UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

ASOCIACION ENTRE EL TIPO DE PARTO Y LA DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS INMEDIATAS DE 18 A 35 AÑOS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACOCHA, 2024

Tesis para optar el título profesional de

MEDICO CIRUJANO

ERICK JAIR TORRES GALÁN

Pucallpa, Perú

2025

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

En Pucallpa, a los ..17... días del mes de OCTUBRE..... del dos mil veinticinco, siendo las ..18.... horas, y de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Nacional de Ucayali, se reunieron en los ambientes del auditorio de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Ucayali, los miembros del Jurado Calificador de Tesis, para proceder con la evaluación de la tesis denominada **"ASOCIACIÓN ENTRE EL TIPO DE PARTO Y LA DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUERPERAS INMEDIATAS DE 18 A 35 AÑOS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZONICO DE YARINACOCHA, 2024"**, elaborado por el (la) Bachiller en Medicina Humana **ERICK JAIR TORRES GALAN.**

El Jurado Calificador de Tesis está conformado por los siguientes docentes:

Dr. WALTER ROMAN LEVEA BARTRA	(Presidente)
Dra. ARLENE ROSARIO FALCON GUERRA	(Miembro)
Dr. ANGEL CARLOS TERRONES MARREROS	(Miembro)

Finalizado el acto de sustentación, luego de deliberar el Jurado y verificar los calificativos, se obtuvo el siguiente resultado de ..APROBADO..... por .UNANIMIDAD..... con el calificativo de DIECISIETA...(17).. Quedando el sustentante graduado como Médico Cirujano, para que se le expida el TITULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO.

Pucallpa, ...17.... de ..OCTUBRE. del 2025.

Dr. Walter Román Leveau Bartra
Presidente del Jurado Evaluador

Dra. Arlene Rosario Falcón Guerra
Miembro del Jurado Evaluador

Dr. Ángel Carlos Terrones Marreros
Miembro del Jurado Evaluador

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESTA TESIS FUE APROBADA POR LOS MIEMBROS DEL JURADO CALIFICADOR DE LA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI.

Dr. WALTER ROMAN LEVEAU BARTRA
Presidente del Jurado Evaluador

Dra. ARLENE ROSARIO FALCON GUERA
Miembro del Jurado Evaluador

Dr. ANGEL CARLOS TERRONES MARREROS
Miembro del Jurado Evaluador

M.C. Mg. LUIS ENRIQUE RUIZ SOLSOL
ASESOR DE TESIS

BACH. ERICK JAIR TORRES GALAN
TESISTA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

DIRECCIÓN DE PRODUCCIÓN INTELECTUAL

CONSTANCIA

ORIGINALIDAD DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

N° V/339-2025.

La Dirección de Producción Intelectual de la Universidad Nacional de Ucayali, hace constar por la presente, que el trabajo académico de investigación, titulado:

"ASOCIACIÓN ENTRE EL TIPO DE PARTO Y LA DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS INMEDIATAS DE 18 A 35 AÑOS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACOCHA, 2024"

Autor(es)	:	**TORRES GALÁN, ERICK JAIR**
Facultad	:	**MEDICINA HUMANA**
Escuela	:	**MEDICINA HUMANA**
Asesor(a)	:	**Mg. RUIZ SOLSOL, LUIS ENRIQUE**

Presenta un **porcentaje de similitud de 2%**, verificado en el Sistema Antiplagio COMPILATIO,

De acuerdo a los criterios de porcentaje establecidos en el artículo 9 de la DIRECTIVA DE USO DEL SISTEMA ANTIPLAGIO, el cual indica que todo trabajo de investigación no debe superar el 10%. **En tal sentido, se declara, que el presente trabajo de investigación: SI Contiene un porcentaje aceptable de similitud,** procediéndose a emitir la presente Constancia de Originalidad de Trabajo de Investigación (COTI) a solicitud del asesor.

En señal de conformidad se firma y sella el presente documento.

Fecha: 02/07/2025

Mg. JOSÉ MANUEL CÁRDENAS BERNAOLA
Director de Producción Intelectual

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

DIRECCIÓN DE PRODUCCIÓN INTELECTUAL

AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN

Repositorio de la Universidad Nacional de Ucayali

Yo, ERICK JAIR TORRES GALAÑ

Autor de la tesis titulada: "ASOCIACIÓN ENTRE EL TIPO DE PARTO Y LA DEPRESIÓN POST PARTO EN PUERPERAS INMEDIATAS DE 18 A 35 AÑOS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACOCHA, 2024"

Sustentada el año 2025

Asesor(a): M.C. Mg. LUIS ENRIQUE RUIZ SOLSOL

Facultad: MEDICINA HUMANA

Escuela Profesional: MEDICINA HUMANA

Autorizo la publicación:

PARCIAL [ ] TOTAL [X]

De mi trabajo de investigación en el Repositorio Institucional de la Universidad Nacional de Ucayali (www.repositorio.unu.edu.pe), bajo los siguientes términos:

Primero: Otorgo a la Universidad Nacional de Ucayali licencia no exclusiva para reproducir, distribuir, comunicar, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público en general mi tesis (incluido el resumen) a través del Repositorio Institucional de la UNU, en formato digital sin modificar su contenido, en el Perú y en el extranjero; por el tiempo y las veces que considere necesario y libre de remuneraciones.

Segundo: Declaro que la tesis es una creación de mi autoría y exclusiva titularidad, por tanto me encuentro facultado a conceder la presente autorización, garantizando que la tesis no infringe derechos de autor de terceras personas, caso contrario, me hago único(a) responsable de investigaciones y observaciones futuras, de acuerdo a lo establecido en el estatuto de la Universidad Nacional de Ucayali, la Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria y el Ministerio de Educación.

En señal de conformidad firmo la presente autorización.

Fecha: 22 / 10 / 2025

Email: Erick09.ej76@gmail.co Firma:

Teléfono: 985011533 DNI: 72862542

DEDICATORIA

El presente trabajo lo dedico a Dios, amigos, y especialmente, a mi madre, por su apoyo incondicional.

AGRADECIMIENTO

A mis hermanos, y en especial a mi madre, quien siempre estuvo a mi lado brindándome su apoyo incondicional y creyó en mí sin dudar.

A mis familiares, por ser parte fundamental de mi desarrollo, y a mis amigos, por su constante aliento.

A la Universidad Nacional de Ucayali, por brindarme las herramientas y conocimientos necesarios para mi formación profesional.

También agradezco a los compañeros que conocí a lo largo de la universidad y del internado, por las experiencias compartidas.

Finalmente, a todas las personas que, de una u otra manera, me dejaron valiosas enseñanzas que me ayudaron a crecer y a convertirme en un mejor profesional.

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA vi

AGRADECIMIENTO vii

ÍNDICE DE TABLAS xi

ÍNDICE DE FIGURAS xii

ÍNDICE DE ANEXOS xiii

RESUMEN xiv

ABSTRACT xv

RESUMEN ..... **¡Error! Marcador no definido.**

CAPÍTULO I 17

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 17

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN 17

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN 20

1.2.1 Problema general 20

1.2.2 Problemas específicos 20

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN 20

1.3.1 Objetivo general 20

1.3.2 Objetivos específicos 20

1.4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN 21

CAPÍTULO II 23

MARCO TEÓRICO 23

2.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA 23

2.1.1 Antecedentes internacionales 23

2.1.2 Antecedentes nacionales 25

2.1.3 Antecedentes locales 29

2.2 BASES TEÓRICAS 30

2.2.1 Depresión postparto 30

2.2.2 Puerperio 39

2.2.3 Tipo de parto 40

2.3 CONCEPTOS BÁSICOS 43

2.4 HIPÓTESIS 44

2.5 VARIABLES DE ESTUDIO 45

CAPÍTULO III 48

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGAGIÓN 48

3.1 ÁMBITO DE ESTUDIO 48

3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN 48

3.3 NIVEL DE INVESTIGACIÓN 48

3.4 MÉTODO DE INVESTIGACIÓN 48

3.5 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN 48

3.6 POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO 49

3.6.1 Población 49

3.6.2 Muestra 49

3.7 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS 51

3.8 TÉCNICAS ESTADÍSTICAS PARA EL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN 51

3.8 CONSIDERACIÓN ÉTICA 54

CAPÍTULO IV 55

RESULTADOS Y DISCUCIÓN 55

4.1 RESULTADOS 55

4.1.1 Estadísticos descriptivos 55

4.1.2 estadísticos inferenciales 59

4.2 DISCUCIÓN DE RESULTADOS 61

CONCLUSIONES 64

RECOMENDACIONES.....65

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....66

ANEXOS.....74

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Operacionalización de variables 46
Tabla 2 Datos sociodemográficos de puérperas inmediatas de 18 a 35 años 55
Tabla 3 Datos sobre el tipo de parto en puérperas inmediatas de 18 a 35 años 57
Tabla 4 Depresión postparto según el tipo de parto en puérperas inmediatas de 18 a 35 años 58
Tabla 5 Prueba de normalidad de kolmogorov-Smirnov 59
Tabla 6 Correlación de Rho de Spearman del tipo de parto y la depresión postparto 59
Tabla 7 Correlación de Rho de Spearman del parto vaginal y la depresión postparto 60
Tabla 8 Correlación de Rho de Spearman del parto por cesárea y la depresión postparto 60

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 Datos sociodemográficos de puérperas inmediatas de 18 a 35 años.....56

FIGURA 2 Datos sobre el tipo de parto en puérperas inmediatas de 18 a 35 años.....57

FIGURA 3 Depresión postparto según el tipo de parto en puérperas inmediatas de 18 a 35 años.....58

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1 Matriz de consistencia 75
ANEXO 2 Ficha de recolección de datos 77
ANEXO 3 Instrumento: Cuestionario sobre depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) 79
ANEXO 4 Consentimiento informado 80
ANEXO 5 Autorización para realizar el trabajo de investigación 81
ANEXO 6 Aprobación del proyecto de tesis por comité de ética de Medicina Humana 82
ANEXO 7 Acta de expedito del informe final de tesis 84

RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación entre tipo de parto y la depresión postparto en puérperas inmediatas de entre 18 a 35 años, atendidas en el Hospital Amazónico, 2024. **Metodología**: El método de estudio fue descriptivo correlacional con un diseño no experimental. La muestra incluyó a 143 puérperas inmediatas, con edades entre 18 a 35 años. Se usó la técnica de la encuesta y el instrumento del cuestionario. **Resultados**: Se encontró que la depresión postparto está presente en el 11,7% de las puérperas de parto vaginal y 28,8% en puérperas postcesarea. El análisis estadístico indicó una asociación significativa entre el tipo de parto y la presencia de depresión postparto, con un valor p = 0,000 ($p < 0,01$) y un coeficiente de correlación Rho de Spearman = 0,715. **Conclusión**: Existe asociación entre el tipo de parto (vaginal o cesárea) y la depresión postparto.

Palabras clave: Parto vaginal, cesárea, complicaciones y depresión posparto.

ABSTRACT

Objective: To determine the relationship between the type of delivery and postpartum depression in immediate postpartum women aged between 18 to 35 years, attended at the Amazónico Hospital, 2024. **Methodology**: The study method was descriptive correlational with a non-experimental design. The sample included 143 immediate postpartum women, aged between 18 to 35 years. The survey technique and questionnaire instrument were used. **Results**: It was found that postpartum depression is present in 11.7% of women with vaginal delivery and 28.8% in women with cesarean delivery. Statistical analysis indicated a significant association between the type of delivery and the presence of postpartum depression, with a p-value = 0.000 ($p < 0.01$) and a Spearman's Rho correlation coefficient = 0.715**. Conclusion**: There is an association between the type of delivery (vaginal or cesarean) and postpartum depression.

Keywords: Vaginal childbirth, cesarean section, complications and postpartum depression.

INTRODUCCIÓN

La depresión posparto (DPP) es un trastorno del estado de ánimo que afecta a un número considerable de mujeres después del parto, caracterizado por sentimientos persistentes de tristeza, ansiedad, irritabilidad, fatiga y desinterés por las actividades cotidianas. Se estima que entre el 10% y el 20% de las mujeres en el mundo la padecen, aunque la prevalencia varía según factores sociales, culturales y el acceso a servicios de salud. Su importancia radica no solo en el impacto sobre la salud física y mental materna, sino también en las consecuencias negativas sobre el desarrollo emocional y cognitivo del recién nacido y en la dinámica familiar.

El tipo de parto, ya sea vaginal o abdominal (cesárea), ha sido objeto de estudio por su posible relación con la aparición de la DPP. Algunos estudios señalan que el parto quirúrgico, especialmente el no programado o de emergencia, puede aumentar el riesgo de depresión posparto, debido a factores como la pérdida de control, el trauma quirúrgico o las complicaciones postoperatorias. En contraste, otras investigaciones no han encontrado diferencias significativas entre ambas vías de parto, sugiriendo que factores psicosociales, obstétricos y contextuales también desempeñan un papel relevante.

El parto vaginal, considerado el método fisiológico, suele asociarse con una recuperación más rápida y una experiencia positiva del nacimiento, lo cual podría funcionar como factor protector frente a la DPP. No obstante, el dolor intenso, el trauma perineal o una atención insatisfactoria pueden generar malestar emocional. Por su parte, la cesárea, aunque necesaria en muchos casos, implica un proceso de recuperación más prolongado y posibles limitaciones en el contacto temprano madre-hijo, lo que puede afectar el bienestar emocional de la madre.

Ante este panorama, se resalta la necesidad de investigar la relación entre el tipo de parto y la depresión posparto mediante un enfoque integral que considere variables clínicas, psicológicas y socioculturales. En este contexto, la presente investigación se desarrolló en puérperas inmediatas (18 a 35 años) atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, con el propósito de aportar evidencia local que contribuya al diagnóstico oportuno y manejo efectivo de esta condición en poblaciones similares.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

La depresión constituye un trastorno mental que afecta aproximadamente al 5% de la población a nivel global. Su prevalencia en mujeres adultas duplica la observada en hombres, según datos epidemiológicos. De acuerdo a la OMS, más del 10% de las gestantes y puérperas a nivel mundial, presenta cuadros depresivos.(1) Aunque la gestación se considera culturalmente como una etapa de felicidad o realización, puede causar manifestaciones como la depresión en ciertas mujeres. La depresión posparto presenta un trastorno afectivo de carácter grave que tiene síntomas psicológicos y alteraciones biológicas, como altos niveles de cansancio, estados emocionales tristes y afecciones hormonales. (2)

Este trastorno mental está incluido en el "Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales" (DSM-5). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión posparto se posiciona como la principal causa de incapacidad laboral y el tercer factor de mortalidad en mujeres a nivel global. De acuerdo con la Escala de Depresión posnatal de Edimburgo, la prevalencia global de riesgo alcanza un 44,4% a nivel mundial.(3)Según estudios, la prevalencia es del 11,7% al 20,4% en Estados Unidos, del 6,1% al 16,8% en Europa, del 13,2% al 16,8% en África y del 20,7% en América del Sur. La evidencia epidemiológica confirma que la depresión posparto representa un desafío prioritario en salud pública, siendo una de las principales causas de muerte materna en el periodo perinatal y un factor asociado a conductas filicidas.(4)

Durante los primeros 4 meses después del parto, más de la mitad de las mujeres latinas (56%) de México y Estados Unidos experimentaron cuadros de depresión posparto. (5) Se han llevado a cabo investigaciones en Latinoamérica para evaluar la depresión posparto, empleando la escala de Edimburgo

(EPDS), los estudios revelaron prevalencias del 19,8% en Brasil, del 27,6% en Chile y del 31% en Argentina. En Perú, una investigación llevada a cabo en Arequipa reportó una prevalencia del 14,1%. No obstante, estos porcentajes fluctúan en función de factores de riesgo como, principalmente, la modalidad del parto.(6)

