



Universidad Andina del Cusco
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela Profesional de Psicología



Tesis

**Factores Asociados a la Depresión Postparto en Puérperas Atendidas Postpandemia en dos
Hospitales de la Ciudad de Cusco, 2023**

Línea de investigación: Salud mental

Presentado por:

Bach. Dina Sofía Elguera Esquivel

(<https://orcid.org/0009-0005-7822-9686>)

Tesis para optar al título profesional de:

Psicóloga

Asesora:

Mtra. Vanessa Rozas Calderón

(<https://orcid.org/0000-0002-4022-4071>)

Cusco-Perú



2023

Metadatos

Datos del autor	
Nombres y apellidos	Dina Sofia Elguera Esquivel
Número de documento de identidad	71772904
URL de Orcid	https://orcid.org/0009-0005-7822-9686
Datos del asesor	
Nombres y apellidos	Vanesa Rozas Calderón
Número de documento de identidad	70031934
URL de Orcid	https://orcid.org/0000-0002-4022-4071
Datos del jurado	
Presidente del jurado (Jurado I)	
Nombres y apellidos	Dra. Ps. Ysabel Masias Ynocencio
Número de documento de identidad	23984083
Jurado 2	
Nombres y apellidos	Mtro. Yuri Edison Mancilla Gudiel
Número de documento de identidad	41060720
Jurado 3	
Nombres y apellidos	Dr. Ps. Edgard Fernando Pacheco Luza
Número de documento de identidad	23806304
Jurado 4	
Nombres y apellidos	Dr. Ps. Ernesto Lucano Crisóstomo
Número de documento de identidad	08065798
Datos de la investigación	



Línea de investigación de la escuela profesional

Salud mental



Dedicatoria

*Dedico el estudio a Emma Liah mi hija, a mi mamá, a mis hermanos
y cada mujer que asume el rol de madre.*



Agradecimiento

Agradezco a Dios por permitirme tener una experiencia extraordinaria durante el proceso de la construcción de la tesis, a mi madrecita por su amor infinito, preocupación, ayuda continua y sugerencias brindadas, a mi papá por ser mi inspiración desde el cielo, a mi esposo, a mis suegros, a mi tía, primos y primas, a mis docentes universitarios por su buena disposición en la revisión de los instrumentos, a mi asesora por su ayuda continua durante todo el proceso de realizar la tesis, a los miembros voluntarios VEAP por el tiempo brindado y revisión de la tesis presentada y por sus sugerencias, a mi estadista Samantha y Jessica C. por el acompañamiento en el proceso y sugerencias y finalmente a cada mamita que participó en el estudio, por su tiempo y su confianza.

Dina Sofía Elguera Esquivel



Índice

Resumen.....	13
Abstract.....	14
1. Capítulo I: Introducción.....	1
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación de problema.....	6
1.2.1. Problema general.....	6
1.2.2. Problemas específicos	6
1.3. Justificación.....	7
1.3.1. Conveniencia.....	7
1.3.2. Relevancia social.....	8
1.3.3. Implicaciones prácticas	8
1.3.4. Valor teórico.....	9
1.4. Utilidad metodológica	9
1.5. Objetivos de investigación.....	9
1.5.1. Objetivo General	9
1.5.2. Objetivos Específicos	10
1.6. Delimitación del estudio.....	11
1.6.1. Delimitación espacial	11
1.6.2. Delimitación temporal.....	11
1.7. Aspectos éticos	11
2. Capítulo II: Marco Teórico.....	13
.....	13



2.1.1.	Antecedentes internacionales	13
2.1.2.	Antecedentes nacionales	18
2.1.3.	Antecedentes locales	24
2.2.	Bases teóricas	26
2.2.1.	Factores	26
2.2.2.	Factores asociados a la depresión postparto.....	26
2.2.3.	Depresión postparto.....	34
2.2.4.	Puerperio	45
2.2.5.	COVID 19 y postpandemia	48
2.3.	Marco legal.....	49
2.3.1.	Constitución política del Perú	49
2.3.2.	Ley de maternidad gratuita y atención a la infancia.....	50
2.4.	Hipótesis	50
2.5.	Variables.....	50
2.5.1.	Identificación de variables	50
2.5.2.	Operacionalización de variables.....	51
2.6.	Definición de términos	58
2.6.1.	Factor asociado.....	58
2.6.2.	Depresión postparto.....	58
2.6.3.	Puérpera.....	58
2.6.4.	Perinatal.....	58
2.6.5.	Trastorno mental	58
	59



3.1.	Enfoque del estudio	59
3.2.	Alcance del estudio.....	59
3.3.	Diseño de investigación.....	59
3.4.	Población	60
3.5.	Muestra	61
3.6.	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	62
3.6.1.	Instrumento.....	63
3.7.	Validez y confiabilidad de instrumentos	64
3.8.	Plan de análisis de datos	65
4.	Capítulo IV: Resultados.....	67
4.1.	Resultados respecto a los objetivos específicos	67
4.2.	Resultados respecto al objetivo general.....	102
5.	Capítulo V: Discusión	107
5.1.	Descripción de los hallazgos más relevantes y significativos	107
5.2.	Limitaciones del estudio.....	110
5.3.	Comparación crítica con la literatura existente	111
5.4.	Implicancias del estudio	113
	Conclusiones.....	114
	Recomendaciones	116
	Referencias bibliográficas	118
	Apéndice.....	132
	Apéndice 1: Matriz de consistencia.....	132
	Recolección de datos	135



Apéndice 3: Consentimiento informado.....	140
Apéndice 4: Validación del instrumento	141
Apéndice 5: Validación de 05 jueces expertos	144
Apéndice 6: Trámite documentario al Hospital Regional	183
Apéndice 7: Trámite documentario al Hospital Antonio Lorena	185



Índice de tablas

Tabla 1 Clasificación de la depresión postparto	37
Tabla 2 Prevención de la depresión postparto	41
Tabla 3 Operacionalización de variables	51
Tabla 4 Población de puérperas por hospital	60
Tabla 5 Distribución de la muestra por Hospital	61
Tabla 6 Cantidad de puérperas por hospital	68
Tabla 7 Depresión Postparto en puérperas según indicador factor sociodemográfico, con valores de prueba Chi-cuadrado.....	70
Tabla 8 Depresión postparto en puérperas según indicadores de factor económico, con valores de prueba Chi-cuadrado.....	76
Tabla 9 Depresión postparto en puérperas según indicadores de factor clínico, con valores de prueba Chi-cuadrado.....	80
Tabla 10 Depresión postparto en puérperas según indicadores de factor afectivo de pareja, con valores de prueba Chi-cuadrado	86
Tabla 11 Depresión postparto en puérperas según indicadores de factor afectivo de miembros de familia, con valores de prueba Chi-cuadrado	94
Tabla 12 Depresión postparto en puérperas según indicadores de factor maltrato psicológico, con valores de prueba Chi-cuadrado.....	100
Tabla 13 Resultados de bondad de ajuste	103
Tabla 14 Prueba de hosmer y lemeshow	103
Tabla 15 Factores que se asocian a la depresión postparto	104



Índice de figuras

Figura 1 Ciclo del embarazo.....	35
Figura 2 Esquema del diseño de investigación.....	59
Figura 3 Porcentaje de mujeres por rango de edad según depresión Postparto.....	71
Figura 4 Porcentaje de mujeres por cantidad de hijos según depresión postparto	72
Figura 5 Porcentaje de mujeres por nivel educativo según depresión postparto.....	73
Figura 6 Porcentaje de mujeres por estado civil según depresión postparto	74
Figura 7 Porcentaje de mujeres por procedencia según depresión postparto	75
Figura 8 Porcentaje de mujeres por condición socioeconómica según depresión postparto.....	77
Figura 9 Porcentaje de mujeres por dependencia económica según depresión postparto	78
Figura 10 Porcentaje de mujeres por ocupación según depresión postparto	79
Figura 11 Porcentaje de familiares con antecedentes de depresión	81
Figura 12 Porcentaje de mujeres por complicaciones obstétricas según depresión postparto	83
Figura 13 Porcentaje de mujeres por tipo de parto según depresión postparto	84
Figura 14 Porcentaje de mujeres por etapa de puerperio según depresión postparto.....	85
Figura 15 Porcentaje de mujeres por deseo de tener un hijo según depresión postparto	87
Figura 16 Porcentaje de mujeres por presencia y apoyo de pareja según depresión postparto....	89
Figura 17 Porcentaje de mujeres por compresión de la pareja durante embarazo según depresión postparto	90
Figura 18 Porcentaje de mujeres por afecto de pareja según depresión postparto	91
Figura 19 Porcentaje de mujeres por aceptación de pareja según depresión postparto.....	92
Figura 20 Porcentaje de mujeres por ánimo brindado por la pareja según depresión postparto ..	93
Figura 21 Porcentaje de mujeres por apoyo y comprensión de miembros de la familia según depresión postparto	95
Figura 22 Porcentaje de mujeres por comprensión de miembros de familia según depresión postparto	96
Figura 23 Porcentaje de mujeres por me siento querida por los de miembros de familia según depresión	98



Figura 24 Porcentaje de mujeres por aceptación de miembros de familia según depresión postparto 99

Figura 25 Porcentaje de mujeres por ánimo brindado por los miembros de mi familia según depresión postparto

.....100

Figura 26 Porcentaje de mujeres por maltrato psicológico de pareja según depresión postparto 101



Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo identificar cuál de los factores se asocia de manera causal a la depresión Postparto en Puérperas Atendidas Postpandemia en dos hospitales de la Ciudad de Cusco, 2023, el enfoque de la investigación fue cuantitativo, de alcance causal explicativo y diseño no experimental de corte transversal. La población estuvo conformada por 526 puérperas, con una muestra total de 311, de las cuales, 140 del Hospital Antonio Lorena y 171 del Hospital Regional del Cusco, a los cuales se les aplicó la Escala de depresión postparto de Edimburgo y una ficha de recolección de datos. Los resultados indicaron que en el Hospital Antonio Lorena el 12.1% tuvo riesgo de depresión postparto y un 87.9 % no tuvo riesgo de depresión postparto, y en el Hospital Regional del Cusco el 9.9 % tuvo riesgo de depresión postparto y un 90.1% no tuvo riesgo de depresión postparto del total de encuestadas. En conclusión, se evidenciaron que la edad, la dependencia económica, antecedentes de depresión en la familia, complicaciones obstétricas, tipo de parto por cesárea, factor afectivo de la familia y el factor maltrato psicológico se asocian significativamente a la depresión postparto en puérperas atendidas postpandemia en dos hospitales de la ciudad de Cusco, 2023.

Palabras clave: Depresión postparto, hospital, factores, puérperas, postpandemia.



Abstract

The objective of this research was to identify which of the factors is causally associated with Postpartum depression in Post-pandemic Puerperal Women treated in two hospitals in the City of Cusco, 2023. The research approach was quantitative, with a causal explanatory scope and a non-explanatory design. cross-sectional experimental. The population was made up of 526 postpartum women, with a total sample of 311, of which, 140 from the Antonio Lorena Hospital and 171 from the Regional Hospital of Cusco, to whom the Edinburgh Postpartum Depression Scale and a collection form were applied. of data. The results indicated that at the Antonio Lorena Hospital 12.1% had a risk of postpartum depression and 87.9% had no risk of postpartum depression, and at the Cusco Regional Hospital 9.9% had a risk of postpartum depression and 90.1% had no risk. of postpartum depression of the total number of respondents. In conclusion, it was evident that age, economic dependence, history of depression in the family, obstetric complications, type of cesarean delivery, family affective factor and psychological abuse factor are significantly associated with postpartum depression in post-pandemic postpartum women. in two hospitals in the city of Cusco, 2023.

Key words: Postpartum depression, hospital, factors, postpartum women, postpandemic



Factores Asociados a la Depresión Postparto en Puérperas Atendidas Postpandemia en dos Hospitales de la Ciudad de Cusco, 2023

por DINA SOFIA ELGUERA ESQUIVEL

Fecha de entrega: 17-nov-2023 07:32a.m. (UTC-0500)

Identificador de la entrega: 2231117865

Nombre del archivo: POSTPANDEMIA_EN_DOS_HOSPITALES_DE_LA_CIUADAD_DEL_CUSCO_2023.docx
(5.28M)

Total de palabras: 34201

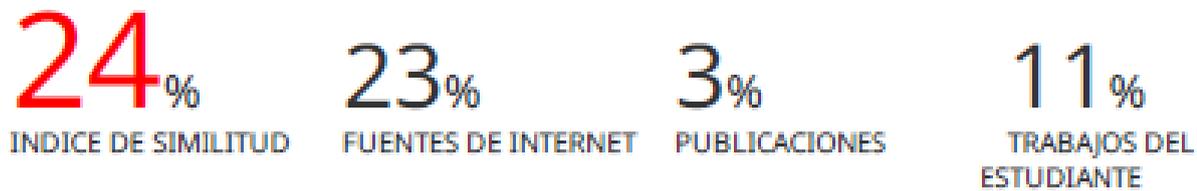
Total de caracteres: 180941


Vanessa Rozus Calderón
PSICOLOGA
C.P.S.P. 16533



Factores Asociados a la Depresión Postparto en Puérperas Atendidas Postpandemia en dos Hospitales de la Ciudad de Cusco, 2023

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	hdl.handle.net Fuente de Internet	5%
2	vbook.pub Fuente de Internet	2%
3	Submitted to Universidad Andina del Cusco Trabajo del estudiante	2%
4	Submitted to Universidad de San Martín de Porres Trabajo del estudiante	2%
5	repositorio.uandina.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	1%
7	creativecommons.org Fuente de Internet	1%
8	repositorio.unsaac.edu.pe Fuente de Internet	<1%



Recibo digital

Este recibo confirma que su trabajo ha sido recibido por Turnitin. A continuación podrá ver la información del recibo con respecto a su entrega.

La primera página de tus entregas se muestra abajo.

Autor de la entrega: DINA SOFIA ELGUERA ESQUIVEL
Título del ejercicio: TESIS PARA ERP
Título de la entrega: Factores Asociados a la Depresión Postparto en Puérperas A...
Nombre del archivo: POSTPANDEMIA_EN_DOS_HOSPITALES_DE_LA_CIUADAD_DEL_C...
Tamaño del archivo: 5.28M
Total páginas: 186
Total de palabras: 34,201
Total de caracteres: 180,941
Fecha de entrega: 17-nov.-2023 07:32a. m. (UTC-0500)
Identificador de la entre... 2231117865



Derechos de autor 2023 Turnitin. Todos los derechos reservados.



Capítulo I:

Introducción

2.1. Planteamiento del problema

El término púérpera es una fase a nivel biológico cuyo inicio se da cuando acaba la expulsión de la placenta, pudiendo durar entre 6 semanas o 42 días (Minsa, 2021), esta etapa clasifica Botero (2008) en puerperio inmediato, mediano y alejado, la edad fértil en la mujer según la OMS se estima que es de 15 a 49 años (como se citó en Herrera, 2017), más la siguiente investigación consideró a madres en etapa adulta, desde los 20 años hasta la etapa adulta media, 45 años (Martin, 2005).

Actualmente existe la creencia popular de que el embarazo hasta el nacimiento del bebé, denominado como período perinatal, es considerada como etapa de bienestar o de protección ante algún trastorno mental, donde en realidad este periodo se considera como uno de vulnerabilidad, pudiendo ser el origen, recaída o incremento de algún trastorno mental (Rodríguez, 2019). Conceptualmente la depresión postparto constituye un trastorno depresivo mayor que se produce en el puerperio de la mujer (Evans y Martin, 2003), además para Seyfried y Marcus (2003), la depresión postparto es un trastorno mental, siendo de alta prevalencia, que puede producir alteración en la persona que lo sufre a nivel emocional, comportamental, cognitivo y físico, su origen se da de forma engañosa, con una duración de varias semanas una vez concluido el alumbramiento (como se citó en Navas, 2013).

La depresión postparto está incluida en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta edición, bajo la denominación “Con inicio en el periparto”, este lapso temporal para el DSMV alcanza desde el embarazo hasta la cuarta semana después del parto,



además se tiene que este trastorno en un gran porcentaje de casos no inicia de manera inmediata al momento de dar a luz, pues se aparece por el 1° mes del puerperio o entre las 8 y 12 semanas después del parto (Jadresic, 2017), estudios e investigaciones además verifican que hay un incremento mayor, siendo hasta los dos años (Linda et al.,2007).

Se entiende por factor a aquellos “elementos que pueden condicionar una situación, siendo los causantes de la evolución o transformación de los hechos, un factor además contribuye a que se consigan determinados resultados al caer sobre él la responsabilidad de la variación o de cambios” (García, 2019, p.15-16), para el presente estudio los factores considerados fueron: sociodemográfico que comprende la edad, número de hijos, grado académico, estado civil y procedencia, seguido del factor económico que comprende dependencia e independencia económica y ocupación, también algunos factores clínicos como el antecedente de depresión en la familia, complicaciones obstétricas, etapa de puerperio y tipo de parto, el factor afectivo que conceptualmente se caracteriza por brindar empatía, cuidado, amor, confianza, proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en todo momento (Méndez, 2008), con respecto al factor afectivo, se entiende que estos en ocasiones no son vistos o percibidos por otra persona, pues muchas veces son sensitivos e internos, pero pueden ser conocidos y medidos en la medida que la persona comparta su mundo interno (Covarrubias y Cuevas, 2008), por lo que se consideró dentro de este factor: el deseo de tener un hijo o hija, presencia, apoyo, comprensión, afecto, aceptación y animo brindado por parte de la pareja , además la presencia, apoyo, comprensión, afecto, aceptación y ánimo brindado por parte de la familia y finalmente el factor maltrato psicológico abocado por la pareja que teóricamente es considerado como un patrón de conducta que tiende a ser destructivo, desde un nivel psicológico, siendo manifestado a través del rechazo, aislamiento e indiferencia, así



como mediante las acciones de aterrorizar y corromper (Garbarino et al.,1989), y se consideró si hay presencia de maltrato psicológico o no; cada factor descrito líneas arriba brindara una información más completa al estudio (cómo se citó en Gómez, 2006).

El presente estudio consideró a puérperas atendidas postpandemia con el fin de conocer cual de los factores mencionados líneas arriba se asocian a la depresión postparto, sobre todo luego de haber atravesado por la pandemia covid-19, ya que según el estudio realizado por Sadler las mujeres embarazadas que son una población de alto riesgo tuvieron un gran impacto en su salud mental frente a las medidas adoptadas durante la covid19. (2020).

Estudios Internacionales que se realizaron en países como Canadá, Grecia, Inglaterra y China, evidencian los efectos adversos que dejaría la pandemia, identificando además el aumento de síntomas asociados a malestares emocionales, dentro de ellos la Depresión y depresión postparto (Parasi 2020).

Lo más reciente en investigaciones que se tiene de Perú sobre la depresión postparto es de los Hospitales como el Dos de Mayo y Cayetano Heredia, donde se indicó una prevalencia de depresión postparto de 34% en madres gestantes y puérperas de 15 a 45 años (Nunton et al., 2020). En la región del Cusco en los establecimientos de salud de nivel I, II y III como son las postas y hospital Antonio Lorena y hospital regional del Cusco, no considero ni considera en la actualidad dentro de los indicadores de evaluación en los controles mensuales a las mujeres la presencia o no de depresión durante el periodo de embarazo y/o en el puerperio. Es por eso que, tampoco existió información sobre la existencia o no de depresión postparto en la región del Cusco, menos aún en periodo de postpandemia, muchas veces en el Hospital Antonio Lorena y Hospital Regional el personal de salud encargado en el área de maternidad realiza poca atención al sentir y lo que



manifiesta la mujer en etapa de dar a luz, (Nardi y Moltedo, 2012) hacen referencia a que la depresión postparto habitualmente no se evalúa y menos aún se diagnostica, y esto ocurre muchas veces porque aún se cree que se trata de cambios emocionales normales y no de un trastorno mental, más aún cuando su aparición es tardía, centrándose el personal de salud por lo tanto solo en la salud física y no en lo mental, por otro lado al momento de dar el alta no se cuenta con la opinión y/o el aval del psicólogo, siendo la presencia del psicólogo la excepción a la norma en estas áreas de maternidad, por lo que la decisión de alta se encarga en su mayoría el médico, neonatólogo, enfermera u otro personal de salud. Otro aspecto son las limitaciones para acceder al tratamiento donde en estos hospitales son aún complejas y numerosas, además del estigma sobre las enfermedades mentales que se tiene aún hacia este grupo que son las madres, la poca prioridad e inclusión que dan los establecimientos de salud a evaluaciones en atención primaria o el acceso limitado a especialistas en salud mental (Byatt et al., 2015, como se citó en Gallardo, 2019), todos estos aspectos mencionados han estado presente durante la pandemia y postpandemia.

Además aquellas puérperas cuya residencia es de zona rural atraviesan situaciones de desprotección ante la ausencia de familiares que les acompañen durante el internamiento en estos hospitales hasta que entre a la etapa de puerperio, por otro lado estas mismas puérperas, representan un egreso económico el que cuentan con el acompañamiento ya sea de un familiar o pareja, sumado a ello las dificultades comunicativas entre la puérpera quechua hablante y el servidor de salud que desconoce el idioma quechua son factores que ubican a la puérpera en una situación de desventaja en esta etapa, situación que no afecta significativamente en puérperas de zona urbana.



Por otro lado, menciona (Chabrol et al., 2004 y Barber et al., 2011, como se citó en Rodríguez, 2019, p.43), muchas veces existe un bajo nivel de aceptación al tratamiento durante la etapa de gestación y puerperio, prefiriendo muchas veces la intervención psicológica a la medicación o ninguna de ellas, con respecto a los síntomas que experimentan las madres con depresión postparto en su mayoría es: relevante pérdida de peso o subida de peso, estado de ánimo deprimido una gran parte del día, insomnio o hipersomnia casi todos los días, intento de suicidio o elaboración de un plan determinado para su ejecución, reducción de la capacidad para pensar o falta de concentración, pensamientos en morir recurrentemente, agitación o retraso psicomotor usualmente, ideas suicidas usuales no teniendo un plan establecido, reducción del interés de manera relevante, fatiga o pérdida de energía usualmente, y sentirse inútil o con culpa de forma excesiva (DSMV).

La Escala de Depresión Postparto de Edimburgo es un cuestionario compuesto por 10 ítems que ha sido considerado el Gold Standart para evaluar la depresión postparto (Cox et al.,1987, como se citó en Rodríguez, 2019), en este cuestionario la mujer debe responder su sentir en los últimos 7 días después de haber dado a luz, más con la ficha de recolección de datos se podrá tener la información completa al estudio.

Durante el parto es fundamental una buena comunicación hacia la mujer , para que así la mujer pueda sentirse con el control de la situación, es importante además que se fomente la autoconfianza y se le brinde ánimo para pasar por la experiencia (Reynolds, 2000; Paz et al., 2016, p.317, como se citó en Rodríguez, 2019, p.317), la presencia de un psicólogo en el área de maternidad permitiría identificar a las mujeres vulnerables que padecen de depresión postparto o muestran síntomas desde el inicio temprano para así intervenir realizando tratamientos adecuados,



alertando a su vez a trabajar con todo el personal de salud encargado del área de maternidad para realizar una labor preventiva y de seguimiento.

Para Rodriguez (2019):

“Se tiene que es de suma importancia que la atención a la gestión de riesgos y crisis debería ser realmente relevante dentro de las instituciones que brindan servicios en el área de salud, pues fortalece la salud mental de la madre, las mujeres que reciban atención en los establecimientos de salud deben saber dónde pueden obtener ayuda si su situación empeora” (p.379).

2.2. Formulación de problema

2.2.1. Problema general

¿Cuál de los factores se asocia de manera causal a la depresión Postparto en Puérperas Atendidas Postpandemia en el hospital Antonio Lorena y hospital regional de la Ciudad de Cusco, 2023?.

2.2.2. Problemas específicos

- ¿Existe depresión postparto en puérperas atendidas postpandemia según el hospital Antonio Lorena y hospital regional en la Ciudad de Cusco, 2023?.
- ¿Cuál de los factores sociodemográficos está asociado a la depresión postparto en Puérperas Atendidas Postpandemia en el hospital Antonio Lorena y hospital regional de la Ciudad de Cusco, 2023?.
- ¿Cuál de los factores económicos está asociado a la depresión postparto en Puérperas Atendidas Postpandemia en el hospital Antonio Lorena y hospital regional de la Ciudad de Cusco, 2023?.



- ¿Cuál de los factores clínicos está asociado a la depresión postparto en Puérperas Atendidas Postpandemia en el hospital Antonio Lorena y hospital regional de la Ciudad de Cusco, 2023?.
- ¿Cuál de los factores afectivos de la pareja está asociado a la depresión postparto en Puérperas Atendidas Postpandemia en el hospital Antonio Lorena y hospital regional de la Ciudad de Cusco, 2023?.
- ¿Cuál de los factores afectivos de la familia está asociado a la depresión postparto en Puérperas Atendidas Postpandemia en el hospital Antonio Lorena y hospital regional de la Ciudad de Cusco, 2023?.
- ¿El factor maltrato psicológico por la pareja está asociado a la depresión postparto en Puérperas Atendidas Postpandemia en el hospital Antonio Lorena y hospital regional de la Ciudad de Cusco, 2023?.

2.3. Justificación

2.3.1. Conveniencia

El estudio es conveniente para el sector salud, porque contribuirá a comprender sobre la variable depresión postparto y los factores asociados y al reconocer sobre esta problemática emitir normativas que permita orientar la forma de trabajo con población puérpera además de elaborar directivas a favor de este grupo que son las madres.

A las mujeres atendidas en el hospital Antonio Lorena y regional del Cusco de manera que podrán sentir el apoyo del estado durante el proceso de gestación y puerperio.



2.3.2. Relevancia social

El tema es fundamental debido a la trascendencia que tiene en el bienestar de la mujer, así como de su recién nacido, siendo una prioridad para la salud pública que se comprenda sobre que es la depresión postparto, se lleve un correcto tratamiento, con la prevención adecuada (Saldivia, 2015).

Es relevante el estudio también debido a que, aunque una mayoría de personas conoce sobre la variable depresión postparto, pero ello no se ha traducido en recursos asistenciales y de investigación, por lo que la presente investigación evidencio esta realidad, brindo hallazgos y genero una mayor sensibilización sobre este problema con el fin de que se realice acciones, modificaciones, nuevos programas a favor de este grupo que son las madres.

2.3.3. Implicaciones prácticas

A nivel práctico los datos recopilados sobre factores sociodemográficos, económicos, clínicos, afectivos por parte de la pareja y familia y maltrato psicológico servirán para generar acciones preventivo-promocionales y de intervención a las madres desde la etapa de gestación, logrando así en el personal de salud un trabajo articulado y de involucramiento en el tema, abordaje y derivación según corresponda al personal especializado.

Permitirá también generar innovación en la elaboración de programas implementados basados en la evidencia y adaptadas a la coyuntura vivida y así tener un punto de partida para estudiar y plantear soluciones prácticas.



2.3.4. Valor teórico

Se basó la investigación en autores tales como Cox et al. quienes teorizan la variable y además construyeron la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo y de Vega et al. (2002), quien adaptó el instrumento.

Gracias a la aplicación de los instrumentos se podrá identificar cual es el factor que se asocia más a la depresión postparto, lo que ampliará el conocimiento que se tiene sobre esta variable en puérperas de dos establecimientos de salud de la región del Cusco, 2023.

2.4. Utilidad metodológica

El estudio utilizó como cuestionario estandarizado la Escala de depresión postparto de Edimburgo (EPDS), así mismo se elaboró una ficha de recolección de datos para determinar los factores asociados a la depresión postparto, teniendo una validación por juicio de expertos y puede ser utilizado para futuras investigaciones con una problemática similar. A partir de ello, se buscó recolectar información significativa que contribuya a generar mayor conocimiento sobre la unidad de estudio. Además, la metodología empleada y el procesamiento de datos puede ser considerado de base para otros estudios.

2.5. Objetivos de investigación

2.5.1. Objetivo General

- Identificar cuál de los factores se asocia de manera causal a la depresión Postparto en Puérperas Atendidas Postpandemia en el hospital Antonio Lorena y hospital regional de la Ciudad de Cusco, 2023.



2.5.2. Objetivos Específicos

- Identificar la existencia de depresión postparto en puérperas atendidas postpandemia en el hospital Antonio Lorena y hospital regional de la Ciudad de Cusco, 2023.
- Identificar que factor sociodemográfico se asocia a la depresión postparto en puérperas Atendidas Postpandemia en el hospital Antonio Lorena y hospital regional de la Ciudad de Cusco, 2023.
- Identificar que factor económico se asocia a la depresión postparto en puérperas Atendidas Postpandemia en el hospital Antonio Lorena y hospital regional de la Ciudad de Cusco, 2023.
- Identificar que factor clínico se asocia a la depresión postparto en puérperas Atendidas Postpandemia en el hospital Antonio Lorena y hospital regional de la Ciudad de Cusco, 2023.
- Identificar que factor afectivo de la pareja se asocia a la depresión postparto en Puérperas Atendidas Postpandemia en el hospital Antonio Lorena y hospital regional de la Ciudad de Cusco, 2023.
- Identificar que factor afectivo de la familia se asocia a la depresión postparto en Puérperas Atendidas Postpandemia en el hospital Antonio Lorena y hospital regional de la Ciudad de Cusco, 2023.
- Identificar si el factor maltrato psicológico por la pareja se asocia a la depresión postparto en Puérperas Atendidas Postpandemia en el hospital Antonio Lorena y hospital regional de la Ciudad de Cusco, 2023.



2.6. Delimitación del estudio

2.6.1. Delimitación espacial

La investigación se desarrolló con puérperas atendidas postpandemia del área de maternidad del Hospital Antonio Lorena del distrito de Santiago y Hospital Regional del distrito de Wanchaq, Provincia de Cusco.

2.6.2. Delimitación temporal

El estudio inició el mes de Junio del año 2022, durante el mes de Octubre y Noviembre del mismo año la escala de depresión postparto y la ficha de recolección de datos pasaron por 05 jueces de expertos, para el mes de Diciembre del mismo año, se aplicó la prueba piloto en la provincia de Anta, es así que para el mes de Enero y segunda semana de Febrero del año 2023 se aplicaron los instrumentos de recolección de datos y finalmente para el mes de Marzo hasta fines del mes de Mayo se desarrollaron los resultados, discusión y conclusiones.

2.7. Aspectos éticos

Los principios éticos que rigen a la Asociación Americana de Psicología hacen mención de que los profesionales en psicología deben cumplirlos, siendo los siguientes: fidelidad y responsabilidad, beneficencia y no maleficencia, justicia, integridad, respeto a la dignidad de las personas participantes en la investigación en el ámbito educativo, entendiendo su condición (Salomone & Michel, 2010).

Para la prueba piloto aplicado a puérperas que residen en Anta se les indico el propósito de la investigación, a las que voluntariamente aceptaron ser parte del estudio se les explicó sobre el consentimiento informado y se procedió a aplicar el instrumento.



A puérperas atendidas en el Hospital Antonio Lorena y Hospital Regional se llevó a cabo de manera que a aquellas puérperas que se encontraban fuera de Cusco, por medio telefónico se les explico el propósito de la investigación y se les dio lectura del consentimiento informado recalcando el resguardo de los datos brindados y elección de participar o no , si la respuesta fue afirmativa se procedió a aplicar la ficha de recolección de datos y la escala de depresión postparto y a aquellas puérperas a las que se les encuestó de forma presencial, se les explicó el propósito e importancia de la investigación, se indicó también que será de manera voluntaria la participación y en función a su respuesta afirmativa se les administró el documento de consentimiento informado recalcando que se protegerá la privacidad de sus datos y se procedió con el llenado de la ficha de recolección de datos y la escala de depresión postparto.



Capítulo II:

Marco Teórico

3.1. Antecedentes

3.1.1. Antecedentes internacionales

García, Romero & Mauquí (2020), realizaron un estudio intitulado “Factores desencadenantes de la depresión post parto en las adolescentes: Estudio piloto”, en Ecuador, con la finalidad de realizar una determinación sobre aquellos factores que podrían generar la depresión postparto en las adolescentes, la investigación fue de campo, de enfoque cuantitativo, diseño no experimental transversal, alcance descriptivo , la muestra estuvo conformada por 121 madres adolescentes, los instrumentos que se utilizaron fue la Escala de depresión postparto de Edimburgo (EPDS) y un segundo instrumento creado por la autora este en función de instrumentos ya validados, se hizo además un plan piloto con 10 puérperas adolescentes, los resultados obtenidos sobre el inicio de embarazo fue que el 10 % tuvo su primer embarazo entre las edades de 10 a 14, el 90% en edades de 15 a 19 años, sobre el factor socioeconómico, se tiene que el 20% está en un nivel socio económico bajo, y el 80% en un nivel socio económico medio, la información sobre el grado de instrucción obtuvo que un 40% abandono la escuela, el factor relación de pareja obtuvo que un 30 % tiene buena relación, un 50% regular y un 20% mala, sobre el estado civil se tiene que un 30% tiene unión libre y soltera el 70%, los niveles de depresión postparto que presentaron se obtuvo que el 30% presento depresión postparto, moderada un 70%, sobre el tipo de parto se obtuvo que un 80% dio vía vaginal y un 20% cesárea. Se llegó a la conclusión que la depresión postparto no cuenta con una etiología determinada, y que hay riesgo de depresión postparto debido a problemas familiares y socioeconómicos.



