



# UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

## FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

### ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN POSPARTO EN  
PUÉRPERAS TARDÍAS EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE  
SALUD METROPOLITANO Y SIMÓN BOLÍVAR, DURANTE LOS  
PERIODOS JULIO – SEPTIEMBRE 2023**

**TESIS**

**PRESENTADA POR:**

**Bach. YHON BRAYAN CHAMBILLA MOLLINEDO**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:**

**MÉDICO - CIRUJANO**

**PUNO – PERÚ**

**2023**



## Reporte de similitud

NOMBRE DEL TRABAJO

**FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN P  
OSPARTO EN PUÉRPERAS TARDÍAS EN  
LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD ME  
TR**

AUTOR

**YHON BRAYAN CHAMBILLA MOLLINED  
O**

RECuento DE PALABRAS

**15798 Words**

RECuento DE CARACTERES

**88342 Characters**

RECuento DE PÁGINAS

**86 Pages**

TAMAÑO DEL ARCHIVO

**1.9MB**

FECHA DE ENTREGA

**Dec 12, 2023 8:13 AM GMT-5**

FECHA DEL INFORME

**Dec 12, 2023 8:14 AM GMT-5**

### ● 18% de similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base c

- 15% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 15% Base de datos de trabajos entregados
- 5% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossr

### ● Excluir del Reporte de Similitud

- Material bibliográfico
- Material citado
- Bloques de texto excluidos manualmente
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 8 palabras)





## DEDICATORIA

*A nuestro Señor todo poderoso por iluminar mi camino y ser mi mayor fortaleza ante las adversidades de la vida, y permitir realizar mis sueños.*

*A mi padre Manuel Jesús que, con su sabiduría, experiencia y apoyo, siempre supo encaminar mi camino hacia el bien.*

*A mi madre Bertha Rosa, su dedicación, su infinito amor y apoyo constante e incondicional, en todas las etapas que he atravesado en mi vida, hicieron que todo sea posible.*

***Yhon Brayan Chambilla Mollinedo***



## AGRADECIMIENTOS

A la Honorable Universidad Nacional del Altiplano, Alma mater de los puneños.

A mi querida la Facultad de Medicina Humana por permitir mi formación profesional.

A mi asesor Dr. Elías Aycacha, su predisposición y su amplio conocimiento del tema fueron importantes para el desarrollo de la investigación, también y a mis jurados, Dr. Eloy Enríquez, Dr. Vidal Quispe, Dr. Luis Apaza, su vasto conocimiento y experiencia fueron imprescindibles para la realización de la presente investigación.

Al personal de Salud de los establecimientos de Salud Metropolitano y Simón Bolívar, Así como también a las participantes de la investigación, a quienes estaré infinitamente agradecido.

**Yhon Brayan Chambilla Mollinedo**



# ÍNDICE GENERAL

	Pág.
<b>DEDICATORIA</b>	
<b>AGRADECIMIENTOS</b>	
<b>ÍNDICE GENERAL</b>	
<b>ÍNDICE DE TABLAS</b>	
<b>ÍNDICE DE FIGURAS</b>	
<b>ÍNDICE DE ANEXOS</b>	
<b>ÍNDICE DE ACRÓNIMOS</b>	
<b>RESUMEN .....</b>	<b>12</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>13</b>
<b>CAPÍTULO I</b>	
<b>INTRODUCCIÓN</b>	
<b>1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</b>	<b>14</b>
<b>1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA .....</b>	<b>15</b>
1.2.1. Pregunta general.....	15
<b>1.3. HIPÓTESIS.....</b>	<b>15</b>
<b>1.4. JUSTIFICACIÓN .....</b>	<b>16</b>
<b>1.5. OBJETIVOS.....</b>	<b>17</b>
1.5.1. Objetivo general .....	17
1.5.2. Objetivos específicos .....	18
<b>CAPÍTULO II</b>	
<b>REVISIÓN EN LA LITERATURA</b>	
<b>2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>19</b>
2.1.1. A nivel internacionales .....	19



2.1.2.	A nivel nacional.....	23
2.1.3.	A nivel regional.....	27
<b>2.2.</b>	<b>MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>27</b>
2.2.1.	Definición.....	27
2.2.2.	Epidemiología.....	28
2.2.2.1.	Tristeza Posparto (TPP) o “Baby blues”.....	29
2.2.2.2.	Psicosis posparto (PPP).....	29
2.2.2.3.	Mecanismos neurobiológicos.....	30
2.2.3.	Etiología.....	31
2.2.4.	Factores de riesgo.....	31
2.2.4.1.	Factores de riesgo sociodemográficos.....	31
2.2.4.2.	Factores de riesgo social y psicológico.....	32
2.2.4.3.	Factores de riesgo obstétricos.....	32
2.2.5.	Diagnóstico.....	33
2.2.6.	Curso clínico.....	34
2.2.7.	Detección precoz.....	35
2.2.7.1.	Escala de depresión posnatal de Edimburgo.....	<b>35</b>
2.2.8.	Tratamiento.....	36
2.2.8.1.	Psicoterapia.....	36
2.2.8.2.	Medicamentos.....	37

### **CAPÍTULO III**

#### **MATERIALES Y MÉTODOS**

<b>3.1.</b>	<b>METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>38</b>
3.1.1.	Tipo y diseño de investigación.....	38
<b>3.2.</b>	<b>DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>38</b>



<b>3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA.....</b>	<b>38</b>
3.3.1. Población.....	38
3.3.2. Tamaño de la muestra.....	40
3.3.3. Criterios de inclusión .....	41
3.3.4. Criterios de exclusión.....	41
<b>3.4. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....</b>	<b>42</b>
3.4.1. Técnica de recolección de datos.....	42
3.4.2. Instrumento .....	42
3.4.3. Procedimiento .....	42
3.4.4. Procesamiento y análisis de datos .....	43
<b>3.5. ASPECTOS ÉTICOS .....</b>	<b>44</b>
<b>CAPÍTULO IV</b>	
<b>RESULTADOS Y DISCUSIÓN</b>	
<b>4.1. RESULTADOS.....</b>	<b>45</b>
<b>4.2. DISCUSIÓN.....</b>	<b>56</b>
<b>V. CONCLUSIONES .....</b>	<b>61</b>
<b>V. RECOMENDACIONES.....</b>	<b>62</b>
<b>VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>64</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>73</b>

**Área:** Ciencias Biomédicas

**Línea de investigación:** Ciencias Médicas Clínicas

**FECHA DE SUSTENTACIÓN:** 15 de diciembre 2023



## ÍNDICE DE TABLAS

	<b>Pág.</b>
<b>Tabla 1.</b> Pacientes atendidos en los consultorios de ambos establecimientos de Salud durante el año 2023.....	39
<b>Tabla 2.</b> Población de gestantes atendidas en ambos establecimientos de salud durante el año 2023 .....	39
<b>Tabla 3.</b> Análisis bivariado entre factores de riesgo y depresión posparto.....	50
<b>Tabla 4.</b> Análisis multivariado mediante el modelo de Poisson crudo y ajustado, para asociación entre factores sociales y psicológicos .....	53
<b>Tabla 5.</b> Análisis multivariado mediante el modelo de Poisson crudo y ajustado, para asociación entre factores gineco obstétricos .....	54



## ÍNDICE DE FIGURAS

	<b>Pág.</b>
<b>Figura 1.</b> Proporción de puérperas encuestadas con depresión posparto. ....	45
<b>Figura 2.</b> Características sociodemográficas de puérperas tardías de los establecimientos de salud Metropolitano y Simón Bolívar. ....	46
<b>Figura 3.</b> Características sociales y psicológicas de puérperas tardías de los establecimientos de salud Metropolitano y Simón Bolívar. ....	47
<b>Figura 4.</b> Características gineco-obstétricas de las puérperas tardías de los establecimientos Metropolitano y Simón Bolívar.....	48



## ÍNDICE DE ANEXOS

	<b>Pág.</b>
<b>ANEXO 1</b> Matriz de consistencia .....	73
<b>ANEXO 2</b> Operacionalización de variables .....	76
<b>ANEXO 3</b> Consentimiento Informado .....	79
<b>ANEXO 4</b> Escala de depresión posnatal de Edimburgo .....	80
<b>ANEXO 5</b> Encuesta de factores de riesgo.....	81
<b>ANEXO 6</b> Permiso de la Red de Salud Puno.....	82
<b>ANEXO 7</b> Validación del cuestionario de factores de riesgo.....	83
<b>ANEXO 8</b> Declaración jurada de autenticidad de tesis.....	86
<b>ANEXO 9</b> Autorización para el depósito de tesis en el Repositorio Institucional.....	87



## ÍNDICE DE ACRÓNIMOS

<b>DPP</b>	: Depresión posparto
<b>EPDS</b>	: Escala de depresión posnatal de Edimburgo
<b>OMS</b>	: Organización mundial de la Salud
<b>ACOG</b>	: Colegio Americano de Ginecólogos y Obstetras
<b>CIE 10</b>	: Clasificación Internacional de Enfermedades
<b>LME</b>	: Lactancia Materna Exclusiva
<b>MINSA</b>	: Ministerio de Salud



## RESUMEN

**Objetivo:** Identificar factores que se asocian a depresión posparto en puérperas tardías quienes acuden a los establecimientos de salud Metropolitano y Simón Bolívar de la ciudad de Puno, durante julio – septiembre 2023. **Material y métodos:** Estudio observacional, no experimental, transversal, analítico, se consideró una muestra de 98 puérperas tardías que acudieron a los controles de puerperio, y de crecimiento y desarrollo en los establecimientos de salud Metropolitano y Simón Bolívar de la ciudad de Puno. Se les aplicó, el test de depresión posnatal de Edimburgo y un cuestionario de factores de riesgo. **Resultado:** La prevalencia encontrada de depresión posparto en puérperas tardías en el presente estudio fue de 27%. Se encontró los siguientes factores asociados a depresión posparto, falta de apoyo de la pareja (RP: 4.107, IC = 95%, 2.081 – 8.101,  $p = <0.001$ ), el antecedente psiquiátrico (RP: 2.360, IC = 95% 1.906 – 4.853,  $p = 0.023$ ), la violencia familiar (RP: 2.844, IC 95%, 1.528 – 5.296,  $p = <0.001$ ) y las complicaciones durante el parto (RP =2.341, IC 95%, 1.213 – 4.518,  $p = 0.011$ ). **Conclusiones:** La presente investigación evidenció la asociación existente entre los factores propuestos y la depresión posparto; los cuales son falta de apoyo de la pareja, antecedente psiquiátrico, violencia familiar y las complicaciones durante el parto. Los demás factores planteados no fueron asociados con depresión posparto.

**Palabras clave:** Depresión Posparto, Salud mental materna



## ABSTRACT

**Objective:** To identify factors associated with postpartum depression in late postpartum women who attend the Metropolitano and Simón Bolívar health facilities in the city of Puno, during July - September 2023. **Material and methods:** Observational, non-experimental, cross-sectional, analytical study was considered a sample of 98 late postpartum women who attended postpartum, and growth and development controls at the Metropolitano and Simón Bolívar health facilities in the city of Puno. The Edinburgh postnatal depression test and a risk factor questionnaire were administered. **Result:** The prevalence of postpartum depression in late postpartum women in the present study was 27%. The following factors were found to be associated with postpartum depression: lack of support from the partner (PR: 4.107, CI = 95%, 2.081 - 8.101,  $p = <0.001$ ), psychiatric history (PR: 2.360, CI = 95%, 1.906 - 4.853,  $p = 0.023$ ), family violence (PR: 2.844, 95% CI, 1.528 – 5.296,  $p = <0.001$ ) and complications during childbirth (PR =2.341, 95% CI, 1.213 – 4.518,  $p = 0.011$ ). **Conclusions:** The study showed the existing association between the proposed factors and PPD; which are lack of support from the partner, psychiatric history, family violence and complications during childbirth. The other factors raised did not present a statistically significant association with PPD.

**Keywords:** Postpartum Depression, Maternal mental health



# CAPÍTULO I

## INTRODUCCIÓN

### 1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La OMS estima que 5% de los adultos a nivel global, experimentan depresión, la cual está caracterizada por tristeza persistente, desinterés y pérdida de placer en realizar actividades cotidianas que alguna vez fueron gratificantes y persistentes. Siendo las mujeres más proclives de padecerla. Además, resulta en deterioro clínico y afecta significativamente en la carga de enfermedad. Como resultado 75% de quienes padecen de depresión no reciben atención ni tratamiento en países de bajos y medianos ingresos (1).

El periodo posparto constituye una fase de transición durante la cual la madre sufre múltiples cambios físicos, sociales y psicológicos, incluyendo fatiga, pérdida de peso, tensión financiera, menor apoyo de la pareja y estrés por el cuidado del niño. Estas adaptaciones en las madres están relacionados a un conflicto de intereses entre las aspiraciones personales de las madres como también sus responsabilidades (2)(3).

Las madres que sufren depresión posparto (DPP) no pueden cuidar adecuadamente de sí mismas ni brindar adecuada atención al bebé. Dando como resultado un entorno desfavorable para el desarrollo personal tanto de la madre, como también del recién nacido. Altera significativamente el vínculo madre-hijo. Lo que conduce al abandono infantil, y el abuso emocional o físico del niño (4).

La prevalencia mundial de depresión posparto se estima en 17.22%, que varían según el área geográfica y el estrato socioeconómico, siendo menor en países



desarrollados o de altos ingresos, y mayor en países subdesarrollados y de ingresos bajos (5). En México se encontró una prevalencia de 17.9%, dentro de cifras reportadas del 13 al 24% de depresión posparto, cuyos factores asociados fueron antecedentes depresivos personales o familiares, dificultades a nivel económico, ser soltera, complicaciones en el embarazo, problemas en la lactancia, recién nacido hospitalizado (6).

En nuestro país la depresión posparto se ha encontrado en prevalencia de hasta 51%, los factores relacionados fueron edad, estado civil, grado de instrucción, control prenatal, inactividad laboral de la pareja, consumo de sustancias (7). Además otros estudios han encontrado, el antecedente de aborto, los antecedentes de DPP, embarazo no planeado (8)(9), malformaciones congénitas, complicaciones neonatales, parto por cesárea (10). Dado el contexto anterior además existe una necesidad creciente de identificar factores colocan a las mujeres en un riesgo elevado de desarrollar depresión posparto.

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

### **1.2.1. Pregunta general**

¿Cuáles son los factores asociados a depresión posparto en puérperas tardías que acuden a los establecimientos de salud Metropolitano y Simón Bolívar – Puno en el periodo Julio – Septiembre 2023?

## **1.3. HIPÓTESIS**

La influencia de los factores de riesgo predispone a padecer depresión posparto en puérperas tardías, que acuden a los establecimientos de salud de Metropolitano y Simón Bolívar, en el periodo Julio - Septiembre 2023.



## 1.4. JUSTIFICACIÓN

La depresión posparto (DPP) presenta una alta prevalencia, con especial atención en países en vías de desarrollo, esto hace que sea importante el diagnóstico precoz y la determinación de factores que estén asociados. La depresión posparto constituye un problema latente de Salud Pública, el cual no solamente trae consigo efectos adversos en la salud materna sino también trae resultados negativos en la salud de su hijo, en su crecimiento y desarrollo. Además, puede tener repercusiones en el entorno familiar y social, cuyas consecuencias pueden manifestarse tanto a corto como a largo plazo.

La evidencia sugiere que el periodo posparto es una etapa vulnerable para la manifestación de la depresión. Esta condición puede desarrollarse dentro del primer año posterior a la resolución del embarazo, y los síntomas típicos aparecen en las dos primeras semanas posteriores al parto.

Dado que la depresión posparto presenta una etiología multifactorial, los factores que influyen en esta, se han estudiado en diferentes poblaciones a nivel mundial, y de acuerdo a sus distintos contextos sociales, estratos económicos, y de acceso a los servicios de atención sanitaria. Algunos factores asociados a DPP son similares a los de la depresión clásica, más en cambio, en la DPP suelen intervenir factores obstétricos y pediátricos adicionales.

La investigación sobre la DPP ha cobrado impulso en los últimos años, pero aun esta entidad es de desconocimiento de gran parte de la población, así como también existe una conciencia insuficiente sobre los factores de riesgo. A menudo esta entidad no es diagnosticada o es subdiagnosticada. Ha habido un llamado a aumentar los exámenes en salud mental durante el periodo periparto ya que las investigaciones recientes han



evidenciado que los problemas de salud mental pueden ser más prevalentes en las mujeres en el posparto de lo que se pensaba anteriormente (11).

