13) y una ficha de datos generales. Los resultados mostraron una prevalencia de 18,8%, identificándose como factores asociados: edad

menor de 20 años, grado de instrucción superior, y además continúan en ese orden el estado civil soltera, mala relación con la pareja, consumo de psicofármacos, complicaciones en el trabajo de parto, parto por cesárea, antecedente de infección por COVID-19 durante la gestación y tener empleo. En conclusión, la depresión posparto se relaciona con características sociodemográficas y antecedentes clínicos que requieren detección e intervención temprana para prevenir repercusiones en la madre y el recién nacido [19].

Froeliger et al. (2024) desarrollaron un estudio de cohorte prospectivo, complementario al ensayo TRAAP2, con el propósito de estimar la prevalencia de depresión posparto y “Determinar los factores asociados en 2 793 mujeres que tuvieron parto por cesárea a partir de la semana 34 de gestación”. Para ello, dos meses después del alumbramiento se aplicó la Escala de Depresión Posnatal Edimburgo (EPDS), identificándose que el 16,4 % de las participantes presentó un diagnóstico provisional con un punto de corte de 13, cifra que ascendió al 23,1 % cuando se utilizó un punto de corte de 11. Los análisis multivariados revelaron que las cesáreas de emergencia antes del inicio del trabajo de parto, las cesáreas tras inducción, el dolor posoperatorio intenso y las experiencias negativas del parto incrementaron significativamente el riesgo de depresión posparto, mientras que el apoyo social durante la intervención se asoció con una disminución de dicho riesgo. En conclusión, los autores señalan que la identificación temprana de estos factores es esencial para focalizar estrategias preventivas y de intervención oportuna (20).

2.2 Bases teóricas

2.2.1. Puerperio

El puerperio, también denominado posparto, es el período que sigue al parto y se extiende aproximadamente hasta las seis semanas posteriores, tiempo en el cual el organismo materno experimenta cambios fisiológicos, hormonales y psicológicos para regresar a su estado previo al embarazo [21]. Este proceso incluye la involución uterina, la recuperación del tono muscular, la regulación hormonal y la instauración de la lactancia [22].

En el ámbito emocional, el puerperio se caracteriza por una alta vulnerabilidad psicológica debido a la suma de cambios físicos, la adaptación al nuevo rol materno y las exigencias del cuidado del recién nacido [23]. La fatiga, la privación de sueño y el aumento de responsabilidades pueden actuar como desencadenantes de síntomas ansiosos o depresivos, especialmente en mujeres con antecedentes de trastornos mentales o en contextos de escaso apoyo social [24].

Se reconoce que este periodo no es uniforme, pudiendo dividirse en puerperio inmediato (primeras 24 horas), puerperio clínico o mediano (hasta el décimo día) y puerperio tardío (hasta las seis semanas). Cada fase presenta retos específicos en el cuidado de la madre, y la detección temprana de alteraciones emocionales es clave para prevenir complicaciones como la depresión posparto [25,26].

2.2.2. Depresión posparto

La depresión posparto (DPP) es un trastorno del estado de ánimo que se produce habitualmente durante las primeras semanas o meses tras el parto y que impacta tanto en la salud física como mental de la madre y en el desarrollo del recién nacido. Desde el enfoque de la enfermería, la DPP no se aborda únicamente como un cuadro clínico, sino como una alteración en el proceso de adaptación materna que interfiere con el vínculo afectivo y el desempeño del rol parental, integrando los factores biológicos, psicológicos y sociales que influyen en su aparición [27].

Este estudio se respalda teóricamente en la teoría de la Depresión posparto propuesta por Cheryl Tatano Beck [27], la cual enfatiza la relevancia de comprender la experiencia de la maternidad y las percepciones de las mujeres en cada fase del puerperio. Dicha teoría aporta conocimientos esenciales sobre la depresión posparto, permitiendo a los profesionales de la salud diseñar estrategias y programas preventivos que favorezcan la detección temprana de problemas que puedan poner en riesgo la vida de las mujeres, los recién nacidos y sus familias.

Teoría de la Adopción de Roy aplicada a la DPP

La Teoría de la Adaptación de Roy plantea que la persona es un sistema abierto que mantiene una interacción constante con el entorno y responde a través de mecanismos adaptativos. En el caso de las mujeres en puerperio, los estímulos focales incluyen el parto y el cuidado del recién nacido; los estímulos contextuales abarcan el apoyo social y las condiciones económicas; y los estímulos residuales se relacionan con experiencias previas o creencias culturales. Cuando la capacidad de afrontamiento se ve superada, surgen respuestas desadaptativas, como la sintomatología depresiva. En este sentido, la intervención de enfermería busca fortalecer los recursos adaptativos de la madre para prevenir o disminuir el impacto de la DPP [28,29].

En tal sentido, la depresión posparto se define como un episodio depresivo mayor que comienza generalmente en las primeras cuatro semanas después del parto, aunque puede aparecer a lo largo del primer año. Su prevalencia se sitúa entre el 10% y el 20% a nivel mundial, con cifras más altas en contextos de vulnerabilidad social y menor acceso a servicios de salud [30,31].

A. Disforia

La disforia en la depresión postparto se entiende como un estado de ánimo persistentemente negativo, caracterizado por tristeza profunda, irritabilidad, mal humor y pérdida de interés o placer en actividades que antes resultaban gratificantes. Las madres que experimentan disforia pueden mostrar desmotivación, dificultad para disfrutar del cuidado del recién nacido y una sensación general de malestar emocional. Esta dimensión refleja el impacto emocional directo de la depresión postparto sobre la vida cotidiana, afectando tanto la esfera personal como la interacción con el entorno familiar [62].

B. Ansiedad

La ansiedad se manifiesta como una sensación de inquietud, tensión, miedo o preocupación excesiva, que en muchos casos puede no estar relacionada con un peligro real o inmediato. En el contexto de la depresión postparto, la ansiedad puede incluir preocupaciones constantes sobre la salud del bebé, la capacidad para cumplir con las responsabilidades maternas, la seguridad del hogar o la percepción de no estar cumpliendo con las expectativas sociales o propias. Esta dimensión puede coexistir con síntomas físicos como palpitaciones, sudoración, dificultad para dormir o sensación de agobio, y afecta directamente la capacidad de la madre para manejar situaciones cotidianas de manera tranquila [62,63].

C. Sentimiento de culpa

El sentimiento de culpa implica una autocrítica intensa y una percepción exagerada de responsabilidad por situaciones negativas, que pueden ser reales o imaginarias. En la depresión postparto, las madres suelen culparse por no cumplir con un ideal de maternidad, por dificultades en la lactancia, por sentir que no son lo suficientemente buenas o por experimentar emociones negativas hacia su hijo. Este sentimiento de culpa puede intensificar la angustia emocional y generar un círculo de autocrítica que perpetúa los síntomas depresivos, afectando la autoestima y la relación con el recién nacido [63].

D. Dificultad para concentrarse

Esta dimensión se refiere a la reducción de la capacidad para enfocar la atención, organizar pensamientos, planificar tareas o tomar decisiones, lo que repercute en la realización de actividades cotidianas y en la eficiencia del desempeño materno. En la depresión postparto, la dificultad para concentrarse puede manifestarse en olvidos frecuentes, dispersión de ideas, incapacidad para mantener la atención durante interacciones con el bebé o problemas en la ejecución de tareas domésticas y laborales. Esta alteración cognitiva contribuye a la sensación de incompetencia y aumenta el malestar emocional [64].

E. Ideación suicida

La ideación suicida se define como la presencia de pensamientos relacionados con autolesionarse o terminar con la propia vida, que pueden variar desde ideas pasajeras hasta planes detallados. En la depresión postparto, esta dimensión representa un riesgo crítico que requiere intervención inmediata, ya que las madres pueden sentirse abrumadas por la carga emocional y percibir que no tienen salida a sus dificultades. La identificación temprana de esta dimensión es fundamental para la derivación a servicios de salud mental especializados y para la implementación de estrategias de apoyo y prevención [65].

- **Síntomas de la depresión postparto**

Los síntomas más comunes incluyen tristeza persistente, pérdida de interés o placer, fatiga, alteraciones del sueño, sentimientos de culpa o inutilidad, ansiedad, dificultades de concentración e ideación suicida. En los casos más graves, pueden presentarse síntomas psicóticos. Estas manifestaciones interfieren en la capacidad de la madre para cuidar a su hijo y afectan el desarrollo físico y emocional del recién nacido [32,33]

- **Causas de la depresión posparto**

En primer término, desde el componente biológico, la depresión posparto se explica por una cascada neuroendocrina propia del puerperio: tras el alumbramiento ocurre un descenso abrupto de estrógeno y progesterona que, a su vez, modifica la oxitocina y la prolactina; asimismo, pueden presentarse desregulación del eje hipotálamo-hipófiso-adrenal (cortisol) y alteraciones tiroideas del posparto. De igual modo, la inflamación sistémica y la privación de sueño con disrupción del ritmo circadiano impactan en los sistemas serotoninérgico, dopaminérgico y GABAérgico, comprometiendo la regulación del ánimo; en consecuencia, estas variaciones incrementan la vulnerabilidad a síntomas depresivos durante las primeras semanas y meses posteriores al parto [34,35].

Por su parte, desde el componente genético, se reconoce una susceptibilidad heredable no determinista que potencia el riesgo cuando interactúa con factores ambientales. En este sentido, se han estudiado variantes como el transportador de serotonina (5-HTTLPR), el factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF), receptores de estrógeno y genes del eje hipotálamo-hipofisario-adrenal (HPA); además, mecanismos epigenéticos modulan la respuesta al estrés y la neurotransmisión. Así, aunque la predisposición genética aumenta la probabilidad de DPP, su expresión clínica depende del contexto psicosocial (antecedente depresivo, estrés, apoyo

social), por lo que la evaluación debe integrar ambas dimensiones para una detección y abordaje oportunos [34,35].

- **Trastornos en el postparto**

En el puerperio pueden presentarse otros trastornos del ánimo, como la disforia posparto o *baby blues*, caracterizada por labilidad emocional y síntomas leves de resolución espontánea, y la psicosis puerperal, una condición grave y poco frecuente que constituye una urgencia psiquiátrica, con alto riesgo para la madre y el recién nacido si no se trata de forma inmediata [36,37].

Escala de depresión posnatal de Edimburgo

La Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo (EPDS, por sus siglas en inglés) es una herramienta de cribado desarrollada por Cox y colaboradores en 1987 con el objetivo de identificar de forma temprana síntomas depresivos en mujeres durante el periodo posnatal [57]. Consta de 10 ítems autoadministrados que evalúan el estado emocional de la madre durante la última semana, utilizando una escala de cuatro puntos que oscila de 0 a 3 [58].

La EPDS es ampliamente utilizada a nivel internacional debido a su sencillez, rapidez y buena fiabilidad psicométrica. Diversos estudios han validado su uso en diferentes contextos culturales y lingüísticos, incluido el español [59]. Su punto de corte más habitual para sospechar depresión posparto es de ≥ 13 puntos, aunque algunos autores proponen umbrales menores para aumentar la sensibilidad de detección [59].

2.2.3. Factores de riesgo asociados a la depresión postparto

La depresión posparto es una condición multifactorial en la que intervienen variables sociodemográficas, psicológicas, obstétricas y económicas. La identificación de estos elementos es fundamental para la detección temprana y la implementación de estrategias preventivas [38].

A. Factores sociodemográficos

La edad materna extrema especialmente en adolescentes y mujeres mayores de 35 años se asocia a un mayor riesgo de desarrollar DPP [39,40]. El estado civil es otro factor relevante: las mujeres solteras, separadas o sin una red de apoyo estable presentan mayores probabilidades de sufrir depresión posparto, debido a la ausencia de soporte emocional y práctico [41]. El nivel educativo también influye; en algunos contextos, un menor grado de escolaridad se relaciona con una mayor vulnerabilidad por limitaciones en el acceso a información y recursos

[42]. Sin embargo, investigaciones en entornos urbanos han hallado que un mayor nivel educativo no siempre actúa como factor protector, ya que puede coexistir con mayores expectativas y presión social [43].

Asimismo, la residencia en zonas rurales o con servicios de salud limitados incrementa el riesgo, especialmente cuando se combina con condiciones de pobreza y escasa cobertura sanitaria [44].

B. Factores psicológicos

La historia previa de depresión, trastornos de ansiedad o episodios depresivos durante el embarazo constituye uno de los predictores más sólidos de DPP [45,46]. La presencia de acontecimientos vitales estresantes como conflictos de pareja, pérdidas familiares o problemas legales también se asocia de forma significativa con la aparición del trastorno [47]. El bajo apoyo social percibido, tanto de la pareja como de familiares o amistades, aumenta la vulnerabilidad psicológica en el puerperio [48]. Además, características de personalidad como el perfeccionismo, la baja autoestima y la escasa tolerancia a la frustración pueden intensificar la sintomatología depresiva [49].

