



Esta obra está bajo una  
[Licencia Creative Commons  
Atribución - 4.0 Internacional \(CC BY 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)  
Vea una copia de esta licencia en  
<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.es>





**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

Tesis

# **Factores socioeconómicos-clínicos y depresión posparto en puérperas del Hospital II-2 Santa Gema Yurimaguas, Loreto 2025**

Para optar el título profesional de Obstetra

**Autor:**

David Leonidas Torres Alberca

<https://orcid.org/0009-0005-4752-4391>

**Asesor:**

Obsta. Dr. José Manuel Delgado Bardales

<https://orcid.org/0000-0001-6574-2759>

**Tarapoto, Perú**

**2026**



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

Tesis

**Factores socioeconómicos-clínicos y depresión  
posparto en puérperas del Hospital II-2 Santa  
Gema Yurimaguas, Loreto 2025**

Para optar el título profesional de Obstetra

**Autor:**

David Leonidas Torres Alberca

Sustentado y aprobado el 27 de marzo del 2026, ante el honorable jurado:

**Presidente de Jurado**  
Obsta. Dra. Gabriela del Pilar  
Palomino Alvarado

**Secretario de Jurado**  
Obsta. Mg. Ana Maribel Becerril  
Ibérico

**Vocal de Jurado**  
Lic. Psic. Mtra. Luz María Acevedo  
Lemus

Tarapoto, Perú

2026



## ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA

Siendo las 9.10 Hs del día 27 de marzo de 2026 en la ciudad de Tarapoto, se reunieron el JURADO EVALUADOR, en mérito a la Resolución N° 177-2025-UNSM-FCS/CF de fecha 02 de junio de 2025 integrado por los señores docentes de la Facultad de Ciencias de la Salud:

<b>Obsta. Dra. Gabriela del Pilar Palomino Alvarado</b>	<b>Presidente</b>
<b>Obsta. Mg. Ana Maribel Becerril Iberico</b>	<b>Secretaria</b>
<b>Lic. Psic. Mtra. Luz María Acevedo Lemus</b>	<b>Vocal</b>

Asesorado por el Obsta. Dr. Jose Manuel Delgado Bardales para atender a la sustentación de la tesis titulada: **Factores socioeconómicos-clínicos y depresión posparto en púérperas del Hospital II-2 Santa Gema Yurimaguas, Loreto 2025** presentada por el bachiller en Obstetricia David Leonidas Torres Alberca aprobada con Resolución N° 080-2026-UNSM-FCS/CF de fecha 26 de marzo de 2026 para la obtención del TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA.

Visto y escuchada la sustentación de la tesis y las respuestas a las preguntas formuladas, y teniendo en cuenta los méritos al referido trabajo de investigación, así como el conocimiento demostrado por el sustentante, el jurado en pleno lo declara: Aprobado con el calificativo de: Muy bueno con la nota: Diecisiete (17)

Siendo las 10.30 Hs del día 27 de marzo de 2026, la Presidente de Jurado declara publicamente Aprobado la sustentación con el calificativo de Muy bueno y procedió a dar por finalizado el Acto de Sustentación. En consecuencia, queda en condición de realizar el trámite para la obtención del TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA.

Tarapoto 27 de marzo de 2026



*[Handwritten signature]*

**Obsta. Dra. Gabriela del Pilar Palomino Alvarado**  
**Presidente**



*[Handwritten signature]*

**Obsta. Mg. Ana Maribel Becerril Iberico**  
**Secretaria**



*[Handwritten signature]*

**Lic. Psic. Mtra. Luz María Acevedo Lemus**  
**Vocal**

## Constancia de asesoramiento

El que suscribe el presente documento,

**Hace constar:**

Que, se ha asesorado y revisado la tesis titulada: "Factores socioeconómicos-clínicos y depresión posparto en puérperas del Hospital II-2 Santa Gema Yurimaguas, Loreto 2025", en fechas del cronograma a fin de optimizar y agilizar la investigación, elaborada por la tesista:

Bachiller en Obstetricia: **David Leonidas Torres Alberca**

El que encuentro conforme en estructura y en contenido. Por lo que damos conformidad para los fines que estime conveniente, y para que conste, firmamos en la ciudad de Tarapoto.

Tarapoto, 27 de marzo del 2026

Atentamente,



---

Obsta. Dr. José Manuel Delgado Bardales  
Asesor

## Declaratoria de autenticidad

**David Leonidas Torres Alberca**, con DNI N° 71472693, bachiller de la Escuela profesional de Obstetricia, Facultad de Ciencias de la salud de la Universidad Nacional de San Martín, autor de la tesis titulada: "Factores socioeconómicos-clínicos y depresión posparto en puérperas del Hospital II-2 Santa Gema Yurimaguas, Loreto 2025".

Declaro bajo juramento que:

1. La tesis presentada es de mi autoría.
2. La redacción fue realizada respetando las citas y referencias de las fuentes bibliográficas consultadas.
3. Toda la información que contiene la tesis no ha sido plagiada.
4. Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido alterados ni copiados, por tanto, la información de esta investigación debe considerarse como aporte a la realidad investigada.

Por lo antes mencionado, asumimos bajo responsabilidad las consecuencias que deriven a nuestro accionar, sometiéndonos a las leyes de nuestro país y normas vigentes de la Universidad Nacional de San Martín.

Tarapoto, 27 de marzo del 2026.



.....  
**David Leonidas Torres Alberca**

DNI N° 71472693

## Ficha de identificación

<p><b>Título:</b> Factores socioeconómicos-clínicos y depresión posparto en puérperas del Hospital II-2 Santa Gema Yurimaguas, Loreto 2025</p>	<p><b>Área de investigación:</b> Ciencias médicas y de salud  <b>Línea de investigación:</b> Medicina clínica  <b>Sublínea de investigación:</b> Obstetricia y ginecología  <b>Grupo de investigación:</b> Salud Pública hacia el Cambio Social (Resolución N° 353-2022-UNSM/CU-R)  <b>Tipo de investigación:</b>  Básica <input checked="" type="checkbox"/>, Aplicada <input type="checkbox"/>, Desarrollo experimental <input type="checkbox"/></p>
<p><b>Autor:</b> David Leonidas Torres Alberca</p>	<p>Facultad de Ciencias de la Salud Escuela Profesional de Obstetricia <a href="https://orcid.org/0009-0005-4752-4391">https://orcid.org/0009-0005-4752-4391</a></p>
<p><b>Asesor:</b> Obsta. Dr. José Manuel Delgado Bardales</p>	<p><b>Dependencia local de soporte:</b> Facultad de Ciencias de la Salud Escuela Profesional de Obstetricia Unidad o Laboratorio Obstetricia <a href="https://orcid.org/0000-0001-6574-2759">https://orcid.org/0000-0001-6574-2759</a></p>

## **Dedicatoria**

Primeramente, a mi madre quien hizo posible esta tesis, apoyándome para lograr mis objetivos, por ser mi fuerza en los días difíciles y mi impulso en los momentos de duda, así como impulsarme siempre adelante, a mi padre por su apoyo y consejos para poder seguir adelante con mis metas, sin su apoyo constante, sus consejos y su confianza, este logro no habría sido posible.

A Diana, que me apoyo en todo este proceso, gracias por caminar a mi lado en este reto, por las ideas compartidas, el esfuerzo conjunto y poder llegar a completar esta meta juntos.

También dedico esto a mi hija Koralyne quien fue mi motivación para ser alguien de quien pueda estar orgulloso y ser un ejemplo para ella.

**Leonidas**

## **Agradecimientos**

A Dios principalmente por ser mi guía, mi fortaleza en los momentos de dificultad y poder lograr concretar mis metas.

A mis padres, por su amor incondicional, por sus sacrificios silenciosos y por creer en mí incluso cuando yo mismo dudaba.

Este logro también es de ustedes, porque su apoyo ha sido el cimiento de cada uno de mis avances.



3.3.4. Actividades del objetivo específico 3: Factores sociales asociados a la depresión posparto.....	35
3.3.5. Actividades del objetivo específico 4: Factores económicos asociados a la depresión posparto.....	35
3.3.6. Actividades del objetivo específico 5: Factores clínicos asociados a la depresión posparto.....	36
CAPÍTULO IV RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....	37
4.1. Resultado específico 1 .....	37
4.2. Resultado específico 2 .....	37
4.3. Resultado específico 3 .....	39
4.4. Resultado específico 4 .....	40
4.5. Resultado específico 5 .....	40
4.6. Discusión.....	41
CONCLUSIONES.....	46
RECOMENDACIONES.....	47
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	48
ANEXOS .....	61
Anexo 1: Matriz de consistencia.....	62
Anexo 2: Operacionalización de variables.....	63
Anexo 3: Instrumentos de investigación .....	65
Anexo 4: Consentimiento informado .....	69
Anexo 5: Asentimiento informado.....	71
Anexo 6: Prueba de confiabilidad.....	73
Anexo 7: Validación del instrumento .....	74
Anexo 8: Constancia de ejecución .....	77
Anexo 9: Resolución de aprobación de proyecto .....	78

## Índice de tablas

Tabla 1 Descripción de las variables por objetivo específico .....	30
Tabla 2 Prevalencia de depresión posparto en puérperas .....	37
Tabla 3 Caracterización de los factores sociales .....	37
Tabla 4 Factores económicos de las puérperas.....	38
Tabla 5 Factores clínicos de las puérperas.....	38
Tabla 6 Factores sociales asociados a la depresión posparto .....	39
Tabla 7 Factores económicos asociados a la depresión posparto .....	40
Tabla 8 Factores clínicos obstétricos asociados a la depresión posparto .....	40

## RESUMEN

Factores socioeconómicos-clínicos y depresión posparto en puérperas del Hospital II-2  
Santa Gema Yurimaguas, Loreto 2025

La depresión posparto constituye un problema de salud pública que, de no ser detectado y tratado incrementa el riesgo de trastornos afectivos graves en las madres durante el puerperio, los factores de naturaleza social, económica y clínica propician la aparición de esta psicopatología, la pobreza, el bajo nivel de educación, el deficiente sistema de salud, la edad, el abandono familiar, las complicaciones en el parto y la prevalencia de antecedentes de algún trastorno mental, suponen un riesgo elevado no solo para las progenitoras, sino también para la vida de los recién nacidos en este sentido, el presente estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre los factores socioeconómicos-clínicos y la depresión posparto en puérperas del Hospital II-2 Santa Gema Yurimaguas, Loreto 2025. La investigación fue de tipo básica, el diseño fue no experimental, cuantitativa, descriptiva, correlacional, la investigación estuvo conformada por una muestra de 201 puérperas, se utilizó como técnica la encuesta y como instrumentos la escala de Edimburgo y el cuestionario de factores socioeconómicos-clínicos. Entre los principales hallazgos, la prevalencia de puérperas con signos de depresión posparto fue de 40,3 %. Respecto a los factores sociales, el 64,7 % tenían entre 18 y 34 años, el 60,7 % son convivientes, el 53,2 % culminó el nivel secundario, el 51,2 % tuvo un embarazo no planificado, el 83,6 % recibió apoyo emocional de la pareja y el 88,1 % de la familia. Concerniente a los factores económicos, el 43,3 % son amas de casa y residen en zonas urbanas (64,7 %), perciben ingresos entre S/ 1,130 y S/ 5,650 el 62,2 %. Entre los factores clínicos, en la clasificación gineco obstétricos, el 35,3 % tuvieron 2 embarazos y el 37,3 % un parto, el 91,5 % enunció no tener hijos fallecidos, el 29,4 % tuvo un periodo intergenésico adecuado, el 85,1 % asistió a más de 6 controles prenatales, el 60,2 % no recibió psicoprofilaxis, el 52,2 % dio a luz a través de parto natural, el 86,1 % reportó que no hubo complicaciones con el recién nacido y 95,5 % refirió que el RN no presentó malformación; en la clasificación psicológica, no presentaron antecedentes psicológicos personales (96,0 %), el 96,5 % no tiene antecedente psicológico familiar, el 92,5 % subrayó no recibir maltrato por su pareja y el 92,0 % no recibió maltrato de su familia. En conclusión, al relacionar los factores sociales, económicos y clínicos, estadísticamente en su mayoría no presentó asociación significativa con la depresión posparto ( $p > 0.05$ ), a excepción de las que puérperas que tenían de característica zona de residencia ( $p=0.026$ ).

**Palabras clave:** Social, económico, clínico, depresión, posparto.

## ABSTRACT

Socioeconomic-clinical factors and postpartum depression in postpartum women at Hospital II-2 Santa Gema Yurimaguas, Loreto 2025

Postpartum depression is a public health problem that, if left undetected and untreated, increases the risk of serious affective disorders in mothers during the puerperium. Social, economic, and clinical factors contribute to the development of this psychopathology. Poverty, low levels of education, a deficient healthcare system, age, family abandonment, complications during childbirth, and a history of mental disorders pose a high risk not only to mothers but also to the lives of newborns. In this context, the present study aimed to determine the relationship between socioeconomic and clinical factors and postpartum depression in postpartum women at Hospital II-2 Santa Gema Yurimaguas, Loreto, in 2025. The research was basic in nature, with a non-experimental, quantitative, descriptive, and correlational design. The study included a sample of 201 postpartum women. Data was collected through a survey using the Edinburgh Postnatal Depression Scale and a questionnaire on socioeconomic and clinical factors. Among the main findings, the prevalence of postpartum depression among women was 40.3%. Regarding social factors, 64.7% were between 18 and 34 years old, 60.7% were cohabiting, 53.2% had completed secondary education, 51.2% had an unplanned pregnancy, 83.6% received emotional support from their partner, and 88.1% from their family. Concerning economic factors, 43.3% were housewives and 64.7% resided in urban areas, with 62.2% earning between S/ 1,130 and S/ 5,650. Among the clinical factors, in the gynecological and obstetric classification, 35.3% had 2 pregnancies and 37.3% one delivery, 91.5% reported no deceased children, 29.4% had an adequate interpregnancy interval, 85.1% attended more than 6 prenatal check-ups, 60.2% did not receive psychoprophylaxis, 52.2% gave birth through natural childbirth, 86.1% reported no complications with the newborn, and 95.5% stated that the newborn did not present malformation; in the psychological classification, 96.0% had no personal psychological history, 96.5% had no family psychological history, 92.5% emphasized not receiving abuse from their partner, and 92.0% did not receive abuse from their family. In conclusion, when relating social, economic and clinical factors, statistically most did not show a significant association with postpartum depression ( $p > 0.05$ ), except for those postpartum women who had a characteristic area of residence ( $p=0.026$ ).

**Keywords:** Social, economic, clinical, depression, postpartum.



## **CAPÍTULO I**

### **INTRODUCCIÓN A LA INVESTIGACIÓN**

En la actualidad, la salud mental materna ha adquirido un rol preponderante dentro de la agenda sanitaria mundial, principalmente en la etapa del puerperio, dado que, durante esta fase, las madres desarrollan síntomas depresivos severos que afectan su salud y su bienestar, impactando negativamente en el vínculo afectivo que tienen con sus recién nacidos (1). De ello, se desprende que son múltiples factores que inciden en la aparición de depresión durante esta etapa, donde predominan los de tipología económica, social y clínica, resaltándose la precariedad económica, la falta de apoyo familiar, el bajo nivel educativo, los antecedentes obstétricos negativos y las dificultades durante la labor del parto, como los principales factores que propician la aparición de esta psicopatología (2,3). En este sentido, la depresión posparto (DPP) se configura como un trastorno afectivo que se presenta en la fase puerperal y se constituye como un problema de riesgo grave no solo para las progenitoras, sino principalmente para sus hijos, ya que se caracteriza por sentimientos disruptivos o estados emocionales inestables, lo cual puede llegar a poner en riesgo tanto la vida de la madre como del recién nacido (4).

La depresión posparto se origina por una interacción de factores clínicos y sociales. Entre ellos destacan las complicaciones obstétricas y maternas que aumentan la predisposición, así como los estilos de vida poco saludables que incrementan la vulnerabilidad emocional. Asimismo, una mayor carga de comorbilidades constituye un riesgo adicional. De igual manera, el vivir en contextos socialmente desfavorecidos refuerza la probabilidad de desarrollar esta condición, reflejando la influencia conjunta de factores médicos y sociales (5). Bajo esta premisa, se estima que el 5 % de adultos a nivel global padece depresión (6), donde las mujeres son el grupo más vulnerable, ya que se someten a altos niveles de estrés antes y durante el parto, así como en la fase puerperal (5,7). En Bangladesh, se evidencia una elevada prevalencia de puérperas con depresión, oscilando entre el 12.3 % y el 28.5 %, siendo el principal factor de riesgo la falta de recursos económicos (8); situación análoga a la exhibida en Soweto, Sudáfrica, donde el 10.8 % de progenitoras revelan un alto riesgo de padecer depresión posparto, siendo la principal causal la adversidad económica o la pobreza (9).

Asimismo, en Corea del Sur el 16.1 % de puérperas presentan depresión, explicado por un soporte social bajo y moderado del 6 % y 53.9 % respectivamente, lo que expone que el principal factor causante de esta psicopatología se circunscribe en el abandono

estatal y del sistema de salud (10). En México, el 14.9 % de madres exhibieron trastornos depresivos después del parto, siendo la causa principal la ausencia del padre durante la gestación (11). Por otra parte, en América del Sur, en países como Chile y Colombia la prevalencia de puérperas que tienen o presentan un alto riesgo de padecer depresión es del 21 % y 12.9 % respectivamente, donde los factores que propician la aparición de esta psicopatología son las limitaciones económicas, la edad y el deficiente sistema sanitario que inhibe una atención de calidad a las madres (12,13).

Dentro de la realidad nacional, existe una alta prevalencia de puérperas que padecen o se encuentran en riesgo de experimentar síntomas asociados a la depresión, pues hace poco más de una década se identificó que el 33 % de mujeres en Lima presentaban signos de depresión posparto, cifra que disminuyó a la actualidad; sin embargo, el problema recae en que cerca del 50 % de estas madres no son diagnosticadas con este trastorno pese a exhibir síntomas propios (14). De acuerdo con datos actuales, en el Perú el 24.1 % de puérperas padecen de depresión o alguna psicopatología conexas con la homeostasis emocional (15), lo cual se evidencia en la zona del Altiplano peruano, donde la situación es mucho más agravante, pues el 53 % de puérperas de un centro de salud en Puno presentó depresión posparto, siendo su génesis la precariedad económica, la edad de las progenitoras, el bajo nivel educativo y el desconocimiento sobre el cuidado de los neonatos (16).

Este patrón se repite en otras regiones, como en Arequipa, donde el 45 % de madres presentan síntomas de este trastorno y el 14 % exhiben un alto riesgo de padecerlo, cuyos determinantes se refieren principalmente a la carencia de recursos económicos para solventar los gastos de los recién nacidos (17). De manera homóloga, la prevalencia de depresión en la etapa puerperal alcanza el 29.9 % en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima y el 18.8 % en un centro hospitalario de Ica, cuyos factores son una combinación de componentes biológicos, psicosociales y económicos, tales como los antecedentes de enfermedades mentales, la falta de apoyo de la familia y la pobreza, que exacerban su inestabilidad emocional (7,18).