Pairola, et al. (2020) realizaron un estudio intitulado “Prevalencia de depresión postparto y asociación con insomnio y estado cognitivo en mujeres puérperas lactantes durante el aislamiento social, preventivo y obligatorio (ASPO)”, en Argentina, con la finalidad de establecer la prevalencia de la depresión postparto, si existía algún vínculo entre el insomnio y el estado cognitivo en mujeres que recién pasaron por el parto en una época de aislamiento social, la investigación fue de enfoque cuantitativo, alcance descriptivo correlacional, diseño transversal, conformada con una población 324 mujeres, se aplicaron cuestionarios válidos para depresión postparto, insomnio (ISI), quejas cognitivas (MCSA), y de estado metacognitivo (BMMS), los resultados obtenidos fueron que la media de edad fue de 30,60 años, el 57% fueron primíparas y llevaban una media de 5 meses de postparto, se halló además una prevalencia del 19% de depresión postparto menor, un 33% de depresión postparto moderada y un 15% de tipo severa, se tuvo también que el 54% de la muestra tuvo dificultades de memoria, y un 40% insomnio leve. Al darse una comparación entre las puntuaciones del insomnio (ISI), entre los grupos de depresión postparto, se encontraron diferencias significativas ($p < 0,05$), sin depresión postparto $M=6,16$ ($EE=0,45$), depresión postparto menor $M=7,55$ ($EE=0,58$), depresión postparto moderada $M=11,47$ ($EE=0,44$), y depresión postparto severa $M=14,37$ ($EE=0,65$), en conclusión la DPP tiene un impacto en la calidad del sueño y en la cognición de las mujeres puérperas; además que a mayor depresión, mayor insomnio y quejas cognitivas.

Loaiza y Sánchez (2019) realizaron un estudio intitulado, “Manifestación de depresión postparto en madres durante la hospitalización neonatal 2018-2019”, en Colombia, con el objetivo de identificar cómo se manifiesta este trastorno mental en madres que se encontraban en la etapa de puerperio mediato, teniendo un recién nacido en un hospital de Colombia, la investigación fue



de enfoque cuantitativo, diseño no experimental transversal, alcance descriptivo, el estudio se realizó con una muestra total 39 madres mayores de 13 años y menores de 40, se hizo la aplicación de la Escala de depresión postparto de Edimburgo, la MINI entrevista psiquiátrica internacional respecto a depresión postparto mayor, además de un cuestionario con el fin de realizar una evaluación sobre las variables clínicas y sociodemográficas. Evidenciaron en los resultados que, un 26% del total de la población obtuvo una puntuación clínica significativa, un 74% no obtuvo significancia clínica, 2 de 10 madres experimentaron DPP de forma aguda que cumplieron los criterios diagnósticos de depresión mayor según el instrumento utilizado, aquellas madres con DPP tuvieron parto normal (N=6), cesárea programada (N=3) y por emergencia (N=1), 6 tuvieron embarazo deseado y 4 no deseado. En conclusión, un 26% manifestó características de DPP que es un 10 de 39 puérperas.

González et al. (2019), realizaron un estudio intitulado, “Factores asociados a depresión postparto”, en Cuba, teniendo como finalidad el establecimiento respecto a la incidencia, así como la explicación de los factores que generarían DPP en puérperas, la investigación fue de enfoque cuantitativo, diseño no experimental corte transversal, alcance descriptivo, teniendo una muestra de 139 puérperas fisiológicas en Granma, 2018. Se realizó la Escala de DPP de Edimburgo y una entrevista estructurada, los resultados fueron que el 12,23% tenían DPP, siendo su incidencia alta ya que a nivel estadístico se asoció a los 20 años, siendo solteras, antes teniendo depresión previa al embarazo, contando con 2 hijos y siendo víctimas de violencia. Asimismo, tendencia a tener pensamientos recurrentes de suicidio fue 18.27 veces mayor de generarse en pacientes con DPP, siendo ello un riesgo, en conclusión, este trastorno mental es una enfermedad que puede ser



prevenida teniendo una relevante morbilidad oculta, siendo un tema de salud que conlleva a prestar una mayor atención a cargo de los responsables por velar por la salud de la sociedad.

Vallecampo (2019), realizó un estudio intitulado “Relación entre riesgo y factores asociados a depresión postparto del puerperio inmediato de mujeres con bajo riesgo obstétrico” ,en el Salvador, teniendo por fin establecer el vínculo entre las variables materia de estudio, siendo por un lado el riesgo, y por el otro, los factores que generen DPP en la etapa de puerperio inmediato de mujeres con bajo riesgo obstétrico, en un hospital, la investigación fue de alcance correlacional, transversal y prospectivo, y enfoque cuantitativo, la muestra estuvo conformada por 180 madres tomando ciertos criterios. Se tuvo como instrumento un cuestionario de factores de riesgo y la escala de depresión postparto de Edimburgo, con los resultados se evidenciaron que la gran parte de participantes tenían unión libre, vivían en zonas urbanas, siendo amas de casa y teniendo el bachillerato completo. Además, se resalta que más de la mitad eran madres primerizas, no teniendo un riesgo de tener DPP. Asimismo, las mujeres solteras fueron el grupo con más riesgo de tener este padecimiento, siendo un 63.7%, siendo más de la mitad aquellas que vivían en una zona diferente a la urbana, siendo víctimas de violencia. Se observó que en este grupo de mujeres había una gran parte que no utilizaba métodos sobre planificación familiar, por ende, su embarazo no había sido planificado. El riesgo de tener este trastorno se evidenció en aquellas mujeres que vivían en zona urbana, sin ser víctimas de violencia en sus familias y con unión libre.

Pham, et al. (2018), realizaron un estudio intitulado “Factores asociados a la depresión postparto en mujeres de bajo nivel socioeconómico en Argentina: Aproximación a un modelo jerárquico”, con la intención de realizar una evaluación referente a la prevalencia de depresión a las 4 semanas del parto en hospital público en Argentina, la investigación fue de enfoque



cuantitativo, cohorte prospectivo, el estudio se realizó con una muestra de 539 mujeres, utilizando la escala de DPP de Edimburgo (EPDS), los resultados fueron que de toda la población, 167 madres dieron positivo a DPP, esto es el 31%, en conclusión, casi un tercio de madres participantes presentaban síntomas relacionados con la depresión a las cuatro semanas postparto, las causas sociodemográficas, particularmente la historia psiquiátrica personal y las influencias sociales y culturales pueden afectar los resultados.

Hass (2017), realizó un estudio intitulado “Depresión post parto en madres adolescentes”, en Guatemala, cuyo objetivo fue el establecer prevalencia de síntomas a nivel sugestivo respecto a depresión post parto en adolescentes que son madres en un hospital público en Escuintla, investigación de enfoque cuantitativo, alcance descriptivo, y diseño no experimental transversal, su población fue de 2 589 adolescentes después del parto, que fueron a su 1° control prenatal; la muestra fue de 204 madres, se aplicó la escala de Edimburgo, y ficha de recolección de datos, los resultados evidencian que de las características sociodemográficas la edad media es 18 años, etnia ladina 88.7%, amas de casa 38%, procedentes del municipio de Escuintla 24%, escolaridad primaria y básica 34%. La prevalencia de la sintomatología sugestiva de depresión postparto es del 7.85 los factores presentes fue el tipo de parto natural en 53%, relación con la pareja buena 52%, familia monoparental 58% sin antecedente de depresión 98%. En conclusión, la prevalencia de sintomatología sugestiva de depresión post parto en madres adolescentes es del 7.85% los factores principales son proceder de una familia con ambos padres y una buena relación con el padre del bebé.

Casillas y Tite (2017) realizaron un estudio intitulado “Depresión postparto en madres de neonatos hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos neonatal (UCIN) y no hospitalizados,



en los hospitales un canto a la vida y maternidad nueva aurora, un seguimiento desde la etapa gestacional” ,en Ecuador, con la finalidad de establecer la incidencia de este trastorno mental en madres de recién nacidos en un hospital de Ecuador, y verificar el vínculo de las dos variables materia de estudio, este fue de enfoque cuantitativo, diseño no experimental longitudinal alcance descriptivo, el estudio se realizó con una población de 150 madres con ciertas condiciones, siendo la muestra censal, se aplicó la Escala de Depresión de Edimburgo (EPDS) y la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg. (EADG), se concluyó que se presentó DPP en hospitalizadas en UCIN, con un 190%, y de aquellas que no pertenecían a UCIN fue del 50%. Se tuvo una frecuencia del 81% para aquellas con un antecedente de depresión durante su gestación. Las características sociodemográficas fueron significativas, tales como el estrato socioeconómico y grado de estudios. Hay un mayor riesgo para desarrollar este trastorno si se da un ingreso a este hospital en específico, también si la madre cuenta con un antecedente de depresión durante la gestación.

3.1.2. Antecedentes nacionales

Ramos y Rivera (2022), realizaron un estudio intitulado “Asociación entre depresión postparto y apoyo de la pareja en un centro materno infantil de Lima”, teniendo la finalidad de establecer la relación entre la variables materia de estudio en madres de un CMI, en Lima, la investigación fue observacional, enfoque cuantitativo, diseño no experimental transversal, alcance descriptivo correlacional, teniendo como muestra 122 madres, se aplicó la Escala de Edimburgo y la Escala de Apoyo de la Pareja, se evidenciaron en los resultados que menos de la mitad de madres sufrieron este trastorno mental, con 63.1% de madres que sí recibieron un apoyo del padre de su recién nacido, aquellas madres que no tenían este trastorno contaron con un apoyo regular con el 66% y un apoyo excelente un 24.7%. Se concluye que hay una relación inversa entre el apoyo del



padre y la DPP, por tanto, existiría una reducción de padecer de esto, si la pareja colabora con la madre.

Zamora y Vega (2020), realizaron un estudio intitulado “Factores asociados a depresión postparto en mujeres que acuden al centro de salud de San Jerónimo-Andahuaylas, 2018”, en el Callao, teniendo como fin la descripción de los factores que podrían generar DPP de madres de un centro de salud, fue de enfoque cuantitativo, diseño no experimental transversal, alcance descriptivo, se trabajó con una población de 472 mujeres, donde se obtuvo como muestra a 36 puérperas, los instrumentos utilizados fueron la escala de Dpp de Edimburgo y una ficha de recolección de datos sobre factores obstétricos y sociales, siendo los resultados que un 38.9% de las madres tenían más de 30 años, siendo un 61.1% las que comentan tener una tristeza profunda, además, un 30.6% que tiene este trastorno mental es madre de dos a tres niños. Se concluye que, de 10 madres, 5 de ellas tienen preeclampsia, además de ser víctimas de violencia a nivel psicológico.

Pizarro (2020) realizó un estudio intitulado “Factores asociados a la depresión postparto: Análisis secundario de la encuesta demográfica y de salud familiar del 2018”, en Lima, teniendo la finalidad de establecer aquellos factores que originen este trastorno mental en madres mayores de 14 y menores de 50 años, utilizando la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 2018, la investigación fue un diseño no experimental transversal, estudio observacional, analítico, retrospectivo de enfoque cuantitativo, la población estuvo constituida por 2882 mujeres, se aplicó los instrumentos el cuestionario de salud de la ENDES y Questionnaire de 9 ítems (PHQ-9) y, los resultados evidenciaron que los factores que fueron significativos en la investigación son la zona rural donde viven, así como que estén solteras. Además, se dio una prevalencia de DPP, siendo el



porcentaje de 3.12%. Se concluye que la zona rural donde viven, así como su estado civil de soltería se asociarían de forma significativa con el trastorno mental en cuestión.

Silvera (2019), realizó un estudio intitulado “Factores de riesgo de depresión postparto en púerperas del hospital de baja complejidad vitarte Octubre-Diciembre 2018”, en Lima, teniendo como finalidad la determinación de factores que sean de riesgo a padecer de DPP de madres en un hospital de Vitarte, la investigación fue observacional de enfoque cuantitativo ,diseño no experimental transversal, alcance descriptivo, con una población conformada por 1215 púerperas, teniendo como muestra 292 madres, se usó la escala de DPP de Edimburgo y un cuestionario, se obtuvieron como resultados que un 32.87% de las participantes sufrían este trastorno mental, se identificaron también los factores a nivel sociodemográfico, encontrándose que la gran parte era ama de casa, conviviente, no tenía apoyo del padre del recién nacido a nivel emocional, también se identificó a un nivel obstétrico, que habían tenido cesárea, además era su primera vez siendo madres. Se concluye que los factores identificados para que se presente este trastorno es que tengan cesárea, sean amas de casa, cuenten el grado de estudio nivel secundario y sean convivientes.

Neyra y Palomino (2019), realizaron un estudio intitulado “Factores de riesgo para la depresión postparto en madres adolescentes atendidas en el hospital María Auxiliadora, 2017”, en Lima, teniendo como finalidad establecer cuáles eran los factores de riesgo para la identificación de este trastorno mental en madres adolescentes en un hospital, en Lima, la investigación fue observacional analítico de enfoque cuantitativo, diseño no experimental trasversal ,con una población conformada por 1221 madres adolescentes, teniendo como muestra 292, se aplicó un cuestionario sobre los factores de riesgo para la DPP y el Cuestionario de Edimburgo para depresión posnatal, se evidenciaron en los resultados que una gran mayoría tuvo esta complicación



médica, siendo el 70%, se identificaron como algunos factores el estado civil, los años de vida, el desempleo, los que resultaron significativos. También se identificaron como factores de riesgo que haya presentado anteriormente alguna situación de muerte perinatal, aborto, mencionando aquí también enfermedades y hospitalización durante la gestación, así como controles prenatales inadecuados. Se obtuvo como conclusión que tanto factores a nivel sociodemográfico, obstétrico y social, como los antes mencionados, influyeron en el padecimiento de esta complicación médica.

Campos (2018), realizó un estudio intitulado “ Nivel de depresión posparto en puérperas atendidas en el Hospital Nacional Dos de Mayo de Lima-Perú ,2017”, teniendo como fin establecer la prevalencia de este trastorno mental en madres de un hospital público en Lima, el estudio fue de enfoque cuantitativo, alcance descriptivo, diseño no experimental transversal, se tuvo como población a 214 madres, teniendo como muestra a 138 puérperas, se hizo uso de la escala de DPP de Edimburgo, se evidenciaron en los resultados que un 59.4% de encuestadas afirmaron una prevalencia de esta complicación médica, teniendo el 34% de las encuestadas una depresión mayor, respecto al análisis de sus dimensiones, obtuvieron para la de sentimiento de culpa, ansiedad, disforia, ideación suicida y dificultad para la concentración, 69.56%, 92.76%, 57.97%, 12.78% y 72.06% respectivamente. Se concluye que el trastorno mental que desarrollaron las madres se presentó en un menor y mayor riesgo, teniendo un nivel moderado: sentimiento de culpa, dificultad para la concentración y ansiedad.

Córdova (2018), realizó un estudio intitulado “Factores asociados a depresión posparto en puérperas atendidas en Hospital II-2 Santa Rosa durante Setiembre-Diciembre, 2017”, en Piura, teniendo por finalidad el establecimiento tanto de la prevalencia como de los factores que pueden originar que se dé esta complicación médica en madres de un hospital público, la investigación fue



analítico de enfoque cualitativo, diseño no experimental transversal, el estudio obtuvo una muestra de 125 madres mayores de edad y menores de 35 años que tuvieron un parto, se utilizó una ficha de recolección de datos junto con la Escala de Depresión de Post-Parto de Edimburgo, se evidenciaron de los resultados que el promedio en edad de las madres es igual a 23 años, siendo un 34.4% quienes padecían de este trastorno mental, identificando que los factores que ocasionaban ello eran la edad, el estado civil, su grado de estudios y el lugar de residencia. Se concluye que la prevalencia de este trastorno mental fue de 34.3%, siendo alta, asociándose a diferentes factores mencionados anteriormente, adicionalmente las encuestadas sentían que no eran capaces de cuidar a su recién nacido.

Denegri y Jiménez (2018) realizaron un estudio intitulado “Factores Asociados a Depresión Posparto en Puérperas Atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, Febrero– Marzo”, teniendo como fin entender cuáles eran los factores maternos, asistenciales y fetales de madres en un hospital público, el estudio fue de enfoque cuantitativo, de tipo observacional, también fue prospectivo con diseño no experimental, se tuvo como muestra compuesta por 119 madres, se hizo uso del Test de Personalidad de Eysenck y la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo. Se evidenciaron en los resultados que el riesgo probable de depresión posparto fue de 24.4%, que se caracterizan por tener entre 18 a 35 años, el 64.7% son convivientes, el 44.5% tienen instrucción secundaria, el 63.9% viven en zona urbana, el 21.8% tienen temperamento altamente melancólico y colérico, el 96.6 % no presentaron depresión previa, el 68.1% no presentaron eventos estresantes; el 57.1% son primíparas, el 42.0% tuvieron infecciones del tracto urinario y el 30.3% presentaron otras enfermedades durante la gestación El 53.8 % tuvo parto por cesárea; el 78.2% de los recién nacidos no tuvieron ninguna patología al



nacer y el 77.3% fueron recién nacidos a término. El 79.8% tuvieron controles prenatales, el 71.4% asistieron a sesiones de psicoprofilaxis, se halló que el temperamento altamente melancólico y altamente colérico son factores que influyen significativamente en la depresión además del grado de instrucción secundario. En conclusión, la población estudiada presentó alta prevalencia de DPP, los factores predisponentes fueron el temperamento melancólico y colérico, grado de instrucción secundario.

García y Surita (2018), realizaron un estudio intitulado “Factores sociales y personales en la depresión post parto en las mujeres que acuden al Puesto de Salud Gerardo Gonzales Villegas”, en Tumbes, con la finalidad de realizar una identificación de los factores a nivel social y personal que tienen influencia en la aparición de este trastorno mental, fue de enfoque cuantitativo, alcance descriptivo, diseño no experimental retrospectivo, se obtuvo como muestra 70 madres, se hizo uso del test de Edimburgo y un instrumento de autoría de las investigadoras. Se obtuvieron como resultados que un 47.1% de las encuestadas presentó DPP, identificándose también algunos factores, tales como la edad, convivencia, grado de estudios e ingreso percibido a nivel económico; también se obtuvo información de otros factores como antecedentes obstétricos. En conclusión, una gran parte de madres encuestadas manifestaron no tener antecedentes a nivel familiar de esta complicación médica, más si fueron significativos los factores sociodemográficos, clínicos-obstétricos y socio económicos.

Masías y Arias (2018) realizaron un estudio intitulado “Prevalencia de la depresión post parto en Arequipa, Perú” teniendo como finalidad establecer la prevalencia de este trastorno mental en madres, en Arequipa, fue de enfoque cuantitativo, diseño no experimental transversal, alcance



descriptivo, se contó con 113 puérperas, como muestra, usando la Escala de DPP de Edimburgo, se tienen como resultados que, la mayoría de las madres eran convivientes, teniendo sólo estudio de nivel secundario, teniendo un parto natural. No se encontraron resultados significativos en el estado civil, ni tipo de parto. Se llega a la conclusión que un 41% no estaría en riesgo de tener esta complicación médica, teniendo el 45% síntomas de este trastorno mental.

Young (2017) , realizó el estudio sobre “Factores asociados a la depresión posparto en puérperas del servicio de obstetricia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza”, en Lima, teniendo el fin de establecer tanto la frecuencia como los factores que producen esta complicación medica en madres de un hospital nacional en Lima, fue de enfoque cuantitativo, analítica observacional, diseño no experimental transversal, la muestra fue de 209 mujeres que dieron a luz, se hizo uso del Test de Edimburgo para DPP, se obtuvieron como resultados que un 26.32% padecen de este trastorno mental, siendo uno de los factores significativos el estado civil, aborto como antecedente, hijos antes del parto, depresión como antecedente, violencia intrafamiliar y discusiones con el padre del recién nacido.

3.1.3. Antecedentes locales

Reaño (2020) , realizó un estudio intitulado “Factores asociados a la depresión posparto en madres adolescentes atendidas en el hospital regional del Cusco, 2020”, teniendo como fin establecer cuáles son los factores que generan este trastorno mental en madres de un hospital en Cusco, la investigación fue analítica observacional retrospectiva de enfoque cuantitativo , diseño no experimental transversal, se obtuvo como muestra 150 madres adolescentes teniéndose entre este grupo a 50 que si tuvieron esta complicación médica y 100 que no la tenían, se utilizó la Escala de DPP de Edimburgo y un afiche de recolección de datos, se obtuvieron como resultados, la



adolescencia media ($p=0.0001$, $OR=7.39$), instrucción primaria ($p=0.0055$, $OR=3.14$), ser estudiante ($p=0.0304$, $OR=2.15$), soltera ($p=0.0046$, $OR=1.29$), embarazo de riesgo ($p=0.0002$, $OR=5.41$), cesárea ($p=0.0003$, $OR=3.62$), control inadecuado del embarazo ($p=0.0178$, $OR=2.45$), hospitalización de recién nacido ($p=0.0014$ y $OR=4.94$), insatisfacción marital ($p=0.0$, $OR=6.24$), autovaloración negativa ($p=0.0000$ y $OR=7.89$), embarazo no deseado ($p=0.0426$, $OR=2.5$), depresión prenatal ($p=0.0000$, $OR=43.94$), apoyo inadecuado de la pareja ($p=0.00$, $OR=32.01$), pérdida de trabajo ($p=0.0012$, $OR=3.17$). En conclusión: Los principales factores de riesgo para el desarrollo de depresión fue el antecedente de depresión, apoyo inadecuado de la pareja y autovaloración negativa.

Jara y García (2018), realizaron un estudio intitulado “Depresión posparto en púrpas atendidas en los hospitales Regional y Lorena de la Ciudad de Cusco ,2018”, manteniendo la finalidad de realizar una comparación referente a esta complicación medica en dos hospitales públicos en Cusco, la investigación fue de enfoque cuantitativo, diseño no experimental, alcance descriptivo comparativo, la muestra fue constituida por 502 de dos hospitales, se aplicó la Escala de DPP de Edimburgo (EDPP-Edimburgo), se obtuvieron como resultados que en el hospital regional presento riesgo de DPP un 31.0%, y en el hospital Antonio Lorena un 21.6%., con probable DPP el hospital regional un 17.4% y un 77.2% el Hospital Antonio Lorena, sin riesgo de DPP el hospital regional 51.6% y 1.2% el hospital Antonio Lorena.



3.2. Bases teóricas

3.2.1. Factores

Existe una variedad de conceptualizaciones sobre factor, la primera se entiende como aquel elemento que podría condicionar una situación en concreto, lo que haría que se vuelva una causa de la generación o también la transformación de hechos, entonces se entiende por factor a aquello que tiene una colaboración directa cuyo fin es alcanzar una serie de resultados, pues justamente por este es que se da un cambio o variación notable (como se citó en García, 2019). Desde la psicología Warren define factor en el diccionario de psicología (1998), como una condición o fuerza que colabora con otras para que ocurra un resultado o situación establecida (p.134) responsabilidad de la variación o de cambios (2019, p.15-16).

3.2.2. Factores asociados a la depresión postparto

Robertson et al., identifican la existencia de tres niveles de relación entre factores asociados, como los de alto riesgo esta la ansiedad prenatal, haber padecido trastornos psiquiátricos previos, acontecimientos vitales estresantes como divorcio, pérdida de empleo, entre otros afines, también se tiene la falta de apoyo social sobre todo en el seno de la familia o en el entorno de sus amistades. Como factores de riesgo con un valor más moderado, los autores destacan el neuroticismo y la mala relación- insatisfacción con la pareja. Finalmente, los factores de riesgo de menor importancia revisados son: los problemas de carácter obstétrico como abortos, reproducción asistida, entre otros males físicos que pueden presentarse y finalmente los problemas de índole socioeconómica (2004).

Para la presente investigación se consideraron los factores sociodemográficos, económicos, clínicos, afectivo de la pareja, familia y el factor maltrato, pero además existe contenido sobre



otros factores que pueden estar implicados como es el factor biológico, por lo que se detallara sobre cada uno y el vínculo con la DPP.

3.2.2.1. Factores biológicos

Los factores a nivel biológico están conformados por aspectos a nivel hormonal, esto debido a la característica del periodo postparto, pues en este se da un constante cambio referente a los niveles de hormonas de las madres. Se entiende que, conforme pasa la gestación, el nivel de estrógenos, conformados por estriol, estradiol y estroma, así como de progesterona tiene un decrecimiento persistente, pues se comprende como el producto de la producción placentaria de estas.

Se dará, por tanto, “un decrecimiento en el nivel de estas hormonas a causa de la perdida de placenta al momento del alumbramiento, alcanzando niveles previos al embarazo hasta el quinto día del postparto” (Miller, 2002, como se citó en Jara y García, 2018). Tanto el estradiol, esteroides gonadales y estriol se producen dentro de la placenta, pues se caracterizan por ser las formas biológicamente activas de los estrógenos, estos tienen un crecimiento durante la gestación de cien a mil veces. Cuando se da la actividad del hígado fetal es cuando se ejecuta la síntesis del estriol, produciéndose con una gran concentración durante la gestación. El estradiol aumenta la acción neurotransmisora de la serotonina, ello de acuerdo con estudios que se realizaron en animales, por tanto, también incrementa la síntesis, y con ello reduciendo la recaptación. Entonces, se entendería que aparece este trastorno mental después del parto a causa de la reducción abrupta de los niveles de estradiol al momento del alumbramiento, no obstante, algunas investigaciones aun no pudieron demostrar si existía una relación entre el nivel de estradiol en su totalidad y el estriol libre cuando se acaba la gestación y el parto (Pearson Murphy, 2001 como se citó en Jara y García, 2018).



3.2.2.2. Factores sociodemográficos

El factor sociodemográfico se entiende por aquellas características generales de un grupo poblacional específico (Pérez y Gardey, 2020), para la presente investigación los factores a que se consideraron son: la edad, número de hijos, grado académico, estado civil y procedencia, ahora bien, con respecto a la edad se sabe que la máxima capacidad reproductiva de la mujer está delimitada entre los 20 y los 30 años. A partir de los 30 años la capacidad reproductora se ve mermada, disminuye un poco más si se superan los 35 años y aún más pasados los 38 años (García, 2018). No solo decrece el número de ovocitos durante los años reproductivos, sino que los ovocitos restantes son de peor calidad, lo que conduce a una mayor incidencia de anormalidades cromosómicas y abortos espontáneos (Crawford y Steiner, 2015), además Vilouta et al. evidencio que tener una edad superior a 35 años es un favor de riesgo a presentar DPP; sin embargo más investigaciones sobre la edad en población adolescente evidencian que el desarrollo personal se ve interrumpido muchas veces, presentando dificultades en asumir los roles que la situación les exige, siendo más susceptibles a padecer este trastorno mental que otras madres con una mayor edad.

Con respecto al número de hijos, Valencia indica que cuando se espera el primer hijo generalmente se pasa por un estrés singular, teniendo una asociación con esta complicación médica, aunque se daría una confrontación en el sentido que aquellas madres de más de dos hijos tienen un mayor riesgo a tener este trastorno mental, contando además con una más alta puntuación en la escala de DPP (Valencia, 2015). Acorde a ello Poo et al (2008) manifiesta que tener de 3 hijos a más podría ser considerado como un factor de riesgo para tener esta complicación médica, entendiéndose que al tener una gran cantidad de hijos, la madre debe de disponer de recursos económicos equivalentes para realizar una mayor labor; asimismo, se encuentra el grado de



estudios un factor de riesgo a tener DPP debido a limitarse al cuidado del niño y por lo tanto percibiendo escasez de oportunidades (Santacruz, Serrano, 2014), además según Urdaneta et al. (2011) menciona que el grado de estudios también es significativo a presentar DPP, sobre todo el contar con un grado menor al nivel secundario, por el contrario, si se tiene un nivel superior, ello se traduce como algo que brinda protección; también, se considera el estado civil como un factor significativo, cuando la madre se encuentra soltera, entendiéndose también que no solo se considera al estado como tal, sino que aun estando casada no percibe el apoyo de su esposo, durante la gestación y parto (Valencia, 2017), y finalmente la procedencia, se tiene que proceder de residencia rural es un factor asociado significativamente a la DPP, pues muchas veces vivir en una zona rural tiene un crecimiento del riesgo de 1.765 veces teniendo como resultado la aparición de este trastorno mental en madres (Pizarro, 2018).

3.2.2.3. Factores económicos

Se considero en el estudio la condición económica, dependencia o independencia económica y ocupación, ahora bien a nivel general sobre el factor económico se tiene que las personas con dificultades o encontrándose en situaciones de nivel precario, y contando con una economía a nivel personal o familiar de forma precaria, tienen una asociación con mayor riesgo a sufrir DPP (como se citó en Valencia, 2015), además García (2020) indica en la investigación realizada sobre los factores asociados a la DPP que el riesgo de sufrir esta complicación medica tiene relación relevante con conflicto a nivel familiar y socioeconómico a comparación de otros factores; además Paucara, 2016, Vilouta et al.,2006 establecen que el desempleo del padre o la madre, la pérdida del apoyo social y económico son factores de riesgo para presentar DPP. (como se citó en Jara y García, 2019,p.55).



3.2.2.4. Factores clínicos

Para los factores clínicos se consideró el antecedente de depresión de un familiar, complicaciones obstétricas, tipo de parto y etapa de puerperio, por lo que se tiene que las puérperas que tienen una historia clínica de trastornos depresivos como antecedente, imposibilidad de amamantar o la interrupción de la lactancia de forma pronta, amenaza de aborto, historia familiar de trastornos del estado de ánimo son más susceptibles a presentar DPP (Hoppil et al., 2005, como se citó en Romero, 2016, p.11) , Vilouta también evidencia como factor de riesgo el antecedente de depresión en la familia (2006); según Romero en el estudio realizado en el año 2017 indica que el factor asociado a la DPP fue el antecedente familiar con depresión, luego se encuentra la pérdida gestacional recurrente que se presenta como un evento traumático para la madre (Arranz et. al, 2005, como se citó en Romero, 2016, p.12), también se tiene que la presencia de algún padecimiento o anomalía en el recién nacido, aparición de enfermedades crónicas en la mujer, y complicaciones médicas relacionadas con la gestación son factores de riesgo a presentar DPP (como se citó en Romero, 2016), con respecto al tipo de parto que tuvo la madre, que haya tenido un alumbramiento natural es símbolo de un factor defensor para la DPP, por lo que el tipo de parto por cesárea que afecta muchas veces a la madre, siendo un factor predisponente a tener DPP (Vilouta et al.,2006) , a comparación de las que dieron por parto natural (Urdaneta et al ,2010), Carrillo además evidencia que efectivamente, el tipo de parto influye mucho en el padecimiento de DPP (2013), es importante para ello que el personal de salud considere técnicas psicoeducativas, ya que disponer de información adecuada resulta esencial para la salud de la madre y del bebé. Se debe informar a las mujeres de las pautas que deben seguir, pues no instruirles durante el proceso puede generar graves consecuencias para la madre y el bebe, estos efectos van desde hemorragias



parto, partos prematuros y bebés con poco peso hasta partos mediante cesárea (Bauman y Setnick, 2017); con respecto a la etapa de puerperio se tiene entre 10% a 15% de madres pueden presentar este trastorno mental, sea en la etapa de gestación o después del parto, justamente en la etapa de puerperio inmediato (Anderson et al., 2003; Banti et al., 2010; Gavin et al., 2005, como se citó en Rodríguez, 2019), pero también se tiene mucha más información en población adolescente sobre la incidencia de la etapa temprana de puerperio y la DPP, además corrobora esta información García (2020) que en América Latina este trastorno mental que se da después del parto es uno de los trastornos que más se da en adolescentes, al menos en Chile un 50.7% de madres lo tienen, y en Ecuador, 23.2% de adolescentes lo tienen en la etapa de puerperio. Por ello, se tiene que es más vulnerable el adolescente a presentar DPP.

3.2.2.5. Factor afectivo de la pareja

Conceptualmente el factor afectivo se caracteriza por brindar empatía, proporcionar seguridad, cuidado, otorgar ánimo en momentos complicados, amor, confianza, aceptación, entre otros (Méndez, 2008).

El apoyo brindado por una persona querida, en general la pareja es parte del proceso del parto. En países más desarrollados muchas veces está presente la persona que la madre considere importante, para así lograr llenar el vacío potencial de necesidad de cariño. Existe gran evidencia de que la presencia de una persona de apoyo favorece una transición a la maternidad de forma fácil y gozosa, con sentimientos más positivos de la experiencia y además fomenta mejores interacciones madre-hijo (Mercer et al.,1983, Sosa et al.,1980, Ebrahimipour,2017, como se citó en Rodríguez,2019,p.312).



En algunos casos, el progenitor tiende a disminuir el apoyo que da a su pareja entre el embarazo y el primer trimestre posparto (Fagan y Lee, 2010), lo cual se asocia con menor nivel de participación paterna tres años después del nacimiento del bebe, sobre todo si la relación romántica entre la pareja no continua. Cuando el padre está presente y da apoyo, este puede tener efectos positivos, por ejemplo, favorece que su pareja tenga menos síntomas de depresión y estrés relacionado con la crianza (Grau et al.,2017). (Yim et al.,2015), también respalda la afirmación anterior indicando que si la mujer siente un apoyo fuerte e incondicional del padre de su bebe equivaldrá a una mayor satisfacción para esta, siendo factores protectores para presentar dicho trastorno mental. Por el contrario, su ausencia incrementa dichos síntomas (Gee y Rhodes, 2003), o ser un factor predisponente para tener DPP la relación con la pareja (Bustos y Jiménez, 2013).

3.2.2.6. Factor afectivo de la familia

Al igual que la anterior conceptualización sobre el factor afectivo de la pareja, en la familia la ausencia de apoyo, los conflictos familiares pueden ser factores desencadenantes de este tipo de depresión (MacCue et al.,2007, como se citó en Romero, 2016, p.12).

Desde el modelo biopsicosocial, la salud y la enfermedad son dos extremos de un continuo multidimensional en el que factores biológicos, psicológicos, sociales, familiares, medioambientales, personales y culturales están en continua interacción, influyendo y determinando el estado de la persona en un momento determinado (Rodriguez, 2019). Con relación a la asociación entre el factor afectivo de la familia en la presencia de DPP se tiene la de los autores Alvarado et al. (2010) quienes mostraron que la DPP se asocia significativamente cuando existen problemas familiares o el fallecimiento de un familiar, además Jaime et al., 2006, Urdaneta et al., 2011 rescatan que el no tener apoyo de la familia tiene una asociación de manera significativa con



la presencia de DPP y finalmente autores como Cox et al., 2008 indican que percibir poco apoyo social de su entorno más cercano se asocia con la presencia de síntomas depresivos postparto (Kim et al., 2014; Patino, 2016; Sipsma et al., 2016).