Diversas investigaciones señalan que el método de parto, especialmente el parto abdominal, ha sido identificado en varios estudios como elemento de riesgo asociado a desarrollar depresión posnatal. Por ejemplo, en el caso de Polonia estudios han determinado que el parto quirúrgico representa un factor de riesgo clave para la depresión posparto, asociándose además la intensidad del dolor materno con la detección temprana de síntomas más graves.(7). En India, se observó que el 3,79% de las mujeres sometidas a parto abdominal manifestaron depresión postparto(8), mientras que, en Japón, un 8,2% de las pacientes con parto quirúrgico presentaron el trastorno durante los primeros meses posparto, y la cesárea fue un factor de riesgo independiente pero significativo durante los tres a cuatro primeros meses posteriores al parto. (9)

En Perú, durante el año 2024, el MINSA informó que se atendieron 10 693 casos de depresión en Perú, el 76,57% de los cuales eran mujeres y su edad más común era entre los 20 y 40 años.(10) En un estudio desarrollado en un centro especializado en la salud materno-infantil en Lima en 2021, se descubrió que el 7,1% de las pacientes cesareadas experimentaron depresión después del parto y el 5,4% experimentaron ansiedad.(11) (11) En una encuesta realizada en Sicuani en 2023 a puérperas cesareadas, el 39 % no tenía riesgo de depresión posparto, el 38 % tenía riesgo probable de depresión posparto y el 22 % se encontraba en un rango límite para su diagnóstico.(12)

A nivel regional, según el MINSA, en 2024, se reportaron 39 casos de episodios depresivos de moderados a graves en Ucayali, de los cuales aproximadamente el 62% correspondieron a mujeres entre 18 y 59 años.(10) Los datos son limitados, pero preocupantes, en un estudio realizado en 2022 en el Centro de Salud Nuevo Bolognesi, reveló una prevalencia de 92,7% depresión posparto en la población analizada, mientras un 7,3% se situó en riesgo potencial de desarrollar esta condición.(13) En otra investigación llevada a cabo en 2023, en mujeres en el periodo posparto del Hospital

Regional de Pucallpa, obtuvo como resultado que el 15,1% de los participantes presentaron cuadros de depresión posparto.(14) La investigación más reciente se publicó en 2024, basado en datos recolectados en octubre del 2022 en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, analizo a 50 puérperas cesareadas y 59 con parto vaginal. Los resultados mostraron una prevalencia del 20% de depresión posparto en el primer grupo, y el 13,6% en el segundo.(15) Estas cifras evidencian una correlación significativa entre el tipo de parto y la probabilidad de desarrollar este trastorno en el periodo posnatal.

En los últimos 5 años se han realizado solo 3 investigaciones a nivel regional respecto al tema de depresión posparto. Además, no se han profundizado en muchos de sus factores de riesgo, como la modalidad de parto. Según las investigaciones, hay casos de depresión posparto en nuestra población y nuestras instituciones no están preparadas para estos casos, ya sea por falta de protocolos o simplemente por no dar importancia al tema. Debido a esto, la depresión posparto constituye un desafío en salud pública, dado la falta de intervención oportuna puede generar repercusiones multidimensionales que afecta la salud materna, la dinámica familiar y estructura sociales.

Por tal motivo, debido al crecimiento de las estadísticas de casos de depresión posparto, es necesario continuar investigando esta problemática en el Hospital Amazónico de Yarinacocha. Determinar la correlación entre la modalidad de parto y la depresión posparto, permitirá diseñar estrategias preventivas y optimizar los programas de atención psicológica especializada, mitigando así los riesgos críticos asociados a esta condición, como el suicidio materno o, en casos extremos, el infanticidio.

Para el presente estudio, se definen operativamente las variables principales de la siguiente manera: el tipo de parto corresponde a la modalidad mediante la cual culmina el embarazo, clasificada en parto vaginal o parto por cesárea, según lo consignado en la historia clínica de la puérpera, mientras que la depresión posparto se definirá operativamente como la presencia de un puntaje mayor que 13 en la escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS), aplicado en puérperas inmediatas (Primeras 48 horas posterior al parto).

El objetivo central es determinar la asociación entre el tipo de parto y la depresión posparto en puérperas inmediatas de 18 a 35 años, atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha. Aunque existen otros factores que pueden influir en el desarrollo de este trastorno, como las características sociodemográficas, antecedentes obstétricos o el apoyo social, estos no forman parte del alcance del presente estudio y se reconocen como limitaciones que deberán ser consideras en futuras investigaciones.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.2.1 Problema general

¿Existe asociación entre el tipo de parto y la depresión postparto en puérperas inmediatas de 18 a 35 años atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, en 2024?

1.2.2 Problemas específicos

- ¿Existe asociación entre el parto vaginal y la depresión postparto en puérperas inmediatas de 18 a 35 años atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el año 2024?
- ¿Existe asociación entre el parto por cesárea y la depresión postparto en puérperas inmediatas de 18 a 35 años atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el año 2024?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 Objetivo general

Determinar la asociación entre el tipo de parto (Vaginal o cesárea) y la presencia de depresión postparto, en puérperas inmediatas de 18 a 35 años atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el año 2024.

1.3.2 Objetivos específicos

- Determinar si existe asociación entre el parto vaginal y la depresión postparto, en puérperas inmediatas de 18 a 35 años atendidas en el hospital Amazónico de Yarinacocha, 2024.

- Determinar si existe asociación entre el parto abdominal y la depresión postparto, en puérperas inmediatas de 18 a 35 años atendidas en el hospital Amazónico de Yarinacocha, 2024.

1.4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

14.1 Justificación teórica

La depresión posparto constituye un trastorno con alta prevalencia a nivel mundial y regional, y está reconocida por la OMS como una de las principales causas de discapacidad en mujeres en edad fértil. En el contexto latinoamericano, las cifras varían entre 20 y 30 %, mientras que en el Perú oscilan entre 14 y 31%, según estudios previos (3,6,15). Esto ha permitido diseñar medidas preventivas y terapéuticas en diversos contextos. Sin embargo, , la mayoría de investigaciones disponibles en el país se han centrado en factores sociodemográficos u obstétricos generales, dejando relativamente poco explorada la relación directa entre modalidad de parto y depresión posparto inmediato, lo cual representa un vacío científico importante.

En el caso de la amazonia peruana, las condiciones sociales, culturales y de acceso a los servicios poseen particularidades que podrían modificar dicha relación, pero son escasos los estudios con enfoque metodológico riguroso en esta región y los existentes cuentan con muestras pequeñas.

Este estudio busca profundizar en el conocimiento sobre la depresión posparto, ampliando los estudios previos en el ámbito sanitario acerca de los factores de riesgo en mujeres puérperas del Hospital Amazónico de Yarinacocha. De manera específica, este estudio pretende contribuir al entendimiento de los factores asociados al método de parto y su conexión con la depresión postparto, proporcionando datos relevantes para ampliar las bases científicas sobre el tema en poblaciones amazónicas. Asimismo, se espera generar conocimientos que no solo sean útiles en términos académicos, sino que también sirvan para fundamentar el diseño de medidas preventivas e intervenciones ajustadas a las particularidades de esta población.

1.4.2 Justificación metodológica

Los estudios previos en Perú y Latinoamérica han utilizados diseños descriptivos simples, y con muestras reducidas (6,12,15) esto limita la validez de los hallazgos y dificulta estableces asociaciones solidas entre la modalidad de parto y la depresión posparto. Para este estudio se propone superar estas limitaciones mediante: El uso de un tamaño muestral calculado estadísticamente y representativo de la población de estudios. La aplicación del cuestionario estandarizado, la escala de depresión posparto de Edimburgo (EPDS), un instrumento breve, validado y confiabilidad comprobada en población peruana. Y la utilización de un análisis estadístico correlacional, que permitirá evaluar la relación entre ambas variables con mayor rigor científico.

Con la investigación se pretende obtener información relevante que amplíen el conocimiento sobre la población analizada en un contexto amazónico. Además, el estudio puede ser considerado base de otros estudios.

1.4.3 Justificación practica

A nivel práctico, la sistematización de datos nos permitirá profundizar un mejor análisis sobre esta condición, sentando bases para el diseño de estrategias preventivas y de promoción de la salud en población posparto. Con la información obtenida, se podrán crear intervenciones y programas de apoyo que ayuden a la disminución de los casos presentados.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

2.1.1 Antecedentes internacionales

Ning J, et al. (China - 2024), realizaron una investigación titulada "Metaanálisis de la asociación entre la cesárea y el riesgo de depresión posparto", cuyo objetivo fue generar información actualizada basada en evidencia, para la identificación temprana y la implementación de estrategias preventivas eficaces contra la depresión postparto. Para realizar el estudio se consideró literatura correlacionada con cesárea (CS) y depresión posparto (PPD). Se analizaron en total 18 estudios, con 8,844,328 participantes, de los cuales 14 correspondieron a diseños de cohorte y 4 a enfoques caso-control. Los hallazgos revelaron una prevalencia del 11% de PPD en la población obstétrica general. Específicamente, la prevalencia fue del 13,4% en mujeres sometidas a parto abdominal, frente al 10,4% en aquellas con partos vaginales. Los autores concluyeron que las gestantes que fueron sometidas al parto quirúrgico presentan un riesgo significativamente superior en comparación con aquellas con partos vaginales. (16)

Şahin S, et al. (Turquía - 2023), realizaron un estudio titulado "Evaluación de la relación entre la depresión posparto y el apoyo social en mujeres con parto vaginal y cesárea", cuyo objetivo fue analizar la prevalencia de depresión posparto (DPP) en pacientes obstétricas según la modalidad del parto (Vaginal o quirúrgico), explorando variables asociadas y la asociación entre el soporte social percibido y la sintomatología depresiva posnatal. Este estudio fue descriptivo y correlacional. La investigación se llevó a cabo en el servicio de ginecología y obstetricia de un hospital universitario en Sakarya, reclutando a 710 puérperas atendidas entre enero y junio de 2019, divididas

equitativamente en dos grupos: parto vaginal (n=355) y quirúrgico (n=355). Se utilizó la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) y la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (EMASP). Los resultados mostraron que la prevalencia de depresión posparto era del 24,4%. con una distribución del 21,7% en el grupo de parto vaginal y 27,0% en el de parto abdominal. Los autores concluyeron que no se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia de DPP entre ambos grupos de parto. (17)

Grisbrook MA, et al (Canadá - 2022), realizaron un estudio longitudinal titulado "Asociaciones entre parto por cesárea, estrés postraumático y síntomas de depresión posparto", cuyo objetivo era explorar el vínculo entre la modalidad de cesárea (electiva vs. urgente) y la depresión posparto (DPP). Además, analizar el papel mediador de los síntomas de estrés postraumático posparto (TEPT). La investigación empleó un análisis secundario de datos provenientes del estudio APrON (Alberta Pregnancy Outcomes and Nutrition), una cohorte prospectiva integrada por mujeres gestantes residentes en dos áreas urbanas de Alberta, Canadá. La sintomatología depresiva posnatal fue evaluada mediante la Escala de Edimburgo a los tres meses posparto. La muestra final fue de 354 mujeres. Los resultados sugieren que las cesáreas no planificadas o de emergencia podrían influir en la etiología de la Depresión postparto. Las mujeres sometidas a cesáreas urgentes o no programadas presentaron puntuaciones de TEPT 0,44 puntos superiores a las de cesáreas electivas. Además, se observó una correlación positiva entre las puntuaciones elevadas de TEPT y la severidad de los síntomas de DPP a los tres meses posparto. En general, el estudio actual demuestra que existe una asociación indirecta entre las cesáreas urgentes y la sintomatología depresiva posparto en las madres, lo que implica que los partos quirúrgicos no programados podrían afectar negativamente la vivencia del parto, lo que a su vez se relacionaría con un mayor riesgo de DPP. (18)

Yokoyama M, et al. (Japón - 2021), llevaron a cabo un estudio de cohorte prospectivo titulado "La cesárea se asocia con un mayor riesgo de síntomas depresivos posparto en Japón: Estudio de salud materna e infantil de Kyushu Okinawa", el objetivo fue analizar la relación entre el parto abdominal y el riesgo de sintomatología depresiva

postparto, utilizando datos del Estudio de Salud Materno Infantil de Kyushu Okinawa. Para esta investigación, se empleó una versión japonesa de la escala de depresión posnatal de Edimburgo, como herramienta diagnostica. La muestra consistió de 1310 mujeres encuestadas entre el tercer y cuarto mes posparto. Los resultados identificaron síntomas depresivos posparto en el 8.2%. Tras ajustar por variables de confusión, se encontró que, la cesárea se estableció como un factor de riesgo independiente para DPP en comparación con el parto vaginal. En conclusión, el estudio sugiere una asociación significativa entre la cesárea y un mayor riesgo de desarrollar síntomas depresivos posparto, entre los tres y cuatro meses posteriores al parto en mujeres japonesas.(9)

Jadoon A, et al. (Pakistán - 2020), desarrollaron un estudio titulado "Afiliación de la depresión posparto con el modo de parto: un dominio ignorado", cuyo propósito fue estimar la prevalencia de la depresión posparto (DPP) y analizar los factores de riesgo, con especial atención a la frecuencia de DPP en pacientes con parto abdominal y vaginal. El diseño metodológico correspondió a un estudio observacional transversal, la muestra fue de 200 pacientes, divididos en dos grupos: 100 pacientes sometidas a parto quirúrgico y 100 a parto eutócico. La evaluación se realizó mediante la escala de depresión posparto de Edimburgo (EPDS). Como resultado, se obtuvieron una prevalencia global de DPP del 29%, con una distribución del 60% en el grupo de parto abdominal frente al 40% en partos vaginales. Se concluye que la cesárea emergió como un factor de riesgo predominante para DPP en comparación con el parto vaginal, respaldando la necesidad de intervenciones preventivas en este subgrupo. (19)

2.1.2 Antecedentes nacionales

Quispe Ortega (Tacna - 2024), desarrolló el estudio "Tamizaje de depresión posparto en puérperas atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, en el periodo de octubre del 2022 a febrero del 2023", con el objetivo de analizar la prevalencia de síntomas depresivos posparto y las características sociodemográficas, ginecobstetricias y neonatales de pacientes posparto atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna (Perú). La investigación adoptó un diseño de estudio descriptivo y observacional, con una población de 10 433 puérperas, de las cuales se seleccionó una

muestra 165 mujeres en periodo posparto inmediato. Para la recolección de datos, se aplicó la escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS), el test de funcionalidad familiar APGAR y el sistema informático perinatal. Los resultados mostraron una prevalencia de síntomas de depresión postparto del 26.06%. En el ámbito sociodemográfico el 81.40% de las participantes tenían entre 19 y 35 años, y el 48.84% presentó disfunción familiar leve según el APGAR, lo que sugiere un posible vínculo entre el entorno familiar y la salud mental posparto. (20)

Apaza Begazo y Quiroz Berroa (Arequipa - 2024), realizaron el estudio transversal "Incidencia de depresión en puérperas de parto vía vaginal y puérperas con parto por cesárea en el Hospital III Yanahuara Essalud, Arequipa, 2024", con una cohorte de 200 pacientes del Hospital III Yanahuara. Se aplicó el instrumento validado de la Escala d Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS). Las puérperas fueron estratificadas en dos grupos equiparables: Parto vaginal (n:100) y parto quirúrgico (n:100). Los hallazgos revelaron diferencias clínicamente relevantes: En el grupo de parto vaginal, se identificó sintomatología depresiva en el 13% de los casos, y un 16% que experimentó cuadros depresivos severos. En el grupo de parto Abdominal, el 13% registró síntomas depresivos y un 34% presentó síntomas de depresión grave. La diferencia en la incidencia de depresión fuerte entre los grupos fue estadísticamente significativa. Los autores concluyeron que existe una asociación significativa entre el parto quirúrgico y una mayor incidencia de DPP grave, evidenciando una prevalencia significativamente mayor en pacientes sometidas a parto abdominal comparada con aquellas con parto vaginal. (21)