A nivel regional, en el departamento de Loreto el performance porcentual de personas que presentan trastorno depresivo se circunscribe en 4.3 % de la población total, de los cuales el 38.7 % corresponde al estrato etario adulto. Asimismo, cabe precisar que la prevalencia de esta afección es mucho mayor en mujeres, alcanzado el 72.5 % dentro de la demografía adulta de la región (19). Dentro de este alto porcentaje, las puérperas son el grupo con mayor incidencia de depresión, ya que presentan una vulnerabilidad incrementada como consecuencia de los cambios hormonales, emocionales y sociales

propios de la fase del posparto, lo cual se puede evidenciar en el centro hospitalario de Iquitos, pues entre el 39 % y el 42 % de madres presentaron depresión entre el primer y el séptimo día después del parto, siendo los principales determinantes las condiciones obstétricas relacionadas a una prevalencia del 68 % de afecciones durante la gestación, aunado a factores psicológicos como la ansiedad o a factores sociales como la edad de las progenitoras, que incidieron en la exacerbación de este trastorno (20).

En el contexto local, la situación no es diferente a lo que acontece en el Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas, puesto que muchas puérperas enfrentan condiciones socioeconómicas y clínicas adversas que pueden propiciar la aparición de depresión posparto. Entre los principales factores observados que inciden en el surgimiento de este trastorno se encuentran los componentes sociodemográficos referentes a la edad materna, el nivel educativo y la circunstancia económica de los progenitores; asimismo, prevalece una alta incidencia de factores sociales que influyen en la depresión posparto, tales como el insuficiente apoyo familiar y la sobrecarga de responsabilidades que crean un entorno de estrés elevado que exagera el riesgo de psicopatologías emocionales; además, el prevalente acrecentamiento de factores gineco obstétricos como embarazos no deseados, complicaciones durante el parto o antecedentes de aborto incrementan la vulnerabilidad de la madre. Por otra parte, a nivel psicológico, la presencia de anhedonia o incapacidad de sentir placer, junto con episodios de ansiedad y depresión, afectan en gran manera la homeostasis emocional de las progenitoras y dificulta la creación de un vínculo afectivo con el recién nacido dentro de sus primeros días de vida (21).

De no implementarse estrategias adecuadas orientadas a la detección y al tratamiento efectivo de la depresión posparto, existe una alta probabilidad de que se incremente el número de madres que padecen de esta psicopatología y que afrontan una serie de trastornos afectivos graves durante la etapa del puerperio, lo cual no solo afecta la salud mental de las mismas, sino que también tiene un impacto directo sobre el desarrollo físico y emocional de los neonatos; además, si los sistemas de salud no priorizan una adecuada intervención oportuna, con el tiempo se arraigará en una brecha asistencial que dificultará el acceso de las puérperas a servicios asistenciales de calidad y se perpetuará en ciclos de vulnerabilidad emocional, lo cual se desencadenará en un cuidado infantil negligente por parte de las progenitoras.

En consecuencia, se definió el problema general: ¿Cuál es la relación entre los factores socioeconómicos-clínicos y la depresión posparto en puérperas del Hospital II-2 Santa Gema Yurimaguas, Loreto 2025?, estatuyéndose como hipótesis del estudio: Existe relación significativa entre los factores socioeconómicos-clínicos y la depresión posparto

en puérperas del Hospital II-2 Santa Gema Yurimaguas, Loreto 2025; teniendo como objetivo determinar la relación entre los factores socioeconómicos-clínicos y la depresión posparto en puérperas del Hospital II-2 Santa Gema Yurimaguas, Loreto 2025. Con ello, se plantearon cinco objetivos específicos: Determinar la prevalencia de depresión posparto en puérperas del Hospital II-2 Santa Gema Yurimaguas; Caracterizar los factores socioeconómicos-clínicos de las puérperas del Hospital II-2 Santa Gema Yurimaguas; Identificar los factores sociales relacionados a la depresión posparto en puérperas del Hospital II-2 Santa Gema Yurimaguas; Identificar los factores económicos relacionados a la depresión posparto en puérperas del Hospital II-2 Santa Gema Yurimaguas; e Identificar los factores clínicos relacionados a la depresión posparto en puérperas del Hospital II-2 Santa Gema Yurimaguas, Loreto 2025.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. Antecedentes de la investigación

A nivel internacional, Kapoor et al. (22) en India, ejecutado en el periodo 2024, revelaron que partiendo de los factores sociodemográficos, se encontró que la educación y la edad estaban vinculados con la DPP ( $p < 0,05$ ); asimismo, de los factores psicosociales, prevalecieron la mala relación con los suegros, problemas con la pareja, acontecimientos vitales adversos y violencia doméstica, estando vinculados significativamente ( $p < 0,05$ ), al igual que los factores obstétricos, donde prevalecieron las tipologías físicas ( $p < 0,01$ ), la cesárea ( $p < 0,01$ ), enfermedades físicas ( $p < 0,05$ ) y complicaciones posparto ( $p < 0,05$ ). También, en Paraguay, 2024, Martínez et al. (23) argumentaron que las variables sociodemográficas no se encuentran asociadas con la DPP ( $p > 0,05$ ). Con relación a los antecedentes gineco obstétricos, se encontró una asociatividad con la característica “último parto por eutócico” o por cesárea ( $p < 0,05$ ), al igual que la característica “antecedentes personales” que forma parte de la variable antecedentes de salud mental, la que presentó una asociación significativa con la DPP ( $p < 0,01$ ).

Además, en el 2024 en China, Sun et al. (24), revelaron que el 16,5 % de las mujeres presentaron DPP, siendo frecuente entre los 7 y 9 meses posteriores al parto (33,8 %). Se encontraron coligados a la DPP los factores sociodemográficos compuestos por la característica edad, estado civil, ocupación de la pareja, separación de la pareja posterior al parto e ingreso mensual ( $p < 0,05$ ). Además, se encontraron vinculadas a la DPP las características del factor obstétrico como embarazo planificado, comorbilidades durante la gestación, trastornos congénitos y el tipo de alimentación ( $p < 0,05$ ). Así también, fueron significativos los factores psicosociales respecto a las características historial de tabaquismo, abuso de alcohol y fumar durante el embarazo (0,001).

De la misma manera, en el periodo 2023, Fernandes et al. (25), en Brasil, detectaron que el 19,5 % de puérperas tenían síntomas indicativos de DPP, siendo prevalente entre las edades de 36 y 44 años con vínculo significativo de la DPP (0,0001). De igual modo, se encontró significancia con la multiparidad representada por tener más de cuatro hijos (0,0042), así como la edad del bebé (entre dos y seis meses) y la renta familiar (0,0109), es decir, la precariedad económica se constituye como el principal determinante de la aparición de esta psicopatología. También, Santiago-Sanabria et al. (11) en su investigación del 2023, México, elucidaron que, de los determinantes sociodemográficos,

como el grado de escolaridad, problemas familiares y dificultad económica, medidos con un intervalo de confianza del 95 %, fueron significativos con la DPP; asimismo, revelaron que los precedentes clínicos, las características depresivas y la ansiedad presentaron mayor significación estadística. De los antecedentes clínicos, las variables complicaciones en el embarazo, problemas con la lactancia y recién nacidos que ingresaron a cuidados intensivos neonatales se encuentran asociadas estadísticamente significativa con la DPP con un IC del 95 %.

A nivel nacional, Leveau-Bartra et al. (7) en Ica, ejecutado en el año 2024, dilucidaron que las variables del factor sociodemográfico como la edad, el grado de estudios, el estado civil, el consumo de psicofármacos, malos vínculos con la pareja, los partos por eutócico, las complicaciones durante el parto, antecedentes de padecer infección por COVID-19 durante la gestación y la situación laboral son factores que se encuentran asociados estadísticamente al desarrollo de la DPP, cuyas probabilidades fueron significativas ( $p = 0,000$ ). Asimismo, Levy (26) en el 2024 realizó un estudio en el hospital de Yarinacocha, instaurando que entre las subvariables de las características sociodemográficas como edad (0.035) y el grado de instrucción (0.04), fueron estadísticamente significativas; en contraste, ningunos de las subvariables de las características obstétricas presentaron significación estadística con la depresión posparto ( $p > 0,05$ ).

También, Lipa-Tudela (16) en el 2024, Puno, dilucidaron que el 53 % de las puérperas presentaron síntomas indicativos de DPP. En cuanto a los factores biológicos, presentan mayor propensión en la DPP las características de más de seis controles prenatales, partos eutócicos, sin sesiones de psicoprofilaxis obstétrica. Respecto a las subvariables, las características psicológicas ejercen menor incidencia en la DPP, siendo esta el apoyo tanto familiar como de la pareja. Por último, las características sociales revelaron mayor prevalencia de DPP, entre las que se destacan educación nivel secundaria, amas de casa, edades entre 25 y 29 y madres primerizas. De similar manera, en el 2024, Payano et al. (27) revelaron que en la ciudad de Cerro de Pasco se reportó un grado marcado de DPP (25,7 %), y en cuanto al apoyo social percibo se catalogó en un 28,6 % como insuficiente. A nivel inferencial, al entablar el vínculo entre las tipologías de apoyo: social emocional, instrumental, informativo y familiar, se encontraron relaciones estadísticamente significativas ( $p$ -valor 0,005), lo que revela que son estos factores los principales predictores de la DPP en las puérperas e inhiben un cuidado adecuado de los neonatos.

Por otro lado, Villanueva-Basilio (18) en el año 2023, Lima, reportó una frecuencia relativa del 29,9 % de puérperas que presentaban riesgo de DPP. Asimismo, en cuanto a los factores vinculados a la DPP resalta el antecedente de depresión previa (p -valor: 0,026, IC 95 %: 1,2-14,1) y la violencia familiar (p -valor: 0,004, IC 95 %: 1,2-9,1), manifestando una asociación estadísticamente significativa con la DPP.

A nivel regional, Guzmán (28), en Loreto, ejecutado en el periodo 2023, dilucidó que el 52.7 % de las encuestadas posterior al parto presentaron síntomas depresivos, por el otro, el 34.9 % no han sido atendidas con los cuidados suficientes y necesarios para asegurar su salud y la del bebé. Al evaluar el grado de asociación, estadísticamente el componente control prenatal de calidad se encuentra asociada con la depresión post parto en puérperas, donde la probabilidad obtenida fue menor al umbral del 5 % (0.05). Por último, Ruiz (29), en el año 2023, Iquitos, elucidó que los factores sociales, en particular aquellas que han culminado la educación primaria y provienen de zonas urbanas y periurbanas se asocian significativamente con la calidad de parto ( $p < 0.05$ ), asimismo se encuentra asociada con el factor psicológico, en particular el apoyo emocional de la familia, no obstante, el componente obstétrico como antecedentes de aborto, paridad y cantidad adecuada de control prenatal no se encuentra asociada significativamente con la percepción de insatisfacción durante el parto ( $p > 0.05$ ).

## **2.2. Fundamentos teóricos**

### **2.2.1. Factores socioeconómicos-clínicos**

Los factores socioeconómicos, son aquellas condiciones de carácter social y de naturaleza económica que tienen una alta influencia sobre el bienestar integral de las personas (30), circunscribiendo una amalgama de componentes tales como el potencial adquisitivo, el nivel educativo, el estatus social y la posición laboral (31). Estos factores reflejan una diferenciación entre individuos dentro de una población, debido a que determinan la desigualdad entre un grupo con mejores recursos y oportunidades en contraste con otro menos favorecidos (32,33). Bajo este enfoque, se configuran como predictores significativos de la calidad de vida (33), dado que aluden a las situaciones socioeconómicas que impactan en la capacidad de las personas para obtener recursos esenciales para su supervivencia, aludiendo al apoyo comunitario, la vivienda, el acceso a atención médica, el empleo, la educación y la cantidad de ingresos (34). De este modo, estos factores se configuran como aquellos componentes que tienen injerencia en el nivel de vida de las personas y en la forma como sobreviven día a día.

Enfoque en el ámbito de la salud: Establecer en el ámbito de la salud, que estos factores son abordados desde el talante clínico como los determinantes que inciden en la

prevalencia de enfermedades, en el acceso a servicios médicos y en los estilos de vida de las personas, influyendo directamente en el bienestar y equidad en términos de sanidad (35–37). De conformidad con la Organización Mundial de la Salud (38), están conexos con los determinantes sociales de la salud, pues condicionan las oportunidades y los recursos esenciales para tener una vida saludable. En este sentido, surge la figura de factores socioeconómicos-clínicos, entendidos como aquellos componentes conexos con los condicionantes sociales y económicos de un individuo o una colectividad, que ejercen una influencia directa en el acceso que tienen a una atención sanitaria de calidad (1,39), pudiendo relacionarse y funcionar en conjunto como determinantes sociales de la salud, influyendo en el estilo de vida y en el bienestar de las personas (40).

#### 2.2.1.1. Modelos teóricos

Para abordar los factores socioeconómicos-clínicos desde un enfoque sistematizado, es crucial entender los modelos teóricos que explican su incidencia en la salud, resaltando autores como Dahlgren y Whitehead (41), quienes instituyeron un modelo denominado “influencias en capas”, fundamentado en la prevalencia de brechas sociales en el ámbito sanitario, las cuales provienen de las interrelaciones entre los diferentes estratos que aluden a los principales determinantes de la salud, partiendo desde el factor individual hasta la incidencia comunitaria. Por otra parte, Diderichsen establecieron un modelo de “estratificación social”, que fue adoptado en el 2001 (42) y que expone que el esbozo de lineamientos políticos sanitarios enfocados a reducir las desigualdades en materia de salud debe focalizarse en la mitigación de los componentes específicos coherentes con la situación socioeconómica de las personas, principalmente para aquellos grupos en situación de vulnerabilidad como en el caso de las madres en etapa puberal (43).

Por otra parte, se destaca el modelo de Mackenbach “selección y sus nexos causales” referente a las condiciones que generan las disparidades en el campo de la salud (42), haciendo alusión a dos principales factores: el proceso de selección por el cual el estado de salud impacta en el talante socioeconómico de un individuo, favoreciendo o limitando la progresión social en función de su condición sanitaria; asimismo, se destaca la acción causal que estatuye que el estatus socioeconómico tienen incidencia en la salud debido a una repartición desigual de algunos componentes de riesgo, lo cual genera diferencias en la morbilidad y en el acceso a los recursos sanitarios (44). De la misma manera, se expone el modelo integral de Laframboise y Lalonde, el cual es el más reconocido en la actualidad (42), pues divide la salud desde un enfoque cuatripartito: el talante biológico, el entorno, los estilos de vida y las redes asistenciales en salud (45).

### 2.2.2. Dimensión clínica y socioeconómica en interacción

Si bien la DPP incluye los factores socioeconómicos y clínicos de manera general, la literatura actual no ofrece una definición precisa de esta variable. No obstante, existe un amplio respaldo teórico que describe cómo los factores clínicos influyen en la prevalencia de diversas afecciones (46,47), entendiéndose estos como los parámetros medibles que exacerbaban una enfermedad o dan lugar a comorbilidades muchos más peligrosas y nocivas (48); por cuanto, si se añade el factor socioeconómico a esta epítome, resulta evidente que las condiciones referentes al nivel educativo, el nivel de ingresos, el acceso a una vivienda, los medios tecnológicos y los hábitos de consumo (49), tienen una gran influencia en la manifestación y evolución de dichas afecciones. En este sentido, la salud está determinada por un entramado de factores conexos que trascienden lo meramente biológico, incorporando dimensiones sociales y económicas que modulan su impacto.

Esto es avalado por diversos estudios que revelan que las condiciones socioeconómicas tienen una alta incidencia en la prevalencia, en el progreso y en la gravedad de múltiples afecciones, ya que impactan directamente en el potencial de las personas para acceder a servicios de salud adecuados (39,50,51); por lo tanto, resulta fundamental contemplar estos factores como determinantes clave para vigorizar los sistemas de salud, los cuales hoy en día afrontan las condiciones sociales y económicas como barreras que restringen el acceso a una atención médica equitativa para toda la población (52,53). Como base conceptual propia, los factores socioeconómicos-clínicos se constituyen como aquellos condicionantes de naturaleza socioeconómica que inciden en la salud de las personas y en el desarrollo de enfermedades, destacando el estatus económico devenido de los ingresos percibidos, el nivel educativo, la situación laboral, entre otros.

Los factores socioeconómicos-clínicos guardan una estrecha relación con los determinantes sociales de la salud, no obstante, es importante precisar que no tienen una connotación igual, sino similar, debido a que cuando se alude a los determinantes se refiere a aquellos factores que inciden directa e indirectamente en el bienestar de las personas en términos de salud y atención médica, dentro de los cuales se circunscriben las condiciones socioeconómicas que denotan principalmente al potencial económico de las personas para coexistir y sobrevivir en la sociedad, siendo estos: el acceso a una vivienda segura, la capacidad adquisitiva para comprar alimentos saludables, el transporte y los servicios públicos (54). Por lo tanto, su importancia recae en su impacto en la equidad en términos de salud, ya que determinan las oportunidades y las condiciones de vida que influyen en la calidad de la atención médica.

En esta línea, la situación socioeconómica de una familia puede condicionar el acceso a servicios médicos de calidad y a la adquisición de medicamentos, teniendo el potencial de influenciar y modelar los hábitos personales e incidir en el bienestar psicológico de las personas (39). Estos factores guardan un vínculo estrecho con la calidad de vida del ser humano, ya que determinan sus oportunidades para acceder a condiciones óptimas dentro de un entorno desafiante y dinámico (51,55), reflejando una correlación recíproca entre los factores socioeconómicos y la mejora en la salud, lo cual demuestra que existe un efecto gradiente entre ambas variables, dado que a medida que incrementa el nivel socioeconómico de un individuo, su salud se ve favorecida en gran manera (56).

En este contexto, el estatus socioeconómico se encuentra estrechamente ligado con la exacerbación de patologías y psicopatologías, principalmente en el estrato etario adulto (57). En este sentido, se configuran como determinantes sanitarios esenciales (58,59), pues ejercen una mayor influencia en la salud en contraste con los factores genéticos u otros aspectos biológicos, pues condicionan el acceso a recursos básicos, el manejo del estrés y la adopción de hábitos saludables (60). Por ende, la relevancia de los factores socioeconómicos reside en que tienen una mayor importancia que los comportamientos sanitarios o el entorno a la hora de predecir resultados que pueden impactar en la salud de los individuos (54), representando determinantes cruciales para optimar la calidad de vida en coherencia con una equidad sanitaria que favorezca a todos.

### **2.2.2.1. Dimensiones**

Entre las dimensiones de los factores socioeconómicos-clínicos, podemos mencionar, las diversas pesquisas centradas en la evaluación de puérperas han centrado su foco de análisis en diversos factores ceñidos en determinantes de índole sociodemográfico, social, obstétrico y psicológico, por cuanto, partiendo de la búsqueda literaria científica, las dimensiones se fundan en los estudios de Contreras-Sánchez et al. (61), Martínez (62), Leveau-Bartra et al. (7) y Genchi-Gallardo et al. (63):

- **Factores sociales**, son aquellos componentes conexos a un contexto específico que influyen en la vida del ser humano desde un enfoque multidimensional, puesto que no se limitan solamente a un vínculo de índole causal, sino que intervienen de forma holista, compleja y existencial dentro de una amalgama de interacciones de naturaleza social, económica y cultural, las cuales modelan la conducta y el bienestar individual de las personas (64). De este modo, se definen como todos los componentes inherentes a las características de la sociedad, así como en la educación y en los servicios de salud que se prestan en ella (65). Entre sus

indicadores se circunscriben la edad, estado civil, nivel de estudios, embarazo no planificado, apoyo emocional, apoyo económico y sustancias nocivas.