3.2.2.7. Factor maltrato psicológico

Se entiende por maltrato psicológico a aquel patrón de conducta que es a nivel psicológico destructivo, dándose a través del rechazo, aislamiento, indiferencia y por acciones como aterrorizar y corromper (Garbarino et al., 1989). A nivel general, investigaciones realizadas por diversos especialistas manifiestan que, independientemente del estado socioeconómico, la violencia de pareja tiene una estrecha relación con este trastorno mental (Kothari et al., 2016). Biaggi además hace mención que los abusos que sufren las madres pueden generarles desconocimiento respecto a cómo actuar ante ello, lo que hace que crezca su nivel de estrés, así como el de ansiedad, pudiendo generarse depresión (2016).

En otras investigaciones vinculadas al maltrato psicológico se tiene que el maltrato durante la gestación tiene una asociación estrecha con la DPP, siendo el maltrato psicológico o emocional el más común. En un estudio internacional en Ong Ang Hanoi, Vietnam, estudio de corte longitudinal evidenciaron que durante la gestación, un 35.3 % de madres tuvieron esta complicación médica debido a que eran víctimas de maltrato a nivel psicológico, donde a su vez se evidencia más presencia de maltrato psicológico a comparación de la física (Nhi, et al., 2019) y donde además muchas veces la principal persona que ejerce violencia sobre la madre es el padre del bebe (Budhathoki, 2012), coincidiendo a su vez con Budhathoki, Rivera y Castro, resaltan que la violencia emitida por la pareja es considerada como los problemas más serios que afecta a la sociedad, donde a su vez estos se incrementan rápidamente (2015) y en los de departamentos de



Cusco, Apurímac y Arequipa estos ubicados en la sierra peruana son los que registran los niveles mas altos de violencia a la mujer (Castro y Rivera, 2015). En estudios a nivel nacional, en Lima, se evidenció que un 51% de mujeres fueron víctimas de maltrato en alguna etapa de su vida y 27% lo sufrieron durante su gestación (Escobar et al.,2009), además Zeballos (2020), quien realizó un estudio sobre la asociación de la depresión postparto y la violencia evidencia que la variable discusión de la pareja, presencia de violencia no física y física marcan diferencias significativas entre las mujeres que presentan depresión postparto, es decir aquellas mujeres que tienen discusiones con su pareja o que son víctimas de violencia física y psicológica son quienes tienen una valoración alta de depresión postparto. Con respecto a esta problemática de la violencia de la pareja durante el embarazo y puerperio es necesaria acciones de diversos especialistas siendo estos los obstetras, médicos y psicólogos y trabajadores sociales (Walther, 1997, como se citó en Zeballos, 2020) que se enfoque en la prevención y promoción apuntando a su vez a la concientización de la relevancia de la unidad familiar y armonía de la pareja en el adecuado desarrollo de los hijos (Cerezo et al.,2006, como se citó en Zeballos, 2020)

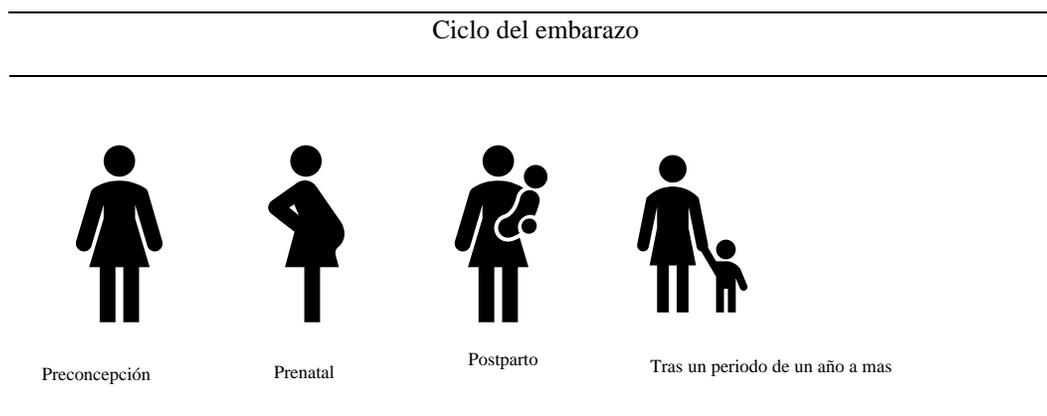
3.2.3. Depresión postparto

Existen muchas definiciones sobre la DPP, pero según Cox, quien construyo la escala de DPP lo describe como un conjunto de cambios en el estado de ánimo que ocurre en la madre, presentando diversas respuestas emocionales durante el proceso (Cox et al., 1987), además la depresión postparto es considerado como un trastorno mental de alta prevalencia, que genera alteraciones de nivel emocional, cognitivo, comportamental y físico, con un inicio de connotación engañosa, pudiéndose dar después de semanas del alumbramiento (Seyfried y Marcus, 2003, como se citó en Navas, 2013), más para poder comprender sobre la DPP es necesario comprender el ciclo

del embarazo para así identificar en que etapa exactamente es donde ocurre la denominada DPP como se muestra en la siguiente figura:

Figura 1

Ciclo del embarazo



Nota: Ciclo del embarazo (adaptado de A. Reportó from California Task-Force on the Status of Maternal Healt Care, 2017).

Beck considera DPP a cualquier enfermedad depresiva no psicótica que presenta la mujer a lo largo del primer año después del alumbramiento, siendo vulnerable a sufrir de depresión, entre las 4 a 6 semanas después del parto (2001, como se citó en Navas, 2013 y Campos, 2018).

Es en el manual de diagnóstico DSM-V donde se obtiene una información más completa sobre los síntomas de la DPP de la siguiente manera:



Criterios diagnósticos del TDM, adaptado del DSM-5 (APA, 2015)

<p>Criterios diagnósticos del trastorno de depresión mayor con inicio en el periparto. DSM-5</p> <p>A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es:</p> <p>(1) estado de ánimo deprimido o</p> <p>(2) pérdida de interés o de placer.</p> <p>Nota: no incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.</p> <ol style="list-style-type: none">1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (por ejemplo, se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (por ejemplo, se le ve lloroso).2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación), pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (por ejemplo, modificación de más de un 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días.3. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.4. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).5. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.6. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el reproche o culpa por estar enfermo).7. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).8. Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo. <p>B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.</p> <p>C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.</p> <p>D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. E. Nunca ha habido un episodio maniaco o hipomaniaco.</p> <p>F. Nota: esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maniaco o hipomaniaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica. Dentro de los especificadores existe el llamado «con inicio en el periparto». Este especificador se puede aplicar al episodio actual o, si actualmente no se cumplen todos los criterios para un episodio de depresión mayor, al episodio de depresión más reciente si el inicio de los síntomas del estado de ánimo se produce en el embarazo o en las cuatro semanas después del parto.</p>



3.2.3.1. Clasificación de la depresión postparto

Tabla 1

Clasificación de la depresión postparto



Tipo	Comienzo y duración	Síntomas
Depresión en el embarazo	Durante el embarazo.	Llanto. Problemas para dormir. Fatiga. Alteración del apetito. Anhedonia. Ansiedad. Irritabilidad. Dificultades en la relación con el feto. Sentimiento de rechazo hacia el embarazo.
Baby blues	Comienza entre el segundo y el tercer día después del parto y se prolonga hasta el décimo día. Los síntomas suelen remitir espontáneamente a las dos semanas del parto.	Llanto y tristeza. Irritabilidad. Sentido exagerado de empatía. Ansiedad. Labilidad del estado de ánimo («subidas» y «bajadas») Sentirse abrumada. Insomnio o problemas para quedarse dormida. Fatiga/agotamiento. Frustración en relación con la maternidad
Depresión postparto	Habitualmente aparece dentro de los tres primeros meses posteriores al parto	Tristeza persistente. Llanto frecuente, incluso por pequeñas cosas. Baja concentración o indecisión. Dificultad para recordar cosas. Sentimientos de inutilidad, inadecuación o culpa. Irritabilidad. Pérdida de interés en cuidar de uno mismo o del bebé. Falta de ánimo para hacer las tareas cotidianas. Agitación o retraso psicomotor. Fatiga, pérdida de energía. Insomnio o hipersomnía. Disminución o aumento significativo del apetito. Ansiedad manifestada en pensamientos y miedos. Síntomas somáticos (dolores de cabeza o pecho, palpitaciones, entumecimiento e hiperventilación). Mala vinculación con el bebé (sin apego), falta de interés por el bebé, la familia o realizar actividades. Pensamientos obsesivos de hacer daño al bebé. Pérdida de placer o interés en hacer cosas que solía disfrutar En los casos más graves, pensamientos recurrentes de muerte, suicidio o infanticidio.
Psicosis puerperal	Habitualmente comienza entre la segunda y cuarta	Cambios rápidos en el nivel de conciencia, que puede oscilar entre la perplejidad, la confusión y la desorientación con intervalos de lucidez.



	<p>semanas tras el nacimiento del bebé. También puede iniciar su curso entre el segundo y tercer días tras el nacimiento hasta el año.</p>	<p>Alucinaciones auditivas e ideas delirantes (a menudo sobre el bebé y/o de naturaleza religiosa). Puede llegar a faltar la conciencia sobre el propio embarazo y el parto. Alucinaciones visuales (habitualmente ver o sentir una presencia). Insomnio. Desesperanza. Sentirse agitada, enojada. Ansiedad. Paranoia, desconfianza en los demás. Delirio. Confusión. Manía (hiperactividad, humor eufórico, inquietud). Pensamientos suicidas u homicidas. Delirios extraños y órdenes de dañar al bebé. Trastornos de la psicomotricidad (desde agitación hasta parálisis) acompañados de alternaciones en la comunicación verbal.</p>
--	--	--

Nota: (Adaptado de Rodríguez, 2019- Descripción de los síntomas de la depresión postparto).

3.2.3.2. Epidemiología de la depresión postparto

Los autores que construyeron la escala de DPP reportan en cifras que la DPP afecta a un 10% de madres, entendiendo que muchas no tienen un tratamiento frente a este trastorno de depresión y que los síntomas que presentan muchas veces afectan al desarrollo de su vida a nivel individual, así como familiar (Cox et al.,1987). Según la OMS (2015) se tiene que alrededor del 10% de las gestantes y el 13% de las mujeres después de dar a luz a nivel mundial tienden a ser víctimas de una alteración mental, estando presente aquí la depresión. En países en vías de desarrollo, este se presenta en el 15.6% durante el embarazo y el 19.8% después del parto (como se citó en Nunton y Alvarado, 2020). Según Solís (2018) la depresión en el embarazo se encuentra en 17.5% en Asia del Sur, en 8.6% en los países del continente Europeo Occidental y en 19.5% en medio oriente (p.16-20). En mujeres latinas, la DPP afecta en un 56%, que residan en América del Norte, ocurriendo durante los primeros cuatros meses de haber dado a luz (Caparros et al.,2018). Ahora bien, lo más reciente en estudios realizados en el año 2020 en Costa Rica se reportó que hay



presencia de este trastorno mental entre el 3% y 6% de mujeres en la etapa de embarazo o en los iniciales meses posterior al alumbramiento, además, solo el 50% manifiesto tener ciertos momentos de esta complicación médica antes del parto, en madres adultas la prevalencia fue de 6,9% a 16,7% (Malpartida, 2020). Según Solís en el Perú la DPP presento un riesgo depresivo de 30,5% en la mujer (2018, p.16-20), en otros estudios realizados en los hospitales nacionales Dos de Mayo y Cayetano Heredia se obtuvo una prevalencia de DPP en un 34% (Nunton et al.,2020).

3.2.3.3. Impacto de la depresión postparto

A nivel de la madre, según Cox et al.,1987, indican que una gran parte de mujeres sienten temor de estar solas con su recién nacido ya que temen lastimarlos ya sea física y psicológicamente, presentando así dificultad para generar vínculos afectivos.

La DPP además afecta al recién nacido, pues este se encuentra en un estado de vulnerabilidad debido a que él depende de su mamá, de sus cuidados, debiéndose realizar un diagnóstico oportuno para evitar que se suscite este acontecimiento (como se citó en Denegri y Jiménez, 2018), según Turney (2011) los niños pueden ser vulnerables a la depresión de sus madres. Se comprobó que los hijos de madres con este trastorno mental tienden a tener problemas en el comportamiento durante su vida (como se citó en Rodríguez, 2019, p. 408-410). Ahora bien, según Olhaberry et al., (2013) indica que la psicopatología y trastornos del ánimo están presentes en los hijos de madres que sufrieron este trastorno mental. También se observó que de acuerdo a la interacción de estas madres y sus hijos, la conducta de los bebés suelen ser con altos niveles de llanto y queja, siendo difícil calmarlos (Vázquez et al., 2005; Field et al., 2007; Olhaberry et al., 2013), también menor contacto visual del infante (Boyd et al.,2006; Olhaberry et al.,2013) y finalmente la presencia de problemas de sueño en el bebé (Field et al., 2007).



3.2.3.4. Prevención de la depresión postparto

El método para intervenir puede clasificarse dentro de un grupo de estrategias en salud mental, ello de acuerdo con la población (Mrazek y Haggerty, 1994); como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 2

Prevención de la depresión postparto

Universales	Prevención
Selectivas	
Indicadas	
Identificación de casos	Tratamiento
Tratamientos convencionales para enfermedades conocidas	
Apoyo a tratamientos de largo plazo (reducción de recaída)	Mantenimiento
Atención posterior (incluyendo rehabilitación)	

Nota: (Adaptado de Rodriguez 2020-Prevención de la depresión postparto).

- **Universal.** Teniendo como finalidad que todas las mujeres que estén gestando, teniendo o no el riesgo de depresión estén conformadas. Abarcando por ejemplo preparación para la maternidad y parentalidad, la educación sobre la depresión durante y posterior al parto, fortalecimiento de la red de apoyo social, aspectos del embarazo, incluyendo a los padres, entre otras (Dennis, 2003).
- **Selectivas.** Se enfocan a un subconjunto de mujeres gestantes que se encuentren en un riesgo de depresión más alto que las demás.



- **Indicadas.** Enfocadas en madres con alto riesgo de padecer este trastorno mental, por estar en un riesgo a nivel psicosocial, adicionando algún momento de depresión del pasado o en la gestación previamente, o porque tienen varios síntomas de este trastorno, no siendo una depresión clínica (Morrell et al., 2016).

Ciertas revisiones sistemáticas y metaanálisis encuentran que se puede producir una disminución en la sintomatología de la depresión después del parto mediante las intervenciones preventivas de nivel psicosocial y psicológico en contraposición con quienes solo reciben el tratamiento usual de su institución (Sockol et al., 2013, como se citó en Rodríguez, 2019, p.37-38).

Scope et al., 2017, ejecutaron una revisión a nivel sistemático referente a resultados cualitativos sobre puntos más importantes tanto para estudiosos como para las mujeres, respecto a su participación en las intervenciones para prevenir la DPP. Estos fueron:

- A través de educación referente a su etapa de gestación, alumbramiento, periodo posnatal y sobre el trastorno mental de depresión hizo que se empoderen.
- El apoyo de los pares, tanto emocional como informacional
- La normalización de la depresión tanto antes como después de dar a luz, de manera que se pueda compartir experiencias entre madres mediante grupos.

Además, Gao et al. (2010) manifestaron que las madres tuvieron un programa de psicoeducación para el parto, contando con mejores relaciones interpersonales seis semanas después del parto, un mejor bienestar psicológico, y menos síntomas depresivos. Este programa se basó en el uso de técnicas específicas de psicoterapia interpersonal, lluvia de ideas, llamadas



telefónicas, y análisis de la comunicación. (Grote et al.,2009), por su parte utilizó también una versión mejorada de la psicoterapia interpersonal basándose en un modelo de cuidado multicomponente y culturalmente sensible cuyo diseño trata este trastorno mental de depresión prenatal y, colabora con la prevención de la DPP en madres que no cuentan con los recursos económicos, donde se observó un decrecimiento de los síntomas de este trastorno mental en la gestación, así como la prevención de recaídas después del alumbramiento. (como se citó en Rodríguez, 2019, p.41).

3.2.3.5. Tratamiento de la depresión postparto

Hinojosa P. (2009) hace mención sobre el tratamiento que:

La depresión en un estado moderado y/o severo después del parto, los antidepresivos son la solución más recurrente aplicada al tratamiento, en cambio, la psicoterapia sin que medie en ella alguna forma de medicación será una opción efectiva, en las situaciones de leve intensidad (como se citó en Toro, 2014).

La Administración de Alimentos y Fármacos (FDA) no realizó alguna aprobación para antidepresivos que puedan ser tomados durante la lactancia. No hay una evidencia exacta que permita una comparativa entre los antidepresivos en un sentido de eficacia, entendiendo que los efectos de estos serán similares a los que se manifiestan en otro momento de depresión de la vida (Gómea, 2007, como se citó en Toro, 2014, p.19)

Se dieron cierto número de reportes para la eliminación de los antidepresivos a través de la leche materna. En el suero del recién nacido se observó que la paroxetina, la sertralina y la nortriptilina no cuentan con presencia. Aunque, los bebés con madres que ingieren fluoxetina o



citalopram pueden presentar elevados niveles plasmáticos (Gómea, 2007, como se citó en Toro, 2014).

Mediante los reportes se ha podido ver que los bebés lactados por madres que consumen sertralina o paroxetina han tenido efectos nulos, por lo que se apoya su ingesta durante esta etapa. Por otro lado, el consumo de madres citalopram, bupropion, nefazodone o doxepina hace que aquellos niños lactados tengan ciertos efectos. Los efectos fuertes en bebés no se presentaron en madres que consumen fluoxetina, también hay evidencia de cólico, somnolencia, hipotonía, fiebre, pobre ganancia de peso y convulsiones. Por ello, fluoxetina no es considerada como un medicamento de primera línea durante la lactancia. La prescripción de los antidepresivos tricíclicos es menor en contraposición con los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (fluoxetina, sertralina, paroxetina, fluvoxamina, citalopram y escitalopram) para el tratamiento de este trastorno mental ya que suelen presentar efectos secundarios con menor tolerancia, siendo letales si hay sobredosis (Steiner M., 2002 y Gómea A., 2007, como se citó en Toro, 2014, p.20).

Además, no omitir medidas que favorezcan la promoción de hábitos saludables, como la actividad física o las técnicas de relajación, el control del peso y el asesoramiento nutricional y el tratamiento de posibles adicciones como el tabaquismo o el abuso de alcohol (Rodríguez, 2019).

Finalmente, con relación al tratamiento psicológico Evans G. (2003) indica que la psicoterapia interpersonal y la terapia cognitiva conductual son maneras psicoterapéuticas que reúnen una gran evidencia respecto a la eficacia del tratamiento del trastorno mental de depresión, teniendo gran presencia en la práctica clínica. (como se citó en Toro, 2014, p.20). Gómea (2007) manifiesta que las intervenciones psicosociales y psicológicas tales como “la asesoría no directiva,



el soporte a la pareja, la terapia cognitivo conductual, y la psicoterapia interpersonal, tienen una gran efectividad en el tratamiento de este trastorno mental” (como se citó en Toro, 2014, p.20).

3.2.4. Puerperio

Se denomina puerperio al inicio después de la expulsión de la placenta. Es aquel periodo que significa el regreso del cuerpo al estado donde no estaba gestando, ocurre entonces cambios diversos en el organismo de la madre, entre ellos los cambios endocrinos, lactancia materna y meses más adelante se reinicia el ciclo ovárico, es decir la menstruación (Sánchez, 2019).

Sin embargo, es necesario realizar una descripción puntual sobre aquellos sucesos que ocurre en la mujer desde el primer trimestre hasta la llegada del puerperio. En la etapa del 1° trimestre, la mujer tiene somnolencia, vomito matutino, cansancio y nausea, siendo un 80% de mujeres que sufren de vómitos y nauseas de acuerdo con Koch (2003). Esto puede cambiar de acuerdo con la cultura que se tenga, volviéndose estos síntomas usuales o no; adicionalmente, la mujer presenta una necesidad de ser auxiliada por sus cercanos, siendo de una u otra manera más dependiente (Lederman, 1984). Ya en el 2° trimestre es donde hay una meditación profunda de la mujer respecto al futuro bebe, existiendo ya una comunicación a sus más cercanos sobre la llegada del bebe, pues se ve un considerable crecimiento del vientre de ella, existiendo cambios en su cuerpo como el aumento de las glándulas mamarias, síntomas respecto al tamaño del útero y un crecimiento del peso. Luego, en el 3° trimestre, el futuro bebe va creciendo y con ello ocupa un mayor espacio en la cavidad abdominal, presentándose nuevos síntomas como el cambio de postura e ingesta de alimentos en menor cantidad y con mayor frecuencia, debido a que el útero empuja a otros órganos. Además, existe una respiración más elaborada por parte de la madre



debido a la elevación del diafragma a 4 cm aprox., encontrándose con más progesterona sérica Chestnutt (2004). También se da un aumento en el consumo de oxígeno en un 20%, siendo la presión arterial más baja que en otros periodos de la vida. Asimismo, hay un crecimiento en el volumen sanguíneo entre 1,000 y 1,500 ml., siendo un respaldo para la madre en el futuro, en el momento donde pierda sangre durante el alumbramiento. Se dará interrupción a los periodos de sueño de la mujer, dándose también que, al crecer más y más el bebé, la vejiga urinaria se comprime, teniendo que orinar con mayor frecuencia y, una consecuencia más de este crecimiento es que se presentará el reflujo gastroesofágico Chestnutt (2004) manifestándose como acidez de forma frecuente. Ahora bien, ciertos estudiosos califican a la etapa de gestación de las mujeres como una etapa de sensibilidad psicológica, siendo esta alta. (Bydlowski, 1997) manifiesta que es un estado de transparencia psíquica de forma relativa, donde los temores, sentimientos, recuerdos del pasado y conflictos se pueden presentar recurrentemente en la vida mental de la mujer. Luego del 3° trimestre donde la mujer pasa por el alumbramiento, se entra a la etapa de puerperio, esta etapa es comprendida como el fin del proceso de parto hasta que se dé la recuperación total del cuerpo de la mujer, con alteraciones a nivel funcional y anatómico, de forma sucesiva, donde se da un retorno al estado normal de la mujer antes de haber pasado por todo este proceso de gestación (Moreno et al.2014).

Para comprender sobre esta población autores como Dois los caracteriza como una población que cerca del 80% de las madres atraviesa un cuadro denominado disforia/ tristeza que este se caracteriza por inestabilidad emocional, tristeza, insomnio, llanto, fatiga, irritabilidad y ansiedad pudiendo presentarse entre el tercer y décimo día en etapa de puerperio, esas características en ocasiones se asocian con cambios hormonales de la etapa (2009), donde lo más



optimo es realizar evaluaciones que precisen las causas de los síntomas, sometiendo a la puérpera a evaluaciones para brindar un tratamiento de intervención y continuar haciendo seguimiento posterior al alta además de contención y apoyo de su entorno cercano tal, Rojas (2010) además indica que estos programas deben beneficiar a la madre y al recién nacido combinando el componente de salud mental por medio de un tratamiento adecuado a su contexto psicosocial. Entre otras características que presenta esta población Pachas y del Rosario (2014) esta población que presenta DPP se encuentra muchas veces en el puerperio de su primer o segundo hijo , siendo la edad de mayor riesgo entre 15 a 25 años, cursando solo el nivel primario y no habiendo planificado el embarazo y finalmente Urdaneta (2009) en estudios a nivel Internacional, en Venezuela indica que atravesar por enfermedad del neonato, ausencia de apoyo de su pareja y/o familia, presentar antecedentes de depresión o melancolía, tener un nivel educativo primario o inferior, el parto por cesárea son aspectos significativos para presentar DPP mas indica el autor que esto varía entre cada población y transcurrir del tiempo por lo que debe llevarse a cabo en los hospitales donde acuden o establecimientos de salud, llámense postas, evaluaciones periódicas sobre los factores de riesgo para así planear acciones optimas en la prevención y tratamiento de esta patología (cómo se citó en Jara y García, 2019).

Luego de haber establecido al puerperio por etapas y su caracterización es importante además establecer las etapas de puerperio y en que constan cada una, siendo así:

3.2.4.1. Etapas del puerperio

El puerperio tiene tres etapas, cada una de ellas incluye un tiempo específico, estas son:

- 1. Puerperio inmediato:** Se da en las primeras 24 horas después del nacimiento del recién nacido, donde la madre se nota agotada debido a la voluntad que tuvo que poner durante



el alumbramiento, tomando consciencia que ahora es madre, y, por lo tanto, en una mayoría de madres se fortalece el vínculo con su bebé (Botero et al.,2008, como se citó en Zamora, 2018).

2. Puerperio mediato o precoz: Ocurre a partir de los 2 días hasta los 10 días después del parto, según el ministerio de salud también establece que ocurre desde el día 7 al decimo día. Justamente aquí es donde inicia la involución genital de la mujer, es decir aquella que cuando se da la expulsión de la placenta, también hay una contracción del útero, donde el personal encargado debe ayudar con un suave masaje. El fin es que el útero vuelva a su posición y tamaño normal (Herrera ,2018), luego está la aparición de los loquios, que es aquella secreción vaginal que se genera como resultado de la herida uterina (Herloop s.f.) y la subida de la leche materna (Botero et al.,2008, como se citó en Zamora, 2018).

3. Puerperio alejado: Ocurre desde el día 11 aprox., hasta el día 42 después del nacimiento del bebé. Aquí se pone termino a la involución uterina, donde si no se da la lactancia, se regresa a la menstruación, recuperándose el peso del útero antes de la gestación de un aproximado de 60 gramos (Botero et al.,2008, como se citó en Zamora, 2018).

3.2.5. COVID 19 y postpandemia

Con respecto al covid-19, desde diciembre del 2019, se presentan casos de neumonía severa sugestiva viral en Wuhan, China, haciendo diversos estudios que manifestaron la existencia de un nuevo virus, llamado SARS-CoV-2 Yu et al (2020), Huang et al (2020). Siendo un virus cuya propagación es rápida es que la OMS decide declarar estado de pandemia a causa de esta



enfermedad. Teniendo en cuenta a los pacientes infectados, la mujer embarazada se encuentra como una paciente relevante ante este contexto, pues tiene una mayor probabilidad de ser infectada, pudiendo afectar ello a su bebe.

Lara (2021) indica que los síntomas que manifiesta la mujer con covid-19 durante el embarazo puede incluir dificultad respiratoria, tos y fiebre. En ciertos casos, el 1° síntoma que se puede percibir es la pérdida del gusto u olfato. Aún no está determinado si encontrarse gestando puede incrementar el riesgo de contraer síntomas con mayor gravedad, no obstante, hay ciertas pruebas que demuestran que tener COVID-19 puede significar una enfermedad grave para ellas, con mayor razón si tienen algún antecedente de cardiopatía o diabetes, teniendo que ser hospitalizadas, haciendo uso de un ventilador o en cuidados intensivos.

Con relación a la Postpandemia, con el D.S. 130-2022-PCM se deroga el D.S. 016-2022-PCM, donde se declaraba el estado de Emergencia Nacional por la evolución de la pandemia conforme al proceso de vacunación que se tuvo, existiendo un menor número de fallecidos, menores casos positivos e internados en cuidados intensivos, todo ello publicado con fecha del 27 de octubre del año 2022 (Gestión, 2022), considerándose postpandemia entonces a partir de la fecha señalada líneas arriba.

3.3. Marco legal

3.3.1. Constitución política del Perú

En el art. 2 que relata sobre los derechos fundamentales de la persona, se menciona que se “tiene derecho a la vida, a su integridad, a su integridad moral, psíquica y física y a su libre desarrollo y bienestar, incluyendo que, el concebido será sujeto de derecho en todo aquello que signifique favorecerlo.”



3.3.2. Ley de maternidad gratuita y atención a la infancia

En el Artículo 1°, el Estado garantiza a la mujer peruana el derecho a la atención gratuita durante el embarazo, alumbramiento y después de este en los centros de salud pública, promueve programas de salud sexual y reproductiva y otorga el derecho de bebes hasta los 5 años sin tener costo alguno.

En el Artículo 4°: Los municipios tienen la facultad de fomentar la creación de programas sobre información, comunicación, promoción y educación que sirva de apoyo para la ley, teniendo en consideración estrategias en la zona rural dispersa para transporte oportuno en unidades de emergencia a nivel obstétrico, pediátrico y neonatal, a centros de mayor complejidad de atención, conforme a la normativa legal de Ministerio de Salud.

3.4. Hipótesis

Hipótesis¹: Existen factores asociados de manera causal a la depresión postparto en Puérperas Atendidas postpandemia en el hospital Antonio Lorena y hospital regional de la Ciudad del Cusco, 2023.

Hipótesis⁰: No existen factores asociados de manera causal a la depresión postparto en Puérperas Atendidas postpandemia en el hospital Antonio Lorena y hospital regional de la Ciudad del Cusco, 2023.

3.5. Variables

3.5.1. Identificación de variables

Independiente: Factores asociados

Dependiente: Depresión postparto



3.5.2. Operacionalización de variables

Tabla 3

Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Indicador de calificación	Definición	Escala de medición
Independiente Factores asociados	Son aquellos elementos que pueden condicionar una situación, siendo los causantes de la evolución o transformación de los hechos, un factor además contribuye a que se consigan determinados resultados al caer sobre él la responsabilidad de la variación o de los cambios (García, 2019, p.15-16),	A la madre puérpera de los Hospitales Antonio Lorena y Hospital Regional de la Ciudad del Cusco, los factores asociados a la depresión postparto son circunstancias que	Factores sociodemográficos	Edad	≥ 20 a 45 años	Tiempo transcurrido en una persona, desde el nacimiento hasta la fecha Warren (1948).	Nominal
		juntamente con otras circunstancias generan un determinado resultado.		Número de hijos	-Primípara -Multípara	Número de hijos vivos que ha tenido la madre a lo largo de su vida.	
		Los factores psicológicos asociados a la depresión		Grado académico	-Primaria -Secundaria -Técnico -Universitario -Maestría	Grado de estudios más elevado que alcanza la puérpera.	
				Estado civil	-Soltera -Casada -Divorciada	Es el conjunto de condiciones de una persona física, que determinan su	



<p>postparto fueron evaluados con una ficha de recolección de datos elaborado.</p>	<p>Procedencia</p>	<p>-Viuda -Conviviente</p> <p>-Urbana -Rural</p>	<p>situación jurídica y le otorgan un conjunto de derechos y obligaciones (ABBO.Sf)</p> <p>Origen o principio de donde procede la persona.</p>
<p>Factores económicos</p>	<p>Condición económica</p> <p>Dependencia económica</p>	<p>-Alto -Medio alto -Medio -Bajo medio -Bajo</p> <p>- Dependencia - Independencia</p>	<p>Clasificación establecida por el instituto nacional de estadística e informática cuyo fin es conocer la estimación de ingresos INEI (s.f)</p> <p>La dependencia económica es la situación en la que una persona no tiene ingresos propios, por lo que necesita que</p>



	Ocupación	-Ama de casa -Comerciante -Profesional	otra sustente sus gastos y la independencia económica es la capacidad de una persona para hacerse cargo de sus gastos y valerse por sus propios recursos. Hace referencia a lo que una determinada persona se dedica, de forma parcial o completa Fingermann, 2013
	Antecedente de depresión	-Familiar	Diagnóstico realizado por un especialista a algún miembro de la familia consanguínea.
Factores clínicos	Complicaciones obstétricas	-Aborto -Eclampsia -Hemorragia -Infección -Bebe prematuro -Ninguna	Se refiere a disrupciones y trastornos sufridos durante el embarazo, el



Tipo de parto	-Normal -Cesárea	parto y el trabajo de parto, así como en el periodo neonatal inicial (Reyes et al. 2016). El parto normal o vaginal es aquel en el que el bebe sale a través de la vagina y el parto por cesárea consiste en una intervención quirúrgica en la cual se realiza una incisión abdominal hasta llegar al útero para extraer al bebé (Wipes, 2023).
Etapas de puerperio	Mediato: 7-10 días Alejado: 11-42 días	Es la etapa de la mujer después de dar a luz, clasificándose en inmediato, mediato y alejado Botero (2008).



			-Deseo de tener un hijo (a)	Anhelo y aceptación por la llegada de un miembro nuevo al hogar.
		-Pareja	- Presencia y apoyo de la pareja -Comprensión de la pareja -Afecto de la pareja -Aceptación de la pareja -Ánimo brindado de la pareja	Se caracteriza por la ausencia de brindar empatía, cuidado, amor, confianza, proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en todo momento Méndez (2008).
	Factor afectivo	-Familia	-Presencia y apoyo de la familia -Comprensión de la familia -Afecto de la familia -Aceptación de la familia -Ánimo brindado de la familia	
	Factor maltrato psicológico	Maltrato psicológico	-Pareja	Patrón de conducta que



					tiende a ser destructivo, desde un nivel psicológico, siendo manifestado a través del rechazo, aislamiento e indiferencia, así como mediante las acciones de aterrorizar y corromper Garbarino et al. (1989),
Dependiente	La depresión postparto constituye un Trastorno Depresivo Mayor que se produce en el puerperio de la mujer siendo posible detectarlo hacia la semana cuatro después del	A la madre puérpera de los Hospitales Antonio Lorena y Hospital Regional de la Ciudad del Cusco, la depresión postparto es un trastorno depresivo mayor presentada por la madre después de	Capacidad de reír	Capacidad de ver reír y ver el lado divertido de las cosas.	
Depresión postparto			Anhedonia	Disfrutar, mirar el futuro hacia adelante.	Siempre
			Culpabilidad	Culpabilidad sin necesidad cuando las cosas no salen bien.	A veces
			Ansiedad		Ocasionalmente
					Nunca



parto (Evans y Martin, 2003).	dar a luz, presentado respuestas emocionales como la capacidad de reír, anhedonia, culpabilidad, ansiedad, ataques de pánico, angustia, trastornos de sueño, tristeza, llanto, ideas suicidas. La depresión postparto, fue evaluada con la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo.	Ataques de pánico	Nerviosismo o inquietud sin motivo alguno. Miedo o asustadiza son motivo alguno.
		Angustia	Problemas diarios que causan preocupación y gran sufrimiento.
		Trastornos de sueño	Infelicidad que causa dificultad para dormir.
		Tristeza	Sentimiento de tristeza y desgracia sin motivo.
		Llanto	Infelicidad que promueve. Ideación del daño personal.
		Ideas suicidas	



3.6. Definición de términos

3.6.1. Factor asociado

Los factores asociados son aquellos elementos que pueden condicionar una situación, siendo los causantes de la evolución o transformación de los hechos, un factor además contribuye a que se consigan determinados resultados al caer sobre él la responsabilidad de la variación o de los cambios (García, 2019, p. 15-16).