Hace necesario que haya estudios de factores de depresión posparto para permitir una detección precoz de pacientes con riesgo de padecerla, tanto desde el embarazo, así como también realizar un seguimiento estrecho durante el puerperio, realizar el diagnóstico precoz y brindar un tratamiento multidisciplinario oportuno, para evitar complicaciones en la salud materna, del bebé, de la salud familiar y de la comunidad, contemplado el entorno de la atención primaria en salud.

En estudio se pretende dar a conocer la prevalencia y los factores que están asociados a depresión posparto en puérperas tardías, de dos establecimientos de salud en la ciudad de Puno, para contribuir a la detección precoz de esta enfermedad, la cual puede tomarse en cuenta para el diseño de estrategias preventivas, promocionales y de detección precoz. Las investigaciones en Salud Mental contemplada por las “Prioridades Nacionales en investigación en salud, Perú 2019 a 2023” Aprobada por el Ministerio de Salud.

## **1.5. OBJETIVOS**

### **1.5.1. Objetivo general**

Identificar factores que se asocian a depresión posparto en puérperas tardías que acuden a los establecimientos de salud Metropolitano y Simón Bolívar – Puno durante el periodo Julio-septiembre de 2023.



### 1.5.2. Objetivos específicos

- Determinar la prevalencia de depresión posparto en puérperas tardías, quienes acuden a los establecimientos de salud Metropolitano y Simón Bolívar – Puno.
- Identificar factores sociodemográficos que se asocian a depresión posparto en puérperas tardías quienes acuden a los establecimientos de salud Metropolitano y Simón Bolívar – Puno.
- Identificar factores sociales y psicológicos asociados a depresión posparto en puérperas tardías que acuden a los establecimientos de salud Metropolitano y Simón Bolívar – Puno.
- Identificar factores gineco-obstétricos que desencadenan depresión posparto en puérperas tardías que acuden a los establecimientos de salud de Metropolitano y Simón Bolívar – Puno.



## CAPÍTULO II

### REVISIÓN EN LA LITERATURA

#### 2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

##### 2.1.1. A nivel internacionales

Azad R., et al. (2019) en su investigación: “Prevalencia y factores de riesgo de la depresión posparto dentro del año posterior al nacimiento en barrios marginales urbanos de Dhaka, Bangladesh”. Objetivo: Examinar la prevalencia y factores de riesgo para DPP. Metodología: Se realizó una investigación transversal, especialmente en tres localidades marginales, con una muestra de 376 madres, durante el primer año posparto, mediante la EPDS. Resultado: Se encontró que la depresión posparto fue de 39.4% en los 12 primeros meses posterior al parto. La participación en trabajo posterior al parto, pérdida de empleo debido al embarazo, contar con antecedente de aborto espontaneo o muerte fetal, embarazo no planificado, costo del parto, síntomas depresivos durante el embarazo, y abuso por parte de la pareja fueron identificados como factores de riesgo. Así mismo demostró que la prevalencia de DPP fue alta en barrios urbano marginales de Bangladesh (12).

Yadav T., et al. (2020) en su investigación: “Depresión posparto: prevalencia y factores de riesgo asociados entre mujeres en Sindh, Pakistán”. Objetivo: Evaluar factores que asociados a DPP. Método: Transversal, multicéntrico, con una muestra que incluyo 346 mujeres que acudieron en el intervalo de seis semanas posteriores al parto, aplicando la EPDS y una proforma predefinida de factores sociodemográficos. Resultado: La incidencia de depresión



posparto fue de 19,3%, y de ellas 12 (3.3%) con pensamiento de autolesionarse. La alimentación con leche de formula del recién nacido se asoció significativamente con una mayor frecuencia de depresión posparto ( $p < 0.001$ ). Conclusión: El estudio no logro encontrar factores de riesgo que fueran asociados de manera significativa a depresión posparto, solamente la alimentación con leche de formula se asoció de manera significativa con DPP (4).

Chiu H., et al. (2020) en su investigación “La lactancia materna temprana se asocia con un bajo riesgo de depresión posparto en las mujeres taiwanesas” tuvo como objetivo: Investigar la relación de la lactancia materna y la depresión posparto. Metodología: Transversal incluyó a 333 mujeres embarazadas en su ingreso hospitalario, se les instruyó acerca de métodos de lactancia materna, y cuidado de heridas durante su hospitalización, también se aplicó la EPDS y otra escala de calificación de síntomas-5 al alta. Resultado: Las madres que resultaron con puntajes más altos en la EPDS y en la escala breve de calificación de síntomas eran significativamente mayores de 35 años ( $p < 0.037$ ), parto por cesárea ( $p > 0.001$ ). Igualmente, los puntajes más altos en la EDPS se asociaron de manera significativa con niveles más bajos de lactancia materna, que puntualmente refleja que el cese de la lactancia materna constituye factor importante de riesgo en el desarrollo de DPP (OR: 2.814, IC: 1.167-4,889,  $P < 0.001$ ). Conclusión: El abandono de lactancia materna y otros factores como parto por cesárea, el grupo etario mayor o igual a 35 años constituyen factores de riesgo importantes en el desarrollo de DPP (13).

Hanach N., et al. (2023) en su investigación “Prevalencia y factores de riesgo de la depresión posparto entre mujeres que viven en los Emiratos Árabes



Unidos” Objetivo: Examinar la prevalencia de síntomas depresivos y la asociación con factores de riesgo en madres de los Emiratos Árabes Unidos. Metodología: Investigación de cohorte prospectivo, con una muestra de 457 mujeres que completaron los cuestionarios a los 3 y 6 meses posparto. Resultado: El 35% presentó sintomatología depresiva dentro de los 6 meses posparto. Los factores de asociados con mayor frecuencia a DPP, fueron: Edades menores a 25 años, el empleo parcial, el apoyo financiero familiar, y dificultades en la administración de los gastos, fueron asociados con mayor riesgo de padecer DPP. El trabajo de la pareja, el apoyo de la pareja, además vivir en casa propia, fueron asociados con un menor riesgo de padecer DPP. Entre los 3 y 6 meses posteriores al parto las mujeres musulmanas presentaron más riesgo de depresión posparto, la lactancia materna fue un factor protector significativo contra la DPP en el periodo posparto tardío. Conclusión: El estudio se presentó con una considerable prevalencia de sintomatología de depresión materna y que los factores de riesgo cambian durante el periodo de 6 meses posparto (2).

Wake G., et al. (2022) su estudio “Magnitud y factores determinantes de la depresión posparto entre madres que asisten a sus servicios posnatales y de vacunación en instituciones de salud pública de Addis Abeba, Etiopía” Objetivo: evaluar la magnitud y los determinantes que conllevan a padecer DPP. Metodología: Se realizó un estudio transversal en 461 madres en el marco de 6 semanas posteriores al parto. A través de la recopilación de información sociodemográfica, obstétrica, consumo de sustancias y apoyo social en el periodo posparto y la aplicación del EPDS para evaluar la DPP. Resultados: Del total de madres estudiadas el 19,7% presentó DPP. Las participantes en situación de desempleo tenían 3,39 veces de probabilidad de desarrollar DPP, que las



participantes con empleo. Las madres solteras tenían 2,69 veces más probabilidad de desarrollar DPP que las casadas. Las madres que tenían problemas para administrar sus ingresos tenían 3,75 veces de probabilidad de desarrollar de DPP que las que no tenían problemas para administrar sus ingresos. Las participantes que tenían antecedentes de muerte infantil, fueron 6.93 veces más de probabilidad de desarrollar DPP. Las madres que tenían un bebe de sexo no deseado tenían 5.07 veces de tener depresión posparto. Las participantes sin embarazo planificado presentaron 3,08 veces más de probabilidad de desarrollar DPP que las que tuvieron un embarazo planificado. Las participantes con antecedentes de depresión tenían 5,08 veces de probabilidad de desarrollar depresión posparto. Las participantes que no estaban satisfechas con su matrimonio tuvieron 6.37 veces de probabilidad de desarrollar depresión posparto. Conclusión: El estudio mostró una alta prevalencia, el estado ocupacional, estado civil, ingresos, embarazo no planificado, sexo del bebé, evento vital negativo, uso de sustancias, antecedente de depresión, satisfacción matrimonial, fueron factores determinantes en la DPP (14).

Pérez (2023) México, desarrolló la investigación “Análisis de los factores de riesgo que intervienen en la incidencia de la depresión posparto en pacientes del hospital de la mujer del estado de aguas calientes” con el objetivo de describir y analizar los factores intervinientes en la incidencia de DPP tanto en el puerperio inmediato como el tardío. Metodología: Diseño de casos y controles, prospectivo y observacional, se recabó información de 200 madres, cuyas atenciones de parto fueron llevadas a cabo en el Hospital de la mujer en Aguascalientes. Se obtuvo datos en el puerperio inmediato al aplicar la EPDS y la recolección de información de los factores de riesgo, las EPDS fueron repetidos a las 4 y 6 semanas posparto.



Resultado: Los factores asociados con un mayor riesgo de DPP fueron la exposición a violencia antes y/o durante la gestación, la experiencia situaciones estresantes durante el embarazo, antecedente de depresión, depresión en el embarazo previo. Los factores que fueron asociados con un menor riesgo de padecer DPP fueron; sociodemográficos, estar soltera, no contar con el apoyo por parte de su pareja, no contar con el apoyo familiar, antecedentes de aborto y/o óbito, consumo de sustancias nocivas antes del embarazo (15).

### **2.1.2. A nivel nacional**

Córdova J., (2018) Su investigación “Factores asociados a depresión postparto en puérperas atendidas en Hospital II-2 Santa Rosa durante septiembre-diciembre, 2017” – Piura. Objetivo: Determinar la prevalencia, así como también los factores asociados a DPP. Metodología: Analítico, transversal, el estudio se realizó en un total de 125 madres, aplicando la EPDS y una ficha de recolección de factores asociados. Resultado: El estudio reveló una prevalencia de 34,4% y entre los factores de riesgo se encuentra tener entre 18 a 34 años, ser soltera, analfabeta, recibir solo educación primaria, procedencia rural, abortos previos, sensación de incompetencia para el cuidado de su hijo, antecedente previo de depresión pre y posnatal (8).

Macedo K., Et al. (2019) “Factores asociados a síntomas depresivos en madres con hijos hospitalizados en una unidad de Pediatría/Neonatología – Huancayo 2017” Objetivo: Identificar factores que resulten en depresión postparto en puérperas cuyos bebés hayan sido hospitalizados por diversas patologías en los servicios de neonatología o pediatría. Metodología: Cualitativo, Analítico, observacional tipo caso control. Se evaluó a 122 madres divididas en dos grupos



61 (control) y 61 (casos). Resultados: Las variables que fueron asociadas a desarrollar DPP tras el análisis estadístico fueron: embarazo no planificado, ser soltera, situación laboral de desempleo. Las que presentaron graves problemas con la pareja tuvieron menores chances de presentar DPP (9).

Juárez M., (2022) “Factores asociados a depresión posparto en puérperas inmediatas atendidas en el hospital de apoyo II de Sullana, durante los meses febrero – marzo 2022” Objetivo: Determinar factores que se asocian a DPP en puérperas inmediatas. Metodología: No experimental: correlacional, casos y controles, transversal, analítica, prospectiva, con la participación de 74 puérperas inmediatas a las que se aplicó la EPDS, y el APGAR familiar, además de recolección de información sociodemográfica, obstétrica y neonatal. Resultados: Los factores identificados que resultaron significativos para el desarrollo de DPP fueron edad materna inferior a 20 años, nivel de instrucción secundaria o primaria, estado civil soltera, nivel moderado de disfunción familiar, antecedentes depresivos (16).

Zuazo C., (2023) “Factores asociados a la depresión postparto en puérperas atendidas en el Hospital Santa María del Socorro 2022” – Ica. Objetivo: Determinar factores asociados a depresión postparto. Metodología: Estudio transversal, prospectivo, casos y controles en 172 puérperas, aplicando la EPDS. Resultados: La edad mayor a 35 años, ser soltera, nivel de educación primaria, la multiparidad, controles prenatales insuficientes, el haber sido diagnóstica con COVID – 19, presentaron mayor vulnerabilidad para padecer de depresión posparto (17).



Ramos A., (2022) “Factores de riesgo asociados a la depresión post parto en puérperas del hospital Goyeneche de la ciudad de Arequipa, 2022” Objetivo: Identificar factores asociados a depresión posparto. Métodos: Cuantitativo, analítico, prospectivo y transversal. Se tomaron en cuenta 175 casos, a los cuales se aplicaron EPDS y otro cuestionario relacionado a factores de riesgo. Resultado: Se encontró una prevalencia de 50.9% de puérperas que presentaron DPP, según los hallazgos. La edad entre 13 y 19 años, el estado civil conviviente, y el nivel educativo secundario, fueron variables sociodemográficas asociadas a DPP, el control prenatal adecuado, las primíparas también fueron variables de riesgo vinculadas, por último; la actividad laboral de la pareja, el apoyo económico de la pareja, la convivencia con la pareja y el consumo de sustancias fueron variables sociales vinculadas. Conclusión: los factores sociodemográficos, obstétricos y sociales fueron asociados a DPP (7).

Gayoso G., (2022) “Depresión posparto como factor de riesgo en el fracaso de lactancia materna exclusiva en el hospital Belén de Trujillo” Objetivo: Establecer si la DPP se constituye factor de riesgo para el fracaso de la lactancia. Metodología: Investigación de carácter prospectiva, considerando una muestra de 115 madres, quienes recibieron instrucciones acerca de lactancia materna al momento del alta materna, el EPDS aplicada en dos oportunidades, el primero en la selección y el segundo a las seis semanas. Posteriormente también se procedió a evaluar la lactancia a través del “Test de autoeficacia de lactancia materna” para determinar el grupo de fracaso en la lactancia materna exclusiva. Resultados: Se determinó que la DPP constituye un factor de riesgo para el fracaso de la LME con un RR = 3,09 (IC 95% 1,99 - 4.79). Conclusión: La DPP constituyó factor de riesgo para el fracaso de LME (18).



Aucasi I., et al. (2019) “Relación entre depresión postparto y la adherencia a la lactancia materna exclusiva en las madres que acuden al control de crecimiento y desarrollo en el Hospital Regional Docente de Ica, 2018” Objetivo: Establecer relación entre DPP y la adherencia a la LME. Metodología: de carácter transversal, descriptivo y observacional, realizado en 218 madres, cuyos bebés se encuentran en los primeros seis meses, quienes acuden por el servicio de crecimiento y desarrollo, a través de la aplicación de EPDS y una ficha de recolección de datos. Resultado: El estudio reveló que no encontró relación entre la adherencia a la lactancia materna y la depresión posparto. Por otro lado, se encontró relación entre la adherencia a la lactancia materna y el orden de nacimiento, el aseguramiento en salud, la actividad laboral, ingreso económico y el número de hijos. El riesgo de depresión posparto se asoció con la autovaloración socio familiar. Conclusión: No hubo relación entre depresión posparto y adherencia a LME (19).

Rodríguez G., y Roncal A., (2023) “Factores de riesgo asociados a depresión posparto en puérperas atendidas en el puesto de salud Malvinas y centro de salud Imperial- Cañete durante el periodo setiembre-diciembre 2021.” Objetivo: Determinar factores de riesgo que se asocian a DPP en puérperas. Métodos: Estudio de carácter transversal, enfoque analítico, observacional, se trabajó con una muestra de 146 participantes, a través de la aplicación de EPDS, y cuestionario de factores de riesgo. Resultado: El 54% de puérperas fueron afectadas por DPP, entre los factores de riesgo, recién nacido con malformación congénita resulto ser significativo, junto con ausencia de apoyo familiar y de la pareja, lactancia materna ineficaz, bebe que presentó complicaciones neonatales y parto vía cesárea (10).



### **2.1.3. A nivel regional**

Sosa Y., (2018) “Factores asociados a la depresión posparto en mujeres primíparas que acuden al puesto de salud Salcedo Puno. 2018.” Objetivo: Identificar los factores asociados a DPP en primíparas. Metodología: Transversal y correlacional, en una población de 35 primíparas, a través de EPDS y otro cuestionario de factores de riesgo. Resultados: 51% no presento depresión posparto. La DPP fue asociada a factores sociodemográficos; edad (19 hasta 34 años) en un 57%, dependencia económica de la pareja 37%, e independencia económica con 37%. Los factores obstétricos parto vaginal 80%, recién nacido normal con 77%, factores psicológicos: En el 60% el embarazo fue no planificado, el 46% conto con apoyo emocional familiar (20).