C. Factores obstétricos

Ciertas condiciones obstétricas se han vinculado a un mayor riesgo de DPP, incluyendo embarazos no planificados, complicaciones durante la gestación, parto traumático y cesárea no electiva [50,51]. La morbilidad neonatal, como la presencia de malformaciones congénitas o la necesidad de ingreso del recién nacido en unidades de cuidados intensivos, representa una carga emocional importante para la madre [52].

Asimismo, la dificultad para establecer la lactancia materna exclusiva y las experiencias negativas durante el trabajo de parto han demostrado correlación con síntomas depresivos [53].

D. Factores económicos

La inseguridad económica, el desempleo y la dependencia financiera de la pareja son factores que incrementan la probabilidad de desarrollar DPP [54]. Las mujeres que experimentan dificultades para cubrir necesidades básicas, como alimentación o vivienda, suelen estar más expuestas a niveles elevados de estrés y ansiedad, lo que repercute en su salud mental [55]. Además, la ausencia de políticas públicas que faciliten licencias de maternidad adecuadas o acceso a cuidados infantiles asequibles puede perpetuar la sobrecarga y el aislamiento materno [56].

2.3 Formulación de hipótesis

2.2.3. Hipótesis general

Existen factores que se asocian a la depresión en mujeres atendidas en el C.S. Horacio Zevallos, Lima 2025

2.2.4. Hipótesis específicas

- Los factores sociodemográficos están asociados a depresión posparto en mujeres atendidas en el C.S. Horacio Zevallos.
- Los factores psicológicos están asociados a la depresión posparto en mujeres atendidas en el C.S. Horacio Zevallos Lima.
- Los factores obstétricos están asociados a la depresión posparto en mujeres atendidas en el C.S. Horacio Zevallos.
- Los factores económicos están asociados a la depresión posparto en mujeres atendidas en el C.S. Horacio Zevallos.

CAPITULO III METODOLOGIA

3.1 Método de la investigación

La investigación se desarrolló bajo el método hipotético – deductivo, dado que se partió de la formulación de hipótesis basadas en teorías sobre los factores asociados a la depresión postparto, para posteriormente contrastarlas mediante la recolección de datos [27].

3.2 Enfoque de la investigación

El enfoque fue cuantitativo, ya que se buscó analizar de manera numérica las variables relacionadas con la depresión postparto y sus factores asociados. Este enfoque permitió aplicar procedimientos estadísticos que posibilitaron identificar la significancia de las asociaciones encontradas [32].

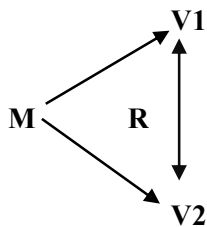
3.3 Tipo de investigación

Fue de tipo básico, orientado a ampliar el conocimiento existente sobre la depresión postparto en el contexto del primer nivel de atención. Tuvo como objetivo reunir datos sobre las características de los participantes del estudio [33].

3.4 Diseño de la investigación

El diseño del estudio fue observacional – no experimental, ya que no se manipularon las variables independientes, si no que se observaron tal como ocurren en el contexto real de la población [35]. Fue de corte transversal, puesto que este se midió en periodo de tiempo determinado [35]. Asimismo, este tuvo un nivel correlacional, puesto que se pretendió hallar como la variable 1 guarda relación con la variable 2 sin manipularlas ni establecer causalidad [35].

La relación entre las variables de investigación se representa en el siguiente esquema:



Donde:

V1: Factores asociados a la depresión postparto

V2: Depresión postparto

M: 80 púerperas atendidas en el C.S. Horacio Zeballos.

R: Relación entre variables

3.5 Población, muestra y muestreo:

Población

Se denomina población al conjunto total de elementos, individuos o casos que poseen determinadas características comunes y sobre los cuales se pretende realizar inferencias a partir de los resultados de investigación [35].

Para el presente estudio, la población estuvo constituida por todas las mujeres puérperas atendidas en el Centro de Salud Horacio Zevallos, Lima, durante el periodo comprendido entre julio y noviembre del 2025. Según los registros del establecimiento, se estima que en dicho periodo se atenderán aproximadamente $N = 86$ puérperas, considerando consultas de control postparto, controles de crecimiento y desarrollo (CRED) y consultas relacionadas con salud materna.

Muestra

La muestra es el subconjunto representativo de la población del cual se obtienen los datos necesarios para el estudio y que permite hacer inferencias respecto al total de la población [35].

Para calcular la muestra se empleó la siguiente fórmula:

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

Donde:

n: Tamaño de muestra buscando

N: Tamaño de la población (86)

Z: 1.96

P: 0.5

q: 1 -p

e: Máximo error, precisión deseada (0,05)

Reemplazando, obtenemos:

$$n = \frac{86 * 1,96^2 * 0,5 * 0,5}{0,03^2 * (86 - 1) + 1,96^2 * 0,5 * 0,5}$$

El tamaño muestral para la presente investigación estuvo conformado por $79.66 = 80$ puérperas.

Muestreo

El muestreo es el procedimiento mediante el cual se seleccionan los elementos que integrarán la muestra a partir de la población definida [35]. En este estudio se utilizó un muestreo probabilístico aleatorio simple, ya que todas las mujeres puérperas atendidas durante el periodo de estudio tendrán la misma probabilidad de ser seleccionadas [35].

Criterios de inclusión

Puérperas de parto eutócico cuya atención prenatal se realizó en centro de salud Horacio Zevallos,

Puérperas de parto distócico que realizaron su control prenatal en el establecimiento de salud Horacio Zevallos

Mujeres que se encuentran en la etapa de puerperio que firmen el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

Mujeres puérperas que fueron trasladadas a otros establecimientos por complicaciones durante el parto,

Puérperas de parto prematuro

Puérperas cuyo RN estén en UCIN

Mujeres que no están en la etapa de puerperio.

Puérperas que no firmen el consentimiento informado

3.6 Variables y operacionalización

El presente estudio constó de dos variables, la variable 1 son los factores asociados a la depresión postparto, que consta de cuatro dimensiones: sociodemográficas, psicológicas, obstétricas y económicos. La variable 2 es la depresión postparto, que cuyas dimensiones son: disforia, ansiedad, sentimiento de culpa, dificultar para concentrarse e ideación suicida. Esto se evidencia en la siguiente matriz de operacionalización.

Matriz de operacionalización

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Escala valorativa
Variable 1: Factores asociados a la depresión postparto	La depresión posparto es una condición multifactorial en la que intervienen variables sociodemográficas, psicológicas, obstétricas y económicas [38]	Se medirá mediante sus cuatro dimensiones: Sociodemográficas, psicológicas, obstétricas y económicas.	Sociodemográficas			0-2 = ausente 3-5 = presente
			Psicológicos		Ordinal Dicotomica	0-2 = ausente 3-5 = presente
			Obstétricos		Si = 1 No = 0	0-3 = ausente 4-7 = presente
			Económicos		0-2 = ausente 3-5 = presente	

Variable 2: Depresión postparto	La depresión postparto se define como un episodio depresivo mayor que comienza generalmente en las primeras cuatro semanas después del parto, aunque puede aparecer a lo largo del primer año [31]	Se evaluará mediante la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo (EPDS), validada en español. Un puntaje ≥ 13 puntos indicarán posible depresión postparto [63]	Disforia	Escala de Likert	< 10: sin riesgo de depresión postparto
			Ansiedad		
			Sentimiento de culpa		
			Dificultar para concentrarse		
			Ideación suicida		>12 = sospecha de depresión postparto
				a = 0	10– 12: límite para riesgo de depresión postparto
				b = 1	
				c = 2	
				d = 3	

3.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.7.1. Técnica

La técnica se refiere al método o procedimiento que se utiliza para recolectar los datos en una investigación. Es la manera en que se lleva a cabo el proceso de recolección de información, y está relacionada con los instrumentos que se emplean para obtener los datos [36]. Para la recolección de datos se empleó la técnica de encuesta estructurada, la cual permite recolectar datos de forma sistemática, uniforme y comparable entre todas las participantes, asegurando la objetividad de la información obtenida [36].

3.7.2. Descripción de Instrumentos

Se utilizaron dos instrumentos principales. El primero fue un cuestionario de datos sobre factores asociados a la depresión postparto, elaborada por la investigadora en base a la revisión de literatura y adaptada del modelo utilizado por Cancho y Dianderas (2022). Este cuestionario incluyó preguntas cerradas de tipo dicotómico y de opción múltiple, organizadas en torno a la variable independiente “Factores asociados a la depresión postparto” y distribuidas en cuatro dimensiones: sociodemográficas (edad, estado civil, nivel educativo, ocupación y lugar de residencia), psicológicas (antecedentes de depresión o ansiedad, apoyo social, eventos vitales estresantes), obstétricas (tipo de parto, complicaciones obstétricas, lactancia materna, morbilidad neonatal) y económicas (ingresos familiares, tipo de empleo y seguridad económica).

El segundo instrumento fue la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS), validada y adaptada al español por Villanueva (2022) [60]. Este cuestionario consta de 10 ítems con cuatro alternativas de respuesta cada uno, que evalúan la presencia e intensidad de síntomas depresivos durante el puerperio. Cada ítem se puntúa de 0 a 3, obteniéndose un puntaje total que varía entre 0 y 30. Un puntaje igual o superior a 13 puntos se considera indicativo de posible depresión postparto. La EPDS es autoaplicada y requiere aproximadamente de 5 a 10 minutos para ser completada. En estudios previos realizados en población peruana, ha demostrado una alta consistencia interna, con valores de alfa de Cronbach superiores a 0,80.

La aplicación de los instrumentos se llevó a cabo de manera presencial en el consultorio de puerperio del Centro de Salud Horacio Zevallos. Previamente, se solicitó a cada participante la firma del consentimiento informado, explicando los objetivos del estudio, los beneficios esperados y las medidas de confidencialidad. Una vez obtenido el

consentimiento, se entregará primero la ficha de recolección de datos y, posteriormente, la EPDS, para que sean completadas de forma individual, brindando la investigadora el acompañamiento necesario en caso de presentarse dudas.

3.7.3. Descripción de instrumentos

Tabla 2 Ficha técnica del instrumento de la Variable 1

Nombre del instrumento	Cuestionario de factores asociados a la depresión postparto
Autor y año	Validado por Cancho & Dianderas (2022)
Nacionalidad	Peruana
Tiempo de aplicación	20 minutos
Sujetos de aplicación	Puérperas atendidas en el Centro de Salud Horacio Zevallos, Ate – Lima
Objetivo	Obtener información sobre las características sociodemográficas, psicológicas, obstétricas y económicas que puedan estar asociadas a la depresión postparto
Dimensiones que evalúa	Sociodemográficas, psicológicas, obstétricas, económicas
Escala de medición	Ordinal, Dicotomica
Escala valorativa	0-2 = ausente 3-5 = presente

Tabla 3 Ficha técnica del instrumento de la Variable 2

Nombre del instrumento	Cuestionario del Test de Edimburgo (EDPP)
Autor y año	Cox, Holden y Sagovsky (1987); validada en español en Perú por Villanueva (2022)
Tiempo de aplicación	5 a 10 minutos
Sujetos de aplicación	Puérperas
Objetivo	Detectar la presencia e intensidad de síntomas depresivos en el postparto
Dimensiones que evalúa	Estado afectivo, funcionamiento cognitivo, funcionamiento conductual
Escala de medición	Ordinal
Escala valorativa	0–9: Sin depresión 10–12: Riesgo de depresión ≥ 13: Depresión probable

3.7.4. Validación

La validez se refiere al grado en que un instrumento mide realmente la variable que pretende medir, mientras que la confiabilidad se refiere a la consistencia de los resultados obtenidos en mediciones repetidas [61].

El primer instrumento, fue sometido a validación por juicio de expertos, donde cinco especialistas licenciados en enfermería revisaron exhaustivamente los ítems y dieron la aprobación para la aplicación del instrumento [66].

En cuanto a la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS), se empleará la versión validada en español por Villanueva (2022) [60], que ha mostrado validez de constructo y adecuada capacidad de discriminación para identificar casos de depresión postparto.

En el presente estudio, los cuestionarios serán sometidos a prueba de validación de contenido mediante el juicio de tres expertos. Cada experto evaluará la pertinencia, claridad, relevancia y coherencia de los ítems.

3.7.5. Confiabilidad

La confiabilidad se refiere a la estabilidad y consistencia de los resultados obtenidos al aplicar un instrumento en condiciones similares [63].

El instrumento 1, se halló la confiabilidad a través del coeficiente de Kuder y Richardson, que es una medida estadística utilizada para evaluar la fiabilidad o consistencia interna de un test o escala de respuestas dicotómicas [63], del cual se obtuvo un valor de $KR20 = 0.92$ [66].