3.6.2. Depresión postparto

Constituye un Trastorno Depresivo Mayor que se produce en el puerperio de la mujer siendo posible detectarlo hacia la semana cuatro después del parto (Evans y Martin, 2003, p.4).

3.6.3. Puérpera

Es la etapa a nivel biológico, cuyo comienzo se da al momento de expulsar la placenta durando cuarenta y dos días o seis semanas (Minsa, 2021).

3.6.4. Perinatal

Comprende un inicio desde veintidós semanas de gestación, culminando con el fin de las cuatro semanas iniciales de vida neonatal (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1996).

3.6.5. Trastorno mental

Según la Undécima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11), un trastorno mental constituye “una alteración clínicamente significativa de la cognición, el comportamiento de una persona o la regulación de las emociones. Tiene una asociación con la angustia o discapacidad funcional en otros espacios de relevancia”. (OMS, 2022).



Capítulo III:

Método

4.1. Enfoque del estudio

El presente estudio se desarrolló tomando como referencia al enfoque cuantitativo, vinculándose a conteos numéricos y métodos matemáticos (Hernández & Mendoza, 2018 p. 5).

4.2. Alcance del estudio

La presente investigación fue de alcance causal explicativo, investigación que tiene como propósito establecer las causas de los fenómenos que se estudian (Hernández & Mendoza, 2018 p. 111).

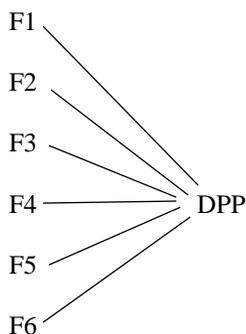
4.3. Diseño de investigación

Corresponde el estudio al diseño no experimental, que es un estudio que se realiza sin la manipulación deliberada de variables y en los que solo se observan los fenómenos en su ambiente natural para analizarlos, de corte transversal ya que los datos se recolectaron en un solo momento (Hernández, Mendoza, 2018, p.175).

El diseño se esquematiza así:

Figura 2

Esquema del diseño de investigación





Donde:

F1: Factores sociodemográficos

F2: Factores económicos

F3: Factores clínicos

F4: Factor afectivo de la pareja

F5: Factor afectivo de la familia

F6: Factor maltrato psicológico

4.4. Población

La población total fue de 526 puérperas de 20 a 45 años que fueron atendidas postpandemia en el Hospital Antonio Lorena y Hospital Regional de la ciudad de Cusco, el total se obtuvo por medio de la información brindada por el Hospital regional y Hospital Antonio Lorena- Cusco. Se consideraron puérperas atendidas durante el mes de Enero y Febrero del año 2023 en dichos hospitales.

Caracterización de la población:

- Puérperas que residan en zona rural y urbana
- Puérperas que proporcionen información sobre su condición socioeconómica
- Puérperas que hablen castellano

Tabla 4

Población de puérperas por hospital

Hospital	Cantidad de puérperas
Hospital Antonio Lorena	220
Hospital Regional del Cusco	306



Total	526
--------------	------------

4.5. Muestra

El tipo de muestra es no probabilística que consta de un subgrupo de la población en la que la elección de los elementos no depende de la probabilidad sino de las características de la población (Hernández, Mendoza, 2018, p. 200), se seleccionaron aquellos casos accesibles que acepten ser incluidos. Esto, fundamentado en la conveniente accesibilidad y proximidad de los sujetos para el investigador.

Caracterización de la población:

- Puérperas cuyo rango de edad esta entre los 20 a 45 años.
- 43.4% puérperas que residen en zona rural y 56.6% que residen en zona urbana.
- 52.41% puérperas de condición socioeconómica media y 46.95% de condición socioeconómica baja.
- 99.8% puérperas que hablen en castellano y un 0.2% que hablen solo quechua.

Tabla 5

Distribución de la muestra por Hospital

Hospital	Cantidad de puérperas	%
Hospital Antonio Lorena	140	45%
Hospital Regional del Cusco	171	55%
Total	311	100%

Criterios de Inclusión:



- Pacientes que fueron atendidas en los hospitales Regional y Antonio Lorena en etapa de puerperio mediano y lejano, de acuerdo con el tipo de parto vía vaginal o cesárea de 20 a 45 años y que quieran ser participantes, en el año 2023.
- Puérperas con 7 días de haber dado a luz hasta los 42 días.

Criterios de Exclusión:

- Puérperas con un día de haber dado a luz hasta los 6 días.
- Pacientes puérperas que no quieran participar en el estudio.
- Pacientes puérperas que no respondieron la totalidad de las preguntas.
- Pacientes puérperas adolescentes

4.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para la recolección de datos se utilizó una ficha de recolección de datos y la Escala de Edimburgo para Depresión Postparto (EPDS), esta escala fue adaptada por Vega et al. en el año 2002 en Lima-Perú en el Hospital “Cayetano Heredia”, esta escala consta de 10 ítems en la que se le pide a la madre que responda cómo se ha sentido en los últimos siete días, la valoración de los ítems se da con la escala de Likert, con cuatro opciones: siempre, a veces, ocasionalmente y nunca, en cuanto a la evaluación a las categorías de las respuestas para los ítems 1,2 y 4 el puntaje de la respuesta siempre es de 0, a veces es de 1, ocasionalmente 2 y nunca 3, para los ítems 3,5,6,7,8,9 y 10 el puntaje de da de forma inversa, es decir, para la respuesta siempre es de 3, a veces es de 2, ocasionalmente 1 y nunca 0, una puntuación de 13 a más muestra el riesgo de depresión, cualquier número que se escoja que no sea “nunca” para la pregunta número 10, significa que es necesario hacer evaluaciones adicionales inmediatamente.



Posterior a la escala de DPP se aplicó una ficha de recolección de datos para recolectar información sobre el centro de atención donde dio a luz, y los factores sociodemográficos, económicos, clínicos, el factor afectivo de la pareja, factor afectivo de la familia y finalmente el factor maltrato psicológico.

4.6.1. Instrumento

4.6.1.1. Escala de depresión postparto de Edimburgh (EPDS)

Ficha Técnica:

Nombre: Escala de Depresión Postparto de Edimburgh (EPDS)

Nombre original: Edimburgh Postnatal Depression Scale

Autor: Cox, Holden y Sagovsky

Año: 1987 (Edimburgo-Livingston)

Adaptación en gestantes: Murray y Cox 1990

Adaptación en el Perú: Vega et al. 2002

Dimensiones:

1. Capacidad de reír
2. Anhedonia
3. Culpabilidad
4. Ansiedad
5. Ataques de pánico
6. Angustia
7. Trastornos de sueño
8. Tristeza



9. Llanto

10. Ideas suicidas

Aplicación: Individual y Colectiva

Total de ítems: 10 ítems, cada ítem está enfocado en un síntoma

calificación: De 0 a 3 puntos por cada respuesta

Tiempo de aplicación: 5 a 10 minutos

4.7. Validez y confiabilidad de instrumentos

Cox et al. (1987) manifiestan en la versión original de la prueba una consistencia interna estimada, contando con un 0.87 de coeficiente de Alfa de Cronbach. Su validez refiere ser de 78% de especificidad y 86% de sensibilidad. En otras palabras, el instrumento sí logra una medición correcta de la depresión en mujeres embarazadas y puérperas.

Luego es donde Vega et al., en el 2002 adaptan el instrumento al español, corroborando su validación y confiabilidad de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) en el Perú. La muestra fue de 321 mujeres. Así, se obtiene un 0.7043 en alfa de Cronbach. Este instrumento cuenta con una gran facultad para distinguir entre pacientes que tienen o no depresión mayor en base a los valores promedios de la escala. Asimismo, su punto de corte óptimo, que proporciona el máximo de especificidad con el mínimo perjuicio en la sensibilidad es 13.5, con lo que se cuenta con un porcentaje de sensibilidad de 84.21% y de especificidad de 79.47%, siendo valores aceptables y similares al estudio que realizan los autores legítimos del instrumento.

Como la escala de DPP de Edimburgo tiene una antigüedad mayor a 7 años, se realizó una validación con 05 jueces expertos evaluando los criterios de validez mediante una prueba piloto, mediante el Alpha de Cronbach se obtuvo un resultado de 0.734 de confiabilidad y de validez de



contenido con V de Aiken donde se obtuvo 0.960, confirmando que el cuestionario es aceptable y fiable por lo tanto brindó resultados favorables para la investigación y de validez de contenido

Con respecto a la ficha de recolección de datos, este también paso por un proceso de validación con 05 jueces expertos para su aplicación.

4.8. Plan de análisis de datos

Para la descripción de resultados, primero se procesó los datos que se encontraron gracias a la aplicación de la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS) para determinar si las puérperas tenían o no probable DPP y los factores asociados se midieron mediante una ficha de recolección de datos y a través del programa MS Excel se pudo determinar dichos valores.

Los objetivos específicos se comprobaron mediante la prueba de Chi cuadrado, determinando que factores se asociaban a la DPP, para ello se utilizó el programa estadístico SPSS v.26, ya que esta prueba estadística permitió evaluar la asociación entre variables categóricas, como los resultados de Escala de Depresión Postparto de Edimburgo y variables nominales como los factores asociados a la DPP con lo cual se pudo determinar qué factores se asociaban significativamente y cuáles no, por medio de esta prueba estadística se puede obtener el nivel de significancia de la asociación el cual debe ser menor a 0.05 para considerarse significativo.

Para la interpretación de resultados se generaron tablas cruzadas con los factores asociados a la DPP acompañado de figuras para cada ítem.

En relación con la prueba de hipótesis para el objetivo general se consideró el método de análisis de dependencia mediante una regresión logística, esta se usa en los casos en los que se requiera establecer un modelo que relacione una variable dependiente con valores dicotómicos y un conjunto de regresores. Para ello se estimó el modelo mediante el programa estadístico SPSS



v.26, obteniendo resultados de la bondad de ajuste mediante el R cuadrado de Nagelkerke, calidad del modelo mediante Prueba de Hosmer y Lemeshow, obteniendo un p valor mayor a 0.05.

Comprobada la calidad del modelo logit obtenido, se interpretó la significancia obtenida por cada regresor, así como el odds ratio obtenido, que indicó la probabilidad inherente a cada categoría en relación con la variable dependiente.



Capítulo IV:

Resultados

A continuación, se presentan los resultados hallados de la investigación, que fueron recolectados previa coordinación con la oficina de estadística y de capacitación del hospital regional del Cusco y brindo la información la jefa de obstetricia y del hospital Antonio Lorena con la oficina de investigación, docencia y capacitación a cargo de el medico Fernandez Alata, otorgando información específica sobre la unidad de estudio para poder aplicar los instrumentos de recolección de datos a cada puérpera. Además, se le informó a cada puérpera el propósito de la investigación y que las respuestas serían utilizadas con fines académicos.

Por consiguiente, a partir de los resultados hallados se encuestó a un total de 311 puérperas, el 45.0% corresponden al Hospital Antonio Lorena y 55% corresponden al Hospital Regional del Cusco.

5.1. Resultados respecto a los objetivos específicos

Los objetivos específicos han estado enfocados a identificar la relación de cada uno de los factores evaluados con la variable dependiente depresión postparto, de acuerdo con la escala de depresión postparto se logra establecer si las mujeres evaluadas presentan o no un riesgo de depresión postparto. Para establecer la relación de los factores que se describen a continuación y la variable dependiente se ha hecho un análisis con el estadístico χ^2 de correlación teniendo los siguientes criterios para aceptar o refutar las hipótesis propuestas:

Si $p > 0,05$ no existe relación

Si $p < 0,05$ existe relación



El primer objetivo específico corresponde a identificar la existencia de depresión postparto en puérperas atendidas postpandemia según hospital en la Ciudad de Cusco, 2023.

Por medio de la Escala de depresión postparto, en la tabla 5 indica que el 12.1% del total de puérperas del Hospital Antonio Lorena presentaron riesgo de depresión postparto y del total de puérperas del Hospital Regional del Cusco un 9.9% presento riesgo de depresión postparto.

Por otro lado, el 87.9% del total de puérperas sin riesgo de depresión postparto pertenecen al Hospital Antonio Lorena y el 90.1% sin riesgo de depresión postparto pertenecen al Hospital Regional del Cusco.

Tabla 6

Cantidad de puérperas por hospital

Hospital	Depresión Postparto				Subtotal		Prueba Chi-cuadrado
	NO		SI		F	%	
	F	%	F	%			
Hospital Antonio Lorena	123	87.9%	17	12.1%	140	100.0%	p = 0.548
Hospital Regional del Cusco	154	90.1%	17	9.9%	171	100.0%	
Total	277	89.1%	34	10.9%	311	100.0%	

El segundo objetivo específico corresponde a identificar que factor sociodemográfico se asocia a la DPP en puérperas Atendidas Postpandemia en dos hospitales de la Ciudad de Cusco,2023.

En el factor sociodemográfico se evaluaron la edad, número de hijos, grado académico, estado civil y procedencia. Se presenta la tabla cruzada entre el indicador y la DPP, así como el resultado del chi cuadrado.



Se observa que el único factor sociodemográfico que se asocia a la DPP es la edad con un $p = 0.048 < 0.05$. En cambio, la etapa de puerperio, la cantidad de hijos, grados académicos, estado civil y procedencia tienen un p valor mayor a 0.05, por lo tanto, no se asocia a la DPP.



Tabla 7

Depresión Postparto en puérperas según indicador factor sociodemográfico, con valores de prueba Chi-cuadrado

Factor Sociodemográfico		Depresión Postparto				Subtotal		Prueba Chi-cuadrado
		NO		SI		F	%	
		F	%	F	%			
¿Cuántos años tiene usted?	De 20 a 24 años	76	24.4%	5	1.6%	81	26.0%	p = 0.048
	De 25 a 30 años	91	29.3%	19	6.1%	110	35.4%	
	De 31 a 36 años	72	23.2%	5	1.6%	77	24.8%	
	De 37 a 45 años	38	12.2%	5	1.6%	43	13.8%	
Total		277	89.1%	34	10.9%	311	100.0%	
¿Cuántos hijos tiene usted?	Múltipara	177	56.9%	24	7.7%	201	64.6%	p = 0.433
	Primípara	100	32.2%	10	3.2%	110	35.4%	
	Total	277	89%	34	11%	311	100.0%	
¿Cuál es su grado académico alcanzado o logrado?	Primaria	18	5.8%	2	0.6%	20	6.4%	p = 0.856
	Secundaria	160	51.4%	19	6.1%	179	57.6%	
	Técnico	65	20.9%	10	3.2%	75	24.1%	
	Universitaria	34	10.9%	3	1.0%	37	11.9%	
Total		99	89%	13	11%	311	100.0%	
¿Cuál es su estado civil?	Casada	36	11.6%	8	2.6%	44	14.1%	p = 0.247
	Conviviente	229	73.6%	25	8.0%	254	81.7%	
	Soltera	12	3.9%	1	0.3%	13	4.2%	
Total		241	89%	26	11%	311	100.0%	
¿Cuál es su procedencia?	Rural	120	38.6%	15	4.8%	135	43.4%	p = 0.943
	Urbana	157	50.5%	19	6.1%	176	56.6%	
Total		277	89%	34	11%	311	100%	

En la figura 3 se tiene que, con respecto a la edad, un 6.1% que obtuvieron un puntaje con riesgo de DPP tenían la edad de 25 a 30 años y un 29.4% que obtuvieron un puntaje sin riesgo de DPP tenían la misma edad.

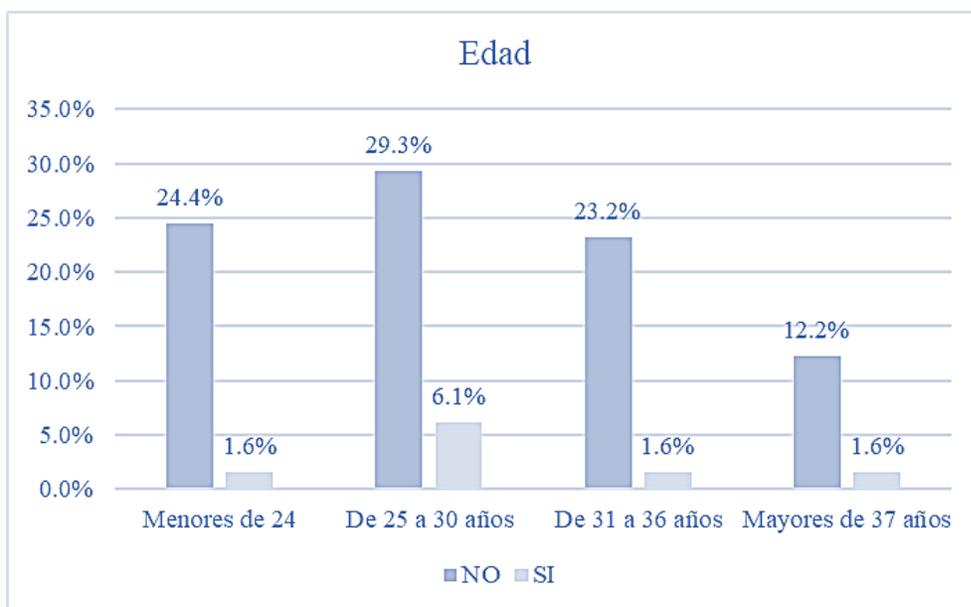


Asimismo, un 1.6% de las encuestadas que obtuvieron un puntaje de riesgo en depresión postparto tenían de 20 a 24 años y un 24.4% de las encuestadas que obtuvieron un puntaje sin riesgo también su edad oscilaba en ese rango.

Por lo tanto, se aprecia una distribución no homogénea respecto a los resultados obtenidos. Con relación a la prueba Chi cuadrado, viendo que el valor de p es igual a 0.048, siendo $p < 0.05$, se confirma la asociación entre la variable depresión postparto y la dimensión edad.

Figura 3

Porcentaje de mujeres por rango de edad según depresión Postparto



En la figura 4 se tiene que, respecto al número de hijos, del total de las encuestadas un 7.7% que obtuvo un puntaje de riesgo en DPP era múltipara y un 56.8% que obtuvo un puntaje sin riesgo de DPP también era múltipara.

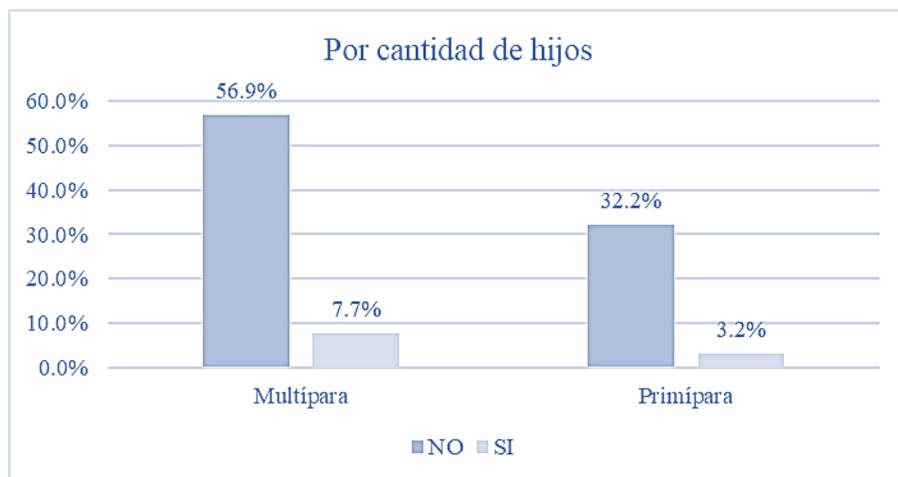
Asimismo, un 3.2% que obtuvo un puntaje de riesgo en DPP era primípara y un 32.2% que obtuvo un puntaje sin riesgo de DPP también era primípara.



Se evidencia que los resultados no eran totalmente uniformes. Sobre la prueba Chi cuadrado se tiene que, al ser $p=0.433$, significando que $p>0.05$, se descarta una asociación entre la variable DPP y la dimensión número de hijos.

Figura 4

Porcentaje de mujeres por cantidad de hijos según depresión postparto



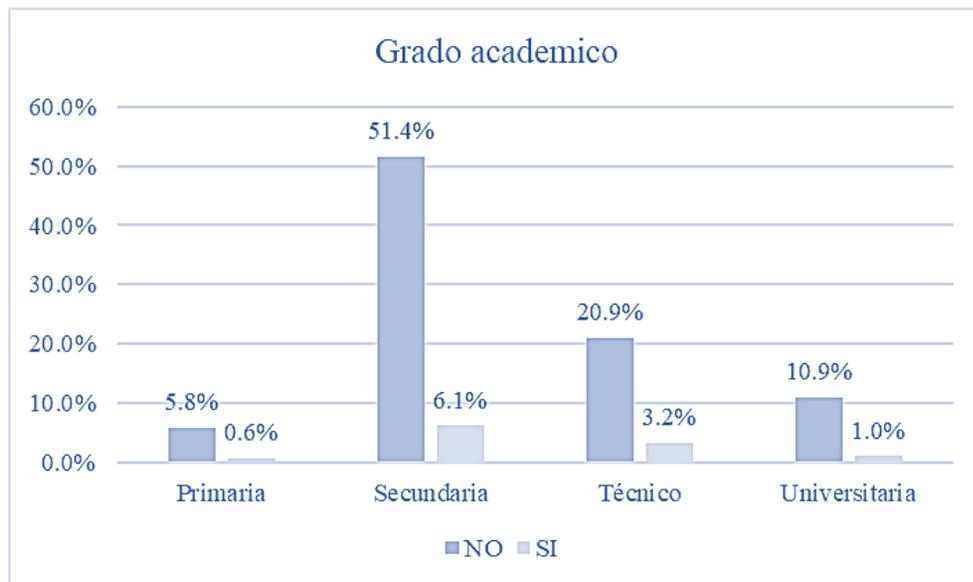
En la figura 5 se tiene que, en relación con el grado académico, del total de las encuestadas un 6.1% que obtuvieron un puntaje de riesgo en DPP tiene un nivel secundario y un 51.3% que obtuvo un puntaje sin riesgo de DPP también cuenta con un nivel secundario.

Un 3.2% que obtuvo un puntaje de riesgo en DPP tiene el nivel técnico, mientras que un 21% con puntaje sin riesgo de DPP también tiene el nivel técnico.

Se evidencia que los resultados obtenidos son casi uniformes. Respecto a la prueba Chi cuadrado, se obtuvo un valor de p de 0.856, siendo $p>0.05$, lo cual demuestra que no existe una asociación entre la variable depresión postparto y la dimensión grado académico.

Figura 5

Porcentaje de mujeres por nivel educativo según depresión postparto



En la figura 6 se tiene que, respecto al estado civil, del total de las encuestadas un 8.0% que obtuvo un porcentaje de riesgo en DPP es conviviente, en cambio un 73.6% que obtuvo un puntaje sin riesgo de DPP también es conviviente.

Un 2.6% que obtuvo el porcentaje de riesgo en DPP es casada, mientras un 11.6% que obtuvo un porcentaje sin riesgo de DPP también es casada.

Por último, un 0.3% que obtuvo un puntaje de riesgo en DPP son solteras y un 3.9% que obtuvo un puntaje sin riesgo de DPP también son solteras.

Por ello, los resultados evidenciaron ser más o menos uniformes. Respecto a la prueba Chi cuadrado se tiene que, el valor de p es 0.247, siendo $p > 0.05$, y, por ende, no existiendo una asociación entre la variable depresión postparto y la dimensión estado civil.

Figura 6

Porcentaje de mujeres por estado civil según depresión postparto



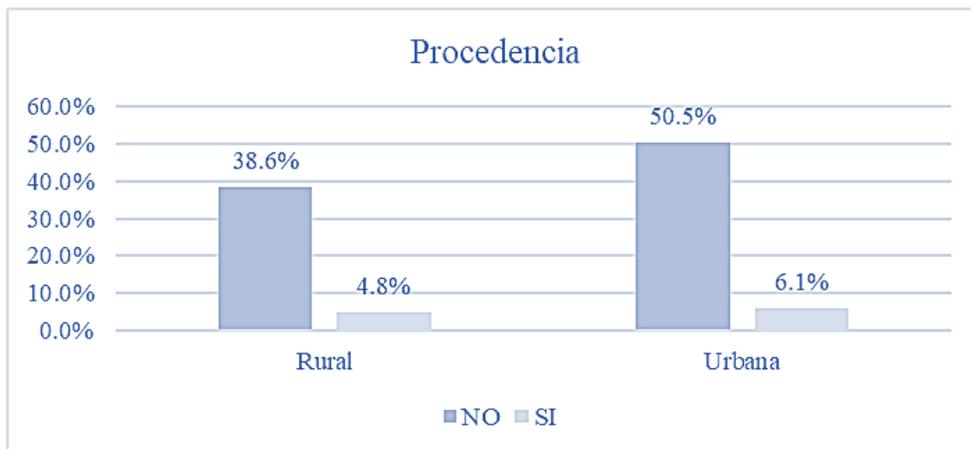
En la figura 7 se tiene que, en relación con la procedencia, del total de las encuestadas un 6.1% que obtuvieron un puntaje de riesgo en DPP proceden de una zona urbana, y un 50.5% que obtuvieron un puntaje sin riesgo de DPP también proceden de una zona urbana.

Un 4.8% que obtuvieron un puntaje de riesgo en DPP proceden de zona rural y un 38.6% que obtuvieron un puntaje sin riesgo de DPP también proceden de zona rural.

Por ello, se evidencia cierta homogeneidad en los resultados obtenidos. Sobre la prueba Chi cuadrado se tiene que, al ser el valor de $p = 0.943$, siendo $p > 0.05$, no existe una asociación entre la variable depresión postparto y la dimensión procedencia.

Figura 7

Porcentaje de mujeres por procedencia según depresión postparto



El tercer objetivo específico corresponde a identificar que factor económico se asocia a la depresión postparto en púerperas Atendidas Postpandemia en dos hospitales de la Ciudad de Cusco, 2023. En el factor económico se evaluaron la condición socioeconómica, dependencia o independencia económica y ocupación. Se presenta la tabla cruzada entre el indicador y la depresión postparto, así como el resultado del chi cuadrado.

En la tabla n°04 se tiene que, el único factor económico que se asocia con la DPP es la dependencia económica con un $p = 0.038 < 0.05$. En cambio, la condición socioeconómica y la ocupación tienen un p valor mayor a 0.05, por lo tanto, no se asocia con la DPP.



Tabla 8

Depresión postparto en puérperas según indicadores de factor económico, con valores de prueba Chi-cuadrado

Factor Económico		Depresión Postparto				Subtotal		Prueba Chi-cuadrado
		NO		SI		F	%	
		F	%	F	%			
¿Cuál es su condición socioeconómica?	Bajo	128	41.2%	18	5.8%	146	46.95%	p = 0.855
	Medio bajo	1	0.3%	0	0.0%	1	0.32%	
	Medio	147	47.3%	16	5.1%	163	52.41%	
	Medio alto	0	0.0%	0	0.0%	0	0.00%	
	Alto	1	0.3%	0	0.0%	1	0.32%	
Total		277	89%	34	11%	311	100.0%	
¿Depende económicamente?	NO	57	18.3%	2	0.6%	59	18.97%	p = 0.038
	SI	220	70.7%	32	10.3%	252	81.03%	
	Total	277	89.1%	34	10.9%	311	100.0%	
¿Cuál es su ocupación?	Ama de casa	237	76.2%	29	9.3%	266	85.53%	p = 0.990
	Comerciante	33	10.6%	4	1.3%	37	11.90%	
	Profesional	7	2.3%	1	0.3%	8	2.57%	
	Total	277	89%	34	11%	311	100.0%	

En la figura 8 se tiene que, en relación con la dimensión condición socioeconómica, del total de las encuestadas un 5.1% que obtuvo un puntaje de riesgo en DPP tiene una condición socioeconómica media, y un 47.3% que obtuvo un puntaje sin riesgo de DPP también tiene una condición socioeconómica media.

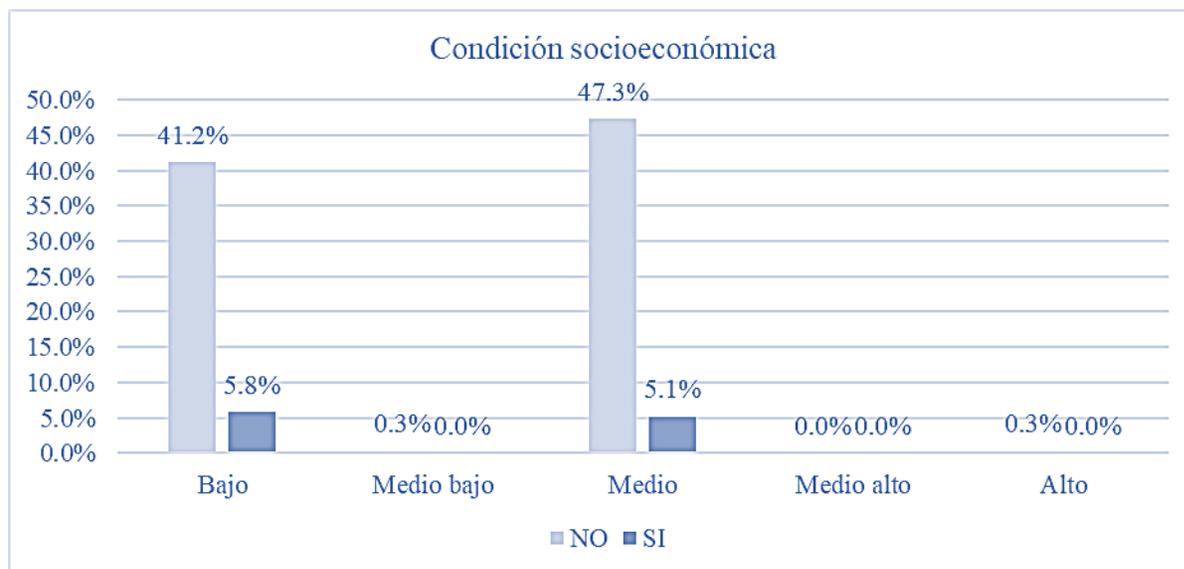
Un 5.8% que obtuvo un puntaje de riesgo en DPP tiene una condición socioeconómica baja y un 41.2% que obtuvo un puntaje sin riesgo de DPP también tiene una condición socioeconómica baja



Se evidencia que los resultados obtenidos tienen cierta uniformidad. Respecto a la prueba Chi cuadrado, se obtuvo un valor de $p=0.855$, siendo $p>0.05$, no existiendo una asociación entre la variable depresión postparto y la dimensión condición socioeconómica.

Figura 8

Porcentaje de mujeres por condición socioeconómica según depresión postparto



En la figura 9, se tiene que, respecto a la dimensión dependencia/independencia económica del total de las encuestadas, un 10.3% que obtuvieron un puntaje de riesgo en DPP si dependen económicamente de algún miembro de su familia, y un 70.7% que obtuvo un puntaje sin riesgo de DPP también dependen económicamente de algún miembro de su familia.

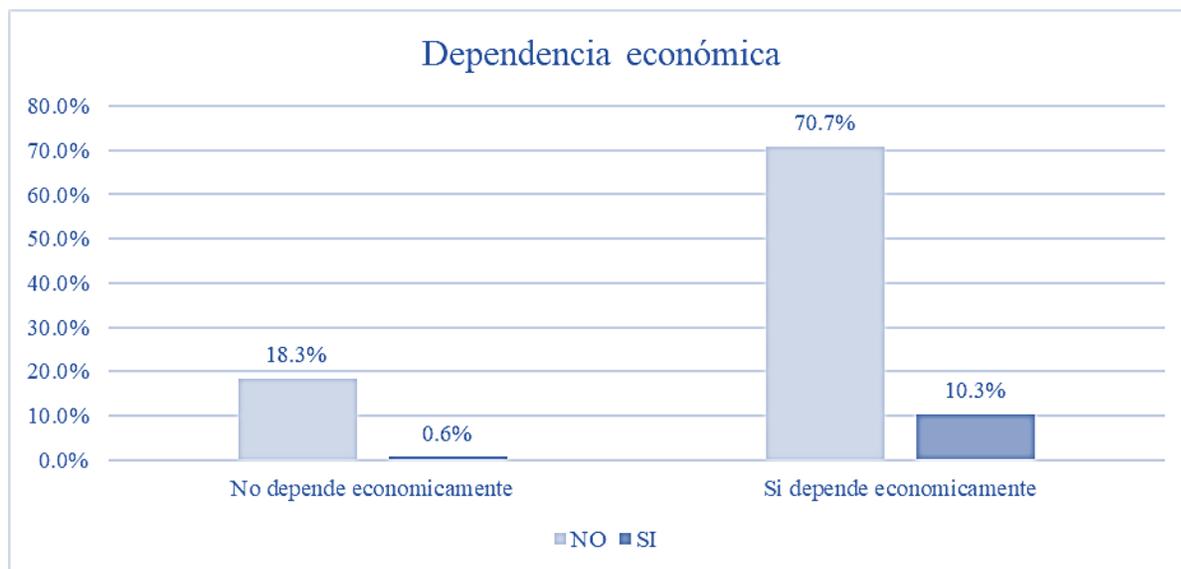
Un 0.6% que obtuvo un puntaje de riesgo en DPP no dependen económicamente de algún miembro de su familia, y un 18.3% que obtuvo un puntaje sin riesgo de DPP tampoco dependen económicamente de algún miembro de su familia.



Se evidenciaron que los resultados obtenidos no son uniformes. Sobre la prueba Chi cuadrado, el resultado p fue de 0.038, siendo $p < 0.05$, se confirma una asociación entre la variable depresión postparto y la dimensión dependencia/independencia económica.

