Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Dirección General de Estudios de Posgrado
Facultad de Medicina
Unidad de Posgrado

Factores obstétricos asociados a trastornos del estado de ánimo en puérperas, Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2026

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en Ginecología y Obstetricia

AUTOR

Claudia Cecilia Corali RAMIREZ SOBRADO

ASESOR

Dr. Walter Eduardo BARRETO GUERRERO

Lima - Perú

2026



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Ramirez C. Factores obstétricos asociados a trastornos del estado de ánimo en puérperas, Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2026 [Proyecto de investigación de segunda especialidad]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2026.

Metadatos complementarios

Datos del autor	
Nombres y apellidos	Claudia Cecilia Corali Ramírez Sobrado
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	70122004
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0002-0541-5689
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	Walter Eduardo Barreto Guerrero
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	08126484
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0001-5814-4184
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	Santiago Guillermo Cabrera Ramos
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	08799819
Miembro del jurado 1	
Nombres y apellidos	Julio Raymundo Aguilar Fernando
Tipo de documento	DNI

Número de documento de identidad	25624194
Miembro del jurado 2	
Nombres y apellidos	No aplica
Tipo de documento	No aplica
Número de documento de identidad	No aplica
Datos de investigación	
Línea de investigación	Salud Materna, Perinatal y Neonatal
Grupo de investigación	No aplica
Agencia de financiamiento	Autofinanciado
Ubicación geográfica de la investigación	Edificio: Hospital Amazónico de Yarinacocha País: Perú Departamento: Ucayali Provincia: Coronel Portillo Distrito: Yarinacocha Latitud: -8.3569340 Longitud: -74.5721423
Año o rango de años en que se realizó la investigación	2026
URL de disciplinas OCDE	Obstetricia, Ginecología https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.02 Psiquiatría https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.24

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América
Facultad de Medicina Vicedecanato de Investigación y Posgrado

PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIZACION EN MEDICINA HUMANA

INFORME DE CALIFICACIÓN

MÉDICO: CLAUDIA CECILIA CORALI RAMIREZ SOBRADO.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:

FACTORES OBSTÉTRICOS ASOCIADOS A TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO EN PUÉRPERAS, HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACOCHA, 2026

AÑO DE INGRESO: 2023

ESPECIALIDAD: GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

SEDE: HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACOCHA,

Lima 12 de octubre

Doctor
JOHNNY RICARDO MORZAN DELGADO
Coordinador del Programa de Segunda Especialización en Medicina Humana
El comité de la especialidad de GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
ha examinado el Proyecto de Investigación de la referencia, el cual ha sido:

SUSTENTADO Y APROBADO [x] **OBSERVADO** [ ]

OBSERVACIONES:

NOTA: 16

C.c. UPG
Comité de Especialidad
Interesado

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
FACULTAD DE MEDICINA
Unidad de Post Grado
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIZACION EN MEDICINA
Dr. SANTIAGO CABRERA RAMOS
Presidente de Comité de la Especialidad
Gineco Obstetricia

DR. SANTIAGO GUILLERMO CABRERA RAMOS
COMITÉ DE LA ESPECIALIDAD DE
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
Universidad del Perú, Decana de América

Anexo 1

CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo, **Dr. Walter Eduardo Barreto Guerrero**, en mi condición de asesor acreditado con el Dictamen de Inscripción del Proyecto de Investigación N° 3002753690, cuyo título es:

"Factores obstétricos asociados a trastornos del estado de ánimo en puérperas, Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2026"

presentado por la médica **Claudia Cecilia Corali Ramirez Sobrado**, para optar el título de Segunda Especialidad Profesional en Ginecología y Obstetricia.

CERTIFICO que se ha cumplido con lo establecido en la Directiva de Originalidad y de Similitud de Trabajos Académicos, de Investigación y Producción Intelectual. Según la revisión, análisis y evaluación mediante la plataforma PIDS, el documento evaluado cuenta con el **19 %** de similitud, nivel **PERMITIDO** para continuar con los trámites correspondientes y para su publicación en el repositorio institucional.

Se emite el presente certificado en cumplimiento de lo establecido en las normas vigentes, como uno de los requisitos para la obtención del título de Segunda Especialidad Profesional en Ginecología y Obstetricia.

Lima, 26 de octubre de 2026

Dr. Eduardo Barreto Guerrero
TUTOR DE RESIDENTADO MEDICO
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA - UNMSM
HOSPITAL AMAZONICO

Firma del Asesor: _____

Nombres y Apellidos del asesor: Dr. Walter Eduardo Barreto Guerrero

DNI: 08126484

* Según corresponda: bachiller, magíster, doctor; título profesional o título de segunda especialidad

La vigencia del presente certificado corresponde a un período de noventa (90) días desde la fecha de su emisión; siempre que no haya observaciones en el texto durante el proceso de revisión por el jurado informante o surja alguna contingencia.

INDICE

CAPÍTULO I DATOS GENERALES 1
1.1. Título 1
1.2. Área de Investigación 1
1.3. Autor responsable del proyecto 1
1.4. Asesor 1
1.5. Institución 1
1.6. Entidades o Personas con las que se coordinará el proyecto 1
1.7. Duración 1
1.8. Clave del Proyecto 1
CAPÍTULO II PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO 2
2.1. Planteamiento del problema 2
2.2. Hipótesis 32
2.3. Objetivos de la investigación 32
2.4. Evaluación del problema 33
2.5. Justificación e Importancia del Problema 33
CAPITULO III METODOLOGÍA 37
3.1. Tipo de Estudio 37
3.2. Diseño de Investigación 37
3.3. Universo 37
3.4. Población a estudiar 37
3.5. Muestra de Estudio 37
3.6. Criterios de selección 38
3.7. Variable de Estudio 39
3.8. Operacionalización de variables 40
3.9. Técnicas e instrumentos 41
3.10. Procesamiento y Análisis de Datos 43
CAPÍTULO IV ASPECTOS ADMINISTRATIVOS 45
4.1. Plan de Acciones 45
4.2. Asignación de Recursos 45
4.3. Presupuesto o Costo del Proyecto 46
4.4. Cronograma de Actividades 46
4.5. Control y evaluación del proyecto 47
CAPÍTULO V REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 48
6.1. Definición de Términos 55
6.2. Matriz de consistencia 60
1.3. Instrumento de recolección de datos 61

CAPÍTULO I DATOS GENERALES

1.1. Título

Factores obstétricos asociados a trastornos del estado de ánimo en puérperas, Hospital Amazónico de Yarinacocha, 202**6**

1.2. Área de Investigación

Obstetricia y Ginecologia

1.3. Autor responsable del proyecto

Claudia Cecilia Corali Ramirez Sobrado

1.4. Asesor

Walter Eduardo Barreto Guerrero

1.5. Institución

Universidad Nacional Mayor de San Marcos

1.6. Entidades o Personas con las que se coordinará el proyecto

Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Hospital Amazónico de Yarinacocha

1.7. Duración

6 meses

1.8. Clave del Proyecto

Depresión puerperal, puerperio, Escala de Edimburgo.

CAPÍTULO II PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

2.1. Planteamiento del problema

2.1.1. Descripción del problema

El trastorno del estado de ánimo en el posparto, que incluye la depresión posparto, es una de las complicaciones más frecuentes del puerperio y constituye un problema de salud pública mundial (Batchelor et al., 2023). La Organización Mundial de la Salud estima que entre 10 % y 20 % de las madres en países de ingresos bajos y medios presentan depresión posparto, mientras que en América Latina la prevalencia se sitúa en torno al 15 %–25 %, con variaciones según factores socioculturales y de acceso a la salud (Liu et al., 2022). En Perú, estudios poblacionales como la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) han reportado que aproximadamente 5 %–6 % de las mujeres en edad fértil presentan síntomas depresivos en el periodo posparto, pero en contextos hospitalarios la prevalencia puede superar el 20 %. Este cuadro clínico se asocia con alteraciones del vínculo madre-hijo, mayor riesgo de problemas de desarrollo infantil, y aumento de la morbilidad materna, incluyendo conductas suicidas. Las complicaciones se agravan en entornos con limitaciones de recursos, donde el diagnóstico y tratamiento oportuno son insuficientes (Moyer et al., 2023).

La presencia de trastornos del estado de ánimo en puérperas se suele evaluar mediante la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS), instrumento validado internacionalmente con punto de corte ≥13 para identificar riesgo de depresión posparto (Brehaut et al., 2023). A nivel global, se estima que una de cada cinco mujeres experimenta sintomatología depresiva en las

primeras seis semanas tras el parto, y en América Latina la prevalencia varía entre 10 % y 25 %. En Perú, un estudio en el Hospital Regional de Ica reportó una prevalencia de 18,8 % (IC95 %: 16,3–21,3), mientras que en Huancavelica se encontró que el 68,5 % de las puérperas presentaba depresión posparto en grados de moderado a severo (Park & Kim, 2023). La relevancia epidemiológica radica en su asociación con abandono de la lactancia, retraso en el neurodesarrollo del niño y aumento del riesgo de ideación suicida materna. Detectar esta condición mediante la EPDS permite una identificación temprana y un abordaje clínico oportuno, reduciendo las complicaciones a corto y largo plazo tanto en la madre como en el recién nacido (Chen et al., 2023).

Algunos estudios han explorado los factores que se asocian al desarrollo de trastornos del estado de ánimo en puérperas, mostrando hallazgos relevantes a nivel internacional y nacional. Miller et al. (2023), en Estados Unidos, evaluaron la estructura psicométrica de los síntomas de ansiedad y estado de ánimo en mujeres durante el embarazo y posparto, encontrando que un 10 % presentó depresión mayor o subumbral en el embarazo y 6,9 % en el posparto, confirmando la estabilidad de un modelo de tres factores de síntomas. Johann et al. (2023), en Suiza, identificaron cuatro trayectorias de síntomas depresivos desde el embarazo hasta tres meses posparto, observando que las mujeres con mayor carga de síntomas tenían más ansiedad prenatal y síntomas somáticos posparto. En Perú, Leveau et al. (2024) hallaron una prevalencia de depresión posparto de 18,8 % y asociaron factores como cesárea y mala relación de pareja con mayor riesgo de este trastorno. Asimismo, Limascca et al. (2023) reportaron una prevalencia de sintomatología depresiva de 5,61 %, con fuerte asociación a antecedente de depresión previa y violencia doméstica. A pesar de estos

hallazgos, la evidencia continúa siendo insuficiente para explicar integralmente los factores obstétricos asociados a los trastornos del estado de ánimo en puérperas de contextos amazónicos.

La realización del estudio en el Hospital Amazónico de Yarinacocha en 2025 es crucial por su ubicación estratégica en la región Ucayali, que atiende a una población diversa de zonas urbanas y rurales con barreras de acceso a la salud mental materna. Esta institución es un centro de referencia para la atención obstétrica en la Amazonía peruana y recibe un alto volumen de partos, lo que permite contar con una muestra representativa de puérperas. Además, la región presenta factores socioculturales particulares, como menor cobertura de servicios de salud mental y mayor prevalencia de embarazos no planificados, que podrían influir en la incidencia de trastornos del estado de ánimo.

2.1.2. Antecedentes del problema

Antecedentes internacionales

Miller et al. (2023), en Estados Unidos, realizaron un estudio con el objetivo de determinar la mejor estructura psicométrica de los síntomas internalizantes (ansiedad y estado de ánimo) durante el periodo perinatal, comparando embarazo y posparto. Metodología: estudio observacional, analítico y longitudinal (seguimiento desde el tercer trimestre hasta las 6–8 semanas posparto), con entrevistas clínicas en dos momentos (28–32 semanas y 6–8 semanas), aplicando el Interview for Mood and Anxiety Symptoms (IMAS) para síntomas actuales y la MINI para diagnósticos de vida. Población/Muestra: N=246 mujeres de un centro académico; completaron la entrevista 251 en embarazo y 216 en posparto. En el embarazo, el modelo de tres factores (Distress, Fear y Bipolar) presentó ajuste adecuado y la mayoría de las

subescalas cargaron ≥0.30 en su factor; la escala de TOC cargó en Miedo y de forma más débil en Bipolar. En el posparto, el ajuste fue bueno, replicándose la estructura. En cuanto a diagnósticos, durante el embarazo 10% cumplió criterios para depresión mayor o subumbral y 14.7% para algún trastorno de ansiedad; en el posparto, 6.9% para depresión mayor o subumbral y 7.9% para algún trastorno de ansiedad. A lo largo de la vida, 22.1% reportó depresión mayor y 18.5% algún trastorno de ansiedad. Los modelos alternativos sin carga cruzada de TOC o unidimensionales mostraron peor ajuste en todos los índices. Los coeficientes de carga variaron solo 0.01–0.19 entre momentos, apoyando estabilidad temporal. Se concluye que, la estructura de tres factores (Distress, Fear, Bipolar) describe de forma óptima y estable los síntomas de ansiedad y estado de ánimo en el periodo perinatal y puede guiar la evaluación y el tratamiento clínico (pp.231-239).