Tello Z., (2019) “Factores que conllevan a la depresión postparto en puérperas del centro de salud Simón Bolívar - Puno 2018.” Objetivo: Identificar factores que conllevan a DPP. Metodología: Correlacional, transversal con una muestra de 87 puérperas. Resultado: Se encontraron que la edad, el nivel de educación superior, conviviente como estado civil, ser ama de casa, alimentación balanceada tuvieron correlación con depresión posparto. El 44,8% presento depresión leve, el 41,8% depresión moderada, el 10,3% resultó sin depresión, y el 3,4% con depresión severa (21).

## **2.2. MARCO TEÓRICO**

### **2.2.1. Definición**

La depresión posparto (DPP) es un trastorno mental o del estado de ánimo, no psicótico común, generalmente se manifiesta en las madres a partir de las dos



semanas. El riesgo de padecer depresión en el periodo posparto constituye el doble, comparado con otras etapas de vida, explicado también por cambios a nivel fisiológico, a nivel bioquímico y hormonal (6).

### **2.2.2. Epidemiología**

La OMS informó que alrededor del 20 al 40% de mujeres en los países en vías de desarrollo, experimentan síntomas depresivos durante la gestación o posterior al parto. El informe de la OMS indicó que la depresión es la principal causa de enfermedad entre las mujeres en edad reproductiva, y se constituye actualmente un problema importante de salud pública con especial atención en los países en vías de desarrollo (14).

A nivel mundial, la prevalencia de DPP, fluctúa entre 0.5 y el 60%. La prevalencia es más alta en las madres de países en vías de desarrollo, en comparación con madres de países desarrollados (12). En general la prevalencia de DPP oscila entre 10 al 20%, pero varía ampliamente entre las distintas culturas estudiadas y en función de los niveles de ingreso (22).

La DPP es un trastorno psiquiátrico grave poco estudiado y subdiagnosticado. Afecta de manera negativa a la madre. Además, la depresión materna tiene efectos adversos en el bebé sobre el desarrollo cognitivo, emocional y conductual (22).

Los trastornos que puede ocurrir durante el periodo perinatal y que pueden llevar a confusión con depresión posparto son la tristeza posparto y la psicosis posparto, y deben diferenciarse entre sí.



### **2.2.2.1. Tristeza Posparto (TPP) o “Baby blues”**

Considerada una alteración del estado de ánimo materno, la cual aparece entre los 2 y 4 días posteriores al parto. Su duración es autolimitada no extendiéndose más allá de 2 semanas posterior a la resolución del embarazo, por lo cual no suele ser necesaria la atención médica. Se estima que se presenta incluso entre el 50 y 80% de las madres en el periodo posparto. Debido fundamentalmente a los cambios experimentados por la madre tanto a nivel fisiológico hormonal, psicológico y social (23).

### **2.2.2.2. Psicosis posparto (PPP)**

Se considera una emergencia psiquiátrica, la incidencia es 1 a 2 por 1.000 nacimientos. El inicio típico es entre el tercer y décimo día posparto, Los cambios hormonales rápidos se han atribuido a la aparición de esta entidad. En contraste a otros tipos de psicosis, las mujeres que sufren psicosis posparto presentan más desorganización, comportamiento extraño y alucinaciones no auditivas, se puede llegar a desarrollar delirios paranoicos, tales riesgos pueden llevar a el riesgo de suicidio e infanticidio, por eso su tratamiento es a nivel hospitalario (24).

El estado de ánimo que presenta características psicóticas en el periodo posparto, suele ser mayor en mujeres que presentaron episodios depresivos anteriormente, también en madres primerizas (3)(23).



### 2.2.2.3. Mecanismos neurobiológicos

El periodo de periparto es una época de cambios abruptos en los niveles hormonales, durante este periodo la madre es vulnerable para desarrollar trastornos del estado de ánimo, y esto ha llevado a generar el concepto de “hipótesis de abstinencias de esteroides ováricos” (22).

**Estrógeno:** Los niveles de estrógeno aumentan 1000 veces sus valores iniciales antes del parto y luego caen precipitadamente tras el parto. Se sugiere que las mujeres que padecen DPP pueden exhibir una mayor sensibilidad a la señalización de estrógenos. Estudios sugieren que la terapia con estrógenos disminuye los síntomas depresivos durante el periodo posparto (22).

**Progesterona:** En contraposición con los efectos antidepresivos de los estrógenos, estudios han revelado que el tratamiento con progesterona incrementa el riesgo, además de empeorar la puntuación y la sintomatología depresiva en el periodo posparto. Los niveles más altos de progesterona se correlacionan con peores puntuaciones de depresión posparto (25). Otros estudios han demostrado que el tratamiento con progesterona disminuyó la recurrencia de la depresión posparto en mujeres con episodios depresivos previos, y niveles bajos de progesterona se correlacionan con mayores puntuaciones de depresión (22).

**Oxitocina:** Ha sido implicado por su papel en la regulación de emociones, la interacción social, el estrés, la relación madre hijo, el parto, la lactancia y el apego. Ha recibido atención por su papel en la lactancia y sus dificultades asociados a la DPP. Se demostró que los niveles de



oxitocina en la lactancia se correlación inversamente con los síntomas de depresión y la disminución plasmática de oxitocina predice el desarrollo de depresión posparto (26).

**Prolactina:** Desempeña un papel establecido en la lactancia y los comportamientos maternos, se encontró que las madres con DPP, tenían menos probabilidades de amamantar y poseían niveles séricos de prolactina más bajos. Niveles reducidos de prolactina en mujeres con puntuales más altas en la escala de depresión posparto y en aquellas con mayor riesgo de desarrollar posparto. Por lo tanto, han sugerido que la lactancia fallida y la depresión posparto pueden tener un mecanismo subyacente similar (22).

### 2.2.3. Etiología

La DPP no es posible atribuir solo a única causa, por lo cual se han descrito múltiples factores de riesgo en diferentes poblaciones, por lo que se podría asumir que la etiología es multifactorial, no solamente biológicas sino también psicológicas y sociales.

### 2.2.4. Factores de riesgo

#### 2.2.4.1. Factores de riesgo sociodemográficos

Las edades maternas jóvenes, entre 18 y 25 años, empleo a tiempo parcial, el bajo nivel socioeconómico, la dificultad para administrar los ingresos se han visto relacionados con el desarrollo de DPP (2). El nivel educativo se asoció como factor de riesgo prevalente en el desarrollo de la DPP, y un nivel educativo alto fue asociado con una menor tasa de DPP



(4). La seguridad financiera resulta ser importante que coloca a las mujeres en riesgo de sufrir DPP (2). El desempleo del cónyuge y los bajos ingresos también se encontraron asociados a DPP (27).

#### **2.2.4.2. Factores de riesgo social y psicológico**

La falta o ausencia de apoyo social puede provocar DPP, la violencia familiar o conyugal en cualquiera de sus formas, agresión sexual, agresión física, verbal pueden intervenir de manera causal en el padecimiento de esta enfermedad (28). Las madres quienes experimentaron cualquier evento de violencia tenían el doble de posibilidades de sufrir DPP (29). El antecedente anterior de depresión, tanto en el embarazo o fuera del embarazo, DPP constituyen factores de riesgo importantes. Una deficiente relación conyugal y el embarazo no deseado contribuyen al desarrollo de DPP (14).

#### **2.2.4.3. Factores de riesgo obstétricos**

Las cesáreas programadas o de emergencia, las complicaciones del embarazo se han descrito como factores de riesgo posparto (11).

El hecho de que el bebé presentara problemas de salud también aumentaron el riesgo para DPP (27).

También se han encontrado como factor de protección en la lactancia materna exclusiva con una menor tasa de DPP (4). Se encontró una relación estadísticamente significativa entre no amamantar al bebé y el riesgo de DPP (27).



### 2.2.5. Diagnóstico

Como cualquier patología es importante realizar una adecuada y completa historia clínica, debiendo contener además un examen físico para evaluar si existe alguna alteración funcional y el examen mental determinando acontecimientos de vida y estresantes. Teniendo en cuenta además los antecedentes de depresión, antecedentes familiares de enfermedades psiquiátricas y/o consumo de sustancias (3).

Un episodio depresivo mayor durante el periodo posparto es lo que se denomina depresión posparto (DPP). El DSM-5 lo incluye bajo la denominación de “trastorno depresivo durante el periodo perinatal” “si la aparición de los síntomas del estado de ánimo ocurre durante el embarazo o en las 4 semanas posteriores al parto”. Deben estar presentes por un periodo de dos semanas, y que generan malestar clínicamente significativo y que no es debido a otra causa, consumo de sustancias, ni afección médica (30). En el CIE-10 el inicio posparto se define dentro de las 6 semanas posteriores al parto, donde considera el los típicos episodios depresivos (28).

La depresión posparto y la depresión mayor no perinatal comparten los mismos criterios de diagnóstico (30):

- Estado de ánimo deprimido
- Pérdida de interés
- Anhedonia
- Irritabilidad
- Labilidad en el estado de ánimo
- Trastornos del sueño



- Trastornos del apetito
- Problemas de concentración
- Trastornos psicomotores
- Fatiga
- Preocupaciones frecuentes
- Sentimientos de culpa e inutilidad
- Pensamientos suicidas

### **2.2.6. Curso clínico**

El curso clínico de la depresión posparto (DPP) es variable. La mayoría de casos resuelven en pocos meses con el tratamiento adecuado, pero el 24% de mujeres con diagnóstico de DPP continúan presentando DPP, 1 año después de dar a luz, y el 13% después de 2 años. Alrededor del 40% de mujeres recaerán durante un embarazo posterior o sin relación con el embarazo, también es probable que la DPP reaparezca repentinamente dando lugar a episodios depresivos. Lo que resultará en problemas en problemas continuos para la madre, el hijo y la familia (30).

La DPP tiene consecuencias tanto para el binomio madre-hijo, cualquier niño del hogar y su pareja. Afecta numerosas conductas del cuidado materno. Las mujeres deprimidas tienen menos posibilidades de amamantar, acudir a los controles de su bebé, completar las vacunas, está relacionado también con una crianza desadaptativa, e interacciones negativas con el bebé. Los efectos en los bebés son numerosos, deterioro del desarrollo social, emocional y cognitivo (30), afectando negativamente el desarrollo temprano del cerebro (31)(32).



La DPP se asoció con un peor desarrollo cognitivo y del lenguaje en los infantes, puede aumentar el riesgo de infecciones gastrointestinales y del tracto respiratorio inferior, y crecimiento infantil deficiente (30). La depresión materna mostró un efecto sobre el peso y crecimiento de los hijos durante los primeros 12 meses de vida (33). Además, aumenta la susceptibilidad a la desnutrición del bebé. Cuanto más grave sea la depresión mayor será el impacto probable en el resultado de los niños. En raras ocasiones se produce daño físico infantil o infanticidio (30)(11).

### **2.2.7. Detección precoz**

El método básico para identificar de manera precoz la DPP, es una investigación clínica sensible durante el seguimiento con los proveedores de atención primaria en el periodo posparto (30).

La efectividad potencial del cribado de DPP está relacionada con la disponibilidad de los sistemas de salud para tratar y dar seguimiento adecuado a las mujeres con resultados positivos (34).

El “Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia” (ACOG), la “Academia Americana de Pediatría” recomiendan que los médicos examinen a las pacientes al menos una vez para la detección de síntomas depresivos en el periodo perinatal, a través de una herramienta estandarizada y validada. Siendo la evaluación clínica el Estándar de oro para el diagnóstico (31)(35)(36).

#### **2.2.7.1. Escala de depresión posnatal de Edimburgo**

El cuestionario conta de 10 ítems relacionados con la presencia de disforia, ansiedad, dificultad en la concentración, problemas de sueño,



sentimientos de culpa y pensamientos suicidas. Toma unos minutos completarlo. Esta escala fue previamente traducida al idioma español y con validación en el Perú, en el año 2002 por Mazzotti, que estableció un punto de corte de 13,5 para el tamizaje de DPP, presentando una sensibilidad de 84.21% y una especificidad de 79.5% (37).

### **2.2.8. Tratamiento**

El tratamiento eficaz de la DPP requiere un enfoque integral y multidisciplinario.

La educación sobre la DPP puede fomentar comportamiento de búsqueda de ayuda y promover el reconocimiento temprano de los síntomas.

#### **2.2.8.1. Psicoterapia**

La terapia cognitivo conductual TCC ha mostrado mayor efectividad a corto y largo plazo en comparación con intervenciones tradicionales (38).

La psicoterapia interpersonal ha obtenido una fuerte evidencia de efectividad en el tratamiento de la DPP, en formas individuales o grupales. El objetivo es reducir los síntomas a través de la expansión del funcionamiento interpersonal y aumentar el apoyo social (39).

La intervención de escucha, durante las visitas han demostrado ser eficaces para el tratamiento de DPP en Reino Unido, Suecia y Estados Unidos. Es factible que las intervenciones puedan facilitarse aún más, a través de la telemedicina u otros medios tecnológicos disponibles (40).



### 2.2.8.2. Medicamentos

Los medicamentos de primera línea en el tratamiento de la DPP consiste en los “Inhibidores de la recaptación de serotonina” (ISRS), conllevan un bajo riesgo de toxicidad con respecto a una sobredosis, además se asocian con menos frecuencia a efectos adversos graves (41).

Los ISRS con más ensayos aleatorios controlados para el tratamiento de DPP son la sertralina y la fluoxetina. Los medicamentos antidepresivos tricíclicos no son considerados en el tratamiento de primera línea, se consideran de riesgo por los posibles efectos de la sobredosis (30).

Es importante informar a los pacientes que los medicamentos requieren varias semanas de cumplimiento para que el resultado sea beneficioso. Como también es importante realizar seguimientos periódicos para verificar el cumplimiento del régimen terapéutico, sobre todo en aquellas madres que sufren de DPP y cuyos hijos nacieron prematuros, con algún defecto congénito (39).

Es importante que los médicos consideren en la planificación del tratamiento y para prevenir la DPP en poblaciones de alto riesgo; la identificación de poblaciones en riesgo y la incorporación de factores adicionales que se presentan el embarazo y el parto pueden determinar mejor, que mujeres son candidatas para el tratamiento preventivo (39).



## CAPÍTULO III

### MATERIALES Y MÉTODOS

#### 3.1. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

##### 3.1.1. Tipo y diseño de investigación

- **Transversal:** Llevado a cabo en un momento específico
- **Observacional:** No hay intervención en las variables
- **Analítico:** Establecer causa y efecto en las variables

#### 3.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño fue no experimental.

#### 3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

##### 3.3.1. Población

El estudio fue llevado a cabo en dos establecimientos de salud nivel I-3 de la ciudad de Puno a 4827 m.s.n.m.

El establecimiento de Salud Metropolitano está ubicado en Av. El Sol N° 1022, y cuenta con una población asignada de 23,529 personas. La población de pacientes atendidos por mes en promedio es de 227 en los consultorios de medicina, obstetricia, planificación familiar, materno perinatal, psicología, además la población de gestantes que atendidas en el año 2023 en el establecimiento de salud es 129.

Así mismo el establecimiento de Salud Simón Bolívar está ubicado en el Asentamiento Humano Simón Bolívar, Manzana Ñ, Lote 9, cuenta con una población asignada de 18,941 personas, con un promedio de 493 pacientes atendidos por mes, en los distintos consultorios de medicina, obstetricia, planificación familiar, psicología. Cuenta con una población de 129 gestantes atendidas durante el año 2023.

**Tabla 1.**

*Pacientes atendidos en los consultorios de ambos establecimientos de Salud durante el año 2023*

	<b>Metropolitano</b>	<b>Simón Bolívar</b>
Medicina	2044	1921
Obstetricia	1088	819
Planificación Familiar	379	226
Materno Perinatal	256	
Psicología	670	468
TOTAL	4437	3434

Fuente: HISMINSA

**Tabla 2.**

*Población de gestantes atendidas en ambos establecimientos de salud durante el año 2023*

<b>Gestantes atendidas por mes durante el año 2023.</b>			
	<b>Metropolitano</b>		<b>Simón Bolívar</b>
Enero	12	Enero	23
Febrero	18	Febrero	14
Marzo	15	Marzo	14
Abril	18	Abril	10
Mayo	18	Mayo	19
Junio	8	Junio	11
Julio	10	Julio	16
Agosto	11	Agosto	14
Septiembre	15	Septiembre	8
Total =	125	Total =	129

Fuente: HISMINSA



La población estudiada es conformada por puérperas tardías a partir de las 2 semanas, quienes acuden por control de puerperio y controles de crecimiento y desarrollo, en los establecimientos de salud Metropolitano y Simón Bolívar durante los periodos julio – septiembre 2023.

