



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



PREVALENCIA Y MANIFESTACIONES DE LA DEPRESIÓN PERINATAL EN MUJERES ALTOANDINAS HRMNB PUNO 2025

TESIS

PRESENTADA POR:

MILAGROS LALESKA ZELIO CAHUAPAZA

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

MÉDICO - CIRUJANO

PUNO – PERÚ

2026



MILAGROS LALESKA ZELIO CAHUAPAZA

PREVALENCIA Y MANIFESTACIONES DE LA DEPRESION PERINATAL EN MUJERES ALTOANDINAS HRMNB 2025

 Universidad Nacional del Altiplano

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid::8254578023178

103 páginas

Fecha de entrega

13 abr 2026, 11:18 a.m. GMT-5

20.070 palabras

Fecha de descarga

13 abr 2026, 11:24 a.m. GMT-5

114.760 caracteres

Nombre del archivo

PREVALENCIA Y MANIFESTACIONES DE LA DEPRESION PERINATAL EN MUJERES ALTOANDINAS H....docx

Tamaño del archivo

2.9 MB





10% 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)

Exclusiones

- N.º de coincidencias excluidas

Fuentes principales

- 9% Fuentes de Internet
- 4% Publicaciones
- 8% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitan 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.



Dr. Dante R. Aguilar Portugal
Médico Pediatra R.N.E. 51154
Asesor Salud



Dr. Dante E. Hancó Morúa
DIRECTOR
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN
ENH - UNA





UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

PREVALENCIA Y MANIFESTACIONES DE LA DEPRESIÓN PERINATAL EN
MUJERES ALTOANDINAS HRMNB PUNO 2025

TESIS PRESENTADA POR:
MILAGROS LALESKA ZELIO CAHUAPA
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
MÉDICO - CIRUJANO



APROBADA POR EL JURADO REVISOR CONFORMADO POR:

PRESIDENTE:


.....
Dr. VIDAL AVELINO QUISPE ZAPANA

PRIMER MIEMBRO:


.....
M.C. ENRIQUE ALFREDO CARPIO CARPIO

SEGUNDO MIEMBRO:


.....
M.C. CARLOS ANGEL LOAYZA COILA

ASESOR DE TESIS:


.....
Mgtr. TANIA ROXANA AGUILAR PORTUGAL

ÁREA: Ginecología

TEMA: Depresión Perinatal

FECHA DE SUSTENTACION: 10 de abril de 2026



DEDICATORIA

A mi madre Jesus Cahuapaza Morales, por creer en mi incluso cuando yo dudaba, quien me guio en este largo camino y en la vida en general y ahora me cuida desde el cielo, aunque no estés físicamente para ver este logro, sé que tu luz iluminó cada paso que di desde que te fuiste, gracias por ser mi guía eterna, este título es tan tuyo como mío.

Dedico este trabajo a mi padre Juvenal Zelio Ponce por su sacrificio apoyo y aliento en todo momento, por ser mi ejemplo de perseverancia, gracias por el sacrificio y amor el cual me permitió llegar hasta aquí.

A David Loayza Paucar y Jackeline Zelio Cahuapaza, por haber sido mi apoyo más sólido, gracias por estar siempre, por no soltarme, por darme la mano y su amor incondicional los cuales me ayudaron a crecer como persona y profesional, gracias por enseñarme con el ejemplo que los sueños se alcanzan con trabajo y corazón, sin su presencia constante este camino habría sido imposible de recorrer, gracias por dedicar su vida a construir la mía

A mis hermanos Yasminy, Yessica, Bibyan, Jhon, Jeraldine y Albert, gracias por las palabras de aliento, por las risas que me ayudaron a despejar la mente y por estar siempre presentes, recordándome que, sin importar lo lejos que llegue, siempre tendré un hogar al cual volver, su apoyo fue el motor que me impulsó a no rendirme.

A Jorge, por ser mi refugio, mi paz y mi luz, gracias por sostener mi mano en los momentos de calma y crisis, gracias por tu paciencia infinita y por celebrar cada pequeño logro como si fuera propio.

A Abby, Donna e Igris, mis fieles compañeras de cuatro patas que con sus colas inquietas y su presencia silenciosa hicieron que el camino fuera mucho más alegre.

A todos ellos les estaré eternamente agradecida.

Milagros Laleska Zelio Cahuapaza



AGRADECIMIENTOS

Deseo expresar mi más profundo agradecimiento a todas las personas que me brindaron su apoyo durante la elaboración de esta tesis y en cada paso del proceso que la precedió.

En primer lugar, A la Universidad Nacional del Altiplano, a mi querida Facultad de Medicina Humana y a los docentes que forman parte de ella.

Agradecer a mi Asesora de Tesis Dra. Tania Roxana Aguilar Portugal, por su orientación, paciencia y apoyo incondicional a lo largo de todo el proceso de investigación, sus valiosas sugerencias y comentarios han sido fundamentales para lograr los objetivos propuestos. A a mis jurados de tesis Dr. Vidal Avelino Quispe Zapana, Enrique Alfredo Carpio Carpio y Carlos Angel Loayza Coila.

A mis amigos Manuel, Maily y Nady por la constancia, persistencia, amistad y apoyo en el logro de este objetivo.

Milagros Laleska Zelio Cahuapaza



ÍNDICE GENERAL

	Pág.
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTOS	
ÍNDICE GENERAL	
ÍNDICE DE TABLAS	
ÍNDICE DE FIGURAS	
ÍNDICE DE ANEXOS	
ACRÓNIMOS	
RESUMEN	14
ABSTRACT.....	15
CAPÍTULO I	
INTRODUCCIÓN	
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	16
1.2 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.....	18
1.3 OBJETIVOS.....	20
1.3.1 Objetivo general	20
1.3.2 Objetivos específicos	21
CAPÍTULO II	
REVISIÓN DE LITERATURA	
2.1 ANTECEDENTES	22
2.1.1 Antecedentes internacionales	22
2.1.2 Antecedentes nacionales	34
2.1.3 Antecedentes locales	44
2.2 REFERENCIAS TEORICAS	46



2.2.1	La depresión y etnicidad/cultura (Antropología Médica)	46
2.2.2	El rol de los determinantes sociales de la salud (Salud Pública)	47
2.2.3	Factores de riesgo específicos documentados en Puno (Estudios Locales)	47
2.3	MARCO CONCEPTUAL	48

CAPÍTULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1	METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN.....	55
3.1.1	Diseño	55
3.1.1.1	Ubicación geográfica	55
3.1.1.2	Población:.....	55
3.1.1.3	Muestra.....	55
3.1.1.4	Criterios de inclusión y exclusión.....	56
3.1.1.5	Método	57
3.1.1.6	Consideraciones éticas	59
3.1.1.7	Operacionalización de variables:	60

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSION

4.1	RESULTADOS.....	62
4.2	DISCUSIÓN	73
V.	CONCLUSIONES.....	80
VI.	RECOMENDACIONES.....	82
VII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	84
ANEXOS.....		89



ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1 Factores de Riesgo Críticos para la Depresión Perinatal en el Contexto Altoandino.....	50
Tabla 2 Clasificación de las Manifestaciones Clínicas de la Depresión Perinatal por Ejes Sintomáticos.....	54
Tabla 3 Cuadro de operacionalización de variables.....	60
Tabla 4 Prevalencia de la Depresión Perinatal en mujeres altoandinas HRMNB Puno 2025.....	62
Tabla 5 Características epidemiológicas: edad en la Depresión Perinatal en mujeres altoandinas HRMNB Puno 2025.	63
Tabla 6 Características epidemiológicas: nivel de instrucción y ocupación en la Depresión Perinatal en mujeres altoandinas HRMNB Puno 2025.	63
Tabla 7 Características epidemiológicas: estado civil y procedencia en la Depresión Perinatal en mujeres altoandinas HRMNB Puno 2025.....	64
Tabla 8 Manifestaciones clínicas: anhedonia y estado de ánimo en la Depresión Perinatal en mujeres altoandinas HRMNB Puno 2025.....	64
Tabla 9 Manifestaciones clínicas: trastorno del sueño y fatiga en la depresión perinatal en mujeres altoandinas HRMNB Puno 2025.....	65
Tabla 10 Manifestaciones clínicas: apetito y sentimiento de culpa en la Depresión Perinatal en mujeres altoandinas HRMNB Puno 2025.....	66
Tabla 11 Manifestaciones clínicas: concentración y psicomotricidad en la Depresión Perinatal en mujeres altoandinas HRMNB Puno 2025.....	67
Tabla 12 Manifestaciones clínicas: ideación suicida en la Depresión Perinatal en mujeres altoandinas HRMNB Puno 2025.....	67



Tabla 13	Manifestaciones clínicas y grupo etario en la Depresión Perinatal en mujeres altoandinas HRMNB Puno 2025.	68
Tabla 14	Manifestaciones clínicas y ocupación en la Depresión Perinatal en mujeres altoandinas HRMNB Puno 2025.	68
Tabla 15	Manifestaciones clínicas y nivel de Instrucción en la Depresión Perinatal en mujeres altoandinas HRMNB Puno 2025.....	69
Tabla 16	Manifestaciones clínicas y estado civil en la Depresión Perinatal en mujeres altoandinas HRMNB Puno 2025.	70
Tabla 17	Manifestaciones clínicas y procedencia en la Depresión Perinatal en mujeres altoandinas HRMNB Puno 2025.	70



ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1 Niveles de Depresión Perinatal en mujeres altoandinas HRMNB Puno 2025	71
Figura 2 Respuesta ante el nivel de deterioro en la Depresión Perinatal en mujeres altoandinas HRMNB Puno 2025	72
Figura 3 Interferencia de actividades en la Depresión Perinatal en mujeres altoandinas HRMNB Puno 2025	73



ÍNDICE DE ANEXOS

	Pág.
Anexo 1. Ubicación geográfica.....	89
Anexo 2. Acta de aprobación	90
Anexo 3. Permisos de ejecución	91
Anexo 4. Validación de instrumento.....	92
Anexo 5. Consentimiento informado	98
Anexo 6. Instrumento.....	99
Anexo 7. Análisis de normalidad	101
Anexo 8. Declaración jurada de autenticidad de tesis.....	102
Anexo 9. Autorización para el depósito de tesis en el Repositorio Institucional....	103



ACRÓNIMOS

HRMNB:	Hospital Regional Manuel Núñez Butron
DPP:	Depresión perinatal
DPP:	Depresión postparto
VdP:	Violencia de pareja
PHQ-9:	Patient Health Questionnaire
Hi:	Hipótesis alterna
H°:	Hipótesis nula
OMS:	Organización mundial de la salud
ANM:	Academia Nacional de Medicina.
APA:	American Psychological Association (Asociación Americana de Psicología).
CIE-10:	Clasificación Internacional de Enfermedades, 10. ^a revisión.
DIRESA:	Dirección Regional de Salud.
DSM-5:	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5. ^a edición.
EPDS:	Edinburgh Postnatal Depression Scale (Escala de Depresión Posparto de Edimburgo).
MINSA:	Ministerio de Salud del Perú.
OPS:	Organización Panamericana de la Salud.
p-value:	Valor de significancia estadística.
SNC:	Sistema Nervioso Central.
UNAP:	Universidad Nacional del Altiplano Puno.
BM:	Blues Materno



RESUMEN

Objetivo: Estimar la prevalencia y caracterizar las manifestaciones clínicas de la depresión perinatal en mujeres altoandinas atendidas en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón (HRMNB) de Puno durante el año 2025. **Metodología:** Estudio de enfoque cuantitativo, nivel descriptivo y corte transversal. La muestra consistió en 164 mujeres en etapa perinatal (gestantes y puérperas). Se utilizó como instrumento el Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9) para la detección de síntomas depresivos y una ficha de recolección de datos para las variables sociodemográficas. El análisis se realizó mediante estadística descriptiva y el test de normalidad de Kolmogorov-Smirnov. **Resultados:** Se halló una prevalencia de depresión perinatal del 52.4%. El perfil epidemiológico dominante corresponde a mujeres de 23.5 a 26.8 años (17.7%), de procedencia rural (71.3%), estado civil soltera (54.3%) y con instrucción superior incompleta (47%). En cuanto a las manifestaciones clínicas, predominaron los trastornos del sueño (86.6%) y alteraciones del apetito (84.8%), con una incidencia del 100% de fatiga en adolescentes. La ideación suicida se presentó en el 21.3% de la muestra total, siendo significativamente mayor en mujeres sin ocupación (13.7%) frente a las que poseen ocupación (2.2%). **Conclusiones:** La depresión perinatal en Puno es un fenómeno de alta prevalencia que supera los estándares nacionales. La ocupación actúa como un factor protector crítico contra la ideación suicida, mientras que la procedencia rural y la interrupción de estudios superiores incrementan la vulnerabilidad emocional. Los síntomas somáticos son universales en la altura, pero la gravedad psíquica se concentra en los grupos con menor soporte social.

Palabras clave: Clínica de la depresión en gestantes, Depresión perinatal, Mujeres altoandinas, Prevalencia.