Johann et al. (2023), en Suiza, realizaron un estudio para identificar trayectorias individuales de síntomas depresivos desde el embarazo hasta el posparto y explorar su relación con factores de riesgo psicopatológicos. Se desarrolló un estudio observacional, longitudinal y analítico, en el que se aplicó un modelamiento de trayectorias basado en grupos (group-based trajectory modeling analysis). La muestra incluyó 151 mujeres suizas, evaluadas seis veces entre el tercer trimestre del embarazo y los 3 meses posparto. Los síntomas depresivos se midieron en cada punto de corte mediante escalas estandarizadas de depresión perinatal, aunque el fragmento no especifica el nombre exacto del instrumento ni las pruebas estadísticas empleadas. En los resultados, se identificaron cuatro trayectorias de síntomas depresivos: tres con cargas sintomáticas relativamente estables (baja, media y alta) y una trayectoria

de síntomas decrecientes con reducción significativa después del parto. Las mujeres con mayor carga de síntomas depresivos presentaron antecedentes de mayor sintomatología premenstrual, ansiedad prenatal y de parto, así como síntomas somáticos después del nacimiento. Se concluye que existen trayectorias diferenciadas de síntomas depresivos durante el periodo perinatal y que la presencia de síntomas somáticos posparto está fuertemente asociada a un mayor riesgo de depresión, lo que resalta la necesidad de investigaciones adicionales y de intervenciones focalizadas para brindar una atención más apropiada a las mujeres afectadas (pp.10).

Salazar et al. (2021), en Colombia, realizaron un estudio para analizar los factores de riesgo y las condiciones de prevención en la salud mental de la mujer gestante y durante el puerperio. Se realizó una búsqueda sistemática en siete bases electrónicas (SciELO, Dialnet, Google Scholar, Redalyc, Elsevier, PubMed y Scopus); instrumento: no especificado (no se detalla ficha de extracción ni lista de verificación); tamaño de población o muestra: no reportado (revisión narrativa sin recuento de estudios); pruebas estadísticas: no aplican/no reportadas. La síntesis cualitativa identificó como principales trastornos reportados la depresión (incluida la depresión posparto), trastornos de la personalidad, ansiedad y síntomas psicóticos. Los riesgos y vulnerabilidades más recurrentes fueron el desánimo intenso, insomnio, falta de apoyo familiar y social, bajo nivel socioeconómico, edad, y dificultades de vinculación madre-bebé. Se describen además factores contextuales y biológicos vinculados al periodo perinatal: nuevas obligaciones de la maternidad, cambios hormonales, privación de sueño, fatiga marcada y eventos obstétricos traumáticos (cesáreas de emergencia, ingresos a UCI, comorbilidades). Se menciona que estos factores pueden

asociarse con ideación suicida o temor a dañar al bebé; no se informan medidas de frecuencia, tamaños de efecto ni contrastes estadísticos. En prevención, se señalan la psicoterapia y la intervención clínica como estrategias principales. Se concluye que, la literatura revisada destaca múltiples factores de riesgo psicosociales y biológicos en la gestación y el puerperio y sugiere priorizar intervenciones preventivas y terapéuticas (psicoterapia y manejo clínico), aunque la ausencia de datos cuantitativos y de un protocolo metodológico detallado limita la estimación de magnitudes y la comparabilidad entre estudios (pp.83).

Pacheco (2021), en Colombia, realizó un estudio para identificar los factores de riesgo que presentan las madres que padecen depresión posparto durante el puerperio en el barrio El Bosque, municipio de Turbo. La investigación tuvo un enfoque cualitativo, de tipo fenomenológico, de carácter observacional y descriptivo. La muestra estuvo conformada por 15 madres en etapa de puerperio. El artículo no menciona instrumentos estandarizados específicos para la medición ni pruebas estadísticas aplicadas, dado que el diseño fenomenológico se centró en la exploración de experiencias y percepciones de las participantes. En los resultados se identificaron factores de riesgo de naturaleza psicológica, sociodemográfica y psicosocial. Entre los factores psicológicos se encontraron sentimientos de tristeza, ansiedad y preocupación constante que afectaron el vínculo con el recién nacido. En cuanto a los factores sociodemográficos, se describió la presencia de bajo nivel socioeconómico, limitaciones educativas y falta de acceso a servicios de salud oportunos. Se concluye que las madres puérperas del barrio El Bosque presentan múltiples factores de riesgo interrelacionados, principalmente psicológicos, sociodemográficos y

psicosociales, que incrementan la vulnerabilidad a desarrollar depresión posparto, lo cual exige intervenciones integrales que consideren el contexto social y cultural para mejorar la atención de salud materna.(pp.60)

Gila et al. (2020), en España, realizaron un estudio para evaluar si el patrón de lactancia en los primeros seis meses está relacionado con la depresión posparto, el estrés y el optimismo materno, además de explorar si estos factores psicológicos influyen en la adherencia a la lactancia. Se empleó una metodología observacional, transversal y analítico, basado en un cuestionario en línea anónimo compuesto por cinco secciones. Se emplearon la Escala de Estrés Percibido (PSS), la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EPDS), el Test de Orientación Vital (LOT) y la Puntuación de Adherencia a la Lactancia Materna (BAS). De 2025 respuestas iniciales, 711 cumplieron los criterios de inclusión. El análisis estadístico se realizó en R, utilizando pruebas de Wilcoxon, exacta de Fisher, correlaciones de Spearman y modelos de regresión logística. Los resultados mostraron que el 75 % de las madres practicaban lactancia materna exclusiva (LME). La LME fue más frecuente en madres primíparas y con mayor edad gestacional ($p < 0,05$). Las madres con LME tuvieron menores puntuaciones de estrés en el primer y tercer mes ($p < 0,05$) y menores síntomas depresivos en el tercer mes ($p < 0,05$), en comparación con la lactancia materna mixta (LMM). El BAS fue mayor en LMM, indicando mayor riesgo de abandono. Se encontraron correlaciones significativas entre PSS y EPDS ($\rho = 0,73$; $p < 0,001$), PSS y LOT ($\rho = –0,40$; $p < 0,001$) y EPDS y LOT ($\rho = –0,45$; $p < 0,001$). Además, BAS se asoció positivamente con PSS y EPDS, y negativamente con LOT en distintos meses de seguimiento. Se concluye que, en la población estudiada, el estrés percibido y la depresión posparto se relacionan con una

menor adherencia a la lactancia materna exclusiva, mientras que el optimismo disposicional no mostró diferencias significativas. Estos hallazgos sugieren que los factores psicológicos maternos influyen en la duración de la lactancia materna y deben considerarse en las estrategias de promoción y apoyo a la lactancia en España (pp.10).

Antecedentes nacionales

Izquierdo (2025), en Moquegua, realizó un estudio para valorar si existe diferencia entre el nivel de depresión posparto en puérperas primíparas versus multíparas atendidas en dicho establecimiento en el año 2024. La metodología se trató de una investigación observacional, de tipo prospectivo, transversal y con enfoque cuantitativo. La muestra estuvo conformada por 74 mujeres puérperas, divididas entre primíparas y multíparas, seleccionadas mediante muestreo no aleatorio por conveniencia. El instrumento utilizado fue la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS). En el análisis estadístico se aplicaron pruebas de significancia para comparar la frecuencia de depresión posparto entre ambos grupos, encontrándose diferencias estadísticamente significativas. Los resultados mostraron que la frecuencia absoluta y relativa de depresión posparto en las puérperas primíparas fue de 11 casos (29,7 %), mientras que en las multíparas se identificaron 5 casos (13,5 %). Estos hallazgos indican una mayor prevalencia de depresión posparto en las mujeres que experimentaban su primer parto en comparación con aquellas que ya habían tenido partos previos. La diferencia observada entre los grupos fue significativa desde un punto de vista estadístico, lo cual refuerza la hipótesis de que la primiparidad constituye un factor de riesgo relevante para la depresión en el periodo puerperal. Se concluye que las madres primíparas atendidas en el

establecimiento de salud de Lima Metropolitana presentan una mayor prevalencia de depresión posparto en comparación con las multíparas, por lo que se recomienda implementar estrategias de prevención, detección temprana y acompañamiento psicológico dirigidas especialmente a este grupo vulnerable (pp.65).

Leveau et al. (2024), en Ica, realizaron un estudio para determinar los factores sociodemográficos y clínicos vinculados con la depresión posparto en mujeres atendidas en un hospital de Perú. Se trató de una investigación observacional, transversal y analítica, con diseño de casos y controles. La población estuvo conformada por 346 puérperas (173 casos con riesgo de depresión posparto y 173 controles sin riesgo), atendidas en el Hospital Regional de Ica entre mayo y octubre de 2022. El instrumento utilizado fue la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (punto de corte ≥ 13), complementada con una ficha de datos generales. El análisis se realizó mediante regresión logística, obteniendo razones de odds (OR) con intervalos de confianza al 95% y valores p. Los resultados mostraron una prevalencia de depresión posparto de 18,8%. Los factores significativamente asociados fueron: edad menor de 20 años, grado de instrucción superior, condición civil soltera, mala relación de pareja, consumo de psicofármacos, complicaciones en el parto, cesárea, antecedente de COVID-19 en la gestación y tener trabajo. Estos hallazgos evidencian múltiples factores de riesgo clínicamente relevantes. Se concluye que, en la población estudiada, la depresión posparto se asocia a diversas variables sociodemográficas y obstétricas que requieren una intervención oportuna para disminuir el impacto negativo en la madre y el niño (pp.20).

Bastidas (2024), en Huancayo, realizó un estudio para evaluar la relación entre el riesgo de depresión posparto y la autoeficacia en la lactancia materna en puérperas inmediatas-mediatas. Se utilizó una metodología observacional, correlacional y de diseño transversal. La muestra estuvo conformada por 164 puérperas atendidas en el Hospital Domingo Olavegoya de Jauja entre junio y octubre de 2023. Se utilizaron como instrumentos el "Breastfeeding Self-Efficacy Scale" para medir la autoeficacia de la lactancia materna y la Escala de Edimburgo para evaluar el riesgo de depresión posparto. El análisis estadístico incluyó la prueba de correlación de Spearman (Rho). Los resultados mostraron que la mediana de edad de las participantes fue de 26 años, con un rango de 19 a 34 años que representó el 61,0% de la muestra. El 51,8% alcanzó educación secundaria y el 28,7% se dedicaba a labores del hogar. Respecto a la autoeficacia de la lactancia, el 82,9% presentó un nivel alto y el 17,1% un nivel bajo. En cuanto al riesgo de depresión posparto, el 20,1% tuvo riesgo y el 8,6% probable depresión. Se evidenció una correlación negativa baja y significativa entre el riesgo de depresión posparto y la autoeficacia en lactancia materna (Rho = –0,368; p = 0,001), lo que indica que un mayor nivel de autoeficacia se asocia con menor riesgo de depresión posparto. Se concluye que, en esta población, la autoeficacia de la lactancia materna se relaciona inversamente con el riesgo de depresión posparto, destacando la importancia de fortalecer la confianza de las puérperas en su capacidad de amamantar como estrategia preventiva frente a la depresión posparto (pp.89).

Lipa (2024), Puno, realizó un estudio para analizar cómo se relacionan las características biológicas, psicológicas y sociales con la depresión posparto en mujeres del altiplano peruano. Se empleó una metodología cuantitativa con

diseño transversal descriptivo. La muestra estuvo conformada por 78 puérperas atendidas en el Establecimiento de Salud José Antonio Encinas, en Puno. Como instrumentos se emplearon entrevistas estructuradas y la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo para evaluar la variable dependiente. Los resultados mostraron que el 53 % de las participantes presentó depresión posparto. Entre los factores asociados, se encontraron mayor prevalencia de depresión en mujeres con más de seis controles prenatales, ausencia de psicoprofilaxis obstétrica, parto eutócico y antecedentes de patologías tanto en la madre como en el recién nacido. Asimismo, se observó que el apoyo familiar y de la pareja se vinculó con menor incidencia de depresión posparto. En cuanto a factores sociales, se identificó mayor riesgo en mujeres de 25 a 29 años, con educación superior no universitaria, convivientes, amas de casa y madres primerizas con un solo hijo. Estos hallazgos destacan la relevancia de los determinantes sociales, clínicos y obstétricos en la salud mental perinatal. Se concluye que, en puérperas del altiplano peruano, el número de controles prenatales, la psicoprofilaxis, el apoyo de la pareja y la edad materna son factores clave que deben considerarse para el diagnóstico temprano y la intervención oportuna frente a la depresión posparto (pp.35-44).