La presente investigación fue llevada a cabo en los establecimientos de Salud Metropolitano y Simón Bolívar ambos de categoría I-3 del primer nivel de atención de salud, además encabezan las microrredes Metropolitano y Simón Bolívar, ubicados en zona céntrica de la ciudad de Puno. Durante los periodos Julio - Septiembre 2023. Cabe mencionar que al ser ambos establecimientos de atención nivel I-3 según la Norma Técnica “Categorías de establecimientos de salud” vigente, no cuentan con la logística y personal para realizar atención de parto y atención del recién nacido, por lo tanto, todas las gestantes en trabajo de parto son referidas a establecimientos de mayor complejidad.

Todas las participantes consideradas en el estudio llevaron a cabo su parto en un centro especializado en atención de parto, que además cuenta con internamiento y atención del recién nacido, la mayoría en el “Hospital Regional Manuel Núñez Butrón”, y en menor grado en clínicas privadas, y centro de atención nivel I-4. En los establecimientos de salud llevados a cabo en el presente estudio no se registraron partos domiciliarios.

### 3.3.2. Tamaño de la muestra

Se realizó a través del cálculo muestral a través de una población finita.

$$n = \frac{Nz^2pq}{(N - 1)e^2 + z^2pq}$$



Donde:

n = tamaño muestral

N = tamaño de la población o universo 132

z = nivel de confianza (1.96)

e = error de estimación (0.05)

p = probabilidad de ocurrencia del evento o éxito (0.5)

q = probabilidad de que no ocurra el evento o fracaso (0.5)

Reemplazando valores de la formula con la finalidad de determinar el tamaño muestral:

$$n = \frac{(1,96) * 2 * (0,5) * (132)}{(0,05) * 2 * (132 - 1) + (1,96) * 2 * (0,5) * (0,5)} = 98$$

El tamaño muestral para la presente investigación está conformado por 98 puérperas.

### 3.3.3. Criterios de inclusión

- Puérperas tardías (a partir de 2 semanas posparto hasta 6 semanas).
- Puérperas quienes acepten su participación voluntaria en la investigación y firmen el consentimiento informado
- Puérperas cuyos partos hayan sido llevadas a cabo en un establecimiento de salud nivel II o III.
- Puérperas con hijo nacido vivo.

### 3.3.4. Criterios de exclusión

- Puérperas que rechacen participar en la investigación.



- Puérperas que cursen con algún diagnóstico médico no relacionado con el puerperio.
- Puérperas que brinden datos incompletos.
- Puérperas de parto domiciliario.

### **3.4. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

#### **3.4.1. Técnica de recolección de datos**

La técnica utilizada en la recolección de datos es a través de la encuesta.

#### **3.4.2. Instrumento**

En la recopilación de información se emplearon dos instrumentos, el primero se trata de la encuesta de Depresión posnatal de Edimburgo (EPDS), el cual fue traducido al español y validado en el Perú en el año 2002 por Mazzoti, quien establece el punto de corte en 13,5 para definir la presencia de síntomas depresivos en el posparto, con una sensibilidad de 84.21%, adjunto a la primera encuesta, se usará un segundo cuestionario de factores de riesgo, que consta de 22 preguntas divididos en las tres dimensiones planteadas, validada en juicio de expertos.

#### **3.4.3. Procedimiento**

- 1) Una vez aprobado el proyecto se solicitó el permiso a la RED DE SALUD PUNO para la ejecución.
- 2) Con la autorización de la RED DE SALUD PUNO, se procedió a la presentación ante los jefes de los establecimientos de salud en cuestión de investigación.



- 3) Se coordinó con las áreas de centro materno y de Crecimiento y Desarrollo, en los establecimientos de salud correspondientes.
- 4) Se realizó la ubicación de púerperas tardías que cumplieran con los criterios de selección establecidos, y se procedió a aplicar los instrumentos.
- 5) Obtenidos los resultados de las encuestas, se tabuló en la base de datos EXCEL Y SPSS v27 para aplicar los análisis estadísticos.
- 6) Se obtuvo los resultados mediante el análisis de datos bivariado y multivariado, también realizándose la discusión y conclusiones conforme a lo planteado.

#### **3.4.4. Procesamiento y análisis de datos**

La base de datos fue elaborada en el programa Excel 2016, que posteriormente fueron revisadas y exportadas al programa estadístico SPSS Statistics v27, luego se realizó el análisis descriptivo de las variables, posteriormente se realizó un análisis bivariado, con las variables independientes “factores de riesgo” planteadas, con la variable dependiente la presencia o ausencia de sintomatología de depresión posparto. Los valores de p en el análisis bivariado se obtuvieron a través de la prueba  $\chi^2$ , además considerando una prevalencia igual o mayor que 10%, para estudios transversales con objetivo analítico, la medida asociación epidemiológica que se utilizó es la Razón de Prevalencias (42), con un intervalo de confianza de 95% (IC 95%). También se realizó el análisis multivariado con las variables que resultaron estadísticamente significativas en el análisis bivariado con RP e IC de 95% y los valores de p (siendo significativo  $<0.05$ ).



### **3.5. ASPECTOS ÉTICOS**

Todas las puérperas que participaron en la investigación fueron informadas acerca de los objetivos de la investigación. Además, procedieron a firmar el consentimiento informado. Se asumió los principios éticos que recomienda la Asociación Médica Mundial (2017), para realizar investigaciones científicas con la participación de seres humanos. Se aseguró la confidencialidad y la privacidad de la información brindada por las puérperas.

## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS Y DISCUSIÓN

#### 4.1. RESULTADOS

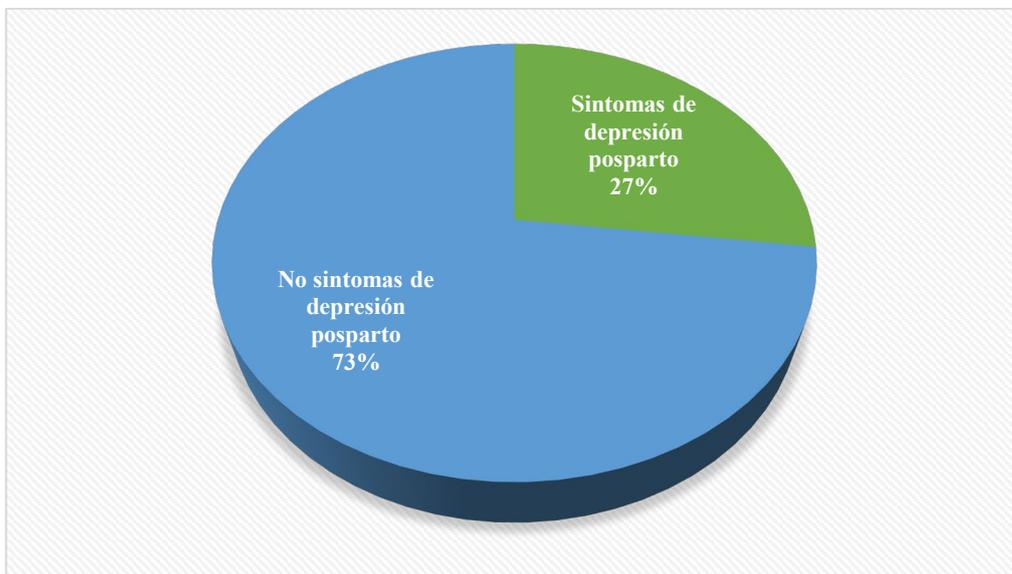
Se reunieron a 98 puérperas quienes cumplieron con los criterios de selección en los dos establecimientos de salud, 46 puérperas en el establecimiento de salud de Simón Bolívar y 52 puérperas en el establecimiento de salud Metropolitano.

La prevalencia de depresión posparto en esta investigación fue de 27.6% (n=27).

De las puérperas encuestadas que resultaron con depresión posparto el 40.7% (n=11) presentaron algún nivel de ideación suicida.

#### Figura 1.

*Proporción de puérperas encuestadas con depresión posparto.*



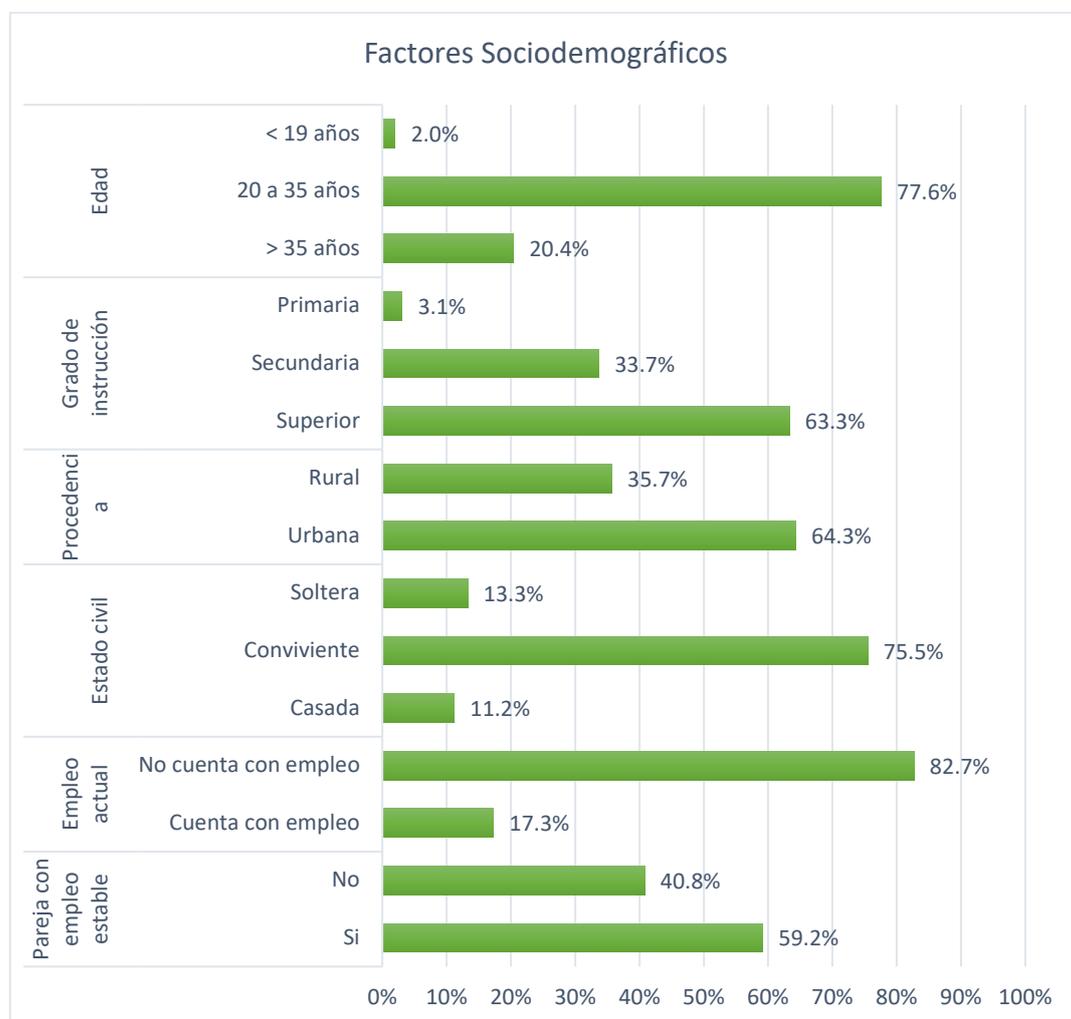
**Fuente:** Elaboración propia

En cuanto a los factores sociodemográficos, la distribución etaria 2% de puérperas (n=2) presentaron edades menores o iguales a 19 años, el 77% (n=77) entre 20 a 35 años,

y 20.1% (n=20) mayores de 35 años (n=20). En grado de instrucción 63.3% (n=64) con grado de instrucción superior. En procedencia 64.3% (n=63) fueron de procedencia urbana. En estado civil, 75.5% (n=74) refirieron que su situación civil es conviviente. En empleo actual, 82.7% (n=81) indicaron que no cuentan con empleo, el 59.2% puérperas (n=58) indicaron que su pareja cuenta con empleo estable.

## Figura 2.

*Características sociodemográficas de puérperas tardías de los establecimientos de salud Metropolitano y Simón Bolívar.*



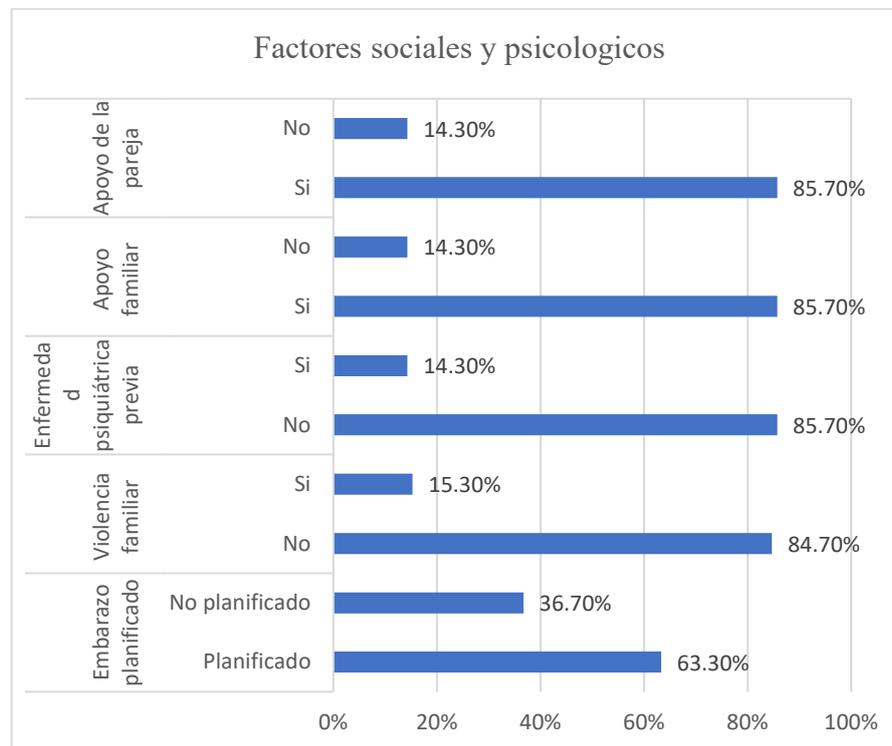
**Fuente:** Elaboración Propia

El 85.7% (n=84) perciben apoyo emocional por parte de su pareja, el 85.7% (n=84) perciben apoyo familiar, el 14.3% (n=14) tuvieron antecedentes psiquiátricos, el

15.4% (n=15) refirieron que han sufrido maltrato psicológico y/o violencia física por parte de sus convivientes o familiares durante el último embarazo, el 63.3% (n=62) indicaron que su embarazo fue planificado.