Rodríguez Romero y Roncal Calderón (Lima - 2023), llevaron a cabo el estudio "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", cuyo objetivo estaba orientado a identificar los factores de riesgo asociados a la depresión posparto (DPP) en pacientes atendidas en el Puesto de Salud Malvinas y Centro de Salud Imperial, Cañete. El estudio, de metodología observacional, analítico y transversal, incluyó una muestra compuesta por 146 puérperas, evaluadas con la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS). Los

resultados indicaron una prevalencia de 54.11%. Los factores como ausencia de apoyo conyugal o familiar, lactancia materna ineficaz, malformación congénita del neonato, y dificultades en el cuidado del neonato emergieron como variables significativas. Adicionalmente, el parto quirúrgico se asoció al 60.94% de los casos de DPP, mientas que el 66.67% de las participantes Reportaron complicaciones neonatales en sus bebes. El estudio concluye que la presencia de anomalías congénitas en el neonato, seguida de desafíos en el cuidado del bebé y el parto quirúrgico, constituyen los principales determinantes de DPP. (22)

Latorre Fernández (Arequipa – 2023), titulado "Ansiedad y depresión post parto en puérperas adultas, atendidas en un hospital de Sicuani" orientada a analizar la asociación entre la ansiedad y la depresión posparto (DPP) en puérperas adultas atendidas en un hospital de Sicuani. La investigación adoptó un diseño cuantitativo, no experimental y transversal, con una muestra de 94 participantes. Se utilizaron instrumentos validados: la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) para evaluar DPP y el Inventario de Ansiedad: Estado-Rasgo (STAI), para cuantificar la ansiedad transitorio (estado) y disposicional (rasgo). El análisis estadístico identifico una correlación positiva y moderada ($r=0,454$; $p<0,001$) entre la Ansiedad Rasgo y la DPP. Sin embargo, no se halló una relación estadísticamente significativa entre la DPP y la Ansiedad Estado. Los investigadores concluyeron, que la ansiedad rasgo, no la ansiedad situacional, actúa como un predictor relevante en DPP en esta población. (12)

Huamán Pérez (Ica – 2023) publicó la investigación titulada "Factores asociados a la depresión postparto en puérperas atendidas en el Departamento de Gineco-Obstetricia del "Hospital Santa María del Socorro" Ica - Perú, marzo-abril 2023", se identificó los factores asociados a la DPP en 162 puérperas atendidas entre marzo y abril de 2023. El estudio empleó una metodología retrospectivo, transversal, observacional y descriptivo, incluyendo una muestra de 162 puérperas. Los resultados revelaron una prevalencia de DPP del 55,6% en la población estudiada. Se observó una mayor frecuencia de partos abdominales (52,2%) entre las mujeres con DPP, en contraste con aquellas sin diagnóstico de DPP (34,7%). Otros factores asociados incluyeron la edad materna avanzada (más de 35 años), estado civil soltero, embarazo

no planificado y parto pretérmino. El estudio concluyó que múltiples factores sociodemográficos y obstétricos están vinculados a la DPP en pacientes del Hospital Santa María del Socorro (Ica, Perú). Estos hallazgos son relevantes para profundizar en la etiología de la DPP y diseñar intervenciones preventivas basadas en contextos locales, optimizando la atención en salud mental perinatal.(23)

Zamora Oraca (La libertad - 2019), la investigación "Tipo de parto como factor asociado a la depresión postparto", tuvo como objetivo evaluar la asociación entre la modalidad del parto (Abdominal vs vaginal) y el riesgo de depresión postparto (DPP) en pacientes atendidas en el Hospital Regional Docente de Trujillo entre enero-mayo de 2019. Se realizó un estudio de tipo analítico, observacional y de cohorte, se reclutó a 193 puérperas del servicio de Gineco-obstetricia, distribuidas en dos grupos: 64 con parto quirúrgico y 128 partos vaginales. La evaluación se realizó mediante la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS), instrumento validado para detectar síntomas depresivos. Los resultados mostraron una prevalencia de DPP del 28,1% en el grupo del parto abdominal, frente al 14,1% en partos vaginales. La prueba de Chi-cuadrado de Pearson (χ^2) confirmó una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos ($p < 0.05$), con un riesgo relativo ajustado (OR) de 2.06 (IC 95%: 1.12–3.75). En conclusión, el estudio determinó que el parto abdominal se asocia con un riesgo significativamente mayor de DPP en comparación con el parto vaginal, posicionando como un factor de riesgo independiente en la población estudiada. (24)

Sánchez Julca (La libertad - 2019) desarrolló la investigación "Cesárea como factor de riesgo de depresión postparto en puérperas del Hospital Regional Docente de Trujillo", con el objetivo de evaluar si el historial clínico de parto abdominal incrementa el riesgo de desarrollar depresión posparto (DPP) en pacientes del Hospital Regional Docente de Trujillo (Perú). El estudio adoptó un diseño metodológico retrospectivo, observacional y analítico bajo un enfoque caso-control, con una muestra de 87 puérperas, estratificadas en 2 grupos: con diagnóstico de DPP y sin este diagnóstico. Los resultados evidenciaron una prevalencia de partos abdominales del 79% en el grupo con DPP, en contraste con el 55% en el grupo sin DPP. El análisis estadístico mediante regresión logística identificó que la cesárea se asoció con un riesgo 3.115

veces mayor de desarrollar DPP (IC 95%; $p < 0.05$), en comparación con mujeres sin antecedentes de esta intervención quirúrgica. En conclusión, el estudio confirmó que el parto abdominal representa un factor de riesgo independiente y significativo para la DPP.(25)

2.1.3 Antecedentes locales

Levy Ríos (Ucayali - 2024), publicó un estudio titulado "Factores relacionados a depresión postparto en puérperas inmediatas del Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2022" que tuvo como objetivo evaluar la asociación entre variables sociodemográficas, obstétricas y neonatales con la depresión posparto (DPP) en mujeres durante el posparto inmediato, atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha (Perú), en octubre del 2022. Para la investigación se empleó un diseño cuantitativo, transversal y correlacional, con una muestra de 109 participantes en periodo postparto inmediato. Los resultados revelaron una prevalencia de DPP del 16,5%. Se observó una correlación estadísticamente significativa entre el tipo de parto y de DPP, con mayor incidencia en mujeres sometidas a parto abdominal (20%) frente a aquellas con parto vaginal (13,6%). Adicionalmente, se observó una relación inversa entre la edad materna y el nivel educativo con el riesgo de DPP: a mayor edad y mayor nivel educativo, menor riesgo de desarrollar el trastorno. (15)

Paredes Silvano (Ucayali - 2022), publicó una investigación titulada "Depresión posparto y Relación con las Características Sociales, Demográficas en pacientes atendidas en el Centro de Salud Nuevo Bolognesi 2022" cuyo objetivo fue analizar la correlación entre la depresión posparto (DPP) y las variables sociodemográficas en pacientes atendidas en el Centro de Salud durante ese mismo año. El diseño metodológico que usó fue observacional, transversal, prospectivo y analítico con una cohorte de 82 mujeres en periodo postparto. Los participantes completaron la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS). Los resultados revelaron indicaron que el 92,7% de las participantes presentaron indicadores compatibles con DPP, mientras que el 7,3% se ubicaron en el límite de riesgo. Sin embargo, el análisis estadístico no identificó una relación significativa entre la DPP y los factores sociodemográficos evaluados ($p > 0.05$). (13)

2.2 BASES TEÓRICAS

2.2.1 Depresión postparto

La depresión es un trastorno clínico del estado emocional que se expresa a través de un conjunto de manifestaciones clínicas por rasgos como fluctuaciones abruptas del estado de humor, que pueden terminar en tristeza, irritabilidad, falta de entusiasmo, angustia o congoja, que persisten por lo menos por un lapso de dos semanas. Se puede apreciar en cualquier momento de la vida, y con diversos episodios, experimentando recurrencias con tendencias a la recuperación, en medio de episodios. (26)

La depresión es un trastorno complejo que no tiene una única causa, sino que es producto de la combinación de múltiples elementos. Esta visión multifactorial está respaldada por una amplia evidencia científica que reconoce la contribución de factores genéticos, biológicos y contextuales(27) . El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) de la asociación Americana de Psiquiatría de clasificó este trastorno en las siguientes entidades nosológicas: desregulación disruptiva del estado de ánimo; Depresión mayor; Distimia (Trastorno depresivo persistente); Disforia premenstrual; y Depresión secundaria a condiciones médicas.(28)

2.2.1.1 Definición

La depresión posparto (DPP) constituye una alteración emocional que afecta a las mujeres en durante el primer año postparto. Se caracteriza por un conjunto de manifestaciones clínicas que persisten por un periodo mínimo de 14 días, y que pueden ser tan graves como los del trastorno depresivo mayor que puede manifestarse en distintas fases vitales (29) Algunos de los síntomas incluyen llanto, agotamiento, tristeza, irritabilidad, falta de sueño y estados de sueño lábil.

Los síntomas de la DPP generalmente se desarrollan entre los dos y tres días posteriores al parto, aunque en algunos casos pueden aparecer hasta la sexta semana tras el parto.(30) Asimismo, algunos autores indican que la duración puede llegar hasta los 14 meses, dependiendo de la severidad. (29)

En la actualización de 2018 del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) se incorpora el concepto de concepto de "Trastorno depresivo especificador" para referirse a la depresión posparto (DPP). Este término se utiliza para casos clínicos donde predominan síntomas depresivos que generan malestar significativo en el ámbito clínico, social, laboral o conductual, pero que no cumplen íntegramente los criterios requeridos para ser diagnosticada como uno de los trastornos depresivos específicos dentro de la categoría general de "Trastornos depresivos" del DSM-5.(31)

2.2.1.2 Factores de riesgo

Debido a la multifactorialidad etiológica de la depresión posparto, que pueden incluir factores bioquímicos, hormonales, psicológicos y sociales, es difícil establecer un origen preciso de este trastorno. (32)

Factores psicológicos

El trastorno depresivo postparto no surge de manera aislada. Entre los principales factores de riesgo destacan los antecedentes personales de trastorno afectivos como la depresión o ansiedad. La literatura científica ha evidenciado una correlación significativa entre la depresión postparto y haber experimentado un episodio depresivo previo.(33) Algunos resultados indican que un antecedente de síndrome premenstrual de moderado a grave se ha identificado como un predictor relevante para el desarrollo de sintomatología depresiva posnatal.(34) Además, otros factores predisponentes incluyen antecedentes como abuso sexual en el pasado, baja autoestima y desacuerdo con el género del bebé.(33)

Factores de riesgo obstétricos

Un embarazo de riesgo puede estar relacionado con una mayor susceptibilidad al desarrollo de trastornos depresivos en el período posnatal. Esto incluye las cesáreas de emergencia y las hospitalizaciones continuas durante el embarazo. (35) Las complicaciones del parto, como el prolapso del cordón umbilical y las hemorragias obstétricas, y el nacimiento de bebés con

un peso inferior a los 1500 gramos, tienen un riesgo de 4 a 18 veces mayor para desarrollar depresión posparto.(33)

Un embarazo de riesgo puede estar relacionado con una mayor susceptibilidad al desarrollo de trastornos depresivos en el período posnatal. Esto incluye las cesáreas de emergencia y las hospitalizaciones continuas durante el embarazo. (35) Las complicaciones del parto, como el prolapso del cordón umbilical y las hemorragias obstétricas, y el nacimiento de bebés con un peso inferior a los 1500 gramos, tienen un riesgo de 4 a 18 veces mayor para desarrollar depresión posparto.(33)

Según algunos estudios, las mujeres que tenían un fuerte deseo de un parto natural, pero que tuvieron que cesarse durante el período perinatal, presentan un mayor riesgo de desarrollar depresión posparto(33) La literatura científica ha identificado una asociación inversa entre la lactancia materna exclusiva y la depresión posparto. Se dice que las madres que solo amamantan a sus bebés en los primeros tres meses posparto tienen menor probabilidad de presentar DPP, además de puntuaciones inferiores en la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) en comparación con aquellas que no lo hacen.(36)

Aun sin evidencia suficiente, se ha observado que podría haber una conexión entre el descenso de la concentración de hemoglobina el séptimo día tras el parto y los síntomas depresivos posteriores al parto el día 28. (33)

Factores biológicos

La evidencia científica sugiere que el embarazo temprano incrementa significativamente la probabilidad de desarrollar trastornos depresivos. Las madres de 13 a 19 años tenían los niveles más altos, en contraste, las gestantes entre 31 y 35 años presentaron la prevalencia más reducida de este trastorno.(33) También se descubrió que las concentraciones sanguíneas de triptófano y serotonina se identificaron como predictores clínicos asociados al desarrollo de depresión posparto (37)

La hormona oxitocina es un factor en la depresión postparto porque regula las emociones, las respuestas emocionales y las interacciones sociales. Las concentraciones elevadas de oxitocina en el segundo trimestre gestacional se han asociado a un mayor riesgo de depresión posparto (DPP) cuando se miden dentro de las dos semanas iniciales del período posparto. (33)

Según algunos estudios, tras el parto y el alumbramiento, se produce una disminución en la hormona liberadora de corticotropina, lo que provoca en una reducción en la síntesis de hormonas esteroideas como estrógenos y una mayor susceptibilidad a la depresión durante el primer trimestre posparto (33).

Factores sociales

El apoyo social disminuye notablemente la incidencia de depresión postnatal; sin embargo, la ausencia de soporte emocional es el factor ambiental más importante que contribuye al desarrollo de cuadros ansiosos y depresivos.(35) La violencia doméstica y sexual durante la gestación, así como las dinámicas de pareja, se consideran elementos que incrementan la prevalencia de la depresión posparto.(33)

Se observó un incremento de 1.7 veces en la prevalencia de depresión posparto (DPP) asociado a hábitos como fumar durante el periodo prenatal, identificándose como un factor de riesgo de origen psicosocial. La depresión posnatal está relacionada a las condiciones laborales, especialmente las carreras profesionales. Estos elementos, junto con los bajos ingresos económicos y el nivel educativo limitado, se reconocen como determinantes de riesgo para la DPP. (33)

Estilo de vida

La depresión posparto puede estar vinculado por algunos patrones relacionados a hábitos alimenticios, calidad del sueño y el nivel de actividad física. (35) Según algunos estudios, la disminución de vitamina B6 puede estar asociado a este trastorno. La práctica de ejercicio moderada durante el tercer trimestre del embarazo se ha relacionado con una reducción significativa en

las puntuaciones de la escala de depresión postparto (EDPS) a las seis semanas posparto.(33)

2.2.1.3 Fisiopatología

La fisiopatogénesis de la depresión posparto, aún es desconocida, pero se han sugerido factores genéticos, alteraciones endocrinas, variables psicológicos y condicionantes sociales.