Figura 9

Porcentaje de mujeres por dependencia económica según depresión postparto



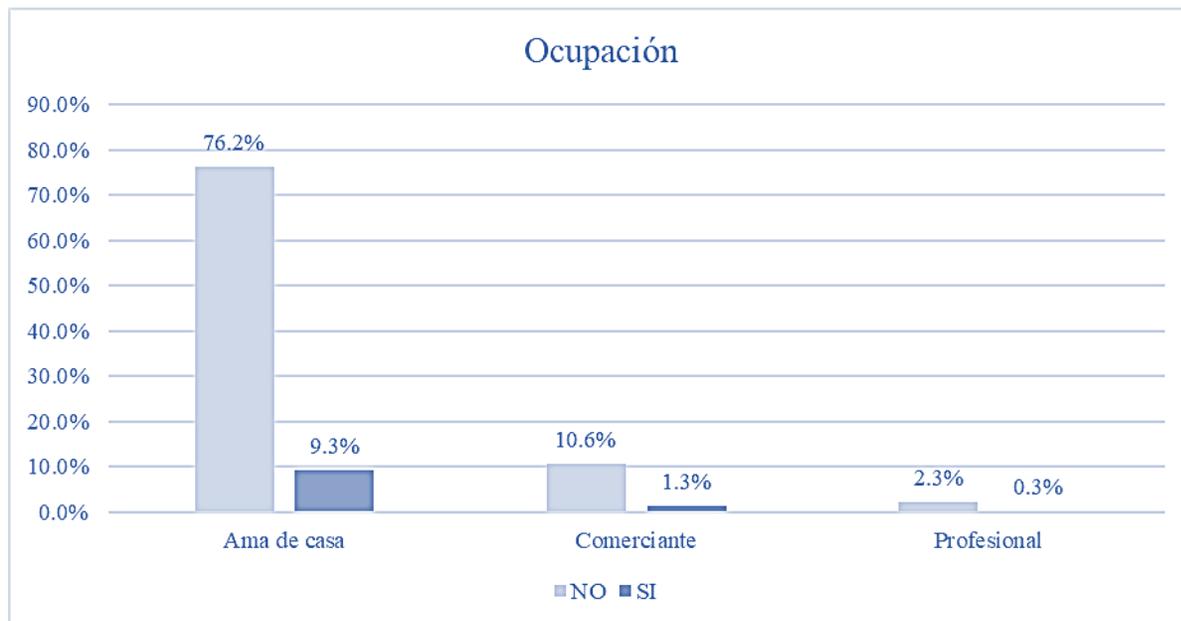
En la figura 10 se tiene que, sobre la dimensión ocupación del total de encuestadas, un 9.4% que obtuvo un puntaje de riesgo en DPP es ama de casa, y un 76.2% que obtuvo un puntaje sin riesgo de DPP también es ama de casa. Un 1.3% que obtuvo un puntaje de riesgo en DPP es comerciante, mientras que un 10.6% que obtuvo un puntaje sin riesgo de DPP también es comerciante. Un 0.3% que obtuvo un puntaje de riesgo en DPP es profesional y un 2.3% que obtuvo un puntaje sin riesgo de DPP también es profesional.

Los resultados obtenidos se mantienen homogéneos. Respecto a la prueba Chi cuadrado, se obtuvo como resultado el valor de $p = 0.990$, siendo $p > 0.05$, no existiendo una asociación entre la variable depresión postparto y la dimensión ocupación.



Figura 10

Porcentaje de mujeres por ocupación según depresión postparto



El cuarto objetivo específico corresponde a identificar que factor clínico se asocia más a la depresión postparto en púerperas Atendidas Postpandemia en dos hospitales de la Ciudad de Cusco, 2022. En el factor clínico se evaluaron antecedentes de depresión familiar, etapa de puerperio complicaciones obstétricas y tipo de parto. Se presenta la tabla cruzada entre el indicador y la DPP, así como el resultado del chi cuadrado.

En la tabla 8 se tiene que, se evidencia que tanto antecedentes de depresión en la familia, complicaciones obstétricas y tipo de parto, si se asocian con la depresión postparto con un $p = 0.000$ en los 3 casos, pero la etapa de puerperio no se relaciona.



Tabla 9

Depresión postparto en púerperas según indicadores de factor clínico, con valores de prueba Chi-cuadrado

Factor Clínico	Depresión Postparto				Subtotal		Prueba Chi-cuadrado	
	NO		SI		F	%		
	F	%	F	%				
¿Tiene familiares con algún antecedente de depresión?	No	254	81.7%	24	7.7%	278	89.4%	p = 0.000
	Si	23	7.4%	10	3.2%	33	10.6%	
Total		277	89.1%	34	10.9%	311	100.0%	
¿En qué etapa de puerperio se encuentra usted?	Mediato	27	8.7%	3	1.0%	30	9.6%	p = 0.858
	Alejado	250	80.4%	31	10.0%	281	90.4%	
Total		277	89%	34	11%	311	100.0%	
¿Tuvo usted complicaciones obstétricas?	Aborto	28	9.0%	6	1.9%	34	10.9%	p = 0.000
	Eclampsia	0	0.0%	1	0.3%	1	0.3%	
	Hemorragia	6	1.9%	1	0.3%	7	2.3%	
	Infección	17	5.5%	8	2.6%	25	8.0%	
	NO	213	68.5%	17	5.5%	230	74.0%	
	Prematuro	13	4.2%	1	0.3%	14	4.5%	
Total		277	89%	34	11%	311	100.0%	
Tipo de parto	Cesárea	124	39.9%	26	8.4%	150	48.2%	p = 0.000
	Natural	153	49.2%	8	2.6%	161	51.8%	
Total		277	89%	34	11%	311	100.0%	

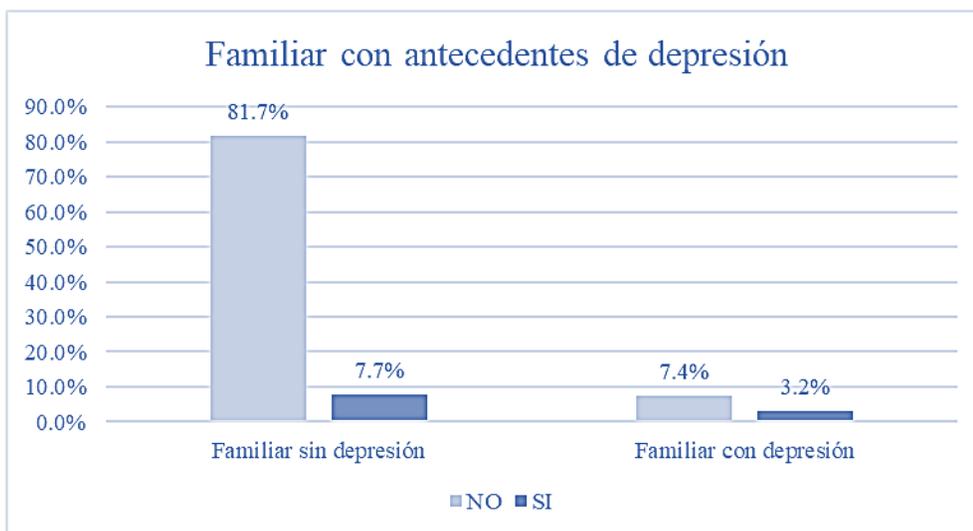
En la figura 11 se tiene que, respecto a la dimensión antecedentes de depresión familiar del total de las encuestadas, un 7.7% que obtuvo un puntaje de riesgo en DPP no cuenta con familiares con antecedentes con depresión y un 81.7% que obtuvo un puntaje sin riesgo de DPP tampoco cuenta con familiares con antecedentes con depresión.



Un 3.2% que obtuvo un puntaje de riesgo en DPP tiene familiares con antecedentes de depresión y un 7.4% que obtuvo un puntaje sin riesgo de DPP también tiene familiares con antecedentes de depresión.

Se evidencia que los resultados no son del todo uniformes. Sobre la prueba Chi cuadrado se observa que, el valor de $p=0.000$, siendo $p<0.05$, se afirma la existencia de una asociación entre la variable depresión postparto y la dimensión antecedente de depresión familiar.

Figura 11
Porcentaje de familiares con antecedentes de depresión



En la figura 12 se tiene que, sobre la dimensión complicaciones obstétricas del total de encuestadas, un 5.5% no tuvieron complicaciones obstétricas, y un 68.5% que obtuvo un puntaje sin riesgo de DPP tampoco tuvieron complicaciones obstétricas.

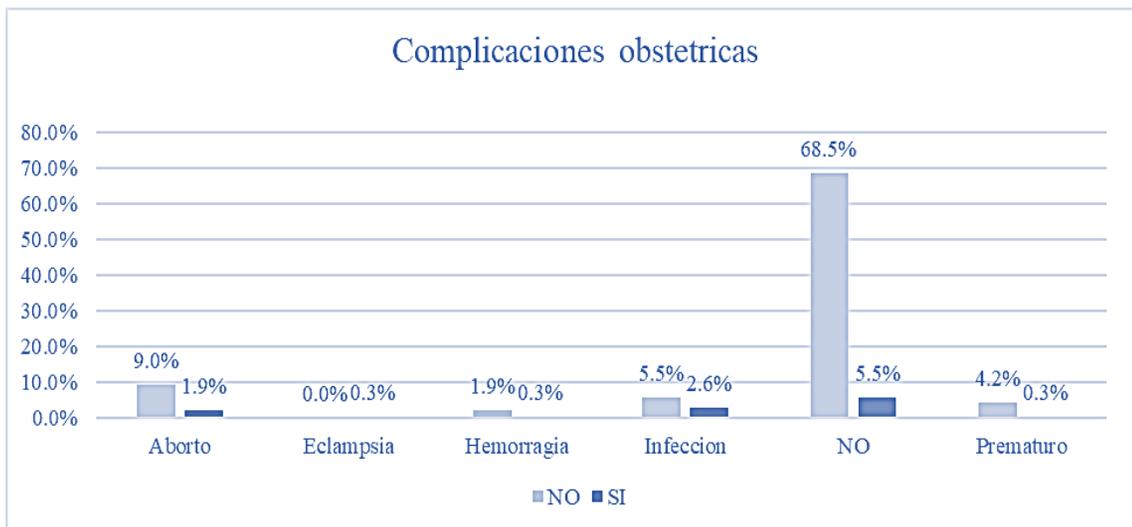
Un 1.9% que obtuvieron un puntaje de riesgo en DPP tuvieron abortos, y un 9.0% que obtuvieron un puntaje sin riesgo de DPP también tuvieron abortos.



Los resultados obtenidos se observan más o menos uniformes. Respecto a la prueba Chi cuadrado, se obtuvo el valor de $p=0.000$, siendo $p<0.05$, se afirma una asociación entre la variable depresión postparto y la dimensión complicaciones obstétricas.

Figura 12

Porcentaje de mujeres por complicaciones obstétricas según depresión postparto



En la figura 13 se tiene que, en la dimensión tipo de parto, del total de encuestadas un 2.6% que obtuvo un puntaje de riesgo en DPP dio de forma natural, mientras que un 49.2% que obtuvo un puntaje sin riesgo de DPP también dio a luz de forma natural

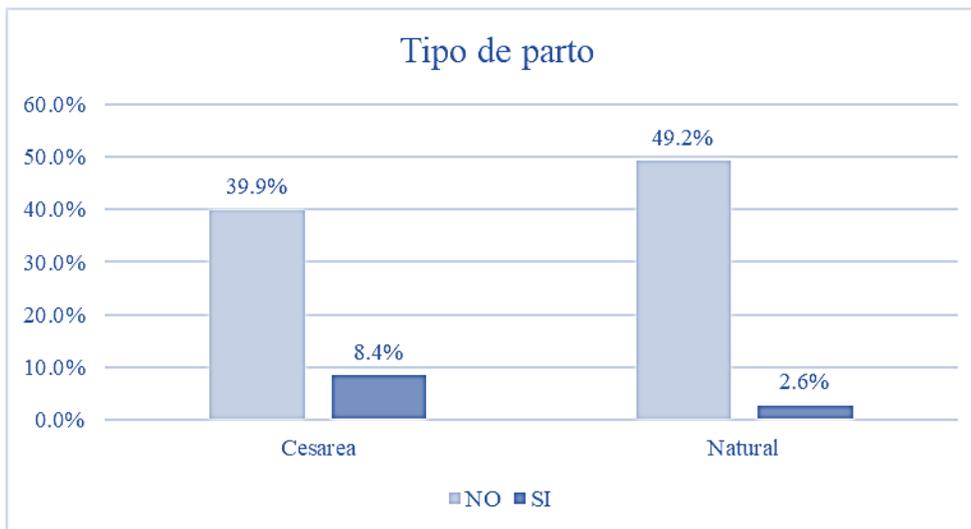
Un 8.4% que obtuvo un puntaje de riesgo en DPP dio a luz por cesárea, mientras que un 39.9% que obtuvo un puntaje sin riesgo de DPP también dio a luz por cesárea.

Se evidencia que los resultados no son homogéneos. Sobre la prueba Chi cuadrado se tiene que, el valor de $p=0.000$, siendo $p<0.05$, existe una asociación entre la variable depresión postparto y la dimensión tipo de parto.



Figura 13

Porcentaje de mujeres por tipo de parto según depresión postparto



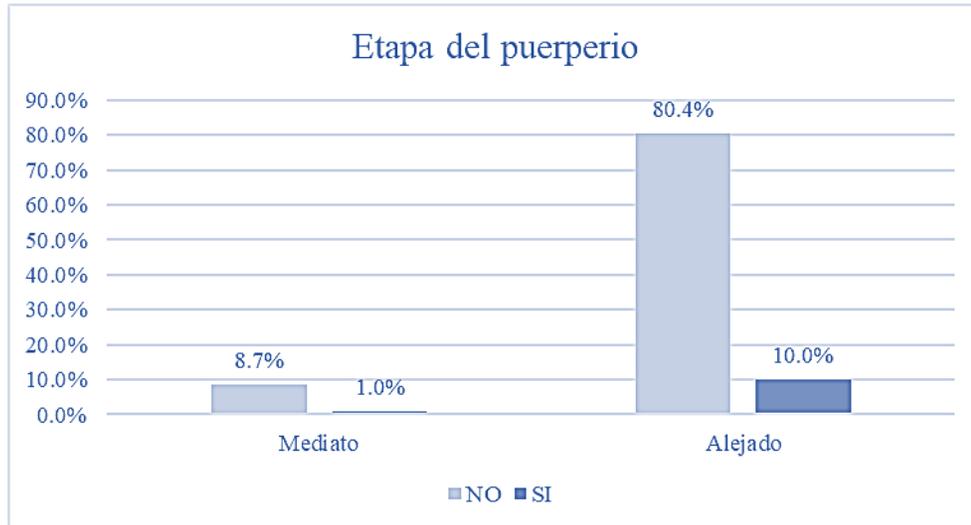
En la figura 14 se tiene que, en relación con la etapa de puerperio, del total de las encuestadas, un 10% que obtuvo un puntaje con riesgo en DPP se encontraba en la etapa alejada de puerperio, mientras que un 80.4% que obtuvo un puntaje sin riesgo de DPP también se encontraban en la etapa alejada de puerperio

Un 1.0% que obtuvo un puntaje de riesgo en DPP se encontraban en la etapa de puerperio mediano, más un 8.7% que obtuvo un puntaje sin riesgo de DPP también se encontraron en la etapa de puerperio mediano.

Por ello, se evidencia en este caso que los resultados fueron homogéneos en la respuesta afirmativa y negativa. Respecto a la prueba Chi cuadrado se tiene que, el valor obtenido fue $p=0.858$, siendo $p>0.05$, y, por lo tanto, no encontrando asociación entre la variable depresión postparto y la dimensión etapa de puerperio.

Figura 14

Porcentaje de mujeres por etapa de puerperio según depresión postparto



El quinto objetivo específico corresponde a identificar que factor afectivo de la pareja se asocia a la depresión postparto en Puérperas Atendidas Postpandemia en dos hospitales de la Ciudad de Cusco, 2023. En el factor afectivo de pareja se evaluaron el deseo de tener un hijo, la presencia y apoyo de pareja, la comprensión de pareja durante el embarazo, el afecto de pareja, la aceptación de pareja y el ánimo brindado de la pareja. Se presenta la tabla cruzada entre el indicador y la depresión postparto, así como el resultado del chi cuadrado.

Se observa que el indicador apoyo de la pareja no se asocia con la DPP con un valor $p = 0.614$. En cambio, el resto de los indicadores si se relacionan con la DPP con un valor $p < 0.05$.



Tabla 10

Depresión postparto en puérperas según indicadores de factor afectivo de pareja, con valores de prueba Chi-cuadrado

Factor Afectivo de pareja	Depresión Postparto						Prueba Chi-cuadrado	
	NO		SI		Subtotal			
	F	%	F	%	F	%		
¿Querías tener a tu hijo/a?	NO	39	12.5%	12	3.9%	51	16.4%	p = 0.002
	SI	238	76.5%	22	7.1%	260	83.6%	
Total		277	89.1%	34	10.9%	311	100%	
Mi pareja estuvo durante el embarazo y me apoyo	NO	18	5.8%	3	1.0%	21	6.8%	p = 0.614
	SI	259	83.3%	31	10.0%	290	93.2%	
Total		277	89.1%	34	10.9%	311	100%	
Mi pareja me comprendió durante el embarazo.	NO	19	6.1%	8	2.6%	27	8.7%	p = 0.001
	SI	258	83.0%	26	8.4%	284	91.3%	
Total		277	89.1%	34	10.9%	311	100%	
Me siento querida por mi pareja.	NO	17	5.5%	8	2.6%	25	8.0%	p = 0.000
	SI	260	83.6%	26	8.4%	286	92.0%	
Total		277	89.1%	34	10.9%	311	100%	
Me siento aceptada por mi pareja.	NO	18	5.8%	8	2.6%	26	8.4%	p = 0.001
	SI	259	83.3%	26	8.4%	285	91.6%	
Total		277	89.1%	34	10.9%	311	100%	
Mi pareja me brinda ánimo en todo momento	NO	16	5.1%	7	2.3%	23	7.4%	p = 0.002
	SI	261	83.9%	27	8.7%	288	92.6%	
Total		277	89.1%	34	10.9%	311	100%	

En la figura 15 se tiene que, respecto al deseo de tener un hijo del total de encuestadas, un 7.1% que obtuvo un puntaje de riesgo en DPP si quería tener a su hijo(a), más un 76.5% que obtuvo un puntaje sin riesgo de DPP también quería tener a su hijo (a).

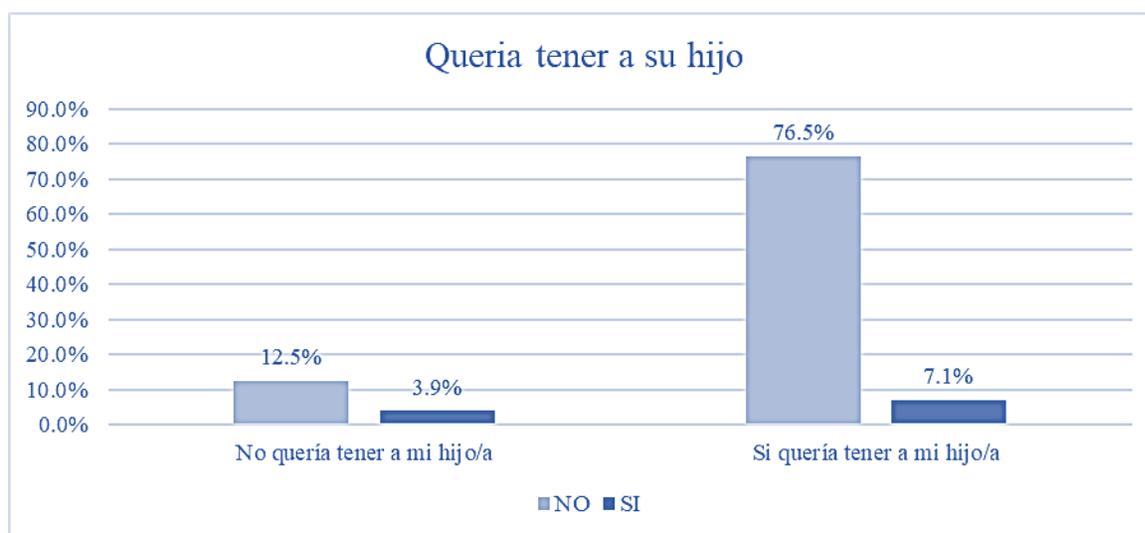


Un 3.9% que obtuvo un puntaje de riesgo en DPP no quería tener un hijo (a), y un 12.5% que obtuvo un puntaje sin riesgo de DPP tampoco quería tener un hijo (a).

Los resultados obtenidos no son uniformes. Sobre la prueba Chi cuadrado se tiene que, el valor de p es igual a 0.002, siendo $p < 0.05$, existiendo una asociación entre la variable depresión postparto y el deseo de tener un hijo.

Figura 15

Porcentaje de mujeres por deseo de tener un hijo según depresión postparto



En la figura 16, se tiene que, sobre la presencia y apoyo de pareja, del total de encuestadas, un 10% que obtuvo un puntaje de riesgo en DPP refiere que su pareja si estuvo durante su embarazo, más un 83.3% que obtuvo un puntaje sin riesgo de DPP también afirmó que su pareja si estuvo durante su embarazo.

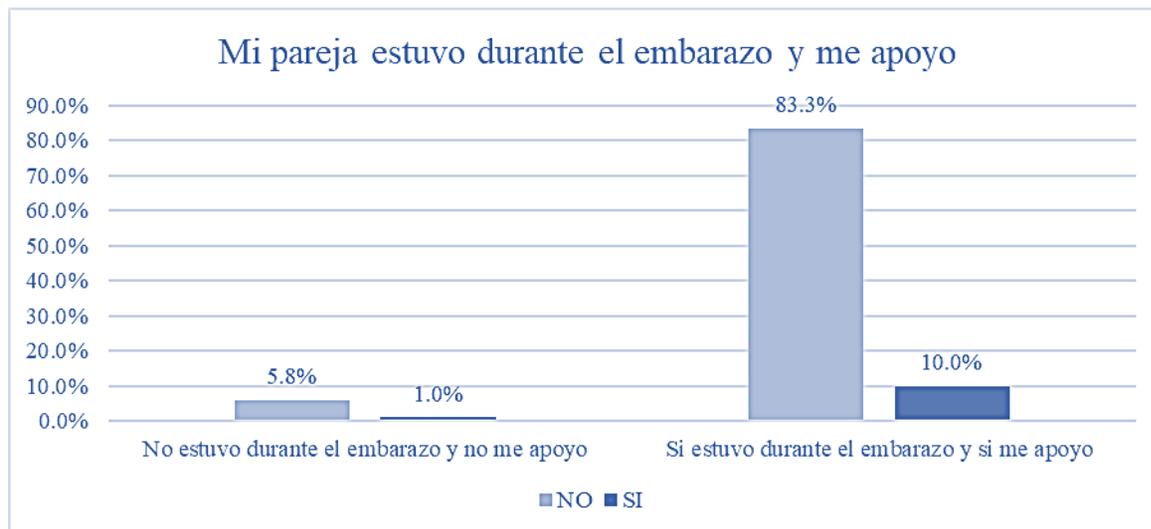
Un 1% que obtuvo un puntaje de riesgo en DPP refirió no contar con la presencia de su pareja durante el embarazo ni contar con su apoyo, más un 5.8% que obtuvo un puntaje sin riesgo de DPP refirió también no contar con la presencia de su pareja durante el embarazo ni contar con su apoyo.



Los resultados que se obtuvieron fueron del todo homogéneos. Respecto a la prueba Chi cuadrado, se obtuvo el valor de $p= 0.614$, siendo $p>0.05$, no existiendo una asociación entre la variable depresión postparto y la presencia y apoyo de pareja.

Figura 16

Porcentaje de mujeres por presencia y apoyo de pareja según depresión postparto



En la figura 17 se tiene que, respecto a la comprensión de pareja durante el embarazo, del total de encuestadas, un 8.4% que obtuvo un puntaje de riesgo en DPP refirió que su pareja le comprendió durante el embarazo, y un 83.0% que obtuvo un puntaje sin riesgo de DPP también refirió que su pareja le comprendió durante el embarazo.

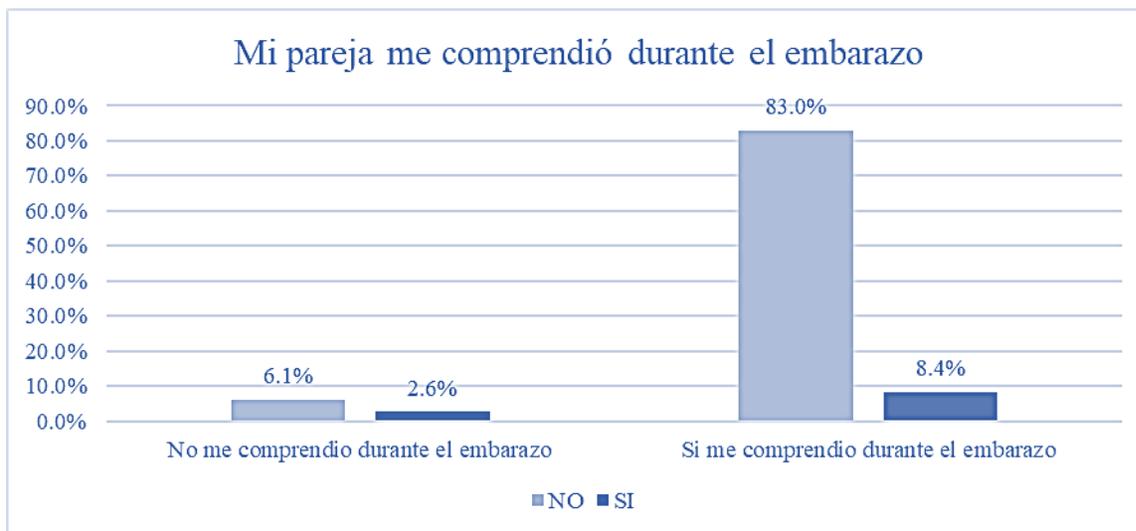
Un 2.6% que obtuvo un puntaje con riesgo en DPP refirió que su pareja no le comprendió durante el embarazo, más un 6.1% que obtuvo un puntaje sin riesgo de DPP también refirió que su pareja no le comprendió durante el embarazo.

Se evidenció que los resultados no fueron uniformes. Sobre la prueba Chi cuadrado, el valor obtenido de p fue 0.001, siendo $p < 0.05$, se confirma la asociación entre la variable depresión postparto y la comprensión de pareja durante el embarazo.



Figura 17

Porcentaje de mujeres por comprensión de la pareja durante embarazo según depresión postparto



En la figura 18, se tiene que, referente al afecto de pareja, del total de encuestadas, un 8.4% que obtuvo un puntaje con riesgo en DPP refirió sentirse querida por su pareja, más un 83.6% que obtuvo un puntaje sin riesgo de DPP refirió también sentirse querida por su pareja.

Un 2.6% que obtuvo un puntaje de riesgo en DPP refirió no sentirse querida por su pareja, más un 5.5% que obtuvo un puntaje sin riesgo de DPP refirió también no sentirse querida por su pareja.

Los resultados obtenidos evidencian no ser homogéneos. Respecto a la prueba Chi cuadrado, se obtiene el valor de p siendo 0.000, siendo $p < 0.05$, se afirma la existencia de asociación entre la variable depresión postparto y el afecto de pareja.

Figura 18

Porcentaje de mujeres por afecto de pareja según depresión postparto



En la figura 19 se tiene que, sobre la aceptación de pareja, del total de encuestadas, un 8.4% que obtuvo un puntaje de riesgo en DPP refirió sentirse aceptada por su pareja, un 83.3% que obtuvo un puntaje sin riesgo de DPP también refirió sentirse aceptada por su pareja.

Un 2.6% que obtuvo un puntaje de riesgo en DPP refirió no sentirse aceptada por su pareja, más un 5.8% que obtuvo un puntaje sin riesgo de DPP refirió no sentirse aceptada por su pareja.

Se obtuvieron resultados no uniformes. Referente a la prueba Chi cuadrado, el resultado de p fue igual a 0.001, siendo $p < 0.05$, dándose una asociación entre la variable depresión postparto y aceptación de pareja.

Figura 19

Porcentaje de mujeres por aceptación de pareja según depresión postparto



En la figura 20 se tiene que, referente al ánimo de pareja, del total de encuestada un 8.7% que obtuvo un puntaje de riesgo en DPP refirió que su pareja le brinda ánimo en todo momento, más un 83.9% que obtuvo un puntaje sin riesgo de DPP también refirió que su pareja le brinda ánimo en todo momento.

Un 2.3% que obtuvo un puntaje de riesgo en DPP refirió que su pareja no le brinda animo en todo momento, más un 5.1% que obtuvo un puntaje sin riesgo de DPP refirió que su pareja no le brinda animo en todo momento.

Los resultados obtenidos resultaron ser no homogéneos. Respecto a la prueba Chi cuadrado, el valor de p resultó ser 0.002, siendo $p < 0.05$, sí existe una asociación entre las variables depresión postparto y el ánimo de pareja.

Figura 20

Porcentaje de mujeres por ánimo brindado por la pareja según depresión postparto



El sexto objetivo específico corresponde a identificar que factor afectivo de la familia se asocia a la depresión postparto en Puérperas Atendidas Postpandemia en dos hospitales de la Ciudad de Cusco, 2023. En el factor afectivo de la familia se evaluaron la presencia y apoyo de familia, la comprensión de la familia durante el embarazo, el afecto de familia, la aceptación de familia y el ánimo brindado de la familia. Se presenta la tabla cruzada entre el indicador y la depresión postparto, así como el resultado del chi cuadrado.

Se observa que el indicador de ser aceptada por la familia no se asocia con la depresión postparto con un valor $p = 0.652$. En cambio, el resto de los indicadores si se asocian con la depresión postparto con un valor $p < 0.05$.



Tabla 11

Depresión postparto en puérperas según indicadores de factor afectivo de miembros de familia, con valores de prueba Chi-cuadrado

Factor Afectivo Familiar		Depresión Postparto				Subtotal		Prueba Chi-cuadrado
		NO		SI		F	%	
		F	%	F	%			
Los miembros de mi familia estuvieron durante el embarazo y me apoyaron	NO	28	9.0%	8	2.6%	36	11.6%	p = 0.017
	SI	249	80.1%	26	8.4%	275	88.4%	
Total		277	89.1%	34	10.9%	311	100.0%	
Los miembros de mi familia me comprendieron durante el embarazo.	NO	10	3.2%	7	2.3%	17	5.5%	p = 0.000
	SI	267	85.9%	27	8.7%	294	94.5%	
Total		277	89.1%	34	10.9%	311	100.0%	
Me siento querida por los miembros de mi familia.	NO	9	2.9%	7	2.3%	16	5.1%	p = 0.000
	SI	268	86.2%	27	8.7%	295	94.9%	
Total		277	89.1%	34	10.9%	311	100.0%	
Me siento aceptada por los miembros de mi familia	NO	5	1.6%	1	0.3%	6	1.9%	p = 0.652
	SI	272	87.5%	33	10.6%	305	98.1%	
Total		277	89.1%	34	10.9%	311	100.0%	
Los miembros de mi familia me brindan ánimo en todo momento.	NO	12	3.9%	6	1.9%	18	5.8%	p = 0.002
	SI	265	85.2%	28	9.0%	293	94.2%	
Total		277	89.1%	34	10.9%	311	100.0%	

En la figura 21 se tiene que, respecto a la presencia y apoyo de miembros de familia, del total de encuestadas, un 8.4% que obtuvo un puntaje de riesgo en DPP refirió contar con la presencia y apoyo de su familia durante el embarazo, más un 80.1% que obtuvo un puntaje sin riesgo de DPP también refirió contar con la presencia y apoyo de su familia durante el embarazo

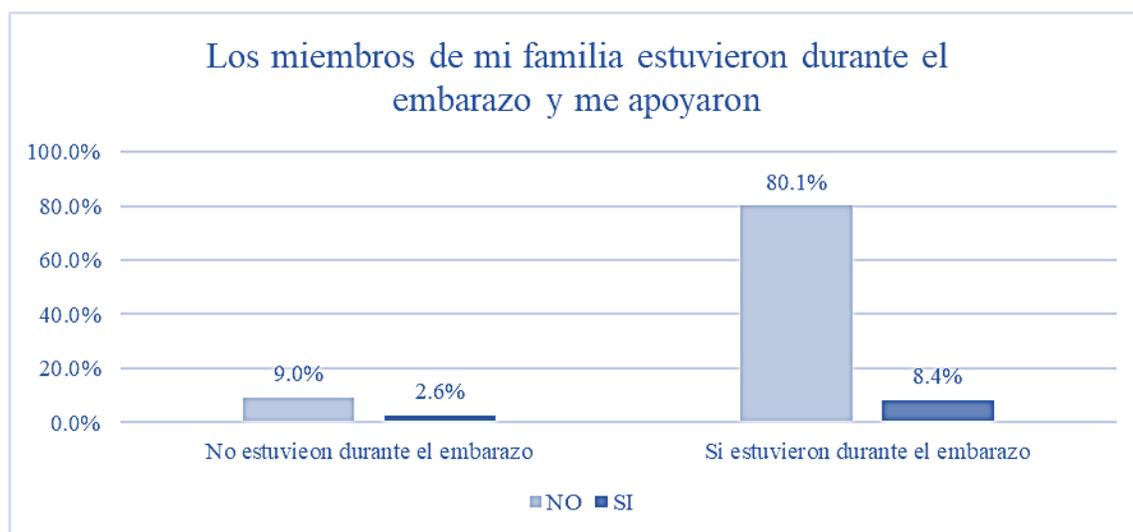


Un 2.6% que obtuvo un puntaje de riesgo en DPP refirió no contar con la presencia y apoyo de su familia durante el embarazo y un 9.0% que obtuvo un puntaje sin riesgo de DPP refirió también no contar con la presencia y apoyo de su familia durante el embarazo

Los resultados obtenidos no son del todo homogéneos. Sobre la prueba Chi cuadrado, el valor de p es igual a 0.017, siendo $p < 0.05$, existe una asociación entre la variable depresión postparto y la presencia y apoyo de miembros de familia.