Limascca et al. (2023), en Lima, realizaron un estudio para determinar cuáles son los factores asociados a la sintomatología depresiva posparto en mujeres peruanas de edad fértil. Se empleó una metodología observacional, retrospectiva, transversal y analítica, basada en una fuente secundaria de información. La población estuvo constituida por mujeres en edad fértil con posparto reciente, evaluándose la sintomatología depresiva a través de la ENDES. El análisis estadístico incluyó procedimientos bivariados y multivariados

mediante regresión logística para obtener razones de odds (OR) con intervalos de confianza al 95%. Los resultados mostraron una prevalencia global de sintomatología depresiva posparto de 5,61%. En el análisis bivariado, las mujeres solteras (viudas, divorciadas o no convivientes) presentaron una prevalencia de 14,72% ($p < 0,001$), aquellas con antecedente de tratamiento por depresión alcanzaron 19,93% ($p < 0,001$) y las que reportaron violencia doméstica tuvieron 12,03% ($p < 0,001$). Se concluye que, en mujeres peruanas en edad fértil con posparto reciente, la sintomatología depresiva se asocia principalmente al antecedente de depresión previa, al estado civil soltera y a la presencia de violencia doméstica, factores que deben ser considerados prioritariamente en las estrategias de tamizaje y prevención en salud materna.(pp.73)

Herrera et al. (2022), en Huancavelica, realizaron un estudio para analizar el nivel de depresión posparto en puérperas atendidas en dicho hospital durante ese periodo. Se aplicó una metodología observacional, de nivel descriptivo, con diseño no experimental transeccional descriptivo. La población estuvo conformada por 90 puérperas y la muestra por 73 participantes. Se empleó el inventario de depresión de Beck como instrumento de medición. Los resultados mostraron que el 39,7% de las puérperas presentó depresión moderada, el 28,8% depresión severa y el 16,4% depresión leve. En el análisis por dimensiones, en la afectividad el 63% no presentó depresión, el 34,3% tuvo depresión leve y el 2,7% moderada. En la motivación, el 49,3% no presentó depresión, el 38,4% leve y el 12,3% moderada. En la dimensión física, el 46,6% presentó depresión leve, el 34,2% sin depresión y el 19,2% moderada. En la conducta, el 53,4% no presentó depresión, el 35,6% leve y el 11% moderada.

Finalmente, en la cognición el 64,4% no presentó depresión y el 35,6% leve. En conjunto, el 68,5% de la muestra presentó depresión posparto en niveles que oscilaron de moderada a severa, lo que evidencia la alta prevalencia de este problema en la población estudiada. Se concluye que, en el Hospital Departamental de Huancavelica, más de dos tercios de las puérperas presentan niveles de depresión posparto que requieren atención oportuna, lo que subraya la necesidad de implementar estrategias de detección temprana y apoyo integral en salud mental materna (pp.86).

2.1.3. Fundamentos

Los fundamentos del presente proyecto se sostienen en la importancia clínica, social y epidemiológica de los trastornos del estado de ánimo en el periodo posparto y en la necesidad de identificar factores obstétricos que incrementan su riesgo para implementar medidas de detección temprana y prevención en poblaciones vulnerables. La literatura científica muestra que la depresión posparto tiene una prevalencia global entre 10% y 20%, alcanzando hasta 25% en países de ingresos bajos y medios, y en el Perú diversos estudios han reportado cifras de entre 13% y 18% en distintas regiones, lo que refleja un problema de salud pública de magnitud considerable. Estos trastornos generan un impacto negativo no solo en la madre, al aumentar el riesgo de recurrencia depresiva, ideación suicida y afectación del bienestar físico y social, sino también en el recién nacido, pues se asocian con menor adherencia a la lactancia materna exclusiva, dificultades en el apego, retrasos en el desarrollo psicomotor y alteraciones emocionales en etapas posteriores.

Dentro de los factores asociados, la evidencia sugiere que algunos eventos obstétricos actúan como determinantes relevantes: el embarazo no

deseado ha sido vinculado con mayor vulnerabilidad emocional y falta de preparación para la maternidad; el parto traumático y la cesárea de emergencia se asocian con sentimientos de fracaso, miedo y estrés postraumático, que predisponen al desarrollo de depresión posparto; y las complicaciones neonatales, como bajo peso, prematuridad o ingreso a cuidados intensivos, generan ansiedad intensa y estrés en la madre al comprometer la salud del hijo. La identificación de estos factores en un contexto amazónico como el de Yarinacocha cobra especial relevancia, dado que la literatura nacional en este ámbito es aún insuficiente y las condiciones socioculturales, económicas y de acceso a servicios de salud mental difieren respecto a otras regiones del país.

Por ello, este proyecto se fundamenta en la necesidad de producir evidencia local que permita caracterizar la relación entre factores obstétricos y trastornos del estado de ánimo en puérperas amazónicas, contribuyendo a reforzar las estrategias de tamizaje mediante el uso de instrumentos validados como la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS), y a orientar la formulación de políticas y programas de salud materna integral que consideren tanto la dimensión física como la psicológica del puerperio.

2.1.3.1. Marco teórico

Trastornos del estado de ánimo en el puerperio

Los trastornos del estado de ánimo en el puerperio representan un problema de salud pública de gran relevancia, ya que afectan tanto a la madre como al recién nacido y al entorno familiar. El puerperio, comprendido en las seis a ocho semanas posteriores al parto, implica profundos cambios fisiológicos, hormonales, psicológicos y sociales (Batchelor et al., 2023). Durante este periodo se producen fluctuaciones significativas en los niveles de estrógeno,

progesterona y cortisol, así como alteraciones en neurotransmisores como la serotonina y la dopamina, que pueden predisponer a síntomas depresivos y ansiosos. A ello se suman el cansancio físico, la interrupción del sueño y las demandas del cuidado neonatal, factores que incrementan la vulnerabilidad psicoemocional de la madre y favorecen la aparición de cuadros afectivos, principalmente la tristeza posparto, la depresión posparto y, en casos más graves, la psicosis puerperal (Thippeswamy & Davies, 2021).

La tristeza posparto o “baby blues” es la forma más leve y transitoria, con una incidencia estimada entre el 50 y 80 % de las puérperas. Se manifiesta con labilidad emocional, irritabilidad, llanto fácil, ansiedad e insomnio, generalmente entre el segundo y quinto día después del parto, y desaparece en una o dos semanas sin necesidad de tratamiento. Aunque se considera un proceso fisiológico, su identificación es importante, ya que puede evolucionar a depresión posparto si no se brinda un adecuado apoyo (Batchelor et al., 2023). La depresión posparto, más grave y persistente, afecta entre el 10 y 20 % de las madres y puede presentarse en cualquier momento durante el primer año, siendo más común en los tres primeros meses. Sus síntomas incluyen tristeza profunda, pérdida de interés, fatiga, alteraciones del apetito y del sueño, sentimientos de culpa, dificultad para establecer el vínculo materno-infantil e incluso ideación suicida. Esta condición repercute en la lactancia y el desarrollo del bebé, pues estudios demuestran que hijos de madres con depresión posparto pueden presentar retrasos en el lenguaje, problemas de apego y dificultades socioemocionales (Liu et al., 2022).

En el extremo más grave se encuentra la psicosis puerperal, un cuadro poco frecuente —alrededor de 1 a 2 casos por cada 1000 partos— pero de alta

peligrosidad por su relación con suicidio o infanticidio. Suele aparecer en las dos primeras semanas posteriores al parto con síntomas de desorganización del pensamiento, alucinaciones, delirios, agitación e insomnio severo. Se asocia con frecuencia a antecedentes de trastorno bipolar o episodios psicóticos, y requiere hospitalización inmediata, manejo farmacológico y un equipo multidisciplinario para proteger la vida de la madre y del recién nacido (Thippeswamy & Davies, 2021).

Los factores de riesgo para estos trastornos son diversos: antecedentes personales o familiares de depresión o ansiedad, parto traumático, embarazo no deseado, complicaciones obstétricas, falta de apoyo social, violencia de pareja, bajo nivel socioeconómico y estrés durante la gestación. También influyen alteraciones hormonales y disfunción tiroidea posparto. Elementos como la calidad de la relación de pareja, la percepción de autoeficacia materna y la existencia de redes de apoyo emocional actúan como factores protectores o de riesgo, según el caso (de Avila Quevedo et al., 2021).

El diagnóstico temprano es fundamental y se apoya en entrevistas clínicas y herramientas de tamizaje, siendo la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) una de las más utilizadas. Este cuestionario de 10 ítems permite identificar síntomas depresivos con un punto de corte que varía entre 10 y 13, dependiendo de la población. La implementación de su uso rutinario en controles de puerperio y consultas pediátricas es una estrategia costo-efectiva para la detección oportuna. Sin embargo, en países de ingresos bajos y medianos, el estigma, las barreras culturales y la limitada disponibilidad de servicios de salud mental dificultan el diagnóstico y tratamiento (Kanner, 2022).

El manejo debe ser integral y adaptado a la gravedad del cuadro. En depresión posparto leve a moderada, la terapia cognitivo-conductual y la terapia interpersonal han demostrado alta eficacia. El apoyo social, la educación en salud mental y los grupos de madres son componentes clave. En casos moderados a graves, o en la psicosis puerperal, se emplean antidepresivos, antipsicóticos o estabilizadores del ánimo, valorando cuidadosamente la lactancia. Entre los antidepresivos, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, como la sertralina, se consideran de primera elección por su seguridad durante la lactancia. Cuando existe riesgo elevado, la hospitalización en unidades madre-bebé permite mantener el vínculo materno mientras se administra tratamiento intensivo (de Avila Quevedo et al., 2021).

La prevención se basa en la identificación de mujeres en riesgo durante el embarazo, el fortalecimiento de redes de apoyo, la educación prenatal en salud mental y el seguimiento estrecho en el posparto. Programas de intervención temprana que integren obstetricia, pediatría y salud mental han demostrado reducir la incidencia y severidad de estos trastornos. Asimismo, la capacitación del personal de salud y la sensibilización de familiares y de la comunidad resultan esenciales para disminuir el estigma y promover una atención integral. En conjunto, la comprensión de los factores biológicos, psicológicos y sociales que intervienen en los trastornos del estado de ánimo en el puerperio es clave para proteger la salud de la madre y favorecer un desarrollo óptimo del recién nacido, reconociendo la salud mental materna como un pilar fundamental del bienestar familiar (Batchelor et al., 2023).

Cambios biológicos y hormonales en el posparto

El posparto es un periodo de intensas transformaciones biológicas y hormonales que se inicia tras la expulsión de la placenta y se extiende aproximadamente seis a ocho semanas, aunque algunos procesos pueden prolongarse varios meses. Estas adaptaciones buscan restablecer el organismo materno al estado previo al embarazo, permitir la lactancia y favorecer la supervivencia del recién nacido mediante la integración de sistemas endocrinos, inmunológicos y metabólicos (Slyepchenko et al., 2022). Uno de los primeros cambios se observa en el aparato reproductor, donde el útero, que en la gestación llega a pesar cerca de un kilogramo, se contrae hasta reducirse a 50 o 100 gramos en seis semanas. Este proceso de involución se acompaña de loquios, secreción de sangre, tejido decidual y moco cervical que evoluciona de un color rojo intenso a blanquecino hacia la cuarta semana. La oxitocina, liberada por la succión del pezón, favorece la contracción uterina y la hemostasia, además de facilitar la eyección de la leche (Clephane & Lorenz, 2021).

El sistema endocrino experimenta una reorganización marcada. Durante el embarazo, los niveles de estrógeno y progesterona se mantienen elevados por la producción placentaria, pero caen de forma abrupta en las primeras 24 a 48 horas tras el parto. Esta disminución provoca cambios fisiológicos y emocionales: el descenso de estrógeno afecta la mucosa vaginal y el epitelio urinario, incrementando el riesgo de sequedad e infecciones, mientras que la caída de progesterona, que ejerce efecto sedante en el sistema nervioso, contribuye a la labilidad emocional del puerperio. A su vez, la reducción de ambas hormonas libera la secreción de prolactina, esencial para la producción de leche en las glándulas mamarias (Izawa et al., 2024).