Las hormonas reproductivas tienen un rol importante en el comportamiento de individuos con depresión, influyendo en procesos neuroquímicos y emocionales vinculados a este trastorno. La fisiopatología de la depresión posparto puede originarse por alteraciones en diversos sistemas biológicos y endocrinos, incluyendo el Eje HPA (hipotálamo-pituitaria-adrenal). Este eje libera cortisol en respuesta al trauma y al estrés. Un cambio puede reducir la liberación de catecolaminas, provocando una respuesta desadaptativa al estrés. Las secreciones hormonales del eje Hipotalámico-Hipófisis-suprarrenal (HPA) incrementan durante la gestación y pueden mantenerse elevadas hasta doce semanas posparto. (35)

La oxitocina y la prolactina desempeñan un rol clave en los mecanismos fisiopatológicos de la depresión posnatal. La disminución de oxitocina en el tercer trimestre gestacional se correlaciona con un incremento de sintomatología depresiva durante la gestación y el posparto. Estas hormonas modulan procesos fisiológicos esenciales, como la eyección láctea y la síntesis de leche materna. En algunos casos, la depresión posparto se presenta junto con la ausencia de lactancia materna.(38)

2.2.1.4 Cuadro clínico

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) categoriza la depresión posparto como un episodio depresión mayor cuyo inicio puede ocurrir durante la gestación o dentro del primer mes posparto. Estos síntomas aparecen casi a diario e indican un cambio en la rutina previa.(39)

Para el diagnóstico, es necesario que se observen 5 o más de los siguientes indicadores sintomáticos (40):

- **Estado de ánimo depresivo**: se manifiesta entre el cuarto y quinto día tras el parto, denominado coloquialmente como "Baby Blues", con una duración variable de horas hasta días. Si persiste más allá de las dos semanas, el cuadro clínico se clasifica como depresión posparto (DPP).
- **Perdida de interés o incapacidad para disfrutar actividades cotidianas**: Aunque es poco frecuente después del nacimiento, es importante estar alerta si experimenta anhedonia, ya que puede indicar depresión después del parto.
- **Alteración del sueño**: Se debe considerar un indicador clínico para sospechar de depresión posnatal, si no puede conciliar el sueño debido a la hipersomnia.
- **Pérdida / falta de energía**: Si la madre experimenta una falta de energía a pesar de un sueño y siestas adecuadas, constituye un signo de alerta para evaluar la presencia de depresión posparto.
- **Agitación o retraso psicomotor**: La lentitud en el habla o la incapacidad para mantener una postura estática, son indicadores que justifican la sospecha de depresión posnatal.
- **Sentimientos excesivos de culpa**: presencia de sentimientos de fracaso, culpa o decepción.
- **Disminución de la concentración**: Este síntoma suele vincularse a la privación del sueño. Sin embargo, si no presenta problemas para conciliar el sueño y persisten dificultades en la toma de decisiones junto con una fragmentación del pensamiento, como falta de coherencia ideativa, es posible sospechar de depresión posparto.
- **Ideas suicidas**: presencia de pensamientos intrusivos como "mi bebe estaría mucho mejor sin mí", entre otros, y un deseo o planes de terminar su vida.

2.2.1.5 Evaluación

Todos los factores conductuales, como la pérdida de ánimo, desmotivación, alteraciones del patrón de sueño, agotamiento persistente, culpabilidad patológica y las

ideas suicidas, deben tenerse en cuenta al evaluar esta condición. Es crucial incluir antecedentes relacionados con el alcoholismo, las drogas, los hábitos de fumar y consumo de fármacos prescrito y de libre acceso. De dos a seis meses después del parto, se debe realizar un examen para detectar cualquier síntoma de depresión posparto. (35)

La depresión postparto constituye también un desafío prioritario en salud pública, dado su impacto en la salud integral de la madre y el neonato, lo que subraya la urgencia de un diagnóstico temprano. Para ello, es fundamental implementar estrategias que faciliten su detección precoz, manejo clínico y comprensión etiológica. En este sentido, se cuenta con diversos instrumentos, como Entrevista Clínica Estructurada, la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D), Cuestionario de Depresión de Beck II (BDI-II), Cuestionario de la Salud del Paciente y la Escala de Depresión de Edimburgo (EPDS). Debido a su rapidez y facilidad de uso, este último es el más utilizado en la actualidad.(29)

Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo

Desarrollada en 1987 por Cox, Holden y Sagavsky en Edimburgo. Los pacientes deben completar el cuestionario, que consta de diez preguntas y toma solo unos minutos.(41) Un umbral de 13 puntos o superior permite identificar a las pacientes con riesgo elevado de depresión posparto (DPP)(35) Este instrumento ha demostrado una sensibilidad del 88% y una especificidad del 92.5% para detectar depresión mayor; por lo que se recomienda su aplicación dentro de las primeras 3 a 4 semanas posparto para obtener un diagnóstico precoz. El objetivo de esta evaluación clínica es ayudar en el diagnóstico, valorar el riesgo de suicidio y prevenir infanticidios, así como descartar enfermedades psiquiátricas. (42)

Diagnóstico Diferencial.

Tristeza posparto: Se presenta con mayor frecuencia entre el segundo día hasta el quinto día posparto y remite espontáneamente hacia la segunda semana después del parto. Los ataques de llanto, tristeza, ansiedad,

irritabilidad, insomnio de conciliación, fatiga persistente, confusión y trastornos alimentarios (hipo o hipofagia) son los síntomas frecuentes que experimentan las mujeres durante este periodo. Normalmente, no afecta el funcionamiento diario ni la capacidad de cuidado del bebé. (42)

Hipertiroidismo o hipotiroidismo: Esta condición también puede causar trastornos en el estado de ánimo y se puede descartar mediante el análisis de valores séricos de TSH y T4 libre. (40) Psicosis posparto: Es una urgencia psiquiátrica de alto riesgo, asociados a conductas suicidas y filicidas. La madre experimenta alucinaciones, falta de sueños, agitación, delirios y comportamientos inusuales.(35)

2.2.1.6 Tratamiento.

Existe una amplia gama de técnicas disponibles para tratar la depresión, incluyendo el tratamiento psicosocial, las terapias farmacológicas y la terapia electroconvulsiva (TEC) (43). La psicoterapia y los antidepresivos se establece como las intervenciones iniciales prioritarias para el manejo clínico. Para casos de depresión posparto leve a moderada, la psicoterapia psicosocial se posiciona como la estrategia terapéutica principal. Se recomienda un enfoque multimodal que combine terapia psicológica y farmacoterapia, a aquellos pacientes con depresión de moderada a grave. (35)

Para el inicio de la administración de fármacos en caso de lactancia, es importante evaluar sus riesgos y ventajas. Por su menor detección en la leche, se recomienda el uso de ISRS. (43)

Manejo no farmacológico en el embarazo

- Apoyo social: Este enfoque de intervención suele ser ventajoso para el tratamiento de la depresión no grave, especialmente para las puérperas que no se sienten totalmente incapaces de manejar la situación. El tratamiento incluye ayudar a la madre a buscar oportunidades de estar con otras personas y organizar visitas que permitan a familiares, seres queridos y profesionales

brindar ayuda práctica. Es fundamental que la puérpera no experimente miedo de ser "dependiente". (2)

- Psicoterapia interpersonal: Se basa en el apoyo emocional, integrando componentes psicodinámicos sin ser un tratamiento psicoanalítico. Su enfoque se centra en guiar a la paciente en la búsqueda de apoyo en su entorno social, fortalecer sus relaciones interpersonales y brindarle herramientas para afrontar los desafíos que enfrenta.(2)
- Psicoterapia cognoscitiva conductual: El objetivo es reducir los síntomas depresivos, identificando patrones y tendencias cognoscitivas negativas e iniciando gradualmente la lucha contra ellos.(2)

Manejo farmacológico en la gestación.

- Durante el primer trimestre de gestación, se aconseja evitar el uso de antidepresivos. Entre las opciones terapéuticas para la depresión en períodos de gestación y lactancia, se encuentran los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), excluyendo la paroxetina. (43)

Manejo farmacológico en el posparto

- Los inhibidores selectivos de la receptación de serotonina (ISRS) representan la opción terapéutica inicial en el ámbito farmacológico. Cuando estos no demuestran eficacia, se recomienda evaluar la transición hacia inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (IRSN) o al uso de mirtazapina (43). Las investigaciones sugieren que, en un primer episodio de depresión sin síntomas psicóticos, se debe administrar la dosis completa del antidepresivo por lo menos 6 a 9 meses después de la remisión, y el tratamiento debe continuar por lo menos 4 a 6 semanas después de comenzar (35).

Manejo farmacológico durante la lactancia

- Algunos estudios han destacado el uso de ISRS, son preferibles en ciertos casos, ya que presentan concentraciones no detectables en el lactante, a diferencia de lo observado con citalopram y fluoxetina.

Manejo con terapia electroconvulsiva (TEC)

- La terapia electroconvulsiva (TEC) es recomendable para pacientes con depresión posparto grave que no responden a la psicoterapia y la farmacoterapia. Es particularmente útil en casos de depresión psicótica, ideas suicidas o infanticidas, y problemas alimenticios que derivan en deshidratación o desnutrición. Algunos estudios la sugieren como una opción más segura para madres en período de lactancia, debido a sus menores efectos adversos tanto para la madre como para el bebé.(43)

Brexanolona

- El brexanolona, aprobado por FDA el 2019, Constituye el primer fármaco desarrollado específicamente para tratar la depresión posparto. Su administración se restringe a pacientes que no han obtenido resultados satisfactorios con terapias convencionales como antidepresivos o terapia electroconvulsiva (TEC). El brexanolona se administra por vía intravenosa y, en los Estados Unidos, solo está disponible en centros médicos certificados. Para recibir este tratamiento, los pacientes deben ser evaluados y posteriormente inscritos en un programa especializado. (44)

2.2.2 Puerperio

El puerperio es el período que se inicia tras la culminación del parto y se extiende hasta la reaparición de la primera menstruación. Durante esta etapa se desarrollan múltiples cambios fisiológicos en la mujer, orientados a recuperar progresivamente su estado previo al embarazo y a favorecer el inicio del proceso de lactancia.(45) este período se clasifica de acuerdo al tiempo de evolución:

- **Inmediato**: Desde aproximadamente 2 horas postparto hasta las primeras 24 horas de evolución;
- **Mediato**: Entre el día 2-7.
- **Tardío**: Luego de la primera semana postparto hasta la sexta semana postparto o el día 42.(46)

Diversas fuentes actualizadas amplían este periodo hasta las 48 horas. Por ejemplo, estudios recientes en contextos hospitalarios de Latinoamérica adoptan este criterio clínico ampliado.(46,47)

En función de esta evidencia y dado que en las primeras 48 horas ocurren importantes cambios fisiológicos y emocionales, el presente estudio define operativamente el puerperio inmediato como el periodo comprendido entre el parto y las 48 horas siguientes, considerando a las pacientes evaluadas dentro de ese intervalo.

2.2.3 Tipo de parto

2.2.3.1 Parto Vaginal

El parto vaginal es el proceso fisiológico de culminación del embarazo entre las semanas 37 y 42, consiste en la expulsión del feto, la placenta y las membranas ovulares a través del canal del parto. Este tipo de parto ocurre por vía natural, sin la intervención quirúrgica de una cesárea, y puede ser espontáneo o asistido mediante maniobras obstétricas (como fórceps o ventosa), según la evolución del trabajo de parto y las condiciones materno-fetales. (48)

2.2.3.2 Cesárea

Definición

Es una intervención quirúrgica que implica realizar una incisión abdominal (laparotomía) y uterina (histerectomía) para extraer al neonato. La cesárea es considera una alternativa médica importante cuando el parto vaginal que no es factible o compromete la seguridad materno-fetal. Estadísticas mundiales muestran que alrededor de uno de cada tres nacimientos se produce por este método.(49)

Se posiciona como una de las intervenciones quirúrgicas abdominales más frecuente en la población femenina y está experimentando un incremento en su frecuencia tanto en naciones de altos ingresos como en contextos socioeconómicos vulnerables. Según estimaciones epidemiológicas, la tasa global es del 15%, con un 29,2% en América Latina y Caribe y un 3,5% en África.(50)

Tipos de cesárea

Cesárea electiva

Se trata de las cesáreas programadas, realizadas previo al inicio del trabajo de parto, en gestantes con patologías médicas que contraindican el parto natural. (51)

Indicaciones:

- Posiciones fetales anómalas, como la presentación podálica, posición transversa u oblicua.
- Antecedente de rotura uterina
- Placenta previa total, parcial o marginal con inserción que afecta al orificio cervical interno.
- Gestantes con diagnóstico de VIH, que cumplan criterios establecidos en los protocolos.
- Pacientes con antecedentes de dos o más cesáreas previas.
- Pacientes con infección genital activa no controlada.
- Gestaciones gemelares en las que el primer feto presenta posición no cefálica.
- Feto macrosómico

- Condiciones médicas maternas que contraindiquen el parto vaginal, tales como cardiopatía severa o riesgo de accidente cerebrovascular.(51,52)

Cesárea de urgencia.

Se realizan debido a condiciones clínicas maternas o fetales en las que se presume un riesgo para el bienestar del feto. Como estándar internacional, el tiempo de diagnóstico e intervención no debe exceder los 30 minutos desde la decisión quirúrgica hasta la incisión. Puede ser intraparto o antes del parto. Y el embarazo debe terminar pronto. (51)

Indicaciones:

- Fracaso de inducción.
- Fase activa prolongada
- Cese de la dilatación.
- Presentaciones de frente, cara (mento-posteriores), Corioamnionitis y otras (52)

Cesárea de emergencia.

Están indicadas en situaciones de amenaza inminente para la vida del feto o la gestante. La intervención quirúrgica debe ejecutarse en un plazo máximo 15 minutos.(51)

Indicaciones:

- Ruptura uterina.
- Prolapso de cordón umbilical.
- Despr1endimiento prematuro de placenta.
- Placenta previa con hemorragia que compromete el estado hemodinámico del paciente.

- Embolia del líquido amniótico.
- Riesgo vital materno: Paro cardiorrespiratorio.(51,52)

Complicaciones

Como en toda cirugía general y en cualquier tipo de parto, existe un riesgo de sangrado excesivo después y durante el procedimiento. La atonía uterina y las hemorragias posteriores son más comunes en condiciones como trabajo de parto prolongado, macrosomía fetal o polihidramnios. Condiciones intraoperatorias como la extensión de la histerectomía lateralmente pueden lacerar los vasos uterinos y causar grandes pérdidas de sangre. El síndrome de Sheehan puede manifestarse como complicación derivada de la necesidad de transfusiones sanguíneas durante la cesárea, asociándose a situaciones de perdida hemorrágica critica en el contexto obstétrico. (53)

Las infecciones del sitio quirúrgico y la endometritis constituyen complicaciones, adicionales a las hemorragias posparto. Los riesgos quirúrgicos aumentan con las intervenciones por cesárea. Las adherencias pueden hacer que cada cesárea posterior sea más difícil y aumentar los riesgos quirúrgicos.(53)

2.3 CONCEPTOS BÁSICOS

- **Depresión posparto (DPP**): Trastorno emocional que afecta a la mujer tras el parto, caracterizado por tristeza persistente, ansiedad, irritabilidad, pérdida de energía e interés, que puede comprometer su bienestar y el vínculo materno-infantil.
- **Factores de riesgo**: Conjunto de elementos biológicos, psicológicos, obstétricos y sociales que predisponen al desarrollo de la depresión posparto, como antecedentes depresivos, cesárea de emergencia, falta de apoyo social y violencia doméstica.
- **Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS)**: Instrumento clínico de detección compuesto por diez preguntas, diseñado para identificar mujeres con riesgo de depresión posparto. Un puntaje ≥13 sugiere probabilidad alta de DPP.

- **Fisiopatología**: Mecanismo biológico que explica la aparición de la depresión posparto, vinculado con alteraciones hormonales (oxitocina, prolactina, estrógenos, cortisol) y disfunción del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal.
- **Puerperio:** Etapa que sigue al parto y se extiende hasta la recuperación del estado fisiológico previo al embarazo. Se divide en inmediato (primeras 24–48 h), mediato (días 2–7) y tardío (hasta la sexta semana).
- **Tipo de parto**: Clasificación del nacimiento según la vía de salida del feto: vaginal (natural) o cesárea (quirúrgica). Se analiza por su posible influencia en la aparición de depresión posparto.
- **Cesárea**: Intervención quirúrgica mediante incisión abdominal y uterina para extraer al neonato. Puede ser electiva, de urgencia o de emergencia, y se asocia con una recuperación más prolongada y mayor riesgo emocional posparto.

2.4 HIPÓTESIS

2.4.1 Hipótesis general

Ha: Existe asociación entre el tipo de parto (vaginal o cesárea) y la depresión postparto, en puérperas inmediatas de 18 a 35 años atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el año 2024.

Ho: No existe asociación entre el tipo de parto (vaginal o cesárea) y la depresión postparto, en puérperas inmediatas de 18 a 35 años atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el año 2024.