Figura 21

Porcentaje de mujeres por apoyo y comprensión de miembros de la familia según depresión postparto



En la figura 22 se tiene que, referente a la comprensión de miembros de familia, del total de encuestadas, 8.7% que obtuvo un puntaje de riesgo en DPP refirió que si recibió comprensión de su familia durante el embarazo, más un 85.9% que obtuvo un puntaje sin riesgo de DPP refirió también que si recibió comprensión de su familia durante el embarazo.



Un 2.3% que obtuvo un puntaje de riesgo en DPP refirió no haber recibido comprensión de su familia durante el embarazo, más un 3.2% que obtuvo un puntaje sin riesgo de DPP refirió no haber recibido comprensión de su familia durante el embarazo.

Los resultados evidencian ser no homogéneos. Respecto a la prueba Chi cuadrado, el valor de p resultó ser 0.000, siendo $p < 0.05$, existe una asociación entre las variables depresión postparto y la comprensión de miembros de familia.

Figura 22

Porcentaje de mujeres por comprensión de miembros de familia según depresión postparto



En la tabla 23, se tiene que, sobre el afecto de miembros de familia, del total de encuestadas, un 8.7% que obtuvo un puntaje de riesgo en DPP refirió sentirse querida por los miembros de su familia, más un 86.2% que obtuvo un puntaje sin riesgo de DPP también refirió sentirse querida por los miembros de su familia.



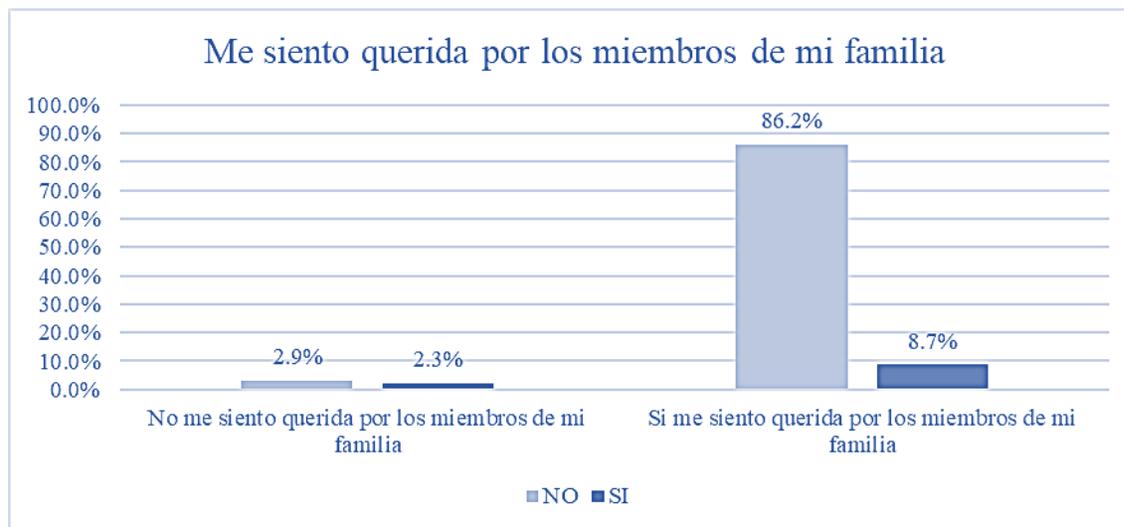
Un 2.3% que obtuvo un puntaje de riesgo en DPP refirió no sentirse querida por los miembros de su familia, más un 2.9% que obtuvo un puntaje sin riesgo de DPP también refirió no sentirse querida por los miembros de su familia.

Los resultados obtenidos evidenciaron no ser uniformes. Respecto a la prueba Chi cuadrado, el valor de p fue igual a 0.000, entendiéndose que $p < 0.05$, existe una asociación entre la variable depresión postparto y el afecto de miembros de familia.



Figura 23

Porcentaje de mujeres por me siento querida por los de miembros de familia según depresión postparto



En la figura 24 se tiene que, referente a la aceptación de miembros de familia, del total, un 10.6% que obtuvo un puntaje de riesgo en DPP refirió sentirse aceptada por los miembros de su familia, más un 87.5% que obtuvo un puntaje sin riesgo de DPP también refirió sentirse aceptada por los miembros de su familia.

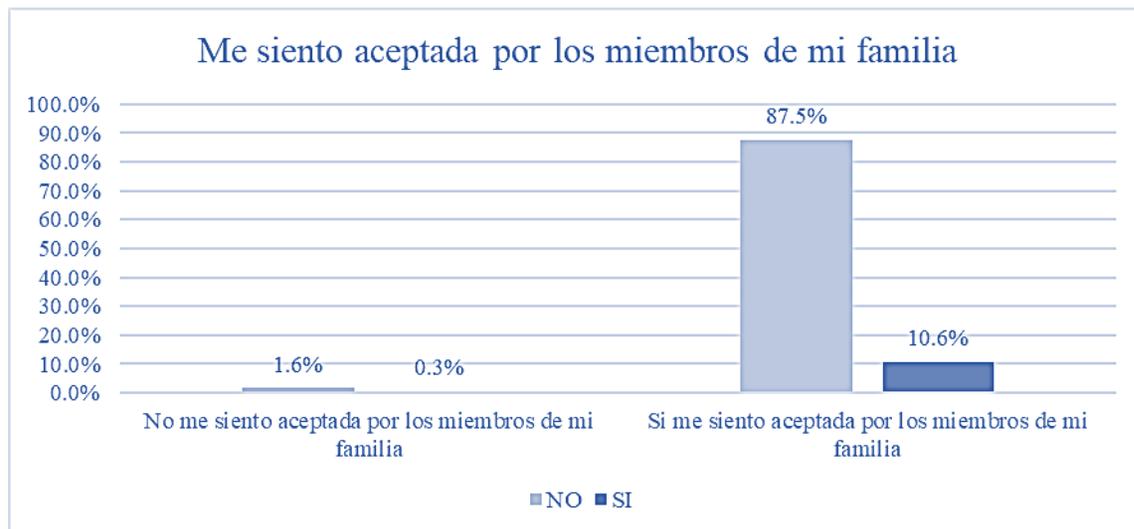
Un 0.3% que obtuvo un puntaje de riesgo en DPP refirió no sentirse aceptada por los miembros de su familia, más un 1.6% que obtuvo un puntaje sin riesgo de DPP también refirió no sentirse aceptada por los miembros de su familia.

Respecto a la prueba Chi cuadrado, el valor de p es de 0.652, siendo $p > 0.05$, por lo tanto, no existiendo una asociación entre la variable depresión postparto y la aceptación de miembros de familia.



Figura 24

Porcentaje de mujeres por aceptación de miembros de familia según depresión postparto



En la figura 25, se tiene que, sobre el ánimo de miembros de familia, del total de encuestadas, un 9% que obtuvo un puntaje de riesgo en DPP refirió que su familia si le brinda ánimo en todo momento, más un 85.2% que obtuvo un puntaje sin riesgo de DPP refirió también que su familia si le brinda ánimo en todo momento.

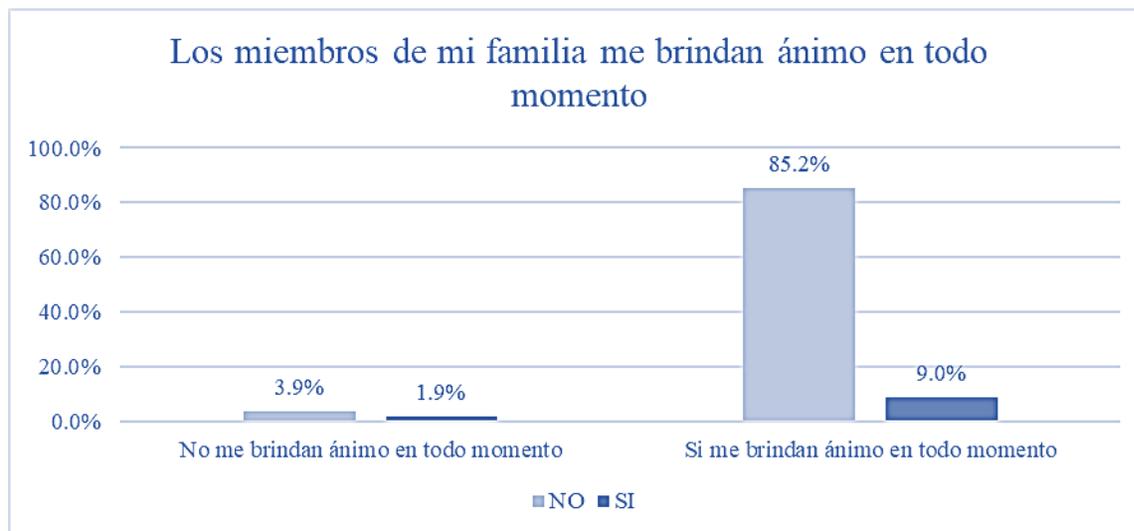
Un 1.9% que obtuvo un puntaje de riesgo en DPP refirió que su familia no le brinda ánimo en todo momento, más un 3.9% que obtuvo un puntaje sin riesgo de DPP también refirió que su familia no le brinda ánimo en todo momento.

Los resultados obtenidos fueron no homogéneos. Respecto a la prueba Chi cuadrado, el valor de p fue igual 0.002, siendo $p < 0.05$, sí existe una asociación entre la variable depresión postparto y el ánimo de miembros de familia.



Figura 25

Porcentaje de mujeres por ánimo brindado por los miembros de mi familia según depresión postparto



El sétimo objetivo específico corresponde a identificar si el factor maltrato psicológico se asocia a la depresión postparto en Puérperas Atendidas Postpandemia en dos hospitales de la Ciudad de Cusco, 2023. En el factor maltrato psicológico se evaluó el maltrato psicológico de pareja. Se presenta la tabla cruzada entre el indicador y la DPP, así como el resultado del chi cuadrado. Este factor presenta una asociación con la depresión postparto con valor $p = 0.001$.

Tabla 12

Depresión postparto en puérperas según indicadores de factor maltrato psicológico, con valores de prueba Chi-cuadrado

Factor Maltrato Psicológico		Depresión Postparto				Subtotal		Prueba Chi-cuadrado
		NO		SI		F	%	
		F	%	F	%			
¿Usted fue o es actualmente víctima de amenazas, humillaciones, insultos, gritos, burlas por parte de su pareja?	NO	246	79.1%	23	7.4%	269	86.5%	p = 0.001
	SI	31	10.0%	11	3.5%	42	13.5%	



Total	277	89.1%	34	10.9%	311	100.0%
--------------	------------	--------------	-----------	--------------	------------	---------------

En la figura 26 se tiene que, respecto al maltrato psicológico de pareja, del total de encuestadas, un 7.4% que obtuvo un puntaje de riesgo en DPP refirió no recibir maltrato psicológico por parte de su pareja, más un 79.1% que obtuvo un puntaje sin riesgo de DPP también refirió no recibir maltrato psicológico por parte de su pareja.

Un 3.5% que obtuvo un puntaje de riesgo en DPP refirió si recibir maltrato psicológico por parte de su pareja, más un 10% que obtuvo un puntaje sin riesgo de DPP refirió también si recibir maltrato psicológico por parte de su pareja.

Los resultados obtenidos no son homogéneos. Sobre la prueba Chi cuadrado, el valor obtenido para p fue 0.001, siendo $p < 0.05$, sí existe una asociación entre la variable depresión postparto y el maltrato psicológico de pareja.

Figura 26

Porcentaje de mujeres por maltrato psicológico de pareja según depresión postparto





5.2. Resultados respecto al objetivo general

El objetivo general corresponde a identificar cuál de los factores se asocia de manera causal a la depresión postparto en Puérperas Atendidas Postpandemia en dos hospitales de la Ciudad de Cusco, 2023.

Para realizar el modelo, se consideraron los factores sociodemográficos, primero, la edad, estuvo conformado por 4 categorías y se consideró de base a las de 25 a 30 años. La cantidad de hijos tuvo un carácter dicotómico de primípara y multípara, por ello se utilizó ambos. El grado de instrucción estuvo conformada por cuatro categorías y se consideró de base al nivel secundario. El estado civil tuvo tres categorías considerando de base el estado civil de conviviente. La procedencia tuvo categorías dicotómicas entre rural y urbano.

Respecto a los factores económicos, la condición económica estuvo conformada por 5 categorías y se consideró de base al nivel medio. La dependencia económica tuvo carácter dicotómico entre sí y no. La ocupación estuvo conformada por 3 categorías, considerando de base la categoría de ama de casa.

Respecto a los factores clínicos, los antecedentes de depresión tuvieron carácter dicotómico entre sí y no, las complicaciones obstétricas también fueron considerados de carácter dicotómico y el tipo de parto fue dicotómico, entre cesárea y natural.

Factores de apoyo afectivo de la pareja fue considerado de carácter dicotómico, entre sí y no, de la misma manera del apoyo afectivo familiar.

Por último, el factor de maltrato psicológico contuvo solo un indicador también de carácter dicotómico para la regresión entre sí y no.

En la presente investigación se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna.



Tabla 13

Resultados de bondad de ajuste

Paso	Logaritmo de la verosimilitud -2	R cuadrado de Cox y Snell	R cuadrado de Nagelkerke
1	150,571 ^a	,186	,373

a. La estimación ha terminado en el número de iteración 20 porque se ha alcanzado el máximo de iteraciones. La solución final no se puede encontrar.

El R cuadrado de Nagelkerke proporciona una medida más realista y ajustada de necesidad en la variable dependiente se explica por el modelo. En valor es 0,373, lo que indica que el modelo explica aproximadamente el 37,3% de la variabilidad cuando se escala al máximo rango posible.

En otras palabras, este valor sugiere que este modelo podría explicar el 37.3% de la adquisición en la depresión posparto.

Tabla 14

Prueba de hosmer y lemeshow

Paso	Chi-cuadrado	Gf	Sig.
1	7,331	8	,501

H0: Existen diferencias significativas entre los valores observados y los valores esperados (p-valor < 0.05)



H1: No existen diferencias significativas entre los valores observados y los valores esperados (p-valor > 0.05)

El valor es 0,501. Típicamente, para la prueba de Hosmer y Lemeshow, un p-valor mayor a 0,05 es deseable ya que indica que no hay una diferencia significativa entre las observaciones esperadas y las observadas, lo que sugiere que el modelo tiene un buen ajuste. Por lo tanto, el p-valor es 0,501, lo que indica que el modelo se ajusta adecuadamente a los datos.

A continuación, se observa el modelo Logit, considerando los factores mencionados en relación con la DPP. En el análisis de regresión logística, los coeficientes B representan el cambio logarítmico en la probabilidad del evento (en este caso, depresión postparto) al variar una unidad en la variable independiente mientras se mantienen las demás variables constantes.

Tabla 15

Factores que se asocian a la depresión postparto

	Factores	B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	Inversa para valores negativos
Edad	FSD De 20 a 24 años	-1.250	0.643	3.773	1	0.052	0.287	3.484
	FSD De 31 a 36 años	-2.109	0.730	8.334	1	0.004	0.121	8.264
	FSD De 37 a 45 años	-0.829	0.702	1.397	1	0.237	0.436	2.294
Cantidad de hijos	FSD_primípara	0.447	0.546	0.673	1	0.412	1.564	
Grado de instrucción	FSD_primaria	-0.233	1.049	0.049	1	0.824	0.792	1.263
	FSD_técnica	-0.107	0.556	0.037	1	0.848	0.899	1.112
	FSD_universitaria	0.245	0.775	0.100	1	0.752	1.277	
Estado civil	FSD_casada	1.122	0.597	3.528	1	0.060	3.070	
	FSD_soltera	-0.345	1.252	0.076	1	0.783	0.708	1.412
Procedencia	FSD_urbana	-0.144	0.469	0.094	1	0.759	0.866	1.155
Nivel de ingresos	FE_nivel bajo	0.158	0.471	0.113	1	0.737	1.171	
	FE_nivel medio	-18.604	40192.970	0.000	1	1.000	0.000	
Dependencia económica	FE_dependencia económica	2.079	0.885	5.522	1	0.019	7.997	
Ocupación	FE_profesional	2.066	1.410	2.147	1	0.143	7.893	
	FE_comerciante	0.974	0.748	1.698	1	0.193	2.649	



Antecedentes de depresión	FC_si antecedentes de depresión familiar	1.686	0.573	8.646	1	0.003	5.398	
Complicaciones obstétricas	FC_si complicaciones	0.911	0.476	3.667	1	0.056	2.486	
Tipo de parto	FC_cesárea	1.289	0.501	6.611	1	0.010	3.628	
Etapa de puerperio	FSD_alejado	-0.646	0.786	0.675	1	0.411	0.524	1.908
Apoyo de la pareja	FA_PA_si_apoyo de pareja	-0.296	0.917	0.104	1	0.747	0.744	1.344
Apoyo familiar	FA_FAM_si_apoyo familiar	-1.813	0.644	7.922	1	0.005	0.163	6.135
Maltrato Psicológico	FMP_si recibe maltrato psicológico	1.483	0.605	6.010	1	0.014	4.405	
	Constante	-2.892	1.746	2.742	1	0.098	0.055	

A raíz de los resultados expuestos en la tabla, se puede interpretar los datos más relevantes del modelo considerando los valores odds radio. El rango de edad de 31 a 36 son significativos para tener depresión postparto con un valor de significancia de 0.004. Por otro lado, la cantidad de hijos no es significativo para tener depresión postparto. Lo mismo ocurre con el grado de instrucción, que tengan solo instrucción primaria, técnica o universitaria, no es significativo para la depresión postparto. En cuanto al estado civil que se encuentren casadas o solteras, no es significativo para la depresión postparto, con un valor de 0.06 y 0.783, respectivamente. Respecto a la procedencia urbana, se halló un valor de 0.759 siendo no significativo. Lo mismo ocurre con el nivel de ingresos, que cuenten con un nivel bajo o medio no es significativo con la depresión postparto. También, la dependencia económica es significativa con un valor de 0.019 y presenta 7.997 veces de riesgo de depresión postparto. En concordancia con la ocupación, que sean profesionales o comerciantes, no son significativos para tener depresión postparto.

Tener antecedentes de depresión en la familia es significativo con la depresión postparto con un valor de 0.003 indicando que 5.398 veces de riesgo de depresión postparto. También, que



hayan tenido complicaciones obstétricas si es significativo, con un valor de 0.056, indicando que existe 2.486 veces de riesgo de depresión postparto. El tipo de parto por cesárea tuvo un valor de 0.010, lo cual indica que es significativo indicando que hay 3.628 veces de riesgo de depresión postparto. Encontrarse en la etapa de puerperio alejado no es significativo para tener depresión postparto.

Respecto al apoyo de la pareja, tuvo un valor de 0.747, lo cual indica que no es significativo para que las puérperas tengan depresión postparto. Pero, en cuanto al apoyo familiar, se halló un valor de significancia de 0.005 y existe 6.135 de posibilidad de que no tenga depresión postparto si tiene un apoyo familiar. Por último, qué haya sufrido la madre de maltrato psicológico es significativo al 0.014 e indica que existe 4.405 veces de riesgo de depresión postparto.



Capítulo V:

Discusión

6.1. Descripción de los hallazgos más relevantes y significativos

Respecto a los resultados más relevantes y significativos sobre la existencia de DPP en puerperas atendidas postpandemia según hospital se obtuvo que del hospital Antonio Lorena el 12.1% presentó riesgo de depresión postparto y del hospital regional el 9.9% también presentó riesgo de depresión postparto y un 87.9% del hospital Antonio Lorena no presentó riesgo de depresión postparto y del hospital regional un 90.1% tampoco presentó riesgo de depresión postparto, más en la investigación realizada en el año 2019 por las autoras Jara y García quienes consideraron a la misma población y en los mismos hospitales, evidencio que del hospital regional un 31.0% presentó riesgo de depresión postparto y del hospital Antonio Lorena un 21.6% presentó riesgo de depresión postparto, quienes a su vez realizaron el estudio meses antes de la pandemia con una metodología afín.

Respecto a los resultados hallados sobre los factores sociodemográficos se evidencia que el indicador edad está asociada a la depresión postparto, siendo significativo y relevante el rango de 25 a 30 años, esto puede ser debido a que es entre los 20 a 30 años que ocurre la máxima capacidad reproductiva de la mujer (García, 2018, como se citó en Rodríguez, 2019, p.130).

Respecto a los resultados más significativos, se evidencia que del factor económico, solo la dependencia económica se asocia con la DPP, donde el 10.3% que, si dependen económicamente, ya sea de su pareja o familiar, presentaron riesgo de depresión postparto, ya investigaciones realizadas por García en el año 2020 y Paucara en el 2016 resaltaron que el aspecto socioeconómico es significativo para presentar DPP, además Jeon H. et al., 2013, Biaggi A. et al.,



2016, Clout y Brown, 2015 y Carrascón et al., 2006 indican que la economía ya sea personal o familiar, vivir en condiciones precarias de manera prolongada se asocia a un mayor riesgo de que la mujer pueda presentar depresión postparto (como se citó en Valencia 2015).

Respecto a los resultados obtenidos del factor clínico, son relevantes y significativos los indicadores tener familiares con antecedentes de depresión, las complicaciones obstétricas y el tipo de parto, donde un 3.2% de puérperas con riesgo de DPP tuvieron familiares con antecedentes de depresión, de las complicaciones obstétricas se evidencio mas presencia de Abortos anteriores y infecciones y un 8.4% con riesgo de DPP tuvo el tipo de parto por cesárea, Rodriguez indica que con respecto a complicaciones que pueda presentar la puérpera estos deben en la medida de lo posible prevenirse o mitigarse (2020), en otros estudios que coincidan con los resultados obtenidos se resaltan de las complicaciones obstétricas, más presencia de abortos anteriores (Moldenhauer, 2022, como se cito en Antúnez et al.,2022) y el tipo de parto por cesárea (Urbanová et al., 2021, como se cito en Antúnez et al.,2022) coincidiendo a su vez con Robertson et al. quien indica que los factores de riesgo mas significativos para presentar DPP es el tipo de parto por cesárea de emergencia (2004, como se citó en Mora, 2016).

Respecto a los resultados hallados sobre el factor afectivo de la pareja se identificó que un 3.9% con riesgo de DPP no quiso tener a su hijo, un 2.6% no se sintió comprendida, querida ni aceptada y un 2.3% no sintió ánimo en todo momento por parte de la pareja. Grau et al., 2017 hace mención a que la presencia del padre, el apoyo y lo vinculado tiene efectos positivos tales como el favorecer que la madre tenga menos síntomas de depresión más los autores Gree y Rhodes, afirman que su ausencia incrementa dichos síntomas (2003).



Respecto a los resultados hallados sobre el factor afectivo de la familia, se evidencia que un 2.6 % no tuvo a su familia durante el embarazo ni se sintió apoyada, un 2.3% no se sintió comprendida ni querida y un 1.9% no sintió el ánimo en todo momento, Mercer et al., 1983, indica además que el apoyo de la persona querida del núcleo familiar favorece la transición a la maternidad de forma más fácil y gozosa con sentimientos positivos de la experiencia (como se citó en Rodríguez, 2019), y además Cox et al., 2008, resalta que percibir poco apoyo social del entorno más cercano de la madre se asocia con la presencia de síntomas depresivos postparto (Kim et al., 2014; Patino, 2016; Sipsma et al., 2016).

Respecto a los resultados hallados sobre el factor maltrato psicológico se identificó que el ser víctima de amenazas, humillaciones, insultos, gritos, burlas por parte de su pareja se asocia a la DPP, autores como Kothari et al., 2016 resaltan que la violencia de pareja tiene una estrecha relación con la depresión postparto, Biaggi describe que este maltrato puede generarles desconocimiento respecto a cómo actuar ante ello, generando que su salud mental se vea afectada presentándose entre ellos depresión postparto (2016).

Respecto a los resultados del objetivo general se tiene que los factores que se asocian de manera causal a la DPP en puérperas atendidas postpandemia es: la edad, en el rango de 31 a 36 años, el depender económicamente de la pareja y/o familia, el antecedente de depresión en la familia, la presencia de complicaciones obstétricas, el tipo de parto por cesárea, apoyo de la familia y ser víctima de maltrato psicológico por parte de la pareja, con respecto a este hallazgo Vilouta et al., en la investigación que realizó también halló significativos los factores que se asocian a la DPP la edad, sobre todo superior a 35 años, donde a su vez García (2018) indica que a partir de los 30 años la capacidad reproductiva de la mujer se ve mermada y esto es más si se superan los



35 años, donde no solo decrece el número de ovocitos durante los años reproductivos, sino que los ovocitos restantes son de peor calidad conduciendo a su vez mayor incidencia de anormalidades cromosómicas y/o complicaciones obstétricas como abortos (p.130) , con el mismo autor Vilouta también se coincide en hallazgos, el tipo de parto por cesárea, la situación económica, el antecedente de depresión en la familia y presencia de complicaciones obstétricas como abortos (2006).

6.2. Limitaciones del estudio

Uno de los aspectos que demoró en el levantamiento de la información fue el aspecto administrativo en la devolución de la información solicitada en ambos hospitales, posterior a este ya habiendo obtenido la información, en el Hospital Antonio Lorena se presentaron dificultades para encontrar a las puérperas de cada hospital o establecimiento de salud donde realiza sus controles mensuales, pues la información brindada por el personal encargado no estaba completa, a raíz de que muchos de los registros son manuales, siendo inexactos los números telefónicos, lo cual, tuvo como consecuencia que se amplie el tiempo de recolección de información más de lo planificado. Para subsanar esta situación se tuvo que considerar a otras puérperas que cumplían los requisitos establecidos y que venían siendo atendidas en el mismo hospital hasta completar a la muestra del estudio. Las cuales ya se encontraban en una etapa de puerperio alejado.

Las recolección de datos durante la prueba piloto se realizaron durante una coyuntura política convulsionada por las movilizaciones sociales de protesta contra la asunción de la actual presidenta de la república, motivando interrupciones en el transporte público; ello generó dificultades en la movilización a los hospitales donde se encontraban las puérperas, hecho este que prolongo el levantamiento de la información.



Finalmente, otra limitación es que estos resultados obtenidos no pueden ser generalizados a la población adolescente.

6.3. Comparación crítica con la literatura existente

Jara y García (2018) en la investigación realizada considero a puérperas atendidas en el hospital Antonio Lorena y hospital regional de le ciudad de Cusco en el año 2019 evidenciándose diferencia de porcentajes por hospital con la presente investigación.

Se resalta también que los antecedentes no toman en cuenta los mismos factores asociados a la DPP, algunos autores del factor sociodemográfico consideran la edad y número de hijos solamente como es el caso de Gonzales et al., (2019), en donde existe semejanza de resultados en la edad, siendo significativa la edad de 20 años, mas el mismo autor resalta significativa el número de hijos evidenciándose divergencia con este hallazgo, Vallecampo (2019), resalta significativo el grado de estudios y procedencia como factores asociados a la DPP, existiendo divergencia con los resultados obtenidos en la presente investigación, esto puede ser a razón de que los autores de la investigación consideraron a población de puérperas solo en etapa inmediata.

Con relación al factor económico muchas de las investigaciones no consideraron ambos factores como es la dependencia o independencia económica y ocupación, García y Surita (2018) identificaron como factor asociado a la DPP el ingreso percibido a nivel económico existiendo semejanza con este factor y en relación con la ocupación Silvera (2019) consideró significativa la ocupación para presentar DPP existiendo divergencia.

Con relación al factor clínico solo García y Surita (2018) consideraron el antecedente a nivel familiar, siendo este no significativo a presentar DPP, evidenciando por lo tanto divergencias con el hallazgo, con relación al tipo de parto Loaiza y Sánchez (2019) resaltan que el tipo de parto



no es significativo para presentar DPP, existiendo divergencia con la presente investigación, Silvera (2019) establece que el tipo de parto sobre todo por cesaría es un factor para que se presente este trastorno de DPP, según este autor existiría semejanza con los resultados de la investigación.

Con relación al factor afectivo de la pareja, solo algunos indicadores presentan semejanzas como es la investigación por Ramos y Rivera (2022) y con la investigación de Young (2017) donde el primer autor evidencio que hay una relación inversa entre el apoyo de padre y la DPP y el segundo autor resalta como factor asociado a la DPP la presencia de discusiones con el padre del recién nacido.

Con relación al factor afectivo de la familia, se evidencia semejanzas con la investigación de Young (2017) quien resalta que la presencia de violencia intrafamiliar es un factor que se asocia a la DPP.

Y finalmente del factor maltrato psicológico se evidencian semejanzas con la investigación de Gonzales et al., 2019, Vallecampo (2019), mas con el autor con el que se evidencia una semejanza afín al indicador violencia a nivel psicológico son los autores Zamora y Vega (2020).

quienes consideraron el indicado determinaron como factor significativo a presentar DPP , siendo semejante por lo tanto este resultado.

Del objetivo general Vilouta et al., consideraron que la edad superior a 35, tipo de parto por cesárea, familiares con antecedente de depresión, complicaciones obstétricas y situación económica son factores de riesgo a presentar DPP. (2006). Siendo por lo tanto semejante a los resultados del presente estudio.



6.4. Implicancias del estudio

La presente investigación servirá para conocer cuáles fueron los factores que se asocian a la depresión postparto dentro del contexto cusqueño, además de construir un panorama de la realidad cusqueña sobre esta real problemática ya que una mayoría de personas pero sobre todo personal de salud reconoce sobre la importancia de trabajar con esta población mas no se ha visto reflejado esto en la atención brindada, en recursos asistenciales y de investigación ,se busca por lo tanto que pueda cambiar esto a favor de esta población desde la realización de programas, talleres, entre otros que se considere pertinente.

Además, abre paso a futuras investigaciones con una metodología diferente, donde se podrá incluir otras variables.



Conclusiones

Primera: En el análisis de regresión logit se resalta que la edad, la dependencia económica, antecedentes de depresión en la familia, complicaciones obstétricas, tipo de parto por cesárea, afectivo de la familia y el factor maltrato psicológico se asocian de manera causal a la depresión postparto en puérperas atendidas postpandemia en dos hospitales de la ciudad de Cusco, 2023, donde se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna.

Segunda: Según hospital un 12.1% del total de puérperas del Hospital Antonio Lorena presenta riesgo de depresión postparto y del total de puérperas del Hospital Regional del Cusco un 9.9% presenta riesgo de depresión postparto. Y un 87.9% del total de puérperas sin riesgo de depresión postparto pertenecen al Hospital Antonio Lorena y el 90.1% del total de puérperas sin riesgo pertenecen al Hospital Regional del Cusco.

Tercera: Del factor sociodemográfico solo la edad se asocia a la depresión postparto en puérperas atendidas postpandemia en dos hospitales de la Ciudad de Cusco con un rango de edad de 25 a 30 años.

Cuarta: Del factor económico solo la dependencia económica se asocia a la depresión postparto en puérperas atendidas postpandemia en dos hospitales de la Ciudad de Cusco, 2023.

Quinta: Del factor clínico, el antecedente de depresión en la familia, complicaciones obstétricas como aborto e infecciones y el tipo de parto por cesárea se asocian a la depresión postparto en puérperas atendidas postpandemia en dos hospitales de la Ciudad de Cusco, 2023.



Sexta: Del factor afectivo de la pareja, el deseo de tener un hijo, la comprensión, el sentirse querida, la aceptación y el ánimo por parte de la pareja se asocian a la depresión postparto en puérperas atendidas postpandemia en dos hospitales de la Ciudad de Cusco, 2023.

Sétima: Del factor afectivo de la familia, la presencia y apoyo, comprensión, el sentirse querida y el ánimo brindado de los miembros de la familia se asocian a la depresión postparto en puérperas atendidas postpandemia en dos hospitales de la Ciudad de Cusco, 2023.

Octava: El factor maltrato psicológico se asocia a la depresión postparto en puérperas atendidas postpandemia en dos hospitales de la Ciudad de Cusco, 2023.



Recomendaciones

Primera: Se recomienda a los profesionales de la salud , al ministerio de salud y las instituciones de atención materna que incluyan dentro de la atención formatos donde se recopile toda la información de la madre para detectar oportunamente los factores de riesgo y así evitar que su situación se complique, y al personal calificado aplicar el test de Edimburgo el cual ha demostrado ser eficaz con el propósito de realizar un tratamiento oportuno.

Segunda: Se recomienda al personal de salud de los hospitales, Antonio Lorena y hospital Regional de Cusco del área de maternidad realizar evaluaciones psicológicas en hospitalización y hacer seguimiento, para ello debe contarse con el personal capacitado que detecte oportunamente casos de DPP.

Tercera: Se recomienda al personal de salud de los dos hospitales brindar apoyo psicológico centrado en las puérperas del rango de edad de 25 a 30 años y se sensibilice al personal sobre la importancia del cuidado a la madre durante su etapa de gestación y puerperio.

Cuarta: Se recomienda al personal de salud del área de maternidad proyectarse en la comunidad tanto rural como urbana a través de intervenciones comunitarias brindando talleres donde se incluya el manejo de conflictos de tipo económico, proporcionándoles diversas habilidades.

Quinta: Se recomienda al personal de salud de los dos hospitales y establecimientos de salud de la región que se enfoque a nivel físico y psicológicamente buscando preparar al cuerpo y mente, además de realizar evaluaciones inmediatas de tener o presentar la puérpera complicaciones clínicas.



Sexta: Se recomienda sensibilizar al personal de salud de los establecimientos de salud de la región a trabajar con la madre y la pareja, pueda el personal brindar orientación sobre como afrontar de mejor manera los síntomas que la madre pueda presentar después del parto, afianzando la relación materna y paterno filial y finalmente pueda la pareja saber dónde acudir si su situación empeora.

Sétima: Se recomienda al personal de salud de los dos hospitales trabajar de manera multisectorial, madre, pareja, familia y comunidad para identificar oportunamente los factores que puedan ser predisponentes a presentar DPP y derivar al personal capacitado para su intervención.