ABSTRACT

Objective: To determine the prevalence and characterize the clinical manifestations of perinatal depression in Andean women treated at the Manuel Núñez Butrón Regional Hospital (HRMNB) in Puno during 2025. **Methodology:** A quantitative, descriptive, cross-sectional study was conducted. The sample consisted of 164 women in the perinatal period (pregnant and postpartum). The Patient Health Questionnaire (PHQ-9) was used to detect depressive symptoms, and a data collection form was used to gather sociodemographic variables. Analysis was performed using descriptive statistics and the Kolmogorov-Smirnov normality test. **Results:** A prevalence of perinatal depression of 52.4% was found. The dominant epidemiological profile corresponded to women aged 23.5 to 26.8 years (17.7%), from rural areas (71.3%), single (54.3%), and with incomplete higher education (47%). Regarding clinical manifestations, sleep disorders (86.6%) and appetite disturbances (84.8%) predominated, with 100% of adolescents experiencing fatigue. Suicidal ideation was present in 21.3% of the total sample, being significantly higher in unemployed women (13.7%) compared to employed women (2.2%). **Conclusions:** Perinatal depression in Puno is a highly prevalent phenomenon that exceeds national standards. Employment acts as a critical protective factor against suicidal ideation, while rural origin and interruption of higher education increase emotional vulnerability. Somatic symptoms are universal at high altitude, but the severity of psychological distress is concentrated in groups with less social support.

Keywords: Clinical presentation of depression in pregnant women, Perinatal depression, High andean women, Prevalence.



CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La depresión perinatal es un problema de salud global significativo que implica síntomas que pueden afectar tanto a la madre como al desarrollo del infante que van desde pérdida de interés en actividades que antes disfrutaba hasta pensamientos de autolesión y suicidio incluyendo cambio en el apetito, sueño, fatiga extrema y sentimientos de culpa o inutilidad, lo que otorga al cuadro el valor social que justifica su realización (1).

En América Latina, la prevalencia es alarmante, con tasas que oscilan entre el 15% y el 30%, reflejando la necesidad de atención en salud mental en esta región, en Perú estudios recientes indican que la incidencia de la depresión perinatal puede alcanzar hasta el 20%, lo que resalta la urgencia de abordar este problema de salud pública, a pesar de estas cifras, la depresión perinatal se define como un episodio depresivo no psicótico que puede ocurrir durante el embarazo y hasta un año después del parto afectando tanto a la madre como al niño (2).

Este trastorno tiene consecuencias perjudiciales, incluyendo complicaciones en el embarazo, partos asistidos y efectos negativos en el desarrollo infantil, como menores puntajes en la escala APGAR y un mayor riesgo de problemas de salud, a nivel global, la incidencia de la depresión perinatal se estima en aproximadamente 26.3%, aunque esta cifra puede variar según el contexto y la metodología de los estudios, la calidad metodológica de los estudios primarios es variable, lo que genera confusión sobre la certeza de estas estimaciones, además, se ha observado que la depresión antenatal



aumenta el riesgo de depresión postnatal, lo que subraya la necesidad de una identificación y manejo tempranos, especialmente en poblaciones vulnerables (2).

El problema de la depresión perinatal en el HRMNB Puno no debe entenderse únicamente como un trastorno afectivo, sino como una respuesta mal adaptativa influenciada por la hipoxia hipobárica, a nivel molecular la Hipoxia como estresor biológico; en ciudades de gran altitud como Puno (3,827 msnm), el organismo humano se enfrenta a la hipoxia hipobárica crónica. A nivel molecular, esto no solo afecta la oxigenación de los tejidos, sino que altera la señalización neuroquímica. La hipoxia activa el factor inducido por hipoxia HIF-1 α , el cual influye en la expresión de enzimas clave para la síntesis de neurotransmisores, un mecanismo crítico en la depresión perinatal es la disfunción del eje Hipotálamo-Hipófisis-Adrenal (HHA). En la altura, este eje ya se encuentra bajo presión debido al estrés ambiental. La depresión materna eleva los niveles de cortisol sérico; este exceso de cortisol puede saturar la enzima placentaria 11 β -HSD2, que normalmente protege al feto, permitiendo que el cortisol materno "inunde" el sistema fetal (3).

Un aspecto crítico es la vía de la quinurenina. Bajo condiciones de estrés y niveles bajos de oxígeno, el triptófano (precursor de la serotonina) se desvía hacia la producción de ácido quinolínico, un neurotóxico que causa inflamación en el sistema nervioso central. Esto reduce la disponibilidad de serotonina en la hendidura sináptica, facilitando la aparición de síntomas depresivos. Además, se ha observado que la hipoxia puede alterar la sensibilidad de los receptores de glucocorticoides, manteniendo elevado el cortisol materno, lo cual es un marcador biológico clave en la depresión perinatal (4).

En las poblaciones altoandinas, el impacto de la depresión perinatal no es solo emocional, sino biológico-adaptativo; la madre con depresión presenta niveles elevados



de mediadores inflamatorios (citocinas como IL-6 y TNF- α). En la altura, donde el intercambio gaseoso placentario ya es un desafío, la depresión materna puede exacerbar la restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) y aumentar el riesgo de preeclampsia; para el hijo, la exposición a altos niveles de cortisol materno a través de la placenta puede generar una programación fetal alterada. Esto significa que el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HHA) del recién nacido se vuelve hiperreactivo, predisponiendo al niño a trastornos de ansiedad, retraso en el desarrollo psicomotor y una menor respuesta inmunológica, factores que se complican por las bajas temperaturas y el entorno geográfico extremo de Puno (5).

Bajo estas consideraciones el problema de investigación se centra en estudiar el comportamiento de las variables: depresión perinatal cuantificando su prevalencia y mostrando sus manifestaciones dentro de un contexto altoandino con marcadas diferencias económicas, socioculturales y epidemiológicas, donde la patología obstétrica siempre se ha enfocado en lo físico por las altas tasas de morbimortalidad materna sin embargo la patología psicológica - psiquiátrica ha sido pobremente mensurada, por lo tanto conocer el problema y abordarlo científicamente nos hace plantear la siguiente interrogante investigativa ¿Cuál es la prevalencia y manifestaciones de la depresión perinatal en mujeres altoandinas HRMNB Puno 2025?

1.2 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

La presente investigación se sustenta en la limitada información científica bajo un método cuidadoso ante una problemática persistente en la región Puno, como es la patología depresiva en mujeres gestantes, se consideró cuidadosamente el rigor y la validez científica que permitió llegar a conclusiones con posibilidades de generalización, permitiendo definir el comportamiento de las variables: prevalencia y manifestaciones



del cuadro, que nos dio información científica de tal forma que el problema de investigación fue abordado contribuyendo a la solución del mismo en nuestra región y nos permitió teorizar comparativamente con referencia a nivel internacional donde la depresión post parto es más prevalente en las madres adultas que en las adolescentes (6).

En la región Puno no existe información suficiente en el tema, si consideramos que la problemática en salud mental a nivel mundial va mostrando indicadores cada vez más alarmantes, tanto en mujeres en edad reproductiva, gestantes y puérperas, podríamos suponer que en un entorno donde las diversidades culturales influyen en gran magnitud sobre la esfera psicológica de las gestantes, este problema mostró características particulares; por tanto el valor social que presenta el tema al involucrar el binomio madre - niño siempre será una justificación pertinente.