2.4.2 Hipótesis especificas

- **Ha1**: Existe asociación entre el parto vaginal y la depresión postparto, en puérperas inmediatas de 18 a 35 años atendidas en el hospital Amazónico de Yarinacocha, 2024.
- **Ho1**: No existe asociación entre el parto vaginal y la depresión postparto, en puérperas inmediatas de 18 a 35 años atendidas en el hospital Amazónico de Yarinacocha, 2024.

- **Ha2**: Existe asociación entre el parto abdominal y la depresión postparto, en puérperas inmediatas de 18 a 35 años atendidas en el hospital Amazónico de Yarinacocha, 2024.
- **Ho2**: No Existe asociación entre el parto abdominal y la depresión postparto, en puérperas inmediatas de 18 a 35 años atendidas en el hospital Amazónico de Yarinacocha, 2024.

2.5 VARIABLES DE ESTUDIO

2.5.1 Variable independiente

- Tipo de parto

2.5.2 Variable dependiente

- Depresión postparto

Tabla 1 Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO	NIVEL DE MEDICIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES
Tipo de parto	**Parto vaginal:** Proceso Fisiológico caracterizado por la expulsión espontanea del feto a través del canal vaginal, sin la intervención de una cirugía mayor. **Cesárea**: Es una intervención quirúrgica mediante la cual se extrae al feto realizando una incisión en la pared abdominal y uterina, cuando hay dificultad del parto. (48)	La modalidad de parto será medida como una variable categórica, la cual se obtendrá a partir de los registros clínicos y las respuestas de las participantes que se obtendrán a través de una como herramienta para la recolección de datos. Se clasificará en dos categorías: **Parto vaginal:** Se refiere al nacimiento fisiológico del feto a través del canal vaginal sin intervención de cirugía mayor. **Cesárea**: Se refiere al nacimiento del feto mediante una intervención quirúrgica la cual se extrae al producto realizando una incisión	Cualitativa	Nominal	Método del parto Complicaciones del parto	1. Parto vaginal 2. Cesárea 1. Parto vaginal sin complicaciones 2. Parto vaginal con complicaciones 3. Cesárea programada 4. Cesárea de emergencia

Depresión postparto	Es una patología mental caracterizado por alteraciones significativas en la regulación emocional, afectando negativamente en la funcionalidad psicosocial del individuo. Su manifestación clínica puede presentarse durante el primer año posparto, con una persistencia de sintomatología que alcanza o supera las dos semanas. La duración de más de catorce meses define su severidad. (32)	La detección de casos de depresión posparto se realizará mediante la aplicación de la Escala de Depresión de Edimburgo (EDE), considerándose como indicativo positivo aquellos puntajes superiores a 13 puntos.	Cualitativa	Nominal	Escala de depresión de Edimburgo: - Ausencia - Presente	 < 13 puntos ≥ 13 puntos

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGAGIÓN

3.1 ÁMBITO DE ESTUDIO

El estudio se llevó a cabo en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, del distrito de Yarinacocha, provincia de Coronel Portillo, región de Ucayali, Perú.

3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

De tipo básico y explicativo

3.3 NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Se realizó un estudio descriptivo y correlacional ya que está orientado a determinar la asociación entre el tipo de parto (vaginal o cesárea) y la presencia de depresión posparto en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el año 2024.

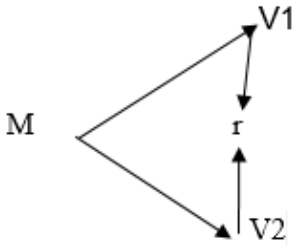
3.4 MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

Fue una investigación de enfoque cuantitativo, pues se centró en obtener y analizar información basada en datos numéricos y verificables.

3.5 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo de investigación es de tipo observacional, transversal y no experimental, ya que nos permite presentar información de la realidad en un periodo de tiempo y espacio determinado y dado el carácter no experimental del diseño, los hallazgos permiten identificar asociaciones entre las variables, mas no establecer relaciones causales. En este tipo de diseños, el objetivo central es evaluar la interacción entre dichas variables en un tiempo determinado.

El diseño de la presente investigación es la siguiente:



Donde:

M → Muestra de puérperas atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha en 2025.

V1→ Representa al tipo de parto.

V2→ Representa la depresión postparto.

r → Representa la relación entre la variable 1 con la variable 2 y ésta regresa hacia la variable 1

3.6 POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO

3.6.1 Población

Puérperas inmediatas (≤ 48 horas postparto) de 18 a 35 años atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha en 2025. Tomando en cuenta el número de partos realizadas en el hospital amazónico de Yarinacocha en el 2024, la población calculada sería de 3012 puérperas.

3.6.2 Muestra

El tamaño muestras se determinó mediante la aplicación de la siguiente fórmula diseñada para poblaciones finitas conocidas.

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

Z = Valor que resulta de la curva normal (1.96 para el 95%)

E = Margen de error deseado (8% = 0.08)

p = Probabilidad de aciertos (50% = 0.5)

q = Probabilidad de no aciertos (p – 1 = 0.5)

N = Total de la población (3012)

n = Muestra

Reemplazando la fórmula:

$$n = \frac{3012 * 1.96^2 * 0.5 * (1 - 0.5)}{(3012 - 1) * 0.08^2 + 1.96^2 * 0.5 * (1 - 0.5)} = 143$$

Por lo tanto, el tamaño de muestra quedó conformado por 143 puérperas inmediatas. La selección se realizó mediante muestreo probabilístico aleatorio simple entre aquellas que cumplieron los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión

- Mujeres entre 18 y 35 años.
- Pacientes que acepten participar en el estudio, bajo firma de consentimiento informado
- Puérperas inmediatas (≤ 48 horas postparto) que hayan tenido un parto vaginal o indicaciones obstétricas de cesárea.
- Puérperas inmediatas (≤ 48 horas postparto) cuyos hijos tenga registro de nacidos vivos

Criterios de exclusión

- Puérperas con diagnóstico previo de depresión mayor, psicosis u otros trastornos psiquiátricos o neurológicos documentados en su historia clínica.
- Puérperas con patologías crónicas susceptibles de afectar la validez.
- Puérperas inmediatas con limitaciones del entendimiento en la comprensión oral o escrita del idioma español.

3.6.3 Diseño de muestreo

Muestreo probabilístico con formula finita, a las puérperas inmediatas atendidas en el hospital Regional de Pucallpa

3.7 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

3.7.1 Instrumento: Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS)

Para la evaluación de la depresión posparto se empleó la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS), validada en idioma español y aplicada previamente en población latinoamericana. La escala consta de 10 ítems con respuestas de 0 a 3, con un puntaje de corte ≥13 para la detección de depresión posparto. En población peruana, la EPDS ha demostrado adecuada confiabilidad, con un alfa de Cronbach de 0,83, lo cual respalda su uso en este contexto.

El instrumento fue aplicado de manera individual en el servicio de obstetricia, dentro de las primeras 48 horas postparto, por personal capacitado con técnicas de entrevistas, bajo condiciones de privacidad.

3.8 TÉCNICAS ESTADÍSTICAS PARA EL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

3.8.1 Descripción detallada del uso de materiales, equipos, insumos, entre otros

En primer lugar, se solicitó la aprobación del Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Nacional de Ucayali. Una vez obtenida esta aprobación, se firmará la declaración jurada de confidencialidad por parte del investigador. También, se gestionará la autorización correspondiente ante la dirección del Hospital Amazónico de Yarinacocha y la jefatura del departamento de ginecología- obstetricia, requisitos indispensables para ejecutar el estudio.

Posteriormente, se coordinó con el servicio de ginecología y obstetricia para ingresar al área de hospitalización conjunta para identificar a las puérperas que cumplan los criterios de inclusión del estudio. A cada una de ellas se le explicaró de manera clara y concisa los objetivos de la investigación, así como los procedimientos a seguir. Se obtendrá el consentimiento informado, tanto verbal como por escrita, previo al inicio de la recolección de datos

La aplicación de la EPDS se realizó dentro de las primeras 48 horas posteriores al parto, en un ambiente privado del hospital. El personal encargado de la recolección de datos recibió capacitación previa en el uso del instrumento, a fin de garantizar la homogeneidad en la aplicación y reducir sesgos de medición. Una vez concluida la entrevista, se agradecerá a las participantes por su colaboración y se verificará la integridad de los datos recolectados. Finalmente, se llevará a cabo la organización, análisis e interpretación de los datos, asegurando la confidencialidad en todas las etapas del proceso.

- Para minimizar sesgos se implementaron las siguientes medidas:
- Capacitación previa del personal encuestador.
- Aplicación estandarizada del cuestionario en las primeras 48 horas posparto.
- Inclusión de variables potencialmente confundentes (edad, estado civil, nivel de instrucción y antecedentes clínicos) en el análisis estadístico, sin que estas constituyan objetivos de investigación, sino como factores de ajuste.

3.8.2 Aplicación de prueba estadística inferencial

Los datos fueron procesados en el software SPSS v.26. Se aplicó estadística descriptiva para resumir la información, presentando frecuencias y porcentajes en las variables categóricas, así como medidas de tendencia central y dispersión para las variables numéricas.

La normalidad de las variables cuantitativas se evaluó mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov, evidenciándose una distribución no normal. Por tal motivo, se empleó el coeficiente de correlación Rho de Spearman para determinar la asociación entre el tipo de parto y la puntuación de la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS).

Se consideró un nivel de significancia estadística de $p < 0,05$. Los resultados se organizaron en tablas simples y de contingencia, complementadas con gráficos de barras y circulares elaborados en Microsoft Excel.

3.8.3 Tabla de recolección de datos por objetivos específicos

Para la investigación, se empleará como instrumento de recolección de datos una ficha basada en la historia clínica, con el fin de clasificar el tipo de parto y factores sociodemográficas (**Anexo 2**). Esta ficha está constituida por cuatro apartados: 1) Datos Sociodemográficos; 2) Datos sobre tipo de parto; y 3). Antecedentes patológicos.

Para el apartado de depresión postparto, se empleará la escala de depresión postparto de Edimburgo (Anexo 1), instrumento elaborado por Cox, Holden y Sagavsky en 1987(41) (44). Este instrumento se creó para facilitar la detección temprana de posibles casos de depresión postparto, principalmente para el despistaje y no para el diagnóstico. La escala de depresión de Edimburgo, consta de diez preguntas breves con cuatro opciones de respuesta que reflejan cómo se sintió durante los últimos siete días. Cada elemento se refiere a un elemento: La capacidad para experimentar placer en actividades cotidianas (pregunta 1), perspectiva optimismo sobre el futuro (pregunta 2), sentimiento de culpa (pregunta 3), preocupación o nerviosismo (pregunta 4), Pánico (pregunta 5), Habilidades de afrontamiento ante dificultades, (pregunta 6), insomnio (pregunta 7) Estados de ánimo depresivos, (pregunta 8), llanto (pregunta 9) autoagresiones (pregunta 10). (54)(53) El cuestionario puede completarse en menos de cinco minutos y, según la gravedad de los síntomas, se otorgan puntos de 0 a 3. Cabe destacar que los ítems 3,5,6,7,8,9,10 emplean una codificación inversa: la opción de mayo gravedad recibe 0 puntos y la de menos, 3 puntos.(53) (52)

En el año 2002, Vega-Dienstmaier et al. Adaptaron y validaron la escala en la población peruana, mediante un estudio realizado en el hospital Cayetano Heredia con 321 mujeres en el primer año posparto. Se determinó que la versión hispanohablante de la escala de Edimburgo para depresión posparto, demostró validez y confiabilidad en la evaluación de mujeres peruanas. Se les aplicó una versión traducida al español de la escala y la sección diagnóstica de episodio depresivo mayor de la entrevista clínica estructurada para el DSM-IV, obteniendo un coeficiente de correlación de 0,4478.(55)(54)

La escala de Edimburgo para depresión postparto, basa su interpretación en el puntaje total, calculando mediante la sumatoria de las respuestas seleccionadas en cada ítem. El riesgo de presentar depresión postparto se indica con una puntuación

superior a diez, pero no su gravedad. La pregunta número 10 tiene una consideración especial porque cualquier puntuación superior a cero es un signo de alarma porque indica pensamiento de autolesiones, lo cual puede llevar a conductas suicidas o lesiones en el niño. Por lo tanto, es esencial realizar evaluaciones adicionales de inmediato en este caso. Se calcularon criterios clínicos relacionados con la puntuación para determinar la severidad del trastorno depresivo: Normal (puntuación hasta 5 y sin factores de riesgo), leve (puntuación hasta 10 y un factor de riesgo), moderado (puntuación entre 11 y 29 y con dos factores de riesgo), severo (puntuación mayor de 20 y con más de 2 factores de riesgo) (54) (55).

3.8 CONSIDERACIÓN ÉTICA

El estudio contará con la autorización del comité de ética de la facultad de medicina humana y la dirección de investigación de la facultad de medicina humana. El protocolo se alineara con los principios de la declaración de Helsinki II (56) (56), y las disposiciones éticas del capítulo 7 en el Código de Ética y Deontología del Colegio médico del Perú (57)

Se recabará el consentimiento informado por escrito de cada participante, asegurando la confidencialidad y manejo ético de los datos recolectados. La selección de las participantes será imparcial y justa, excluyendo prácticas discriminatorias en la inclusión o exclusión de las puérperas. Finalmente, los resultados se divulgarán a la dirección del hospital amazónico de Yarinacocha, con el fin de orientar políticas sanitarias que prioricen el bienestar materno-infantil.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUCIÓN

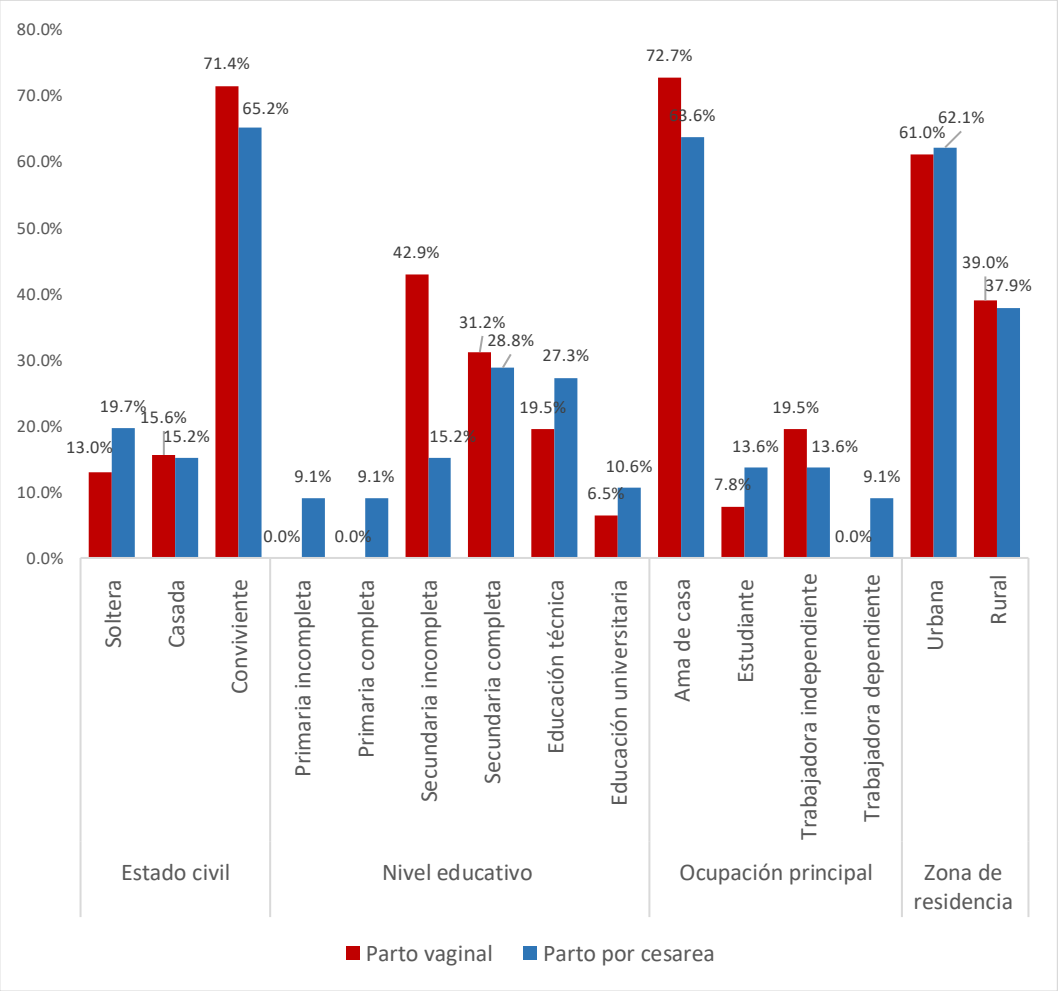
4.1 RESULTADOS

4.1.1 Estadísticos descriptivos

Tabla 2 Datos sociodemográficos de puérperas inmediatas de 18 a 35 años

Datos Sociodemográficos		**Parto vaginal**		**Parto por cesárea**	
		fi	%	fi	%
Estado civil	Soltera	10	13.0	13	19.7
	Casada	12	15.6	10	15.2
	Conviviente	55	71.4	43	65.2
	Total	77	100.0	66	100.0
Nivel educativo	Primaria incompleta	0	0.0	6	9.1
	Primaria completa	0	0.0	6	9.1
	Secundaria incompleta	33	42.9	10	15.2
	Secundaria completa	24	31.2	19	28.8
	Educación técnica	15	19.5	18	27.3
	Educación universitaria	5	6.5	7	10.6
	Total	77	100.0	66	100.0
Ocupación principal	Ama de casa	56	72.7	42	63.6
	Estudiante	6	7.8	9	13.6
	Trabajadora independiente	15	19.5	9	13.6
	Trabajadora dependiente	0	0.0	6	9.1
	Total	77	100.0	66	100.0
Zona de residencia	Urbana	47	61.0	41	62.1
	Rural	30	39.0	25	37.9
	Total	77	100.0	66	100.0