- **Factores económicos**, aludidos a aquellos componentes de naturaleza dineraria o monetaria que tienen incidencia en la calidad de vida de las personas, pues permiten la adquisición de bienes y servicios necesarios para la subsistencia humana (66). Dentro de este sentido, surge la canasta básica como un componente fundamental para avalar una vida adecuada para las familias, la cual se cimenta en el potencial económico que poseen para adquirir los bienes o productos esenciales para subsistir (67). Como parte de esta dimensión se hacen alusión a los indicadores de ocupación, zona de residencia e ingreso mensual.
- **Factores clínicos (gineco obstétricos y psicológicos)**. En primer lugar, aquellos de naturaleza gineco obstétrica, son aquellas condiciones médicas obstétricas que, en féminas en estado de gestación, puede provocar un incremento en la morbimortalidad, lo cual tiene una alta incidencia en la salud materno-fetal (68); es decir, circunscribe la aparición o la exacerbación de patologías clínicas u obstétricas durante la gestación, parto o la etapa puerperal, pudiendo devenir de factores sociodemográficos que incrementan el riesgo de mortalidad tanto en la madre como en el feto o en el recién nacido (69). Respecto a sus principales indicadores de medición, se hace referencia al número de embarazos y partos, el número de hijos fallecidos, el antecedente de aborto, el periodo intergenésico, los controles prenatales, la psicoprofilaxis, las complicaciones obstétricas, el tipo de parto, las complicaciones en maternas y neonatales en el parto, la malformación congénita y la lactancia materna.

Respecto a los factores psicológicos, pertenecientes a los factores clínicos, son aquellos componentes actitudinales, cognoscitivos y emocionales que inciden en la homeostasis del ser humano (70), modulando su capacidad psicológica de adaptación ante diversas situaciones desafiantes, respondiendo a estímulos externos que pudiesen afectar su equilibrio psicofisiológico (71). Estos factores son resultado de la biología de las personas y de su interacción con su ambiente circundante, teniendo el potencial de brindar una perspectiva integral acerca de las principales particularidades individuales que pueden impactar en la salud tanto física como mental de una persona (72). Entre los principales indicadores de medición se exponen los insultos, la aceptación familiar, la prevalencia de trastornos mentales de algún familiar y los antecedentes de enfermedades psiquiátricas.

### **2.2.3. Depresión posparto**

La depresión, es entendida como un trastorno que afecta la homeostasis emocional de las personas, perturbando sus pensamientos y sus actividades más básicas para subsistir, tales como el comer, dormir y vincularse con los demás, impactando, además, la forma en cómo se perciben (73). Se configura como un mal psiquiátrico muy prevalente y común en la actualidad (74), siendo una de las causas principales de morbilidad y discapacidad a nivel global, con costos individuales elevados para su tratamiento (75). También, suele ser abordado como un síndrome caracterizado por sentimientos de apatía y desinterés, sumado a la aparición de alteraciones en los patrones de conducta como insomnio, pérdida o exacerbación del apetito, disminución de la actividad motriz, estado de exaltación, entre otras sintomatologías (76).

Este trastorno inhibe la realización de las actividades diarias, limitando al funcionamiento psicológico y deteriorando la calidad de vida de las personas, lo que conlleva al declive cognitivo y provoca sensaciones de ineptitud, exacerbando una mayor prevalencia al suicidio (77). Cuando se encuentra en una etapa más avanzada suele ser llamado como Trastorno Depresivo Mayor o TDM, definido como un estado de desequilibrio severo de la homeostasis emocional de un individuo, caracterizado por la pérdida de apetito, la pérdida de peso y el cansancio excesivo (78), lo cual puede exacerbar el deterioro no solo de la salud mental, sino también física (79); es decir, es trastorno mental severo que genera niveles altos de apatía y desinterés en las personas que lo padecen, no pudiendo tratarse con métodos convencionales como otras psicopatologías menos agresivas, lo cual requiere tratamientos psiquiátricos más intensivos (80).

Esto se agrava más en el puerperio, más aún cuando carecen de una red de apoyo sólido, ya que, muchas veces, enfrentan dificultades socioeconómicas o presentan algún precedente de padecer trastornos psicológicos previos. Esta psicopatología es reconocida en el campo clínico como depresión posparto (25), y se diferencia de otros trastornos debido a su etiología multifactorial, es decir, influyen diversos factores tales como los componentes sociales, económicos, los cambios hormonales, el aspecto laboral, entre otros (11,81). La depresión posparto se conceptualiza como un estado de trastorno depresivo mayor que surge a posteriori del parto de una mujer y se caracteriza por sentimientos intensos de apatía y culpabilidad (82,83), presentándose en el primer año después del alumbramiento con la prevalencia de sintomatologías dentro de las primeras dos semanas, pudiendo extenderse hasta los catorce meses dependiendo de la severidad del trastorno (81). Esta afección es una de las principales causas de morbimortalidad materna en el mundo, debido a que afecta en gran manera el bienestar

de las puérperas, de los neonatos, de las familias y de la sociedad (84,85), poniendo en un punto central su análisis y estudio en la época coetánea (86).

#### **2.2.3.1. Factores determinantes**

Los principales determinantes que inciden en la aparición de depresión posparto en las puérperas corresponden a factores de índole bioquímico, hormonal, psicológico y social (81), destacando que dentro de los componentes bioquímicos se circunscribe el declive abrupto de las concentraciones de hormonas sexuales, empero, esto no se constituye como un desencadenante directo de este trastorno, sino que se encuentra condicionado por las fluctuaciones endocrinas y las limitaciones socioeconómicas que experimenta la puérpera (87). Estas limitantes están relacionadas con una escasa red de apoyo para las madres, especialmente en aquellas menores de edad, así como a los embarazos no planificados o fortuitos y a la carencia de recursos económicos (88).

Desde este enfoque, se pueden identificar una serie de causales que influyen en la DPP, dentro de los que se destacan: condiciones estresantes durante la gestación y el parto, la ingesta de drogas, el consumo de alcohol, la escasa accesibilidad a servicios médicos de calidad, el débil apoyo de los padres, el bajo nivel educativo, la violencia familiar, el deficiente apoyo social, las limitaciones económicas, la prevalencia de desórdenes de la personalidad, la escasa autovaloración personal, los antecedentes de abortos o fallos gestacionales, embarazos a una edad prematura y la preexistencia de psicopatologías personales o heredofamiliares (86). Algunos estudios exponen que, de estos elementos, la violencia doméstica tanto física como psicológica por parte de la pareja, se configura como un determinante importante para la manifestación o exacerbación de depresión posparto, principalmente en las primeras semanas después del alumbramiento (89).

Empero, cabe dilucidar que el factor socioeconómico también juega un papel perentorio en la aparición de esta psicopatología, pues un nivel económico bajo supone una menor calidad de vida tanto para las madres como para los neonatos, lo que induce elevados niveles de estrés como consecuencia de que muchas puérperas no tienen la posibilidad de acceder a servicios médicos de calidad ni a controles clínicos oportunos (90,91). En este sentido, se elucida que la precariedad o insuficiencia económica se configura como un determinante crucial para la aparición de depresión posparto, por cuanto, resulta vital explorar este factor como un condicionante clave en la salud mental materna.

#### **2.2.3.2. Normativa y abordaje en el Perú**

Especificando la normativa, que garantiza el tratamiento de la depresión en el ámbito nacional se encuentra regido principalmente por la guía admitida por Resolución Ministerial N° 136-2023-MINSA, la cual instaura los lineamientos necesarios para la

detección, identificación y la intervención del trastorno depresivo en la población adulta peruana. Esta directriz reviste de importancia relativa en el campo de la medicina y de la salud, pues suministra un marco estandarizado para la atención efectiva de pacientes con depresión, lo cual permite garantizar un abordaje oportuno y cimentado en evidencia probable respecto a los factores inherentes a este trastorno. Dentro de sus puntos clave, el Ministerio de Salud – MINSA (92) instituye que la detección debe realizarse desde el primer nivel de atención al paciente, a través del uso de herramientas estandarizadas, viables y confiables; seguido de un análisis clínico oportuno que permita confirmar el diagnóstico para determinar el nivel de riesgo. Además, la guía incita a un tratamiento integral, combinando mecanismos farmacológicos y no farmacológicos, aunado a un seguimiento continuo a fin de evitar la exacerbación de esta afección.

Como se precisó, la guía estatuye una normativa integral para el tratamiento de la depresión en personas adultas, independientemente del sexo y la situación socioeconómica; sin embargo, se debe prestar mayor atención a las mujeres durante la etapa gestacional o en el puerperio, ya que en estos períodos experimentan una serie de cambios hormonales o psicológicos, aunado a la influencia social que funge como un factor determinante en la aparición de este trastorno, los cuales, en conjunto, pueden incrementar la posibilidad de padecer dicha psicopatología. Ante ello, el MINSA (93), en el 2024, estableció una directiva orientada a instruir sobre el cuidado de la salud mental en mujeres embarazadas, la que fue aprobada por Resolución Ministerial N° 120-2024-MINSA, la misma que estatuye que el abordaje de la homeostasis psicológica de este grupo específico debe realizarse de forma integral, poniendo especial atención en el tamizaje temprano de los factores de riesgo psicosociales, enfatizando la imperante necesidad de alcanzar una cohesión efectiva entre el trabajo de los profesionales de la salud mental, los obstetras y otros especialistas, con el fin de lograr un acompañamiento constante y una atención de calidad durante el embarazo y en la fase puerperal.

Estas normativas dan lugar a un abordaje holístico de la depresión, orientándose a la población en general, dando un mayor realce al grupo femenino principalmente en la fase después del parto, donde intervienen una serie de factores que pueden exacerbar esta condición y conllevar a afecciones mucho más peligrosas no solo para las madres, sino también para los recién nacidos.

#### **2.2.3.3. Dimensiones**

Entre las dimensiones de la depresión posparto, de acuerdo con el abordaje literario, la DPP debe ser comprendida como una afección determinada por la prevalencia de otras

condicionantes que pueden originarla o también empeorarla, por cuanto Cox et al. (94) agrupa sus dimensiones en tres categorías:

- **Anhedonia**, se constituye como una condición psicológica que inhibe o reduce los sentimientos de placer o goce (21), representando un síntoma significativo del trastorno depresivo y una manifestación negativa de la esquizofrenia (95), caracterizado por una inexistencia total del disfrute, de la motivación y el interés para realizar determinadas actividades (96). En los tratamientos de la depresión, la presencia de anhedonia en las personas sugiere que los mecanismos utilizados por los profesionales de salud no son los adecuados (97), por cuanto es crucial implementar estrategias terapéuticas efectivas que combinen una intervención óptima. Entre sus principales indicadores de medición se circunscriben las ideas suicidas, el disfrute o goce y la risa en las puérperas.
- **Ansiedad**, se constituye como el resultado de una respuesta adaptativa inmediata del ser humano frente a circunstancias que un individuo puede considerar como amenazante o de riesgo para su bienestar integral, lo que desencadena mecanismos de defensa conexos a una respuesta autonómica simpática y a una descarga excesiva de catecolaminas, las que fungen como las principales hormonas que dan lugar a un estado de alerta que, muchas veces, suele ser infundado (98). Generalmente, se vincula al pavor y puede manifestarse en un estado de ánimo de preocupación por el futuro, derivando respuestas cognitivas, afectivas, fisiológicas y conductuales complejas (99). Entre los principales indicadores se encuentran la desesperanza, el miedo y la culpa.
- **Depresión**, si bien la depresión es una afección psicológica que engloba psicopatologías derivadas de esta, tal como es la depresión posparto, constituye un determinante principal de esta segunda, pues diversos estudios han demostrado que en aquellas puérperas que tienen precedentes depresivos, después del parto este trastorno tiende a incrementar, lo cual supone mayores riesgos tanto para las madres como para los neonatos (25,86,88). Así, la depresión se compone como un desequilibrio emocional que impacta en manera en que una persona se percibe a sí misma con relación a sus aspiraciones y/o ideales (100). Sus principales indicadores de medición se circunscriben desde una óptica tripartita: el llanto, los sentimientos de tristeza y la infelicidad.

## **CAPÍTULO III**

### **MATERIALES Y MÉTODOS**

#### **3.1. Ámbito y condiciones de la investigación**

##### **3.1.1. Contexto de la investigación**

La ciudad de Yurimaguas se encuentra situada a una altitud de 148 msnm, cuya temperatura oscilan entre 21°C y 31°C, convergen en los ríos Shanusi, Huallaga y Parapapura (101). Entre sus límites geográficos se sitúa por el norte con los distritos de Santa Cruz y Jeberos, por el este con Teniente César López Rojas y Santa Cruz, por el sur con la provincia de Lamas y, por el oeste con el distrito de Balsapuerto (102). El estudio investigativo se desarrolló en el Hospital II-2 Santa Gema ubicado en la ciudad de Yurimaguas, provincia de Alto Amazonas, departamento de Loreto. El centro hospitalario se ubica en la Calle Ucayali Mz. G Lote 7 (103).

##### **3.1.2. Periodo de ejecución**

El estudio se realizó según el cronograma, del mes de octubre a noviembre del año 2025.

##### **3.1.3. Autorizaciones y permisos**

Se presentó la solicitud al director del nosocomio objeto de estudio, requiriendo el permiso correspondiente para llevar a cabo el presente trabajo investigativo. Asimismo, se informó a cada participante las finalidades del estudio y se solicitó su consentimiento informado, asegurando el anonimato de sus respuestas.

##### **3.1.4. Control ambiental y protocolos de bioseguridad**

No afectó el medio ambiente y se respetó las medidas de bioseguridad establecidas por el Hospital objeto de estudio.

##### **3.1.5. Aplicación de principios éticos Internacionales**

El estudio cumplió con los lineamientos éticos primordiales, asegurando autonomía, beneficencia, no maleficencia, justicia y derecho. Se tomó el principio de autonomía, donde los participantes no fueron coaccionados ni presionados, sino tuvieron la libre voluntad de iniciar y permanecer en el estudio, por lo que su participación en el proceso de atención fue activa y consensuada.

Además, se tuvo en consideración el principio de beneficencia, donde se buscó producir resultados que sirvieran como beneficio para las usuarias y personal de salud del

nosocomio objeto de estudio, orientando estos consecuentes a mermar el problema identificado en el nosocomio. La no maleficencia que priorizó la seguridad y el bienestar integral de las usuarias durante el periodo de tiempo requerido en el estudio. También se tomó el principio de justicia donde se buscó el trato igualitario y sin recriminar a las puérperas, donde el proceso fue transparente y conforme a las regulaciones instituidas.

### 3.2. Sistema de variables

#### 3.2.1. Variables principales

##### Variable 1: Factores socioeconómicos-clínicos

**Definición conceptual:** Son aquellos componentes conexos con los condicionantes sociales y económicos de un individuo o una colectividad, que ejercen una influencia directa en el acceso que tienen a una atención sanitaria de calidad (1,39), pudiendo relacionarse y funcionar en conjunto como determinantes sociales de la salud, influyendo en el estilo de vida y en el bienestar de las personas (40).

**Definición operacional:** Evaluación de los factores socioeconómicos-clínicos, la misma que se configura por 3 dimensiones: factores sociales, factores económicos y factores clínicos (gineco obstétricos y psicológicos), serán aplicados mediante el cuestionario, estandarizados en escala ordinal (74,7).

**Variable 2:** Depresión posparto.

**Definición conceptual:** Se conceptualiza como un estado de trastorno depresivo mayor que surge a posteriori del parto de una mujer y se caracteriza por sentimientos intensos de apatía y culpabilidad (82,83).

**Definición operacional:** Su evaluación se dará a través de la escala de DPP de Edimburgo estandarizado en escala ordinal ésta consta de tres aspectos dimensionales: anhedonia, ansiedad y depresión; el resultado de este cuestionario se dividió en dos grupos, las puérperas que presentaron valores menos a trece puntos como puérperas sin signos de depresión y aquellas con igual o más de trece puntos como puérperas con signos de depresión.

**Tabla 1**

*Descripción de las variables por objetivo específico*

Objetivo específico 1: Determinar la prevalencia de depresión posparto en puérperas del Hospital II-2 Santa Gema Yurimaguas, Loreto 2025.			
Variable abstracta	Variable concreta	Medio de registro	Unidad de medida
Depresión posparto	Anhedonia Ansiedad Depresión	Encuesta cuestionario	Ordinal

Objetivo específico 2: Caracterizar los factores socioeconómicos-clínicos de las puérperas del Hospital II-2 Santa Gema Yurimaguas, Loreto 2025.

Variable abstracta	Variable concreta	Medio de registro	Unidad de medida
Factores	Sociales Económicos Clínicos	Encuesta cuestionario	Ordinal

Objetivo específico 3: Identificar los factores sociales asociados a la depresión posparto en puérperas del Hospital II-2 Santa Gema Yurimaguas, Loreto 2025.

Variable abstracta	Variable concreta	Medio de registro	Unidad de medida
Factores sociales y la depresión posparto	Edad	Encuesta cuestionario	Intervalo
	Estado Civil		Nominal
	Grado de estudios		Ordinal
	Embarazo planificado		Nominal
	Apoyo emocional		Nominal
	Apoyo económico		Nominal
	Sustancias nocivas	Nominal	

Objetivo específico 4: Identificar los factores económicos asociados a la depresión posparto en puérperas del Hospital II-2 Santa Gema Yurimaguas, Loreto 2025.

Variable abstracta	Variable concreta	Medio de registro	Unidad de medida
Factores económicos y la depresión posparto	Ocupación Zona de residencia Ingreso mensual	Encuesta cuestionario	Ordinal

Objetivo específico 5: Identificar los factores clínicos asociados a la depresión posparto en puérperas del Hospital II-2 Santa Gema Yurimaguas, Loreto 2025.

Variable abstracta	Variable concreta	Medio de registro	Unidad de medida
Factores clínicos y la depresión posparto	Número de embarazos	Encuesta cuestionario	Ordinal
	Número de partos		
	Hijos fallecidos		
	Antecedente de aborto		
	Periodo Intergenésico		
	Controles prenatales		
	Psicoprofilaxis		
	Complicaciones obstétricas		
	Tipo de parto		
	Complicaciones maternas en el parto		
	Complicaciones neonatales en el parto		
	Malformación congénita		
	Lactancia materna		
	Antecedente de enfermedad psiquiátrica		
	Trastorno mental en algún familiar		
Maltrato de la pareja			
Maltrato de la familia			

### 3.2.2. Variables secundarias

No presentaron variables interferentes en el estudio.

### 3.3. Procedimientos de la investigación

#### 3.3.1. Diseño de la investigación

**Tipo:** Fue básica, caracterizada por generar nuevas sapiencias referentes a los fenómenos físicos de acontecimientos observables, sin interesarse la aplicación inmediata en el contexto social a corto plazo (104). Bajo esta premisa se exploró los principales cuerpos teóricos de las variables investigativas (factores socioeconómicos-clínicos y depresión posparto), permitiendo de esta manera que la evaluación sea llevada de manera adecuada alineándose con el planteamiento de acciones correctivas frente a la problemática estatuida por el personal de salud del nosocomio objeto de estudio.

**Nivel:** Caracterizó el nivel descriptivo-correlacional, debido a que se describe el nivel y caracterización de las variables en su contexto natural, y luego se encauza a instituir la dirección y fuerza de las relaciones bivariados entre todos los pares posibles de categorías y se interpretan los resultados (105). Tomando en cuenta lo planteado, se evaluó el grado de reciprocidad entre los factores socioeconómicos-clínicos y depresión posparto.

**Población:** Esta se compone de un cúmulo de objetos, individuos de interés o eventos que comparten cualidades o características específicas (106). Sobre esta consideración, el foco de estudio en la presente investigación estuvo conformada por todas las puérperas atendidas en un periodo de 2 meses según datos obtenidos del área de puerperio del Hospital II-2 Santa Gema-Yurimaguas un aproximado de 348 puérperas atendidas.