El instrumento 2, se halló la confiabilidad a través del alfa de Cronbach, medida estadística que se utiliza para evaluar la consistencia interna de un conjunto de ítems en un test o cuestionario. El valor del alfa de Cronbach es de 0.802 [60].

Para el presente estudio, se realizará una prueba piloto con 12 puérperas que cumplan criterios similares a las participantes de la muestra, con el objetivo de verificar la claridad de las preguntas y estimar el tiempo de aplicación. En esta prueba se calculará el coeficiente alfa de Cronbach para cada instrumento.

3.8 Procesamiento y análisis de datos

Los datos obtenidos fueron revisados manualmente al finalizar cada jornada de recolección, con el fin de identificar y corregir posibles errores u omisiones. Posteriormente, la información fue codificada y registrada en una base de datos elaborada en el programa Microsoft Excel 2021, asignando un código numérico a cada respuesta para facilitar el análisis estadístico.

El análisis de los datos se llevó a cabo utilizando el software estadístico IBM SPSS 27. Se aplicó estadística descriptiva para caracterizar la muestra y resumir los resultados de cada variable. Para las variables cualitativas se emplearon frecuencias absolutas y relativas (porcentajes), mientras que para las variables cuantitativas se calcularán medidas de tendencia central (media y mediana) y de dispersión (desviación estándar) [64].

En el análisis inferencial, se utilizó la prueba Chi cuadrado para determinar la asociación entre la variable dependiente (depresión postparto) y cada una de las dimensiones de la variable independiente (factores sociodemográficos, psicológicos, obstétricos y económicos). Se considerará un nivel de significancia estadística de $p < 0,05$. En los casos en que no se cumplan los supuestos para aplicar Chi cuadrado, se empleó la prueba exacta de Fisher.

Asimismo, se calculó la razón de prevalencias (RP) con sus respectivos intervalos de confianza al 95% (IC 95%) para estimar la fuerza de asociación entre las variables independientes y la depresión postparto. Los resultados se presentarán en tablas y gráficos para facilitar su interpretación y discusión.

3.9 Aspectos éticos

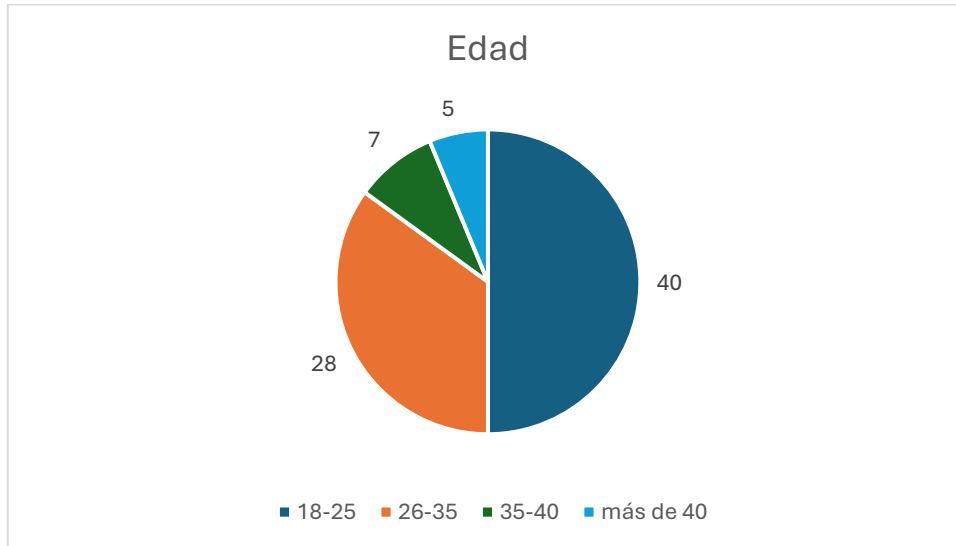
Para la ejecución de esta investigación se solicitó la aprobación del Comité de Ética en Investigación de la Universidad Privada Norbert Wiener. En esta investigación se hizo uso del Informe de Belmont, que establece principios fundamentales para la protección de los participantes, como el respeto por las personas, que asegura la autonomía de los participantes a través del consentimiento informado, el cual será aplicado a todas las participantes de este estudio. De acuerdo con el principio de beneficencia, se maximizarán los beneficios y se minimizarán los riesgos, garantizando la derivación a servicios de salud mental si se detecta un alto riesgo de depresión postparto. Asimismo, se seguirá el principio de justicia, asegurando la equidad en el trato a todas las participantes. Además, se aplicarán los principios de la Declaración de Helsinki, que establece la prioridad del bienestar de los participantes sobre los intereses científicos, asegurando la confidencialidad de los datos y protegiendo la privacidad de cada participante. De igual forma, todas las fuentes empleadas serán citadas correctamente de acuerdo al formato de Vancouver, para darle a cada autor el mérito correspondiente. Posteriormente, se gestionará una carta de presentación dirigida a la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Este (DIRIS Lima Este). Se aplicará el consentimiento informado a todas las participantes, garantizando su autonomía, la confidencialidad de los datos y el derecho a retirarse en cualquier momento.

CAPITULO IV PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

4.1 Resultados

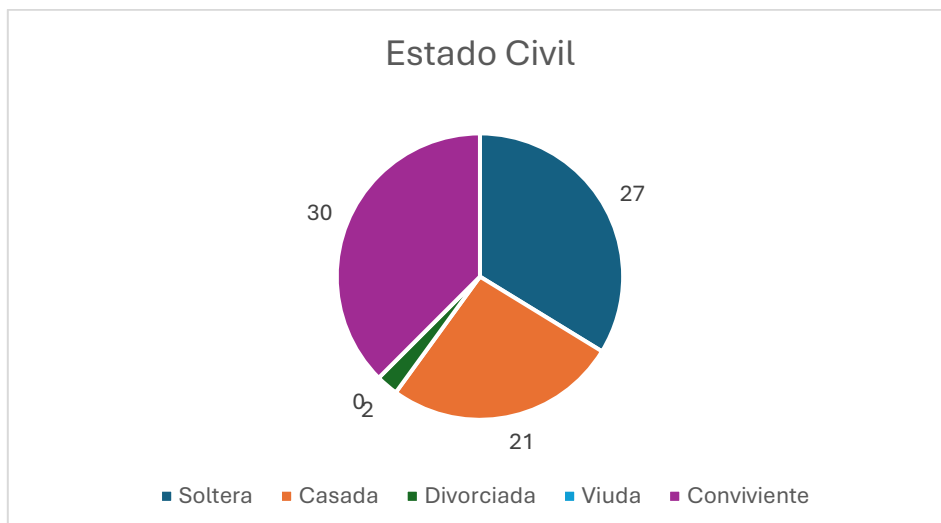
Datos Generales

Figura 1. Edad de las encuestadas



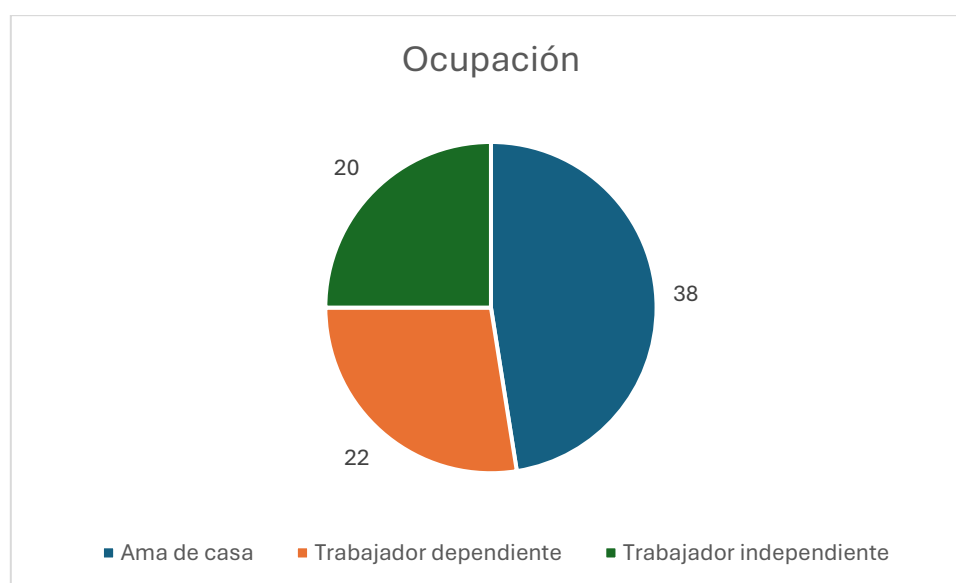
El gráfico muestra que la mayoría de las púerperas encuestadas se encuentran en el rango de 18 a 25 años (40), seguido por el grupo de 26 a 35 años (28), lo que indica que la población participante es mayoritariamente joven. En menor proporción aparecen las mujeres de 35 a 40 años (7) y las de más de 40 (5). Esta distribución sugiere que la experiencia del puerperio en esta muestra está representada principalmente por mujeres en etapas tempranas de la adultez.

Figura 2. Estado civil de las encuestadas



El gráfico muestra que la mayoría de las puérperas encuestadas se encuentran en una de dos situaciones predominantes: solteras (27) o convivientes (30), lo que indica que gran parte de ellas atraviesa el puerperio sin un matrimonio formal, aunque muchas sí cuentan con una pareja conviviente. En menor proporción aparecen las mujeres casadas (21), mientras que las categorías de divorciada y viuda son prácticamente inexistentes (2 y 0, respectivamente). Esta distribución sugiere que las dinámicas familiares y de apoyo durante el puerperio varían considerablemente.

Figura 3. Ocupación de las encuestadas



El gráfico muestra que la ocupación más frecuente entre las puérperas encuestadas es la de ama de casa (38), lo que sugiere que una gran parte de ellas dedica su tiempo principalmente al hogar y al cuidado familiar. Le siguen las trabajadoras dependientes (22), quienes combinan el puerperio con responsabilidades laborales formales, y las trabajadoras independientes (20), que probablemente manejan horarios más flexibles pero también enfrentan demandas económicas y laborales propias. En conjunto, estos datos reflejan una diversidad de contextos laborales, con predominio de mujeres dedicadas al hogar, pero con una presencia notable de madres que continúan desempeñando actividades remuneradas durante el puerperio.

4.1.1. Análisis descriptivo de resultados

Tabla 1. Ítem 1 Dimensión factores sociodemográficos

	f	%
Si	26	32.5%
No	54	67.5%

De la tabla 1, que corresponde al ítem para conocer si la encuestada vive en un asentamiento humano, se tiene que de las 80 encuestadas, 26 de ellas si viven en un asentamiento humano, mientras que las 54 restantes residen en otro lugar.

Tabla 2. Ítem 2 dimensión factores sociodemográficos

	f	%
Si	32	40%
No	48	60%

De la tabla 2, que corresponde al ítem para conocer si la cuenta con un trabajo, se tiene que de las 80 encuestadas, 32 de ellas si poseen un trabajo, mientras que los 48 restantes no cuentan con un trabajo definido.

Tabla 3. Ítem 3 dimensión factores sociodemográficos

	f	%
Si	65	81.2%
No	15	18.8%

De la tabla 3, que corresponde al ítem para conocer si la pareja de la encuestada trabaja, se tiene que de las 80 encuestadas, solo 15 de ellas tienen una pareja que trabaja, las parejas de las 65 encuestadas restantes no cuenta con un trabajo establecido.

Tabla 4. Ítem 4 dimensión factores sociodemográficos

	f	%
Si	60	75%
No	20	25%

De la tabla 4, que corresponde al ítem para conocer si la tiene un centro de salud cerca a su domicilio, se tiene que de las 80 encuestadas, 60 de ellas si tienen un centro de salud cerca al que pueden acudir, mientras que las 20 restantes no tiene un centro médico cerca.

Tabla 5. Ítem 5 dimensión factores sociodemográficos

	f	%
Si	56	70%
No	24	30%

De la tabla 5, que corresponde al ítem para conocer si se atiende en un centro de salud, se tiene que de las 80 encuestadas, 56 de ellas si se atienden en un centro de salud, mientras que las 24 restantes no lo hacen.

Tabla 6. Ítem 1 dimensión factores psicológicos

	f	%
Si	51	63.8%
No	29	36.2%

De la tabla 6, que corresponde al ítem para conocer la encuestada vive con su pareja, se tiene que de las 80 encuestadas, 51 de ellas si mantienen una convivencia con su pareja, mientras que las 29 restantes no lo hacen.

Tabla 7. Ítem 2 dimensión factores psicológicos

	f	%
Si	29	41.4%
No	41	58.6%

De la tabla 7, que corresponde al ítem para conocer la encuestada mantiene una buena comunicación con su pareja, se tiene que de las 80 encuestadas, 29 de ellas si mantienen una buena comunicación con su pareja, mientras que las 41 restantes no lo hacen.