Octava: Se recomienda al personal de salud que trabaje con población materna de los dos hospitales proporcionar información sobre los canales de atención de maltrato psicológico, donde acudir en caso de identificar ser víctima, para ello el personal debe ser capacitado.



Referencias bibliográficas

- American Psychological Association. (2010). Principios éticos de los psicólogos y código de conducta. 1-16.
https://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/comite_etica/Codigo_APA.pdf.
- Arranz, L., Gaviño, A., & Escobedo, A. (2005). Depresión Posparto en pérdida gestacional recurrente. Presentación de un caso. *Revista de Especialidades Médico Quirúrgicas*, 10(3), 71-73.
- Antúnez Ortigosa, M., Martín Narváez, N., Casilari Floriano, J. C., & Mérida de la Torre, F. J. (2022). Depresión posparto, análisis de los factores de riesgo y la intervención de Enfermería. Revisión bibliográfica. *Enfermería Cuidándote*, 5(3), 19–29.
<https://doi.org/10.51326/ec.5.3.2558670>.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)* (Quinta ed.). Arlington: APA.
<https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>.
- Bermejo, F., Peña, W., & Espinoza, E. (2020). Depresión perinatal en tiempos del COVID-19: rol de las redes sociales en Internet. *Acta méd. PERÚ*, 37(1), 88-93.
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.35663/amp.2020.371.913>.
- Boyd, R., Zayas, L., & McKee, M. (2006). MotherInfant interaction, life events and prenatal and postpartum depressive symptoms among urban minority women in primary care. *Maternal and Child Health Journal*, 10(2), 139-148.
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1007/s10995-005-0042-2>.



- Budhathoki, N., Dahal, M., Bhusal, S., Ojha, H., Pandey, S., & Basnet, S. (2012). Violence against women by their husband and postpartum depression. *J. Nepal Health Res Counc.*, 10(22), 176-180.
- Bustos, R., & Jiménez, N. (2013). Factores de riesgo asociados a la depresión post parto, en mujeres que asisten a centros de atención primaria en la ciudad de Arica – Chile. *Psiquiatr. salud ment*, 30(1), 38-49. https://www.schilesaludmental.cl/web/wp-content/uploads/2022/06/07.-2013_No_1_art5.pdf.
- Bydlowski, M. (1997). *La dette de vie. Itinéraire psychanalytique de la maternité [La deuda de vida. Itinerario psicoanalítico de la maternidad]*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Campos, E. (2018). *Nivel de depresión postparto en puérperas atendidas en el Hospital Nacional Dos de Mayo de Lima-Perú, 2017*. [Tesis para optar el título, Universidad Inca Garcilaso de la Vega]. <https://1library.co/document/y9gdr5vq-nivel-depresion-postparto-puerperas-atendidas-hospital-nacional-peru.html>.
- Caparros, R., Romero, B., & Peralta, M. (2018). Depresión posparto, un problema de salud pública mundial. *Rev. Panamá Salud Publica*, 1. <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/49117>.
- Castro R, Rivera R. (2015). Mapa de la violencia contra la mujer: La importancia de la familia. *Rev. Investig*; 6:101-25. <https://ucsp.edu.pe/wp-content/uploads/2020/02/5.-Mapa-de-la-violencia-contra-la-mujer.pdf>.
- Casillas, P., & Tite, M. (2017). *Depresión postparto en madres de neonatos hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos neonatal (UCIN) y no hospitalizados, en los hospitales un canto a la vida y maternidad nueva Aurora un seguimiento desde la etapa gestacional*.



[Tesis de título, Pontificia Universidad Católica del Ecuador].
<http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/13956/TESIS%20DEPRESION%20POSTPARTO%20EN%20MADRES%20DE%20NEONATOS%20HOSPITALIZADO%20S%20EN%20LA%20UNIDAD%20DE%20CUIDADOS%20INTENSIVO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Chestnutt, A. (2004). Physiology of normal pregnancy. *Crit Care Clin*(20), 609-615.

Congreso de la República. (2019). *Ley general de salud mental*. Art. 17,20,22.

Constitución política del Perú [Const.]. (1993). Art. 2. Perú.

Cordova, J. (2018). *Factores asociados a depresión postparto en puérperas atendidas en Hospital II-2 Santa Rosa durante Setiembre-diciembre, 2017*. [Tesis para optar el título, Universidad Nacional de Piura]. <https://repositorio.unp.edu.pe/handle/UNP/1175>.

Covarrubias, M., & Cuevas, A. (2008). La perspectiva histórico cultural del desarrollo y la construcción de la esfera afectivo-motivacional. *Psicología para América Latina*(14).
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2008000300007&lng=pt&tlng=es.

Cox, J., Holden, J., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal Depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150(6).

Denegri, S., & Jiménez, A. (2018). *Factores asociados a depresión postparto en puérperas atendidas en el Hospital regional Honorio Delgado Espinoza*. [Tesis para optar el título profesional, Universidad Católica de Santa María]. Repositorio Institucional.
<http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/UCSM/7647/63.0729.OP.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.



- Dirven , B. B., Pérez, R., Cáceres, R. J., Tito, A. T., Gómez , R. K., & Ticona, A. (2018). *El desarrollo rural establecido en las áreas Vulnerables*. Lima: Colección Racso.
- Escobar, J., Pacora, P., Custodio, N., & Villar, W. (2009). Depresión posparto: ¿Se encuentra asociada a la violencia basada de género? *An. Fac. Med.*, 70(2), 115-8.
- Evans, G. (2003). Depresión Posparto Realidad en el Sistema Público de Atención de Salud. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 68(5), 491-494.
- Field, L. (2021). *Covid-19 durante el embarazo*. <https://www.msmanuals.com/es-pe/hogar/salud-femenina/complicaciones-no-obst%C3%A9tricas-durante-el-embarazo/covid-19-durante-el-embarazo>.
- Field, T., Diego, M., Hernández, M., Figueiredo, B., Schanberg, S., & Kuhn, C. (2007). Sleep disturbances in depressed pregnant women and their newborns. *Infant Behavior and Development*, 30(1), 127-133. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2006.08.002>.
- Gao, L. L., Chan, S. W., Li, X., Chen, S., & Hao, Y. (2010). Evaluation of an interpersonal-psychotherapy-oriented childbirth education programme for Chinese first-time childbearing women: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 47(10). <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.03.002>.
- García, C., Romero, U., & Mauquí, T. (2020). Factores desencadenantes de la depresión post parto en las adolescentes: Estudio piloto. *Más Vita*, 2(2), 27-35. <https://doi.org/https://doi.org/10.47606/ACVEN/MV0033>.



García, G., Romero, H., & Mauqui, G. (2020). Factores desencadenantes de la depresión post parto en las adolescentes. *Revista de Ciencias de la Salud*, 2(2), 27-35. <https://acvenisproh.com/revistas/index.php/masvita/article/view/129/492>.

García, K. (2019). *Factores asociados y la elaboración de una tesis universitaria*. [Tesis de licenciatura, Universidad Inca Garcilaso de la Vega]. http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/5040/TESIS_GARC%C3%8DA%20GUTI%C3%89RREZ.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

García, R., & Surita, A. (2018). *Factores sociales y personales en la depresión post parto en las mujeres que acuden al Puesto de Salud Gerardo Gonzales Villegas Tumbes*. [Tesis para optar el título profesional, Universidad Nacional de Tumbes]. Repositorio Institucional. <https://repositorio.untumbes.edu.pe/register>.

Gestión. (28 de Octubre de 2022). Hoy se pone fin al estado de emergencia: Las restricciones que se eliminan. *Gestión*. <https://gestion.pe/peru/coronavirus-peru-covid-19-gobierno-oficializa-el-fin-del-estado-de-emergencia-y-elimina-todas-las-restricciones-luego-de-mas-de-dos-anos-pedro-castillo-minsa-rmmn-noticia/>.

Gómea, A. (2007). Depresión en el Embarazo y el Posparto, Síntomas, Epidemiología y tratamiento farmacológico. *Offarm*, 26(1), 44-53. <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-depresion-el-embarazo-el-posparto-13097330>.

Gonzales, M. (2017). *Prevalencia de depresión postparto en puérperas adolescentes y adultas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales*. [Tesis para optar el título profesional de licenciado en obstetricia, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/5685>.



- González-González, A., Casado-Méndez, P., Molero-Segrera, M., Santos-Fonseca, R., & López-Sánchez, I. (2019). Factores asociados a depresión posparto. *Archivo Médico Camagüey*, 23(6), 769-778. <http://www.revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/6631/3717>.
- Grote, N. K., Swartz, H. A., Zuckoff, A., Houck, P. R., & Frank, E. (2009). A randomized controlled trial of culturally relevant, brief interpersonal psychotherapy for perinatal depression. *Psychiatric Services*, 60(3), 313-321. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.60.3.313>.
- Hass González, F. A. (2017). *Depresión postparto en madres adolescentes*. [Tesis de doctorado, Universidad de San Carlos de Guatemala]. <https://biblioteca.medicina.usac.edu.gt/tesis/pre/2017/036.pdf>.
- Herloop. (26 de Abril de 2021). *Loquios posparto. ¿Qué son, cuánto duran y por qué aparecen?* <https://herloop.com/es/blog/loquios-posparto/>.
- Hernández-Sampieri, R., & Mendoza, C. (2018). *Metodología de la Investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. Ciudad de México: McGraw-Hill Education.
- Herrera Pérez, J. C., Monterio Fonseca, J., & Campos Sánchez, S. (2020). COVID-19 y Embarazo: revisión de la bibliografía actual. *Revista Médica Sinergia*, 5(9). <https://doi.org/https://doi.org/10.31434/rms.v5i9.492>.
- Herrera, C. (11 de Octubre de 2018). *¿Qué es el puerperio? ¿Qué ocurre en el cuerpo de la mujer?* <https://www.hospitalrosario.es/noticias/que-es-el-puerperio-que-ocurre-en-el-cuerpo-de-la-mujer/>.
- Jara Zuzunaga, E., & García Quispe, A. (2018). *Depresión postparto en puérperas atendidas en los hospitales Regional y Lorena de la ciudad de Cusco, 2018*. [Tesis para optar el título, Universidad Andina del Cusco].



https://repositorio.uandina.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12557/3806/Evelin_Afrodita_Tesis_bachiller_2019.PDF?sequence=1&isAllowed=y.

Koch, K. L., & Frissora, C. L. (2003). Nausea and vomiting during pregnancy. *Gastroenterol Clin North Am*, 32, 201-224.

Kothari, C., Liepman, M., Shama Tareen, R., Florian, P., Charoth, R., Haas, S., McKean, J., Moe, A., Wiley, J., & Curtis, A. (2016). Intimate Partner Violence Associated with Postpartum Depression, Regardless of Socioeconomic Status. *Matern Child Health*, 20(6), 1237-1246. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26955998/>.

Lederman, R. P. (1984). *Psychosocial adaptation in pregnancy. Assessment of seven dimentions of maternal development*. Englewood Cliffs, Prentice Hall.

Ley de maternidad gratuita y atención a la infancia. (2001). [Ley.]. Art. 1-4.

Linda, J., Mayberry, L., Horowitz, A., & Declercq, E. (2007). Depression Symptom Prevalence and Demographic Risk Factors Among US Women During the First 2 Years Postpartum. *Journal of Obstetric Gynecology and Neonatal Nursing*, 36(6), 542-549.

Loaiza Salazar, J. C., & Sánchez López, J. V. (2019). Manifestación de depresión postparto en madres durante la hospitalización neonatal 2018-2019. *Duazary*, 1-17. <https://ridum.umanizales.edu.co/xmlui/bitstream/handle/20.500.12746/3694/Manifestaci%C3%B3n%20de%20depresi%C3%B3n%20postparto%20en%20madres%20durante%20la%20hospitalizaci%C3%B3n%20neonatal.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

MacCue, S., Briggs Gowan, M., Storfer, A., & Carter, A. (2007). Prevalence, Correlates, and Persistence of Maternal Depression. *J. Womens Health*, 16(5), 678-691.



- Malpartida-Ampudia, M. K. (2020). Depresión postparto en atención primaria. *Revista Médica Sinergia*, 5(2), 1-10. <https://doi.org/https://doi.org/10.31434/rms.v5i2.355>.
- Masías, S., & Arias, G. (2018). Prevalencia de la depresión post parto en Arequipa, Perú. *Revista Médica Herediana*, 29(4), 226-231. <https://doi.org/https://doi.org/10.20453/rmh.v29i4.3447>.
- Mora Delgado M. (2016). Depresión postparto y tratamiento. *Revista medica de Costa Rica y Centroamérica LXXIII*.511-514. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2016/rmc163q.pdf>.
- Méndez, P., & Barra, E. (2008). Apoyo Social Percibido en Adolescentes Infractores de Ley y no Infractores. *PSYKHE*, 17(1), 59-64. http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-22282008000100006&script=sci_arttext.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (1996). *Codificación clínica con la CIE-9-MC*. Madrid. https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/clasifEnferm/boletines/Codificacion_clinica_n04_96.pdf.
- MINSA. (2016). *Resolución ministerial N° 652-2016/MINSA*. https://siteal.iep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/resolucion_ministerial_nd eg652-2016-minsa._norma_tecnica_de_planificacion_familiar.pdf.
- MINSA. (27 de Octubre de 2022). Gobierno oficializa fin del estado de emergencia por la Covid-19. *Gob.pe*. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/664735-gobierno-oficializa-fin-del-estado-de-emergencia-por-la-covid-19>.



- Moreno Mojica, C., Rincón Villa, M., Arenas Cárdenas, Y., Sierra Medina, D., Cano Quintero, Á., & Cárdenas Pinzón, D. (2014). La mujer en posparto: un fenómeno de interés e intervención para la disciplina de enfermería. *Revista Cuidarte*, 5(2), 739-747. <https://www.redalyc.org/pdf/3595/359533181005.pdf>.
- Nardi, B., B. C., & Moltedo, A. (2012). Eficacia de la terapia cognitivo conductual en la prevención de la depresión posparto. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 77(6), 434-443. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262012000600005>.
- Navas, W. (2013). Psiquiatría, Depresión Posparto. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica LXX*, 70(608), 639-647.
- Neyra, A., & Palomino, E. (2019). *Factores de riesgo para la depresión postparto en madres adolescentes atendidas en el hospital María Auxiliadora 2017*. [Tesis para optar el título, Universidad Norbert Wiener]. <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/3153>.
- Nhi, T. T., Hanh, N., Hinh, N. D., Van Toan, N., Gammeltoft, T., & Rasch, V. (2019). Intimate partner violence among pregnant women and postpartum depression in Vietnam: A longitudinal study. *BioMed research International*. <https://doi.org/10.1155/2019/4717485>.
- Nunton Marchand, J., Alvarado Ríos, V., & Pérez Llanos, A. (2020). Impacto psicológico de la pandemia del COVID-19, en gestantes de un establecimiento de salud nivel III-2, Lima-2020. *Ágora Rev. Cient.*, 7(2), 94-100. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.21679/arc.v7i2.174>.
- Olhaberry, M., Escobar, M., San Cristóbal, P., Santelices, M. P., Farkas, C., Rojas, G., & Martínez, V. (2013). Intervenciones psicológicas perinatales en depresión materna y vínculo madre-



- bebé: una revisión sistemática. *Terapia Psicológica*, 31(2), 249-261.
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082013000200011>.
- Pairola, V., Guzmán, A., Sacca, A., Miranda, A. R., & Scotta, A. (2020). Prevalencia de depresión postparto y asociación con insomnio y estado cognitivo en mujeres puérperas lactantes durante el aislamiento social, preventivo y obligatorio (ASPO) en Argentina. *Revista 11*, 49(11). <http://repositorio.umaza.edu.ar/handle/00261/2582>.
- Parasi, C. (2021). Una Revisión de la Salud Mental Materna en Tiempos de Covid-19. *Revista Psicológica Herediana*, 56-61. <https://doi.org/https://doi.org/10.20453/rph.v13i2.3903>.
- Pérez Porto, J., & Gardey, A. (29 de Marzo de 2023). *Sociodemográfico - Qué es, definición y concepto*. Retrieved 21 de Setiembre de 2022, from Definicion.de: <https://definicion.de/sociodemografico/>.
- Pham, D., Cormick, G., Amyx, M. M., Gibbons, L., Doty, M., Brown, A., Norwood, A., Daray, F. M., Althabe, F., & Belizán, J. M. (2018). Factors associated with postpartum depression in women from low socioeconomic level in Argentina: A hierarchical model approach. *Affect Disord*(227), 731-738. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.11.091>.
- Pizarro Matos, C. J. (2020). *Factores asociados a la depresión postparto: análisis secundario de la encuesta demográfica y de salud familiar del 2018*. [Tesis para optar el título, Universidad Ricardo Palma]. <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/3002>.
- Quintana, A., Malaver, C., Montgomery, W., Medina, N., Ruíz, G., & Lúcar, F. (2016). Estilos atributivos y estrategias de comunicación en mujeres con y sin experiencia de abuso psicológico. *Psique Mag*, 4(1), 81-103.



- Ramos, C., & Rivera, F. (2022). Asociación entre depresión postparto y apoyo de la pareja en un centro materno infantil de Lima. *Anales de la Facultad de Medicina*, 83(1), 19-24. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.15381/anales.v83i1.20562>.
- Reaño Pantigozo, J. L. (2020). *Factores asociados a depresión postparto en madres adolescentes atendidas en el Hospital regional del Cusco, 2020*. [Tesis para optar el título, Universidad San Antonio Abad del Cusco]. <https://repositorio.unsaac.edu.pe/handle/20.500.12918/5347>.
- Reynolds, J. L. (2000). Sterile water injections relieve back pain of labor. *Birth*, 27, 58-60.
- Rodríguez Muñoz, M. (2019). *Psicología Perinatal, teoría y práctica* (Primera ed.). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Rodríguez-Muñoz, M. F., Olivares, M. E., Izquierdo, N., Soto, C., & Le, H. (Clínica y Salud). Prevención de la depresión perinatal. *Clínica y Salud*, 27(3), 97-99. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1016/j.clysa.2016.10.001>.
- Sadler, M., Leiva, G., & Olza, I. (2020). Covid-19 as a risk factor for obstetric violence. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 28(1), 46-48. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/26410397.2020.1785379>.
- Scope, A., Booth, A., Morrell, C. J., Sutcliffe, P., & Cantrell, A. (2017). Perceptions and experiences of interventions to prevent postnatal depression. A systematic review and qualitative evidence synthesis. *Journal Affective Disorders*, 210, 100-110. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.12.017>.
- Seyfried, L., & Marcus, M. (2003). Postpartum mood disorders. *International Review of Psychiatry*, 15(3), 231-242. <https://doi.org/10.1080/0954026031000136857>.



- Silvera Bendezú, M. (2019). *Factores de riesgo de depresión posparto en puérperas del hospital de baja complejidad vitarte octubre-diciembre 2018*. [Tesis para optar el título, Universidad Nacional Federico Villareal].
<http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/2986>.
- Solís-Rojas, M. (2018). Depresión en gestantes y el apoyo de la pareja. *Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal*, 7(2), 16-20. <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/113/117>.
- Solís-Rojas, M., Salazar-Salvatierra, E., & Reyes-González, V. A. (2019). Depresión en gestantes y el apoyo de la pareja. *Revista Peruana De Investigación Materno Perinatal*, 16-20. <https://doi.org/https://doi.org/10.33421/inmp.2018113>.
- Steiner, M. (2002). Postnatal depression: a few simple questions. *Fam Pract*, 19(5), 469-470. <https://doi.org/10.1093/fampra/19.5.469>.
- Tovar, G. L. (1986). *El asentamiento y la segregación de los Blancos y Mestizos*. Bogotá: Cengage.
- Urdaneta, J., Rivera, A., García, J., Guerra, M., Baabel, N., & Contreras, A. (2011). Factores de riesgo de depresión posparto en puérperas venezolanas valoradas por medio de la escala de Edimburgo. *Rev. Chil. Obstet. Ginecol*, 76(2), 102-112.
- Valencia Lizarbe, S. (2015). *La depresión postparto*. Navarra: Universidad Pública de Navarra. https://academica-e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/23448/depresion_postparto_saioavalencia.pdf?sequence=1&isAllowed=y.



- Vallecampo, A. (2022). Relación entre riesgo y factores asociados a depresión postparto del puerperio inmediato de mujeres con bajo riesgo obstétrico. *Crea Ciencia Revista Científica*, 14(1), 12-24. <https://doi.org/https://doi.org/10.5377/creaciencia.v14i1.13200>.
- Vázquez, M., Lartigue, T., & Cortés, J. (2005). Organización conductual de neonatos hijos de madres con un trastorno del estado de ánimo. *Salud Mental*, 28(5), 11-19. <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam2005/sam055b.pdf>.
- Warren, H. (1998). *Edad*. En el Diccionario de psicología (23a ed. p.259).
- Warren, H. (1998). *Factor*. En el Diccionario de psicología (23a ed. p.134).
- Wisner, K., Moses-Kolko, E., & Sit, D. (2010). Postpartum depression: a disorder in search of a definition. *Arch Womens Ment Health*, 13(1), 37-40. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007%2Fs00737-009-0119-9>.
- Young, C. (2017). *Factores asociados a la depresión postparto en puérperas del servicio de obstetricia del Hospital Nacional arzobispo Loayza*. [Tesis para optar el título, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/5990>.
- Zamora Romero, R., & Vega Flores, Y. (2020). *Factores asociados a depresión postparto en mujeres que acuden al centro de salud de San Jerónimo-Andahuaylas, 2018*. [Tesis para optar a segunda especialidad, Universidad Nacional del Callao]. <http://repositorio.unac.edu.pe/handle/20.500.12952/5369>.
- Zeballos Gonzales E.P., Arias Gallegos, W.L., Muñoz del Carpio A., Rivera R., Luna Condori M. (2020). Depresión postparto en mujeres víctimas de violencia doméstica en la ciudad de



Arequipa. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología.;46(1):1-16.

<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=102385>.



Apéndice

Apéndice 1: Matriz de consistencia

Problemas	Objetivos	Hipótesis	Variables	Método de Investigación
<p>Problema General ¿Cuál de los factores se asocia de manera causal a la depresión Postparto en Puérperas Atendidas Postpandemia en el hospital Antonio Lorena y hospital regional de la Ciudad de Cusco, 2023?</p>	<p>Objetivo General Identificar cuál de los factores se asocia de manera causal a la depresión Postparto en Puérperas Atendidas Postpandemia en el hospital Antonio Lorena y hospital regional de la Ciudad de Cusco, 2023.</p>	<p>Hipótesis¹: Existen factores asociados de manera causal a la depresión postparto en Puérperas Atendidas postpandemia en el hospital Antonio Lorena y hospital regional de la Ciudad del Cusco, 2023.</p>	<p>Independiente Factores asociados</p> <p>Dependiente Depresión postparto</p>	<p>Enfoque del estudio Cuantitativo</p> <p>Alcance del estudio Causal-explicativo</p>
<p>Problema Especifico - ¿Existe depresión postparto en puérperas atendidas postpandemia según el hospital Antonio Lorena y hospital regional la Ciudad de Cusco, 2023? - ¿Cuál de los factores sociodemográficos está asociado a la depresión postparto en Puérperas Atendidas Postpandemia en el hospital Antonio Lorena y hospital regional de la Ciudad de Cusco, 2023?</p>	<p>Objetivo específico -Identificar la existencia de depresión postparto en puérperas atendidas postpandemia en el hospital Antonio Lorena y hospital regional en la Ciudad de Cusco, 2023. -Identificar que factor sociodemográfico se asocia a la depresión postparto en puérperas Atendidas Postpandemia en el hospital Antonio Lorena y hospital</p>	<p>Hipótesis⁰: No existen factores asociados de manera causal a la depresión postparto en Puérperas Atendidas postpandemia en el hospital Antonio Lorena y hospital regional de la Ciudad del Cusco, 2023.</p>		<p>Diseño del estudio No experimental-Transversal</p> <p>Población puérperas atendidas en el hospital Regional y Hospital Antonio Lorena de la ciudad de Cusco</p> <p>Muestra 311 puérperas atendidas en el hospital Regional y Hospital Antonio</p>



<p>- ¿Cuál de los factores económicos está asociado a la depresión postparto en Puérperas Atendidas Postpandemia en el hospital Antonio Lorena y hospital regional de la Ciudad de Cusco, 2023?</p> <p>- ¿Cuál de los factores clínicos está asociado a la depresión postparto en Puérperas Atendidas Postpandemia en el hospital Antonio Lorena y hospital regional de la Ciudad de Cusco, 2023?</p> <p>- ¿Cuál de los factores afectivos de la pareja está asociada a la depresión postparto en Puérperas Atendidas Postpandemia en el hospital Antonio Lorena y hospital regional de la Ciudad de Cusco, 2023?</p> <p>- ¿Cuál de los factores afectivos de la familia está asociada a la depresión postparto en Puérperas Atendidas Postpandemia en el hospital Antonio Lorena y hospital</p>	<p>regional de la Ciudad de Cusco, 2023.</p> <p>-Identificar que factor económico se asocia a la depresión postparto en puérperas Atendidas Postpandemia en el hospital Antonio Lorena y hospital regional de la Ciudad de Cusco, 2023.</p> <p>-Identificar que factor clínico se asocia a la depresión postparto en puérperas Atendidas Postpandemia en el hospital Antonio Lorena y hospital regional de la Ciudad de Cusco, 2023.</p> <p>-Identificar que factor afectivo de la pareja se asocia a la depresión postparto en Puérperas Atendidas Postpandemia en el hospital Antonio Lorena y hospital regional de la Ciudad de Cusco, 2023.</p> <p>-Identificar que factor afectivo de la familia se asocia a la depresión postparto en Puérperas Atendidas Postpandemia en el hospital</p>			<p>Lorena de la ciudad de Cusco</p> <p>Instrumento</p> <p>-Escala de depresión postparto de Edimburgo</p> <p>-Ficha de recolección de datos</p>
--	---	--	--	--



<p>regional de la Ciudad de Cusco, 2023? - ¿El factor maltrato psicológico por la pareja está asociada a la depresión postparto en Puérperas Atendidas Postpandemia en el hospital Antonio Lorena y hospital regional de la Ciudad de Cusco, 2023?</p>	<p>Antonio Lorena y hospital regional de la Ciudad de Cusco, 2023. -Identificar si el factor maltrato psicológico por la pareja se asocia a la depresión postparto en Puérperas Atendidas Postpandemia en el hospital Antonio Lorena y hospital regional de la Ciudad de Cusco, 2023.</p>			
--	---	--	--	--



ESCALA DE DEPRESIÓN POSTPARTO DE EDIMBURGO (EPDS)

Responda a las siguientes preguntas ¿Cómo se ha sentido usted en los últimos 7 días?			
Nº	Ítems	Respuesta	Calificación
01	He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas	<input type="radio"/> Siempre <input type="radio"/> A veces <input type="radio"/> Ocasionalmente <input type="radio"/> Nunca	0 1 2 3
02	He mirado el futuro positivamente	<input type="radio"/> Siempre <input type="radio"/> A veces <input type="radio"/> Ocasionalmente <input type="radio"/> Nunca	0 1 2 3
03	Cuando las cosas han salido mal, me he culpado a mí misma	<input type="radio"/> Siempre <input type="radio"/> A veces <input type="radio"/> Ocasionalmente <input type="radio"/> Nunca	3 2 1 0
04	He estado nerviosa o inquieta sin tener motivo	<input type="radio"/> Siempre <input type="radio"/> A veces <input type="radio"/> Ocasionalmente <input type="radio"/> Nunca	0 1 2 3
05	He sentido miedo o he estado asustada sin tener motivo	<input type="radio"/> Siempre <input type="radio"/> A veces <input type="radio"/> Ocasionalmente <input type="radio"/> Nunca	3 2 1 0
06	Los problemas diarios me causan preocupación y gran sufrimiento	<input type="radio"/> Siempre <input type="radio"/> A veces <input type="radio"/> Ocasionalmente <input type="radio"/> Nunca	3 2 1 0
07	Me he sentido tan infeliz que he llegado a tener dificultad para dormir	<input type="radio"/> Siempre <input type="radio"/> A veces <input type="radio"/> Ocasionalmente <input type="radio"/> Nunca	3 2 1 0
08	Me he sentido triste o desgraciada sin motivo	<input type="radio"/> Siempre <input type="radio"/> A veces <input type="radio"/> Ocasionalmente <input type="radio"/> Nunca	3 2 1 0
09	He sido tan infeliz que he estado llorando con frecuencia	<input type="radio"/> Siempre <input type="radio"/> A veces <input type="radio"/> Ocasionalmente <input type="radio"/> Nunca	3 2 1 0
10	Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño	<input type="radio"/> Siempre <input type="radio"/> A veces <input type="radio"/> Ocasionalmente <input type="radio"/> Nunca	3 2 1 0

Apéndice 2: Instrumento de recolección de datos





Ficha de recolección de datos



Establecimiento donde dio a Luz:

Clasificación por factor	Preguntas realizadas
Factor sociodemográfico	1.¿Cuántos años tiene usted? 2.¿Cuantos hijos tiene usted? a) primípara b) múltipara 3.¿En qué grado de instrucción se encuentra usted? a) primaria b) secundaria c) técnico d) universitario 4.¿Cuál es su estado civil? a) soltera b) casada c) conviviente d) viuda 5.¿Dónde vive usted actualmente? a) Área rural b) Área urbana
Factor económico	6.¿Cómo estima sus ingresos en su hogar? a) alto b) medio alto c) medio d) medio bajo e) bajo 7.¿Depende usted de su pareja o algún miembro familiar? a) sí b) no 8.¿Cuál es su ocupación actual? a) ama de casa b) comerciante c) profesional
Factor clínico	9.¿Tiene familiares con antecedente de depresión o que recibieron tratamiento psicológico o psiquiátrico? s) sí b) no 10.¿tuvo usted complicaciones obstétricas? a) Hemorragia b) Infección c) Aborto d) bebe prematuro-internado e) no 11.¿Cuál fue su tipo de parto? a) Normal b) Cesárea 12.¿En que etapa de puerperio se encuentra usted? a) Mediato (7-10 días) b) Alejado (11-45 días)
Factor Afectivo de la pareja	13.¿Usted deseo tener a su hijo (a)? a) sí b) no 14. Mi pareja estuvo durante el embarazo y me apoyo a) sí b) no



	<p>15. Mi pareja me comprendió durante el embarazo a) si b) no</p> <p>16. Me siento querida por mi pareja a) si b) no</p> <p>17. Me siento aceptada por mi pareja a) si b) no</p> <p>18. Mi pareja me brinda animo en todo momento a) si b) no</p>
Factor Afectivo de la familia	<p>19. Mi familia estuvo durante el embarazo y me apoyo a) si b) no</p> <p>20. Mi familia me comprendió durante el embarazo a) si b) no</p> <p>21. Me siento querida por mi familia a) si b) no</p> <p>22. Me siento aceptada por mi familia a) si b) no</p> <p>23. Mi familia me brinda animo en todo momento a) si b) no</p>
Factor maltrato	<p>24. ¿Usted fue o es actualmente victima de amenazas, humillaciones, insultos, gritos, burla por parte de su pareja? a) si b) no</p>



Apéndice 3: Consentimiento informado

Estimada Madre:

Con el debido respeto me presento frente a usted, mi nombre es Dina Sofia Elguera Esquivel. En esta oportunidad estoy realizando un estudio con la finalidad de identificar los factores asociados a la depresión postparto en puérperas atendidas en el Hospital Antonio Lorena y Hospital Regional de la ciudad del Cusco, por tal razón solicito tu participación voluntaria respondiendo al instrumento de recolección de la información.

Yo:

Acepto participar voluntariamente en la investigación dirigida por la señora Dina Sofia Elguera Esquivel estudiante de la universidad Andina del Cusco, por lo que:

- A) Declaro haber sido informado(a) sobre los objetivos de la investigación.
- B) Declaro haber sido informado(a) que la participación de este estudio no involucra ningún daño o peligro para mí y que puedo negarme a participar en cualquier momento sin dar explicaciones.
- C) Declaro saber que la información entregada será solo con fines académicos y la difusión de resultados será solo dentro de la institución Universitaria.
- D) Comprendo que puedo retirarme del estudio:
 - 1. Cuando quiera
 - 2. Sin tener que dar explicaciones
 - 3. Sin que esto repercuta en mis labores

Por esto, manifiesto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Fecha: Cusco, ____ de _____ del 2023

Firma del participante



Apéndice 4: Validación del instrumento

Para evaluar la validez y confiabilidad del cuestionario denominado Escala de depresión postparto de Edimburgo (EPDS), se aplicó el método del Alpha de Cronbach, el cual estima las correlaciones de los ítems considerándolo aceptable cuando su valor es superior a 0.70 George y Mallery (2003, p. 231), en la evaluación de los datos el Alpha de Cronbach dio 0.734, lo que confirma que el cuestionario es aceptable o fiable y proporciono resultados favorables para la investigación.

Tabla 1

Estadísticas de fiabilidad

	Alfa de Cronbach	N° de elementos
Depresión postparto	0.734	10

Validez de contenido de la escala que mide la Depresión post parto de Edimburgo

Para determinar la validez de contenido del cuestionario que mide la depresión post parto de Edimburgo, se realizó la prueba V de Aiken, considerando la respuesta de 5 expertos y 5 categorías de calificación, en el cual también se midió la claridad, coherencia y pertinencia del uso del cuestionario, los resultados son los siguientes:

Validez de contenido a través del criterio de jueces de la escala de depresión postparto de Edimburgo																	
Instrumento	Item	1° Juez			2° Juez			3° Juez			4° Juez			5° Juez			(V)
		P	R	C	P	R	C	P	R	C	P	R	C	P	R	C	



Escala de Depresión postparto de Edimburgo	N°	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100%
	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100%
	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100%
	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100%
	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	100%
	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100%
	6	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	100%
	7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100%
	8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100%
	9	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100%
10	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	100%	

Nota: 0 = No esta de acuerdo, 1= si esta de acuerdo. En los criterios de calificación:

P=pertinencia, R= Relevancia, C= Claridad.