Abordando los criterios de **inclusión** se tendrán en consideración los siguientes criterios:

- Puérperas que hayan recibido atención hospitalaria del parto en el nosocomio objeto de estudio.
- Puérperas que se encuentren en las primeras 4 semanas posteriores al parto.
- Puérperas que no presenten ninguna restricción para responder el cuestionario.
- Puérperas que otorgan su consentimiento informado.

Siguiendo los criterios de **exclusión** se tomarán en cuenta bajo los siguientes criterios:

- Puérperas que no pueda responder el cuestionario por alguna limitación física o mental.
- Puérperas o tutores que se nieguen a participar del estudio.

- Puérpera que se retira del estudio en algún momento del desarrollo del cuestionario o no completan el cuestionario.

**Muestra:** Configurada como un subgrupo de casos extraídos que comparten características semejantes, garantizando así que las estimaciones obtenidas sean representativas del conjunto poblacional (107).

La muestra estuvo constituida 201 puérperas, que se adecuaron con los criterios de inclusión y exclusión. La estimación de la medida muestral se realizó mediante la siguiente fórmula.

$$n = \frac{Z^2 \cdot \sigma^2 \cdot N}{(N-1) E^2 + Z^2 \sigma^2} = \frac{(1.96)^2 (0.5)^2 (348)}{(348-1)(0.05)^2 + (1.96)^2 (0.5)^2} = 183$$

Donde:

- n: tamaño de muestra
- Z: 1,96 para un nivel de confianza de 95 %
- $\sigma^2$ : 0.5 varianza poblacional desconocida
- N: 348 puérperas
- E: 5 %= 0.05 error máximo de estimación

Con intervalos de confianza al 95 %, se seleccionó un error del 5 %, dando como resultado un tamaño muestral de 183 puérperas, además, se amplió un 10 % al tamaño muestral por el no deseen llenar el cuestionario. Lo que nos dio una muestra final de 201 mujeres en puerperio.

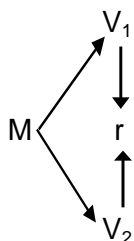
**Muestreo:** Se usó el mecanismo de selección probabilístico, cuya técnica se denominó aleatorio simple (108).

**Unidad de análisis:** Una puérpera del Hospital II-2 Santa Gema Yurimaguas.

**Diseño de investigación:** En virtud de las consideraciones y parámetros contemplados en el estudio, se deslindó en el diseño no experimental, cuantitativo, de corte transversal, descriptivo correlacional. El primero se caracteriza por la ausencia de manipulación de la variable explicativa, dado que este diseño utiliza únicamente la observación, y el elemento que define al corte transversal radica en la colecta de datos en un punto temporal concreto y delimitado (109). En función de lo señalado, el

investigador evaluó los factores socioeconómicos-clínicos y los síntomas depresivos indicativos de DPP tal y como se observa en la esfera local del distrito de Yurimaguas. Por su parte, los hechos objeto de estudio estuvieron circunscritos durante el periodo 2025.

A continuación, se presenta el siguiente esquema:



Donde:

M: Muestra conformada por puérperas.

V<sub>1</sub>: Factores socioeconómicos-clínicos.

V<sub>2</sub>: Depresión posparto.

r: Relación entre la variable “V<sub>1</sub>” y “V<sub>2</sub>”.

### 3.3.2. Actividades del objetivo específico 1: Prevalencia de depresión posparto

Entre las actividades y tareas se efectuó la revisión de la literatura e investigaciones en un afán para comprender el contexto de la depresión posparto. Asimismo, se utilizó como instrumento la Escala de Edimburgo a fin de recopilar información respecto a las dimensiones de estudio. La escala fue tomada de Cox et al. (94) en el año 1987; posteriormente en versión español por Vega Dienstmaier et al.(110) en el año 2002, en la que se encontró un puntaje de corte óptimo de 13,5; con este valor se obtuvo una sensibilidad de 84,21 % y una especificidad de 79,47 %; con ello la confiabilidad a través del coeficiente alfa de Cronbach con un resultado confiable de 0.7043. Por último, se coordinó con los responsables del área para el recojo de la información. Referente a la descripción de procedimientos, los instrumentos de recojo de datos constaron de 10 ítems, distribuidos en Anhedonia = 3 ítems, Ansiedad= 3 ítems y depresión= 4 ítems. Por consiguiente, dio lugar a la aplicación del instrumento de depresión posparto que estuvieron implicadas por indicadores con sus respectivos ítems. Finalmente, tras la obtención de las respuestas dadas por las puérperas, se codificaron los datos en una tabla bidimensional, que permitió su computación y análisis mediante el análisis univariado, haciendo uso del programa computacional Excel y Stata v15.

A las respuestas se les otorgó un puntaje de 0, 1, 2 y 3 de acuerdo con la letra marcada: a) = 0 puntos; b) = 1 punto; c) = 2 puntos; d) = 3 puntos. El puntaje total se calculó sumando los puntajes para cada uno de los 10 ítems. El resultado de este cuestionario se dividió en dos grupos, las puérperas que NO presentaron riesgo de depresión postparto (<13 puntos) y las SI puérperas que presentaron alto riesgo de depresión postparto (=>13 puntos). Seguidamente, se interpretaron los resultados del análisis de datos.

### **3.3.3. Actividades del objetivo específico 2: Caracterización de los factores socioeconómicos-clínicos**

Se elaboró un instrumento de recolección de datos el “cuestionario de factores socioeconómicos-clínicos” que constó de 28 ítems, distribuidas en sociales = 8 ítems, económicos = 3 ítems y clínicos = 17 ítems. La elaboración del presente instrumento se tomó como referencia los aportes de Genchi-Gallardo et al. (63) ; Martínez-López et al.(111); Leveau-Bartra et al. (7); Martínez(62); Contreras-Sánchez et al. (61). Posteriormente se aplicó el instrumento, que según la obtención de las respuestas dadas por las puérperas se codificaron los datos en una tabla simple, que mostró la frecuencia y porcentaje de los datos aplicando la prueba estadística descriptiva haciendo uso del programa computacional Excel y Stata v15. Seguidamente, se interpretaron los resultados del análisis de datos.

### **3.3.4. Actividades del objetivo específico 3: Factores sociales asociados a la depresión posparto**

Referente a la descripción de procedimientos, los instrumentos de recojo de datos fue el cuestionario que constó de 8 ítems. Luego fueron sometidos al proceso de validación de juicio de expertos, a fin de otorgar la credibilidad del instrumento. Por consiguiente, dio lugar a la aplicación del instrumento de *factores sociales* que estuvo implicada por indicadores con sus respectivos ítems. Finalmente, tras la obtención de las respuestas dadas por las puérperas se codificaron los datos en una tabla bidimensional, que permitió su computación y análisis mediante el análisis bivariado mediante la prueba estadística de Chi cuadrada, haciendo uso del programa computacional Excel y Stata v15. Seguidamente, se interpretaron los resultados del análisis de datos.

### **3.3.5. Actividades del objetivo específico 4: Factores económicos asociados a la depresión posparto**

Referente a la descripción de procedimientos, los instrumentos de recojo de datos fue tipo cuestionario que constó de 3 ítems. Luego fueron sometidos al proceso de validación de juicio de expertos, a fin de otorgar la credibilidad del instrumento. Por consiguiente, dio lugar a la aplicación del instrumento de *factores económicos* que

estuvo implicada por indicadores con sus respectivos ítems. Finalmente, tras la obtención de las respuestas dadas por las puérperas, se codificaron los datos en una tabla bidimensional, que permitió su computación y análisis mediante el análisis bivariado mediante la prueba estadística de Chi cuadrada, haciendo uso del programa computacional Excel y Stata v15. Seguidamente, se interpretaron los hallazgos del análisis de datos.

### **3.3.6. Actividades del objetivo específico 5: Factores clínicos asociados a la depresión posparto**

Referente a la descripción de procedimientos, los instrumentos de recojo de datos fue tipo cuestionario que contó de 17 ítems de los cuales 13 ítems correspondieron a Factores gineco-obstétricos y 4 ítems corresponden a Factores psicológicos. Luego fueron sometidos al proceso de validación de juicio de expertos, a fin de otorgar la credibilidad del instrumento. Por consiguiente, dio lugar a la aplicación del instrumento de *factores clínicos* que estuvo implicada por indicadores con sus respectivos ítems. Finalmente, tras la obtención de las respuestas dadas por las puérperas, se codificaron los datos en una tabla bidimensional, que permitió su computación y análisis mediante el análisis bivariado mediante la prueba estadística de Chi cuadrada, haciendo uso del programa computacional Excel y Stata v15. Seguidamente, se interpretaron los hallazgos del análisis de datos.

## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS Y DISCUSIÓN

#### 4.1. Resultado específico 1

**Tabla 2**

*Prevalencia de depresión posparto en puérperas*

	Frecuencia	Porcentaje
Puérperas con signos de depresión	81	40,3 %
Puérperas sin signos de depresión	120	59,7 %
Total	201	100,0 %

**Fuente:** Datos obtenidos de la aplicación del instrumento.

De acuerdo con la tabla 2, el 40,3 % de puérperas presentaron síntomas de depresión posparto en relación con el total de puérperas atendidas en el Hospital II-2 Santa Gema Yurimaguas durante los dos meses de realización del estudio.

#### 4.2. Resultado específico 2

**Tabla 3**

*Caracterización de los factores sociales*

		Frecuencia	Porcentaje
Edad de la madre	12 – 17	26	12,9 %
	18 – 34	130	64,7 %
	35 – 59	45	22,4 %
Estado civil	Soltera	48	23,9 %
	Casada	31	15,4 %
	Conviviente	122	60,7 %
Grado de estudios	Primaria	32	15,9 %
	Secundaria	107	53,2 %
	Superior	62	30,8 %
Embarazo planificado	No	103	51,2 %
	Si	98	48,8 %
Apoyo emocional de la pareja	No	33	16,4 %
	Si	168	83,6 %
Apoyo emocional familiar	No	28	13,9 %
	Si	173	86,1 %
Apoyo económico de la pareja	No	24	11,9 %
	Si	177	88,1 %
Consumo de sustancias nocivas	No	191	95,0 %
	Si	10	5,0 %
	Total	201	100,0 %

**Fuente:** Datos obtenidos de la aplicación del instrumento.

Describiendo las características sociales, tal como lo presenta la tabla 3, el 64,7 % de las puérperas tienen entre 18 a 34 años. Con referencia al estado civil, más de la mitad (60,7 %) son convivientes y han alcanzado el nivel secundario (53,2 %).

En términos de embarazo planificado, manifestaron no planificar su gestación (51,2 %), además recibieron apoyo emocional de la pareja el 83,6 % y apoyo emocional familiar

el 86,1 %. El 88,1 % señaló disponer apoyo económico de la pareja, además reportaron que no consumen sustancias nocivas (95,0 %).

**Tabla 4***Factores económicos de las puérperas*

		Frecuencia	Porcentaje
Ocupación	Estudiante	42	20,9 %
	Ama de casa	93	46,3 %
	Con empleo	40	19,9 %
	Trabajadora independiente	26	12,9 %
Zona de residencia	Urbano	130	64,7 %
	Rural	71	35,3 %
Ingreso mensual	Menor a S/1130	69	34,3 %
	S/1130 a S/5650	125	62,2 %
	Mayor a S/5650	7	3,5 %
	Total	201	100,0 %

**Fuente:** Datos obtenidos de la aplicación del instrumento.

Concerniente a las características económicas, se visualiza que el 46,3 % de las puérperas se desempeñan como ama de casa, mientras que, con relación a la zona de residencia, el 64,7 % habita en el área urbana. Con relación al ingreso mensual, el 62,2 % perciben entre S/ 1,130 y S/ 5,650 soles.

**Tabla 5***Factores clínicos de las puérperas*

Gineco-obstétrico		Frecuencia (n = 201)	Porcentaje
Número de embarazos	1	64	31,8 %
	2	71	35,3 %
	>=3	66	32,8 %
Número de partos	1	75	37,3 %
	2	73	36,3 %
	>=3	53	26,4 %
Hijos fallecidos	No	184	91,5 %
	Si	17	8,5 %
Antecedente de aborto	No	162	80,6 %
	Si	39	19,4 %
	Corto	39	19,4 %
Periodo intergenésico	Adecuado	59	29,4 %
	Largo	39	19,4 %
	N.A.	64	31,8 %
Gineco-obstétrico Controles prenatales	<6 controles	30	14,9 %
	>6 controles	171	85,1 %
Psicoprofilaxis	No	121	60,2 %
	Si	80	39,8 %
Complicación durante el embarazo	No	103	51,2 %
	Si	98	48,8 %
Tipo de parto	Cesárea	96	47,8 %
	Eutócico	105	52,2 %
Complicaciones durante el parto	No	124	61,7 %
	Si	77	38,3 %
Complicaciones del bebé	No	173	86,1 %
	Si	28	13,9 %
Malformación congénita	No	192	95,5 %
	Si	9	4,5 %
Dificultad en lactancia materna exclusiva	No	128	63,7 %

		Si	73	36,3 %
		No	193	96,0 %
	Antecedente psicológico personal	Si	8	4,0 %
		No	194	96,5 %
	Antecedente psicológico familiar	Si	7	3,5 %
		No	186	92,5 %
	Maltrato por parte de la pareja	Si	15	7,5 %
		No	185	92,0 %
	Maltrato familiar	Si	16	8,0 %

**Fuente:** Datos obtenidos de la aplicación del instrumento.

Evaluando las características clínicas, se clasificaron en dos factores, gineco obstétrico y psicológicos. Respecto al primer factor, el 35,3 % de las puérperas fueron secundigestas, y la mayoría primíparas (37,3 %), además el 91,5 % indicaron no haber tenido hijos fallecidos, ni antecedentes de aborto 80,6 %, añadiendo que el 29,4 % tuvo periodo intergenésico adecuado. El 85,1 % asistió a 6 o más controles prenatales, 60,2 % no recibió psicoprofilaxis y un poco más de la mitad 51,2 % no tuvo complicaciones durante el embarazo. El tipo de parto más común fue el eutócico 52,2 %. El 61,7 % reveló no haber presentado complicaciones durante el parto, ni complicaciones 86,1 %, ni malformación congénita 95,5 % con el recién nacido. Por último, el 63,7 % subrayó haber presentado dificultades en lactancia materna exclusiva. Con relación al segundo factor, el 96,0 % reveló no tener antecedentes psicológicos personales e indicaron no contar con antecedente psicológico familiar 96,5 %. Un grupo mayoritario 92,5 % reportó no haber recibido maltratado por su pareja ni tampoco por parte de sus familiares 92,0 %.

### 4.3. Resultado específico 3

**Tabla 6**

*Factores sociales asociados a la depresión posparto*

Factores sociales	Ítems	Depresión posparto		X <sup>2</sup> / p<0,05.
		Sin signo	Con signo	
Edad de la madre	12 – 17	19(9,45 %)	7(3,48 %)	X <sup>2</sup> =5.365 p= 0.068
	18 – 34	70(34,83 %)	60(20,85 %)	
	35 – 59	31(15,42 %)	14(6,97 %)	
Estado civil	Soltera	35(17,41 %)	13(6,47 %)	X <sup>2</sup> = 5.109 p= 0.078
	Casada	19(9,45 %)	12(5,97 %)	
	Conviviente	66(32,84 %)	56(27,86 %)	
Grado de estudios	Primaria	17(8,46 %)	15(7,46 %)	X <sup>2</sup> = 1.507 p= 0.471
	Secundaria	68(33,83 %)	39(19,40 %)	
	Superior	35(17,41 %)	27(13,43 %)	
Embarazo planificado	No	63(31,34 %)	40(19,90 %)	X <sup>2</sup> = 0.188 p= 0.665
	Si	57(28,36 %)	41(20,40 %)	
Apoyo emocional de la pareja	No	24(11,94 %)	9(4,48 %)	X <sup>2</sup> = 2.784 p= 0.095
	Si	96(47,76 %)	72(35,82 %)	
Apoyo emocional familiar	No	16(7,96 %)	12(5,97 %)	X <sup>2</sup> = 0.089 p= 0.766
	Si	104(51,74 %)	69(34,33 %)	
Apoyo económico de la pareja	No	18(8,96 %)	6(2,99 %)	X <sup>2</sup> = 2.651 p= 0.103
	Si	102(50,75 %)	75(37,31 %)	
Consumo de sustancias nocivas	No	115(57,21 %)	76(37,81 %)	X <sup>2</sup> = 0.412 p= 0.521
	Si	5(2,49 %)	5(2,49 %)	

Fuente: Matriz obtenida de la aplicación del instrumento.

Con relación al análisis de la tabla precedente, evaluada la asociación de los factores sociales a la depresión posparto, estadísticamente ninguna característica presentó asociación significativa ( $p > 0.05$ ).

#### 4.4. Resultado específico 4

**Tabla 7**

*Factores económicos asociados a la depresión posparto*

Factores económicos	Ítems	Depresión posparto		X <sup>2</sup> p<0,05
		Sin signo	Con signo	
Ocupación	Estudiante	29(14,43 %)	13(6,47 %)	X <sup>2</sup> = 3.788 p= 0.285
	Ama de casa	51(25,37 %)	42(20,90 %)	
	Con empleo	22(10,95 %)	18(3,98 %)	
	Trabajadora independiente	18(8,96 %)	8(3,98 %)	
Zona de residencia	Urbano	85(42,29 %)	45(22,39 %)	X <sup>2</sup> = 4.941 p= 0.026
	Rural	35(17,41 %)	36(17,91 %)	
Ingreso mensual	Menor a S/1130	41(20,40 %)	28(13,93 %)	X <sup>2</sup> = 0.026 p= 0.987
	S/1130 a S/5650	75(37,31 %)	50(2,88 %)	
	Mayor a S/5650	4(1,99 %)	3(1,49 %)	

*Fuente:* Matriz obtenida de la aplicación del instrumento.

Los resultados obtenidos en la tabla 7, estadísticamente la característica zona de residencia presentó asociatividad con la depresión posparto ( $p < 0.05$ ), a diferencia de las demás características que no presentaron asociatividad con la depresión posparto, dado que la probabilidad denotó valores superiores al 5 % ( $p > 0.05$ ).