La lactogénesis comprende dos fases. Durante la gestación, la lactogénesis I ocurre con altos niveles de progesterona que inhiben la secreción abundante de leche a pesar de la prolactina elevada. Tras el parto, la caída de progesterona y el estímulo de la succión inician la lactogénesis II, con producción de leche madura. La prolactina, secretada por la hipófisis anterior, mantiene la síntesis láctea, mientras la oxitocina de la hipófisis posterior promueve la eyección al contraer células mioepiteliales. El estímulo de la succión no solo asegura el suministro lácteo, sino que también actúa como modulador neuroendocrino, reforzando el vínculo madre-hijo y el bienestar emocional (Boushra et al., 2025).

El eje hipotálamo-hipófisis-adrenal también se ajusta. Durante la gestación, los niveles de cortisol se elevan por la producción placentaria de hormona liberadora de corticotropina. Después del parto descienden gradualmente, aunque pueden permanecer ligeramente altos en las primeras semanas por el estrés y la demanda metabólica. El cortisol participa en el metabolismo de carbohidratos, proteínas y lípidos, y en la respuesta inmunitaria, favoreciendo la reparación tisular y la adaptación al nuevo estado fisiológico (Izawa et al., 2024).

El metabolismo materno cambia de un patrón de almacenamiento de energía durante la gestación a la movilización de reservas, sobre todo de lípidos, para cubrir el gasto energético de la lactancia, que requiere entre 500 y 700 kilocalorías adicionales al día. Este proceso involucra prolactina, insulina y hormonas tiroideas. La glándula tiroides puede presentar tiroiditis posparto en algunas mujeres, con hipertiroidismo transitorio seguido de hipotiroidismo, fenómeno relacionado con la reactivación inmunológica tras la inmunosupresión del embarazo (Clephane & Lorenz, 2021).

El sistema cardiovascular también se readapta. El volumen plasmático y el gasto cardíaco, aumentados en la gestación, descienden a niveles pregestacionales en unas dos semanas. La frecuencia cardíaca y la presión arterial retornan a la normalidad en un lapso similar. La diuresis posparto, favorecida por la liberación de péptido natriurético y la disminución de aldosterona, ayuda a eliminar el exceso de líquidos acumulados (Boushra et al., 2025).

En el plano inmunológico, el cuerpo abandona la tolerancia propia del embarazo y recupera su función habitual. Esta reactivación puede desencadenar o agravar enfermedades autoinmunes, como artritis reumatoide o lupus eritematoso, y al mismo tiempo aumenta la vulnerabilidad a infecciones genitales por las heridas del canal de parto y la presencia de loquios (Slyepchenko et al., 2022).

Los cambios neurológicos y en neurotransmisores como serotonina, dopamina y oxitocina regulan el estado de ánimo y el apego materno. La brusca caída de estrógenos y progesterona, junto con el estrés del parto y la lactancia, puede favorecer la tristeza o depresión posparto. La oxitocina actúa como modulador del estrés y promueve el vínculo afectivo, mientras la prolactina impulsa conductas de cuidado (Zieleniak et al., 2024).

El sistema musculoesquelético, influido por la relajina que durante la gestación aumentó la laxitud de ligamentos para facilitar el parto, inicia un proceso de recuperación en las semanas siguientes, permitiendo la restauración de la estabilidad articular. La musculatura abdominal y el piso pélvico requieren tiempo y rehabilitación para prevenir complicaciones como incontinencia urinaria o prolapso. En conjunto, estos cambios biológicos y hormonales del posparto conforman una interacción compleja de sistemas que favorece la lactancia, la recuperación física y la adaptación materna al nuevo rol, asegurando el bienestar

de la madre y del recién nacido mediante mecanismos endocrinos, inmunológicos y metabólicos finamente coordinados (Clephane & Lorenz, 2021).

Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS)

La Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS, por sus siglas en inglés) es uno de los instrumentos de tamizaje más utilizados en el mundo para la detección temprana de síntomas depresivos en mujeres durante el periodo perinatal, especialmente en el posparto. Desarrollada en 1987 por Cox, Holden y Sagovsky en el Reino Unido, surgió como una herramienta breve, confiable y de fácil aplicación que permite identificar de manera oportuna la depresión postnatal, una condición que afecta entre el 10 y el 20 % de las madres en los primeros meses tras el parto y que, sin un diagnóstico temprano, puede tener consecuencias significativas para la madre, el recién nacido y la dinámica familiar. Su creación respondió a la necesidad de diferenciar los cambios emocionales normales del puerperio, como la “tristeza posparto” o baby blues, de un cuadro depresivo que requiere intervención, evitando la subestimación de síntomas y facilitando la derivación a servicios de salud mental (Brehaut et al., 2023).

La EPDS consta de 10 ítems que evalúan la presencia de síntomas emocionales en los últimos siete días, centrándose en estado de ánimo, disfrute, ansiedad, culpa e ideación suicida. Cada ítem se califica de 0 a 3 según la gravedad o frecuencia, con un puntaje total entre 0 y 30. Las preguntas están redactadas en un lenguaje claro y excluyen síntomas somáticos que podrían confundirse con los cambios fisiológicos del posparto, como alteraciones del sueño o del apetito(Park & Kim, 2023). Este enfoque diferencial es una de sus principales fortalezas, pues facilita discriminar entre signos de depresión clínica y

manifestaciones comunes del puerperio. Ejemplos de sus ítems incluyen “He podido reírme y ver el lado divertido de las cosas” o “He sentido miedo o pánico sin una buena razón”, orientados a detectar cambios en el estado de ánimo y la ansiedad (Chen et al., 2023).

La interpretación de la EPDS varía según el contexto, pero la mayoría de estudios recomienda un punto de corte de 10 a 13 para sospecha de depresión postnatal. Puntuaciones iguales o superiores a este rango ameritan una evaluación clínica detallada, mientras que 13 o más suele indicar un cuadro depresivo clínico. Además, una respuesta afirmativa en el ítem de ideación suicida requiere atención inmediata sin importar el puntaje total, por el riesgo de autolesión (Rondung et al., 2024). En la práctica, la escala se aplica en controles de puerperio o en consultas pediátricas tempranas, aprovechando el contacto frecuente de las madres con los servicios de salud durante los primeros meses del bebé. Su administración toma menos de cinco minutos, lo que la hace útil en atención primaria, hospitales y programas comunitarios de salud materna.

En términos psicométricos, la EPDS muestra alta fiabilidad y validez. Su consistencia interna reporta coeficientes alfa de Cronbach superiores a 0,80, con sensibilidad y especificidad entre 70 y 90 % según el punto de corte, lo que respalda su capacidad para detectar casos probables de depresión posparto con equilibrio entre falsos positivos y negativos. Ha sido traducida y validada en más de 20 idiomas y adaptada a distintos contextos culturales, manteniendo su robustez. En Perú, por ejemplo, se utiliza en investigaciones y servicios de salud materna, mostrando buena concordancia con diagnósticos clínicos basados en criterios DSM-5 (Ezirim et al., 2023).

La EPDS también es útil en el periodo prenatal. Estudios demuestran que la depresión durante el embarazo es un factor de riesgo para la posnatal, por lo que su uso en el tercer trimestre permite identificar mujeres en riesgo antes del parto. Esto ha llevado a muchos sistemas de salud a recomendar su aplicación al menos dos veces: durante el embarazo y en el posparto temprano, fortaleciendo la prevención y el tratamiento (Chen et al., 2023).

Su aplicación requiere considerar aspectos éticos y culturales. La madre debe responder en un entorno de privacidad y confianza, garantizando la confidencialidad. El personal de salud debe estar capacitado para interpretar los resultados, brindar consejería inicial y derivar a la paciente cuando se detecten puntajes elevados o ideación suicida. Es esencial recordar que la escala es un instrumento de tamizaje y no de diagnóstico, por lo que un resultado positivo siempre debe ir seguido de una evaluación clínica exhaustiva por un profesional de salud mental (Ezirim et al., 2023).

Desde la perspectiva de salud pública, la EPDS es de gran valor por su bajo costo, rapidez y facilidad de uso, convirtiéndose en un componente clave de los programas de atención materno-infantil. Su implementación sistemática contribuye a disminuir la carga de la depresión posparto, que puede afectar el vínculo madre-hijo, la lactancia y el desarrollo neurocognitivo infantil. Investigaciones han demostrado que la intervención temprana basada en su tamizaje reduce la severidad de los síntomas depresivos y mejora el bienestar materno y neonatal. Asimismo, su utilización fomenta la sensibilización de equipos de salud y comunidades sobre la importancia de la salud mental en el embarazo y el posparto, ayudando a superar estigmas asociados a la enfermedad mental (Moyer et al., 2023).

En conjunto, la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo se ha consolidado como el estándar de referencia para el tamizaje de depresión perinatal en entornos clínicos y comunitarios. Su brevedad, validez transcultural, exclusión de síntomas somáticos y alta confiabilidad la convierten en una herramienta esencial para la detección temprana de este trastorno, ofreciendo a los profesionales de la salud una vía eficaz para intervenir de manera oportuna y mejorar la salud materna e infantil (Rondung et al., 2024).

Evidencia científica sobre factores obstétricos y salud mental materna

La relación entre los factores obstétricos y la salud mental materna ha generado creciente interés, pues el embarazo, el parto y el posparto suponen demandas físicas, hormonales y psicosociales que pueden afectar el bienestar emocional de la mujer. Diversos estudios demuestran que los acontecimientos obstétricos, tanto durante la gestación como en el alumbramiento y el puerperio, actúan como determinantes que aumentan o disminuyen el riesgo de depresión, ansiedad y estrés postraumático. Estas experiencias se vinculan no solo a los cambios hormonales propios del embarazo, sino también a la percepción de control, apoyo y seguridad durante el parto, configurando una interacción compleja entre factores biológicos, psicológicos y sociales que repercute en la salud mental materna a corto y largo plazo (Abera et al., 2024).

Entre los factores más estudiados destacan el tipo de parto y las complicaciones. Investigaciones de cohorte y metaanálisis muestran que mujeres con partos instrumentales, cesáreas de emergencia o hemorragias severas presentan mayor prevalencia de síntomas depresivos y ansiosos en el posparto. Un metaanálisis en *Journal of Affective Disorders* halló que la cesárea de emergencia eleva el riesgo de depresión posparto con un odds ratio cercano a

1,3 frente al parto vaginal sin complicaciones (Agrawal et al., 2022). La percepción de pérdida de control, el dolor intenso y el miedo por la vida propia o la del recién nacido, junto con intervenciones urgentes, contribuyen a vivencias traumáticas que pueden derivar en estrés postraumático. También los partos prolongados, el uso de fórceps o ventosa y las episiotomías extensas se asocian con malestar psicológico, alteración del sueño y dificultades en el vínculo materno-infantil, sobre todo cuando la comunicación con el personal de salud es deficiente (Lin et al., 2025).

El embarazo no planificado o no deseado es otro factor obstétrico relevante. Estudios en América Latina y Asia señalan que estas gestaciones se asocian con mayores tasas de depresión durante el embarazo y el posparto, incluso tras ajustar por variables socioeconómicas y apoyo social. La incertidumbre, el conflicto de pareja, las presiones familiares y las dificultades económicas actúan como estresores que incrementan la vulnerabilidad psicológica. La coexistencia de violencia de pareja, más frecuente en embarazos no planificados, aumenta el riesgo de ansiedad y depresión, lo que refuerza la necesidad de evaluar las condiciones sociales y familiares durante el seguimiento prenatal (Abera et al., 2024).

Complicaciones médicas como preeclampsia, diabetes gestacional o restricción del crecimiento intrauterino también elevan el riesgo de trastornos afectivos. La preeclampsia, en particular, se ha vinculado con un aumento del 40 % en la probabilidad de depresión posparto debido a hospitalizaciones prolongadas, temor por la salud fetal y necesidad de intervenciones urgentes. De igual forma, la pérdida perinatal, los abortos espontáneos previos o la muerte fetal generan duelos que predisponen a depresión, ansiedad y estrés postraumático en

embarazos posteriores, influyendo en la percepción de riesgo y en la vivencia emocional del parto (Alves et al., 2021).

El dolor durante el trabajo de parto y la calidad de la analgesia recibida también son determinantes de la salud mental materna. El dolor intenso no controlado y la falta de apoyo incrementan la probabilidad de depresión y ansiedad posparto, mientras que la satisfacción con el manejo del dolor y el acompañamiento del personal de salud se asocian con menor riesgo de alteraciones emocionales. La analgesia epidural, cuando se incluye en un plan de parto informado y respetado, se relaciona con una experiencia más positiva y menor incidencia de síntomas depresivos, subrayando la importancia del consentimiento informado y la participación activa de la madre (Uy et al., 2023).