### Figura 3.

*Características sociales y psicológicas de puérperas tardías de los establecimientos de salud Metropolitano y Simón Bolívar.*



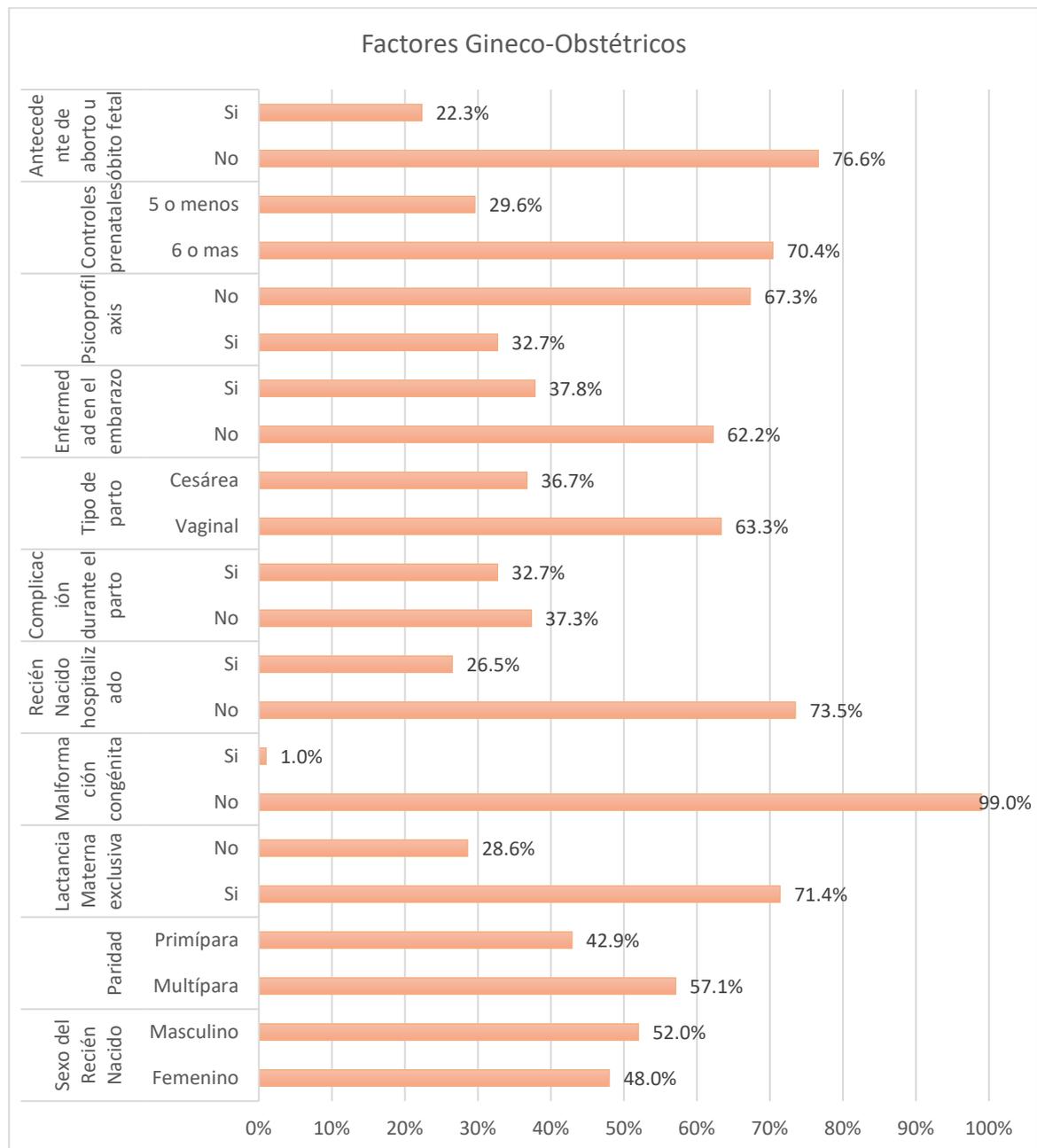
**Fuente:** Elaboración Propia

En gineco-obstétricos, 22.4% (n=22) tuvieron antecedente de aborto y/o óbito fetal, 70.4% (n=69) tuvieron 6 o más veces a sus controles prenatales. El 32.7% (n=32) realizaron psicoprofilaxis durante la gestación. En complicaciones del embarazo, 37.8% (n=37) indicaron que tuvieron alguna enfermedad o complicación durante el embarazo, en cuanto al tipo de parto 36.7% (n=36) fueron cesárea, 63.3% (n=62) fueron partos vaginales, 32.7% (n=32) refirieron que presentaron alguna complicación durante el parto, y el 42.9% (n=42) fueron primíparas. En cuanto al recién nacido, 26.5% puérperas (n=26)

indicaron que su bebe fue hospitalizado en por algún diagnóstico médico, 28.6% (n=28) indicaron que su bebé no se alimenta exclusivamente de leche materna y se apoya en fórmulas lácteas, 52% (n=51) de recién nacidos fueron de sexo masculino.

**Figura 4.**

*Características gineco-obstétricas de las puérperas tardías de los establecimientos Metropolitano y Simón Bolívar.*



**Fuente:** Elaboración Propia



En el análisis bivariado de las puérperas con DPP (Tabla 2), se objetiva que el mayor número de casos 25% (n=19) se ubica entre el grupo etario de 20 a 35 años, el grado de instrucción superior 22,5% (n=14), procedencia urbana 28,6% (n=18), estado civil con pareja 25.9% (n=22), no contar con empleo actual 29.6% (n=24), pareja sin empleo estable 35% (n=17).

En cuanto a los factores sociales y psicológicos el mayor número de casos; el no contar con apoyo de la pareja 64.3% (n=9), no contar con apoyo familiar 35.7% (n=5), antecedente de enfermedad psiquiátrica previa 57.1% (n=8), ser víctima de violencia familiar 60% (n=9), embarazo no planificado 36.1% (n=13). Los factores estadísticamente significativos fueron la presencia el de no contar con apoyo de la pareja, enfermedad psiquiátrica previa, y víctima de violencia familiar ( $p < 0.05$ ).

En cuanto a factores gineco-obstétricos, el antecedente de óbito fetal 18.2% (n=4), primípara 33.3% (n=14), controles prenatales inadecuados 31% (n=9), no haber realizado psicoprofilaxis 36.6% (n=26), haber sufrido alguna enfermedad durante el embarazo 36.4% (n=12), parto por cesárea 30.6% (n=11), complicación durante el parto 46.9% (n=15), recién nacido que estuvo hospitalizado 38.5% (n=10), lactancia materna mixta 35.7% (n=10), sexo del recién nacido femenino 29.8% (n=14). El factor estadísticamente significativo encontrado fue el de presentar complicaciones durante el parto ( $p < 0.05$ ).

**Tabla 3.**

*Análisis bivariado entre factores de riesgo y depresión posparto*

Variables	Depresión posparto		Valor p
	No	Si	
<b>Edad</b>			0.520
<19 años	1 (50%)	1 (50%)	
20 a 35 años	57 (75%)	19 (25%)	
Mas de 35 años	13 (65%)	7 (35%)	
<b>Grado de instrucción</b>			0.152
No superior	23 (63.9%)	13 (36.1%)	
Superior	48 (77.4%)	14 (22.6%)	
<b>Procedencia</b>			0.762
Rural	26 (74.3%)	9 (25.7%)	
Urbana	45 (71.4%)	18 (28.6%)	
<b>Estado civil</b>			0.344
Sin pareja	8 (61.5%)	5 (38.5%)	
Con pareja	63 (74.1%)	22 (25.9%)	
<b>Empleo Actual</b>			0.315
Cuenta con empleo	14 (82.4%)	3 (29.6%)	
No cuenta con empleo	57 (70.4%)	24 (29.6%)	
<b>Empleo de la pareja</b>			0.170
No cuenta con empleo estable	26 (65%)	14 (35%)	
Cuenta con empleo estable	45 (77.6%)	13 (22.4%)	
<b>Embarazo planificado</b>			0.148
No	23 (63.9%)	13 (36.1%)	
Si	48 (77.4%)	14 (22.6%)	
<b>Apoyo de la pareja</b>			<0.001
No	5 (35.7%)	9 (64.3%)	
Si	66 (78.6%)	18 (21.4%)	
<b>Apoyo familiar</b>			0.460



No	9 (64.3%)	5 (35.7%)	
Si	62 (73.8%)	22 (26.2%)	
<b>Enfermedad psiquiátrica previa</b>			<b>0.007</b>
Si	6 (42.9%)	8 (57.1%)	
No	65 (77.4%)	19 (22.6%)	
<b>Violencia familiar</b>			<b>0.002</b>
Si	6 (40%)	9 (60%)	
No	65 (78.3%)	18 (21.7%)	
<b>Antecedente de aborto/óbito fetal</b>			0.264
Si	18 (81.8%)	4 (18.2%)	
No	53 (69.7%)	23 (30.3%)	
<b>Controles prenatales</b>			0.617
Menor o igual a 5	20 (69%)	9 (31%)	
Mayor o igual a 6	51 (73.9%)	18 (26.1%)	
<b>Psicoprofilaxis</b>			0.174
No	45 (63.4%)	26 (36.6%)	
Si	21 (77.8%%)	6 (22.2%)	
<b>Enfermedad en el embarazo</b>			0.400
Si	25 (67.6%)	12 (32.4%)	
No	46 (75.4%)	15 (24.6%)	
<b>Tipo de parto</b>			0.612
Cesárea	25 (69.4%)	11 (30.6%)	
Vaginal	46 (74.2%)	16 (25.8%)	
<b>Complicación durante el parto</b>			<b>0.003</b>
Si	17 (53.1%)	15 (46.9%)	
No	54 (81.8%)	12 (18.2%)	
<b>Recién nacido hospitalizado</b>			0.146
Si	16 (65.5%)	10 (38.5%)	
No	55 (76.4%)	17 (23.6%)	
<b>Lactancia materna exclusiva</b>			0.253
No	18 (64.3%)	10 (35.7%)	
Si	53 (75.7%)	17 (24.3%)	
<b>Paridad</b>			0.267



Primípara	28 (66.7%)	14 (33.3%)
Múltipara	42 (76.8%)	13 (23.2%)
<b>Sexo del recién nacido</b>		<b>0.634</b>
Masculino	38 (74.5%)	13 (25.5%)
Femenino	33 (70.2%)	14 (29.8%)

Valor de p significativo <0.05

**Fuente:** Elaboración propia

En la Tabla 4, las puérperas tardías quienes no contaron con el apoyo de su pareja presentaron 59% de riesgo de padecer depresión posparto (RP: 4.107 IC = 95%, 2.082 – 8.101,  $p = <0.001$ ), las puérperas con antecedente psiquiátrico (RP: 2.360 IC = 95%; 1.096 – 4.853,  $p = 0.028$ ) contaron con 77% de riesgo de padecer DPP, las víctimas de violencia familiar presentaron 72% de riesgo de padecer DPP (RP: 2.844 IC = 95%; 1.528 – 5.296,  $p = <0.001$ ).

**Tabla 4.**

*Análisis multivariado mediante el modelo de Poisson crudo y ajustado, para asociación entre factores sociales y psicológicos*

	RP Crudo			RP ajustado*		
	RP	IC 95%	p	RP	IC (95%)	p
<b>Embarazo planificado</b>						
<b>Si</b>	Referencia			Referencia		
<b>No</b>	1.599	0.849 – 3.013	0.146	1.688	0.893 – 3.188	0.107
<b>Apoyo de la pareja</b>						
<b>Si</b>	Referencia			Referencia		
<b>No</b>	3.000	1.704 – 5.283	<b>&lt;0.001</b>	4.107	2.082 – 8.101	<b>&lt;0.001</b>
<b>Apoyo familiar</b>						
<b>Si</b>	Referencia			Referencia		
<b>No</b>	1.364	0.619 – 3.002	0.441	1.209	0.498 – 2.934	0.675
<b>Antecedente psiquiátrico</b>						
<b>Si</b>	2.526	1.384 – 4.612	<b>&lt;0.001</b>	2.360	1.096 – 4.853	<b>0.028</b>
<b>No</b>	Referencia			Referencia		
<b>Violencia Familiar</b>						
<b>No</b>	Referencia			Referencia		
<b>Si</b>	2.767	1.457 – 4.948	<b>&lt;0.001</b>	2.844	1.528 – 5.296	<b>&lt;0.001</b>

\* RP ajustado por variables: edad, grado de estudios, procedencia, estado civil.

Fuente: Elaboración propia

**Tabla 5.**

*Análisis multivariado mediante el modelo de Poisson crudo y ajustado, para asociación entre factores gineco obstétricos*

	RP Crudo			RP ajustado		
	RP	IC 95%	p	RP	IC (95%)	p
<b>Antecedente de aborto</b>						
No	Referencia			Referencia		
Si	0.601	0.232 – 1.553	0.293	0.537	0.214 – 1.532	0.187
<b>Controles prenatales</b>						
Mayor o igual a 6	Referencia			Referencia		
Menor igual a 5	1.190	0.607 – 2.330	0.613	1.142	0.568 – 2.297	0.710
<b>Psicoprofilaxis</b>						
No	1.679	0.760 – 3.788	0.197	1.705	0.765 – 3.802	0.192
Si	Referencia			Referencia		
<b>Enfermedad en el embarazo</b>						
No	Referencia			Referencia		
Si	1.319	0.696 – 2.501	0.396	1.213	0.608 – 2.423	0.584
<b>Tipo de parto</b>						
Vaginal	Referencia			Referencia		
Cesárea	1.184	0.619 – 2.265	0.610	1.097	0.555 – 2.169	0.789
<b>Complicación durante el parto</b>						
No	Referencia			Referencia		
Si	2.578	1.372 – 4.845	<b>0.003</b>	2.341	1.213 – 4.518	<b>0.011</b>
<b>Recién Nacido hospitalizado</b>						



<b>No</b>	Referencia				Referencia		
<b>Si</b>	1.629	0.859 – 3.088	0.135	1.675	0.901 – 3.115	0.103	
<b>Lactancia materna exclusiva</b>							
<b>Si</b>	Referencia			Referencia			
<b>No</b>	1.471	0.770 – 2.807	0.242	1.581	0.813 – 3.078	0.177	
<b>Paridad</b>							
<b>Primípara</b>	1.436	0.157 – 2.724	0.268	1.953	0.868 – 4.392	0.106	
<b>Múltipara</b>	Referencia			Referencia			
<b>Sexo del recién Nacido</b>							
<b>Masculino</b>	Referencia			Referencia			
<b>Femenino</b>	1.169	0.615 – 2.222	0.635	1.223	0.636 – 2.353	0.546	

\*Ajustado por variables: edad, grado de estudios, procedencia, estado civil.

**Fuente:** Elaboración propia

Las puérperas que presentaron complicaciones durante el parto, tuvieron 77% de riesgo de padecer DPP (RP: 2.341, IC = 95%, 1.213 – 4.518, p =0.011).



## 4.2. DISCUSIÓN

En la actualidad la depresión posparto constituye un grave problema de Salud Pública, además se sabe sobre sus efectos adversos; sobre la salud física y mental de la madre, como también el desarrollo físico y cognitivo del niño.

El propósito de esta investigación fue determinar la prevalencia de sintomatología depresiva en puérperas tardías y los factores que se asocian, la prevalencia de depresión posparto en las madres que participaron en este estudio fue de 27%. Las puérperas que no contaron con el apoyo de su pareja, los antecedentes previos de depresión, la violencia familiar y las complicaciones durante el parto fueron encontrados como factores asociados.

La depresión posparto como problema de Salud Pública usualmente no es diagnosticada, y cuya prevalencia varía de 20 a 40%, siendo mayor en países en vías de desarrollo (6). Estudios similares encontraron prevalencias DPP en Emiratos Árabes Unidos de 35%, en México fue de 14,9% (6), mientras que a nivel nacional, 54.11% en Lima (10), 34.4% en la ciudad de Piura (8), en Arequipa de 50.9% (20).

En el presente estudio los resultados en cuanto a edad materna, no estuvieron asociados significativamente a edades extremas, estudios han encontrado que edades menores a 25 años tenían más riesgo de presentar DPP, sin embargo, otros estudios concluyeron que no existía tal correlación (11)(27). Estudios como el de Hanach encuentra que las edades entre 18 y 25 años constituyen un factor de riesgo, esto debido a la sensibilidad de las mujeres jóvenes al estrés del cuidado infantil, menor confianza en sí mismas, en comparación con las madres mayores (2). La probabilidad de riesgo también disminuye conforme aumentaba la edad materna (27). La depresión posparto en



edades mayores a 40 años puede estar asociado la mayor cantidad de responsabilidades familiares y menor vitalidad (43).

El estado civil, tanto casada, conviviente o soltera han sido de los más estudiados, en el presente estudio no se han asociado de manera significativa, sin embargo, otros han demostrado ser factores determinantes (9). En este estudio en nivel de educación, la procedencia y la estabilidad económica no se han asociado a DPP; se ha sugerido que la falta de educación podría estar relacionada con la falta de información y comprensión de métodos eficaces para el cuidado en el posparto y la crianza de los hijos. En estudios como el de Córdova, la instrucción primaria, la procedencia rural, se han mostrado asociados (8). La situación laboral de desempleo se ha encontrado asociado en otros estudios como el de Macedo, et al, a DPP (9). Al mismo tiempo las limitaciones financieras pueden dar lugar a una disminución de gastos en salud y bienestar en la madre (44).

Haber sufrido problemas de depresión, ansiedad durante o antes del embarazo ha mostrado ser un factor predictivo potente de DPP, las puérperas en este estudio que tuvieron algún antecedente de trastorno del estado de ánimo tuvieron un mayor riesgo de desarrollar DPP. Agrawal et al, también sugiere mujeres que presentaron algún antecedente psiquiátrico en el pasado tenían un mayor riesgo de 30% de sufrir DPP, en comparación con mujeres sin antecedente psiquiátrico (11). Otros estudios como el de Oztora et al, no han encontrado asociación significativa el antecedente de DPP en un parto anterior (27).