Desde una perspectiva social, esta investigación se justifica por la imperante necesidad de visibilizar la salud mental materna como un pilar fundamental del desarrollo humano en la región altoandina; en Puno, la atención sanitaria se ha centrado históricamente en la reducción de la mortalidad materna física, dejando en un segundo plano la morbilidad psicológica. Al revelar una prevalencia de depresión perinatal, este estudio demuestra que esta no es un evento aislado, sino un problema de salud pública masivo que afecta la cohesión social; socialmente, una madre con depresión enfrenta barreras para su plena integración en la vida comunitaria y laboral, en el contexto de las comunidades quechuas y aimaras, donde la mujer cumple un rol central en la transmisión de la cultura y en la economía familiar, su incapacidad funcional debido a la anhedonia y la fatiga genera un efecto dominó que debilita el tejido social regional; este estudio proporciona la evidencia necesaria para que las instituciones del Estado (MINSA, DIRESA) reconozcan que no puede haber "maternidad segura" si no existe bienestar emocional, promoviendo así políticas de equidad en salud para las poblaciones



vulnerables de altura. En el ámbito familiar, la importancia de este estudio radica en la protección del núcleo básico de la sociedad altoandina, la depresión perinatal actúa como un factor disruptor que altera la dinámica vincular; la familia puneña, que suele funcionar bajo un esquema de apoyo intergeneracional, se ve desestabilizada cuando la madre “eje emocional del hogar” presenta cuadros de irritabilidad, culpa o retraimiento afectivo; la evidencia sugiere que una madre deprimida tiene mayores dificultades para responder a las señales de su hijo, lo que predispone al neonato a retrasos en el desarrollo cognitivo y trastornos emocionales a futuro, al identificar las manifestaciones clínicas predominantes, este estudio ofrece a las familias una guía para diferenciar el cansancio normal del embarazo de un cuadro depresivo real, sanar a la madre es, en última instancia, proteger la salud mental de la siguiente generación de niños altoandinos, asegurando un entorno de crianza saludable y previniendo desenlaces fatales como la desintegración del hogar o el riesgo de autolesión materna que impactaría trágicamente en todo el sistema familiar (7).

La presente investigación también es un documento sustentatorio para la toma de acciones desde una mirada de planes de mejora por parte de las instancias prestadoras de servicios de salud que involucran el manejo psicológico de las gestantes, donde aspectos preventivo promocionales deben ser aplicados en estos cuadros, de tal forma que sea contributivo a la solución de la problemática de salud de la mujer altoandina.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo general

Estimar la prevalencia y manifestaciones de la depresión perinatal en mujeres altoandinas HRMNB Puno 2025.



1.3.2 Objetivos específicos

- Estimar la prevalencia de la depresión perinatal en mujeres altoandinas HRMNB Puno 2025.
- Conocer las características epidemiológicas de la depresión perinatal en mujeres altoandinas HRMNB Puno 2025.
- Conocer las manifestaciones clínicas de la depresión perinatal en mujeres altoandinas HRMNB Puno 2025.



CAPÍTULO II

REVISIÓN DE LITERATURA

2.1 ANTECEDENTES

2.1.1 Antecedentes internacionales

Mitchell, A. et al. “Prevalencia de la depresión perinatal en países de ingresos bajos y medios una revisión sistemática y un metaanálisis”. Australia, 2023. Objetivo: Medir la prevalencia de la depresión perinatal en países de ingresos bajos y medianos, evaluando su impacto desde el embarazo hasta 12 meses postparto e identificando subgrupos de mayor riesgo. Método: Revisión sistemática y meta-análisis realizados según directrices PRISMA y registrados en PROSPERO. Se incluyeron estudios que reportaban prevalencia mediante métodos validados, abarcando el periodo perinatal. Se analizaron datos de múltiples bases de datos hasta abril de 2021, se evaluó el sesgo y se aplicaron meta-regresiones para explorar variaciones en las estimaciones. Resultados: La prevalencia global de depresión perinatal fue de 24.7%, basada en 616,708 mujeres de 51 países. Se observaron variaciones según el nivel de ingresos: mayor en países de ingresos bajos y medianos inferiores (25.5%) y medianos superiores (24.7%), y menor en países de bajos ingresos (20.7%). Por regiones, la prevalencia más alta se registró en Medio Oriente y África del Norte (31.5%), y la más baja en Asia Oriental y el Pacífico (21.4%). Conclusiones: La depresión perinatal constituye un importante problema de salud pública en países de ingresos bajos y medianos, afectando aproximadamente a 1 de cada 4 mujeres. Las diferencias según contexto económico y región evidencian la necesidad de estrategias específicas, así como de mejorar la detección, el tratamiento y la asignación de



recursos para atender a poblaciones vulnerables y optimizar la salud materna e infantil (9).

Caffieri, A. et al. “Prevalencia global de depresión y ansiedad perinatal durante la pandemia de COVID-19: una revisión general y síntesis metaanalítica”. Escandinavia, 2023. Objetivo: Analizar la prevalencia de la depresión y la ansiedad perinatal durante la pandemia de COVID-19 mediante una revisión sistemática y metaanálisis, con el fin de comprender el impacto global en la salud mental de mujeres durante el embarazo y el posparto, así como identificar factores asociados. Método: Revisión sistemática y síntesis metaanalítica basada en una búsqueda exhaustiva de literatura, incluyendo 25 revisiones sistemáticas y 12 metaanálisis. Se seleccionaron estudios según criterios definidos, se evaluó su calidad metodológica y se realizaron análisis de subgrupos por región y contexto socioeconómico para estimar la prevalencia global. Resultado: La prevalencia de depresión antenatal fue del 29% y posnatal del 26%. La ansiedad antenatal alcanzó el 31% y la posnatal presentó variabilidad (reportada alrededor del 16%-39%). Se observaron diferencias regionales, con mayor depresión en África y mayor ansiedad en Oceanía y Europa. Además, hubo alta heterogeneidad y posible sesgo de publicación, influenciado por la diversidad de instrumentos de medición. Conclusión: La depresión y la ansiedad perinatal aumentaron significativamente durante la pandemia, afectando a cerca de una de cada tres mujeres, estos hallazgos evidencian una importante carga en la salud mental materna y resaltan la necesidad de estrategias de intervención, así como de estandarizar los métodos de evaluación para mejorar la detección y el abordaje de estos trastornos (10).

Wang, Z. et al. “Mapeo de la prevalencia global de la depresión entre las mujeres posparto mujer”. China, 2021. Objetivo: Proporcionar una visión global



y actualizada sobre la prevalencia de la depresión posparto (DPP) y sus factores de riesgo, con el fin de comprender su magnitud y orientar la priorización de la salud mental materna. Método: Revisión sistemática y metaanálisis siguiendo las directrices PRISMA. Se realizó una búsqueda en múltiples bases de datos hasta julio de 2021. Se incluyeron 565 estudios de 80 países, con evaluaciones realizadas al menos una semana después del parto mediante instrumentos estandarizados. La selección y extracción de datos fue realizada por revisores independientes. Resultado: Se analizaron datos de 1,236,365 mujeres, estimándose una prevalencia global de DPP del 17.22%. Se observó alta heterogeneidad entre estudios y variaciones según región y nivel de desarrollo, con tasas más elevadas en zonas en desarrollo, destacando el sur de África con prevalencias cercanas al 40%. Conclusión: La depresión posparto representa un problema importante de salud mental a nivel global, afectando a una proporción considerable de mujeres. Las marcadas diferencias entre regiones evidencian desigualdades en factores sociales, económicos y de acceso a servicios de salud. Por ello, se resalta la necesidad de fortalecer las estrategias de detección temprana, implementar intervenciones oportunas y utilizar herramientas diagnósticas estandarizadas. Asimismo, se enfatiza la importancia de priorizar la salud mental materna dentro de las políticas públicas para mejorar el bienestar de las madres, sus hijos y sus familias (11).