El apoyo social y la calidad de la relación con el personal de salud durante el parto actúan como factores protectores. Estudios longitudinales evidencian que el acompañamiento continuo, la comunicación clara y el respeto a las preferencias de la mujer reducen el estrés y favorecen la recuperación emocional (Alves et al., 2021). Por el contrario, el maltrato obstétrico, entendido como conductas irrespetuosas, negligencia o falta de consentimiento, se asocia de forma consistente con mayor riesgo de depresión y ansiedad posparto, independientemente del tipo de parto o de las complicaciones médicas. La Organización Mundial de la Salud resalta que la calidad de la experiencia del parto es tan importante como los resultados clínicos, y que las prácticas de parto respetado mejoran la salud mental y el vínculo madre-hijo (Uy et al., 2023).

La evidencia también indica que la interacción entre factores obstétricos y antecedentes personales, como trastornos mentales previos, vulnerabilidad genética o traumas infantiles, modula el impacto de las experiencias de parto en

la salud mental. Mujeres con antecedentes de depresión, ansiedad o trauma presentan mayor susceptibilidad a desarrollar trastornos afectivos tras eventos obstétricos adversos, lo que subraya la importancia de un abordaje preventivo integral que incluya tamizaje de salud mental durante el embarazo y el posparto. Herramientas como la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo permiten identificar a las mujeres en riesgo y facilitar su derivación temprana a servicios especializados (Agrawal et al., 2022).

En conjunto, la literatura científica evidencia que los factores obstétricos no deben verse solo como eventos médicos, sino como experiencias biopsicosociales que pueden influir de manera decisiva en la salud mental materna. La integración de la atención obstétrica con la salud mental, el acompañamiento durante el parto, la promoción de embarazos planificados y la prevención de la violencia de pareja son estrategias respaldadas por la investigación para disminuir la carga de trastornos afectivos en el periodo perinatal y proteger el bienestar de madres e hijos (Abera et al., 2024).

Repercusiones clínicas y sociales de los trastornos del estado de ánimo puerperales

Los trastornos del estado de ánimo puerperales constituyen un problema de salud pública con importantes repercusiones clínicas y sociales que afectan a la madre, al recién nacido, a la familia y a la comunidad. El puerperio, que abarca las primeras seis a ocho semanas después del parto, implica cambios hormonales, físicos y emocionales intensos. En este contexto, trastornos como la depresión posparto, la ansiedad puerperal, la tristeza posparto o baby blues y, en casos graves, la psicosis puerperal representa una amenaza significativa para la salud integral de la madre y su entorno. La prevalencia global de depresión

posparto se estima entre 10 y 20 %, mientras que los síntomas de ansiedad pueden ser aún más frecuentes, reflejando la magnitud de un problema que repercute en los sistemas de salud y en el desarrollo social y económico (Hitzler et al., 2022).

Desde el punto de vista clínico, estos trastornos se asocian con complicaciones que afectan la recuperación física de la madre y su capacidad de realizar actividades cotidianas. La depresión posparto cursa con tristeza persistente, anhedonia, fatiga, alteraciones del sueño y del apetito, sentimientos de culpa e incluso ideación suicida, convirtiéndose en una de las principales causas de mortalidad materna en varios países (Silverman et al., 2020). La ansiedad puerperal, caracterizada por preocupación excesiva, irritabilidad y síntomas somáticos como taquicardia o insomnio, puede dificultar el vínculo madre-hijo y afectar la lactancia. La psicosis puerperal, aunque infrecuente, es una emergencia psiquiátrica con alto riesgo de suicidio o infanticidio que requiere hospitalización y tratamiento intensivo. Además, estos trastornos pueden interferir en la involución uterina, aumentar el riesgo de infecciones y retrasar la cicatrización de heridas quirúrgicas como las de cesáreas o episiotomías (Simhi et al., 2023).

La salud del recién nacido también se ve comprometida. La depresión posparto se asocia con menor duración de la lactancia exclusiva, menor adherencia a los controles de salud infantil y retrasos en el crecimiento. Los hijos de madres con depresión o ansiedad puerperal presentan mayor riesgo de alteraciones en el desarrollo neurocognitivo, dificultades en el lenguaje y problemas socioemocionales durante la infancia (Silverman et al., 2020). La falta de apego seguro en los primeros meses, producto de una interacción materna disminuida

o inconsistente, puede tener efectos duraderos en la regulación emocional y en la capacidad de establecer relaciones saludables. Además, los lactantes de madres con depresión posparto muestran con frecuencia problemas de sueño, irritabilidad y dificultades de alimentación, lo que perpetúa un ciclo de estrés en el binomio madre-hijo (Hitzler et al., 2022).

Las repercusiones sociales son igualmente relevantes. En el entorno familiar, la alteración del estado emocional materno afecta la dinámica de pareja y las relaciones con otros hijos, generando tensiones, conflictos y, en algunos casos, ruptura conyugal. La pareja de la madre puede desarrollar ansiedad o depresión secundaria debido al aumento de responsabilidades y a la percepción de incapacidad para brindar apoyo, amplificando el sufrimiento familiar. La sobrecarga emocional y económica se traduce en necesidad de cuidados adicionales, ausencias laborales y mayor demanda de recursos sanitarios, afectando el bienestar del núcleo familiar (Zejnullahu et al., 2021).

En la comunidad y el ámbito laboral, estos trastornos incrementan los costos en salud pública y la pérdida de productividad. Las madres con depresión posparto presentan mayor ausentismo, menor rendimiento y dificultades para reincorporarse a sus actividades, lo que repercute en la estabilidad económica del hogar. Los sistemas de salud enfrentan más consultas médicas, servicios de salud mental y hospitalizaciones, generando una carga económica considerable. En países de ingresos bajos y medianos, donde los recursos de salud mental son limitados, la situación se agrava y dificulta la implementación de programas preventivos (Qi et al., 2022).

El estigma de la enfermedad mental es otra consecuencia crítica. Muchas mujeres evitan buscar ayuda por temor a ser juzgadas como “malas madres”,

retrasando el diagnóstico y el tratamiento. Este estigma perpetúa el sufrimiento y puede conducir al abandono del tratamiento o al aislamiento social. Las barreras culturales y la falta de sensibilización comunitaria limitan el acceso a servicios de salud mental, especialmente en zonas rurales o con infraestructura sanitaria deficiente. La ausencia de políticas públicas efectivas y de programas de tamizaje universal en el embarazo y el posparto refuerza la invisibilidad del problema, dejando a muchas mujeres sin apoyo (Zejnullahu et al., 2021).

La repercusión intergeneracional también es significativa. La exposición temprana a un entorno de inestabilidad emocional y apego deficiente puede condicionar la salud mental de los hijos a largo plazo, aumentando el riesgo de depresión, ansiedad y dificultades de aprendizaje en la adolescencia y adultez. Investigaciones evidencian que los niños criados por madres con depresión posparto tienen mayor probabilidad de presentar trastornos afectivos y conductuales, perpetuando un ciclo de vulnerabilidad psicológica en la familia (Simhi et al., 2023).

En conjunto, las repercusiones clínicas y sociales de los trastornos del estado de ánimo puerperales muestran que no se trata solo de una condición médica individual, sino de un fenómeno complejo que afecta la salud pública, la cohesión familiar y el desarrollo infantil. Su abordaje requiere estrategias integrales de prevención, detección temprana y tratamiento, junto con la creación de entornos de apoyo que reduzcan el estigma y protejan el bienestar de la madre, el niño y la sociedad (Hitzler et al., 2022).

2.1.4. Formulación del problema

¿Cuáles son los factores obstétricos asociados a trastornos del estado de ánimo en puérperas del Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el año 2026?

2.2. Hipótesis

H0: No existe asociación entre los factores obstétricos (embarazo no deseado, parto traumático, cesárea de emergencia, complicaciones neonatales) y los trastornos del estado de ánimo en puérperas (EPDS ≥13) atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante enero–diciembre de 2026

. H1: Existe asociación entre al menos uno de los factores obstétricos mencionados y los trastornos del estado de ánimo en puérperas (EPDS ≥13) atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante enero–diciembre de 2025.

2.3. Objetivos de la investigación

2.3.1. Objetivo general

Determinar los factores obstétricos asociados a trastornos del estado de ánimo en puérperas del Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2026.

2.3.2. Objetivos específicos

- Identificar la asociación entre embarazo no deseado y trastornos del estado de ánimo en puérperas.
- Evaluar la relación entre parto traumático y trastornos del estado de ánimo en puérperas.
- Analizar la asociación entre cesárea de emergencia y trastornos del estado de ánimo en puérperas.

- Determinar la relación entre complicaciones neonatales y la aparición de trastornos del estado de ánimo en puérperas.

2.4. Evaluación del problema

La evaluación del presente proyecto se sustenta en su relevancia científica, social y sanitaria, ya que aborda un problema de salud pública poco explorado en la región amazónica peruana: los trastornos del estado de ánimo en el posparto y su relación con factores obstétricos. La depresión posparto afecta entre el 10% y 20% de las mujeres a nivel mundial, llegando a cifras mayores en países de ingresos bajos y medios, y en el Perú se han descrito prevalencias que oscilan entre 13% y 18%, con impacto negativo en la salud de la madre y en el desarrollo físico, emocional y cognitivo del recién nacido. Este proyecto es pertinente porque considera factores obstétricos concretos —embarazo no deseado, parto traumático, cesárea de emergencia y complicaciones neonatales— que la evidencia internacional ha vinculado con un mayor riesgo de depresión posparto, pero cuya asociación en contextos amazónicos no ha sido suficientemente evaluada.

2.5. Justificación e Importancia del Problema

2.5.1 Justificación Legal

El presente estudio se justifica legalmente porque responde a la necesidad de garantizar el derecho fundamental a la salud integral de la madre y del recién nacido, consagrado en la Constitución Política del Perú y en tratados internacionales suscritos por el Estado, como el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que reconocen el derecho de toda persona a gozar del más alto nivel posible de salud física y mental. En el caso de las mujeres puérperas, la protección de la salud mental en el periodo posparto

adquiere especial relevancia, pues no solo está en juego la vida y bienestar de la madre, sino también el adecuado desarrollo del niño y la estabilidad de la familia. La Ley General de Salud (Ley N.° 26842) establece en sus artículos que el Estado debe promover acciones de prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno en salud mental, lo cual incluye la detección de la depresión posparto como condición prioritaria. Asimismo, la Ley N.° 30947, Ley de Salud Mental, refuerza el deber de las instituciones de salud de implementar servicios accesibles y culturalmente pertinentes de salud mental comunitaria, donde los programas de tamizaje en mujeres puérperas son considerados acciones de alto impacto para prevenir complicaciones severas, como el suicidio materno. En este sentido, el uso de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) como instrumento de tamizaje está alineado con las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que promueve la utilización de herramientas breves y validadas en el primer nivel de atención. De este modo, el proyecto se sustenta en el cumplimiento de la normativa nacional e internacional que garantiza los derechos de las mujeres a una atención integral y oportuna, contribuyendo a materializar el principio de equidad en salud y el deber del Estado de proteger a la madre y al niño durante el ciclo reproductivo y posnatal.

2.5.2 Justificación Teórico – Científico

El presente estudio se justifica teóricamente en la necesidad de ampliar la evidencia científica sobre los factores obstétricos asociados a los trastornos del estado de ánimo en el posparto, específicamente en contextos amazónicos del Perú, donde la información disponible es aún escasa. La depresión posparto es un problema de salud pública que afecta entre el 10% y 20% de las mujeres en

el mundo, y en el Perú diversos estudios han mostrado prevalencias de hasta 18%, con variaciones según región y condiciones sociales. La identificación de factores obstétricos como el embarazo no deseado, el parto traumático, la cesárea de emergencia y las complicaciones neonatales permite construir un marco conceptual sólido que vincula los eventos médicos durante la gestación y el parto con la salud mental materna, aportando al conocimiento científico nacional e internacional. A nivel de la comunidad científica peruana, el estudio enriquecerá la literatura existente al proporcionar datos locales de la Amazonía, un contexto culturalmente diverso y con limitaciones en el acceso a servicios especializados. A nivel internacional, servirá como evidencia comparativa con otros entornos de bajos y medianos ingresos, donde los determinantes obstétricos y sociales pueden comportarse de manera similar. Asimismo, los resultados abrirán la posibilidad de desarrollar investigaciones más complejas, como estudios longitudinales que analicen la evolución de la salud mental materna desde el embarazo hasta el primer año posparto, ensayos clínicos de intervenciones psicoeducativas y de apoyo social dirigidas a puérperas en riesgo, y metaanálisis que integren los hallazgos regionales con la evidencia global. En ese sentido, el aporte teórico de este estudio radica en su capacidad para sentar bases que faciliten la generación de nuevos modelos explicativos de la relación entre factores obstétricos y trastornos del estado de ánimo, fortaleciendo el cuerpo de conocimiento en salud materna y contribuyendo al diseño de estrategias preventivas basadas en evidencia.