#### 4.5. Resultado específico 5

**Tabla 8**

*Factores clínicos obstétricos asociados a la depresión posparto*

Factores clínicos obstétricos	Ítems	Depresión posparto		X <sup>2</sup> / p<0,05
		Sin signo	Con signo	
Número de embarazos	1	37(18,41 %)	27(13,43 %)	X <sup>2</sup> = 2.098 p= 0.350
	2	39(19,40 %)	32(15,92 %)	
	>=3	44(21,89 %)	22(10,95 %)	
Número de partos	1	41(20,40 %)	34(16,92 %)	X <sup>2</sup> = 1.685 p= 0.431
	2	44(21,8 %)	29(14,43 %)	
	>=3	35(17,41 %)	18(8,96 %)	
Hijos fallecidos	No	109(54,23 %)	75(37,31 %)	X <sup>2</sup> = 0.193 p= 0.660
	Si	11(5,47 %)	6(2,99 %)	
Antecedente de aborto	No	99(49,25 %)	63(31,34 %)	X <sup>2</sup> = 0.690 p= 0.406
	Si	21(10,45 %)	18(8,96 %)	
	Corto	20(9,95 %)	19(9,45 %)	
Periodo intergenésico	Adecuado	38(18,91 %)	21(10,45 %)	X <sup>2</sup> = 2.101 p= 0.552
	Largo	25(12,44 %)	14(6,96 %)	
	N.A.	37(18,41 %)	27(13,43 %)	
Controles prenatales	<6 controles	18(8,96 %)	12(5,97 %)	X <sup>2</sup> = 0.001 p= 0.971
	>6 controles	102(50,75 %)	69(34,33 %)	
Psicoprofilaxis	No	67(33,33 %)	54(26,87 %)	X <sup>2</sup> = 2.369 p= 0.124 X <sup>2</sup> = 0.184
	Si	53(26,37 %)	27(13,43 %)	
	No	60(29,85 %)	43(21,39 %)	

Complicación durante el embarazo	Si	60(29,85 %)	38(18,91 %)	p= 0.668
Tipo de parto	Cesárea	54(26,87 %)	42(20,90 %)	X <sup>2</sup> = 0.910
	Eutócico	66(32,84 %)	39(19,40 %)	p= 0.340
Complicaciones durante el parto	No	73(36,32 %)	51(25,37 %)	X <sup>2</sup> = 0.093
	Si	47(2,38 %)	30(14,93 %)	p= 0.761
Complicaciones del bebé	No	104(51,74 %)	69(34,33 %)	X <sup>2</sup> = 0.089
	Si	16(7,96 %)	12(5,97 %)	p= 0.766
Malformación congénita	No	115(57,21 %)	77(38,31 %)	X <sup>2</sup> = 0.067
	Si	5(2,49 %)	4(1,99 %)	p= 0.795
Dificultad en lactancia materna exclusiva	No	80(39,80 %)	48(23,88 %)	X <sup>2</sup> = 1.147
	Si	40(19,90 %)	33(16,42 %)	p= 0.284

**Fuente:** Matriz obtenida de la aplicación del instrumento.

Analizando la tabla presentada que evalúa la asociación de los factores clínicos obstétricos con la depresión posparto, se encontró que estadísticamente ninguna característica presentó asociación significativa ( $p > 0.05$ ).

**Tabla 9**

*Factores clínicos psicológicos asociados a la depresión posparto*

Factores clínicos psicológicos	Ítems	Depresión posparto		X <sup>2</sup> / p<0,05
		Sin signo	Con signo	
Antecedente psicológico personal	No	115(57,21 %)	78(38,81 %)	X <sup>2</sup> = 0.027
	Si	5(2,49 %)	3(1,49 %)	p= 0.869
Antecedente psicológico familiar	No	116(57,71 %)	78(38,81 %)	X <sup>2</sup> = 0.020
	Si	4(1,99 %)	3(1,49 %)	p= 0.888
Maltrato por parte de la pareja	No	111(55,22 %)	75(37,31 %)	X <sup>2</sup> = 0.001
	Si	9(4,48 %)	6(2,99 %)	p= 0.980
Maltrato familiar	No	109(54,23 %)	76(37,81 %)	X <sup>2</sup> = 0.592
	Si	11(5,47 %)	5(2,49%)	p= 0.442

**Fuente:** Matriz obtenida de la aplicación del instrumento.

Con relación al análisis de la tabla precedente, evaluada la asociación de los factores clínicos psicológicos a la depresión posparto, estadísticamente ninguna característica presentó asociación significativa, dado que el valor de "p" denotó valores superiores al 5 % ( $p > 0.05$ ).

#### 4.6. Discusión

Abordando los hallazgos del primer objetivo específico, reportaron una prevalencia de síntomas de depresión posparto del 40,3 %. Resultado similar mostró en el estudio de Guzmán (28) realizado en el Hospital Regional de Loreto, donde encontró que el 52,7 % de las púerperas padecía depresión posparto, mientras que el 47.3 % no presentaba tales síntomas. Al igual que la pesquisa de Lipa-Tudela (16) realizado en púerperas del altiplano peruano, el 53 % presentó con depresión y el 47 % sin depresión. La convergencia de altas tasas de depresión posparto en diversos escenarios peruanos

robustece la idea de que se trata de un problema de salud pública persistente, aunque la distribución en el hospital yurimagüino sugiere un escenario clínico más decisivo debido a la concentración de casos.

En contraste, un estudio realizado por Fernandes et al. (25) en una zona urbana de Brasil reveló que el 19,51 % de 123 puérperas atendidas en atención primaria presentaban probable depresión posparto. La discrepancia refleja la realidad del entorno hospitalario, donde las puérperas pueden enfrentar mayor estrés por factores obstétricos, clínicos y psicosociales, lo que podría explicar la mayor proporción de casos graves. En general, la comparación con ambos estudios refuerza la suposición de que el entorno hospitalario presenta un perfil de riesgo más pronunciado y subraya la necesidad de priorizar la detección y el tratamiento de la depresión posparto en la atención materna de la región. Además, se mostró discrepancia, con el estudio de Santiago-Sanabria et al. (11) reportaron una prevalencia general de depresión posparto del 14,9 % en la población mexicana con fluctuaciones conexas con factores clínicos como antecedentes psiquiátricos o dificultades económicas. También se situó el trabajo investigativo de Leveau-Bartra et al. (7) quienes reportaron una prevalencia de depresión posparto de 18,8 % en un hospital regional de Ica.

Con relación al segundo objetivo específico, en la identificación de factores sociales, el grupo etario predominante entre las puérperas fue de 18 a 34 años (64,7 %) armonizando con la pesquisa de Lipa-Tudela (16) quienes se concentraban entre las edades de 25 y 29 años; asimismo, mostró afinidad al estudio de Guzmán (28) donde reveló que el 79,7 % se situaban en la misma categoría, de manera análoga comparte con el estudio de Fernandes et al. (25) concentrando entre las edades de 18 y 26 (53,7 %). El estado civil conviviente fue el más frecuente (60,7 %), resultado análogo a la contribución científica de Lipa-Tudela (16) concentrando el 80 % en dicha característica, además Martínez et al. (23) subrayaron que la unión libre fue el estado civil más frecuente (47,6 %).

Con relación al grado de estudios, el 53,2 % de las puérperas culminaron estudios secundarios. Este hallazgo guarda reciprocidad con Guzmán (28) al revelar que el 44,1 % culminaron estudios secundarios, además comparte semejanza con la pesquisa de Lipa-Tudela (16) al revelar que predominaron los niveles secundario y superior no universitario. En cuanto al apoyo emocional de la pareja reportaron si haberlas recibido (83,6 %), al igual por parte de la familia (86,1 %), los mismos que mostraron similitud con el estudio de Lipa-Tudela (16) quienes describieron que gran mayoría de mujeres respaldaron el apoyo de sus parejas y de sus familiares. Por último, el 95,0 % de las

puérperas revelaron no consumir sustancias nocivas, escenario disímil en lo reportado por Lipa-Tudela (16) quienes evidenciaron que un grupo mayoritario consumen alcohol y tabaco.

En la identificación de factores económicos, el 46,3 % se dedican exclusivamente al hogar, resultado semejante se encontró en Santiago-Sanabria et al. (11) quienes enunciaron que el 80 % tenían como principal ocupación las labores domésticas, al igual que Lipa-Tudela (16) al señalar que las mujeres se dedican a realizar labores en la casa (83 %). Con relación a la zona de residencia, el 64,7 % habita en el área urbana, resultado homogéneo a lo reportado por Guzmán (28) resaltando que en su mayoría (44,1 %) provienen de zonas urbanas.

En el análisis de los factores clínicos, dentro de la subvariable gineco obstétrico, el 35,3 % tuvieron 2 partos, escenario diferente a lo encontrado en Lipa-Tudela (16) quienes en su estudio predominaron la primiparidad, al igual que la pesquisa de Martínez et al. (23) quienes reportaron un predominio de primigestas (59 %). La característica antecedente de aborto, el 80,6 % reportó no haberlo presentado, al igual que el estudio de Martínez et al. (23) donde el 91,8 % no presentó aborto en la población guaraní.

Dilucidando el tercer objetivo específico, a nivel inferencial se demostró estadísticamente que los factores sociales no se asocian significativamente con la depresión posparto ( $p > 0.05$ ). Este resultado, es análoga con el estudio de Lipa-Tudela (16) quien refirió que el nivel educativo, edad, ocupación y estado civil tampoco lograron diferenciarse a las mujeres con y sin depresión; asimismo guardó sincronía con la investigación de Fernandes et al. (25) al sintetizar que el gado de estudios no guardó relación con la depresión posparto ( $p > 0.05$ ). en la misma línea, Santiago-Sanabria et al. (11) el factor social, en particular la edad no presentó asociación significativa con la depresión posparto ( $p = 0.18$ ). Al igual que la pesquisa de Villanueva-Basilio (18) puntualizó que la característica edad ( $p = 0.951$ ), estado civil ( $p = 0.051$ ) y estado laboral ( $p = 0.438$ ) no alcanzaron la significancia estadística con la DPP.

No obstante, discrepan de la investigación de Leveau-Bartra et al. (7) quienes dilucidaron que las variables del factor sociodemográfico como la edad, el grado de estudios, el estado civil, malos vínculos con la pareja y la situación laboral son factores que se encuentran asociados estadísticamente al desarrollo de la DPP, cuyas probabilidades fueron estadísticamente significativas ( $p = 0,000$ ). También, difiere con el estudio de Payano et al. (27) quienes al entablar el vínculo entre las tipologías de apoyo: social emocional, instrumental, informativo y familiar alcanzaron la significancia estadística ( $p$  -valor 0,005), lo que revela que son estos factores los principales

predictores de la DPP en las puérperas e inhiben un cuidado adecuado de los neonatos. Asimismo, fue desemejante a lo reportado por Sun et al. (24) quienes encontraron coligados a la DPP los factores sociodemográficos, en particular la característica edad embarazo planificado y estado civil ( $p < 0,05$ ). Adicionalmente, Kapoor et al. (22) partiendo de los factores sociodemográficos, reportaron que la educación y la edad estaban coligadas con la DPP ( $p < 0,05$ ). Otro de los estudios que presentó disimilitud fue de Levy (26) quien instauró que, entre las subvariables de las características sociodemográficas, particularmente la edad (0.035) y el grado de instrucción (0.04), fueron estadísticamente significativas con la DPP. Al revelar la característica renta familiar mostró asociación significativa con la DPP ( $p = 0.0109$ ), según lo ejemplificado por Fernandes et al. (25).

Abordando los hallazgos del cuarto objetivo específico, a nivel inferencial se demostró estadísticamente que los factores económicos no se asocian significativamente con la depresión posparto ( $p > 0.05$ ), a excepción de la característica zona de residencia que si presentó asociación significativa ( $X^2 = 4.941$ ;  $p = 0.026$ ). Este resultado, es coincidente por Lipa-Tudela (16) quien refirió que el ingreso económico no se encuentra asociada significativamente con la DPP.

Sin embargo, difiere a los resultados de Santiago-Sanabria et al. (11) al revelarse que la característica dificultad económica medida con un intervalo de confianza del 95 %, fue significativa con la DPP ( $p < 0.01$ ), asimismo, contradijo al hallazgo de Leveau-Bartra et al. (7) al reportar que la característica de situación laboral se asocia significativamente con la DPP ( $p < 0.05$ ). También, discrepa a lo encontrado en Sun et al. (24) al revelarse que la ocupación de la pareja e ingreso mensual se encontraron vinculadas a la DPP ( $p < 0.05$ ).

Por último, el quinto resultado específico, a nivel inferencial se demostró estadísticamente que los factores clínicos no están coligadas a la depresión posparto ( $p > 0.05$ ). Comparte similitud con el estudio de Levy (26) quien denotó que las características obstétricas no presentaron significación estadística con la DPP ( $p > 0,05$ ). No obstante, diverge con el estudio de Martínez et al. (23) al evidenciar que el rasgo antecedente personal se constituye un factor predictivo de la DPP, por lo que se asoció significativamente ( $p < 0,01$ ).

También difirieron con los resultados de Kapoor et al. (22) quienes reportaron la existencia de significancia estadística de las características descritas con la DPP ( $p < 0.05$ ). Añadiendo el estudio de Sun et al. (24) donde indicaron que las características del factor obstétrico como trastornos congénitos, comorbilidades durante la gestación y

el tipo de alimentación se encontraron asociados estadísticamente significativos ( $p < 0,05$ ). Otro de los estudios que presentó diferencias es de Santiago-Sanabria et al. (11) donde revelaron que las subvariables complicaciones en el embarazo, problemas con la lactancia y recién nacidos que ingresaron a cuidados intensivos neonatales se encontraron asociadas estadísticamente significativas con la DPP con un IC del 95 %.

## CONCLUSIONES

1. El 40,3 % de puérperas del Hospital II-2 Santa Gema Yurimaguas presentó signos de depresión posparto.
2. Los factores socioeconómicos-clínicos en las puérperas del Hospital II-2 Santa Gema Yurimaguas evidencian que el 64,7 % se encuentra entre 18 y 34 años, el 60,7 % convive y el 53,2 % culminó la educación secundaria. El 51,2 % no planificó su embarazo; sin embargo, el 83,6 % recibe apoyo emocional de su pareja, el 86,1 % de su familia y el 88,1 % apoyo económico, mientras que el 95,0 % no consume sustancias nocivas. En el aspecto económico, el 43,3 % son amas de casa, el 64,7 % reside en zonas urbanas y el 62,2 % percibe ingresos entre S/ 1,130 y S/ 5,650. Clínicamente, el 35,3 % tuvo dos embarazos, el 37,3 % un parto, el 85,1 % más de seis controles prenatales y el 52,2 % presentó parto eutócico, predominando condiciones favorables maternas y neonatales.
3. Los factores sociales no estuvieron asociados significativamente con la depresión postparto ( $p > 0.05$ ).
4. La mayoría de las características de los factores económicos no estaban asociadas estadísticamente con la depresión postparto ( $p > 0.05$ ), a excepción de la característica zona de residencia ( $p = 0.026$ ).
5. Se concluye que ninguna de las características clínicas estuvo asociadas estadísticamente significativa ( $p > 0.05$ ).

## RECOMENDACIONES

1. Al director del hospital y al personal sanitario desarrollar programas psicoeducativos en el puerperio, primando evaluaciones periódicas que permitan a la detección temprana de síntomas depresivos y otorgar acompañamiento adecuado a las madres, además de espacios de consejería para facilitar la atención permanente de acuerdo con el nivel de afectación identificado y aseguren que las puérperas reciban el apoyo profesional adecuado en las primeras semanas después del parto.
2. Al hospital, sensibilizar al personal de salud tanto del área de gineco-obstetricia como de psicología para fortalecer los conocimientos y acciones de manera multidisciplinaria con trabajo en conjunto en el diagnóstico y seguimiento de puérperas con depresión postparto.
3. Al director del Hospital y al personal sanitario vigorizar los mecanismos de evaluación y seguimiento de los escenarios sociales de las puérperas, integrando instrumentos sistemáticos de registro durante el control prenatal y el puerperio, dicha medida permitirá disponer de información más precisa para la toma de decisiones.
4. Al hospital y red de salud, fortalecer el proceso de tamizaje de salud mental, que permitan identificar oportunamente a gestantes y puérperas que requieran seguimiento psicológico especializado y un abordaje integral de la depresión postparto; así mismo contribuir en la detección temprana de riesgos gineco obstétricos instaurados en gestantes a partir de los controles prenatales.
5. A los futuros investigadores, desarrollar estudios cualitativos sobre causalidad y factores relacionados a la depresión postparto, al mismo tiempo estudios con una muestra más grande o estudios longitudinales que permita determinar la depresión postparto en diferentes momentos del puerperio y asociarlos a diferentes factores.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Whitman A, De Lew N, Chappel A, Aysola V, Zuckerman R, Sommers BD. Addressing Social Determinants of Health: Examples of Successful Evidence-Based Strategies and Current Federal Efforts [Internet]. Washington, D.C.; 2022 abr [citado 22 de julio de 2025]. Disponible en: <https://aspe.hhs.gov/reports/sdoh-evidence-review>
2. Alves C, Soares L, Faria AL. Gravidez e depressão pós-parto (DPP): Uma revisão não sistemática sobre o estado da arte do conhecimento da DPP. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*. 19 de mayo de 2023;9(1). doi:10.31211/rpics.2023.9.1.293
3. Slomian J, Honvo G, Emonts P, Reginster JY, Bruyère O. Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. *Women's Health*. 29 de enero de 2019;15. doi:10.1177/1745506519844044
4. Minotta-Rivera AI, Santamaría-Relayza PD, Cardona-Maya WD. Revisión narrativa sobre la depresión posparto: un problema que cada día es más común. *Rev Chil Obstet Ginecol* [Internet]. 2024 [citado 19 de agosto de 2025];89(4):271-8. Disponible en: [www.rechog.com](http://www.rechog.com) doi:10.24875/RECHOG.23000122
5. Baser O, Isenman L, Baser E, Li W, Cigdem B. Neighborhood socioeconomic status and postpartum depression among commercial health insurance enrollees: a retrospective cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 8 de noviembre de 2024;24(1):732. doi:10.1186/s12884-024-06882-5
6. Organización Mundial de la Salud. Depresión [Internet]. 2023 [citado 22 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
7. Leveau-Bartra HR, Chávez-Navarro JR, Calle-Vilca LA, Guerrero-Ortiz HA, Mejia-Lengua CE, Luján-Divizzia BM, et al. Factores asociados a la depresión posparto en puérperas de un hospital peruano. *Clin Invest Ginecol Obstet*. octubre de 2024;51(4):100986. doi:10.1016/j.gine.2024.100986
8. Valdes V, Berens AE, Nelson CA. Socioeconomic and psychological correlates of postpartum depression at 6 months in Dhaka, Bangladesh. *International Journal of Psychology*. 16 de octubre de 2021;56(5):729-38. doi:10.1002/ijop.12735

9. Orri M, Besharati S, Ahun MN, Richter LM. Analysis of Maternal Postnatal Depression, Socioeconomic Factors, and Offspring Internalizing Symptoms in a Longitudinal Cohort in South Africa. *JAMA Netw Open*. 19 de agosto de 2021;4(8):e2121667. doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.21667
10. Cho H, Lee K, Choi E, Cho HN, Park B, Suh M, et al. Association between social support and postpartum depression. *Sci Rep*. 24 de febrero de 2022;12(1):3128. doi:10.1038/s41598-022-07248-7
11. Santiago-Sanabria L, Ibarra-Gussi PM, Rendón-Macías ME, Treviño-Villarreal P, Islas-Tezpa D, Porrás-Ibarra GD, et al. Depresión posparto: prevalencia y factores de riesgo asociados en una muestra de población mexicana. *Ginecol Obstet Mex*. 31 de marzo de 2023;91(4):227-40. doi:10.24245/gom.v91i4.8456
12. Rojas G, Guajardo V, Martínez P, Fritsch R. Depresión posparto: tamizaje, uso de servicios y barreras para su tratamiento en centros de atención primaria. *Rev Med Chil*. septiembre de 2018;146(9):1001-7. doi:10.4067/s0034-98872018000901001
13. Ramírez-Vélez R, Rincón-Pabón D. Depresión posparto en mujeres colombianas: análisis secundario de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud-2010. *Revista de Salud Pública*. 6 de septiembre de 2014;16(4):534-46. doi:10.15446/rsap.v16n4.40673
14. Djuna C. Todo lo que debes saber sobre la depresión posparto, según una especialista: en qué consiste y cómo debe tratarse. *El Comercio [Internet]*. 28 de mayo de 2023 [citado 22 de julio de 2025]; Disponible en: <https://goo.su/fDJUjK>
15. Herrera Dután EV, Carriel Álvarez MG, García Pacheco AV. Factores de riesgo relacionados con la depresión posparto. *Revista Vive*. 19 de octubre de 2022;5(15):679-87. doi:10.33996/revistavive.v5i15.179
16. Lipa-Tudela F. Abordaje de las características y la depresión posparto en puérperas del altiplano peruano. *Revista Acciones Médicas*. 29 de enero de 2024;3(1):35-44. doi:10.35622/j.ram.2024.01.003
17. Masías Salinas MA, Arias Gallegos WL. Prevalencia de la depresión post parto en Arequipa, Perú. *Revista Médica Herediana*. 4 de enero de 2019;29(4):226. doi:10.20453/rmh.v29i4.3447
18. Villanueva-Basilio A. Factores asociados a la depresión posparto en puérperas adultas atendidas por Teleconsulta en un instituto peruano, 2020. *Revista*