Tabla 8. Ítem 3 dimensión factores psicológicos

	f	%
Si	16	20%
No	64	80%

De la tabla 8, que corresponde al ítem para conocer si la pareja de la encuestada le alza la voz cuando discuten, se tiene que de las 80 encuestadas, a 16 de ellas si les alzan la voz, mientras que a las 64 restantes no lo hacen.

Tabla 9. Ítem 4 dimensión factores psicológicos

	f	%
Si	7	8.8%
No	73	91.2%

De la tabla 9, que corresponde al ítem para conocer si las encuestadas sufren de agresión física por parte de sus parejas, 7 de ellas manifiestan si recibir agresión física, mientras que las otras 73 no reciben este tipo de agresión.

Tabla 10. Ítem 5 dimensión factores psicológicos

	f	%
Si	35	43.8%
No	45	56.2%

De la tabla 10, que corresponde al ítem para conocer si la encuestada presenta dificultades para realizar sus actividades, se tiene que 35 de ellas si cuentan con dichas dificultades, mientras que, 45 de ellas no lo hacen.

Tabla 11. Ítem 1 dimensión factores obstétricos

	f	%
Si	49	61.3%
No	31	38.7%

De la tabla 11, que corresponde al ítem para conocer si la encuestada es madre primeriza, se tiene que 49 de ellas están teniendo a su primer hijo, mientras que las 31 restantes tienen más de un hijo.

Tabla 12. Ítem 2 dimensión factores obstétricos

	f	%
Si	11	13.8%
No	69	86.2%

De la tabla 12, que corresponde al ítem para conocer si la encuestada ha tenido algún aborto, 11 de ellas manifiestan haber sufrido de algún aborto anteriormente, mientras que las otras 69 no lo han experimentado.

Tabla 13. Ítem 3 dimensión factores obstétricos

	f	%
Si	25	31.3%
No	55	68.8%

De la tabla 13, que corresponde al ítem para conocer si la encuestada ha tenido un parto natural, se tiene que solo 25 de ellas si tuvieron este tipo de parto, mientras que las otras 55 no lo tuvieron.

Tabla 14. Ítem 4 dimensión factores obstétricos

	f	%
Si	41	51.3%
No	39	48.7%

De la tabla 14, que corresponde al ítem para conocer si el embarazo de la encuestada ha sido planificado, 41 de ellas manifiestan que su embarazo si fue planeado, mientras que 39 de ellas no planificaron su embarazo

Tabla 15. Ítem 5 dimensión factores obstétricos

	f	%
Si	22	27.5%
No	58	72.5%

De la tabla 15, que corresponde al ítem para conocer si la encuestada tuvo complicaciones durante el parto, se tiene que 22 de ellas si presentaron complicaciones, mientras que 58 de ellas tuvieron un parto tranquilo.

Tabla 16. Ítem 6 dimensión factores obstétricos

	f	%
Si	21	26.3%
No	59	73.7%

De la tabla 16, que corresponde al ítem para conocer si la encuestada tuvo enfermedades durante el embarazo, se tiene que 21 de ellas si sufrieron alguna enfermedad, mientras que las otras 59 tuvieron un embarazo tranquilo.

Tabla 17. Ítem 7 dimensión factores obstétricos

	f	%
Si	26	32.5%
No	54	67.5%

De la tabla 17, que corresponde al ítem para conocer si la encuestada presenta dificultades en la lactancia, se tiene que 26 de ellas tiene dificultades para dar de lactar, mientras que las otras 54 no presentó ninguna dificultad.

Tabla 18. Ítem 1 dimensión factores económicos

	f	%
Si	31	38.7%
No	49	61.3%

De la tabla 18, que corresponde al ítem para conocer el ingreso mensual de las encuestadas, se tiene que 31 de ellas recibe menos del sueldo mínimo en su hogar, mientras que 49 de ellas menciona tener mayores ingresos económicos.

Tabla 19. Ítem 2 dimensión factores económicos

	f	%
Si	59	73.7%
No	21	26.3%

De la tabla 19, que corresponde al ítem para conocer si la encuestada recibe apoyo económico por parte de su pareja, 59 de ellas manifiesta si recibir ese tipo de apoyo, mientras que las otras 21 mencionan no obtener ese apoyo.

Tabla 20. Ítem 3 dimensión factores económicos

	f	%
Si	39	48.7%
No	41	51.3%

De la tabla 20, que corresponde al ítem para conocer si la encuestada recibe apoyo económico por parte de sus familiares, 39 de ellas si cuentan con dicho apoyo por parte de sus familiares, mientras que 41 de ellas no lo perciben.

Tabla 21. Ítem 4 dimensión factores económicos

	f	%
Si	31	38.7%
No	49	61.3%

De la tabla 21, que corresponde al ítem para conocer si la encuestada tiene deudas con los bancos o personas, 31 de ellas si presenta deudas con alguna entidad financiera o con un prestador, mientras que 49 de ellas no presentan deudas.

Tabla 22. Ítem 5 dimensión factores económicos

	f	%
Si	29	36.3%
No	51	63.8%

De la tabla 22, que corresponde al ítem para conocer si la economía de la encuestada es suficiente para obtener cosas básicas para el hogar, solo 29 de ellas menciona que si, mientras que 51 de ellas manifiesta no contar con la economía suficiente para cumplir con estas cosas básicas.

Tabla 23. Ítem 1 dimensión depresión postparto

	f	%
Tanto como siempre	28	35.0%
No tanto ahora	11	13.8%
Mucho menos ahora	16	20.0%
No, nada	25	31.3%

De la tabla 23, se tiene que la mayoría sigue manteniendo su capacidad habitual para reír y ver el lado positivo, esto indica buen nivel de bienestar en este grupo. Un grupo casi igual de grande afirma no poder reír ni ver el lado divertido. También representa un grupo relevante que ha notado un deterioro en esta capacidad, aunque no tan extremo. Por último una minoría ha experimentado un descenso leve.

Tabla 24. Ítem 2 dimensión depresión postparto

	f	%
Tanto como siempre	16	20.0%
No tanto ahora	19	23.8%
Mucho menos ahora	20	25.0%
No, nada	25	31.3%

La tabla 24 muestra que de las 80 encuestadas, solo 15 siguen disfrutando mirar hacia adelante “tanto como siempre”, mientras que una mayoría presenta algún grado de

disminución en esta sensación: 19 personas indican que “no tanto ahora”, 20 que “mucho menos ahora” y 25 que “no, nada”. Esto refleja una tendencia clara hacia la pérdida de motivación o ilusión por el futuro, ya que quienes experimentan una baja leve o fuerte (64 en total) superan ampliamente a quienes mantienen su nivel habitual, lo que sugiere un estado emocional general marcado por desánimo, incertidumbre o agotamiento.

Tabla 25. Ítem 3 dimensión depresión postparto

	f	%
sí, la mayor parte del tiempo	19	23.8%
Si, a veces	21	26.3%
No con mucha frecuencia	21	26.3%
No, nunca	19	23.8%

La tabla 25 muestra una distribución bastante equilibrada respecto a la tendencia a culparse innecesariamente cuando las cosas salen mal: 21 encuestadas dicen que sí, la mayor parte del tiempo, y otras 21 que sí, a veces, lo que indica que una proporción considerable experimenta autocrítica excesiva con frecuencia. Por otro lado, 19 encuestadas afirman que no ocurre con mucha frecuencia y otras 19 que nunca, reflejando que casi la mitad del grupo no suele caer en este patrón. En conjunto, los datos sugieren que la autoculpabilización es un fenómeno presente en una parte significativa de la población evaluada, pero no predominante de manera contundente, mostrando dos grupos casi iguales entre quienes se culpan a menudo y quienes no.

Tabla 26. Ítem 4 dimensión depresión postparto

	f	%
No, nunca	19	23.8%
Casi nunca	23	28.8%
Si, a veces	16	20.0%
Con mucha frecuencia	22	27.5%

La tabla indica que una parte considerable de las encuestadas ha experimentado nerviosismo o inquietud sin un motivo claro: 23 respondieron “casi nunca” y 16 “sí, a veces”, lo que muestra que, aunque no constante, este malestar aparece con cierta frecuencia en muchos casos. Además, 22 encuestadas señalaron sentirlo “con mucha frecuencia”, una

cifra relevante que sugiere niveles elevados de ansiedad en un grupo significativo. Solo 19 afirmaron “no, nunca”, por lo que la mayoría ha experimentado este estado en algún grado.

Tabla 27. Ítem 5 dimensión depresión postparto

	f	%
Si, bastante	18	22.5%
A veces	17	21.3%
No, no mucho	20	25.0%
No, nunca	25	31.3%

La tabla 27 muestra que la mayoría de las encuestadas ha experimentado miedo o sensación de estar asustadas sin un motivo claro en algún grado: 17 respondieron que les ocurre “a veces” y 20 que “no, no mucho”, lo que refleja presencia ocasional pero perceptible de este estado emocional. Además, 18 encuestadas indicaron sentirlo “sí, bastante”, lo que evidencia un nivel significativo de malestar en una parte del grupo. Solo 25 afirmaron “no, nunca”, siendo el grupo más numeroso, aunque no mayoritario respecto al conjunto de quienes sí han tenido esta experiencia. En general, los datos sugieren que este tipo de temor injustificado aparece con frecuencia variable, pero está presente en una proporción considerable de la población evaluada.

Tabla 28. Ítem 6 dimensión depresión postparto

	f	%
Si, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto	22	27.5%
Si, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre	24	30.0%
No, la mayor parte del tiempo no he hecho las cosas bien	16	20.0%
No, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre	18	22.5%

La tabla 28 refleja que un número importante de encuestadas se ha sentido abrumado por las cosas: 24 indican que “a veces” no han podido hacerlas tan bien como siempre y 22 que, durante la mayor parte del tiempo, no han podido realizarlas en absoluto, lo que evidencia un nivel elevado de saturación o estrés en una parte considerable del grupo. Por otro lado, 18 encuestadas señalan que la mayoría del tiempo han podido hacerlas bien y 16 que las han hecho tan bien como siempre, conformando un grupo que parece mantener mayor estabilidad. En conjunto, los resultados muestran un equilibrio entre quienes han

sentido un impacto significativo en su desempeño y quienes se han mantenido estables, aunque la suma de quienes presentan dificultades es ligeramente mayor, sugiriendo una tendencia hacia el agotamiento o la sobrecarga.

Tabla 29. Ítem 7 dimensión depresión postparto

	f	%
Si, la mayor parte del tiempo	22	27.5%
Si, a veces	18	22.5%
No con mucha frecuencia	18	22.5%
No, nunca	22	27.5%

La tabla 29 muestra una distribución bastante equilibrada respecto a experimentar dificultades para dormir por sentirse desdichada: 22 encuestadas afirman que les ocurre “sí, la mayor parte del tiempo” y otras 18 “sí, a veces”, indicando que una parte significativa del grupo enfrenta este malestar con frecuencia variable. En contraste, 18 de ellas señalan que no les sucede con mucha frecuencia y 22 que “nunca”, conformando un grupo igualmente numeroso que no presenta este síntoma de forma habitual. En conjunto, los resultados revelan dos mitades casi equivalentes: una que sí ha tenido problemas de sueño asociados al desánimo y otra que no, lo que sugiere experiencias emocionales muy diversas dentro del mismo colectivo.

Tabla 30. Ítem 8 dimensión depresión postparto

	f	%
Si, la mayor parte del tiempo	18	22.5%
Si, bastante a menudo	25	31.3%
No con mucha frecuencia	16	20.0%
No, nunca	21	26.3%

La tabla 30 muestra que una parte considerable de las personas ha experimentado tristeza con frecuencia: 25 indican que “sí, bastante a menudo” y 18 que “sí, la mayor parte del tiempo”, lo que refleja un nivel elevado de malestar emocional en un segmento importante del grupo. Por otro lado, 16 señalan que no les ocurre con mucha frecuencia y 21 que “nunca”, conformando un grupo algo menor pero también significativo que no

experimenta este sentimiento de forma habitual. En conjunto, los datos evidencian que predominan quienes sí se han sentido tristes o desgraciadas en distintos grados, sugiriendo un estado emocional general marcado por la tristeza en una proporción relevante de la población evaluada.

Tabla 31. Ítem 9 dimensión depresión postparto

	f	%
Si, la mayor parte del tiempo	13	16.3%
Si, bastante a menudo	17	21.3%
No con mucha frecuencia	20	25.0%
No, nunca	30	37.5%

El gráfico muestra que una parte importante de las encuestadas ha llegado a sentirse tan desdichada que ha llorado: 30 indican que “nunca”, siendo el grupo más numeroso, pero le siguen de cerca quienes sí han vivido esta experiencia, ya sea “no con mucha frecuencia” (20), “bastante a menudo” (17) o “la mayor parte del tiempo” (13). Esto revela que, aunque la respuesta más frecuente es la ausencia de llanto asociado a la desdicha, más de la mitad del grupo ha experimentado este nivel de malestar en algún grado, lo que sugiere presencia relevante de emociones intensas o de vulnerabilidad emocional.