Cantwell, R. “Trastorno mental en el embarazo y el puerperio temprano”. Inglaterra, 2021. Objetivo: Proporcionar una revisión integral sobre la salud mental en el período perinatal, analizando la prevalencia, características y factores asociados a los trastornos mentales durante el embarazo y el puerperio temprano, así como resaltar la importancia de un enfoque multidisciplinario en su atención.



Método: Revisión sistemática con análisis meta-analítico de estudios previos sobre salud mental perinatal. Se realizó una búsqueda exhaustiva en bases de datos académicas y clínicas para identificar investigaciones sobre prevalencia, factores de riesgo e intervenciones. Además, se incorporaron análisis cualitativos para comprender las experiencias de las mujeres y evaluar la efectividad de los servicios de salud mental. Resultado: Aproximadamente el 20% de las mujeres presentan trastornos mentales durante el embarazo y el posparto, siendo la depresión y la ansiedad los más frecuentes. La depresión antenatal alcanza alrededor del 20.7% y la posnatal el 17%. Se identificó un mayor riesgo en mujeres con antecedentes psiquiátricos, especialmente trastorno bipolar, así como en aquellas en condiciones de vulnerabilidad social, como violencia doméstica. A pesar de la expansión de servicios en algunos contextos, persisten barreras como el estigma y la falta de continuidad en la atención, lo que limita el acceso al tratamiento. Conclusión: Los trastornos mentales perinatales representan un problema significativo con consecuencias para la madre y el recién nacido. Se requiere mejorar la detección temprana y el tratamiento mediante un enfoque integral y multidisciplinario. Asimismo, es fundamental reducir el estigma, fortalecer los servicios especializados y garantizar el acceso oportuno a la atención para optimizar el bienestar materno y neonatal (12).

Jordana, G. et al. “Trastornos del estado de ánimo en el postparto”. México, 2021. Objetivo: Proporcionar una revisión integral sobre los trastornos del estado de ánimo en el postparto, incluyendo su prevalencia, fisiopatología, manifestaciones clínicas, diagnóstico y tratamiento, así como resaltar la importancia de un abordaje multidisciplinario. Método: Revisión sistemática de la literatura sobre trastornos del estado de ánimo en el puerperio, abarcando tristeza



postparto, depresión postparto y psicosis puerperal. Se analizaron estudios previos para evaluar aspectos clínicos, diagnósticos y terapéuticos, enfatizando el trabajo conjunto entre distintas especialidades de salud. Resultado: Los trastornos del estado de ánimo en el postparto son frecuentes y abarcan desde la tristeza postparto, común en los primeros días, hasta la depresión y la psicosis, que requieren mayor atención por su gravedad. Se evidenció que estos trastornos están subdiagnosticados, especialmente por falta de información y estigma. Se destaca el uso de herramientas de detección como la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo para identificar casos y derivarlos oportunamente, evitando riesgos graves como el suicidio o el infanticidio. Conclusión: Los trastornos del estado de ánimo en el puerperio constituyen un problema relevante de salud pública que requiere diagnóstico temprano y manejo adecuado, es fundamental implementar un enfoque integral y multidisciplinario, así como reducir el estigma y mejorar la información disponible, para garantizar una atención oportuna que beneficie tanto a la madre como al recién nacido (13).

Krauskopf, V. y Valenzuela, P. “Depresión perinatal: detección, diagnóstico y estrategias de tratamiento”. Chile, 2020. Objetivo: Describir la prevalencia de la depresión perinatal, sus efectos en la madre, el hijo y la familia, así como identificar factores de riesgo y proponer estrategias de detección, prevención y tratamiento, destacando la importancia de un enfoque multidisciplinario en la atención materno-infantil. Método: Revisión exhaustiva de la literatura, incluyendo estudios previos, guías clínicas y evidencia científica, combinando enfoques cualitativos y cuantitativos. Se analizaron la prevalencia, factores de riesgo, consecuencias y eficacia de intervenciones terapéuticas, integrando además la experiencia clínica para orientar prácticas de prevención y



tratamiento. Resultado: La depresión perinatal presenta una prevalencia entre el 10% y 20% durante el embarazo y hasta un año postparto. Se identificaron como factores de riesgo los antecedentes de depresión, ansiedad gestacional, eventos estresantes, parto traumático y bajo apoyo social. Esta condición tiene efectos negativos tanto en la madre como en el niño, incluyendo alteraciones en el desarrollo social, cognitivo y mayor riesgo de problemas emocionales a futuro. Se destaca la importancia de la detección temprana mediante herramientas como la Escala de Edimburgo y el uso de intervenciones farmacológicas y no farmacológicas. Conclusión: La depresión perinatal es un problema frecuente y un periodo de alta vulnerabilidad que requiere intervención oportuna. Se enfatiza la necesidad de detección precoz, tratamiento adecuado y un enfoque multidisciplinario que incluya programas de prevención y apoyo psicoeducativo, con el fin de mejorar la salud mental materna y favorecer el desarrollo integral del niño (14).

Skovgaard, M. et al. “La depresión materna posparto es un factor de riesgo para el lactante, variabilidad emocional a los 4 meses”. EE. UU, 2020. Objetivo: Investigar cómo la depresión posparto materna (PPD) afecta las interacciones madre-hijo y la expresión emocional de los infantes, evaluando la variabilidad emocional y la calidad de la relación afectiva a los 4 meses de edad. Método: Se realizaron análisis microanalíticos observacionales de interacciones cara a cara entre madres e infantes, midiendo expresiones faciales, protestas vocales y dirección de la mirada. Se evaluaron tanto los síntomas como el diagnóstico clínico de PPD, y se analizaron la frecuencia y duración de las conductas afectivas de los infantes para entender cómo la PPD influye en su expresión y variabilidad emocional. Resultado: Los infantes de madres con PPD mostraron menos eventos



de protesta vocal y menor desviación de la mirada. A mayor severidad de síntomas maternos, los infantes exhibieron menos expresiones de alta afectividad negativa y más expresiones neutrales o de interés. No se observaron diferencias significativas en la duración total de las expresiones faciales ni en el tiempo de mirada hacia la madre, estos hallazgos sugieren que la PPD se asocia con una inhibición de la expresión emocional y menor variabilidad afectiva en los infantes durante las interacciones. Conclusión: La depresión posparto materna impacta negativamente en la expresión emocional y la variabilidad afectiva de los infantes, evidenciando una posible inhibición emocional relacionada con la falta de respuesta materna. Esto resalta la importancia de intervenir en la salud mental materna para promover interacciones afectivas saludables y un desarrollo emocional positivo en los infantes (15).