V de Aiken		V de Aiken		V de Aiken	
Suma pertinencia	Pertinencia	Suma Relevancia	Relevancia	Suma Claridad	Claridad
5	1	5	1	4	0.8
5	1	5	1	5	1
5	1	5	1	5	1
5	1	5	1	5	1
5	1	5	1	4	0.8
5	1	5	1	5	1
5	1	5	1	2	0.4
5	1	5	1	5	1
5	1	5	1	5	1
5	1	4	0.8	5	1



V de Aiken	1.00	V de Aiken	0.98	V de Aiken	0.90
------------	------	------------	------	------------	------

Codificación respuesta de Jueces

Apreciación máxima = 5

Apreciación mínima = 1

Formula de V de Aiken

$$V = s / n (c - 1)$$

Donde:

S : Suma de respuestas

n : número de jueces = 5

C : número de valores de la escala de evaluación: 5

Criterios de calificación	V de Aiken
Pertinencia	1.00
Relevancia	0.98
Claridad	0.90
Total	0.96

Criterio de decisión

El coeficiente de V de Aiken puede tomar valores de 0 a 1. A medida que sea más elevado el valor calculado, los ítems tendrán una mayor validez de contenido (Escrura, 1983)

En consecuencia:

Si V de Aiken = 0, significa que hay total desacuerdo con todos los ítems.

Si V de Aiken = 1, significa que hay total acuerdo con todos los ítems



De acuerdo a los resultados obtenido donde V de Aiken igual a 0.960, se puede afirmar que el cuestionario que mide la Depresión post parto de Edimburgo, es altamente valido.

Apéndice 5: Validación de 05 jueces expertos

Nombres: Rubén Jorge

Apellidos: Flores Chávez

DNI: 40507027

Formación académica: Doctor

Años de experiencia profesional: 17 años

Institución donde labora: Ministerio público /Universidad Continental

Dimensiones	Indicador	Definición	Preguntas	Suficiencia	Claridad/ coherencia	Relevancia	Observaciones y sugerencias a la ficha de recolección de datos	Dictamen	
								si	No
1.Factor sociodemográfico	Edad 20 a 45 años	Tiempo transcurrido en una persona, desde	1.¿Cuántos años tiene usted?	X	X	X			



		el nacimiento hasta la fecha Warren (1948)						
Número de hijos	Número de hijos vivos que ha tenido la madre a lo largo de su vida	2. ¿Cuántos hijos tiene usted? A. Primípara B. Multípara	X	X	X			
Grado académico	Grado de estudio más elevado que alcanzo la puérpera.	3. ¿En qué grado de instrucción de encuentra usted? A. Primaria B. Secundaria C. Técnico D. Universitario	X	X	X			
Estado civil	Es el conjunto de condiciones de una persona física, que determinan su situación jurídica y le otorgan un conjunto de derechos y obligaciones (ABBO.Sf)	4. ¿Cuál es su estado civil? A. Soltera B. Casada C. Conviviente D. Viuda	X	X	X			



	Procedencia	Origen o principio de donde procede una persona	5. ¿Dónde vive usted actualmente? a. Rural b. Urbana	X	X	X			
Factor económico	Condición económica	Clasificación establecida por el instituto nacional de estadística e informática cuyo fin es conocer la estimación de ingresos (INEI s.f)	6. ¿Cómo estima sus ingresos en su hogar? A. Alto B. Medio alto C. Medio D. bajo medio E. Bajo	X	X	X			
		La dependencia económica es la situación en la que una persona no tiene ingresos propios, por lo que necesita que otra sustente sus gastos y la independencia económica es la capacidad de una persona de hacerse	7. ¿Depende usted de su pareja o algún miembro familiar? A. Si b. No	X	X	X			



		cargo de sus gastos y valerse por sus propios recursos.							
	Ocupación	Hace referencia a lo que una determinada persona se dedica, de forma parcial o completa (Fingermann,2013)	8. ¿Cuál es su ocupación? a. Ama de casa b. Comerciante c. Profesional	X	X	X			
Factor clínico	Antecedente de depresión familiar	Diagnóstico realizado por un especialista a algún miembro de la familia consanguínea.	9. ¿Tiene familiares con antecedente de depresión o que reciba tratamiento psicológico o psiquiátrico? A Si b. No	X	X	X			
	Complicaciones obstétricas	Se refiere a disrupciones y trastornos sufridos durante el embarazo, el parto y el trabajo de parto, así como en el periodo neonatal	10. ¿Tuvo usted complicaciones obstétricas? a. Hemorragia b. Infección C. Aborto	X	X	X			



		inicial (Reyes et al.,2016)	d. Bebe prematuro e. No						
	Tipo de parto	El parto normal o vaginal es aquel en el que el bebe sale a través de la vagina de la mujer y el parto por cesárea consiste en una intervención quirúrgica en la cual se realiza una incisión abdominal hasta llegar al útero para extraer al bebe (WaterWipes,2023).	11. ¿Cuál fue su tipo de parto? a. Normal b. Cesárea	X	X	X			
	Etapas de puerperio	Es la etapa de la mujer después de dar a luz, clasificándose en inmediato, mediano y alejado (Botero,2008).	12. ¿En qué etapa de puerperio se encuentra usted? A. Mediano 7-10 días b. Alejado 11-42 días	X	X	X			



Factor afectivo	Pareja	Anhelos y aceptación por la llegada de un miembro nuevo al hogar	13. ¿Usted desea tener a su hijo (a)? a. Si b. No	X	X	X		
			14. mi pareja estuvo durante el embarazo y me apoyo a. Si b. No	X	X	X		
		Se caracteriza por la ausencia de brindar empatía, cuidado, amor, confianza, proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en todo momento (Méndez, 2008)	15. Mi pareja me comprendió durante el embarazo a. Si b. No	X	X	X		
			16. Me siento querida por mi pareja a. Si b. No	X	X	X		
			17. Me siento aceptada por mi pareja a. Si	X	X	X		



			b. No					
			18 mi pareja me brinda animo en todo momento	X	X	X		
			a. Si					
			b. No					
			19.Mi familia estuvo durante el embarazo y me apoyo	X	X	X		
			a. Si					
			b. No					
			20.Mi familia me comprendió durante el embarazo	X	X	X		
			a. Si					
			b. No					
			21.Me siento querida por mi familia	X	X	X		
			a. Si					
			b. No					
			22.Me siento aceptada por mi familia	X	X	X		
Factor afectivo	Familia							



			a. Si b. No					
			23. Mi familia me brinda animo en todo momento a. Si b. No	X	X	X		
Factor maltrato		Patrón de conducta que tiende a ser destructivo, desde un nivel psicológico, siendo manifestado a través del rechazo, aislamiento e indiferencia, así como mediante las acciones de aterrorizar y corromper (Garbarino et al.1989).	24. ¿Usted fue o es actualmente víctima de amenazas, humillaciones, insultos, gritos, burla por parte de su pareja? A. Si B. No	X	X	X		

Firma:



Nombres: Gildo

Apellidos: Vila Nuñonca

Formación académica: Mtr.Psicólogo

Años de experiencia profesional: 26 años

Institución donde labora: Universidad Andina del Cusco

Dimensiones	Indicador	Definición	Preguntas	Suficiencia	Claridad/ coherencia	Relevancia	Observaciones y sugerencias a la ficha de recolección de datos	Dictamen	
								si	no
1.Factor sociodemográfico	Edad 20 a 45 años	Tiempo transcurrido en una persona, desde el nacimiento hasta la fecha Warren (1948)	1. ¿Cuántos años tiene usted?	X	X	X			
	Número de hijos	Número de hijos vivos que ha tenido la madre a lo largo de su vida	2. ¿Cuántos hijos tiene usted? A. Primípara B. Multípara	X	X	X			



	Grado académico	Grado de estudio más elevado que alcanzo la puérpera.	3. ¿En qué grado de instrucción de encuentra usted? A. Primaria B. Secundaria C. Técnico D. Universitario	X	X	X			
	Estado civil	Es el conjunto de condiciones de una persona física, que determinan su situación jurídica y le otorgan un conjunto de derechos y obligaciones (ABBO.Sf)	4. ¿Cuál es su estado civil? A. Soltera B. Casada C. Conviviente D. Viuda	X	X	X			
	Procedencia	Origen o principio de donde procede una persona	5. ¿Dónde vive usted actualmente? a. Rural b. Urbana	X	X	X			
Factor económico	Condición económica	Clasificación establecida por el instituto nacional de estadística e	6. ¿Cómo estima sus ingresos en su hogar? A. Alto	X	X	X			



		informática cuyo fin es conocer la estimación de ingresos (INEI s.f)	B. Medio alto C. Medio D. bajo medio E. Bajo						
		La dependencia económica es la situación en la que una persona no tiene ingresos propios, por lo que necesita que otra sustente sus gastos y la independencia económica es la capacidad de una persona de hacerse cargo de sus gastos y valerse por sus propios recursos.	7. ¿Depende usted de su pareja o algún miembro familiar? A. Si b. No	X	X	X			
	Ocupación	Hace referencia a lo que una determinada persona se dedica, de forma parcial o completa (Fingermann,2013)	8. ¿Cuál es su ocupación? a. Ama de casa b. Comerciante c. Profesional	X	X	X			



Factor clínico	Antecedente de depresión familiar	Diagnóstico realizado por un especialista a algún miembro de la familia consanguínea.	9. ¿Tiene familiares con antecedente de depresión o que reciba tratamiento psicológico o psiquiátrico? A Si b. No	X	X	X			
	Complicaciones obstétricas	Se refiere a disrupciones y trastornos sufridos durante el embarazo, el parto y el trabajo de parto, así como en el periodo neonatal inicial (Reyes et al.,2016)	10. ¿Tuvo usted complicaciones obstétricas? a. Hemorragia b. Infección C. Aborto d. Bebe prematuro e. No	X	X	X			
	Tipo de parto	El parto normal o vaginal es aquel en el que el bebe sale a través de la vagina de la mujer y el parto por cesárea consiste en una intervención	11. ¿Cuál fue su tipo de parto? a. Normal b. Cesárea	X	X	X			



		quirúrgica en la cual se realiza una incisión abdominal hasta llegar al útero para extraer al bebe (WaterWipes,2023).							
	Etapa de puerperio	Es la etapa de la mujer después de dar a luz, clasificándose en inmediato, mediato y alejado (Botero,2008).	12. ¿En qué etapa de puerperio se encuentra usted? A. Mediato 7-10 días b. Alejado 11-42 días	X	X	X			
Factor afectivo	Pareja	Anhelos y aceptación por la llegada de un miembro nuevo al hogar	13. ¿Usted desea tener a su hijo (a)? a. Si b. No	X	X	X			
		Se caracteriza por la ausencia de brindar empatía, cuidado, amor, confianza, proporcionar seguridad, aceptación	14.mi pareja estuvo durante el abrazo y me apoyo a. Si b. No	X	X	X			



		y animo en todo momento (Méndez, 2008)	15.Mi pareja me comprendió durante el embarazo	X	X	X			
			a. Si						
			b. No						
			16.Me siento querida por mi pareja	X	X	X			
			a. Si						
			b. No						
			17.Me siento aceptada por mi pareja	X	X	X			
			a. Si						
			b. No						
			18 mi pareja me brinda animo en todo momento	X	X	X			
			a. Si						
			b. No						
Factor afectivo	Familia		19.Mi familia estuvo durante el embrazo y me apoyo	X	X	X			
			a. Si						



			b. No					
			20.Mi familia me comprendió durante el embarazo	X	X	X		
			a. Si b. No					
			21.Me siento querida por mi familia	X	X	X		
			a. Si b. No					
			22.Me siento aceptada por mi familia	X	X	X		
			a. Si b. No					
			23.Mi familia me brinda animo en todo momento	X	X	X		
			a. Si b. No					
Factor maltrato		Patrón de conducta que tiende a ser destructivo, desde un	24. ¿Usted fue o es actualmente víctima de	X	X	X		



		nivel psicológico, siendo manifestado a través del rechazo, aislamiento e indiferencia, así como mediante las acciones de aterrorizar y corromper (Garbarino et al.1989).	amenazas, humillaciones, insultos, gritos, burla por parte de su pareja? A. Si B. No						
--	--	---	--	--	--	--	--	--	--

V°B°. Gildo Vila Nuñonca
C.Ps.P. 8836

Nombres: Jorge

Apellidos: Sánchez Castro

Formación académica: Psicólogo

Años de experiencia profesional: 10

Institución donde labora: Universidad Continental



Dimensiones	Indicador	Definición	Preguntas	Suficiencia	Claridad/ coherencia	Relevancia	Observaciones y sugerencias a la ficha de recolección de datos	Dictamen	
								Si	No
1.Factor sociodemográfico	Edad 20 a 45 años	Tiempo transcurrido en una persona, desde el nacimiento hasta la fecha Warren (1948)	1. ¿Cuántos años tiene usted?	X	X	X		Si	
	Número de hijos	Número de hijos vivos que ha tenido la madre a lo largo de su vida	2. ¿Cuántos hijos tiene usted? A. Primípara B. Multípara	X	X	X		Si	
	Grado académico	Grado de estudio más elevado que alcanzo la puérpera.	3. ¿En qué grado de instrucción de encuentra usted? A. Primaria B. Secundaria C. Técnico D. Universitario	X	X	X		Si	



	Estado civil	Es el conjunto de condiciones de una persona física, que determinan su situación jurídica y le otorgan un conjunto de derechos y obligaciones (ABBO.Sf)	4. ¿Cuál es su estado civil? A. Soltera B. Casada C. Conviviente D. Viuda	X	X	X		si	
	Procedencia	Origen o principio de donde procede una persona	5. ¿Dónde vive usted actualmente? a. Rural b. Urbana	X	X	X		Si	
Factor económico	Condición económica	Clasificación establecida por el instituto nacional de estadística e informática cuyo fin es conocer la estimación de ingresos (INEI s.f)	6. ¿Cómo estima sus ingresos en su hogar? A. Alto B. Medio alto C. Medio D. bajo medio E. Bajo	X	X	X		Si	
		La dependencia económica es la situación en la que una	7. ¿Depende usted de su pareja o algún	X	X	X		si	



		<p>persona no tiene ingresos propios, por lo que necesita que otra sustente sus gastos y la independencia económica es la capacidad de una persona de hacerse cargo de sus gastos y valerse por sus propios recursos.</p>	<p>miembro familiar? A. Si b. No</p>						
	Ocupación	<p>Hace referencia a lo que una determinada persona se dedica, de forma parcial o completa (Fingermann,2013)</p>	<p>8. ¿Cuál es su ocupación? a. Ama de casa b. Comerciante c. Profesional</p>	X	X	X			Si
Factor clínico	Antecedente de depresión familiar	<p>Diagnóstico realizado por un especialista a algún miembro de la familia consanguínea.</p>	<p>9. ¿Tiene familiares con antecedente de depresión o que reciba tratamiento psicológico o psiquiátrico?</p>	X	X	X			Si



			A Si						
			b. No						
Complicaciones obstétricas	Se refiere a disrupciones y trastornos sufridos durante el embarazo, el parto y el trabajo de parto, así como en el periodo neonatal inicial (Reyes et al.,2016)	10. ¿Tuvo usted complicaciones obstétricas? a. Hemorragia b. Infección C. Aborto d. Bebe prematuro e. No	X	X	X				Si
Tipo de parto	El parto normal o vaginal es aquel en el que el bebe sale a través de la vagina de la mujer y el parto por cesárea consiste en una intervención quirúrgica en la cual se realiza una incisión abdominal hasta llegar al útero para extraer al bebe (WaterWipes,2023).	11. ¿Cuál fue su tipo de parto? a. Normal b. Cesárea	X	X	X				si
Etapas de puerperio	Es la etapa de la mujer después de dar a luz,	12. ¿En qué etapa de	X	X	X				Si



		clasificándose en inmediato, mediato y alejado (Botero,2008).	puerperio se encuentra usted? A. Mediato 7-10 días b. Alejado 11-42 días						
Factor afectivo	Pareja	Anhelos y aceptación por la llegada de un miembro nuevo al hogar	13. ¿Usted desea tener a su hijo (a)? a. Si b. No	X	X	X		Si	
		Se caracteriza por la ausencia de brindar empatía, cuidado, amor, confianza, proporcionar seguridad, aceptación y animo en todo momento (Mendez, 2008)	14. mi pareja estuvo durante el embarazo y me apoyo a. Si b. No	X	X	X		Si	
			15. Mi pareja me comprendió durante el embarazo a. Si b. No	X	X	X		Si	
			16. Me siento querida por mi pareja	X	X	X		Si	



			a. Si						
			b. No						
			17.Me siento aceptada por mi pareja	X	X	X		si	
			a. Si						
			b. No						
			18 mi pareja me brinda animo en todo momento	X	X	X		Si	
			a. Si						
			b. No						
Factor afectivo	Familia		19.Mi familia estuvo durante el embarazo y me apoyo	X	X	X		Si	
			a. Si						
			b. No						
			20.Mi familia me comprendió durante el embarazo	X	X	X		si	
			a. Si						
			b. No						



			21.Me siento querida por mi familia a. Si b. No	X	X	X		Si	
			22.Me siento aceptada por mi familia a. Si b. No	X	X	X		Si	
			23.Mi familia me brinda animo en todo momento a. Si b. No	X	X	X		si	
Factor maltrato		Patrón de conducta que tiende a ser destructivo, desde un nivel psicológico, siendo manifestado a través del rechazo, aislamiento e indiferencia, así como mediante las acciones de aterrorizar y	24. ¿Usted fue o es actualmente víctima de amenazas, humillaciones, insultos, gritos, burla por parte de su pareja? A. Si B. No	X	X	X		si	



		corromper (Garbarino et al.1989).							
--	--	-----------------------------------	--	--	--	--	--	--	--

firma

MBA Ps. Jorge Sánchez Castro

DNI: 42428875

Nombres: Manuel Jesús

Apellidos: Ortega Zea

Formación académica: Psicólogo

Años de experiencia profesional: 10 años

Institución donde labora: Symbiosis Group – Universidad Continental

Dimensiones	Indicador	Definición	Preguntas	Suficiencia	Claridad/ coherencia	Relevancia	Observaciones y sugerencias a la ficha de recolección de datos	Dictamen	
								si	No



1.Factor sociodemográfico	Edad 20 a 45 años	Tiempo transcurrido en una persona, desde el nacimiento hasta la fecha Warren (1948)	1. ¿Cuántos años tiene usted?	X	X	X		Si	
	Número de hijos	Número de hijos vivos que ha tenido la madre a lo largo de su vida	2. ¿Cuántos hijos tiene usted? A. Primípara B. Multípara	X	X	X		Si	
	Grado académico	Grado de estudio más elevado que alcanzo la puérpera.	3. ¿En qué grado de instrucción de encuentra usted? A. Primaria B. Secundaria C. Técnico D. Universitario	X	X	X		Si	
	Estado civil	Es el conjunto de condiciones de una persona física, que determinan su situación jurídica y le otorgan un conjunto de derechos y obligaciones (ABBO.Sf)	4. ¿Cuál es su estado civil? A. Soltera B. Casada C. Conviviente D. Viuda	X	X	X		si	



	Procedencia	Origen o principio de donde procede una persona	5. ¿Dónde vive usted actualmente? a. Rural b. Urbana	X	X	X		Si	
Factor económico	Condición económica	Clasificación establecida por el instituto nacional de estadística e informática cuyo fin es conocer la estimación de ingresos (INEI s.f)	6. ¿Cómo estima sus ingresos en su hogar? A. Alto B. Medio alto C. Medio D. bajo medio E. Bajo	X	X	X		Si	
		La dependencia económica es la situación en la que una persona no tiene ingresos propios, por lo que necesita que otra sustente sus gastos y la independencia económica es la capacidad de una persona de hacerse	7. ¿Depende usted de su pareja o algún miembro familiar? A. Si b. No	X	X	X		si	



		cargo de sus gastos y valerse por sus propios recursos.							
	Ocupación	Hace referencia a lo que una determinada persona se dedica, de forma parcial o completa (Fingermann,2013)	8. ¿Cuál es su ocupación? a. Ama de casa b. Comerciante c. Profesional	X	X	X			Si
Factor clínico	Antecedente de depresión familiar	Diagnóstico realizado por un especialista a algún miembro de la familia consanguínea.	9. ¿Tiene familiares con antecedente de depresión o que reciba tratamiento psicológico o psiquiátrico? A Si b. No	X	X	X			Si
	Complicaciones obstétricas	Se refiere a disrupciones y trastornos sufridos durante el embarazo, el parto y el trabajo de parto, así como en el periodo neonatal	10. ¿Tuvo usted complicaciones obstétricas? a. Hemorragia b. Infección C. Aborto	X	X	X			Si



		inicial (Reyes et al.,2016)	d. Bebe prematuro e. No						
	Tipo de parto	El parto normal o vaginal es aquel en el que el bebe sale a través de la vagina de la mujer y el parto por cesárea consiste en una intervención quirúrgica en la cual se realiza una incisión abdominal hasta llegar al útero para extraer al bebe (WaterWipes,2023).	11. ¿Cuál fue su tipo de parto? a. Normal b. Cesárea	X	X	X		si	
	Etapas de puerperio	Es la etapa de la mujer después de dar a luz, clasificándose en inmediato, mediano y alejado (Botero,2008).	12. ¿En qué etapa de puerperio se encuentra usted? A. Mediano 7-10 días b. Alejado 11-42 días	X	X	X		Si	



Factor afectivo	Pareja	Anhelos y aceptación por la llegada de un miembro nuevo al hogar	13. ¿Usted desea tener a su hijo (a)? a. Si b. No	X	X	X		Si	
		Se caracteriza por la ausencia de brindar empatía, cuidado, amor, confianza, proporcionar seguridad, aceptación y animo en todo momento (Mendez,2008)	14.mi pareja estuvo durante el embarazo y me apoyo a. Si b. No	X	X	X		Si	
			15.Mi pareja me comprendió durante el embarazo a. Si b. No	X	X	X		Si	
			16.Me siento querida por mi pareja a. Si b. No	X	X	X		Si	
			17.Me siento aceptada por mi pareja a. Si	X	X	X		si	



			b. No						
			18 mi pareja me brinda animo en todo momento	X	X	X			Si
			a. Si b. No						
			19.Mi familia estuvo durante el embarazo y me apoyo	X	X	X			Si
			a. Si b. No						
			20.Mi familia me comprendió durante el embarazo	X	X	X			si
			a. Si b. No						
			21.Me siento querida por mi familia	X	X	X			Si
			a. Si b. No						
			22.Me siento aceptada por mi familia	X	X	X			Si
Factor afectivo	Familia								



			a. Si b. No					
			23. Mi familia me brinda animo en todo momento a. Si b. No	X	X	X		si
Factor maltrato		Patrón de conducta que tiende a ser destructivo, desde un nivel psicológico, siendo manifestado a través del rechazo, aislamiento e indiferencia, así como mediante las acciones de aterrorizar y corromper (Garbarino et al.1989).	24. ¿Usted fue o es actualmente víctima de amenazas, humillaciones, insultos, gritos, burla por parte de su pareja? A. Si B. No	X	X	X		si

Manuel Jesús Ortega Zea
46480200

Nombres: Nathaly Valeria Lucero

Apellidos: Estrella Cornejo



Formación académica: Mgtr. en Psicología

Años de experiencia profesional: 5 años

Institución donde labora: MINSA/MINEDU

Dimensiones	Indicador	Definición	Preguntas	Suficiencia	Claridad/ coherencia	Relevancia	Observaciones y sugerencias a la ficha de recolección de datos	Dictamen	
								si	No
1.Factor sociodemográfico	Edad 20 a 45 años	Tiempo transcurrido en una persona, desde el nacimiento hasta la fecha Warren (1948)	1. ¿Cuántos años tiene usted?	X	X	X		si	
	Número de hijos	Número de hijos vivos que ha tenido la madre a lo largo de su vida	2. ¿Cuántos hijos tiene usted? A. Primípara B. Multípara	X	X	X		Si	
	Grado académico	Grado de estudio más elevado que alcanzo la puérpera.	3. ¿En qué grado de instrucción de encuentra usted? A. Primaria	X	X	X		Si	



			B. Secundaria C. Técnico D. Universitario						
	Estado civil	Es el conjunto de condiciones de una persona física, que determinan su situación jurídica y le otorgan un conjunto de derechos y obligaciones (ABBO.Sf)	4. ¿Cuál es su estado civil? A. Soltera B. Casada C. Conviviente D. Viuda	X	X	X		si	
	Procedencia	Origen o principio de donde procede una persona	5. ¿Dónde vive usted actualmente? a. Rural b. Urbana	X	X	X		Si	
Factor económico	Condición económica	Clasificación establecida por el instituto nacional de estadística e informática cuyo fin es conocer la estimación de ingresos (INEI s.f)	6. ¿Cómo estima sus ingresos en su hogar? A. Alto B. Medio alto C. Medio D. bajo medio E. Bajo	X	X	X		Si	



		La dependencia económica es la situación en la que una persona no tiene ingresos propios, por lo que necesita que otra sustente sus gastos y la independencia económica es la capacidad de una persona de hacerse cargo de sus gastos y valerse por sus propios recursos.	7. ¿Depende usted de su pareja o algún miembro familiar? A. Si b. No	X	X	X		si	
	Ocupación	Hace referencia a lo que una determinada persona se dedica, de forma parcial o completa (Fingermann,2013)	8. ¿Cuál es su ocupación? a. Ama de casa b. Comerciante c. Profesional	X	X	X		Si	
Factor clínico	Antecedente de depresión familiar	Diagnóstico realizado por un especialista a algún miembro de la familia consanguínea.	9. ¿Tiene familiares con antecedente de depresión o que reciba	X	X	X		Si	



			tratamiento psicológico o psiquiátrico? A Si b. No						
	Complicaciones obstétricas	Se refiere a disrupciones y trastornos sufridos durante el embarazo, el parto y el trabajo de parto, así como en el periodo neonatal inicial (Reyes et al.,2016)	10. ¿Tuvo usted complicaciones obstétricas? a. Hemorragia b. Infección C. Aborto d. Bebe prematuro e. No	X	X	X			Si
	Tipo de parto	El parto normal o vaginal es aquel en el que él bebe sale a través de la vagina de la mujer y el parto por cesárea consiste en una intervención quirúrgica en la cual se realiza una incisión abdominal hasta llegar al útero para extraer al	11. ¿Cuál fue su tipo de parto? a. Normal b. Cesárea	X	X	X			si



		bebe (WaterWipes,2023).							
	Etapa de puerperio	Es la etapa de la mujer después de dar a luz, clasificándose en inmediato, mediano y alejado (Botero,2008).	12. ¿En qué etapa de puerperio se encuentra usted? A. Mediano 7-10 días b. Alejado 11-42 días	X	X	X			Si
Factor afectivo	Pareja	Anhelos y aceptación por la llegada de un miembro nuevo al hogar	13. ¿Usted desea tener a su hijo (a)? a. Si b. No	X	X	X			Si
		Se caracteriza por la ausencia de brindar empatía, cuidado, amor, confianza, proporcionar	14. mi pareja estuvo durante el embarazo y me apoyo a. Si b. No	X	X	X			Si
		seguridad, aceptación y ánimo en todo momento (Méndez, 2008)	15. Mi pareja me comprendió durante el embarazo a. Si	X	X	X			Si



			b. No					
			16.Me siento querida por mi pareja a. Si b. No	X	X	X		Si
			17.Me siento aceptada por mi pareja a. Si b. No	X	X	X		si
			18 mi pareja me brinda animo en todo momento a. Si b. No	X	X	X		Si
Factor afectivo	Familia		19.Mi familia estuvo durante el embarazo y me apoyo a. Si b. No	X	X	X		Si
			20.Mi familia me comprendió durante el embarazo	X	X	X		si



			a. Si						
			b. No						
			21.Me siento querida por mi familia	X	X	X		Si	
			a. Si						
			b. No						
			22.Me siento aceptada por mi familia	X	X	X		Si	
			a. Si						
			b. No						
			23.Mi familia me brinda animo en todo momento	X	X	X		si	
			a. Si						
			b. No						
Factor maltrato		Patrón de conducta que tiende a ser destructivo, desde un nivel psicológico, siendo manifestado a través del rechazo, aislamiento e indiferencia, así como	24. ¿Usted fue o es actualmente víctima de amenazas, humillaciones, insultos, gritos, burla por parte de su pareja?	X	X	X		si	



		mediante las acciones de aterrorizar y corromper (Garbarino et al.1989).	A. Si B. No						
--	--	---	----------------	--	--	--	--	--	--

Nathaly Valeria Lucero Estrella Comeja
PSICÓLOGA
C.Ps.P. N° 35192





Apéndice 6: Trámite documentario al Hospital Regional

MINISTERIO DE SALUD
REGION CUSCO
HOSPITAL REGIONAL
Av. de la Cultura s/n - Telefax: 227661
CUSCO - PERU

FORMATO ÚNICO DE TRAMITE
N° 005930

N° Expediente: _____

SEÑOR DIRECTOR DEL HOSPITAL DE APOYO DEPARTAMENTAL CUSCO
S.D.

SOLICITANTE: DINA SOFIA ELIGVEGA ESQUINEL

DOMICILIO LEGAL: PUMARACCHA "134"

DOC DE IDENTIDAD (D.N.I. y/o RUC): 71772909

Celular: 961070645

1.- ADMINISTRACIÓN
1.1.- Autorizaciones
1.2.- Otros

2.- ECONOMÍA:
2.1.- Constancia de Haberes
2.2.- Refacturaciones

3.- ESTADÍSTICA:
3.1.- Informe Médico
3.2.- Informe de Fallecimiento
3.3.- Duplicado de P. de Nacimiento
3.4.- Constancia de Atención

4.- LOGÍSTICA:
4.1.- Inscripción de Proveedores
4.2.- Reinscripción de Proveedores

5.- PERSONAL:
5.1.- Constancia de Asistencia
5.2.- Destaque
5.3.- Permuta
5.4.- Certificado de Trabajo
5.5.- Practicas
5.6.- Descuento de Terceros

6.- SANEAMIENTO AMBIENTAL:
6.1.- Inspección Sanitaria
6.2.- Funigación
Hotel () Comercio ()
Mercado () Otros ()

3.5.- Constancia de Atención de Salud
3.6.- Uso de Historias Clínicas
3.7.- Otros

4.3.- Venta de Bases para Concurso Publica
4.4.- Constancia
4.5.- Otros

5.7.- Licencia por Enfermedad
5.8.- Licencia por motivos Particulares
5.9.- Subsidio sepelio
5.10.- Informe Escatofornia
5.11.- Otros

6.3.- Otros

000788

GOBIERNO REGIONAL CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
HOSPITAL REGIONAL CUSCO
TRAMITE DOCUMENTARIO
18 ENE 2023
HORA: 11:10
FOLIOS: 037601
FIRMA: _____

ESPECIFICACIONES: solicito brindarme la información de personas atendidas en el hospital Regional (domilio, celular, nombre) para realizar la tesis.

POR LO EXPUESTO:
Solicito a Ud dar Tramite a mi solicitud

Sofia
Firma del Solicitante

SELLO



MINISTERIO DE SALUD

Hoja de Envío de Trámite General Registro N° 788

Interesado: DINA SOFIA ELGUERA ESQUIVEL

Asunto: SOL BRINDARME LA INFORMACION DE FUERPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL (DOMICILIO DEL Y NOMBRE) PARA REALIZAR PROYECTO DE TESIS

PASE (A) 1	PASE (2)	FOLIO	FECHA	REMITIDO POR (3)
DIRECCION EJECUTIVA	<input type="text" value="1"/>	03	18/01/2023	
U. Estadística	<input type="text" value="2-6"/>		18/01/23	<i>[Signature]</i>
Oficina Capacitación	<input type="text" value="2/6"/>		01/02/23	<i>[Signature]</i>
Info obstetra.	<input type="text" value="2-6"/>		01 FEB 2023	<i>[Signature]</i>
Dno.	<input type="text"/>			
	<input type="text"/>			

CLAVE (motivo del pase)

- | | | |
|---------------------|----------------------------|---------------------------|
| 1.- Aprobación | 6.- Por corresponderte | 11.- Archivar |
| 2.- Atención | 7.- Para conversar | 12.- Acción inmediata |
| 3.- Su conocimiento | 8.- Acompañar antecedentes | 13.- Prepare contestación |
| 4.- Opinión | 9.- Según solicitado | 14.- Proyecto resolución |
| 5.- Informe | 10.- Tomar nota devolver | 15.- Ver observaciones |

OBSERVACIONES: _____



Apéndice 7: Trámite documentario al Hospital Antonio Lorena



GOBIERNO REGIONAL CUSCO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL ANTONIO LORENA

OFICINA DE INVESTIGACION, DOCENCIA Y CAPACITACION

"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"



Cusco, 26 de Enero del 2023.

MEMORANDUM N° 004 - 2023 -OIDC/HAL-C.

DE : Dr. RUBEN DARIO FERNANDEZ ALATA
JEFE DE LA OFICINA DE INVESTIGACION, DOCENCIA Y
CAPACITACION DEL HAL.

A : Sr. RICSÍ LUCANA QUINTANILLA
JEFE DE LA UNIDAD DE ESTADISTICA, TECNOLOGIA,
INFORMATICA Y TELECOMUNICACIONES.

ASUNTO : AUTORIZAR PARA OBTENER DATOS ESTADISTICOS
PARA PROYECTO DE TESIS.

REF. : FUT N° 062 - 2023

Mediante el presente me dirijo a Ud. Para hacer de su conocimiento, que la estudiante Dina Sofía Elguera Esquivel de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Escuela Profesional de psicología Humana de la Universidad Andina del Cusco, presento su documento solicitando el ingreso a las instalaciones de la Unidad de Estadística de nuestra Institución, para revisión de Historias Clínicas y obtener datos Estadísticos para realizar su proyecto de tesis, por lo que solicito a su jefatura dar las facilidades del caso para que realice dicho trabajo.

Se adjunta al presente el documento de la referencia.

Atentamente.

GOBIERNO REGIONAL CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
HOSPITAL ANTONIO LORENA

M.C. Rubén D. Fernández Alata
MEDICO NUCLEAR - CIVIL 27114
JEFE OFICINA DE INVESTIGACION Y CAPACITACION

Cc. arch.
RDFA/cga