2.5.3 Justificación Práctica

La justificación práctica de este estudio se fundamenta en su relevancia directa para la práctica clínica habitual, el sistema de salud y la población

objetivo. En el ámbito clínico, identificar de manera temprana los factores obstétricos asociados a trastornos del estado de ánimo permitirá a los profesionales de salud implementar estrategias de tamizaje oportuno con herramientas validadas como la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS), mejorando la detección de mujeres en riesgo y facilitando la derivación a servicios especializados de salud mental. Esto cobra especial importancia en hospitales regionales como el Hospital Amazónico de Yarinacocha, donde la atención obstétrica es de alta demanda y las puérperas suelen presentar múltiples factores de vulnerabilidad. Para el sistema de salud, los resultados contribuirán a optimizar los recursos, orientando políticas públicas hacia la integración de la salud mental en los programas de salud materna, en concordancia con la Ley de Salud Mental (N.° 30947) y las políticas de la Organización Mundial de la Salud que promueven un abordaje integral. Asimismo, la identificación de asociaciones entre variables obstétricas y depresión posparto permitirá priorizar intervenciones preventivas costo-efectivas, como programas de consejería durante el embarazo, fortalecimiento del acompañamiento posparto y protocolos de seguimiento para casos de cesáreas de emergencia o complicaciones neonatales. Finalmente, para la población objetivo —las madres puérperas y sus familias—, la investigación tiene un impacto práctico al contribuir a mejorar el bienestar físico, psicológico y social en una etapa crítica del ciclo vital, favoreciendo no solo la salud de la madre, sino también el vínculo afectivo y el desarrollo integral del recién nacido. De este modo, el estudio ofrece una utilidad inmediata al sistema de salud local y una proyección a nivel nacional, consolidando la importancia de incorporar la salud mental materna como componente esencial de la atención obstétrica.

CAPITULO III METODOLOGÍA

3.1. Tipo de Estudio

El presente estudio corresponde al enfoque cuantitativo, ya que se fundamenta en la recolección y análisis de datos numéricos para establecer relaciones entre variables de manera objetiva y medible. Según Hernández-Sampieri (2018), los estudios con enfoque cuantitativo utilizan la medición rigurosa de fenómenos y el análisis estadístico con el propósito de comprobar hipótesis y responder preguntas de investigación.

3.2. Diseño de Investigación

El diseño de investigación seleccionado es observacional, transversal y analítico, lo que se ajusta a los lineamientos propuestos por Hernández-Sampieri

(2018) para investigaciones que buscan establecer relaciones de asociación entre variables en un momento único en el tiempo.

3.3. Universo

Estará constituida por todas las puérperas atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo comprendido entre enero y diciembre del año 202**6 .**

3.4. Población a estudiar

La población de estudio estará constituida por todas las puérperas atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo comprendido entre enero y diciembre del año 2026.

3.5. Muestra de Estudio

El tamaño de muestra fue calculado utilizando el software EpiDat versión 4.1, considerando los parámetros estadísticos recomendados para estudios observacionales analíticos de tipo transversal. Se tomó como referencia una

prevalencia esperada de depresión posparto en el Perú reportada en estudios previos (alrededor del 18%), un nivel de confianza del 95% (Z = 1,96), un poder estadístico del 80% y una precisión del 5%. Asimismo, se asumió una razón de exposición no expuestos/expuestos de 1:1 para equilibrar los grupos de comparación, considerando los factores obstétricos de interés. Con estas consideraciones, el cálculo arrojó un tamaño mínimo de muestra de 246 puérperas, al cual se le adicionó un 10% adicional para cubrir posibles pérdidas, registros incompletos o rechazos de participación, obteniéndose así un tamaño final de 272 puérperas para el estudio.

La selección de la muestra se realizará mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia.

3.6. Criterios de selección

3.6.1. Criterios de inclusión

1. Puérperas atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo de enero a diciembre de 2026.
2. Mujeres en etapa puerperal inmediata y mediata (hasta 42 días posparto).
3. Puérperas con parto único, ya sea por vía vaginal o cesárea.
4. Pacientes que acepten participar en el estudio mediante consentimiento informado.
5. Historias clínicas completas que contengan información obstétrica y neonatal necesaria para el análisis.

3.6.2. Criterios de exclusión

1. Puérperas con antecedentes de diagnóstico psiquiátrico previo al embarazo (ejemplo: depresión mayor, trastorno bipolar, esquizofrenia).

2. Mujeres con patologías médicas graves asociadas (ejemplo: cáncer, insuficiencia renal o enfermedades neurológicas incapacitantes) que puedan alterar la evaluación del estado de ánimo.
3. Pacientes con partos múltiples (gemelares, triples), dado que constituyen un grupo de riesgo diferente.
4. Puérperas que no completen la aplicación de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS).
5. Historias clínicas incompletas o con inconsistencias en los datos obstétricos o neonatales.

3.7. Variable de Estudio

- Trastorno de estado de ánimo en puérperas
- Embarazo no deseado
- Parto traumático
- Cesárea de emergencia
- Complicaciones neonatales

3.8. Operacionalización de variables

Nombre de la variable	Dimensiones	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Tipo de variable	Categoría o unidad
Trastorno de estado de ánimo en puérperas (EPDS)	Emocional	Alteración del estado afectivo posterior al parto que incluye síntomas de tristeza, ansiedad, anhedonia e irritabilidad. Evaluado mediante la Escala EPDS.	Se valorará con la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo; punto de corte ≥13 indica presencia de trastorno, <13 ausencia.	Ordinal	Cualitativa	Presente (≥13 puntos) / Ausente (<13 puntos)
Embarazo no deseado	Reproductiva	Situación en la que el embarazo ocurre sin planificación ni aceptación inicial, generando impacto emocional y social en la madre.	Se valorará revisando la historia clínica y entrevista, registrando si el embarazo fue planificado o no.	Nominal	Cualitativa	Presente / Ausente
Parto traumático	Obstétrica	Experiencia de parto caracterizada por complicaciones médicas, dolor excesivo o vivencia negativa percibida como traumática por la madre.	Se registrará mediante historia clínica si hubo complicaciones obstétricas mayores (hemorragia, sufrimiento fetal, lesiones graves, etc.).	Nominal	Cualitativa	Presente / Ausente
Cesárea de emergencia	Obstétrica	Intervención quirúrgica realizada de manera urgente debido a riesgo materno-fetal, distinta a la cesárea electiva.	Se registrará en la historia clínica si el parto fue por cesárea de emergencia o no.	Nominal	Cualitativa	Presente / Ausente
Complicaciones neonatales	Neonatal	Alteraciones clínicas que afectan al recién nacido inmediatamente después del parto y que requieren intervención médica.	Se registrará en la historia clínica si el neonato presentó complicaciones (asfixia, infecciones, bajo Apgar, etc.).	Nominal	Cualitativa	Presente / Ausente

3.9. Técnicas e instrumentos

La recolección de datos se iniciará seleccionando a las puérperas de la población objetivo que cumplan con los criterios de inclusión, a partir de los registros clínicos del Hospital Amazónico de Yarinacocha en el año 2026. Para ello, se utilizará la codificación correspondiente al CIE-10 F53.0 (Trastornos mentales y del comportamiento asociados con el puerperio, no clasificados en otra parte: depresión postparto), a fin de identificar los casos con riesgo de trastornos del estado de ánimo en el periodo puerperal. Una vez identificadas las pacientes, se procederá a verificar en sus historias clínicas la presencia de las variables independientes: embarazo no deseado, parto traumático, cesárea de emergencia y complicaciones neonatales, siguiendo el procedimiento estandarizado descrito en la ficha técnica.

Posteriormente, se aplicará la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) para la identificación del trastorno de estado de ánimo en puérperas, considerándose como punto de corte ≥13 para establecer la presencia del desenlace. Asimismo, se complementará la información con una ficha de recolección de datos diseñada para el registro de las variables obstétricas de interés. Todo el proceso se llevará a cabo mediante revisión de historias clínicas y, en los casos pertinentes, mediante entrevista directa con la paciente, garantizando la uniformidad y rigurosidad en la aplicación de los instrumentos.
Todos los datos recolectados serán registrados inicialmente en la ficha de recolección de datos en formato físico, para luego ser digitados en una base de

datos en Microsoft Excel, asegurando la integridad y consistencia de la información mediante doble digitación para minimizar errores de transcripción.

Finalmente, la base de datos en Excel será exportada al software estadístico SPSS v.25 (o equivalente), donde se realizará el análisis inferencial. Se aplicarán pruebas de Chi cuadrado, cálculo de Odds Ratio con intervalos de confianza al 95% y, en caso de variables con significancia estadística, se procederá con análisis de regresión logística binaria.

El instrumento principal para evaluar la variable dependiente será la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS), un cuestionario autoadministrado compuesto por 10 ítems que valoran síntomas emocionales, afectivos y cognitivos en el periodo posparto. Este instrumento ha sido validado en múltiples contextos internacionales y en poblaciones latinoamericanas, mostrando sensibilidad del 86%, especificidad del 78%, valor predictivo positivo de 73% y valor predictivo negativo de 88%, con un punto de corte de ≥13 para identificar riesgo de depresión posparto. En cuanto a su confiabilidad, estudios previos reportan un alfa de Cronbach de 0,82, lo que confirma una adecuada consistencia interna.

Para las variables independientes (embarazo no deseado, parto traumático, cesárea de emergencia y complicaciones neonatales), se empleará una ficha de recolección de datos estructurada, elaborada específicamente para este estudio. Dicha ficha será sometida a juicio de expertos para validar su contenido, aplicándose el índice V de Aiken, que permitirá cuantificar el grado de acuerdo entre especialistas en ginecología, obstetricia y salud mental.

La aplicación de los instrumentos se llevará a cabo siguiendo lo descrito en la ficha técnica: mediante revisión de historias clínicas institucionales y, de ser necesario, mediante entrevista directa con la paciente. Todo el proceso garantizará la confidencialidad de la información y el cumplimiento de los principios éticos de investigación en salud.

3.10. Procesamiento y Análisis de Datos

El análisis estadístico se realizará utilizando el software SPSS v.25. En primer lugar, se procederá a realizar un análisis exploratorio de los datos, verificando la calidad de la base de datos, identificando valores perdidos y asegurando la consistencia interna de los registros. Para las variables cuantitativas se aplicarán pruebas de normalidad como Kolmogorov-Smirnov o Shapiro-Wilk, según el tamaño muestral; de acuerdo con los resultados se seleccionará la medida de resumen más adecuada, utilizando medias y desviación estándar en caso de distribución normal o medianas y rangos intercuartílicos en caso de distribución no normal. Para las variables cualitativas se calcularán frecuencias absolutas y relativas, y se representarán mediante tablas y gráficos de barras o sectores según corresponda, a fin de caracterizar adecuadamente a la población de estudio. Posteriormente, se procederá al análisis bivariado con el objetivo de dar respuesta a las hipótesis planteadas; para ello se empleará la prueba de Chi cuadrado con un nivel de significancia de 0,05 para contrastar la asociación entre cada variable independiente (embarazo no deseado, parto traumático, cesárea de emergencia y complicaciones neonatales) y la variable dependiente (trastorno de estado de ánimo en puérperas). Adicionalmente, se calcularán los Odds Ratio crudos con sus

respectivos intervalos de confianza al 95% como medida de fuerza de asociación. Aquellas variables que resulten estadísticamente significativas ingresarán a un modelo de regresión logística binaria con el propósito de ajustar los Odds Ratio y controlar por posibles factores de confusión. Todos los resultados serán presentados en tablas y gráficos comparativos según los objetivos específicos planteados, garantizando una interpretación coherente con el diseño observacional analítico transversal.

CAPÍTULO IV ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

4.1. Plan de Acciones

ACCIÓN	OBJETIVO	RECURSO	RESPONSABLE	FECHA
Redacción del proyecto	Elaboración el Proyecto de investigación	Computadora portatil	Residente	01/09/2025
Ejecución de la investigación	Recolección de datos de la investigación.	Fichas de registro	Residente	01/10/2025
Redacción del informe final y publicación	Comunicación de la investigación	Laptop SPSS v26	Residente	01/11/2025

4.2. Asignación de Recursos

4.2.1. Recursos Humanos

Médico residente de ginecobstetricia.

4.2.2. Recursos Materiales

Laptop, fichas de recolección de datos, IBM-SPSS versión 26.