- Internacional de Salud Materno Fetal. 1 de julio de 2023;8(3):o38-44. doi:10.47784/rismf.2023.8.3.274
19. Gerencia Regional de Loreto. Análisis de Situación de Salud de la Región Loreto [Internet]. Loreto; 2022 [citado 22 de julio de 2025]. Disponible en: [https://www.geresaloreto.gob.pe/public/PDF/ASIS %202022 %20GERESA %20LORETO-GRSL\\_1704387701.pdf](https://www.geresaloreto.gob.pe/public/PDF/ASIS%202022%20GERESA%20LORETO-GRSL_1704387701.pdf)
  20. Valdivia Sanchez MJ. Factores asociados a la depresión post parto en puérperas atendidas en el Hospital Iquitos 2020 [Internet] [Tesis de pregrado]. [Iquitos]: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana; 2020 [citado 22 de julio de 2025]. Disponible en: <http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/handle/20.500.12737/6794>
  21. Presa-García ME, García-Luque A, Callol-Sánchez LL, Abril-García A, Muñoz-Lucas MA. Influencia de la anhedonia en la evolución clínica del trastorno depresivo. *Sanidad Militar*. 2023;79(2). doi:10.4321/s1887-85712023000200004
  22. Kapoor B, Malik N, Gupta G, Khan IA. A Cross-Sectional Study Exploring Postpartum Depression at a Tertiary Care Center in Eastern Uttar Pradesh, India. *Cureus*. 20 de abril de 2024;16(4). doi:10.7759/cureus.58653
  23. Martínez Locio LF, Villagra Godoy A, Peña Samaniego DP, Vázquez-Alcaraz JJ, Ruiz Díaz Starelli LM, Maggi IC. Caracterización de la depresión posparto en madres que acuden al consultorio ambulatorio en el Hospital de Clínicas, Paraguay 2023. *Anales de la Facultad de Ciencias Médicas (Asunción)*. 10 de diciembre de 2024;57(3):43-52. doi:10.18004/anales/2024.057.03.43
  24. Sun M, Cao F, Peng J, Tang J, He Y, Zeng Y, et al. Prevalence and Risk Factors of Postpartum Depression Among Women in Low-Income Developing Rural Areas: A Cross-Sectional Study in China. *Depress Anxiety*. enero de 2024;2024(1):1-12. doi:10.1155/2024/8841423
  25. Fernandes M, Matos A, Borges GB, Ventura CAA, Bernardinelli FCP, Martins T da S. Occurrence and factors associated with postpartum depression in the urban area of Brazil. *Enfermería Global*. 3 de enero de 2023;22(69):134-66. doi:10.6018/eglobal.525191
  26. Levy IC. Factores relacionados a depresión posparto en puérperas inmediatas del Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2022 [Internet] [Tesis pregrado]. [Ucayali]: Universidad Nacional de Ucayali; 2024 [citado 22 de julio de 2025]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.14621/7097>

27. Payano LD, Vizurraga DL. Depresión posparto y su relación con el apoyo social percibido en puérperas del Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, Pasco 2022 [Internet] [Tesis pregrado]. [Cerro de Pasco]: Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión; 2024 [citado 22 de julio de 2025]. Disponible en: <http://repositorio.undac.edu.pe/handle/undac/5066>
28. Guzmán NG. Asociación del control prenatal de calidad y la depresión post parto en puérperas atendidas en el Hospital Regional de Loreto, 2022 [Internet] [Tesis pregrado]. [Iquitos]: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana; 2023 [citado 22 de julio de 2025]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12737/9189>
29. Ruiz CC. Factores asociados a la percepción de calidad de parto en puérperas atendidas en el Hospital Iquitos César Garayar García, 2022 [Internet] [Tesis pregrado]. [Iquitos]: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana; 2023 [citado 22 de julio de 2025]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12737/9094>
30. Rong P, Kwan MP, Qin Y, Zheng Z. A review of research on low-carbon school trips and their implications for human-environment relationship. *J Transp Geogr.* febrero de 2022;99:103306. doi:10.1016/j.jtrangeo.2022.103306
31. Rajanna SH, Hanumanthaiah RH. Psychosocial Correlates of Dissociative Motor Disorder of Impairment or Loss of Speech. En: Gupta S, Venkatesan S, editores. *Handbook of Research on Psychosocial Perspectives of Human Communication* India: IGI Global Scientific Publishing. India: IGI Global Scientific Publishing; 2018. p. 27-38. doi:10.4018/978-1-5225-4955-0.ch003
32. Tarrillo O, Mejía J, Chilón WM, Cabrera OH. Factores socioeconómicos y académicos asociados al bajo rendimiento académico en estudiantes de educación superior. *Revista Científica Pakamuros.* 27 de diciembre de 2023;11(4):1-15. doi:10.37787/pakamuros-unj.unj02355
33. Nutakor JA, Zhou L, Larnyo E, Addai-Danso S, Tripura D. Socioeconomic Status and Quality of Life: An Assessment of the Mediating Effect of Social Capital. *Healthcare.* 3 de marzo de 2023;11(5):749. doi:10.3390/healthcare11050749
34. Monyai RB. Culturally Responsive Pedagogy in EFL Classrooms. En: Tran T, editor. *Addressing Issues of Learner Diversity in English Language Education.* India: IGI Global Scientific Publishing; 2024. p. 285-98. doi:10.4018/979-8-3693-2623-7.ch016

35. Gantu IA, Ccasani GG, Pérez AF. Características socioeconómicas y sociodemográficas de las familias de pacientes hospitalizados en el Instituto Nacional de Salud San Borja, 2018. *Horizonte Médico* (Lima). 30 de diciembre de 2021;21(4):e1518. doi:10.24265/horizmed.2021.v21n4.06
36. Duque-Maya JM, Lozada-Martínez ID, Hernández-Anaya ÓD, Llamas-Nieves AE, Cárdenas-Castañeda FA, Cortés-Buelvas JA, et al. Factores socioeconómicos, clínicos y quirúrgicos relacionados al manejo de trauma abdominal penetrante en un hospital de alto nivel de complejidad del caribe colombiano: experiencia de 3 años. *Revista Médica de Risaralda*. 21 de diciembre de 2022;28(2):17-36. doi:10.22517/25395203.24975
37. González RX. Factores socioeconómicos que influyen en el acceso a la educación superior en la zona rural del cantón Salitre (Guayas, Ecuador). *Revista InveCom* . 2024;4(2):1-14. doi:10.5281/zenodo.10637540
38. Organización Mundial de la Salud. Determinantes sociales de la salud [Internet]. 2024 [citado 22 de julio de 2025]. Disponible en: [https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1)
39. Agualongo DE, Garcés AC. El nivel socioeconómico como factor de influencia en temas de salud y educación. *Revista Vínculos*. 22 de mayo de 2020;5(2):19-27. doi:10.24133/vinculospe.v5i2.1639
40. Malpartida EB. Factores socioeconómicos y clínicos y su relación con el riesgo de desarrollo de diabetes Mellitus Tipo II en pacientes adultos del Centro de Salud Nuevo Paraíso Julio - Noviembre 2023, Ucayali – Perú [Internet] [Tesis de pregrado]. [Lima]: Universidad Nacional Federico Villareal; 2024 [citado 22 de julio de 2025]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.13084/8279>
41. Dahlgren G, Whitehead M. *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*. Stockholm: Institute for Futures Studies; 1991.
42. Caballero E, Moreno M, Sosa ME, Mitchell E, Vega M, Columbié LA. Los determinantes sociales de la salud y sus diferentes modelos explicativos. *Infodir, Información para directivos de la Salud* [Internet]. 2012 [citado 22 de julio de 2025];(15):1-10. Disponible en: <https://revinfodir.sld.cu/index.php/infodir/article/view/344>
43. Quimbayo LR, Cenit V, Jaimes ML. Condiciones de vida desde el enfoque de los determinantes sociales en salud en un grupo organizado de madres

- adolescentes. Revista CUIDARTE. 1 de diciembre de 2012;3(1). doi:10.15649/cuidarte.v3i1.26
44. Dirección de Epidemiología y Demografía. Observatorio Nacional de Equidad en Salud – ONES [Internet]. Colombia; 2022 [citado 22 de julio de 2025]. Disponible: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/documento-tecnico-ones.pdf>
  45. Velasco CA. El modelo de Lalonde como marco descriptivo dentro de las investigaciones sobre del grupo de investigación GastrohNup de la Universidad del Valle de Cali, Colombia. Revista GastrohNup [Internet]. 2016 [citado 22 de julio de 2025];17(3):204-7. Disponible en: <https://revistas.univalle.edu.co/index.php/gastrohNup/article/view/1353>
  46. Graus-Tejeda JM, Huerto-Aguilar JL, Macavilca-Cruz MA, Nájjar-Trujillo NE, Rodríguez-Hurtado D. Factores clínicos y epidemiológicos relacionados a mortalidad en pacientes con estatus epiléptico en un hospital de Lima: una serie comparativa de casos. Rev Neuropsiquiatr. 3 de enero de 2017;79(4):207-15. doi:10.20453/rnp.v79i4.2975
  47. Yabar VH. Factores epidemiológico-clínicos asociados a sintomatología post COVID-19 en pacientes adultos del Centro de Salud Condevilla, 2022 [Internet] [Tesis de pregrado]. [Lima]: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2022 [citado 22 de julio de 2025]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12866/11665>
  48. Wisdom Library. Wisdomlib - the greatest source of ancient and modern knowledge. [citado 22 de julio de 2025]. Significance of Clinical factors. Disponible en: <https://www.wisdomlib.org/concept/clinical-factors>
  49. Avilés N. Factores Socioeconómicos Y Su Impacto En El Desempeño Escolar Con Alumnos De 15 A 18 Años En La Unidad Educativa Salinas. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar. 19 de junio de 2023;7(3):3358-71. doi:10.37811/cl\_rcm.v7i3.6414
  50. Ochoa-Nogales B, Camarena-Gómez BO, Valenzuela-Quintanar AI, Silveira MI. Condiciones socioeconómicas y de salud de grupos de población infantil que residen en localidades rurales de Sonora, México. Estudios Sociales Revista de Alimentación Contemporánea y Desarrollo Regional. 16 de enero de 2018;28(51):1-30. doi:10.24836/es.v28i51.545

51. Sánchez-Urrea A, Izquierdo T. Factores socioeconómicos que influyen en la salud nutricional y actividad física de escolares (Influence of socioeconomic factors in the health state of primary education students). *Retos*. 1 de abril de 2021;40:95-108. doi:10.47197/retos.v1i40.81106
52. Alanazi AM, Alhudaithi MH, Asiri MHA, Alamri RS, Alqarni SAS, Alotaibi R ahmed, et al. Social and Economic Factors that Influence Health Outcomes in Family Medicine. *Journal of Advanced Zoology*. 29 de diciembre de 2023;44(5):1072-80. doi:10.53555/jaz.v44i5.3283
53. Barakat C, Konstantinidis T. A Review of the Relationship between Socioeconomic Status Change and Health. *Int J Environ Res Public Health*. 29 de junio de 2023;20(13):e6249. doi:10.3390/ijerph20136249
54. Pittman T. Duke Health. 2020 [citado 22 de julio de 2025]. Socioeconomic Factors Play Significant Role in Health Outcomes. Disponible en: <https://physicians.dukehealth.org/articles/socioeconomic-factors-play-significant-role-health-outcomes>
55. Braveman P, Gottlieb L. The Social Determinants of Health: It's Time to Consider the Causes of the Causes. *Public Health Reports®*. 1 de enero de 2014;129(1\_suppl2):19-31. doi:10.1177/00333549141291S206
56. Gornick ME. Measuring the effects of socioeconomic status on health care. En: Swift EK, editor. *Guidance for the National Healthcare Disparities Report* [Internet]. Washington: National Academies Press ; 2002 [citado 22 de julio de 2025]. p. 1-2. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK221050/>
57. McMaughan DJ, Olorunto O, Smith ML. Socioeconomic Status and Access to Healthcare: Interrelated Drivers for Healthy Aging. *Front Public Health*. 18 de junio de 2020;8. doi:10.3389/fpubh.2020.00231
58. Moscrop A, Ziebland S, Roberts N, Papanikitas A. A systematic review of reasons for and against asking patients about their socioeconomic contexts. *Int J Equity Health*. 23 de diciembre de 2019;18(1):112. doi:10.1186/s12939-019-1014-2
59. Grant T, Croce E, Matsui EC. Asthma and the social determinants of health. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*. enero de 2022;128(1):5-11. doi:10.1016/j.anai.2021.10.002

60. Centers for Disease Control and Prevention – CDC. Social Determinants of Health (SDOH) [Internet]. 2024 [citado 22 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/about/priorities/why-is-addressing-sdoh-important.html>
61. Contreras-Sánchez SE, Doubova S, Mejía-Chávez MI, Infante-Castañeda C, Pérez-Cuevas R. Factores asociados a la falta de control posnatal materno. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. Rev Med Inst Mex Seguro Soc* [Internet]. 2022 [citado 22 de julio de 2025];60(1):4-11. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10395885/>
62. Martínez Herreros C. Factores sociodemográficos, psicosociales, psicológicos y variables obstétricas en el embarazo: un estudio exploratorio [Internet] [Tesis doctoral]. [España]: Universidad Nacional de Educación a Distancia; 2023 [citado 22 de julio de 2025]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.14468/20890>
63. Genchi-Gallardo FJ, Paredes-Juárez S, Solano-González NL, Rios-Rivera CE, Paredes-Solís S, Andersson N. Prevalencia de depresión posparto y factores asociados en usuarias de un hospital público de Acapulco, Guerrero, México. *Ginecol Obstet Mex*. 2021;89(12):927-36. doi:10.24245/gom.v89i12.6947
64. Guzmán-Miranda O, Caballero-Rodríguez T. La definición de factores sociales en el marco de las investigaciones actuales. Santiago [Internet]. 2012 [citado 22 de julio de 2025];128(2):336-50. Disponible en: <https://santiago.uo.edu.cu/index.php/stgo/article/view/164>
65. Procel MA, Villacrés O. Análisis de los factores sociales que afectan la calidad de servicio del mercado San Alfonso, Riobamba periodo 2019. *Dominio de las Ciencias*. 2021;7(6):223-43. doi:10.23857/dc.v7i6.2327
66. Chavez W, Morante MA, Cueva E, Cruz O, Chavez O. Factores que influyen en el ingreso de las familias agricultoras en Amazonas, Perú. *Comunicación: Revista de Investigación en Comunicación y Desarrollo*. 31 de diciembre de 2022;13(4):291-300. doi:10.33595/2226-1478.13.4.773
67. Preciado-Ramírez JD, Guerrero-Freire EI, Santana-Torres AA, Salgado-Ortiz PJ. La economía de subsistencia en hogares pobres: El papel crucial de la canasta básica como estrategia de supervivencia. *Polo del Conocimiento*. 2023;8(4):1868-82. doi:10.23857/pc.v8i4
68. Coronel MJ, Saldarriaga DG, Córdova CJ, Nieves RD. Principales causas de riesgo obstétrico en el centro de salud “Roberto Astudillo” de la ciudad de Milagro

- enero-junio 2019. *Más Vita*. 26 de marzo de 2022;4(1):94-103. doi:10.47606/ACVEN/MV0089
69. Elsierver Connect. ELSEVIER. 2022 [citado 22 de julio de 2025]. Valoración inicial de la gestación. Concepto de alto riesgo en obstetricia. Disponible en: <https://www.elsevier.com/es-es/connect/valoracion-inicial-de-la-gestacion-concepto-de-alto-riesgo-en-obstetricia>
70. Núñez AC, Tobón S, Arias D, Serna JE, Rodríguez MA, Muñoz ÁA. Calidad de vida, salud y factores psicológicos en poblaciones no clínicas de dos municipios colombianos. *Hacia la Promoción de la Salud* [Internet]. 2010 [citado 22 de julio de 2025];15(2):125-42. Disponible en: <https://revistasoj.s.ucaldas.edu.co/index.php/hacialapromociondelasalud/article/view/1988>
71. De Souza M, Figueroa-Ángel MX. Factores psicológicos de los estudiantes universitarios y calidad de vida: Una revisión sistemática prepandemia. *Interdisciplinaria Revista de Psicología y Ciencias Afines*. 23 de diciembre de 2022;40(1):25-41. doi:10.16888/interd.2023.40.1.2
72. Abbott M, Binde P, Clark L, Hodgins D, Johnson M, Manitowabi D, et al. *Conceptual Framework of Harmful Gambling, Third Edition*. Guelph, Ontario, Canada; 2018 nov. doi:10.33684/CFHG3.en
73. Donev R, Alawam K. Alterations in Gene Expression in Depression. En: Donev R, editor. *Advances in Protein Chemistry and Structural Biology*. ELSEVIER; 2015. p. 97-124. doi:10.1016/bs.apcsb.2015.07.005
74. Marshall WJ, Davies T. Biochemical aspects of psychiatric disorders. En: Marshall WJ, Lapsley M, Day AP, Ayling RM, editores. *Clinical Biochemistry: Metabolic and Clinical Aspects*. Churchill Livingstone: ELSEVIER; 2014. p. 673-82. doi:10.1016/B978-0-7020-5140-1.00035-3
75. Ewais T. Mindfulness-based cognitive therapy and depression. En: Martin CR, Hunter LA, Patel VB, Preedy VR, Rajendram R, editores. *The Neuroscience of Depression*. Elsevier; 2021. p.413-21. doi:10.1016/B978-0-12-817933-8.00042-6
76. Sindi S, Toopchiani S, Barbera M, Håkansson K, Lehtisalo J, Rosenberg A, et al. Sex and gender differences in genetic and lifestyle risk and protective factors for dementia. En: Ferretti MT, Schumacher Dimech A, Santuccion Chadha A,