Tabla 32. Ítem 10 dimensión depresión postparto

	f	%
Si, bastante a menudo	20	25.0%
A veces	22	27.5%
Casi nunca	18	22.5%
No, nunca	20	25.0%

El gráfico muestra que, aunque la mayoría de las encuestadas no ha tenido la idea de hacerse daño, una parte relevante sí la ha experimentado en algún grado. El grupo más numeroso es el de quienes responden “no, nunca” (20), seguido por quienes indican “casi nunca” (22), lo que sugiere que para muchas personas esta idea ha aparecido de forma muy esporádica o nula. Sin embargo, 18 reconocen haberla tenido “a veces” y 20 “bastante a menudo”, cifras que revelan un nivel de riesgo emocional significativo en una proporción importante del grupo. En conjunto, los resultados indican que, aunque la mayoría no convive

de manera constante con este pensamiento, existe una presencia considerable de ideación autolesiva que merece atención y abordaje cuidadoso.

Tabla 33. Resultados de la dimensión Factores sociodemográficos

Sociodemográficos	Frecuencia	Porcentaje
Ausente (0–2)	22	27.50%
Presente (3–5)	58	72.50%

De la tabla 1, se tiene que la mayoría de las puérperas evaluadas (72.5%) presenta factores sociodemográficos asociados a riesgo de depresión postparto. Esto implica que gran parte de las madres convive con condiciones como: vivir en zonas vulnerables, no contar con trabajo estable o enfrentar limitaciones en el acceso y uso de servicios de salud. Este hallazgo revela que los factores del entorno social son predominantes en esta población y podrían constituir un determinante importante en la aparición de sintomatología depresiva postparto.

Tabla 34. Resultados de la dimensión Factores psicológicos

Psicológicos	Frecuencia	Porcentaje
Ausente (0–2)	58	72.50%
Presente (3–5)	22	27.50%

De la tabla 2, se evidencia que la mayoría de puérperas (72.5%) no presenta factores psicológicos de riesgo. Es decir, la mayor parte de las mujeres reportaron: buena comunicación con su pareja, ausencia de agresión física o verbal, adecuada estabilidad emocional y menor dificultad para la concentración. Solo un 27.5% mostró condiciones psicológicas que podrían predisponer a depresión postparto. Esto sugiere que los factores psicológicos no son predominantes en la población estudiada, aunque en el subgrupo afectado pueden ejercer un impacto relevante.

Tabla 35. Resultados de la dimensión Factores obstétricos

Obstétricos	Frecuencia	Porcentaje
Ausente (0–3)	61	76.20%
Presente (4–7)	19	23.80%

De la tabla 3, se observa que los factores obstétricos asociados a depresión postparto están presentes en el 23.8% de las puérperas. La mayoría de mujeres (76.2%) no presenta antecedentes obstétricos relevantes, como: abortos previos, complicaciones durante el embarazo o el parto, dificultad en la lactancia y enfermedades gestacionales. Por tanto, los factores obstétricos no son el componente principal del riesgo en esta población. Sin embargo, en casi una cuarta parte de la muestra sí se observaron aspectos obstétricos que pueden influir en el desarrollo de depresión postparto, por lo que merecen atención clínica.

Tabla 36. Resultados de la dimensión Factores económicos

Económico	Frecuencia	Porcentaje
Ausente (0–2)	45	56.20%
Presente (3–5)	35	43.80%

De la tabla 4, se tiene que casi la mitad de las puérperas (43.8 %) presenta factores económicos de riesgo, como: ingreso económico insuficiente, dependencia del apoyo familiar o de la pareja, presencia de deudas o dificultades para cubrir gastos básicos del hogar. Esto revela que las condiciones económicas constituyen un determinante importante en el bienestar emocional de las puérperas, ya que un porcentaje considerable enfrenta limitaciones financieras que podrían incrementar su vulnerabilidad a la depresión postparto.

Tabla 37. Resultados de la variable Depresión posparto

Depresión posparto	Frecuencia	Porcentaje
<10 Sin riesgo	7	8.80%
10–12 Límite	13	16.20%
>12 Sospecha	60	75.00%

De la tabla 5, los resultados muestran una alta prevalencia de sospecha de depresión posparto, ya que: 75 % de las puérperas obtiene puntajes >12, lo cual sugiere un riesgo elevado o presencia probable de depresión posparto. Un 16.2 % se encuentra en rango límite, es decir, presenta síntomas que requieren seguimiento. Solo un 8.8 % no presenta riesgo. Esto indica que la depresión posparto es un problema significativo en la población estudiada, siendo necesario fortalecer las estrategias de detección precoz, apoyo emocional y acompañamiento posparto en los centros de salud.

4.1.2. Prueba de hipótesis

Para contrastar las hipótesis del estudio se empleó la prueba Chi cuadrado de independencia, por tratarse de variables categóricas. Esta prueba permitió determinar si existe asociación estadísticamente significativa entre cada uno de los factores (sociodemográficos, psicológicos, obstétricos y económicos) y la depresión posparto.

Hipótesis general

H0: No existen factores que se asocian a la depresión en mujeres atendidas en el C.S. Horacio Zevallos, Lima 2025

H1: Existen factores que se asocian a la depresión en mujeres atendidas en el C.S. Horacio Zevallos, Lima 2025

Tabla 38. Resultados de la hipótesis general

Factor	Chi-Square	df	Sig.
Sociodemográficos	25.406	10	0.004
Psicológicos	10.629	8	0.224
Obstétrico	26.022	12	0.011
Económico	12.607	8	0.126

Los resultados de la prueba de Chi-cuadrado evidenciaron que los factores sociodemográficos ($p = 0.004$) y obstétricos ($p = 0.011$) presentan una asociación estadísticamente significativa con la depresión postparto, mientras que los factores psicológicos y económicos no mostraron relación significativa ($p = 0.224$ y $p = 0.126$, respectivamente). Estos hallazgos indican que, en conjunto, sí existen factores que se asocian a la depresión postparto en las puérperas atendidas en el C.S. Horacio Zevallos, por lo que se acepta la hipótesis general del estudio, confirmando que determinadas características sociales y obstétricas influyen en la probabilidad de presentar sintomatología depresiva después del parto.

Hipótesis Específica 1

H0: Los factores sociodemográficos no están asociados a depresión posparto en mujeres atendidas en el C.S. Horacio Zevallos.

H1: Los factores sociodemográficos están asociados a depresión posparto en mujeres atendidas en el C.S. Horacio Zevallos.

Tabla 39. Resultados de la hipótesis específica 1

Factor	Chi-Square	df	Sig. (p valor)
Sociodemográficos	25.406	10	0.004

Dado que el p valor es menor que 0.05, se concluye que existe una asociación estadísticamente significativa entre los factores sociodemográficos y la depresión postparto en las puérperas atendidas en el C.S. Horacio Zevallos.

Esto significa que los elementos sociodemográficos evaluados, como vivir en asentamiento humano, tener trabajo, trabajo de la pareja, existencia de un centro de salud cercano y el uso del servicio, influyen de manera importante en la probabilidad de presentar síntomas de depresión postparto.

Hipótesis Específica 2

H0: Los factores psicológicos no están asociados a depresión posparto en mujeres atendidas en el C.S. Horacio Zevallos.

H1: Los factores psicológicos están asociados a depresión posparto en mujeres atendidas en el C.S. Horacio Zevallos

Tabla 40. Resultados de la hipótesis específica 2

Factor	Chi-Square	df	Sig. (p valor)
Psicológicos	10.629	8	0.224

Dado que el p valor es mayor que 0.05, se concluye que no existe una asociación estadísticamente significativa entre los factores psicológicos y la depresión postparto en las puérperas atendidas en el C.S. Horacio Zevallos.

Esto indica que variables como convivencia con la pareja, calidad de la comunicación, presencia de agresión verbal o física y dificultad de concentración, no mostraron relación significativa con la aparición de síntomas de depresión postparto en esta población.

Hipótesis Específica 3

H0: Los factores obstétricos no están asociados a depresión posparto en mujeres atendidas en el C.S. Horacio Zevallos.

H1: Los factores obstétricos están asociados a depresión posparto en mujeres atendidas en el C.S. Horacio Zevallos

Tabla 41. Resultados de la hipótesis específica 3

Factor	Chi-Square	df	Sig. (p valor)
Obstétrico	26.022	12	0.011

Dado que el p valor es menor que 0.05, se determina que sí existe una asociación estadísticamente significativa entre los factores obstétricos y la depresión postparto en las puérperas atendidas en el C.S. Horacio Zevallos.

Esto significa que elementos como ser madre primeriza, antecedentes de abortos, tipo de parto, planificación del embarazo, complicaciones obstétricas, enfermedades durante el embarazo y dificultades en la lactancia, influyen de manera significativa en la presencia de síntomas de depresión postparto.

Hipótesis Específica 4

H0: Los factores económicos no están asociados a depresión posparto en mujeres atendidas en el C.S. Horacio Zevallos.

H1: Los factores económicos están asociados a depresión posparto en mujeres atendidas en el C.S. Horacio Zevallos

Tabla 42. Resultados de la hipótesis específica 4

Factor	Chi-Square	Df	Sig. (p valor)
Económico	12.607	8	0.126

Dado que el p valor es mayor que 0.05, se concluye que no existe una asociación estadísticamente significativa entre los factores económicos y la depresión postparto en las puérperas atendidas en el C.S. Horacio Zevallos.

Esto significa que elementos como tener ingresos económicos menores o mayores a un mínimo, recibir apoyo económico de la pareja o de los familiares, tener deudas o disponer de recursos suficientes para cubrir las necesidades básicas, no mostraron relación significativa con la presencia o ausencia de depresión postparto en esta población.

4.1.3. Discusión de resultados

En el presente estudio se encontró una asociación significativa entre los factores sociodemográficos y la depresión postparto ($X^2 = 25.406$; $p = 0.004$), lo que indica que las características sociales de la puérpera influyen de manera importante en la aparición de sintomatología depresiva. Este resultado coincide con lo reportado por Ramos (2022), quien identificó que variables como la edad temprana, estado civil conviviente, nivel educativo secundario y condiciones del entorno social influyen directamente en la depresión postparto. Del mismo modo, Infante et al. (2021) hallaron que la edad materna y el estado civil conviviente se relacionan significativamente con este trastorno. A nivel internacional, Leveau et al. (2024) también reportaron que factores como la edad menor de 20 años, el nivel educativo y el estado civil se asocian al riesgo de depresión postparto, confirmando el rol relevante de las condiciones sociodemográficas en la salud mental materna.

Desde las bases teóricas, estos hallazgos se corresponden con la teoría de Cheryl Tatano Beck, que describe la depresión postparto como un fenómeno influenciado por el contexto social, emocional y físico de la mujer. Asimismo, la Teoría de la Adaptación de Roy explica que los estímulos contextuales, como el apoyo social, el entorno de vivienda y las condiciones económicas, pueden afectar negativamente los mecanismos adaptativos de la madre en el puerperio, desencadenando respuestas desadaptativas como depresión o ansiedad. En este sentido, las características sociodemográficas funcionan como estímulos que condicionan la capacidad de afrontamiento, particularmente en un periodo tan vulnerable como el puerperio.

En conjunto, la evidencia sugiere que el contexto social y las características personales de la puérpera deben ser considerados como elementos centrales para la identificación temprana del riesgo de depresión postparto y para la implementación de intervenciones preventivas desde los servicios de salud.

Los factores psicológicos no mostraron asociación significativa con la depresión postparto ($X^2 = 10.629$; $p = 0.224$). Este hallazgo contrasta parcialmente con la literatura previa. Ramos (2022) encontró que variables como las dificultades en la convivencia, la comunicación con la pareja y episodios de agresión estaban vinculados al riesgo de depresión postparto. De igual forma, estudios internacionales, como el de Sanabria et al. (2023), han señalado que la historia de depresión previa, los antecedentes familiares de trastornos psiquiátricos y el bajo apoyo social son factores determinantes.

No obstante, esta discrepancia puede deberse a características particulares de la población estudiada, como la fortaleza de las redes familiares y la presencia de parejas convivientes que, según la evidencia, pueden actuar como factores protectores. Desde las bases neurobiológicas, la depresión posparto se asocia a cambios hormonales importantes, variaciones del sistema neurotransmisor y privación del sueño, los cuales pueden manifestarse incluso en ausencia de factores psicológicos clásicos, explicando en parte por qué en este estudio no se encontró significancia estadística.

Según la Teoría de Roy, los estímulos residuales (creencias culturales, experiencias previas) y las habilidades de afrontamiento pueden modular la respuesta psicológica frente al puerperio. Por tanto, aunque la dimensión psicológica no fue significativa en esta muestra, no elimina su importancia clínica, sino que sugiere que otros factores tuvieron mayor peso relativo en la experiencia emocional de estas mujeres.