O'Hara, M. et al. "Enfermedad mental perinatal: definición, descripción y etiología". EE. UU, 2020. Objetivo: Analizar la depresión perinatal, la ansiedad, el trastorno bipolar y la psicosis posparto, destacando su prevalencia, factores de riesgo y la importancia de la detección y el tratamiento temprano. Se busca concienciar sobre el impacto de estas condiciones en la salud de las mujeres y en el desarrollo de sus hijos, así como promover la investigación sobre su etiología, prevención y tratamiento. Método: Investigación integrativa que examina la interacción de factores biológicos y psicosociales que contribuyen a la aparición de enfermedades mentales en el período perinatal. Se revisaron estudios previos y se utilizaron escalas de medición como la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo para detectar síntomas, integrando métodos estadísticos para analizar la información disponible y evaluar factores de riesgo. Resultado: Se observa una prevalencia significativa de depresión y ansiedad durante el período perinatal. La



incidencia de depresión diagnosticada o tratamiento con antidepresivos alcanza casi el 14% durante el primer año postparto y disminuye a alrededor del 6% en años posteriores. Entre los factores de riesgo moderados a fuertes se encuentran antecedentes de depresión, ansiedad durante el embarazo, neuroticismo, baja autoestima, eventos estresantes, relaciones maritales deficientes y falta de apoyo social. Estos hallazgos subrayan la necesidad de que los profesionales de la salud identifiquen y atiendan oportunamente los trastornos perinatales. Conclusión: La depresión y la ansiedad perinatal son condiciones frecuentes que pueden afectar hasta al 20% de las mujeres en algunos contextos, con repercusiones importantes para la madre y el desarrollo infantil, la detección temprana y el manejo adecuado son esenciales, los factores de riesgo identificados deben guiar la evaluación y el tratamiento clínico, se recomienda que obstetras, ginecólogos y otros profesionales de la salud estén capacitados para abordar integralmente la salud mental de las mujeres durante y después del embarazo, y que futuras investigaciones integren factores biológicos y psicosociales para comprender mejor la etiología de estos trastornos (16).

Woody, C. et al. “Una revisión sistemática y metarregresión de la prevalencia e incidencia de la depresión perinatal”. Australia, 2017. Objetivo: Compilar la literatura sobre la prevalencia e incidencia de la depresión perinatal, identificar grupos de población en mayor riesgo que requieran intervención temprana, y analizar cómo diversas variables influyen en esta prevalencia mediante meta-regresión, con el fin de mejorar la comprensión y el manejo global del trastorno. Método: Revisión sistemática y análisis de meta-regresión de estudios relevantes sobre depresión perinatal. Se clasificaron los estudios según el nivel de ingresos de los países y se registraron variables como periodo gestacional,



metodología de muestreo e incertidumbre de las estimaciones. Se realizaron análisis de regresión univariada para seleccionar variables independientes y construir un modelo de meta-regresión, evaluando el impacto de covariables a nivel de estudio (instrumento diagnóstico, ingreso del país, entre otros) sobre la prevalencia. El modelo final explicó el 31.1% de la varianza. Resultado: La prevalencia e incidencia de la depresión perinatal varían significativamente según el instrumento diagnóstico utilizado y el nivel de ingresos del país, siendo estos factores determinantes. Otros factores, como la metodología de reclutamiento, la urbanicidad y el periodo gestacional, no mostraron un impacto estadísticamente significativo. La meta-regresión reveló que el modelo explicó el 31.1% de la varianza de las estimaciones de prevalencia, evidenciando que el diagnóstico y el contexto económico son cruciales para comprender la distribución de la depresión perinatal en distintas poblaciones. Conclusión: Es fundamental considerar el nivel de ingresos del país y el tipo de instrumento diagnóstico al evaluar la depresión perinatal, se observó mayor prevalencia en mujeres de países de bajos y medianos ingresos en comparación con países de altos ingresos, la prevalencia no difiere significativamente entre los periodos prenatal y postnatal, indicando la necesidad de atención continua durante toda la maternidad, además, se evidencia una escasez de datos de países de bajos ingresos, resaltando la necesidad de más investigaciones y recursos para abordar la salud mental materna en estas regiones. (17).

Correa, H. et al. “Síntomas de depresión posparto entre amazónicas y nororientales mujeres brasileñas”. Brasil, 2016. Objetivo: Determinar la prevalencia de síntomas de depresión posparto (DPP) en mujeres de las regiones más pobres de Brasil, específicamente la Amazonía y el noreste; identificar



factores de riesgo asociados considerando aspectos socioeconómicos y culturales; contribuir a la comprensión de la DPP en contextos latinoamericanos; y proponer estrategias de detección y tratamiento para mejorar la atención materna en estas regiones. Método: Estudio transversal que aplicó la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) a 3,060 mujeres que habían dado a luz entre uno y tres meses antes de la entrevista, usuarios del sistema de salud pública brasileño, la recolección se realizó durante el Día Nacional de Inmunización en 2010, cubriendo 252 localidades de 17 estados, se utilizó un puntaje de corte de 11 en la EPDS para indicar síntomas de DPP, se calcularon tasas de prevalencia y se realizaron regresiones logísticas univariantes para identificar factores de riesgo, con un nivel de significancia de $p < 0.05$. Resultado: De las 3,060 mujeres evaluadas, 597 (19.5%) reportaron síntomas de DPP, la prevalencia en la región amazónica fue del 20.3% y en la noreste del 19.0%, sin diferencias significativas ($p=0.36$), los factores de riesgo identificados fueron: bajo nivel educativo (menos de 7 años: $p<0.001$; 8-10 años: $p=0.003$), etnicidad (mujeres negras: $p=0.02$; pardas: $p=0.02$), número reducido de visitas prenatales (1-2 visitas: $p=0.04$), autoevaluación negativa de la atención prenatal ($p<0.001$) y un índice de adecuación prenatal parcialmente adecuado ($p=0.01$) o no adecuado ($p<0.001$). Estos hallazgos reflejan una prevalencia de DPP similar a la observada en otros países en desarrollo y mayor que en países desarrollados. Conclusión: La prevalencia de síntomas de DPP fue del 19.5%, con factores de riesgo significativos asociados a bajo nivel educativo, etnicidad, atención prenatal insuficiente y percepción negativa de la atención recibida. Se destaca la necesidad de priorizar el cribado y tratamiento de la depresión posparto como un asunto de salud pública en regiones vulnerables. Aunque el diseño transversal limita las



conclusiones causales y la EPDS indica solo síntomas y no diagnóstico clínico, los resultados subrayan la importancia de mejorar la atención prenatal y el apoyo a la salud mental materna, así como la necesidad de futuras investigaciones para comprender la DPP en contextos diversos. (18).