El apoyo conyugal ayuda a disminuir la tensión sobre las nuevas madres, mitigando el riesgo de DPP. Un estudio realizado en la india encontró que la incidencia de DPP era menor en madres con apoyo conyugal y mayor en mujeres con conyugues que



no las apoyaban. Se ha descubierto que el apoyo conyugal protege contra la DPP. El apoyo conyugal adecuado durante el embarazo y el puerperio actúa como protector frente a los síntomas de depresión posparto (11). Según Hanach et al, también indicó que en el puerperio tardío el apoyo de la pareja tenía menores probabilidades de tener un puntaje alto en el EPDS (OR = 0,47, IC 95% 0,29 – 0,76, p = 0,002) (2). En otro estudio de Yamada et al, las madres sin apoyo de su pareja, ni de otras personas presentaron 7 veces más probabilidades de padecer DPP (43). Ramos M., et al, en la ciudad de Lima reveló una correlación inversa moderada, de manera significativa entre apoyo de la pareja y DPP (45). El apoyo familiar es componente importante del apoyo social, manifestándose de manera instrumental, emocional, e informática. Se ha demostrado que la falta de apoyo social influye en la DPP (11). El apoyo que proporciona tanto la pareja como por la familia actúa como amortiguador contra las dificultades en la transición a la maternidad, y ayuda a salvaguardar la salud mental de las madres (46).

Se ha encontrado asociación entre violencia familiar y el desarrollo de DPP, incrementa el riesgo de padecerla en un 59%, similares a los encontrados en Pérez, et al (15). Las mujeres que son víctimas de abuso y o violencia en todas sus formas, tienen más probabilidades de padecer los efectos traumáticos, que las vuelve psicológicamente vulnerables y sensibles al desarrollo de DPP. Igualmente, quienes sufren de violencia pueden llegar a desarrollar un sentimiento de vergüenza, verse influenciado por factores culturales y no buscar ayuda de manera oportuna, siendo los síntomas depresivos una respuesta a la violencia y un grito cubierto de ayuda (44).

El embarazo deseado no ha mostrado una asociación significativa como factor asociado a DPP en el presente estudio en concordancia con el estudio de Oztora, et al.



(27). Otros estudios, Azad, et al. (12), Wake, et al (14), encontraron la asociación de embarazo no deseado con DPP.

Los antecedentes de aborto/óbito fetal y desarrollo de DPP, no se han encontrado como significativos, en su estudio Pérez, et al (15), y Córdova (8), encontraron asociación entre el antecedente de óbito/aborto como factor relacionado a DPP.

Todas las puérperas en el presente estudio realizaron controles prenatales, pero el control prenatal inadecuado no se ha asociado a DPP. Zuzunaga encontró que el control prenatal inadecuado o menores a 6 presenta mayor riesgo de padecer DPP (47).

El 32.7% de puérperas realizaron psicoprofilaxis y estimulación prenatal durante la gestación, no se encontraron asociación estadística con depresión posparto. En cambio Coaquira encontró una prevalencia en la realización de psicoprofilaxis en Cusco de 39,5%, siendo factor protector en la conducción del trabajo de parto, y salud mental materna perinatal (48).

En el presente estudio las enfermedades durante el embarazo como la diabetes gestacional, la preeclampsia, anemia, no han mostrado una asociación significativa con DPP, sin embargo en revisiones como el de Agrawal, et al. han mostrado un impacto pequeño (11).

Las complicaciones durante el parto tales como parto prolongado, cesárea de emergencia o hemorragia, se han asociado a DPP en el presente estudio, similar a Genchi (49). Algunos estudios indican que someterse a cesárea, ya sea electiva o de emergencia aumenta la probabilidad de desarrollar depresión posparto, lo que puede exacerbar el estrés de la paciente. Los niveles de IL-6 puede incrementar después de una cesárea, la cual es una citocina importante asociada a la depresión (11). Moameri et al indicó un



aumento de DPP en un 63% después de una cesárea, además que la cesárea por emergencia pudo aumentar aún más el riesgo de DPP (50).

La lactancia se ha visto involucrada en varios estudios Chiu et. Al (13), Gayoso (18), como factor de riesgo para PPD, relacionado a el impacto positivo de la lactancia sobre el estado anímico y el hecho de que activa el sistema nervioso parasimpático, disminuyendo el estrés de la madre, las presiones sociales y el sentimiento de culpa de no amamantar a su bebé (27). En la presente investigación el abandono de la lactancia materna exclusiva y el apoyo con fórmulas lácteas no se ha relacionado con el desarrollo de DPP, también otros estudios como el de Yadav el. al, y Aucasi et al. señalan que la lactancia materna no constituye un factor de riesgo para DPP (19).

En este estudio no se ha identificado relación entre el sexo del recién nacido con el riesgo de desarrollar DPP, algunas culturas existe una preferencia de genero por los hijos varones, ya que se les considera como futuro sostén de la familia, se ocupa económicamente de la familia y apoya a los padres en su vejez, por el contrario, la niña se considera como una carga, especialmente en sectores económicamente débiles y se considera parte de la familia del novio después del nacimiento (11).



## V. CONCLUSIONES

- La prevalencia de depresión posparto (DPP) en puérperas tardías que acuden por controles de puerperio en los establecimientos de salud Metropolitano y Simón Bolívar fue de 27%.
- Los factores sociodemográficos en puérperas tardías de los establecimientos de Salud Metropolitano y Simón Bolívar, como edad, grado de instrucción, procedencia, el estado civil, la actividad laboral de la madre o de la pareja no mostraron asociación estadística con el padecimiento de depresión posparto.
- Respecto a los factores sociales y psicológicos en puérperas tardías de los establecimientos Metropolitano y Simón Bolívar, la falta de apoyo por parte de la pareja aumenta cuatro veces el riesgo de depresión posparto (RP = 4.107, IC = 95%, 2.082 – 8.101), los antecedentes psiquiátricos aumentan dos veces el riesgo depresión posparto (RP 2.360; IC = 95%; 1.096 – 4.853), y la violencia intrafamiliar aumento dos veces el riesgo de depresión posparto (RP = 2.844; IC = 95%; 1.528 - 5.296).
- En cuanto a factores obstétricos en puérperas tardías de los establecimientos de Salud Metropolitano y Simón Bolívar las complicaciones durante el parto, en los que incluimos parto prolongado, cesárea de emergencia, hemorragia posparto, fue asociado de manera significativa incrementando dos veces el riesgo de padecer DPP (RP = 2.341; IC = 95%, 1.213 – 4.518), los demás factores propuestos, no fueron asociados de manera significativa.



## V. RECOMENDACIONES

- Primero:** A la Salud Pública implementar programas, y diseñar estrategias que permitan un trabajo multidisciplinario e integral que permita la difusión de esta entidad que aqueja a las mujeres, así también, la detección oportuna de depresión posparto, con mayor enfoque en púerperas con factores de riesgo. Así mismo se recomienda la evaluación del impacto de la depresión posparto tanto a corto y largo plazo en la salud materna, familiar y comunitaria.
- Segundo:** A los médicos de atención primaria detectar la depresión en el comienzo del periodo posparto. Se recomienda se pueda realizar tamizaje al primer y/o segundo mes posparto con mayor énfasis en las madres que presentan factores de riesgo para depresión posparto.
- Tercero:** Al personal de salud, se recomienda que las pacientes con resultado de tamizaje positivo, y que cumplan con los criterios diagnósticos de DPP reciban tratamiento de inmediato, con posterior seguimiento y evaluación de resultados.
- Cuarto:** Se recomienda realizar una vigilancia continua acerca del apoyo de la pareja y el apoyo familiar, además del tamizaje de antecedentes de depresión, y violencia intrafamiliar y su derivación a las especialidades y/o autoridades pertinentes.
- Quinto:** Se recomienda adecuación personal y logística en los establecimientos de salud para realización de profilaxis obstétrica y estimulación prenatal de



manera íntegra en todas las gestantes con el fin de realización de estudios prospectivos a posterior.



## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. Depresión [Internet]. 2023. [cited 2023 May 13]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
2. Hanach N, Radwan H, Fakhry R, Dennis CL, Issa WB, Faris MAIE, et al. Prevalence and risk factors of postpartum depression among women living in the United Arab Emirates. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* [Internet]. 2023 Mar 1 [cited 2023 May 10];58(3):395–407. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00127-022-02372-1>
3. Acuña Adriana, Ramirez Estefania. Depresión postparto. *Rev Medica Sinerg* [Internet]. 2021 Sep 1 [cited 2023 May 13];6(9):e712–e712. Available from: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/712>
4. Yadav T, Shams R, Khan AF, Azam H, Anwar M, Anwar T, et al. Postpartum Depression: Prevalence and Associated Risk Factors Among Women in Sindh, Pakistan. *Cureus* [Internet]. 2020 Dec 22 [cited 2023 May 10];12(12). Available from: [/pmc/articles/PMC7815271/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34815271/)
5. Wang Z, Liu J, Shuai H, Cai Z, Fu X, Liu Y, et al. Mapping global prevalence of depression among postpartum women. *Transl Psychiatry* [Internet]. 2021 Dec 1 [cited 2023 Dec 10];11(1). Available from: [/pmc/articles/PMC8528847/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/348528847/)
6. Santiago-Sanabria L, Ibarra-Gussi PM, Rendón-Macías ME, Treviño-Villarreal P, Islas-Tezpa D, Porras-Ibarra GD, et al. Postpartum depression: prevalence and associated risk factors in a sample of the Mexican population. *Ginecol Obstet Mex*. 2023;91(4):227–40.
7. Ramos Zevallos AN. Factores de riesgo asociados a la depresión post parto en



- puérperas del hospital Goyeneche de la ciudad de Arequipa, 2022 [Internet]. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2022 [cited 2023 May 10]. Available from: <http://hdl.handle.net/20.500.12773/14227>
8. Córdova. Factores asociados a depresión postparto en puéperas atendidas en Hospital II-2 Santa Rosa durante septiembre-diciembre, 2017. Univ Nac Piura / UNP [Internet]. 2018 [cited 2023 May 10]; Available from: <http://repositorio.unp.edu.pe/handle/UNP/1175>
  9. Macedo Poma KS, Marquina Curasma PG. Factores asociados a síntomas depresivos en madres con hijos hospitalizados en una Unidad de Pediatría/Neonatología - Huancayo 2017. Univ Cont [Internet]. 2019 [cited 2023 May 10]; Available from: <https://repositorio.continental.edu.pe/handle/20.500.12394/5229>
  10. Rodriguez Romero GM, Roncal Calderón AG. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DEPRESIÓN POSPARTO EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL PUESTO DE SALUD MALVINAS Y CENTRO DE SALUD IMPERIAL-CAÑETE DURANTE EL PERIODO SETIEMBRE-DICIEMBRE 2021. Univ Ricardo Palma [Internet]. 2023 [cited 2023 May 24]; Available from: <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/6286>
  11. Agrawal I, Mehendale AM, Malhotra R. Risk Factors of Postpartum Depression. Cureus [Internet]. 2022 Oct 31 [cited 2023 Oct 10];14(10). Available from: [/pmc/articles/PMC9711915/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3711915/)
  12. Azad R, Fahmi R, Shrestha S, Joshi H, Hasan M, Khan ANS, et al. Prevalence and risk factors of postpartum depression within one year after birth in urban slums of Dhaka, Bangladesh. PLoS One [Internet]. 2019 May 1 [cited 2023 May



- 10];14(5):e0215735. Available from:  
<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0215735>
13. Chiu HC, Wang HY, Hsiao JC, Tzeng IS, Yiang GT, Wu MY, et al. Early breastfeeding is associated with low risk of postpartum depression in Taiwanese women. <https://doi.org/10.1080/0144361520191603216> [Internet]. 2019 Feb 17 [cited 2023 May 13];40(2):160–6. Available from:  
<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01443615.2019.1603216>
14. Wake GE, Fitie GW, Ashenafi B, Tadese M, Tessema SD. Magnitude and Determinant Factors of Postpartum Depression Among Mothers Attending Their Postnatal and Vaccination Services at Public Health Institutions of Addis Ababa, Ethiopia. *Front Public Heal* [Internet]. 2022 May 9 [cited 2023 Oct 6];10:882205. Available from: </pmc/articles/PMC9124855/>
15. Pérez Vázquez AI. Análisis de los factores de riesgo que intervienen en la incidencia de la depresión postparto en pacientes del Hospital de la Mujer del Estado de Aguascalientes. 2023 [cited 2023 May 11]; Available from:  
<http://bdigital.dgse.uaa.mx:8080/xmlui/handle/11317/2443>
16. Juárez Vásquez MJ. Factores asociados a depresión posparto en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana, durante los meses de febrero-marzo de 2022. *Univ Nac Piura* [Internet]. 2022 [cited 2023 Oct 23]; Available from: <http://repositorio.unp.edu.pe/handle/20.500.12676/3437>
17. Zuazo Uvidia CF. Factores asociados a la depresión postparto en puérperas atendidas en el Hospital Santa María del Socorro 2022. 2023 Feb 1 [cited 2023 Dec 10]; Available from:  
<http://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/20.500.14308/4396>



18. Gayoso Merino GA, Gayoso Merino GA. Depresión post parto como factor de riesgo en el fracaso de lactancia materna exclusiva en el Hospital Belén de Trujillo. Univ Priv Antenor Orrego [Internet]. 2022 [cited 2023 May 13]; Available from: <https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/8965>
19. Isabel A-E, Rodya V-A. RELACION ENTRE DEPRESION POST-PARTO Y LA ADHERENCIA A LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN LAS MADRES QUE ACUDEN AL CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE ICA, 2018. Rev Médica Panacea [Internet]. 2019 Jul 27 [cited 2023 May 8];8(1). Available from: <https://revistas.unica.edu.pe/index.php/panacea/article/view/10>
20. Sosa Ramos YS. Factores Asociados a la Depresión Posparto en Mujeres Primíparas que acuden al puesto de Salud Salcedo Puno. 2018. Univ Andin Néstor Cáceres Velásquez [Internet]. 2018 [cited 2023 May 13]; Available from: <http://repositorio.uancv.edu.pe/handle/UANCV/2209>
21. Tello Yupanqui F. Factores que conllevan a la depresión Postparto en puérperas del Centro de Salud Simón Bolívar - Puno 2018. Univ Andin Néstor Cáceres Velásquez Juliaca [Internet]. 2020 [cited 2023 May 13]; Available from: <http://repositorio.uancv.edu.pe/handle/UANCV/4639>
22. Bradshaw H, Riddle JN, Salimgaraev R, Zhaunova L, Payne JL. Risk factors associated with postpartum depressive symptoms: A multinational study. J Affect Disord. 2022 Mar 15;301:345–51.
23. Malpartida Ampudia MK. Depresión postparto en atención primaria. Rev Medica Sinerg [Internet]. 2020 Feb 1 [cited 2023 Oct 12];5(2):e355–e355. Available from: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/355/727>



24. Rodriguez-Cabezas L, Clark C. Psychiatric emergencies in pregnancy and postpartum. *Clin Obstet Gynecol* [Internet]. 2018 Sep 1 [cited 2023 Oct 8];61(3):615. Available from: [/pmc/articles/PMC6143388/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3143388/)
25. Dennis CL, Ross LE, Herxheimer A. Oestrogens and progestins for preventing and treating postpartum depression. *Cochrane database Syst Rev* [Internet]. 2008 [cited 2023 Oct 18];2008(4). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18843619/>
26. Stuebe AM, Grewen K, Meltzer-Brody S. Association between maternal mood and oxytocin response to breastfeeding. *J Womens Health (Larchmt)* [Internet]. 2013 Apr 1 [cited 2023 Oct 18];22(4):352–61. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23586800/>
27. Oztora S, Arslan A, Caylan A, Dagdeviren HN. Postpartum depression and affecting factors in primary care. *Niger J Clin Pract* [Internet]. 2019 Jan 1 [cited 2023 Oct 11];22(1):85–91. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30666025/>
28. Mughal S, Azhar Y, Siddiqui W. Postpartum Depression. *StatPearls* [Internet]. 2022 Oct 7 [cited 2023 Oct 10];1–3. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519070/>
29. Zhang S, Wang L, Yang T, Chen L, Qiu X, Wang T, et al. Maternal violence experiences and risk of postpartum depression: A meta-analysis of cohort studies. *Eur Psychiatry*. 2019 Jan 1;55:90–101.
30. Stewart DE, Vigod SN. Postpartum Depression: Pathophysiology, Treatment, and Emerging Therapeutics. <https://doi.org/10.1146/annurev-med-041217-011106>