FIGURA 1 Datos sociodemográficos de puérperas inmediatas de 18 a 35 años



Fuente: Base de datos

Análisis e interpretación

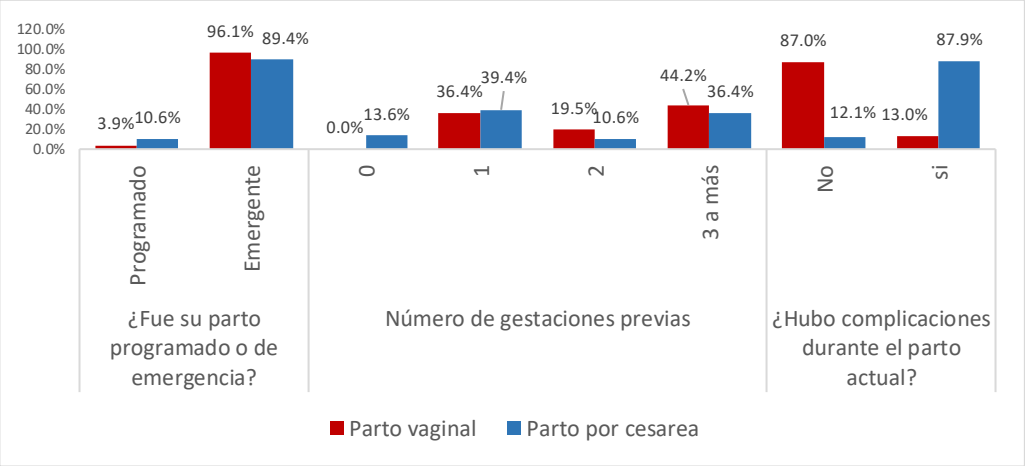
En la **Tabla y Figura N.º 1**, que corresponde a los datos generales según el tipo de parto, puérperas inmediatas atendidas en el hospital Amazónico de Yarinacocha, respecto al estado civil las de parto vaginal el 71,4% y las del parto por cesaría el 65,2% son convivientes; con respecto al nivel educativo las de parto vaginal el 42,9% presentan secundaria incompleta y las del parto por cesaría el 28,8% presentan secundaria completa; con respecto a la ocupación principal las de parto vaginal el 72,7% y las del parto por cesaría el 63,6% son amas de casa; con respecto a la zona de residencia las de parto vaginal el 61,0% y las del parto por cesaría el 62,1% son convivientes son de la zona urbana.

Tabla 3 Datos sobre el tipo de parto en puérperas inmediatas de 18 a 35 años

Datos sobre el Tipo de Parto		Parto vaginal		Parto por cesárea	
		fi	%	fi	%
¿Fue su parto programado o de emergencia?	Programado	3	3.9	7	10.6
	Emergente	74	96.1	59	89.4
	Total	77	100.0	66	100.0
Número de gestaciones previas	0	0	0.0	9	13.6
	1	28	36.4	26	39.4
	2	15	19.5	7	10.6
	3 a más	34	44.2	24	36.4
	Total	77	100.0	66	100.0
¿Hubo complicaciones durante el parto actual?	No	67	87.0	8	12.1
	Si	10	13.0	58	87.9
	Total	77	100.0	66	100.0

Fuente: Base de datos

FIGURA 2 Datos sobre el tipo de parto en puérperas inmediatas de 18 a 35 años



Fuente: Base de datos

Análisis e interpretación

En la **Tabla y Figura N.º 2**, que corresponde a los datos del tipo de parto, en las puérperas inmediatas atendidas en el hospital Amazónico de Yarinacocha, respecto a su parto programado o de emergencia las de parto vaginal el 96,1% y las del parto por cesaría el 89,4% fueron emergente; con respecto al número de gestaciones previas

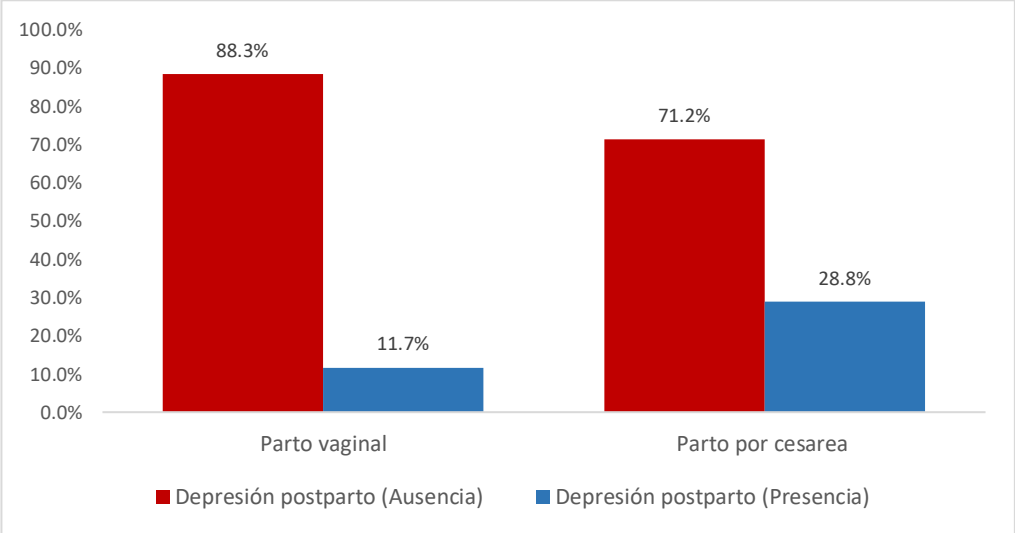
las de parto vaginal el 44,2% tuvieron de 3 a más partos previos y las del parto por cesaría el 39,4% tuvieron un parto previo, con respecto a las complicaciones las de parto vaginal el 87,0% no presentaron complicaciones y las del parto por cesaría el 87,9% presentaron complicaciones.

Tabla 4 Depresión postparto según el tipo de parto en puérperas inmediatas de 18 a 35 años

		Parto vaginal		Parto por cesárea	
		fi	%	fi	%
Depresión postparto	Ausencia	68	88.3	47	71.2
	Presencia	9	11.7	19	28.8
	Total	77	100.0	66	100.0

Fuente: Investigación propia

FIGURA 3 Depresión postparto según el tipo de parto en puérperas inmediatas de 18 a 35 años



Fuente: Base de datos

Análisis e interpretación

En la **Tabla N. 4 y Figura N.º 3**, muestra la prevalencia de la depresión postparto según la modalidad de parto, en las puérperas inmediatas atendidas en el hospital amazónico de Yarinacocha: 11,7% del parto vaginal y el 28,8% del parto por cesárea tienen presencia de depresión postparto.

4.1.2 estadísticos inferenciales

Tabla 5 Prueba de normalidad de kolmogorov-Smirnov

	Kolmogorov-Smirnov		
	Estadístico	**gl**	**Sig.**
Tipo de parto	,360	143	,000
Depresión postparto	,493	143	,000
Datos sobre el Tipo de Parto	,482	143	,000

a. Corrección de significación de Lilliefors

Análisis e interpretación

En la **Tabla N.º 5**, que corresponde a la prueba de normalidad, dado que la muestra es mayor de 50 individuos, se utilizó la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov, obteniendo el valor sig. de 0,000 que indica que la muestra de la investigación es no paramétrica. Por tanto, para el análisis de la hipótesis utilizaremos la prueba Rho de Spearman.

Tabla 6 Correlación de Rho de Spearman del tipo de parto y la depresión postparto

			Tipo de parto	**Depresión postparto**
Rho de Spearman	**Tipo de parto**	Coeficiente de correlación	1,000	,715**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	143	143
	Depresión postparto	Coeficiente de correlación	,715**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	143	143

****. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).**

Análisis e interpretación

En la **Tabla N.º 6**, que presenta la prueba de correlación de Rho de Spearman entre tipo de parto y la depresión postparto, identificamos un índice de significancia bilateral de 0,000 se obtiene que existe asociación entre el tipo de parto y la depresión postparto, en puérperas inmediatas de 18 a 35 años atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha (2024), en forma directa con Rho de Spearman calculado = 0,715.

Tabla 7 Correlación de Rho de Spearman del parto vaginal y la depresión postparto

			Complicación de parto vaginal	Depresión postparto
Rho de Spearman	**Complicación de parto vaginal**	Coeficiente de correlación	1,000	,942**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	77	77
	Depresión postparto	Coeficiente de correlación	,942**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	77	77

****. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).**

Análisis e interpretación

En la **Tabla N.º 7**, que corresponde a la prueba de correlación de Rho de Spearman del parto vaginal y la depresión postparto observamos un índice de significancia bilateral de 0,000 se obtiene que existe asociación entre el parto vaginal y la depresión postparto, en puérperas inmediatas de 18 a 35 años atendidas en el hospital Amazónico de Yarinacocha, 2024, en forma directa con Rho de Spearman calculado = 0,942.

Tabla 8 Correlación de Rho de Spearman del parto por cesárea y la depresión postparto

			Complicación de parto por cesárea	Depresión postparto
Rho de Spearman	**Complicación de parto por cesárea**	Coeficiente de correlación	1,000	,584**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	66	66
	Depresión postparto	Coeficiente de correlación	,584**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	66	66

****. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).**

Análisis e interpretación

En la **Tabla N.º 8**, que corresponde a la prueba de correlación de Rho de Spearman del parto por cesárea y la depresión postparto identificamos un índice de significancia bilateral de 0,000, se obtiene que existe asociación entre el parto por cesárea y la depresión postparto, en puérperas inmediatas de 18 a 35 años atendidas en el hospital Amazónico de Yarinacocha, 2024, en forma directa con Rho de Spearman calculado = 0,584.

4.2 DISCUCIÓN DE RESULTADOS

Se logró desarrollar el objetivo planteado en la investigación de determinar la asociación entre el tipo de parto (Vaginal o cesárea) y la presencia de depresión postparto, en puérperas inmediatas de 18 a 35 años atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el año 2024. Los resultados mostraron una prevalencia general de depresión posparto de 19.6%, siendo mayor en las mujeres con cesárea (28.8%) frente a aquellas con parto vaginal (11.7%). Asimismo, se evidencio una asociación directa y significativa entre ambas variables, con un coeficiente de correlación de Spearman (Rho) de 0,715.

Los resultados de la investigación presentan similitud con Ning, et al., en 2024, que concluyeron que es evidente que los riesgos de depresión posparto en mujeres con cesárea presentan mayor riesgo que aquellas sometidas a parto vaginal. De manera similar, Yokoyama et al (2021) observaron que la cesárea se asocia de manera independiente con síntomas depresivos en los meses posteriores al parto. En la misma línea, Jadoon et al. (2020) destacó que la cesárea, especialmente la de emergencia, puede incrementar la sintomatología depresiva. En contraste Şahin, et al., en una publicación de 2023, que concluyó que no existe diferencias significativas en la prevalencia de depresión posparto entre mujeres que tuvieron parto vaginal normal y cesárea.

Por su parte Grisbrook, et al., realizaron un estudio que se publicó en 2022, que en general, demuestra que las cesáreas de emergencia se vinculan indirectamente con los síntomas maternos de PPD. Estos hallazgos sugieren que los partos quirúrgicos no planificados pueden tener un efecto negativo distorsionando la percepción del parto y, posteriormente, podrían estar vinculados con el desarrollo de PPD.

A nivel nacional, Quispe (2024) determinó que la prevalencia de síntomas depresivos postparto fue del 26,06%, siendo mayor en las puérperas con parto por cesárea. Por su lado Apaza, et al., en el 2024, los autores llegaron a la conclusión de que la investigación evidenció una notable diferencia en la incidencia de la depresión posparto asociada al tipo de parto, siendo significativamente mayor en las puérperas que tuvieron un parto por cesárea. Argumentan Rodríguez, et al., en 2023, en su estudio concluye que los principales factores de riesgo asociados a la depresión posparto son: malformación congénita neonatal, seguido por la dificultad en el cuidado del recién nacido, la modalidad de parto por cesárea, lactancia materna ineficaz y complicaciones neonatales. También Latorre, et al., en el 2023, concluye que a medida que aumentan los niveles de ansiedad, tiende a incrementar los niveles de depresión posparto en las puérperas, lo cual se vincula con lo reportado en estudios internacionales.

A su vez Huamán, en el 2023, evidenció que la modalidad de parto, entre otros factores, se asocia a depresión posparto en puérperas atendidas en el Hospital "Santa María del Socorro" de Ica, Perú. Además, investigaciones previas como las de Zamora (2019) concluyó que la modalidad de parto representa un factor de riesgo vinculado a la depresión posparto, siendo la cesárea un factor más elevado en comparación con el parto vaginal. De manera similar Sánchez (2019) encontró que la cesárea es un factor de riesgo significativo para la depresión postparto, con una probabilidad de 3.1 veces mayor en relación con mujeres sin antecedentes de parto quirúrgico.

Al nivel regional, Levy (2024) público un estudio realizado en octubre del 2022 en el mismo hospital amazónico de Yarinacocha, donde encontró una prevalencia de depresión posparto del 16.5% con mayor incidencia en mujeres sometidas a cesárea (20%) frente a parto vaginal (13.6%). Este Hallazgo, además de coincidir con los resultados de la presente investigación, refuerza la relevancia del tipo de parto como factor asociado a la depresión posparto en nuestro contexto local. De manera complementaria, Paredes (2022), identifico en el centro de salud Nuevo Bolognesi una prevalencia elevada de síntomas depresivos posparto, aunque sin asociación significativa con factores sociodemográficos, lo cual muestra que la modalidad de parto sigue siendo un factor de mayor peso en nuestro entorno.

Aunque el presente estudio reporta evidencia significativa de asociación, es importante señalar sus limitaciones. El diseño transversal impide establecer causalidad, sino únicamente asociaciones. Además, la no realizarse un análisis multivariado, no fue posible controlar variables confundentes como apoyo social, antecedentes psiquiátricos o complicaciones obstétricas. Asimismo, la Escala de Edimburgo, al ser de autorreporte, puede estar sujeto a sesgos de información. Finalmente, el estudio se realizó en un solo hospital, lo que limita la generalización de los hallazgos.