Granat, A. et al. “Depresión y ansiedad materna, sincronía social y regulación infantil de las emociones negativas y positivas”. EE. UU, 2016. Objetivo: Analizar cómo la depresión posparto (PPD) y los trastornos de ansiedad materna afectan la interacción madre-infante y la regulación emocional de los bebés, el estudio busca identificar patrones de sincronía en la mirada y el tacto, clave para el desarrollo socioemocional, la tolerancia al estrés y la formación de la “red social” del cerebro del infante, y cómo estas interacciones pueden servir como indicadores tempranos de problemas emocionales o conductuales futuros. Método: Estudio observacional a nivel micro, con tres grupos de participantes: madres con PPD, madres con trastornos de ansiedad y madres sanas como grupo control. Se registraron interacciones madre-infante durante sesiones cara a cara, midiendo la duración y frecuencia de la mirada, el tacto, las vocalizaciones y las expresiones emocionales de los infantes, se evaluó la capacidad de los bebés para regular sus emociones en contextos positivos y negativos, permitiendo comparar los efectos específicos de la depresión y la ansiedad materna en la dinámica relacional y la regulación emocional infantil. Resultado: Los infantes de madres con PPD mostraron menor sincronía en mirada y tacto, mayor retirada social y menor capacidad para regular emociones, con predominio de expresiones neutrales frente a emociones positivas o negativas intensas, por otro lado, los bebés de madres con ansiedad y del grupo control presentaron mayor sincronía y mejor capacidad para usar la presencia materna como recurso para manejar el



estrés, se observó además que la depresión materna crónica estaba asociada con un aumento en comportamientos de autorregulación durante episodios de alegría, sugiriendo que la exposición prolongada a la PPD puede alterar tanto la regulación emocional negativa como positiva del infante. Conclusión La PPD tiene un impacto negativo significativo en la interacción madre-infante y en la capacidad de regulación emocional de los bebés, lo que puede predisponerlos a dificultades emocionales y sociales futuras, el estudio subraya la importancia de la detección temprana y la intervención en casos de PPD para proteger el desarrollo emocional del infante y fomentar relaciones madre-hijo saludables, también evidencia la necesidad de programas de apoyo a la salud mental materna para prevenir alteraciones en el desarrollo socioemocional infantil y mejorar la calidad de las interacciones tempranas (19).

Balistreri, K. et al. “Participación en relaciones sentimentales entre adultos jóvenes: ¿Son los hombres asiático-americanos un caso excepcional?”. EE. UU, 2016. Objetivo: El estudio analiza la participación en relaciones románticas y sexuales entre adultos jóvenes (25 a 32 años), con especial atención a los hombres asiático-americanos, evaluando si constituyen un caso excepcional. Además, se busca identificar cómo factores estructurales (estatus socioeconómico), culturales y dinámicas de jerarquía racial influyen en la probabilidad de involucrarse en una relación sentimental. Método: Se utilizaron datos de la primera y cuarta ola del National Longitudinal Study of Adolescent to Adult Health (Add Health), con una muestra de 11,555 adultos jóvenes. Se analizaron variables demográficas, socioeconómicas, de atractivo físico, antecedentes de relaciones en la adolescencia y etnias específicas dentro de los grupos asiático y hispano. Se aplicaron modelos de regresión logística separados por sexo para evaluar la



probabilidad de estar actualmente en una relación romántica o sexual, controlando factores individuales y contextuales. Resultados: Los hombres asiático-americanos, salvo los filipinos, presentaron significativamente menos probabilidades de estar en relaciones románticas o sexuales en comparación con hombres blancos, incluso controlando por educación, estatus socioeconómico, atractivo físico y experiencias amorosas previas. Por su parte, las mujeres asiático-americanas mostraron probabilidades similares a las mujeres blancas. Factores estructurales, como estatus económico o atractivo físico, así como factores culturales o de inmigración, no explicaron estas diferencias. Se sugiere que la menor participación de los hombres asiático-americanos podría estar relacionada con dinámicas de jerarquía racial que los colocan en desventaja en el mercado de parejas. Conclusiones: La menor participación de los hombres asiático-americanos en relaciones románticas y sexuales no se explica por desventajas económicas ni por normas culturales restrictivas, sino por estereotipos y percepciones raciales que limitan sus oportunidades en el mercado de parejas, los resultados subrayan la necesidad de reconocer cómo las jerarquías raciales afectan las relaciones sentimentales, destacando que los hombres filipinos presentan patrones más similares a otros grupos, lo que indica la importancia de considerar la heterogeneidad dentro de los grupos asiático-americanos (20).

2.1.2 Antecedentes nacionales

Leveau-Bartra, H. et al. “Factores asociados a la depresión posparto en puérperas de un hospital peruano”. Perú, 2024. Objetivo: Determinar los factores sociodemográficos asociados a la depresión posparto en puérperas de un hospital peruano, con el fin de identificar elementos que influyen en su aparición y que pueden afectar el cuidado del recién nacido y la lactancia materna. Método:



Estudio observacional, analítico, de tipo casos y controles. Se aplicó la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo a 1,080 puérperas, de las cuales 920 completaron correctamente el cuestionario. Se consideró cribado positivo una puntuación ≥ 13 . Se seleccionaron aleatoriamente 173 casos (con depresión) y 173 controles (sin depresión) para el análisis comparativo. Resultado: El 18.8% de las puérperas presentó riesgo de depresión posparto. Se identificaron asociaciones significativas con variables sociodemográficas como edad, nivel educativo, estado civil y antecedentes de consumo de psicofármacos. Estos factores permitieron diferenciar claramente entre los grupos con y sin riesgo de depresión. Conclusión: La depresión posparto está influenciada por diversos factores sociodemográficos, lo que evidencia la necesidad de detección temprana e intervenciones específicas. Abordar estas variables puede mejorar la salud mental materna y favorecer el bienestar del recién nacido, promoviendo un entorno más adecuado para el cuidado infantil. (21).

Orihuela, F. “Depresión posparto y factores asociados durante la pandemia COVID 19 en puérperas atendidas en el Hospital Cayetano Heredia, Lima, Perú”. Perú, 2022. Objetivo: Determinar la prevalencia de depresión posparto y sus factores asociados en mujeres con un periodo posparto de 6 meses, atendidas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Cayetano Heredia, durante el periodo de abril a junio del 2022. Método: diseño descriptivo y transversal, se recopilaron datos demográficos a través de una ficha de recolección que incluirá información como edad, ocupación, estado civil, nivel educativo, tipo de parto, número de hijos, edad gestacional del recién nacido, ser migrante, enfermedades físicas crónicas, episodios depresivos previos al embarazo y haber recibido tratamiento, para diagnosticar la depresión posparto y evaluar su gravedad, se



aplicó la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo y el Inventario de Depresión de Beck. Resultado: no proporciona resultados específicos en las secciones que se han compartido, sin embargo, menciona que se espera identificar la prevalencia de depresión posparto y los factores asociados en las mujeres estudiadas, para obtener resultados concretos. Conclusión: la importancia de identificar la prevalencia de la depresión posparto y sus factores asociados, así como la necesidad de implementar estrategias de tamizaje y tratamiento oportuno para mejorar la salud mental de las mujeres en el periodo posparto (22).