El análisis mostró una asociación significativa entre los factores obstétricos y la depresión postparto ($X^2 = 26.022$; $p = 0.011$). Este resultado coincide con lo descrito por Ramos (2022), quien encontró relación entre primiparidad, control prenatal y otros elementos del historial obstétrico. También coincide con el estudio de Rodríguez y Roncal (2023), que identificaron la complicación neonatal y el parto por cesárea como factores de riesgo relevantes. Además, estudios internacionales como el de Leveau et al. (2024) y Froeliger et al. (2024) también señalaron que experiencias obstétricas negativas, complicaciones en el trabajo de parto, cesáreas no programadas y dolor posoperatorio incrementan el riesgo de depresión postparto.

Desde la perspectiva fisiológica, las complicaciones obstétricas pueden potenciar la respuesta inflamatoria, la liberación de cortisol y el estrés fisiológico, elementos descritos en la base teórica como desencadenantes de alteraciones del ánimo durante el puerperio. Asimismo, la dificultad en la lactancia, los embarazos no planificados o las complicaciones del parto representan estímulos focales según la teoría de Roy, los cuales, si superan la capacidad adaptativa, generan respuestas desadaptativas como la depresión.

Este resultado refuerza la necesidad de una valoración integral durante el control prenatal y en el puerperio inmediato, ya que las experiencias obstétricas adversas representan un riesgo comprobado para la salud mental materna.

Los factores económicos no mostraron asociación significativa con la depresión postparto ($X^2 = 12.607$; $p = 0.126$). Esto difiere de estudios como el de Sanabria et al. (2023), que identificaron las dificultades económicas como uno de los principales factores de riesgo.

También contrasta parcialmente con Ramos (2022), quien encontró relación entre el apoyo económico de la pareja y el riesgo de depresión postparto.

Sin embargo, esta falta de asociación puede interpretarse a la luz de las teorías de Roy y Beck: aunque la situación económica puede ser un estímulo contextual que incrementa la vulnerabilidad, la presencia de redes de apoyo social o mecanismos de afrontamiento eficaces puede amortiguar su impacto. Además, factores sociales y obstétricos tuvieron mayor peso estadístico en esta población, lo cual podría explicar que la dimensión económica no alcanzara significancia.

Desde la perspectiva teórica, la depresión posparto resulta de la interacción de múltiples factores biológicos, psicológicos y sociales. La ausencia de significancia económica en este estudio no descarta su importancia, sino que evidencia la influencia predominante de otros determinantes en este grupo específico de puérperas.

En conjunto, los resultados obtenidos refuerzan el carácter multifactorial de la depresión postparto y confirman que los factores sociodemográficos y obstétricos fueron los de mayor relevancia en esta población. Esto coincide con múltiples estudios nacionales e internacionales, así como con modelos teóricos que explican el puerperio como un periodo de elevada vulnerabilidad emocional condicionado por el entorno y la experiencia obstétrica.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1.Conclusiones

1. El estudio evidenció que los factores sociodemográficos y obstétricos se encuentran significativamente asociados a la depresión postparto, mientras que los factores psicológicos y económicos no mostraron relación estadísticamente significativa. Estos resultados confirman que la depresión postparto es un fenómeno multifactorial donde el entorno social y determinadas condiciones clínicas influyen de manera determinante en su aparición.
2. Los factores sociodemográficos mostraron una asociación significativa con la depresión postparto, destacando que condiciones como la residencia en zonas vulnerables, el acceso limitado a servicios de salud y características familiares y laborales inciden de manera importante en el bienestar emocional de las puérperas.
3. En la población estudiada los factores psicológicos no mostraron asociación significativa con la depresión postparto, lo cual sugiere que la presencia o ausencia de conflicto de pareja, comunicación o agresión no fue determinante frente a otros factores de mayor peso, como los sociodemográficos y obstétricos.
4. Los factores obstétricos se asociaron significativamente con la depresión postparto, indicando que experiencias como complicaciones durante el embarazo, tipo de parto, dificultad en la lactancia y antecedentes obstétricos influyen de manera relevante en el estado emocional de las puérperas.
5. Los factores económicos no mostraron asociación significativa con la depresión postparto en la muestra estudiada, lo cual sugiere que la situación económica, si bien puede generar estrés, no fue el factor predominante en la aparición del cuadro depresivo frente a otros determinantes sociales y obstétricos.

5.2.Recomendaciones

1. Implementar un tamizaje integral durante el control prenatal y puerperio que incluya la evaluación sistemática de factores sociales y obstétricos, incorporando la EPDS como herramienta rutinaria para identificar tempranamente a mujeres en riesgo y garantizar intervenciones oportunas.

2. Fortalecer estrategias comunitarias orientadas a mejorar el acceso a servicios de salud, promover redes de apoyo social y focalizar esfuerzos preventivos en mujeres con mayor vulnerabilidad social.
3. Mejorar los tamizajes de VBG, para la intervención psicológica temprana durante el embarazo y puerperio, fomentando espacios de orientación emocional y apoyo familiar, considerando que la ausencia de significancia estadística no excluye su importancia clínica. Se debería considerar la aplicación VBG en todo el proceso de la gestación por lo menos una vez por trimestre.
4. Promover la atención preconcepcional a través del cual se identifique no solo el riesgo reproductivo sino también el riesgo emocional durante la gestación, lo que nos permitiría iniciar la gestación lo más saludable posible. Así mismo, se debe incorporar en la atención prenatal una evaluación sistemática del riesgo emocional ante complicaciones obstétricas, reforzando la educación materna a través de la promoción de psicoprofilaxis, el acompañamiento durante el parto y el soporte en lactancia materna para minimizar el impacto emocional adverso a través de la consejería.
5. Coordinar con programas locales, municipales o regionales de orientación económica, apoyo social y fortalecimiento familiar, asegurando que las puérperas con dificultades financieras cuenten con recursos institucionales y comunitarios que mitiguen su riesgo emocional.

REFERENCIAS

1. Woody CA, Ferrari AJ, Siskind DJ, Whiteford HA, Harris MG. A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. *J Affect Disord.* 2017;219:86–92. doi:10.1016/j.jad.2017.05.003.
2. Organización Mundial de la Salud. Trastornos mentales en el posparto [Internet]. OMS; 2022 [citado 2025 Ago 7]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/mental-health-of-women-during-pregnancy-and-after-childbirth>
3. O'Hara MW, McCabe JE. Postpartum depression: Current status and future directions. *Annu Rev Clin Psychol.* 2013;9:379–407. doi:10.1146/annurev-clinpsy-050212-185612.
4. Alvarado R, Rojas G, Montero-Marin J, et al. Depresión perinatal en América Latina: revisión sistemática y metaanálisis. *Rev Panam Salud Publica.* 2022;46:e64. doi:10.26633/RPSP.2022.64.
5. Da Silva RA, Ores LC, Jansen K, et al. Prevalence of postpartum depression and associated factors. *Rev Saúde Pública.* 2012;46(4):623–30. doi:10.1590/S0034-89102012000400010.
6. Moraes IG, Pinheiro RT, Silva RA, et al. Prevalence of postpartum depression and associated factors. *Rev Bras Psiquiatr.* 2006;28(3):178–80. doi:10.1590/S1516-44462006000300003.
7. Lara MA, Navarrete L, Nieto L, et al. Prevalence and incidence of perinatal depression and depressive symptoms among Mexican women. *J Affect Disord.* 2015;175:18–24. doi:10.1016/j.jad.2014.12.035.
8. Alva-Diaz C, Solís-Cóndor R, Navarro-Flores A, et al. Depresión postparto y factores asociados en madres adolescentes atendidas en centros de salud de Lima, Perú. *Rev Fac Med Hum.* 2020;20(2):252–8. doi:10.25176/rfmh.v20i2.2927.
9. Pacheco Y, Huamán L, Ramos C, et al. Depresión postparto en madres que acuden al Hospital Regional del Cusco. *Rev Peru Ginecol Obstet.* 2020;66(1):23–9. doi:10.31403/rpgo.v66i2231.
10. Vega-Dienstmaier JM, Mazzotti G, Campos M. Prevalencia y factores de riesgo de depresión posparto en mujeres de una zona rural de Lima. *Rev Neuropsiquiatr.* 2010;73(1):9–16. doi:10.20453/rnp.v73i1.1194.
11. Ministerio de Salud del Perú. Lineamientos para la atención integral de la salud mental perinatal. Lima: MINSA; 2023.

12. Paz K, Muñoz S, González A. Depresión posparto en mujeres atendidas en el Hospital María Auxiliadora, Lima. *Rev Med Hered.* 2019;30(3):146–52. doi:10.20453/rmh.v30i3.3564.
13. Surkan PJ, Kennedy CE, Hurley KM, Black MM. Maternal depression and early childhood growth in developing countries: systematic review and meta-analysis. *Bull World Health Organ.* 2011;89(8):607–15. doi:10.2471/BLT.11.088187.
14. Shorey S, Chee CYI, Ng ED, et al. Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: A systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res.* 2018;104:235–48. doi:10.1016/j.jpsychires.2018.08.001.
15. Murray L, Cooper PJ, Fearon P. Parenting difficulties and postnatal depression: Implications for primary healthcare assessment and intervention. *Community Pract.* 2014;87(11):34–8.
16. Dennis CL, McQueen K. The relationship between infant-feeding outcomes and postpartum depression: A qualitative systematic review. *Pediatrics.* 2009;123(4):e736–51. doi:10.1542/peds.2008-1629.
17. Slomian J, Honvo G, Emonts P, Reginster JY, Bruyère O. Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. *Womens Health (Lond).* 2019;15:1745506519844044. doi:10.1177/1745506519844044.
18. Leach LS, Poyser C, Cooklin AR, Giallo R. Prevalence and course of anxiety disorders and symptoms across the perinatal period: A systematic review. *J Affect Disord.* 2017;221:45–59. doi:10.1016/j.jad.2017.06.001.
19. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry.* 1987;150:782–6. doi:10.1192/bjp.150.6.782.
20. Rahman A, Fisher J, Bower P, et al. Interventions for common perinatal mental disorders in women in low- and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *Bull World Health Organ.* 2013;91(8):593–601. doi:10.2471/BLT.12.109819.
21. Sanabria, L., Ibarra, P., Rendón, M., Villarreal, P., Islas, D., Porras, G., y Van, X. (2023). Depresión posparto: prevalencia y factores de riesgo asociados en una muestra de población mexicana. *Ginecología y obstetricia de México*, 91(4), 227-240. <https://doi.org/10.24245/gom.v91i4.8456>
22. Leveau, H., Chávez, J., Calle, L., Guerrero, H., Mejía, H., Luján, B., Leveau, H., Medina, F. (2024). Factores asociados a la depresión posparto en puérperas de un

- hospital peruano, *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*, 51, 4. <https://doi.org/10.1016/j.gine.2024.100986>
23. Ramos Zevallos AN. Factores de riesgo asociados a la depresión post parto en 65 puérperas del hospital Goyeneche de la ciudad de Arequipa, 2022 [Internet]. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2022. <http://hdl.handle.net/20.500.12773/14227>
 24. Rodriguez Romero GM, Roncal Calderón AG. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DEPRESIÓN POSPARTO EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL PUESTO DE SALUD MALVINAS Y CENTRO DE SALUD IMPERIALCAÑETE DURANTE EL PERIODO SETIEMBRE-DICIEMBRE 2021. Univ Ricardo Palma [Internet]. 2023. <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/6286>
 25. Infante Beingolea M, Bustamante Quispe P, Boada Fajardo A. Factores de riesgo asociados a la depresión postparto en mujeres atendidas en el Hospital referencial de Ayacucho; 2020. *RevInvestigacion*. 2021; 29(2): 277-284.
 26. Froeliger A, Moliere S, Cuvillier E, Mares P, Glatigny-Dallenne C, Loundou A, et al. Prevalence and risk factors for postpartum depression 2 months after cesarean delivery: a prospective cohort study. *Am J Obstet Gynecol*. 2024;230(4):400.e1-400.e12. doi:10.1016/j.ajog.2024.01.045
 27. O'Hara MW, Wisner KL. Perinatal mental illness: definition, description and aetiology. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2014;28(1):3-12. doi:10.1016/j.bpobgyn.2013.09.002
 28. Roy C. *The Roy Adaptation Model*. 3rd ed. Upper Saddle River, NJ: Pearson; 2009. Disponible en: <https://books.google.com/books?id=Yh9gAAAAMAAJ>
 29. Alligood MR. *Nursing Theorists and Their Work*. 10th ed. St. Louis: Elsevier; 2022. Disponible en: <https://www.elsevier.com/books/nursing-theorists-and-their-work/alligood/978-0-323-69754-8>
- World Health Organization. *Maternal mental health and child health and development in low and middle income countries*. Geneva: WHO; 2008. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43975>
- Shorey S, Chee CYI, Ng ED, Chan YH, Tam WWS, Chong YS. Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: a systematic review and