- [Internet]. 2019 Jan 28 [cited 2023 May 8];70:183–96. Available from: <https://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev-med-041217-011106>
31. Earls MF, Siegel BS, Dobbins MI, Garner AS, McGuinn L, Pascoe J, et al. Incorporating recognition and management of perinatal and postpartum depression into pediatric practice. *Pediatrics* [Internet]. 2010 Nov [cited 2023 Oct 18];126(5):1032–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20974776/>
  32. Morales MF, Girard L-C, Raouna A, MacBeth A. The association of different presentations of maternal depression with children's socio-emotional development: A systematic review. *PLOS Glob Public Heal* [Internet]. 2023 Feb 27 [cited 2023 May 13];3(2):e0001649. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3981281/>
  33. Farías-Antúnez S, Xavier MO, Santos IS. Effect of maternal postpartum depression on offspring's growth. *J Affect Disord* [Internet]. 2018 Mar 1 [cited 2023 Oct 18];228:143–52. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29248820/>
  34. Thombs BD, Arthurs E, Coronado-Montoya S, Roseman M, Delisle VC, Leavens A, et al. Depression screening and patient outcomes in pregnancy or postpartum: a systematic review. *J Psychosom Res* [Internet]. 2014 [cited 2023 Oct 18];76(6):433–46. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24840137/>
  35. The American College of Obstetricians and Gynecologists Committee Opinion no. 630. Screening for perinatal depression. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2015 May 1 [cited 2023 Oct 18];125(5):1268–71. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25932866/>



36. Gopalan P, Spada ML, Shenai N, Brockman I, Keil M, Livingston S, et al. Postpartum Depression—Identifying Risk and Access to Intervention. *Curr Psychiatry Rep* [Internet]. 2022 Dec 1 [cited 2023 Dec 11];24(12):889. Available from: [/pmc/articles/PMC9702784/](#)
37. Vega Dienstmaier J, Mazzotti Suárez G, Campos Sánchez M. Validación de una versión en español de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo. *Actas esp Psiquiatr*. 2002;106–11.
38. Huang L, Zhao Y, Qiang C, Fan B. Is cognitive behavioral therapy a better choice for women with postnatal depression? A systematic review and meta-analysis. *PLoS One* [Internet]. 2018 Oct 1 [cited 2023 Oct 18];13(10). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30321198/>
39. Kroska EB, Stowe ZN. Postpartum Depression: Identification and Treatment in the Clinic Setting. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2020 Sep 1;47(3):409–19.
40. Segre LS, Stasik SM, O'Hara MW, Arndt S. Listening visits: an evaluation of the effectiveness and acceptability of a home-based depression treatment. *Psychother Res* [Internet]. 2010 Nov [cited 2023 Oct 18];20(6):712–21. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21154029/>
41. Solís Solano M, Ana Lucia Pineda Mejía D, Joselyn Chacón Madrigal D. Abordaje clínico y manejo de la depresión posparto-Dra. *Rev Médica Sinerg* [Internet]. 2019 [cited 2023 Oct 18];4(6):2019. Available from: <http://revistamedicasinergia.com>
42. Cvetkovic-Vega A, Maguiña JL, Lama-Valdivia J, Correa-López LE, Revisión A DE, como C, et al. ESTUDIOS TRANSVERSALES CROSS-SECTIONAL STUDIES Facultad de Medicina Humana URP. *Estud transversales Rev Fac Med*



- Hum Enero [Internet]. 2021 [cited 2023 Oct 3];21(1):164–70. Available from: <http://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH>
43. Yamada A, Isumi A, Fujiwara T. Association between Lack of Social Support from Partner or Others and Postpartum Depression among Japanese Mothers: A Population-Based Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020 Jun 2 [cited 2023 Oct 22];17(12):1–15. Available from: </pmc/articles/PMC7345875/>
44. Agrawal S, Berggren KL, Marks E, Fox JH. Impact of high iron intake on cognition and neurodegeneration in humans and in animal models: a systematic review [Internet]. Vol. 75, *Nutrition reviews*. Oxford University Press; 2017 [cited 2021 Jan 29]. p. 456–70. Available from: </pmc/articles/PMC5914328/?report=abstract>
45. Ramos Cárdenas MA, Rivera Felix LM, Ramos Cárdenas MA, Rivera Felix LM. Asociación entre depresión postparto y apoyo de la pareja en un centro materno infantil de Lima. *An la Fac Med* [Internet]. 2022 [cited 2023 Dec 11];83(1):19–24. Available from: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-55832022000100019&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832022000100019&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
46. Alshahrani SASAS, Al-Saleh NF, Siddiqui AF, Khalil SN, Alsaleem MA, AlHefdhi HA, et al. Burden and Risk Factors of Postpartum Depression in Southwest Saudi Arabia. *J Clin Med* [Internet]. 2023 May 1 [cited 2023 Oct 22];12(10):3444. Available from: </pmc/articles/PMC10219287/>
47. Zuzunaga Concha M. Factores de riesgo Asociados a la depresión posparto en puérperas atendidas en el hospital “Santa María del Socorro” octubre a noviembre del 2019 [Internet]. Universidad Privada San Juan Bautista. [Lima]: Universidad



- Privada San Juan Bautista; 2020 [cited 2023 Nov 30]. Available from:  
<http://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/20.500.14308/2948>
48. Coaquira Huanca C. Relación de la psicoprofilaxis obstétrica con los resultados obstétricos, neonatales y en la salud mental perinatal de primigestas en hospitales de la ciudad del Cusco, 2020. Univ Nac San Antonio Abad del Cusco [Internet]. 2020 [cited 2023 Nov 30]; Available from:  
<https://repositorio.unsaac.edu.pe/handle/20.500.12918/5376>
49. Genchi-Gallardo FJ, Paredes-Juárez S, Solano-González NL, Rios-Rivera CE, Paredes-Solís S, Andersson N. Prevalencia de depresión posparto y factores asociados en usuarias de un hospital público de Acapulco, Guerrero, México. Ginecol Obstet Mex [Internet]. 2021 Dec 1 [cited 2023 Oct 25];89(12):927–36. Available from:  
[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0300-90412021001200003&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412021001200003&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
50. Moameri H, Ostadghaderi M, Khatooni E, Doosti-Irani A. Association of postpartum depression and cesarean section: A systematic review and meta-analysis. Clin Epidemiol Glob Heal. 2019 Sep 1;7(3):471–80.

## ANEXOS

### ANEXO 1: Matriz de consistencia

Problemas	Objetivos	Hipótesis	Variables	Metodología
Problema general	Objetivo general	Hipótesis general	Variable dependiente	Diseño: No experimental
Cuáles son los factores asociados a depresión posparto en puérperas tardías que acuden por control de puerperio, de crecimiento y desarrollo en los establecimientos de salud en los establecimientos de Salud Simón Bolívar y Metropolitano – Puno en los periodos de Julio – Septiembre 2023.	Identificar los factores de riesgo que se asocian a depresión posparto en puérperas tardías que acuden por control de puerperio, de crecimiento y desarrollo en los establecimientos de salud Metropolitano y Simón Bolívar – Puno durante el periodo Julio-Septiembre de 2023.	La influencia de los factores de riesgo predispone a padecer depresión posparto en puérperas tardías, quienes acuden por control de puerperio, de crecimiento y desarrollo en los establecimientos de salud de Metropolitano y Simón Bolívar – Puno durante los periodos Julio-Septiembre 2023.	Depresión posparto	Enfoque cuantitativo  Descriptivo  Transversal  Analítico
	Objetivos específicos	Hipótesis Especificas	Variables independientes	Población de estudio:  Puérperas que acuden al control de crecimiento y desarrollo, y se encuentren



				entre dos semanas y 6 meses posteriores al parto.
Identificar factores de riesgo sociodemográficos asociados a depresión posparto en puérperas tardías que acuden a los establecimientos de salud de Simón Bolívar y Metropolitano.	Los factores de riesgo sociodemográficos están asociados a depresión posparto en puérperas tardías que acuden a los establecimientos de salud Simón Bolívar y Metropolitano.	Edad Grado de estudios Procedencia Estado civil Empleo Empleo de la pareja	Técnica e instrumento de recolección de datos: Escala de depresión posparto de Edimburgo, cuestionario sobre factores de riesgo	
Identificar los factores sociales y psicológicos asociados a depresión postparto en puérperas tardías que acuden a los establecimientos de salud de Simón Bolívar y Metropolitano.	Los factores sociales y psicológicos están asociados a depresión posparto puérperas tardías que acuden a los establecimientos de salud Simón Bolívar y Metropolitano- Puno.	Embarazo planificado Apoyo emocional de la pareja Apoyo familiar Enfermedad psiquiátrica previa Violencia domestica	Análisis de datos: A través de programas estadísticos, regresión lineal, análisis bivariado, multivariado.	
Identificar factores gineco-obstétricos de riesgo asociados a la	Los factores gineco-obstétricos están asociados a la	Controles prenatales		



	depresión posparto en puérperas tardías que acuden a los establecimientos de salud de Simón Bolívar y Metropolitano.	depresión posparto en puérperas tardías que acuden a los establecimientos de salud Simón Bolívar y Metropolitano.	Psicoprofilaxis Antecedente de aborto/óbito fetal Complicaciones en el embarazo Tipo de parto Complicaciones durante el parto Recién nacido hospitalizado Lactancia materna Paridad Sexo del recién nacido	
--	--	---	--	--



## ANEXO 2: Operacionalización de variables

VARIABLE DEPENDIENTE			
VARIABLE	Definición operacional	Tipo y característica de la variable	Unidades
Depresión posparto	Mujeres con puntaje > a 13 en la escala de depresión posnatal Edimburgo	Cuantitativa Dicotómica	Mayor a 13= DPP Menor a 13 = no presenta DPP
VARIABLES INDEPENDIENTES			
FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS			
Edad	Edad en años	Cuantitativa Continua	1 = $\leq 19$ años 2 = $\geq 20$ a $\leq 35$ 3 = $\geq 35$ años
Grado de estudios	Ultimo nivel de educación recibida	Cualitativa Ordinal	1 = No recibió educación 2 = Nivel Primario 3 = Nivel Secundario 4 = Nivel Superior
Procedencia	Procedencia referida por la púérpera	Cualitativa Nominal	1 = Zona Rural 2 = Zona urbana
Estado civil	Estado civil referido por la púérpera	Cualitativa Nominal	1 = Soltera 2 = Conviviente 3 = Casada 4 = Viuda/divorciada
Empleo	Ocupación posterior al parto	Cualitativa Nominal	1 = Si trabaja 2 = No trabaja 3 = Perdió su empleo
Empleo de la pareja	Ocupación de la pareja posterior al parto	Cualitativa Nominal	1 = No trabaja 2 = Si Trabaja 3 = No corresponde
FACTORES SOCIALES Y PSICOLOGICOS			



Apoyo de la pareja	Percepción de apoyo por parte de la puérpera durante la encuesta	Cualitativa Nominal	1 = No 2 = Si
Apoyo familiar	Sentimiento de apoyo por parte de la familia en la puérpera encuestada	Cualitativa Nominal	1 = No 2 = Si
Enfermedad psiquiátrica previa	Alteraciones de la salud mental diagnosticadas previos al último embarazo	Cualitativa Nominal	1 = Si 2 = No
Violencia domestica	Abuso cometido por pareja o familiares	Cualitativa Nominal	1 = Si 2 = No
Embarazo planificado	Embarazo deseado referido por la paciente	Cualitativa Nominal	1 = No Deseado 2 = Deseado
FACTORES GINECO-OBSTETRICOS			
Antecedentes de aborto/óbito feral	Antecedente referido por la puérpera	Cualitativa Nominal	1 = Si 2 = No
Controles prenatales	Se considera adecuada una cantidad mayor o igual a 6 según el MINSA.	Cuantitativa Dicotómica	$\geq 6$ Controles prenatales = Adecuado $< 5$ Controles prenatales = inadecuado
Psicoprofilaxis	Haber realizado psicoprofilaxis durante la gestación referido por la participante.	Cualitativa Nominal	1 = Si 2 = No
Enfermedad en el embarazo	Afección medica durante la gestación referido por la participante.	Cualitativa Nominal	1 = Si (Preeclampsia, Diabetes materna, otras.) 2 = No



Tipo de parto	Puede ser vaginal o cesárea	Cualitativa Nominal	1 = Cesárea 2 = Vaginal
Complicación durante el parto	Complicación durante el trabajo de parto referido por la puérpera	Cualitativa Nominal	1 = Si (Parto prolongado, cesárea de emergencia, hemorragia posparto) 2 = No
Recién nacido hospitalizado	Enfermedad del recién nacido, que haya requerido hospitalización	Cualitativa Nominal	1 = Si 2 = No
Lactancia Materna	Lactancia materna de manera exclusiva	Cualitativa Nominal dicotómica	1 = No (Apoyo con leches maternizadas) 2 = Si
Paridad	Número de partos contando la última gestación	Cuantitativa Ordinal	1 = Primíparas (1 hijo) 2 = Multípara ( $\geq 2$ hijos)
Sexo del Recién nacido	Puede ser masculino o femenino	Cualitativa Dicotómica	1 = Masculino 2 = Femenino



## ANEXO 3: Consentimiento Informado

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

#### **“FACTORES ASOCIADOS A DEPRESION POSPARTO EN PUERPERAS TARDIAS EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD METROPOLITANO Y SIMON BOLÍVAR – PUNO DURANTE LOS PERIODOS JULIO- SEPTIEMBRE 2023”**

La presente investigación es desarrollada por el egresado Yhon Brayan Chambilla Mollinedo, de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Altiplano – Puno. El objetivo de la presente investigación es determinar los factores asociados a depresión posparto en puerperas tardías que se atienden en los establecimientos de salud Metropolitano y Simón Bolívar de Puno durante los periodos Julio - Septiembre 2023.

Si Ud. participa de manera voluntaria en el estudio, se le pedirá responder dos cuestionarios; el primero el test de depresión posnatal de Edimburgo, luego un segundo cuestionario de factores de riesgo. El tiempo que le tomará será aproximadamente 10 minutos.

Los factores de riesgo han sido previamente estudiados en otras poblaciones, y no presenta ningún riesgo, el estudio no presentara costo alguno para usted.

Los beneficios para la institución serán de tener información acerca de los factores de riesgo que predisponen a desarrollar posparto, para el investigador corresponde un beneficio académico, para los participantes tener conocimiento acerca de los factores de riesgo posparto.

Toda la información brindada será estrictamente confidencial y no se publicarán los nombres y apellidos en el momento de publicación de resultados.

De presentarse dudas durante su participación puede hacer preguntas en cualquier momento, y si alguna pregunta le parece inapropiada tiene todo el derecho de comunicarlo al investigador y/o no responderla, o ponerse en contacto con el número de celular 969525283.

### AUTORIZACION

Yo, \_\_\_\_\_ acepto participar de manera voluntaria y doy mi consentimiento informado para la participación en el proceso de recolección de datos del proyecto de investigación en mención, realizado por el investigador. Acepto a participar y me comprometo a responder a las preguntas formuladas de la forma más honesta posible.

Declaro que recibí una explicación clara y completa del proceso de la presente encuesta y el propósito de su realización. Asimismo, se me ha informado que los datos obtenidos serán utilizados con fines académicos y de investigación serán estrictamente confidenciales.