4.3. Presupuesto o Costo del Proyecto

Partida	Cantidad	Costo Unitario (PEN)	Costo Total (PEN)
Servicios			
Acceso a base de Datos	1	500.00	500.00
Impresión de informes finales	1	150.00	150.00
Recursos Humanos			
Digitador	1 persona	1200.00	1200.00
Analista estadístico	1 persona	2000.00	2000.00
Logística			
Material de escritorio	1	200.00	200.00
Computadora (alquiler)	2	800.00	800.00
		TOTAL S/.	4850.00

4.4. Cronograma de Actividades

Mes 2025	Actividades (parafraseadas y progresivas)
Junio	Redacción y estructuración del protocolo de investigación
Julio	Presentación y revisión del protocolo por el Comité de Ética
Agosto	Ajustes sugeridos y aprobación definitiva del estudio
Setiembre	Inicio de la recolección sistemática de datos en el hospital
Octubre	Continuación y culminación del trabajo de campo

Noviembre	Procesamiento y análisis estadístico de los resultados
Diciembre	Redacción, revisión y entrega del informe final de tesis

4.5. Control y evaluación del proyecto

El proyecto será sometido a evaluación por parte del Comité Institucional de Ética de la UNMSM, así como por el equipo de asesores especializados. No se realizará consentimiento informado por ser retrospectivo.

CAPÍTULO V REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abera, M., Hanlon, C., Daniel, B., Tesfaye, M., Workicho, A., Girma, T., Wibaek, R., Andersen, G. S., Fewtrell, M., Filteau, S., & Wells, J. C. K. (2024). Effects of relaxation interventions during pregnancy on maternal mental health, and pregnancy and newborn outcomes: A systematic review and meta-analysis. *PloS One*, *19*(1), e0278432. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0278432

Agrawal, I., Mehendale, A. M., & Malhotra, R. (2022). Risk Factors of Postpartum Depression. *Cureus*, *14*(10), e30898. https://doi.org/10.7759/cureus.30898

Alves, A. C., Cecatti, J. G., & Souza, R. T. (2021). Resilience and Stress during Pregnancy: A Comprehensive Multidimensional Approach in Maternal and Perinatal Health. *TheScientificWorldJournal*, *2021*, 9512854. https://doi.org/10.1155/2021/9512854

Bastidas, J. (2024). *Riesgo de depresión postparto y autoeficacia de la lactancia materna en puérperas inmediatas-mediatas de un Hospital de Jauja, 2023*. 89.

Batchelor, J. L., Townsel, C. D., Jiang, L., Leplatte-Ogini, D., Caldwell, M., Giuliani, E., & Marsh, E. E. (2023). Disparities in Emergency Department Utilization Among Women with Postpartum Mood Disorders (2006-2016). *Maternal and Child Health Journal*, *27*(1), 158-167. https://doi.org/10.1007/s10995-022-03544-w

Boushra, M., Carlson, K., & Rathbun, K. M. (2025). Postpartum Headache. En *StatPearls*. StatPearls Publishing. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537101/

Brehaut, E., Neupane, D., Levis, B., Wu, Y., Sun, Y., Ioannidis, J. P. A., Markham, S., Cuijpers, P., Patten, S. B., Benedetti, A., & Thombs, B. D. (2023). «Optimal» cutoff selection in studies of depression screening tool accuracy using the PHQ-9, EPDS, or HADS-D: A meta-research study. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, *32*(3), e1956. https://doi.org/10.1002/mpr.1956

Chen, C., Okubo, R., Okawa, S., Nakagawa, S., & Tabuchi, T. (2023). The diagnostic accuracy of the Edinburgh Postnatal Depression Scale without the self-harm item. *Journal of Psychiatric Research*, *165*, 70-76. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2023.07.015

Clephane, K., & Lorenz, T. K. (2021). Putative Mental, Physical, and Social Mechanisms of Hormonal Influences on Postpartum Sexuality. *Current Sexual Health Reports*, *13*(4), 136-148. https://doi.org/10.1007/s11930-021-00321-8

de Avila Quevedo, L., Scholl, C. C., de Matos, M. B., da Silva, R. A., da Cunha Coelho, F. M., Pinheiro, K. A. T., & Pinheiro, R. T. (2021). Suicide Risk and Mood Disorders in Women in the Postpartum Period: A Longitudinal Study. *The Psychiatric Quarterly*, *92*(2), 513-522. https://doi.org/10.1007/s11126-020-09823-5

Ezirim, N., Younes, L. K., Barrett, J. H., Kauffman, R. P., Macleay, K. J., Newton, S. T., & Tullar, P. (2023). Reproducibility of the Edinburgh Postnatal

Depression Scale during the Postpartum Period. *American Journal of Perinatology*, *40*(2), 194-200. https://doi.org/10.1055/s-0041-1727226

Gila-Díaz, A., Carrillo, G. H., López De Pablo, Á. L., Arribas, S. M., & Ramiro-Cortijo, D. (2020). Association between Maternal Postpartum Depression, Stress, Optimism, and Breastfeeding Pattern in the First Six Months. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(19), 7153. https://doi.org/10.3390/ijerph17197153

Herrera, K., & Huaman, D. (2022). *Depresión posparto en puerperas atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica durante los meses junio a agosto 2022*. 86.

Hitzler, M., Behnke, A., Gündel, H., Ziegenhain, U., Kindler, H., Kolassa, I.-T., & Zimmermann, J. (2022). Sources of social support for postpartum women with a history of childhood maltreatment: Consequences for perceived stress and general mental health in the first year after birth. *Child Abuse & Neglect*, *134*, 105911. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105911

Izawa, S., Kawasaki, M., Sugaya, N., & Nomura, S. (2024). Time-course changes in fingernail cortisol levels during pregnancy and postpartum. *Scientific Reports*, *14*(1), 1145. https://doi.org/10.1038/s41598-024-51650-2

Izquierdo, G. (2025). *Depresión postparto en puérperas primíparas y multíparas atendidas en un establecimiento de salud de Lima Metropolitana, 2024*. 65.

Johann, A., Dukic, J., Rothacher, Y., & Ehlert, U. (2023). Trajectories of reproductive transition phase mood disorder from pregnancy to postpartum: A Swiss longitudinal study. *Women's Health*, *19*, 17455057221147391. https://doi.org/10.1177/17455057221147391

Kanner, A. M. (2022). Can the Development of Mood and Anxiety Disorders During Pregnancy and the Postpartum Period Be Anticipated in Women With Epilepsy? *Neurology*, *99*(15), 637-638. https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000201171

Leveau-Bartra, H. R., Chávez-Navarro, J. R., Calle-Vilca, L. A., Guerrero-Ortiz, H. A., Mejia-Lengua, C. E., Luján-Divizzia, B. M., Leveau-Vásquez, I. K., Medina-Vásquez, N. L., Leveau-Vásquez, H. I., & Medina-Vásquez, F. K. (2024). Factores asociados a la depresión posparto en puérperas de un hospital peruano. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*, *51*(4), 100986. https://doi.org/10.1016/j.gine.2024.100986

Limascca, N. (2023). *Factores asociados a sintomatología depresiva postparto en puérperas de edad fértil en Perú: Subanálisis de la ENDES 2021.* 73.

Lin, E., Wilson, E., Kodesh, A., Levine, S. Z., Reichenberg, A., Fox, N., Zaks, N., & Janecka, M. (2025). A new perspective on the causal pathway between maternal mental health and neonatal adversity. *Archives of Women's Mental Health*, *28*(4), 903-910. https://doi.org/10.1007/s00737-024-01541-2

Lipa-Tudela, F. (2024). Abordaje de las características y la depresión posparto en puérperas del altiplano peruano. *Revista Acciones Médicas*, *3*(1), 35-44. https://doi.org/10.35622/j.ram.2024.01.003

Liu, Z. F., Sylivris, A., Gordon, M., & Sundram, S. (2022). The association between tryptophan levels and postpartum mood disorders: A systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, *22*(1), 539. https://doi.org/10.1186/s12888-022-04178-6

Miller, M. L., & O'Hara, M. W. (2023). The structure of mood and anxiety disorder symptoms in the perinatal period. *Journal of Affective Disorders*, *325*, 231-239. https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.12.111

Moyer, S. W., Kinser, P. A., Nunziatio, J. D., Holmes, C. M., & Salisbury, A. L. (2023). Development of the Edinburgh Postnatal Depression Scale-United States: An Updated Perinatal Mental Health Screening Tool Using a Respectful Care and Trauma-Informed Approach. *Journal of Women's Health (2002)*, *32*(10), 1080-1085. https://doi.org/10.1089/jwh.2023.0141

Pacheco, V. (2021). *Factores de riesgos asociados a la depresión post parto de las madres en el puerperio*. 60.

Park, S.-H., & Kim, J.-I. (2023). Predictive validity of the Edinburgh postnatal depression scale and other tools for screening depression in pregnant and postpartum women: A systematic review and meta-analysis. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, *307*(5), 1331-1345. https://doi.org/10.1007/s00404-022-06525-0

Qi, W., Liu, Y., Lv, H., Ge, J., Meng, Y., Zhao, N., Zhao, F., Guo, Q., & Hu, J. (2022). Effects of family relationship and social support on the mental health of Chinese postpartum women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *22*(1), 65. https://doi.org/10.1186/s12884-022-04392-w

Rondung, E., Massoudi, P., Nieminen, K., Wickberg, B., Peira, N., Silverstein, R., Moberg, K., Lundqvist, M., Grundberg, Å., & Hultcrantz, M. (2024). Identification of depression and anxiety during pregnancy: A systematic review and meta-analysis of test accuracy. *Acta Obstetricia Et Gynecologica Scandinavica*, *103*(3), 423-436. https://doi.org/10.1111/aogs.14734

Salazar, L., & Villarreal, V. (2021). *Factores de riesgo y condiciones de prevención en la salud mental de la gestante y en el periodo de puerperio*. 83.

Silverman, M. E., Burgos, L., Rodriguez, Z. I., Afzal, O., Kalishman, A., Callipari, F., Pena, Y., Gabay, R., & Loudon, H. (2020). Postpartum mood among universally screened high and low socioeconomic status patients during COVID-19 social restrictions in New York City. *Scientific Reports*, *10*(1), 22380. https://doi.org/10.1038/s41598-020-79564-9

Simhi, M., Cwikel, J., & Sarid, O. (2023). Treatment Preferences for Postpartum Depression Among New Israeli Mothers: The Contribution of Health Beliefs and Social Support. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, *29*(6), 457-469. https://doi.org/10.1177/10783903211042084

Slyepchenko, A., Minuzzi, L., Reilly, J. P., & Frey, B. N. (2022). Longitudinal Changes in Sleep, Biological Rhythms, and Light Exposure From Late Pregnancy to Postpartum and Their Impact on Peripartum Mood and Anxiety. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *83*(2), 21m13991. https://doi.org/10.4088/JCP.21m13991

Thippeswamy, H., & Davies, W. (2021). A new molecular risk pathway for postpartum mood disorders: Clues from steroid sulfatase-deficient individuals. *Archives of Women's Mental Health*, *24*(3), 391-401. https://doi.org/10.1007/s00737-020-01093-1

Uy, J. P., Tan, A. P., Broeckman, B. B. F. P., Gluckman, P. D., Chong, Y. S., Chen, H., Fortier, M. V., Meaney, M. J., & Callaghan, B. L. (2023). Effects of maternal childhood trauma on child emotional health: Maternal mental health and frontoamygdala pathways. *Journal of Child Psychology and*

Psychiatry, and Allied Disciplines, *64*(3), 426-436. https://doi.org/10.1111/jcpp.13721

Zejnullahu, V. A., Ukella-Lleshi, D., Zejnullahu, V. A., Miftari, E., & Govori, V. (2021). Prevalence of postpartum depression at the clinic for obstetrics and gynecology in Kosovo teaching hospital: Demographic, obstetric and psychosocial risk factors. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, *256*, 215-220. https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2020.11.025

Zieleniak, A., Zurawska-Klis, M., Laszcz, K., Bulash, K., Pacyga, D., Cypryk, K., Wozniak, L., & Wojcik, M. (2024). Assessment of Changes in the Expression of Genes Involved in Insulin Signaling and Glucose Transport in Leukocytes of Women with Gestational Diabetes During Pregnancy and in the Postpartum Period. *International Journal of Molecular Sciences*, *25*(23), 13094. https://doi.org/10.3390/ijms252313094

CAPÍTULO VI ANEXOS

6.1. Definición de Términos

1. Trastornos del estado de ánimo en puérperas

Se refiere a alteraciones emocionales que aparecen tras el parto, caracterizadas principalmente por depresión posparto, ansiedad o episodios de tristeza persistente. Estas condiciones se manifiestan en el puerperio inmediato o mediato y pueden interferir en el vínculo madre-hijo, en la lactancia y en la calidad de vida materna. Los síntomas incluyen desesperanza, fatiga, irritabilidad, alteraciones del sueño, pérdida de interés y sentimientos de inutilidad. Su diagnóstico clínico se apoya en instrumentos validados como la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS). Su detección temprana resulta esencial para evitar complicaciones tanto en la madre como en el recién nacido.

2. Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS)

Es un cuestionario autoaplicado diseñado para detectar depresión posparto. Consta de 10 ítems con respuestas en escala tipo Likert de 0 a 3, cuya suma total determina la presencia o ausencia de síntomas depresivos. Un punto de corte igual o mayor a 13 indica riesgo significativo de depresión. Es ampliamente utilizada en contextos clínicos y de investigación por su validez y confiabilidad. Su sensibilidad se estima en 86% y especificidad en 78% en diferentes poblaciones. Ha sido traducida y validada en múltiples idiomas, siendo el estándar internacional para el tamizaje de trastornos afectivos en puérperas.

3. Embarazo no deseado

Se define como la gestación que ocurre sin haber sido planificada ni buscada por la mujer o la pareja, generando una experiencia negativa en términos emocionales, sociales y de salud. Está asociado a mayor riesgo de depresión posparto, bajo control prenatal y complicaciones obstétricas. En salud pública, constituye un indicador de desigualdad, reflejando fallas en el acceso a métodos anticonceptivos eficaces y educación sexual integral. En investigación clínica se categoriza cualitativamente en “presente” o “ausente”, recogiéndose mediante entrevistas o historias clínicas. Reconocerlo como factor de riesgo es clave para orientar estrategias preventivas en salud reproductiva.

4. Parto traumático

Hace referencia a una experiencia obstétrica que genera daño físico o emocional en la madre. Puede deberse a complicaciones como desgarros, hemorragias, sufrimiento fetal, o a la percepción materna de un trato inadecuado durante el proceso. Se ha descrito como factor de riesgo para desarrollar depresión posparto y trastornos de ansiedad. Desde el punto de vista clínico, puede medirse a través de antecedentes médicos documentados en la historia clínica. En salud mental, también puede relacionarse con síntomas de estrés postraumático posparto. Su identificación en estudios epidemiológicos permite establecer asociaciones con desenlaces maternos adversos.

5. Cesárea de emergencia

Es una intervención quirúrgica obstétrica realizada de manera inmediata cuando existe riesgo vital para la madre, el feto o ambos. Se diferencia de la

cesárea programada por su carácter urgente e inesperado. Su realización implica mayor riesgo de complicaciones quirúrgicas, hemorragias, infecciones y ansiedad materna. La literatura muestra que puede aumentar la probabilidad de depresión posparto al interferir con la expectativa de un parto natural y por la experiencia de emergencia médica. En estudios clínicos, se codifica como variable cualitativa dicotómica (presente/ausente), registrada en la historia clínica obstétrica.

6. Complicaciones neonatales

Engloban cualquier alteración de la salud del recién nacido en el periodo perinatal, incluyendo prematuridad, bajo peso al nacer, asfixia neonatal, ictericia grave, malformaciones congénitas o infecciones. Estas condiciones incrementan la carga emocional en la madre y se relacionan con mayor prevalencia de depresión posparto. Desde el punto de vista epidemiológico, constituyen un desenlace adverso obstétrico importante, cuya presencia se categoriza como “sí” o “no” en investigación clínica. Su detección precisa es relevante para establecer asociaciones entre factores obstétricos y salud mental materna en estudios analíticos transversales.

7. Estudio observacional analítico

Es un diseño de investigación en el que el investigador no interviene directamente en las variables, sino que observa y analiza asociaciones entre factores de exposición y desenlaces. En este caso, permite estudiar cómo variables obstétricas (embarazo no deseado, parto traumático, cesárea de emergencia, complicaciones neonatales) se asocian con trastornos del estado

de ánimo en puérperas. A diferencia de los estudios experimentales, no se asignan tratamientos, lo que evita riesgos éticos, aunque limita la capacidad de establecer causalidad. Es apropiado en contextos hospitalarios para explorar hipótesis en poblaciones específicas.

8. Diseño transversal

Es un diseño de investigación en el que las variables de exposición y desenlace se miden en un mismo momento temporal, sin seguimiento prospectivo. Permite estimar prevalencias y explorar asociaciones, siendo útil en estudios de salud pública y en investigaciones hospitalarias. Su fortaleza radica en la rapidez y bajo costo, aunque no permite establecer relaciones de causalidad. En este proyecto, se empleará para identificar la relación entre factores obstétricos y trastornos de ánimo en puérperas atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el año 2025.

9. Prueba de Chi cuadrado

Es una prueba estadística no paramétrica que se utiliza para evaluar la asociación entre variables cualitativas. Permite determinar si las diferencias observadas entre frecuencias categóricas son significativas desde el punto de vista estadístico. En el contexto de este estudio, se aplicará para analizar la relación entre variables obstétricas (independientes) y la presencia de trastornos del estado de ánimo (dependiente). Se establece un nivel de significancia de 0,05. Si el resultado es significativo, los factores evaluados se incluirán en modelos de regresión logística para ajustar por posibles variables de confusión.

10. Odds Ratio (OR)

Es una medida de asociación que cuantifica la fuerza de relación entre un factor de exposición y un desenlace. Un OR mayor a 1 indica que la exposición se asocia con mayor probabilidad de ocurrencia del desenlace, mientras que un OR menor a 1 sugiere un efecto protector. En estudios analíticos transversales, se utiliza junto con el intervalo de confianza al 95% para evaluar la precisión del resultado. En este proyecto, permitirá determinar la magnitud de la asociación entre factores obstétricos (como embarazo no deseado o parto traumático) y depresión posparto.

6.2. Matriz de consistencia

Problema general	Objetivos	Hipótesis	Variables	Metodología
¿Cuáles son los factores obstétricos asociados a trastornos del estado de ánimo en puérperas del Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el año 2025?	**General:** Determinar los factores obstétricos asociados a trastornos del estado de ánimo en puérperas del Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2025. **Específicos:** 1. Identificar la asociación entre embarazo no deseado y trastornos del estado de ánimo en puérperas. 2. Evaluar la relación entre parto traumático y trastornos del estado de ánimo en puérperas. 3. Analizar la asociación entre cesárea de emergencia y trastornos del estado de ánimo en puérperas. 4. Determinar la relación entre complicaciones neonatales y la aparición de trastornos del estado de ánimo en puérperas.	**General:** Existe asociación significativa entre factores obstétricos y trastornos del estado de ánimo en puérperas del Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2025. **Específicas:** H0: No existe asociación entre cada factor obstétrico y trastornos del estado de ánimo. H1: Existe asociación significativa entre cada factor obstétrico (embarazo no deseado, parto traumático, cesárea de emergencia, complicaciones neonatales) y trastornos del estado de ánimo en puérperas.	**Independientes:** - Embarazo no deseado (Presente/Ausente) - Parto traumático (Presente/Ausente) - Cesárea de emergencia (Presente/Ausente) - Complicaciones neonatales (Presente/Ausente) **Dependiente:** - Trastorno de estado de ánimo en puérperas (EPDS ≥13 = Presente / <13 = Ausente)	**Diseño de estudio:** Observacional, analítico, transversal. Población: Puérperas atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante 2025. **Cálculo de tamaño muestral:** El tamaño de muestra será calculado mediante software estadístico (EpiDat 4.1) considerando nivel de confianza del 95%, poder estadístico del 80%, proporciones esperadas basadas en literatura y corrección por población finita, resultando en una muestra representativa de puérperas del periodo. **Análisis estadístico:** Prueba de Chi cuadrado, cálculo de Odds Ratio con IC al 95%, análisis multivariado con regresión logística.

1.3. Instrumento de recolección de datos

- **Código de participante:** _____
- **Fecha de aplicación (dd/mm/aaaa):** //2025
- **Servicio/área:** □ Hospitalización puerperio □ Consulta posparto □ Emergencia
- **Revisor/a HC:** _____ **Entrevistador/a:** _____

SECCIÓN 1. ELEGIBILIDAD

Criterios de inclusión (marcar todos):

[ ] Puerpera atendida en 2025 en Hospital Amazónico de Yarinacocha

[ ] Edad ≥ 18 años

[ ] 24 h a 42 días posparto

[ ] Historia clínica disponible

[ ] Acepta participación (consentimiento)

Criterios de exclusión (si marca cualquiera, NO incluir):

[ ] Trastorno psiquiátrico mayor diagnosticado previo al embarazo documentado

[ ] Tratamiento psicofarmacológico actual por otro motivo distinto a tamizaje

[ ] Dificultad de comprensión del español que impida EPDS

[ ] Pérdida fetal/neonatal en este evento obstétrico

[ ] Doble registro (duplicidad detectada)

Elegible: □ Sí □ No | **Motivo no elegible:** _____

SECCIÓN 2. DATOS BÁSICOS DEL EVENTO OBSTÉTRICO (HC)

- **Edad materna (años):** ____
- **Fecha de parto:** //2025
- **Tipo de parto (marcar uno):** □ Vaginal eutócico □ Vaginal instrumentado □ Cesárea electiva □ **Cesárea de emergencia**

- **Cesárea de emergencia (variable independiente):** □ Presente □ Ausente
- **Parto traumático*** (ver definición operativa): □ Presente □ Ausente
- **Complicaciones maternas intraparto/posparto (marcar todas):** □ Hemorragia □ Desgarro III–IV □ Infección □ Preeclampsia/eclampsia □ Otras: _____
- **APGAR 1'/5': __ / __ | EG (semanas): __ | Peso RN (g): ____**

* **Definición operativa de "parto traumático" (para marcar "Presente" si se cumple ≥1):** complicación obstétrica mayor documentada (p. ej., hemorragia ≥1000 ml, manejo instrumentado con complicaciones, desgarro obstétrico III–IV, emergencia vital materno-fetal) **o** registro clínico de evento percibido como traumático por el paciente anotado en HC.

SECCIÓN 3. EXPOSICIONES PRIORIZADAS (HC/Entrevista)

1. **Embarazo no deseado (variable independiente):**
   "Respecto al embarazo que acaba de culminar, ¿fue planificado/deseado?"
   □ **No deseado** (Presente) □ Deseado/planificado (Ausente) □ Prefiere no responder
2. **Complicaciones neonatales (variable independiente) – revisar HC neonatal:**
   Marcar si el RN presentó ≥1 de las siguientes:
   □ Prematuridad (<37 sem) □ Bajo peso al nacer (<2500 g) □ Asfixia/ventilación
   □ Infección confirmada □ Malformación mayor □ Ingreso a UCIN □ Otras: _____
   Complicaciones neonatales (dicotómica): □ **Presente** (si ≥1) □ **Ausente** (si 0)

SECCIÓN 4. EPDS – ESCALA DE DEPRESIÓN POSTNATAL DE EDIMBURGO (últimos 7 días)

Instrucción: Lea cada ítem y marque la opción que mejor describa cómo se ha sentido en la última semana.

Opciones por ítem (marcar una):
A = Como siempre | B = No tanto | C = Mucho menos | D = Casi nada *(ítems 1–2)*
A = Sí, la mayoría del tiempo | B = Sí, con frecuencia | C = No muy a menudo | D = No, nunca *(ítems 3–10)*

1. He podido reír y ver el lado divertido de las cosas: □ A □ B □ C □ D
2. He mirado con ilusión al futuro: □ A □ B □ C □ D
3. Me he culpado innecesariamente cuando las cosas salían mal: □ A □ B □ C □ D
4. He estado ansiosa o preocupada sin un buen motivo: □ A □ B □ C □ D
5. He sentido miedo o pánico sin razón: □ A □ B □ C □ D
6. Las cosas me han superado: □ A □ B □ C □ D
7. He estado tan infeliz que he tenido dificultad para dormir: □ A □ B □ C □ D
8. Me he sentido triste o desdichada: □ A □ B □ C □ D
9. He llorado porque me he sentido infeliz: □ A □ B □ C □ D
10. He pensado en hacerme daño: □ A □ B □ C □ D

Cálculo EPDS (solo para digitación y análisis):

- Ítems 1–2: puntaje 0–3 (A=0, B=1, C=2, D=3).
- Ítems 3–10: puntaje 0–3 invertido (A=3, B=2, C=1, D=0).
- **Suma total (0–30): ____ → EPDS dicotómica (Outcome): □ Presente** (≥13) □ **Ausente** (<13)

Nota de seguridad: Si el ítem 10 se marca A o B (cualquier ideación), activar ruta de derivación clínica inmediata según protocolo institucional.