- meta-analysis. *J Psychiatr Res.* 2018;104:235-48. doi:10.1016/j.jpsychires.2018.08.001
30. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2013. Disponible en: <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
 31. Stewart DE, Vigod SN. Postpartum depression. *N Engl J Med.* 2016;375(22):2177-86. doi:10.1056/NEJMcp1607649
 32. Payne JL, Maguire J. Pathophysiological mechanisms implicated in postpartum depression. *Front Neuroendocrinol.* 2019;52:165-80. doi:10.1016/j.yfrne.2018.12.001
 33. Slomian J, Honvo G, Emonts P, Reginster JY, Bruyère O. Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. *Womens Health (Lond).* 2019;15:1745506519844044. doi:10.1177/1745506519844044
 34. Sit D, Rothschild AJ, Wisner KL. A Review of Postpartum Psychosis. *J Womens Health (Larchmt).* 2006;15(4):352-68. doi:10.1089/jwh.2006.15.352
 35. Brockington I. Postpartum psychiatric disorders. *Lancet.* 2004;363(9405):303-10. doi:10.1016/S0140-6736(03)15390-1
 36. Yim IS, Tanner Stapleton LR, Guardino CM, Hahn-Holbrook J, Dunkel Schetter C. Biological and psychosocial predictors of postpartum depression: systematic review and call for integration. *Annu Rev Clin Psychol.* 2015;11:99-137. doi:10.1146/annurev-clinpsy-101414-020426
 37. Alvarado-Esquivel C, Sifuentes-Alvarez A, Salas-Martínez C, Hernández-Alvarado AB. Prevalence of postpartum depression in women attending public hospitals in Durango, Mexico. *Gac Med Mex.* 2010;146(1):1-9. Disponible en: http://www.anmm.org.mx/GMM/2010/n1/GMM_146_2010_1_001-009.pdf
 38. Dagher RK, McGovern PM, Dowd BE, Lundberg U. Postpartum depressive symptoms and the combined load of paid and unpaid work: a longitudinal analysis. *Int Arch Occup Environ Health.* 2014;87(4):445-55. doi:10.1007/s00420-013-0884-6
 39. Norhayati MN, Hazlina NH, Asrenee AR, Emilin WM. Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: a literature review. *J Affect Disord.* 2015;175:34-52. doi:10.1016/j.jad.2014.12.041

40. Milgrom J, Gemmill AW, Bilszta JL, Hayes B, Barnett B, Brooks J, et al. Antenatal risk factors for postnatal depression: a large prospective study. *J Affect Disord.* 2008;108(1-2):147-57. doi:10.1016/j.jad.2007.10.011
41. Halbreich U, Karkun S. Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. *J Affect Disord.* 2006;91(2-3):97-111. doi:10.1016/j.jad.2005.12.051
42. Choi Y, Bishai D, Minkovitz CS. Multiple births are a risk factor for postpartum maternal depressive symptoms. *Pediatrics.* 2009;123(4):1147-54. doi:10.1542/peds.2008-1160
43. Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *Gen Hosp Psychiatry.* 2004;26(4):289-95. doi:10.1016/j.genhosppsych.2004.02.006
44. Dennis CL, Falah-Hassani K, Shiri R. Prevalence of antenatal and postnatal anxiety: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry.* 2017;210(5):315-23. doi:10.1192/bjp.bp.116.187179
45. Leigh B, Milgrom J. Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. *BMC Psychiatry.* 2008;8:24. doi:10.1186/1471-244X-8-24
46. Collins NL, Dunkel-Schetter C, Lobel M, Scrimshaw SC. Social support in pregnancy: psychosocial correlates of birth outcomes and postpartum depression. *J Pers Soc Psychol.* 1993;65(6):1243-58. doi:10.1037/0022-3514.65.6.1243
47. Boyce P, Hickie I, Parker G. Parents, partners or personality? Risk factors for postnatal depression. *J Affect Disord.* 1991;21(4):245-55. doi:10.1016/0165-0327(91)90097-E
48. Beck CT. Predictors of postpartum depression: an update. *Nurs Res.* 2001;50(5):275-85. doi:10.1097/00006199-200109000-00004
49. Sword W, Landy CK, Thabane L, Watt S, Krueger P, Farine D, et al. Is mode of delivery associated with postpartum depression at 6 weeks: a prospective cohort study. *BJOG.* 2011;118(8):966-77. doi:10.1111/j.1471-0528.2011.02956.x
50. Kersting A, Dorsch M, Wesselmann U, Lüdorff K, Witthaut J, Ohrmann P, et al. Maternal grief after the loss of a newborn: effects on mental health. *Arch Womens Ment Health.* 2005;8(4):187-94. doi:10.1007/s00737-005-0079-8

51. Dias CC, Figueiredo B. Breastfeeding and depression: a systematic review of the literature. *J Affect Disord.* 2015;171:142-54. doi:10.1016/j.jad.2014.09.022
52. Segre LS, O'Hara MW, Arndt S, Stuart S. The prevalence of postpartum depression: the relative significance of three social status indices. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2007;42(4):316-21. doi:10.1007/s00127-007-0168-1
53. Lancaster CA, Gold KJ, Flynn HA, Yoo H, Marcus SM, Davis MM. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol.* 2010;202(1):5-14. doi:10.1016/j.ajog.2009.09.007
54. Dagher RK, McGovern PM, Dowd BE. Maternity leave duration and postpartum mental and physical health: implications for leave policies. *J Health Polit Policy Law.* 2014;39(2):369-416. doi:10.1215/03616878-2416247
55. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL, et al. *Williams Obstetrics.* 25th ed. New York: McGraw Hill; 2018.
56. World Health Organization. *WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn.* Geneva: WHO; 2013. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506649>
57. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry.* 1987;150:782-6. doi:10.1192/bjp.150.6.782
58. Kendall-Tackett K. A new paradigm for depression in new mothers: the central role of inflammation and how breastfeeding and anti-inflammatory treatments protect maternal mental health. *Int Breastfeed J.* 2007;2:6. doi:10.1186/1746-4358-2-6
59. Dennis CL, Dowswell T. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(2):CD001134. doi:10.1002/14651858.CD001134.pub3
60. García-Esteve L, Ascaso C, Ojuel J, Navarro P. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Spanish mothers. *J Affect Disord.* 2003;75(1):71-6. doi:10.1016/S0165-0327(02)00020-4
61. Sharma V, Sommerdyk C. Are antidepressants effective in the treatment of postpartum depression? A systematic review. *Prim Care Companion CNS Disord.* 2013;15(6):PCC.13r01529. doi:10.4088/PCC.13r01529

62. Gibson J, McKenzie-McHarg K, Shakespeare J, Price J, Gray R. A systematic review of studies validating the Edinburgh Postnatal Depression Scale in antepartum and postpartum women. *Acta Psychiatr Scand.* 2009;119(5):350-64. doi:10.1111/j.1600-0447.2009.01363.x
63. Levis B, Negeri Z, Sun Y, Benedetti A, Thombs BD. Accuracy of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for screening to detect major depression among pregnant and postpartum women: systematic review and meta-analysis of individual participant data. *BMJ.* 2020;371:m4022. doi:10.1136/bmj.m4022
64. Matthey S, Barnett B, Kavanagh DJ, Howie P. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale for men, and comparison of item endorsement with their partners. *J Affect Disord.* 2001;64(2-3):175-84. doi:10.1016/S0165-0327(00)00236-6
65. Murray D, Cox JL. Screening for depression during pregnancy with the Edinburgh Depression Scale (EDDS). *J Reprod Infant Psychol.* 1990;8(2):99-107. doi:10.1080/02646839008403615
66. Cancho Piscocoya MI, Dianderas Lozano DL. *Factores asociados a la depresión postparto en mujeres puérperas de un establecimiento de salud, Lima - 2023* [Tesis de licenciatura]. Lima (PE): Universidad Privada del Norte; 2024. Disponible en: <https://hdl.handle.net/11537/40197>.

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de consistencia

Título: Factores asociados a la depresión postparto en puérperas del C.S. Horacio Zevallos, Lima 2025

TITULO:

Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Diseño Metodológico
Problema general ¿Cuáles son los factores asociados a la depresión postparto en las mujeres puérperas atendidas en el C.S. Horacio Zevallos, Lima 2025?	Objetivo general Determinar los factores asociados a la depresión postparto en las puérperas atendidas en el C.S. Horacio Zevallos, Lima 2025.	Hipótesis general Existen factores que se asocian a la depresión en mujeres atendidas en el C.S. Horacio Zevallos, Lima 2025	Variable 1: Factores asociados a la depresión postparto Dimensiones: Sociodemográficas Psicológicas Obstétricas Económicas Variable 2: Depresión postparto Dimensión: Depresión postparto	Tipo de investigación: Básico. descriptivo de enfoque cuantitativo
Problemas específicos ¿Cuáles son los factores sociodemográficos asociados a la depresión postparto en mujeres atendidas en el C.S. Horacio Zevallos?	Objetivos específicos Identificar los factores sociodemográficos asociados a la depresión postparto en mujeres atendidas en el C.S. Horacio Zevallos.	Hipótesis específicas Los factores sociodemográficos están asociados a depresión posparto en mujeres atendidas en el C.S. Horacio Zevallos.		Diseño: No experimental de corte transversal
¿Cuáles son los factores psicológicos asociados a la depresión postparto en mujeres atendidas en el C.S. Horacio Zevallos?	Identificar los factores psicológicos asociados a la depresión postparto en mujeres atendidas en el C.S. Horacio Zevallos Lima.	Los factores psicológicos están asociados a la depresión postparto en mujeres atendidas en el C.S. Horacio Zevallos Lima.		Técnica: Encuesta
¿Cuáles son los factores obstétricos asociados a la depresión postparto en mujeres atendidas en el C.S. Horacio Zevallos?	Identificar los factores obstétricos asociados a la depresión postparto en mujeres atendidas en el C.S. Horacio Zevallos.	Los factores obstétricos están asociados a la depresión postparto en mujeres atendidas en el C.S. Horacio Zevallos.		Instrumento: Cuestionario
¿Cuáles son los factores económicos asociados a la depresión postparto en mujeres atendidas en el C.S. Horacio Zevallos?	Identificar los factores económicos asociados a la depresión postparto en mujeres atendidas en el C.S. Horacio Zevallos.	Los factores económicos están asociados a la depresión postparto en mujeres atendidas en el C.S. Horacio Zevallos.		Población: 86 puérperas
¿Cuáles son los factores psicológicos asociados a la depresión postparto en mujeres atendidas en el C.S. Horacio Zevallos?	Identificar los factores psicológicos asociados a la depresión postparto en mujeres atendidas en el C.S. Horacio Zevallos.	Los factores psicológicos están asociados a la depresión postparto en mujeres atendidas en el C.S. Horacio Zevallos.		Muestra: 80 puérperas
¿Cuáles son los factores económicos asociados a la depresión postparto en mujeres atendidas en el C.S. Horacio Zevallos?	Identificar los factores económicos asociados a la depresión postparto en mujeres atendidas en el C.S. Horacio Zevallos.	Los factores económicos están asociados a la depresión postparto en mujeres atendidas en el C.S. Horacio Zevallos.		

mujeres atendidas en el C.S. Horacio? Identificar los factores económicos asociados a la depresión postparto en mujeres atendidas en el C.S. Horacio Zevallos. ¿Cuáles son los resultados a la evaluación del Test de Edimburgo en mujeres atendidas en el C.S. Horacio Zevallos?

Anexo 2: Instrumentos

FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS DEL C.S. HORACIO ZEVALLOS, LIMA 2025

Instrumento 1: CUESTIONARIO SOBRE FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESION POSTPARTO

(Validado en Perú por Cancho y Dianderas, 2022)

Por favor marca con una (x) el casillero con la respuesta que crea más adecuada.

I. FACTORES SOCIALES

PREGUNTAS	SI	NO
1. ¿ Usted vive en un asentamiento humano?		
2. Actualmente, ¿Cuenta con un trabajo?		
3. ¿Su pareja trabaja?		
4. ¿Hay algún centro de salud cercana a su domicilio?		
5. ¿Se atiende en el centro de salud?		

II. FACTORES PSICOLOGICOS

PREGUNTAS	SI	NO
1. ¿ Convive con su pareja ?		
2. ¿Tiene buena comunicación con su pareja?		
3. ¿Su pareja le alza la voz cuando discuten?		
4. ¿Ha recibido agresión física por parte de su pareja?		
5. ¿Ha presentado dificultad para concentrarse en sus actividades?		

III. FACTORES OBSTETRICOS

PREGUNTAS	SI	NO
1. ¿ Es madre primeriza?		
2. ¿Ha tenido abortos anteriormente?		
3. ¿Dio a luz por parto normal?		
4. ¿Su embarazo fue planificado?		
5. ¿Tuvo alguna complicación durante el parto?		