A pesar de las limitaciones, los resultados confirman la hipótesis planteada evidenciando una asociación entre el tipo de parto y la depresión posparto, alineándose con gran parte de la literatura revisada. Estos Hallazgos refuerzan la necesidad de implementar programas de tamizaje y seguimiento psicológico en el puerperio inmediato, con especial énfasis en mujeres sometidas a cesárea, para lograr una detección temprana y reducir el impacto de la salud materna y neonatal.

CONCLUSIONES

- ✓ Se concluye que existe asociación entre la modalidad de parto (vaginal o cesárea) y la depresivos postparto, en puérperas inmediatas de 18 a 35 años atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el año 2024. Según el valor P= 0,000 que es menor a 0,01 y el coeficiente de correlación de Rho de Spearman = 0,715.
- ✓ Se determina que hay una relación entre el parto vaginal y la depresión postparto, en puérperas inmediatas de 18 a 35 años atendidas en el hospital Amazónico de Yarinacocha, 2024. Según el valor P= 0,000 que es menor a 0,01 y el coeficiente de correlación de Rho de Spearman = 0,942.
- ✓ Se concluye que existe asociación entre el parto abdominal y la depresión postparto, en puérperas inmediatas de 18 a 35 años atendidas en el hospital Amazónico de Yarinacocha, 2024. Según el valor P= 0,000 que es menor a 0,01 y el coeficiente de correlación de Rho de Spearman = 0,584.

RECOMENDACIONES

- ✓ Se recomienda al personal de salud realizar evaluaciones del riesgo psicológico antes del parto mediante tamizajes prenatales en todas las embarazadas.
- ✓ Se recomienda al personal de salud brindar información clara y apoyo emocional durante el proceso de parto para reducir sentimientos de pérdida de control o fracaso.
- ✓ Se recomienda al personal de salud brindar atención especial en cesáreas de urgencia ya que están muy asociadas al estrés, miedo y sensación de impotencia durante el proceso.
- ✓ Se recomienda al personal de salud realizar seguimiento de la salud mental en el puerperio para poder fomentar el vínculo entre madre y bebe.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Depressive disorder (depression) [Internet]. [citado 30 de mayo de 2025]. Disponible en: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression

2. Maldonado-Durán JM (Ed), Salud OP de la. Salud Mental Perinatal [Internet]. OPS; 2011 [citado 30 de mayo de 2025]. Disponible en: https://iris.paho.org/handle/10665.2/51594

3. Vallecampo A. Relación entre riesgo y factores asociados a depresión postparto del puerperio inmediato de mujeres con bajo riesgo obstétrico. Crea Cienc Rev Científica [Internet]. 2021 [citado 30 de mayo de 2025];14(1):12-24. Disponible en: https://camjol.info/index.php/CREACIENCIA/article/view/13200

4. Ortigosa MA, Narváez NM, Floriano JCC, Torre FJM de la. Depresión posparto, análisis de los factores de riesgo y la intervención de Enfermería. Revisión bibliográfica. Enferm Cuid [Internet]. 8 de julio de 2022 [citado 30 de mayo de 2025];5(3):19-29. Disponible en: https://enfermeriacuidandote.com/article/view/4645

5. Caparros-Gonzalez RA, Romero-Gonzalez B, Peralta-Ramirez MI. Depresión posparto, un problema de salud pública mundial. Rev Panam Salud Pública [Internet]. 2018 [citado 30 de mayo de 2025];42. Disponible en: http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/49117

6. Asociación entre depresión postparto y apoyo de la pareja en un centro materno infantil de Lima | Anales de la Facultad de Medicina [Internet]. [citado 30 de mayo de 2025]. Disponible en: https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/article/view/20562

7. Ilska M, Banaś E, Gregor K, Brandt-Salmeri A, Ilski A, Cnota W. Vaginal delivery or caesarean section – Severity of early symptoms of postpartum depression and assessment of pain in Polish women in the early puerperium. Midwifery [Internet]. 1 de agosto de 2020 [citado 30 de mayo de 2025];87:102731. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613820301030

8. Doke PP, Vaidya VM, Narula APS, Datar MC, Patil AV, Panchanadikar TM, et al. Assessment of difference in postpartum depression among caesarean and vaginally delivered women at 6-week follow-up in hospitals in Pune District, India: an observational

cohort study. BMJ Open [Internet]. 1 de septiembre de 2021 [citado 30 de mayo de 2025];11(9):e052008. Disponible en: https://bmjopen.bmj.com/content/11/9/e052008

9. Yokoyama M, Tanaka K, Sugiyama T, Arakawa M, Miyake Y. Cesarean section is associated with increased risk of postpartum depressive symptoms in Japan: the Kyushu Okinawa Maternal and Child Health Study. J Affect Disord [Internet]. 1 de enero de 2021 [citado 30 de mayo de 2025];278:497-501. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032720328020

10. SALA SITUACIONAL DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL PRIORIZADOS [Internet]. [citado 30 de mayo de 2025]. Disponible en: https://app7.dge.gob.pe/maps/sala_salud_mental/

11. Velez F, Carmen DA del. Impacto del parto por cesárea en el desarrollo de ansiedad y depresión durante el puerperio en un instituto de referencia materno - infantil durante el 2021. [citado 30 de mayo de 2025]; Disponible en: https://repositorio.upsjb.edu.pe/item/22be75d0-e2c4-4557-9177-7f1ad43028d9

12. Latorre Fernández EAP. Ansiedad y depresión post parto en puérperas adultas, atendidas en un hospital de Sicuani. 6 de diciembre de 2023 [citado 30 de mayo de 2025]; Disponible en: https://hdl.handle.net/20.500.12920/13243

13. Paredes Silvano J. Depresión posparto y Relación con las Características Sociales, Demográficas en pacientes atendidas en el Centro de Salud Nuevo Bolognesi 2022. 2024 [citado 30 de mayo de 2025]; Disponible en: https://hdl.handle.net/20.500.14621/6925

14. Delgado Reategui FE. Apoyo social, factor protector contra depresión postparto inmediato en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2023. 2023 [citado 30 de mayo de 2025]; Disponible en: https://hdl.handle.net/20.500.14621/6438

15. Levy Rios IC. Factores relacionados a depresión postparto en puérperas inmediatas del Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2022. 2024 [citado 30 de mayo de 2025]; Disponible en: https://hdl.handle.net/20.500.14621/7097

16. Ning J, Deng J, Li S, Lu C, Zeng P. Meta-analysis of association between caesarean section and postpartum depression risk. Front Psychiatry [Internet]. 28 de marzo de 2024

[citado 30 de mayo de 2025];15. Disponible en: https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsyt.2024.1361604/full

17. Sahin, S., Sevimli, D., Ilcioglu, K., & Unsal, A. (2023). EVALUATION OF THE RELATIONSHIP OF POSTPARTUM DEPRESSION AND SOCIAL SUPPORT IN WOMEN WITH VAGINAL AND CESAREAN DELIVERY. *Acta Medica Nicomedia*, *6*(3), 306–314. https://doi.org/10.53446/ACTAMEDNICOMEDIA.1137000

18. Grisbrook MA, Dewey D, Cuthbert C, McDonald S, Ntanda H, Giesbrecht GF, et al. Associations among Caesarean Section Birth, Post-Traumatic Stress, and Postpartum Depression Symptoms. Int J Environ Res Public Health [Internet]. enero de 2022 [citado 30 de mayo de 2025];19(8):4900. Disponible en: https://www.mdpi.com/1660-4601/19/8/4900

19. Jadoon AK, Jadoon A, Jadoon SK, Ishtiaq S. Affiliation of Postpartum Depression with Mode of Delivery; A Disregarded Domain. Pak J Public Health [Internet]. 26 de octubre de 2020 [citado 30 de mayo de 2025];10(1):32-8. Disponible en: https://www.pjph.org/pjph/article/view/551

20. Quispe Ortega R. Tamizaje de depresión posparto en puérperas atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, en el periodo de octubre del 2022 a febrero del 2023. 2024 [citado 30 de mayo de 2025]; Disponible en: https://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/20.500.12510/3986

21. Apaza Begazo MA, Quiroz Berroa PM. Incidencia de depresión en puérperas de parto vía vaginal y puérperas con parto por cesárea en el Hospital III Yanahuara Essalud, Arequipa, 2024. 8 de marzo de 2024 [citado 30 de mayo de 2025]; Disponible en: https://hdl.handle.net/20.500.12920/13422

22. 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. 2023 [citado 30 de mayo de 2025]; Disponible en: https://hdl.handle.net/20.500.14138/6286

23. Huamán Pérez RD. Factores asociados a la depresión postparto en puérperas atendidas en el Departamento de Gineco-Obstetricia del “Hospital Santa María del Socorro” Ica - Perú,

marzo-abril 2023. 2023 [citado 30 de mayo de 2025]; Disponible en: https://hdl.handle.net/20.500.13028/4759

24. Zamora Aroca CJ. Tipo de parto como factor asociado a la depresión postparto. Univ Priv Antenor Orrego [Internet]. 2019 [citado 30 de mayo de 2025]; Disponible en: https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/5187

25. Sánchez Julca RM. Cesárea como factor de riesgo de depresión postparto en puérperas del Hospital Regional Docente de Trujillo. Univ Priv Antenor Orrego [Internet]. 2019 [citado 30 de mayo de 2025]; Disponible en: https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/4575

26. Guías Clínicas AUGE Para el tratamiento de la Depresión en personas mayores de 15 años. — PsiConecta [Internet]. [citado 30 de mayo de 2025]. Disponible en: https://psiconecta.org/blog/guias-clinicas-auge-depresion?gad_source=1&gad_campaignid=12756511917&gbraid=0AAAABdkQqFNChg2mlbkctPUv0cXcney5&gclid=CjwKCAjwruXBBhArEiwACBRtHWJlrZcc_aqEy3ApDjb8UPl04z2TPnAP-EOjBusQdiy9AXpD8UBU7hoCI44QAvD_BwE

27. Resolución Ministerial N.° 136-2023-MINSA [Internet]. [citado 30 de mayo de 2025]. Disponible en: https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/3882024-136-2023-minsa

28. Chand SP, Arif H. Depression. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [citado 30 de mayo de 2025]. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430847/

29. Alvarado AA, Zumbado ER, Zumbado MFA. Depresión postparto. Rev Medica Sinerg [Internet]. 1 de septiembre de 2021 [citado 30 de mayo de 2025];6(9):e712-e712. Disponible en: https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/712

30. Balaram K, Marwaha R. Postpartum Blues(Archived). En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [citado 30 de mayo de 2025]. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554546/

31. Baldizon Roa HJ. Prevalencia de Depresión Postparto, aplicando la Escala de Edimburgo, en mujeres puérperas atendidas en el Centro de Salud Carlos Lacayo Manzanares en la Ciudad de Mateare [Internet] [other]. UNAN -Managua; 2022 [citado 30 de mayo de 2025]. Disponible en: http://repositorio.unan.edu.ni/id/eprint/10166/

32. Loaiza NV, Dachner AP, Morales JAV. Generalidades y diagnóstico de la depresión posparto. Rev Medica Sinerg [Internet]. 18 de junio de 2019 [citado 30 de mayo de 2025];4(7):e261-e261. Disponible en: https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/261

33. Ghaedrahmati M, Kazemi A, Kheirabadi G, Ebrahimi A, Bahrami M. Postpartum depression risk factors: A narrative review. J Educ Health Promot [Internet]. 2017 [citado 30 de mayo de 2025];6(1):60. Disponible en: https://journals.lww.com/jehp/fulltext/2017/06000/postpartum_depression_risk_factors__a_narrative.60.aspx

34. Buttner MM, Mott SL, Pearlstein T, Stuart S, Zlotnick C, O'Hara MW. Examination of premenstrual symptoms as a risk factor for depression in postpartum women. Arch Womens Ment Health [Internet]. 1 de junio de 2013 [citado 30 de mayo de 2025];16(3):219-25. Disponible en: https://doi.org/10.1007/s00737-012-0323-x

35. Carlson K, Mughal S, Azhar Y, Siddiqui W. Perinatal Depression. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [citado 30 de mayo de 2025]. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519070/

36. Figueiredo B, Canário C, Field T. Breastfeeding is negatively affected by prenatal depression and reduces postpartum depression. Psychol Med [Internet]. abril de 2014 [citado 30 de mayo de 2025];44(5):927-36. Disponible en: https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/abs/breastfeeding-is-negatively-affected-by-prenatal-depression-and-reduces-postpartum-depression/EA17120DDFCA7FE1D4A5645D9A4E2DD3

37. Aishwarya S, Rajendiren S, Kattimani S, Dhiman P, Haritha S, AnanthaNarayanan PH. Homocysteine and serotonin: Association with postpartum depression. Asian J Psychiatry

[Internet]. 1 de diciembre de 2013 [citado 30 de mayo de 2025];6(6):473-7. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S187620181300138X

38. Cardaillac C, Rua C, Simon EG, El-Hage W. L'ocytocine et la dépression du post-partum. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod [Internet]. 1 de octubre de 2016 [citado 30 de mayo de 2025];45(8):786-95. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0368231516300345

39. DSM [Internet]. [citado 30 de mayo de 2025]. Disponible en: https://www.psychiatry.org:443/psychiatrists/practice/dsm

40. Solano MS, Mejía ALP, Madrigal JC. Abordaje clínico y manejo de la depresión posparto. Rev Medica Sinerg [Internet]. 1 de junio de 2019 [citado 30 de mayo de 2025];4(6):90-9. Disponible en: https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/248

41. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of Postnatal Depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. Br J Psychiatry [Internet]. junio de 1987 [citado 30 de mayo de 2025];150(6):782-6. Disponible en: https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/abs/detection-of-postnatal-depression/E18BC62858DBF2640C33DCC8B572F02A

42. Garcia-Esteve L, Ascaso C, Ojuel J, Navarro P. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Spanish mothers. J Affect Disord [Internet]. 1 de junio de 2003 [citado 30 de mayo de 2025];75(1):71-6. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032702000204

43. Ampudia MKM. Depresión postparto en atención primaria. Rev Medica Sinerg [Internet]. 1 de febrero de 2020 [citado 30 de mayo de 2025];5(2):e355-e355. Disponible en: https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/355

44. Meltzer-Brody S, Colquhoun H, Riesenberg R, Epperson CN, Deligiannidis KM, Rubinow DR, et al. Brexanolone injection in post-partum depression: two multicentre, double-blind, randomised, placebo-controlled, phase 3 trials. The Lancet [Internet]. 22 de septiembre de

2018 [citado 30 de mayo de 2025];392(10152):1058-70. Disponible en: https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)31551-4/abstract

45. Bezares B, Sanz O, Jiménez I. Patología puerperal. An Sist Sanit Navar [Internet]. 2009 [citado 29 de julio de 2025];32:169-75. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1137-66272009000200015&lng=es&nrm=iso&tlng=es

46. Espinoza LIN, León CJQ, Calle BDS, Reyes JGM, Llanes YEO, Jaramillo DAC, et al. Complicaciones del puerperio inmediato en pacientes atendidas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca-2013. Rev Latinoam Hipertens [Internet]. 2019 [citado 29 de julio de 2025];14(2):205-12. Disponible en: https://www.redalyc.org/journal/1702/170263775016/html/

47. Avilés Sáez Z, López Martínez EM, Driéguez Castaño C, Conesa Ferrer MB, Avilés Sáez Z, López Martínez EM, et al. Estudio comparativo de la recuperación postparto en base a los Patrones de Marjory Gordon. Enferm Glob [Internet]. 2019 [citado 29 de julio de 2025];18(53):183-214. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1695-61412019000100006&lng=es&nrm=iso&tlng=es

48. McGraw Hill Medical [Internet]. [citado 29 de julio de 2025]. Parto vaginal. Disponible en: https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?sectionid=263136311&bookid=3103