- editores. Sex and Gender Differences in Alzheimer's Disease. Elsevier; 2021. p. 269-308. doi:10.1016/B978-0-12-819344-0.00013-2
77. Shah P, Gupta GL. Convolvulus pluricaulis usage and depression. En: Martin CR, Hunter LA, Patel VB, Preedy VR, Rajendram R, editores. The Neuroscience of Depression. Elsevier; 2021. p.485-92. doi:10.1016/B978-0-12-817935-2.00001-5
78. Cui L, Li S, Wang S, Wu X, Liu Y, Yu W, et al. Major depressive disorder: hypothesis, mechanism, prevention and treatment. Signal Transduct Target Ther. 9 de febrero de 2024;9(1):30. doi:10.1038/s41392-024-01738-y
79. Otte C, Gold SM, Penninx BW, Pariante CM, Etkin A, Fava M, et al. Major depressive disorder. Nat Rev Dis Primers. 15 de septiembre de 2016;2(1):16065. doi:10.1038/nrdp.2016.65
80. Giannelli FR. Major depressive disorder. JAAPA. abril de 2020;33(4):19-20. doi:10.1097/01.JAA.0000657208.70820.ab
81. Acuña A, Ramírez E, Azofeifa MF. Depresión postparto. Revista Medica Sinergia. 1 de septiembre de 2021;6(9):e712. doi:10.31434/rms.v6i9.712
82. Álvarez-García P, García-Fernández R, Martín-Vázquez C, Calvo-Ayuso N, Quiroga-Sánchez E. Postpartum Depression in Fathers: A Systematic Review. J Clin Med. 16 de mayo de 2024;13(10):2949. doi:10.3390/jcm13102949
83. Ramos MA, Rivera LM. Asociación entre depresión postparto y apoyo de la pareja en un centro materno infantil de Lima. Anales de la Facultad de Medicina. 17 de marzo de 2022;83(1):19-24. doi:10.15381/anales.v83i1.20562
84. Atuhaire C, Rukundo GZ, Nambozi G, Ngonzi J, Atwine D, Cumber SN, et al. Prevalence of postpartum depression and associated factors among women in Mbarara and Rwampara districts of south-western Uganda. BMC Pregnancy Childbirth. 12 de julio de 2021;21(1):503. doi:10.1186/s12884-021-03967-3
85. Froeliger A, Deneux-Tharoux C, Loussert L, Bouchghoul H, Madar H, Sentilhes L. Prevalence and risk factors for postpartum depression 2 months after a vaginal delivery: a prospective multicenter study. Am J Obstet Gynecol. marzo de 2024;230(3):S1128-S1137.e6. doi:10.1016/j.ajog.2023.08.026
86. Víquez M, Valverde K. Detección temprana de la depresión posparto. Revista Ciencia y Salud Integrando Conocimientos. 21 de octubre de 2022;6(5):37-44. doi:10.34192/cienciaysalud.v6i5.474

87. Villegas N, Paniagua A, Vargas JA. Generalidades y diagnóstico de la depresión posparto. *Revista Medica Sinergia*. 18 de junio de 2019;4(7):e261. doi:10.31434/rms.v4i7.261
88. Escobar J, Pacora P, Custodio N, Villar W. Depresión posparto: ¿se encuentra asociada a la violencia basada en género? *Anales de la Facultad de Medicina* [Internet]. 2009 [citado 22 de julio de 2025];70(2):115-8. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v70n2/a06v70n2.pdf>
89. Zeballos EP, Arias WL, del Carpio ÁM, Rivera R, Luna M. Depresión postparto en mujeres víctimas de violencia doméstica en la ciudad de Arequipa, Perú. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología* [Internet]. 2020 [citado 22 de julio de 2025];46(1):e502. Disponible en: <https://revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/83>
90. Chancas LM, Acuña BJ, Muñoz RJ, Paucar MJ. Factores Asociados a la Depresión Post Parto en Tiempos de Covid – 19. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*. 22 de noviembre de 2023;7(5):7969-79. doi:10.37811/cl\_rcm.v7i5.8375
91. Szurek-Cabanas R, Navarro-Carrillo G, Martínez-Sánchez CA, Oyanedel JC, Villalobos D. Socioeconomic status and maternal postpartum depression: a PRISMA-compliant systematic review. *Current Psychology*. 7 de marzo de 2024;(43):27339-50. doi:10.1007/s12144-024-05774-3
92. Ministerio de Salud. Guía de práctica clínica para el tamizaje, diagnóstico y tratamiento de la depresión en personas mayores de 18 años desde el primer nivel de atención [Internet]. Lima; 2023 [citado 22 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/3882024-136-2023-minsa>
93. Ministerio de Salud. Directiva sanitaria para el cuidado integral de la salud mental de gestantes y madres de niñas y niños menores de 5 años [Internet]. Lima; 2024 [citado 22 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/5227902-120-2024-minsa>
94. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of Postnatal Depression. *British Journal of Psychiatry*. 2 de junio de 1987;150(6):782-6. doi:10.1192/bjp.150.6.782

95. Presa ME. La Anhedonia en la Depresión [Internet] [Tesis doctoral]. [España]: Universidad de Alcalá; 2021 [citado 22 de julio de 2025]. Disponible en: <https://ebuah.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/54181>
96. Cooper JA, Arulpragasam AR, Treadway MT. Anhedonia in depression: biological mechanisms and computational models. *Curr Opin Behav Sci.* agosto de 2018;22:128-35. doi:10.1016/j.cobeha.2018.01.024
97. Watson R, Harvey K, McCabe C, Reynolds S. Understanding anhedonia: a qualitative study exploring loss of interest and pleasure in adolescent depression. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 3 de abril de 2020;29(4):489-99. doi:10.1007/s00787-019-01364-y
98. Sierra JC, Ortega V, Zubeidat I. Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar E Subjetividade* [Internet]. 2003 [citado 22 de julio de 2025];3(1):10-59. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27130102>
99. Chand SP, Marwaha R. StatPearls Publishing. 2023 [citado 22 de julio de 2025]. Anxiety. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470361/>
100. Bogaert H. La depresión: etiología y tratamiento. *Cienc Soc.* 1 de junio de 2012;37(2):183-97. doi:10.22206/cys.2012.v37i2.pp183-197
101. Municipalidad Provincial de Alto Amazonas. Plan de Contingencia 2024-2026 [Internet]. 2024 [citado 22 de julio de 2025]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/6006729/5322868-resolucion-n-0177.pdf>
102. Congreso de la República del Perú. Ley de Demarcación y Organización Territorial de la provincia de Alto Amazonas en el departamento de Loreto [Internet]. Ley N° 29962 dic 2, 2014. Disponible en: <https://www.leyes.congreso.gob.pe/Documentos/Leyes/29962.pdf>
103. Gobierno del Perú. Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas [Internet]. 2024 [citado 22 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/hsgy/institucional>
104. Castro JJ, Gómez LK, Camargo E. La investigación aplicada y el desarrollo experimental en el fortalecimiento de las competencias de la sociedad del siglo XXI. *Tecnura.* 1 de enero de 2023;27(75):140-74. doi:10.14483/22487638.19171

105. Gray JR, Grove SK. Burns and Grove's The Practice of Nursing Research. 9a ed. Elsevier; 2021.
106. Sucasaire J. Orientaciones para la selección y el cálculo del tamaño de la muestra en investigación [Internet]. Lima: Sucasaire Pilco, Jorge; 2022 [citado 22 de julio de 2025]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12390/3096>
107. Gopal K, Kumar D. Veterinary Public Health & Epidemiology. Springer US; 2023.
108. Crano WD, Brewer MB, Lac A. Principles and methods of social research. 4a ed. New York: Routledge; 2023.
109. George C. Research Methodology and Scientific Writing. 2a ed. India: Springer US; 2021.
110. Vega J, Mazzotti G, Campos M. Validación de una versión en español de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo. Actas esp psiquiatr. 2002;106-11.
111. Martínez-López AM, Vargas Herrera JRV, Mini-Díaz EH. Asociación entre los factores sociodemográficos, obstétricos y patológicos con la muerte fetal tardía: estudio de casos y controles en un hospital de Perú. 2019 [citado 21 de agosto de 2025];322-6. Disponible en: <https://10.15381/anales.803.16855> doi:10.15381/anales.803.16855
112. George D, Mallery P. IBM SPSS Statistics 26 Step by Step. Routledge; 2020.
113. Martínez ÁA, Braña B, Martín C, Vázquez M, Rumbo JM, López J, Herrero L, Gómez J. Diseño y validación de un instrumento sobre calidad de la planificación anticipada de decisiones para profesionales. Gac Sanit. 3 de enero de 2022;36(5):401-8. doi:10.1016/j.gaceta.2021.11.006

## ANEXOS

## Anexo 1: Matriz de consistencia

Factores socioeconómicos-clínicos y depresión posparto en puérperas del Hospital II-2 Santa Gema Yurimaguas, Loreto 2025

Problemas	Objetivos	Hipótesis	Técnicas e instrumentos
<p><b>Problema general:</b></p> <p>¿Cuál es la relación entre los factores socioeconómicos-clínicos y la depresión posparto en puérperas del Hospital II-2 Santa Gema Yurimaguas, Loreto 2025?</p>	<p><b>Objetivo general:</b> Determinar la relación entre los factores socioeconómicos-clínicos y la depresión posparto en puérperas del Hospital II-2 Santa Gema Yurimaguas, Loreto 2025.</p> <p><b>Objetivos específicos</b> Determinar la prevalencia de depresión posparto en puérperas del Hospital II-2 Santa Gema Yurimaguas, Loreto 2025.</p> <p>Caracterizar los factores socioeconómicos-clínicos de las puérperas del Hospital II-2 Santa Gema Yurimaguas, Loreto 2025.</p> <p>Identificar los factores sociales relacionados a la depresión posparto en puérperas del Hospital II-2 Santa Gema Yurimaguas, Loreto 2025.</p> <p>Identificar los factores económicos relacionados a la depresión posparto en puérperas del Hospital II-2 Santa Gema Yurimaguas, Loreto 2025.</p> <p>Identificar los factores clínicos relacionados a la depresión posparto en puérperas del Hospital II-2 Santa Gema Yurimaguas, Loreto 2025.</p>	<p><b>HG:</b> Existe relación significativa entre los factores socioeconómicos-clínicos y la depresión posparto en puérperas del Hospital II-2 Santa Gema Yurimaguas, Loreto 2025.</p>	<p><b>Tipo:</b> Básica</p> <p><b>Diseño:</b> No experimental, cuantitativo, de corte transversal, descriptivo correlacional.</p> <p><b>Población:</b> Conformada por 348 puérperas atendidas en el nosocomio de estudio.</p> <p><b>Muestra:</b> Conformada por 201 puérperas.</p> <p><b>Técnica:</b> Encuesta</p> <p><b>Instrumento:</b> Cuestionario</p>



				Maltrato de la familia		
<b>Depresión postparto</b>	Estado de trastorno depresivo mayor que surge a posteriori del parto de una mujer y se caracteriza por sentimientos intensos de apatía y culpabilidad (82,83).	Evalúa tres aspectos dimensionales: anhedonia, ansiedad y depresión, serán aplicados mediante el cuestionario, estandarizados en escala ordinal, el resultado se dividirá en dos grupos: las puérperas que NO presentan riesgo de depresión postparto (<13 puntos) y las puérperas que SI presentan alto riesgo de depresión postparto (=>13 puntos).	Anhedonia	Reír Disfrutar Idea suicida	1, 2, 10	Nominal
			Ansiedad	Culpa Ansiedad Miedo Desesperanza	3, 4, 5, 6	
			Depresión	Infelicidad Tristeza Llanto	7, 8, 9	

### Anexo 3: Instrumentos de investigación

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**  
**Cuestionario de factores socioeconómicos-clínicos**

**Instructivo:**

Señora reciba el saludo del grupo de investigación, a continuación, se presenta las preguntas del trabajo de investigación de título “Factores socioeconómicos-clínicos y depresión posparto en puérperas del Hospital II-2 Santa Gema Yurimaguas, Loreto 2025”, en la cual usted solo responderá con una sola alternativa al encuestador, le agradezco su participación, muchas gracias.

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Factores sociales**

1. Edad:

12 – 17 ( )

18 – 34 ( )

35– 59 ( )

2. Estado civil

Soltera ( )

Casada ( )

Conviviente ( )

Divorciada ( )

Viuda ( )

Separada ( )

3. Grado de estudios

Analfabeta ( )

Primaria ( )

Secundaria ( )

Superior ( )

4. ¿Su embarazo fue planificado?

Si ( )

No ( )

5. ¿Recibe apoyo emocional por parte de su pareja?

Si ( )

No ( )

6. ¿Recibe apoyo emocional por parte de sus familiares?

Si ( )

No ( )

7. ¿Recibe apoyo económico por parte de su pareja?

Si ( )

No ( )

8. ¿Consume sustancias nocivas? Ejemplo: tabaco, alcohol, etc.

Si ( )

No ( )

**Factores económicos:**

9. ¿Cuál es su ocupación?

Estudiante ( ) Ama de casa ( ) Con empleo( ) Trabajadora Independiente ( )

10. ¿Su zona de residencia es?

Urbana ( ) Rural ( )

11. ¿Cuánto aproximadamente es el ingreso mensual es su hogar?

Menor a S/1130 ( ) S/1130 a S/5650 ( ) Mayor a S/5650 ( )

**Factores clínicos:****Factores gineco obstétricos:**

12. ¿Cuántos embarazos tuvo hasta ahora?

1 ( ) 2 ( )  $\geq 3$  ( )

13. ¿Cuántos partos tuvo hasta ahora?

1 ( ) 2 ( )  $\geq 3$  ( )

14. ¿Ha tenido algún hijo fallecido?

Si ( ) No ( )

15. ¿Ha tenido algún aborto (espontaneo o inducido)? ¿Cuántos?

Si ( ) No ( )

16. ¿Después de cuánto tiempo se embarazó nuevamente?

< 1 año y medio (18 meses) ( ) 18 meses - 59 meses y 29 días ( )  
5 años (60 meses) ( ) No aplica( )

17. ¿A cuántos controles prenatales acudió durante su gestación?

<6 controles( ) >6 controles( )

18. ¿Recibió sesiones de psicoprofilaxis durante tu embarazo?

Si ( ) No ( )

19. ¿Presentó alguna enfermedad o complicación durante el embarazo? Ejemplo: Diabetes mellitus, hipertensión arterial, anemia, preeclampsia, infección tracto urinario, etc.

Si ( ) No ( )

20. ¿Qué tipo de parto tuvo?

Cesárea ( )

Eutócico(Vaginal) ( )

21. ¿Presentó alguna complicación durante el parto?

Si ( )

No ( )

22. ¿Su bebé ha presentado alguna enfermedad o complicación durante el parto que haya requerido ser hospitalizado?

Si ( )

No ( )

23. ¿Su bebé nació con alguna malformación congénita? Ejemplo: Cardiopatías, malformaciones renales, Síndrome de Down, etc.

Si ( )

No ( )

24. ¿Tuvo dificultad para brindar lactancia materna exclusiva a su bebé?

Si ( )

No ( )

**Factores psicológicos:**

25. ¿Ha sido diagnosticada de alguna enfermedad mental antes del embarazo?

Si ( )

No ( )

26. ¿Tiene antecedentes familiares de depresión u otros problemas de salud mental?

Si ( )

No ( )

27. ¿Ha recibido maltrato por su pareja?

Si ( )

No ( )

28. ¿Ha recibido maltrato por su familia?

Si ( )

No ( )

*Nota.* La elaboración del presente instrumento se tomó como referencia los aportes de Genchi-Gallardo et al. (63); Martínez-López et al.(120); Leveau-Bartra et al. (7); Martínez (62); Contreras-Sánchez et al. (61).

<b>1. He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas.</b>	a) Tanto como siempre
	b) No tanto ahora
	c) Mucho menos ahora
	d) No nada
<b>2. He disfrutado mirar hacia adelante.</b>	a) Tanto como siempre
	b) Menos que antes
	c) Mucho menos que antes
	d) Casi nada
<b>3. Cuando las cosas han salido mal me he culpado a mí misma innecesariamente.</b>	a) No, nunca
	b) No con mucha frecuencia
	c) Sí, a veces
	d) Sí, la mayor parte del tiempo
<b>4. He estado nerviosa e inquieta, sin tener motivo.</b>	a) No, nunca
	b) Casi nunca
	c) Sí, a veces
	d) Sí, con mucha frecuencia
<b>5. He sentido miedo o he estado asustadiza, sin tener motivo.</b>	a) No, nunca
	b) No, no mucho
	c) Sí, a veces
	d) Sí bastante
<b>6. Las cosas me han estado abrumando.</b>	a) No, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre
	b) No, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien
	c) Sí, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre
	d) Si la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto
<b>7. Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir.</b>	a) No, nunca
	b) No con mucha frecuencia
	c) Sí, a veces
	d) Sí, la mayor parte del tiempo
<b>8. . Me he sentido triste o desgraciada.</b>	a) No, nunca
	b) No con mucha frecuencia
	c) Sí, bastante a menudo
	d) Sí, la mayor parte del tiempo
<b>9. Me he sentido tan desdichada que he estado llorando.</b>	a) No, nunca
	b) Sólo ocasionalmente
	c) Sí, bastante a menudo
	d) Sí, la mayor parte del tiempo
<b>10. Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño.</b>	a) No, nunca
	b) Casi nunca
	c) A veces
	d) Sí, bastante a menudo
<p>A las respuestas se les otorga un puntaje de 0, 1, 2 y 3 de acuerdo con la letra marcada:  a)= 0 puntos;    b) = 1 punto;    c) = 2 puntos;    d) = 3 puntos  El puntaje total se calcula sumando los puntajes para cada uno de los 10 ítems.</p>	

## Anexo 4: Consentimiento informado

Factores socioeconómicos-clínicos y depresión posparto en puérperas del Hospital II-2 Santa Gema Yurimaguas, Loreto 2025

### Consentimiento informado

Usted ha sido invitado a participar en una investigación sobre la depresión posparto y los factores que están relacionados en el ámbito socioeconómico y clínico. Esta investigación es realizada por el Bachiller en obstetricia David Leonidas Torres Alberca.

**Objetivo:** El propósito de esta investigación es determinar la relación entre los factores socioeconómicos-clínicos y la depresión posparto en puérperas del Hospital II-2 Santa Gema Yurimaguas. Usted fue seleccionado para participar en esta investigación ser una paciente puérpera que dio parto en el Hospital II-2 Santa Gema Yurimaguas.

Se espera que en este estudio participen aproximadamente 180 personas como voluntarias. Si acepta participar en esta investigación, se le solicita responder las preguntas de los dos cuestionarios que se les presentará posteriormente. El participar en este estudio le tomará aproximadamente 10 minutos.

**Riesgos:** Algunas preguntas pueden causar molestias para ser respondidas.

**Beneficios:** Los resultados de este estudio podrán contribuir a la investigación, para que en base a los resultados que se obtengan, se pueda actuar de manera correcta para la mejora de la educación sobre este tema en nuestro país.

**Confidencialidad:** Los datos obtenidos serán anónimos y si los resultados son publicados, no se mostrará ninguna información que permita identificar a los participantes. Solamente David Leonidas Torres Alberca tendrán acceso a los datos crudos o que puedan identificar directa o indirectamente a un participante, incluyendo esta hoja de consentimiento. Estos datos serán almacenados en una base de datos por un periodo de tiempo una vez concluya este estudio.

**Incentivos:** No habrá incentivos monetarios en la participación de esta investigación.

**Derechos:** Si ha leído este documento y ha decidido participar, por favor entienda que su participación es completamente voluntaria y que usted tiene derecho a abstenerse de participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin ninguna penalidad. También tiene derecho a no contestar alguna pregunta en particular.

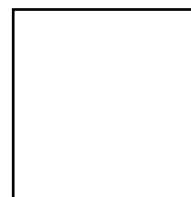
Si tiene alguna pregunta o desea más información sobre esta investigación, por favor comuníquese con el autor al número 969858692.

Su firma en este documento significa que ha decidido participar después de haber leído y discutido la información presentada en esta hoja de consentimiento.

Nombre del participante:

Firma

Fecha



He discutido el contenido de esta hoja de consentimiento con el arriba firmante. Le he explicado los riesgos y beneficios del estudio.

Nombre del investigador

Firma:

Fecha

## **Anexo 5: Asentimiento informado**

Factores socioeconómicos-clínicos y depresión posparto en puérperas del Hospital II-2 Santa Gema Yurimaguas, Loreto 2025

Mi nombre es David Leonidas Torres Alberca bachiller de obstetricia de la Universidad Nacional de San Martín.