6. ¿Durante su embarazo ha sufrido de alguna enfermedad?		
7. ¿Ha tenido dificultad con la lactancia?		

IV. FACTORES ECONOMICOS

PREGUNTAS	SI	NO
1. ¿Su ingreso económico mensual es menor de 1025 soles?		
2. ¿Recibe apoyo económico de parte de su pareja?		
3. ¿Recibe apoyo económico de parte de sus familiares?		
4. ¿Tiene deudas en los bancos y/o con personas?		
5. ¿Su economía le alcanza para comprar cosas básicas para el hogar?		

**FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS DEL
C.S. HORACIO ZEVALLOS, LIMA 2025**

Instrumento 2: CUESTIONARIO DE EDIMBURGO

(Validado en Perú por Villanueva, 2022)

Como usted hace poco tuvo un bebé, nos gustaría saber cómo se ha estado sintiendo. Por favor marque con una (X) la respuesta que mejor represente cómo se ha sentido en los últimos 7 días frente a cada una de las siguientes afirmaciones.

1. He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas	Tanto como siempre	No tanto ahora	Mucho menos ahora	No, nada
2. He disfrutado mirar hacia adelante	Tanto como siempre	Menos que antes	Mucho menos que antes	Casi nada
3. Cuando las cosas han salido mal me he culpado a mí misma innecesariamente	Si, la mayor parte del tiempo	Si, a veces	No con mucha frecuencia	No, nunca
4. He estado nerviosa e inquieta, sin tener motivo	No, nunca	Casi nunca	Si, a veces	Si con mucha frecuencia
5. He sentido miedo o he estado asustadiza, sin tener motivo	Si bastantes	Si, a veces	No, no mucho	No nunca
6. Las cosas me han estado abrumando	Si la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto	Si, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre	No, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastantes bien	No, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre
7. Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir	Si, la mayor parte del tiempo	Si, a veces	No con mucha frecuencia	No, nunca
8. Me he sentido triste o desgraciada	Si, la mayor parte del tiempo	Si, bastante a menudo	No con mucha frecuencia	No, nunca
9. Me he sentido tan desdichada que he estado llorando	Si, la mayor parte del tiempo	Si, bastante a menudo	Solo ocasionalmente	No, nunca
10. Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño	Si, bastante a menudo	A veces	Casi nunca	No, nunca

Anexo 3: Validez del instrumento

Documentos para validar los instrumentos de medición a través de juicio de expertos

CARTA DE PRESENTACIÓN

Magíster/Doctor: Obst. Ana Maria Chicata Chavez.....

Presente

Asunto: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS A TRAVÉS DE JUICIO DE EXPERTO.

Es muy grato comunicarme con usted para expresarle mi saludo y, asimismo, hacer de su conocimiento que siendo estudiante del programa de pregrado requiero validar los instrumentos a fin de recoger la información necesaria para desarrollar mi investigación, con la cual optaré el grado de Licenciada en Obstetricia.

El título nombre de mi proyecto de investigación es “Factores asociados a la depresión postparto en púerperas del C.S. Horacio Zevallos, Lima 2025” y, debido a que es imprescindible contar con la aprobación de docentes especializados para aplicar los instrumentos en mención, he considerado conveniente recurrir a usted, ante su connotada experiencia en temas de validación.

El expediente de validación que le hago llegar contiene:

- Carta de presentación
- Definiciones conceptuales de las variables y dimensiones
- Matriz de operacionalización de las variables
- Certificado de validez de contenido de los instrumentos

Expresándole los sentimientos de respeto y consideración, me despido de usted, no sin antes agradecer por la atención que dispense a la presente.

Atentamente,

Silvana Vanessa Torres Chacaltana
DNI: 72853875

Anexo 3. Formato para validar los instrumentos de medición a través de juicio de expertos

Documentos para validar los instrumentos de medición a través de juicio de expertos

CARTA DE PRESENTACIÓN

Magíster/Doctor: Mercedes Doris Benavente Ramirez

Presente

Asunto: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS A TRAVÉS DE JUICIO DE EXPERTO.

Es muy grato comunicarme con usted para expresarle mi saludo y, asimismo, hacer de su conocimiento que siendo estudiante del programa de pregrado requiero validar los instrumentos a fin de recoger la información necesaria para desarrollar mi investigación, con la cual optaré el grado de Licenciada en Obstetricia.

El título nombre de mi proyecto de investigación es “Factores asociados a la depresión postparto en puérperas del C.S. Horacio Zevallos, Lima 2025” y, debido a que es imprescindible contar con la aprobación de docentes especializados para aplicar los instrumentos en mención, he considerado conveniente recurrir a usted, ante su connotada experiencia en temas de validación.

El expediente de validación que le hago llegar contiene:

- Carta de presentación
- Definiciones conceptuales de las variables y dimensiones
- Matriz de operacionalización de las variables
- Certificado de validez de contenido de los instrumentos

Expresándole los sentimientos de respeto y consideración, me despido de usted, no sin antes agradecer por la atención que dispense a la presente.

Atentamente,

Silvana Vanessa Torres Chacaltana
DNI: 72853875

Anexo 3. Formato para validar los instrumentos de medición a través de juicio de expertos

Documentos para validar los instrumentos de medición a través de juicio de expertos

CARTA DE PRESENTACIÓN

Magíster/Doctor: Walter Enrique Topia Nuñez.....

Presente

Asunto: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS A TRAVÉS DE JUICIO DE EXPERTO.

Es muy grato comunicarme con usted para expresarle mi saludo y, asimismo, hacer de su conocimiento que siendo estudiante del programa de pregrado requiero validar los instrumentos a fin de recoger la información necesaria para desarrollar mi investigación, con la cual optaré el grado de Licenciada en Obstetricia.

El título nombre de mi proyecto de investigación es “Factores asociados a la depresión postparto en púerperas del C.S. Horacio Zevallos, Lima 2025” y, debido a que es imprescindible contar con la aprobación de docentes especializados para aplicar los instrumentos en mención, he considerado conveniente recurrir a usted, ante su connotada experiencia en temas de validación.

El expediente de validación que le hago llegar contiene:

- Carta de presentación
- Definiciones conceptuales de las variables y dimensiones
- Matriz de operacionalización de las variables
- Certificado de validez de contenido de los instrumentos

Expresándole los sentimientos de respeto y consideración, me despido de usted, no sin antes agradecer por la atención que dispense a la presente.

Atentamente,



Silvana Vanessa Torres Chacaltana
DNI: 72853875

Anexo 4: Confiabilidad del instrumento

Alfa de Cronbach	N de elementos
,802	10

Anexo 5: Aprobación del Comité de Ética



COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA E INTEGRIDAD CIENTÍFICA

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Lima, 13 de octubre del 2025.

Autor Responsable:
Silvana Vanessa Torres Chacaltana

Exp. N°: 2425-2025

De mi consideración:

Es grato expresarle mi cordial saludo y a la vez informarle que el Comité Institucional de Ética e Integridad Científica (CIEIC) de la Universidad Privada Norbert Wiener evaluó y APROBÓ el siguiente proyecto de investigación:

Proyecto Titulado: "Factores asociados a la depresión postparto en puérperas del C.S. Horacio Zevallos, Lima 2025"

Versión Nro. 2, aprobada por el asesor en fecha 11/10/ 2025.

El cual tiene como Autor(es) a:
Silvana Vanessa Torres Chacaltana

La APROBACIÓN otorgada comprende la verificación del cumplimiento de las buenas prácticas éticas, la adecuada evaluación del balance riesgo/beneficio, la idoneidad del equipo de investigación y la garantía de confidencialidad en el manejo de los datos, entre otros aspectos éticos y metodológicos pertinentes.

El investigador deberá considerar los siguientes puntos detallados a continuación:

- La aprobación otorgada por el CIEIC tiene una vigencia de veinticuatro (24) meses contados desde la fecha de emisión del presente documento. Esta vigencia es exclusiva para los procedimientos éticos revisados por el Comité y no sustituye ni aplica a los trámites administrativos ante la Oficina de Grados y Títulos.
- La constancia de aprobación por el CIEIC no garantiza la aceptación por parte de las instituciones en las que se planea realizar la investigación.
- En caso de requerir una enmienda, entendida como una modificación menor que no altera de manera sustantiva el proyecto aprobado, esta deberá ser presentada al CIEIC y no podrá ejecutarse sin su aprobación previa. Cualquier cambio sustantivo deberá tramitarse como proyecto nuevo ante el CIEIC.





Es cuanto informo a usted para su conocimiento y fines pertinentes.

Atentamente,



Mg. Angelica Karina Minaya Galarreta
Presidente
Comité Institucional de Ética e Integridad Científica
Universidad Privada Norbert Wiener

Anexo 6: Formato del consentimiento informado

		21/11/2025.
FIRMA DEL PARTICIPANTE Nombre del Participante: Tracy Cristobal Rojas DNI/Carné de Extranjería/Otros: 71793586	HUELLA DACTILAR	
		11/10/2025.
FIRMA DEL AUTOR RESPONSABLE Nombre del Autor Responsable: Silvana Vanessa Torres Chacaltana DNI/Carné de Extranjería/Otros: 72853875	HUELLA DACTILAR	
		___/___/2025.
FIRMA DEL INTEGRANTE DEL EQUIPO DE INVESTIGACIÓN (en caso corresponda) Nombre del Integrante del equipo de investigación: DNI/Carné de Extranjería/Otros:	HUELLA DACTILAR	
		___/___/2025.
FIRMA DEL TESTIGO/REPRESENTANTE LEGAL (en caso corresponda) Nombre del Testigo o Representante Legal: DNI/Carné de Extranjería/Otros:	HUELLA DACTILAR	
NOTA: - La firma del testigo o representante legal será obligatoria solo si el participante tiene una discapacidad que le impida firmar o no saber leer ni escribir. - Si otro integrante del equipo de investigación es asignado para aplicar este consentimiento informado deberá firmar en este documento. - Recuerde que no se debe reclutar voluntarios de grupos "vulnerables" (presos, soldados, aborígenes, marginados, estudiantes o empleados con relaciones académicas o económicas con el investigador, etc.), salvo que el diseño de investigación beneficie directamente a dicha población.		

Anexo 7: Carta de aprobación de la institución para la recolección de los datos



“Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana”

CARTA N° 003- 2025- C.S H.Z-RIS.HUAYCAN

DE : Mc. OSCAR LEONEL AGUILAR JIRON
Jefe del C.S "HORACIO ZEVALLOS"

ATENCION : VIGIL VEGA KHRISTIAN
SECRETARIO GENERAL DE LA UPNW

ASUNTO : AUTORIZACION PARA LA APLICACIÓN DE ESTUDIO EN
CAMPO

FECHA : Ate, 29 de noviembre del 2025.

Mediante el presente me dirijo a usted para saludarlo cordialmente, y a la vez informarle lo siguiente.

Que como encargado del centro de salud horacio Zevallos se acepta la solicitud de la carta N°0473-2025-SG-UPNW-CP, y se brindaran todas las facilidades a la Srta.: **SILVANA VANESSA TORRES CHACLATANA** para la elaboración de su proyecto de investigación denominado "Factores asociados a la depresión postparto en puérperas del Centro de Salud Horacio Zevallos para la obtención de su título en la profesión de **LICENCIADA EN OBSTETRICIA**

sin otro particular hago propicio la ocasión para expresar los sentimientos de consideración y estima personal

atentamente

Firmado digitalmente por AGUILAR
JIRON Oscar Leonel FAU
20902236956 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 29.11.2025 15:43:23 -05:00

M.c. Oscar Leonel Aguilar Jirón
Medico jefe del centro de salud Horacio Zevallos.
CMP:076324 - DNI:49051816 CEL. 942166410

Evidencias



Aplicación de instrumento en el C.S Horacio Zevallos Lima - Ate, servicio de CRED





Aplicación de instrumento en el C.S Horacio Zevallos Lima – Ate, servicio de Obstetricia






12% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Texto citado
- ▶ Texto mencionado
- ▶ Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Fuentes principales

- 9%  Fuentes de Internet
- 2%  Publicaciones
- 10%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Fuentes principales

- 9% Fuentes de Internet
- 2% Publicaciones
- 10% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Fuentes principales

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	Internet	repositorio.uwiener.edu.pe	2%
2	Internet	cybertesis.unmsm.edu.pe	<1%
3	Internet	hdl.handle.net	<1%
4	Internet	www.scielo.org.mx	<1%
5	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2025-11-22	<1%
6	Trabajos entregados	Universidad Andina del Cusco on 2025-10-27	<1%
7	Internet	repositorio.unheval.edu.pe	<1%
8	Trabajos entregados	Universidad Católica de Santa María on 2025-03-10	<1%
9	Internet	docs.google.com	<1%
10	Trabajos entregados	Universidad Europea de Madrid on 2025-05-02	<1%
11	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2025-10-18	<1%