49. Cesarean Birth | ACOG [Internet]. [citado 30 de mayo de 2025]. Disponible en: https://www.acog.org/womens-health/faqs/cesarean-birth

50. Hofmeyr GJ, Mathai M, Shah AN, Novikova N. Techniques for caesarean section - Hofmeyr, GJ - 2008 | Cochrane Library. [citado 30 de mayo de 2025]; Disponible en: https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004662.pub2/full

51. Gamez W. Medicina Fetal Barcelona. 2024 [citado 30 de mayo de 2025]. Protocolo: Cesárea. Disponible en: https://fetalmedicinebarcelona.org/protocolos/protocolo-cesarea/

52. Nacional B del C. www.bcn.cl/leychile. 2021 [citado 30 de mayo de 2025]. Biblioteca del Congreso Nacional | Ley Chile. Disponible en: https://www.bcn.cl/leychile

53. Caesarean birth [Internet]. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2024 [citado 30 de mayo de 2025]. (National Institute for Health and Care Excellence: Guidelines). Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK569570/

54. Fernández Vera JK, Iturriza Natale AT, Toro Merlo J, Valbuena R. Depresión posparto valorada mediante la escala de Edimburgo. Rev Obstet Ginecol Venezuela [Internet]. diciembre de 2014 [citado 30 de mayo de 2025];74(4):229-43. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0048-77322014000400003&lng=es&nrm=iso&tlng=es

55. Vega-Dienstmaier J, Mazzotti G, Stucchi S, Salinas JE, Gallo C, Poletti G. Validación de la Escala de Depresión de Edinburgh en mujeres que no están en el periodo postparto. Rev Neuro-Psiquiatr [Internet]. 1 de abril de 2013 [citado 30 de mayo de 2025];60(4):283-93. Disponible en: https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RNP/article/view/1417

56. WMA - The World Medical Association-Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas con participantes humanos [Internet]. [citado 30 de mayo de 2025]. Disponible en: https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/

57. COMITÉ DE VIGILANCIA ÉTICA Y DEONTOLÓGICA [Internet]. Colegio Médico del Perú - Consejo Nacional. [citado 30 de mayo de 2025]. Disponible en: https://www.cmp.org.pe/comite-de-vigilancia-etica-y-deontologica/

ANEXOS

ANEXO 1 Matriz de consistencia

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA	POBLACION Y MUESTRA
Problema general ¿Existe asociación entre el tipo de parto y la depresión postparto en puérperas inmediatas de 18 a 35 años atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, en 2024? **Problemas específicos** ¿Existe asociación entre el parto vaginal y la depresión postparto en puérperas inmediatas de 18 a 35 años atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el año 2024? ¿Existe asociación entre el parto por cesárea y la depresión	**Objetivo general** Determinar la asociación entre el tipo de parto (Vaginal o cesárea) y la presencia de depresión postparto, en puérperas inmediatas de 18 a 35 años atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el año 2024. **Objetivos específicos** Determinar si existe asociación entre el parto vaginal y la depresión postparto, en puérperas inmediatas de 18 a 35 años atendidas en el hospital Amazónico de Yarinacocha, 2024. Determinar si existe asociación entre el parto abdominal y la depresión	**Hipótesis general** **Ha**: Existe asociación entre el tipo de parto (vaginal o cesárea) y la depresión postparto, en puérperas inmediatas de 18 a 35 años atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el año 2024. **Ho**: No existe asociación entre el tipo de parto (vaginal o cesárea) y la depresión postparto, en puérperas inmediatas de 18 a 35 años atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el año 2024. **Hipótesis especificas** **Ha1**: Existe asociación entre el parto vaginal y la depresión postparto, en puérperas inmediatas de 18 a 35 años atendidas en el hospital Amazónico de Yarinacocha, 2024. **Ho1**: No existe asociación entre el parto vaginal y la depresión postparto, en puérperas inmediatas de 18 a 35 años atendidas en el hospital Amazónico de Yarinacocha, 2024. **Ha2**: Existe asociación entre el parto abdominal y la depresión postparto, en puérperas inmediatas de 18 a 35 años	**Independiente** Depresión postparto **Dependiente** Tipo de parto (Vía vaginal o cesárea)	**Tipo** Básico y explicativo **Método** Cuantitativo **Nivel** Descriptivo y correlacional **Diseño** Transversal, no experimental	**Población** 3012 puérperas **Muestra** 143 puérperas **Técnica** Encuesta **Instrumento** Cuestionario, Escala de depresión postparto de Edimburgo

postparto en puérperas inmediatas de 18 a 35 años atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el año 2024?	postparto, en puérperas inmediatas de 18 a 35 años atendidas en el hospital Amazónico de Yarinacocha, 2024.	atendidas en el hospital Amazónico de Yarinacocha, 2024. **Ho2**: No Existe asociación entre el parto abdominal y la depresión postparto, en puérperas inmediatas de 18 a 35 años atendidas en el hospital Amazónico de Yarinacocha, 2024.	

ANEXO 2 Ficha de recolección de datos

El presente anexo describe aspectos clínicos y contextuales relevantes de las puérperas incluidas en el estudio, con fines únicamente descriptivos y sin formar parte del análisis inferencial ni de los objetivos específicos.

Datos personales

Nombre de la participante: _____

Edad: _____años

SECCIÓN 1: DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Estado civil:

( ) Soltera
( ) Casada
( ) Conviviente
( ) Separada
( ) Divorciada
( ) Viuda

2. Nivel educativo:

( ) Primaria incompleta
( ) Primaria completa
( ) Secundaria incompleta
( ) Secundaria completa
( ) Educación técnica
( ) Educación universitaria

3. Ocupación principal:

( ) Ama de casa
( ) Estudiante
( ) Trabajadora independiente
( ) Trabajadora dependiente

4. Zona de residencia:

( ) Urbana
( ) Rural

SECCIÓN 2: DATOS SOBRE EL TIPO DE PARTO

5. Tipo de parto:

( ) Vaginal
( ) Cesárea

6. ¿Fue su parto programado o de emergencia?

( ) Programado
( ) Emergencia

7. Número de gestaciones previas: _____

8. ¿Hubo complicaciones durante el parto actual?

( ) No
( ) Sí. Especificar: _____

SECCIÓN 3: ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

9. Antecedentes personales de enfermedades:

_____

10. Antecedentes familiares de enfermedades psiquiátricas:

( ) Ninguno
( ) Depresión
( ) Ansiedad
( ) Otra(s): _____

11. Tratamientos médicos o psiquiátricos previos:

( ) No
( ) Sí. Especificar: _____

ANEXO 3 Instrumento: Cuestionario sobre depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS)

Cuestionario Sobre Depresión Postnatal Edimburgo (EPDS)

Nombre: _____
Dirección: _____
Su fecha de Nacimiento: _____
Fecha de Nacimiento del Bebé: _____ Teléfono: _____
Queremos saber cómo se siente, si está embarazada o ha tenido un bebé recientemente. Por favor marque la respuesta que más se acerque a cómo se ha sentido en **LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS**, no solamente cómo se siente hoy.

1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas:
    A. Tanto como siempre.
    B. No tanto ahora.
    C. Mucho menos.
    D. No, no he podido.

2. He mirado el futuro con placer:
    A. Tanto como siempre.
    B. Algo menos de lo que solía hacer.
    C. Definitivamente menos.
    D. No, nada.

3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien:
    A. Sí, la mayoría de las veces.
    B. Sí, algunas veces.
    C. No muy a menudo.
    D. No, nunca.

4. . He estado ansiosa y preocupada sin motivo:
    A. No, para nada.
    B. Casi nada.
    C. Sí, a veces.
    D. Sí, a menudo.

5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno:
    A. Sí, bastante.
    B. Sí, a veces.
    C. No, no mucho.
    D. No, nada.

6. Las cosas me oprimen o agobian:
    A. Sí, la mayor parte de las veces.
    B. Sí, a veces.
    C. No, casi nunca.
    D. No, nada.

7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir:
    A. Sí, la mayoría de las veces.
    B. Sí, a veces.
    C. No muy a menudo.
    D. No, nada.

8. Me he sentido triste y desgraciada:
    A. Sí, casi siempre.
    B. Sí, bastante a menudo.
    C. No muy a menudo.
    D. No, nada.

9. He sido tan infeliz que he estado llorando:
    A. Sí, casi siempre.
    B. Sí, bastante a menudo.
    C. Sólo en ocasiones.
    D. No, nunca.

10. He pensado en hacerme daño a mí misma:
    A. Sí, bastante a menudo.
    B. A veces.
    C. Casi nunca.
    D. No, nunca.

ANEXO 4 Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del Estudio: Asociación entre el Tipo de Parto (parto vaginal o cesárea) y la Depresión Postparto en Mujeres de 18 a 35 años, Atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el Año 2024

Propósito del Estudio:
El objetivo de este estudio es determinar la asociación entre el tipo de parto (Parto vaginal o cesárea) y la prevalencia de depresión postparto en mujeres de 18 a 35 años atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha en el año 2024. Esta investigación ayudará a comprender mejor los factores asociados con la depresión postparto y a desarrollar estrategias de apoyo para mujeres en situaciones similares.

Procedimiento:
Si decide participar, se le pedirá que complete un cuestionario (Escala de Edimburgo) diseñado para evaluar síntomas de depresión postparto. El cuestionario tomará aproximadamente 10 minutos de su tiempo.

Riesgos y Beneficios:
La participación en este estudio puede provocar incomodidad emocional al recordar la experiencia del parto, así como incomodidad al responder las preguntas de la encuesta. Sin embargo, la información obtenida contribuirá a un mejor entendimiento de la depresión postparto y su posible asociación con el tipo de parto, lo cual podría beneficiar a futuras madres. Además, usted tendrá la oportunidad de conocer más sobre la depresión postparto y cómo puede afectarle.

Confidencialidad:
La información que proporcione será tratada de manera confidencial y anónima. Los datos se utilizarán únicamente con fines de investigación y se presentarán de forma agregada, sin identificar a ningún participante en particular.

Voluntariedad:
Su participación en este estudio es completamente voluntaria. Puede optar por no participar o retirarse en cualquier momento sin que esto afecte la atención médica que recibe o su relación con el Hospital Amazónico de Yarinacocha.

Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información antes de tomar una decisión, no dude en preguntar. Agradecemos su tiempo y su colaboración.

_____
Firma del Participante
Fecha:

ANEXO 5 Autorización para realizar el trabajo de investigación

GOBIERNO REGIONAL DE UCAYALI
DIRECCION REGIONAL DE SALUD UCAYALI
HOSPITAL AMAZÓNICO

"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES"

"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

Yarinacocha, 22 de julio del 2024

CARTA Nº 337 -2024-GRU-DIRESAU-HAYA

Señor:
ERICK JAIR TORRES GALÁN
Presente.-

ASUNTO:		AUTORIZACION PARA RECABAR INFORMACION A TRAVES DE PACIENTES DEL DPTO. DE GINECO-OBSTETRICIA.
REF.	:	SOLICITUD S/N. DEL 15/07/2024

Es grato dirigirme a usted para saludarle cordialmente, a la vez, en atención al documento de la referencia, **se le autoriza recabar información a través de encuestas a pacientes que acuden al Departamento de Gineco-Obstetricia, para el desarrollo su proyecto de tesis denominado "Asociación de la Cesárea y la Depresión Post-Parto en Puérperas de entre 18 y 35 años de edad, año 2024.**

Sin otro particular, me suscribo de usted no sin antes expresarle mi consideración.

Atentamente,

HOSPITAL AMAZÓNICO V° B° GINECO OBSTETRICIA

GOBIERNO REGIONAL UCAYALI - DIRESA - HOSPITAL AMAZÓNICO YARINACOCHA - DIRECCIÓN EJECUTIVA

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL AMAZÓNICO
Dr. Walter Roman Lovaau Barra
Director Ejecutivo del Hospital Amazónico
C.M.P. N° 32230

LRMBR/DE-HA

Cc : Dpto. Gineco-Obst.
Archivo

ANEXO 6 Aprobación del proyecto de tesis por comité de ética de Medicina Humana

"Año del Bicentenario, de la Consolidación de Nuestra Independencia, y de la Conmemoración de Heroicas Batallas de Junín y Ayacucho"

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
COMISIÓN DE GRADOS Y TITULOS

Pucallpa, 10 de diciembre del 2024

OFICIO N°427-2024-UNU-FMH-CGyT

Señor:
BACH. ERICK JAIR TORRES GALAN
Presente. -

ASUNTO : REMITO PROYECTO DE INVESTIGACIÓN APROBADO

Ref. : Oficio N° 140-2024-UNU-FMH-CEI

Es grato dirigirme a usted para saludarle cordialmente y, en mérito al documento de referencia, el Presidente de la Comisión de Grados y Títulos, le hace llegar su Proyecto de Investigación **APROBADO** por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad, para su conocimiento y trámite correspondiente.

Título del Proyecto: "ASOCIACIÓN DE LA CESAREA Y LA DEPRESIÓN POST PARTO EN PUERPERAS INMEDIATAS, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZONICO DE YARINACOCHA,2024".

Sin otro particular, me suscribo de usted reiterándole muestras de especial consideración y estima personal.

Atentamente;

M.C. Oscar Marcelino Cornejo Chávez
Presidente de la Comisión de Grados
y Títulos – FMH

C.C.
AMRU
Archivo

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

Pucallpa, 10 de Diciembre de 2024

OFICIO N°140-2024-UNU-FMH-CEI

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
10 DIC 2024
N° de Reg. 431
Firma

Señor:
MC. Ángel Martti Roncal Jiménez
Presidente de la Comisión de Grados y Títulos – FMH
Universidad Nacional de Ucayali
Presente. –

ASUNTO: INFORME DE EVALUACIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

De mi especial consideración:

Por la presente me dirijo a usted para saludarlo cordialmente y al mismo tiempo hacerle llegar el informe correspondiente a la evaluación realizada por este Comité de Ética en investigación de la Facultad de Medicina Humana.

Título del proyecto: **"Asociación de la cesárea y la depresión post parto en puérperas inmediatas, atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2024."**

Autor: Bach. Erick Jair Torres Galán

Conclusiones:

Protocolo aprobado: .(x)
Protocolo con observaciones
Se posterga la deliberación.
Protocolo rechazado.

ANEXO 7 Acta de expedito del informe final de tesis

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ACTA DE EXPEDITO DEL INFORME FINAL DE TESIS

En Pucallpa, a los 26 días del mes de SEPTIEMBRE del dos mil veinticinco, a las 11:00 se reunieron en la sala de docentes de la Facultad de Medicina Humana y de acuerdo a lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Medicina Humana Art. 52 inciso 6, se reunió el Jurado Evaluador conformados por los siguientes docentes:

Dr. Walter Román Leveau Bartra (Presidente)
Dra. Arlene Rosario Falcón Guerra (Miembro)
Dr. Ángel Carlos Terrones Marreros (Miembro).

Para revisar el borrador de la Tesis titulado **"ASOCIACIÓN ENTRE EL TIPO DE PARTO Y LA DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUERPERAS INMEDIATAS DE 18 A 35 AÑOS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZONICO DE YARINACOCHA, 2024"**, presentado (a) por el (a) bachiller **ERICK JAIR TORRES GALAN,** teniendo como asesor al M.C. Mg. Luis Enrique Ruiz Solsol.

Habiendo superado el (a) Bachiller las observaciones realizadas con las correcciones del caso, este jurado evaluador concluye, de que el presente Informe Final de Tesis **está expeditó** para su aprobación y designación de lugar y fecha de sustentación.

Siendo las 12:00 del mismo día, se dio por culminada la sesión.

Dr. Walter Román Leveau Bartra
Presidente del Jurado Evaluador

Dra. Arlene Rosario Falcón Guerra
Miembro del Jurado Evaluador

Dr. Ángel Carlos Terrones Marreros
Miembro del Jurado Evaluador