Soy responsable de la investigación “Factores socioeconómicos-clínicos y depresión posparto en puérperas del Hospital II-2 Santa Gema Yurimaguas, Loreto 2025” y quiero invitarte a participar en él.

Esta investigación tiene como **objetivo principal:** Determinar la relación entre los factores socioeconómicos-clínicos y la depresión posparto en puérperas del Hospital II-2 Santa Gema Yurimaguas, Loreto 2025.

**Riesgos:** Los resultados de este estudio podrán contribuir a la investigación, para que en base a los resultados que se obtengan, se pueda actuar de manera correcta para la mejora de la educación sobre este tema en nuestro país.

**Beneficios:** Los resultados de este estudio podrán contribuir a la investigación, para que en base a los resultados que se obtengan, se pueda actuar de manera correcta para la mejora de la educación sobre este tema en nuestro país.

**Confidencialidad** Los datos obtenidos serán anónimos y si los resultados son publicados, no se mostrará ninguna información que permita identificar a los participantes. Solamente David Leonidas Torres Alberca tendrán acceso a los datos crudos o que puedan identificar directa o indirectamente a un participante, incluyendo esta hoja de consentimiento. Estos datos serán almacenados en una base de datos por un periodo de tiempo una vez concluya este estudio.

**Incentivos:** No habrá incentivos monetarios en la participación de esta investigación.

### **Derechos:**

Si ha leído este documento y ha decidido participar, por favor entienda que su participación es completamente voluntaria y que usted tiene derecho a abstenerse de participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin ninguna penalidad. También tiene derecho a no contestar alguna pregunta en particular.

Tu participación es libre y voluntaria. Si tu papá, mamá o apoderado te autorizó a participar, pero tú no lo deseas hacer, puedes decirnos con toda confianza. O si decides participar y en el transcurso de la investigación ya no deseas continuar, también puedes comunicárnoslo.

Si tiene alguna pregunta o desea más información sobre esta investigación, por favor comuníquese con el autor al número 969858692.

He leído lo anterior, o me lo han leído, y he entendido toda la información.

Cuando no entendí algo, pude preguntar, y me han contestado a todas mis preguntas.

Yo,

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, con DNI/CE/pasaporte N° \_\_\_\_\_, Padre/Madre o Tutor autorizo  
que \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_ años de edad,  
participe en esta investigación.

Declaramos haber sido informados claramente sobre la investigación y su objetivo, la  
voluntariedad de la participación de nuestra menor hija (o apoderada) y su derecho a  
retirarse del estudio en cualquier momento.

También hemos recibido información acerca del investigador responsable y la persona  
a la que puedo recurrir ante alguna consulta.

Autorizamos que la participación de nuestra menor hija en este Cuestionario.

\_\_\_\_\_  
DNI:



Fecha: ...de..... del 2025

## Anexo 6: Prueba de confiabilidad

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,811	10

### Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Ítem 1	12,4000	30,971	,327	,812
Ítem 2	12,2000	30,600	,370	,807
Ítem 3	12,2000	30,886	,342	,810
Ítem 4	12,3333	29,524	,426	,802
Ítem 5	12,2667	27,638	,670	,773
Ítem 6	12,3333	29,667	,412	,803
Ítem 7	12,6667	28,381	,568	,785
Ítem 8	12,4000	32,114	,343	,808
Ítem 9	12,5333	27,552	,761	,766
Ítem 10	13,4667	26,695	,710	,767

El valor obtenido del Alfa de Cronbach fue de 0.811, lo que indica una fiabilidad aceptable del instrumento, ya que supera el valor mínimo recomendado de 0.70 para estudios de ciencias sociales y de la salud (112).

Adicionalmente, se mostró que los Item-rest correlation (coeficientes de correlación) de cada pregunta o elemento son adecuados. Conforme a lo indicado por Martínez et al. (113), se estipula que los valores del índice de homogeneidad corregido para cada elemento deben tener al menos un valor superior de 0.30.

## Anexo 7: Validación del instrumento

### INFORME DE OPINIÓN SOBRE INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

#### I. DATOS GENERALES

Apellidos y nombres del experto: *Letty Rengifo Del Aguila*  
 Institución donde labora : *Hospital II-C Santa Germa - Yoninayguas*  
 Especialidad : *Mg. Gerencia de los Servicios de Salud*  
 Instrumento de evaluación : Cuestionario: Factores socioeconómicos-clínicos  
 Autor (s) del instrumento (s): Bach. David Leonidas Torres Alberca

#### II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

MUY DEFICIENTE (1) DEFICIENTE (2) ACEPTABLE (3) BUENA (4) EXCELENTE (5)

CRITERIOS	INDICADORES	1	2	3	4	5
CLARIDAD	Los ítems están redactados con lenguaje apropiado y libre de ambigüedades acorde con los sujetos muestrales.					X
OBJETIVIDAD	Las instrucciones y los ítems del instrumento permiten recoger la información objetiva sobre la variable, en todas sus dimensiones en indicadores conceptuales y operacionales.					X
ACTUALIDAD	El instrumento demuestra vigencia acorde con el conocimiento científico, tecnológico, innovación y legal inherente a la variable: Factores socioeconómicos-clínicos.				X	
ORGANIZACIÓN	Los ítems del instrumento reflejan organicidad lógica entre la definición operacional y conceptual respecto a la variable, de manera que permiten hacer inferencias en función a las hipótesis, problema y objetivos de la investigación.					X
SUFICIENCIA	Los ítems del instrumento son suficientes en cantidad y calidad acorde con la variable, dimensiones e indicadores.					X
INTENCIONALIDAD	Los ítems del instrumento son coherentes con el tipo de investigación y responden a los objetivos, hipótesis y variable de estudio: Factores socioeconómicos-clínicos.					X
CONSISTENCIA	La información que se recoja a través de los ítems del instrumento, permitirá analizar, describir y explicar la realidad, motivo de la investigación.					X
COHERENCIA	Los ítems del instrumento expresan relación con los indicadores de cada dimensión de la variable: Factores socioeconómicos-clínicos.					X
METODOLOGÍA	La relación entre la técnica y el instrumento propuestos responden al propósito de la investigación, desarrollo tecnológico e innovación.				X	
PERTINENCIA	La redacción de los ítems concuerda con la escala valorativa del instrumento.				X	
<b>PUNTAJE TOTAL</b>						

(Nota: Tener en cuenta que el instrumento es válido cuando se tiene un puntaje mínimo de 41 "Excelente"; sin embargo, un puntaje menor al anterior se considera al instrumento no válido ni aplicable)

#### III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD

.....

#### IV. PROMEDIO DE VALORACIÓN:

47

Tarapoto, 02 de Octubre ..... de 2023

  
 \*\*\*\*\*  
 LETTY RENGIFO DEL AGUILA  
 OBSTETRA  
 COP: 16763

## INFORME DE OPINIÓN SOBRE INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

### I. DATOS GENERALES

Apellidos y nombres del experto: *Obsta. Mg. Pedro Vargas Rodríguez*  
 Institución donde labora : *UNSM*  
 Especialidad :  
 Instrumento de evaluación : *Cuestionario: Factores socioeconómicos-clínicos*  
 Autor (s) del instrumento (s): *Br. David Leonidas Torres Alberca*

### II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

MUY DEFICIENTE (1) DEFICIENTE (2) ACEPTABLE (3) BUENA (4) EXCELENTE (5)

CRITERIOS	INDICADORES	1	2	3	4	5
CLARIDAD	Los ítems están redactados con lenguaje apropiado y libre de ambigüedades acorde con los sujetos muestrales.				✓	
OBJETIVIDAD	Las instrucciones y los ítems del instrumento permiten recoger la información objetiva sobre la variable, en todas sus dimensiones en indicadores conceptuales y operacionales.				✓	
ACTUALIDAD	El instrumento demuestra vigencia acorde con el conocimiento científico, tecnológico, innovación y legal inherente a la variable: Factores socioeconómicos-clínicos.					✓
ORGANIZACIÓN	Los ítems del instrumento reflejan organicidad lógica entre la definición operacional y conceptual respecto a la variable, de manera que permiten hacer inferencias en función a las hipótesis, problema y objetivos de la investigación.					✓
SUFICIENCIA	Los ítems del instrumento son suficientes en cantidad y calidad acorde con la variable, dimensiones e indicadores.					✓
INTENCIONALIDAD	Los ítems del instrumento son coherentes con el tipo de investigación y responden a los objetivos, hipótesis y variable de estudio: Factores socioeconómicos-clínicos.				✓	
CONSISTENCIA	La información que se recoja a través de los ítems del instrumento, permitirá analizar, describir y explicar la realidad, motivo de la investigación.					✓
COHERENCIA	Los ítems del instrumento expresan relación con los indicadores de cada dimensión de la variable: Factores socioeconómicos-clínicos.				✓	
METODOLOGÍA	La relación entre la técnica y el instrumento propuestos responden al propósito de la investigación, desarrollo tecnológico e innovación.				✓	
PERTINENCIA	La redacción de los ítems concuerda con la escala valorativa del instrumento.					✓
<b>PUNTAJE TOTAL</b>					45	

(Nota: Tener en cuenta que el instrumento es válido cuando se tiene un puntaje mínimo de 41 "Excelente"; sin embargo, un puntaje menor al anterior se considera al instrumento no válido ni aplicable)

### III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD

..... *Instrumento Aplicable* .....

### IV. PROMEDIO DE VALORACIÓN:

45

Tarapoto, *12* de *Noviembre* de 2023

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN

*Pedro Vargas Rodríguez*  
OBSTETRA MAGISTER  
COP. 6182

Sello personal y firma

## INFORME DE OPINIÓN SOBRE INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

### I. DATOS GENERALES

Apellidos y nombres del experto: Dr. Keller Sánchez Dávila  
 Institución donde labora : UNSM - FMH  
 Especialidad : Docente Investigador  
 Instrumento de evaluación : Cuestionario: Factores socioeconómicos-clínicos  
 Autor (s) del instrumento (s): Br. David Leonidas Torres Alberca

### II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

MUY DEFICIENTE (1) DEFICIENTE (2) ACEPTABLE (3) BUENA (4) EXCELENTE (5)

CRITERIOS	INDICADORES	1	2	3	4	5
CLARIDAD	Los ítems están redactados con lenguaje apropiado y libre de ambigüedades acorde con los sujetos muestrales.					✓
OBJETIVIDAD	Las instrucciones y los ítems del instrumento permiten recoger la información objetiva sobre la variable, en todas sus dimensiones en indicadores conceptuales y operacionales.					✓
ACTUALIDAD	El instrumento demuestra vigencia acorde con el conocimiento científico, tecnológico, innovación y legal inherente a la variable: Factores socioeconómicos-clínicos.					✓
ORGANIZACIÓN	Los ítems del instrumento reflejan organicidad lógica entre la definición operacional y conceptual respecto a la variable, de manera que permiten hacer inferencias en función a las hipótesis, problema y objetivos de la investigación.					✓
SUFICIENCIA	Los ítems del instrumento son suficientes en cantidad y calidad acorde con la variable, dimensiones e indicadores.					✓
INTENCIONALIDAD	Los ítems del instrumento son coherentes con el tipo de investigación y responden a los objetivos, hipótesis y variable de estudio: Factores socioeconómicos-clínicos.					✓
CONSISTENCIA	La información que se recoja a través de los ítems del instrumento, permitirá analizar, describir y explicar la realidad, motivo de la investigación.					✓
COHERENCIA	Los ítems del instrumento expresan relación con los indicadores de cada dimensión de la variable: Factores socioeconómicos-clínicos.					✓
METODOLOGÍA	La relación entre la técnica y el instrumento propuestos responden al propósito de la investigación, desarrollo tecnológico e innovación.					✓
PERTINENCIA	La redacción de los ítems concuerda con la escala valorativa del instrumento.					✓
<b>PUNTAJE TOTAL</b>						44

(Nota: Tener en cuenta que el instrumento es válido cuando se tiene un puntaje mínimo de 41 "Excelente"; sin embargo, un puntaje menor al anterior se considera al instrumento no válido ni aplicable)

### III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD

..... Instrumento válido ..... Aplicable

### IV. PROMEDIO DE VALORACIÓN:

44

Tarapoto, 12 de NOVIEMBRE de 2023

.....  
Dr. Keller Sánchez Dávila  
 Director de la Unidad de Investigación  
 Facultad De Medicina Humana

Sello personal y firma

## Anexo 8: Constancia de ejecución

**CARGO**

"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA PERUANA"

Yurimaguas 09 de Octubre del 2025

SOLICITO: Permiso para ingresar al Hospital Santa Gema-Yurimaguas para recolectar datos para un proyecto de tesis titulado "Factores socioeconómicos-clínicos y de puerperas del Hospital II-2 Santa Gema Yurimaguas, Loreto 2025"

Señor: M.C. ANDRES ADOLFO ALVAREZ ANTONIO

DIRECTOR EJECUTIVO DEL HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS



Yo, DAVID LEONIDAS TORRES ALBERCA, identificado con el DNI N° 71472693, domiciliado en el Jr. San Martín 1633 Provincia de Rioja, región San Martín, ante usted con el debido respeto me presento y expongo:

Que, siendo Bachiller de Obstetricia en la Universidad Nacional de San Martín, y habiendo sido aprobado el proyecto de tesis por resolución de la Facultad de Ciencias de la salud de la Universidad Nacional de San Martín, solicito permiso para la ejecución del mismo en el Hospital II-2 Santa Gema-Yurimaguas.

Para ello Adjunto:

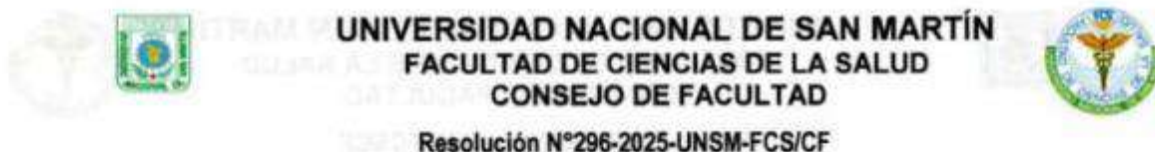
1. Proyecto de Tesis en físico.
2. Resolución N°296-2025-UNSM-CS/CF
3. Pago por derecho de Tramite documentario
4. Pago por derecho de pago para realizar proyectos de investigación
5. Pago por derecho de revisión de proyecto de investigación

Por lo expuesto, ruego a usted acceder a la solicitud por ser de justicia.

David Leonidas Torres Alberca

DNI: 71472693

## Anexo 9: Resolución de aprobación de proyecto



### UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD CONSEJO DE FACULTAD

Resolución N°296-2025-UNSM-FCS/CF

Tarapoto, 23 de setiembre de 2025

Visto el expediente N° 155-2025-UNSM/FCS, que contiene la Carta N° 176-2025-UNSM-FCS/UDI, presentado por la Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud **Obsta. Dra. Orfelina Valera Vega**, referente a aprobación de Proyecto de Tesis presentado por el Bachiller en Obstetricia **DAVID LEONIDAS TORRES ALBERCA**.

#### CONSIDERANDO:

Que, la Facultad goza de autonomía de gobierno, académica, normativa, administrativa y económica para el desarrollo de sus actividades.

Que, el artículo 1°, ítem B, inciso 4 de la Resolución de Consejo Universitario N° 004-2022-UNSM/CU-R/NLU, de fecha 01-02-2022 resuelve: Aprobar la Elección del Decano de la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de San Martín – Tarapoto periodo 2022-2026, siendo elegido como Decano la **Obsta. Dra. Evangelina Ampuero Fernández**, por el período de cuatro (04) años computados a partir del 01-03-2022 hasta el 28-02-2026.

Que, el artículo 1°, ítem e) de la Resolución de Consejo Universitario N° 303-2024-UNSM/CU-R, de fecha 16.02.2024 resuelve: Ratificar la Resolución N° 015-2024-UNSM/CEU de fecha 14 de febrero del 2024, que proclamó ganadores del Proceso Electoral a las listas y a sus candidatos con vigencia a partir del 01 de marzo del 2024 al 28 de febrero del 2026.

Que, es función del Consejo de Facultad velar por el buen funcionamiento académico y administrativo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Que, el Artículo 85° del Estatuto de la UNSM, establece que: "Los docentes, estudiantes de pre y pos grado, graduados y administrativos de la UNSM realizan actividades de investigadora en sus diferentes líneas, las mismas que se desarrolla libremente en las diferentes áreas de la ciencia y tecnología. Así como también, propician grupos de investigación dentro de la institución y en redes de investigación nacional o internacional...".

Que, el Artículo 92° del Reglamento General de Ciencia y Tecnología e Innovación (RG – CTI) de la UNSM, establece que: El jurado evaluador de trabajos de investigación conducentes a grados y títulos juega un importante rol para garantizar la calidad del proceso de investigación ligado con la formación de competencias en la UNSM ... "Los integrantes del Jurado tienen como atribuciones generales, revisar el cumplimiento de los criterios establecidos por el presente reglamento en los trabajos de investigación y tesis; observar y sugerir cambios, así como brindar opiniones relevantes para mejorar la calidad de la investigación" ...

Que, con Resolución N°177-2025-UNSM-FCS/CF de fecha 02-06-2025, se resuelve: **Artículo 2°.-** Designar como Jurado Evaluador para revisión y aprobación del Proyecto de Tesis titulado: **Factores socioeconómicos clínicos y depresión posparto en púerperas del Hospital II-2 Santa Gema Yurimaguas, Loreto 2025**, presentado por el Bachiller en Obstetricia **DAVID LEONIDAS TORRES ALBERCA**, asesorado por el docente **Obsta. Dr. José Manuel Delgado Bardales**; el mismo que queda constituido hasta la revisión y sustentación del Informe Final, según el siguiente detalle:

<b>Obsta. Dra. Gabriela del Pilar Palomino Alvarado</b>	: <b>Presidente</b>
<b>Obsta. Mg. Ana Maribel Becerril Iberico</b>	: <b>Secretaría</b>
<b>Lic. Psic. Mtra. Luz María Acevedo Lemus</b>	: <b>Vocal</b>

Que, con Carta N° 076-2025-UNSM-FCS/JURADO recepcionado con fecha 25-08-2025, la Presidente de Jurado Evaluador **Obsta. Dra. Gabriela del Pilar Palomino Alvarado** informa a la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud que ha verificado la pertinencia del Proyecto de Tesis intitulado: **Factores socioeconómicos-clínicos y depresión posparto en púerperas del Hospital II-2 Santa Gema Yurimaguas, Loreto 2025**, cuya autoría pertenece al Bachiller en Obstetricia **DAVID LEONIDAS TORRES ALBERCA**, para optar el Título profesional de Obstetra; bajo la asesoría del **Obsta. Dr. José Manuel Delgado Bardales**, por lo que recomienda continuar con el proceso de aprobación del Proyecto de Tesis mediante emisión de resolución.

# David Leonidas Torres Alberca

## Factores socioeconómicos-clínicos y depresión posparto en puérperas del Hospital II-2 Santa Gema Yurimaguas, Loreto 2...

 INFORME TESIS

---

### Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid:::3117:584497830

Fecha de entrega

29 abr 2026, 8:34 GMT-5

Fecha de descarga

29 abr 2026, 8:41 GMT-5

Nombre del archivo

Informe Final de Tesis (21).docx

Tamaño del archivo

1.4 MB

78 páginas

20.180 palabras

115.351 caracteres




## 14% Similitud general

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

### Filtrado desde el informe

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

### Fuentes principales

- 11%  Fuentes de Internet
- 3%  Publicaciones
- 10%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

### Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

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

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