\_\_\_\_\_  
Firma de la participante

Fecha: Puno, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2023



## ANEXO 4: Escala de depresión posnatal de Edimburgo

### ESCALA DE DEPRESIÓN POSNATAL DE EDIMBURGO

En los últimos siete días marca con un aspa (X) como te sentiste:

1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas

- Tanto como siempre
- No tanto ahora
- Mucho menos ahora
- No, no he podido

2. He mirado el futuro con placer para hacer las cosas

- Tanto como siempre
- Algo menos de lo que solía hacer
- Definitivamente menos
- No, nada

3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien

- Sí, la mayoría de las veces
- Sí, algunas veces
- No muy a menudo
- No, nunca

4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo

- No, para nada
- Casi nada
- Sí, a veces
- Sí, a menudo

5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno

- Sí, bastante
- Sí, a veces
- No, no mucho
- No, nada

6. Las cosas me superaban, me sobrepasaban o agobian

- Sí, la mayor parte de las veces
- Sí, a veces
- No, casi nunca
- No, nada

7. Me he sentido tan infeliz, que he tenido dificultad para dormir

- Sí, la mayoría de las veces
- Sí, a veces
- No muy a menudo
- No, nada

8. Me he sentido triste y desgraciada

- Sí, casi siempre
- Sí, bastante a menudo
- No muy a menudo
- No, nada

9. He sido tan infeliz que he estado llorando

- Sí, casi siempre
- Sí, bastante a menudo
- Sólo en ocasiones
- No, nunca

10. He pensado en hacerme daño a mí misma

- Sí, bastante a menudo
- A veces
- Casi nunca
- No, nunca



## ANEXO 5: Encuesta de factores de riesgo

### ENCUESTA DE FACTORES DE RIESGO

Completar o seleccionar una alternativa

#### SOCIODEMOGRAFICOS

1. EDAD: \_\_\_\_\_
2. GRADO DE ESTUDIOS:
  - a) No recibí educación
  - b) Primaria
  - c) Secundaria
  - d) Superior
3. PROCEDENCIA:
  - a) Rural
  - b) Urbana
4. ESTADO CIVIL:
  - a) Soltera
  - b) Conviviente
  - c) Casada
  - d) Viuda/divorciada
5. Ud. ¿Cuenta con trabajo actualmente?
  - a) Cuento con trabajo
  - b) No cuento con trabajo
  - c) Perdió su trabajo por el último embarazo
6. ¿Su pareja cuenta con trabajo estable?
  - a) Si cuenta con trabajo estable
  - b) No cuenta con trabajo estable
  - c) No tengo pareja

#### FACTORES PSICOLOGICOS

7. ¿Su menor hijo, es producto de un embarazo planificado?
  - a) Si
  - b) No
8. ¿Siente que su pareja lo apoya emocionalmente?
  - a) Si
  - b) No
9. ¿Siente que su familia lo apoya emocionalmente?
  - a) Si
  - b) No
10. Tuvo Ud. ¿Diagnóstico de depresión o ansiedad, anterior al último embarazo?
  - a) Si
  - b) No
11. ¿Ha sufrido Ud. de maltrato psicológico/violencia por parte de su

conviviente o familiares durante el último embarazo?

- a) Si
- b) No

#### ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS

12. ¿Ha tenido Ud. antecedente de aborto/óbito fetal (muerte fetal)?
  - a) Si
  - b) No
13. ¿Cuántos controles prenatales tuvo durante la última gestación?
  - a) Menor o igual a 5 controles
  - b) Mayor o igual a 6 controles
14. ¿Realizó psicoprofilaxis?
  - a) No
  - b) Si
15. ¿Ha sufrido alguna enfermedad o complicación durante el embarazo? (p. ej.; Diabetes Mellitus, Preeclampsia, Infección urinaria, Anemia, etc.)
  - a) Si
  - b) No
16. Su tipo de parto fue:
  - a) Parto vaginal
  - b) Cesárea
17. ¿Presento alguna complicación durante el parto?
  - a) Si
  - b) No
18. ¿Su bebé presentó alguna complicación por la que tuvo que ser hospitalizado?
  - a) Si
  - b) No
19. ¿Su bebé nació con alguna malformación congénita?
  - a) Si
  - b) No
20. ¿Esta Ud. alimentando a su bebé exclusivamente con leche materna?
  - a) Si, solo con leche materna
  - b) No, me apoyo con fórmulas lácteas
21. ¿Cuántos hijos tiene?  
\_\_\_\_\_
22. ¿Cuál es el sexo de su último hijo?
  - a) Masculino
  - b) Femenino



## ANEXO 6: Permiso de la Red de Salud Puno

	<b>PERÚ</b>	<b>Ministerio de Salud</b>	<b>Dirección Regional de Salud Puno</b>	<b>Red de Salud Puno</b>
---	-------------	----------------------------	---	--------------------------

"AÑO DE LA UNIDAD, LA PAZ Y EL DESARROLLO"

Puno, 18 de Julio del 2023

OFICIO MULT. N° 075 -2023-D.-RED-DE-SALUD-PUNO J.U.RR. HH/ACAP.

Señor:

M.C. Juan Andrés ORTEGA FLORES  
JEFE DE LA MICRO RED METROPOLITANO

C.D. Deysi Elba LEYVA MORALES  
JEFE DE MICRORED SIMON BOLIVAR

PRESENTE. -

ASUNTO : Presentación de Tesista

REFERENCIA : Solicitud del interesado Hoja de Ruta N° 5807

Tengo a bien dirigirme a usted para presentar al Sr. CHAMBILLA MOLLINEDO YHON BRAYAN bachiller en Medicina Humana, y **tesista** de la **"Universidad Nacional del Altiplano - Puno"**, solicita recabar datos para la ejecución de su Proyecto de Tesis titulado:

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DEPRESIÓN POSPARTO EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD METROPOLITANO Y SIMÓN BOLÍVAR – PUNO, DURANTE LOS PERIODOS JULIO – SEPTIEMBRE 2023.

Para ello deberá brindarle las facilidades. Teniendo en cuenta si se presentará algún inconveniente en la salud del tesista o de los pacientes a quienes se sometan en este estudio de investigación será RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA del tesista, para lo cual deberá presentar una carta de compromiso al EE.SS.

Sin otro particular aprovecho la oportunidad para expresarle las consideraciones más distinguidas.

Atentamente,



C.c. Interesada (o) ( )  
C.c. Arch. ( )





JUAN AUGUSTO DEBBAO AZA  
DIRECTOR EJECUTIVO (a)  
RED DE SALUD PUNO  
COP. 27774



MC. JUAN ANDRES ORTEGA FLORES  
MEDICO CIRUJANO  
CMP. 27259

20. 07. 2023



## ANEXO 7: Validación del cuestionario de factores de riesgo

### INFORME DE VALIDACION POR JUICIO DE EXPERTOS

Estimado Dr. Por medio de la presente me dirijo a Ud. para invitarlo a participar como experto para la validación del cuestionario de factores de riesgo para la recolección de datos del proyecto de tesis "Factores asociados a depresión posparto en puérperas tardías en los establecimientos de salud Metropolitano y Simón Bolívar – Puno durante los periodos de Julio – Septiembre de 2023"

Sírvase a identificar el ítem o pregunta y conteste marcando con un aspa o cruz en la casilla que Ud. considere pertinente, puede realizar sus observaciones en la columna posterior. Le agradezco anticipadamente por su aporte en la validación del instrumento.

#### ASPECTOS A EVALUAR:

Aspecto a evaluar	Descripción	Evaluación	Observaciones
1. Claridad	Las preguntas están elaboradas en un lenguaje apropiado	Cumple	
2. Objetividad	Las preguntas se expresan en aspectos observables	Cumple	
3. Conveniencia	Las preguntas son adecuadas para el tema en investigación	Cumple	
4. Organización	Existe organización lógica y sintáctica	Cumple	
5. Suficiencia	Se comprende todos los indicadores de cantidad y calidad	Cumple	
6. Intencionalidad	Es adecuado para medir los indicadores de la investigación	Cumple	
7. Consistencia	Se basan en aspectos teóricos del tema investigado	Cumple	
8. Coherencia	Existe relación entre las preguntas e indicadores	Cumple	
9. Estructura	La estructura del cuestionario responde a las preguntas de investigación	Cumple	
10. Pertinencia	El cuestionario es útil y oportuno para la investigación	Cumple	

#### OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

- Aplicable ( X )
- Aplicable después de corregir ( )
- No aplicable ( )

Nombre del evaluador: *Victor Americo Villar González*

Especialidad del evaluador: *Ginecología y Obstetricia*

*[Firma]*  
Dr. Victor Villar González  
GINECOLOGO OBSTETRA  
C.M.P. 32510 - R.N.E. 27147  
Hospital Regional "MNB"-Puno



### INFORME DE VALIDACION POR JUICIO DE EXPERTOS

Estimado Dr. Por medio de la presente me dirijo a Ud. para invitarlo a participar como experto para la validación del cuestionario de factores de riesgo para la recolección de datos del proyecto de tesis "Factores asociados a depresión posparto en puérperas tardías en los establecimientos de salud Metropolitano y Simón Bolívar – Puno durante los periodos de Julio – Septiembre de 2023"

Sírvese a identificar el ítem o pregunta y conteste marcando con un aspa o cruz en la casilla que Ud. considere pertinente, puede realizar sus observaciones en la columna posterior. Le agradezco anticipadamente por su aporte en la validación del instrumento.

#### ASPECTOS A EVALUAR:

Aspecto a evaluar	Descripción	Evaluación	Observaciones
1. Claridad	Las preguntas están elaboradas en un lenguaje apropiado	Cumple	
2. Objetividad	Las preguntas se expresan en aspectos observables	Cumple	
3. Conveniencia	Las preguntas son adecuadas para el tema en investigación	Cumple	
4. Organización	Existe organización lógica y sintáctica	Cumple	
5. Suficiencia	Se comprende todos los indicadores de cantidad y calidad	Cumple	
6. Intencionalidad	Es adecuado para medir los indicadores de la investigación	Cumple	
7. Consistencia	Se basan en aspectos teóricos del tema investigado	Cumple	
8. Coherencia	Existe relación entre las preguntas e indicadores	Cumple	
9. Estructura	La estructura del cuestionario responde a las preguntas de investigación	Cumple	
10. Pertinencia	El cuestionario es útil y oportuno para la investigación	Cumple	

#### OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

- Aplicable (  )
- Aplicable después de corregir (  )
- No aplicable (  )

Nombre del evaluador: *Adrian Pinto Guillén*

Especialidad del evaluador: *Psiquiatría*

  
Dr. Adrian Pinto Guillen  
PSIQUIATRA - PSICOTERAPEUTA  
CMP 21783 RNE. 11870



### INFORME DE VALIDACION POR JUICIO DE EXPERTOS

Estimado Dr. Por medio de la presente me dirijo a Ud. para invitarlo a participar como experto para la validación del cuestionario de factores de riesgo para la recolección de datos del proyecto de tesis "Factores asociados a depresión posparto en puérperas tardías en los establecimientos de salud Metropolitano y Simón Bolívar – Puno durante los periodos de Julio – Septiembre de 2023"

Sírvase a identificar el ítem o pregunta y conteste marcando con un aspa o cruz en la casilla que Ud. considere pertinente, puede realizar sus observaciones en la columna posterior. Le agradezco anticipadamente por su aporte en la validación del instrumento.

#### ASPECTOS A EVALUAR:

Aspecto a evaluar	Descripción	Evaluación	Observaciones
1. Claridad	Las preguntas están elaboradas en un lenguaje apropiado	Cumple	
2. Objetividad	Las preguntas se expresan en aspectos observables	Cumple	
3. Conveniencia	Las preguntas son adecuadas para el tema en investigación	Cumple	
4. Organización	Existe organización lógica y sintáctica	Cumple	
5. Suficiencia	Se comprende todos los indicadores de cantidad y calidad	Cumple	
6. Intencionalidad	Es adecuado para medir los indicadores de la investigación	Cumple	
7. Consistencia	Se basan en aspectos teóricos del tema investigado	Cumple	
8. Coherencia	Existe relación entre las preguntas e indicadores	Cumple	
9. Estructura	La estructura del cuestionario responde a las preguntas de investigación	Cumple	
10. Pertinencia	El cuestionario es útil y oportuno para la investigación	Cumple	

#### OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

- Aplicable ( X )
- Aplicable después de corregir ( )
- No aplicable ( )

Nombre del evaluador: Rendo Lopez Apaza

Especialidad del evaluador: Ginecología y Obstetricia

HOSPITAL REGIONAL "MNB" - PUNO  
Rendo Lopez Apaza  
GINECOLOGO - OBSTETRA  
CMP. 52919 - RNE. 40054



## ANEXO 8: Declaración jurada de autenticidad de tesis



Universidad Nacional  
del Altiplano Puno



Vicerrectorado  
de Investigación



Repositorio  
Institucional

### DECLARACIÓN JURADA DE AUTENTICIDAD DE TESIS

Por el presente documento, Yo Yhen Droyan Chumbilla Melincede  
identificado con DNI 72535890 en mi condición de egresado de:

Escuela Profesional,  Programa de Segunda Especialidad,  Programa de Maestría o Doctorado  
MEDICINA HUMANA

informo que he elaborado el/la  Tesis o  Trabajo de Investigación denominada:

"Factores Asociados a depresión preparto en puérperas atendidas en los establecimientos de salud metropolitanos y Simón Bolívar, durante los períodos julio - septiembre 2023"

Es un tema original.

Declaro que el presente trabajo de tesis es elaborado por mi persona y **no existe plagio/copia** de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación (tesis, revista, texto, congreso, o similar) presentado por persona natural o jurídica alguna ante instituciones académicas, profesionales, de investigación o similares, en el país o en el extranjero.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo de investigación, por lo que no asumiré como tuyas las opiniones vertidas por terceros, ya sea de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o Internet.

Asimismo, ratifico que soy plenamente consciente de todo el contenido de la tesis y asumo la responsabilidad de cualquier error u omisión en el documento, así como de las connotaciones éticas y legales involucradas.

En caso de incumplimiento de esta declaración, me someto a las disposiciones legales vigentes y a las sanciones correspondientes de igual forma me someto a las sanciones establecidas en las Directivas y otras normas internas, así como las que me alcancen del Código Civil y Normas Legales conexas por el incumplimiento del presente compromiso

Puno 11 de diciembre del 2023

  
FIRMA (obligatoria)



Huella



## ANEXO 9: Autorización para el depósito de tesis en el Repositorio Institucional



Universidad Nacional  
del Altiplano Puno



Vicerrectorado  
de Investigación



Repositorio  
Institucional

### AUTORIZACIÓN PARA EL DEPÓSITO DE TESIS O TRABAJO DE INVESTIGACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Por el presente documento, Yo Yhen Grayan Chantilla Molinero identificado con DNI 72535840 en mi condición de egresado de:

Escuela Profesional,  Programa de Segunda Especialidad,  Programa de Maestría o Doctorado  
MEDICINA HUMANA

informo que he elaborado el/la  Tesis o  Trabajo de Investigación denominada:

" Factores Asociados a depresión postparto en mujeres puérperas en los establecimientos de salud Metropolitanos y Simón Bolívar, durante los periodos julio - septiembre 2023 "

para la obtención de  Grado,  Título Profesional o  Segunda Especialidad.

Por medio del presente documento, afirmo y garantizo ser el legítimo, único y exclusivo titular de todos los derechos de propiedad intelectual sobre los documentos arriba mencionados, las obras, los contenidos, los productos y/o las creaciones en general (en adelante, los "Contenidos") que serán incluidos en el repositorio institucional de la Universidad Nacional del Altiplano de Puno.

También, doy seguridad de que los contenidos entregados se encuentran libres de toda contraseña, restricción o medida tecnológica de protección, con la finalidad de permitir que se puedan leer, descargar, reproducir, distribuir, imprimir, buscar y enlazar los textos completos, sin limitación alguna.

Autorizo a la Universidad Nacional del Altiplano de Puno a publicar los Contenidos en el Repositorio Institucional y, en consecuencia, en el Repositorio Nacional Digital de Ciencia, Tecnología e Innovación de Acceso Abierto, sobre la base de lo establecido en la Ley N° 30035, sus normas reglamentarias, modificatorias, sustitutorias y conexas, y de acuerdo con las políticas de acceso abierto que la Universidad aplique en relación con sus Repositorios Institucionales. Autorizo expresamente toda consulta y uso de los Contenidos, por parte de cualquier persona, por el tiempo de duración de los derechos patrimoniales de autor y derechos conexos, a título gratuito y a nivel mundial.

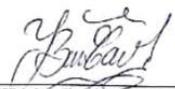
En consecuencia, la Universidad tendrá la posibilidad de divulgar y difundir los Contenidos, de manera total o parcial, sin limitación alguna y sin derecho a pago de contraprestación, remuneración ni regalía alguna a favor mío; en los medios, canales y plataformas que la Universidad y/o el Estado de la República del Perú determinen, a nivel mundial, sin restricción geográfica alguna y de manera indefinida, pudiendo crear y/o extraer los metadatos sobre los Contenidos, e incluir los Contenidos en los índices y buscadores que estimen necesarios para promover su difusión.

Autorizo que los Contenidos sean puestos a disposición del público a través de la siguiente licencia:

Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional. Para ver una copia de esta licencia, visita: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

En señal de conformidad, suscribo el presente documento.

Puno 11 de diciembre del 2023

  
FIRMA (obligatoria)



Huella