Moreno, L. “Prevalencia de blues materno en puérperas de un instituto de salud materno de Lima Metropolitana”. Lima, 2019. Objetivo: conocer la prevalencia de Blues Materno en puérperas de un Instituto Nacional Materno de Lima Metropolitana, este estudio se enmarca dentro de una investigación descriptiva comparativa, buscando especificar las características del Blues Materno y analizar las diferencias en el riesgo entre diferentes grupos de puérperas, como primigestas y multíparas, así como entre adolescentes y adultas. Método: no experimental, descriptivo y comparativo, enfocado en especificar las características del Blues Materno, se consideraron variables sociodemográficas para analizar diferencias entre grupos. La muestra consistió en 100 puérperas en su tercer día postparto, con edades de 18 a 41 años. Resultado: la prevalencia de Blues Materno en la muestra de puérperas fue significativa, se encontraron diferencias en el nivel de riesgo de Blues Materno entre diferentes grupos, específicamente entre puérperas primigestas y multíparas, así como entre adolescentes y adultas, estos hallazgos sugieren que factores sociodemográficos influyen en la manifestación del Blues Materno en la población estudiada. Conclusión: la prevalencia de Blues Materno se encuentra en un 63% de las



puérperas evaluadas en su tercer día posterior al alumbramiento. Además, se destaca que la Escala de Blues Materno de Lima (EBML) tiene un adecuado nivel de confiabilidad y validez para medir este constructo en la población estudiada, se observó que el riesgo de Blues Materno es mayor en adolescentes (64.8%) en comparación con adultas (60.71%), sugiriendo una tendencia de mayor riesgo en las puérperas adolescentes, también se encontró que las puérperas multíparas presentan un mayor riesgo de Blues Materno (66.13%) en comparación con las primigestas (57.9%), aunque no se identificaron diferencias significativas entre ambos grupos (24).

Masías, M. et al. “Prevalencia de la depresión post parto en Arequipa, Perú”. Perú, 2018. Objetivo: evaluar la prevalencia de la depresión postparto en madres que asisten a controles postnatales en el distrito de Alto Selva Alegre, Arequipa, Perú, busca identificar la proporción de madres que presentan síntomas de depresión postparto y analizar la relación de esta condición con factores sociodemográficos, como el nivel educativo y el estado civil de las participantes. Método: diseño descriptivo en el que se evaluaron a 113 madres que asistieron a sus controles postnatales en una posta de salud en Arequipa, se utilizó la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo para medir los síntomas de depresión, y se obtuvo el consentimiento informado de las participantes, además, se evaluaron las propiedades psicométricas del instrumento, reportándose niveles adecuados de validez y confiabilidad para la muestra evaluada. Resultado: aproximadamente el 41% de las madres no tenía riesgo de depresión postparto, un 14% presentaba riesgo, y un 45% mostraba síntomas de depresión postparto, además, se encontró que el grado de instrucción de las madres se relacionaba de manera inversa con los niveles de depresión postparto, es decir, a mayor nivel educativo, menor riesgo



de depresión, no se encontraron diferencias significativas en relación con el tipo de parto ni el estado civil de las madres. Conclusión: el 45% de las mujeres púerperas evaluadas presentaron síntomas de depresión postparto, además, se destaca que el grado de instrucción tiene una correlación negativa con los niveles de depresión postparto, sugiriendo que a mayor nivel educativo, menor es el riesgo de desarrollar esta condición, el estudio también señala la importancia de considerar factores socioeconómicos en la ocurrencia de la depresión postparto, aunque no se encontraron diferencias significativas en relación con el estado civil o el tipo de parto (25).

Vega-Dienstmaier, J. “Depresión postparto en el Perú”. Perú, 2018. Objetivo: abordar la problemática de la depresión postparto en el contexto peruano, analizando su definición, los periodos críticos de inicio, y la prevalencia y factores de riesgo asociados a esta condición en mujeres que han dado a luz, también busca resaltar la importancia de la atención a la salud mental de las madres durante y después del embarazo, así como la necesidad de implementar estrategias adecuadas para su manejo y tratamiento en el país. Método: revisión de literatura existente y el análisis de datos epidemiológicos relacionados con la salud mental de las mujeres en el contexto postparto, se examinaron estudios previos realizados en Latinoamérica, así como investigaciones específicas en Perú, para identificar la prevalencia de la depresión postparto y los factores de riesgo psicosociales y biológicos asociados, además, se considera la variabilidad en la definición de la depresión postparto según diferentes clasificaciones diagnósticas, como el DSM-IV y la CIE-10, lo que permite una comprensión más amplia de la condición y su impacto en la salud mental de las madres. Resultado: la prevalencia de esta condición es similar a la que se observa en otros momentos



de la vida de las mujeres. Se encontró que un porcentaje significativo de las madres presenta síntomas de depresión postparto, con un componente ansioso importante, además, se identificaron varios factores de riesgo psicosociales y biológicos que contribuyen a la aparición de la depresión, destacando la relación entre un menor nivel educativo y una mayor incidencia de depresión y ansiedad, estos hallazgos sugieren que tanto los factores psicosociales como los cambios hormonales juegan un papel crucial en la vulnerabilidad de las mujeres a desarrollar depresión postparto. Conclusión: esta condición es prevalente y comparable a otros episodios de depresión en la vida de las mujeres. Se resalta que la depresión postparto no solo tiene un componente emocional significativo, sino que también está influenciada por factores psicosociales y biológicos, incluyendo cambios hormonales y el contexto social de las madres, además, se concluye que es crucial prestar atención a los factores de riesgo identificados, como el bajo nivel educativo y la falta de apoyo social, para desarrollar intervenciones efectivas que mejoren la salud mental de las mujeres durante y después del embarazo, la investigación subraya la importancia de una atención integral que incluya tanto el bienestar físico como el emocional de las madres (26).

Zhong, Q. et al. “Utilizando el Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9) y la escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) para evaluar ideación suicida en mujeres embarazadas en Lima, Perú”. Perú, 2015. Objetivo: evaluar la prevalencia de la ideación suicida entre mujeres embarazadas en Lima, Perú, utilizando el Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9) y la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS), además, el estudio busca examinar la co-ocurrencia de síntomas depresivos anteparto con la ideación suicida, proporcionando una comprensión más clara de la asociación entre la depresión



durante el embarazo y los pensamientos suicidas. Método: estudio transversal que forma parte de la cohorte del Estudio de Resultados del Embarazo, Materno e Infantil, se llevó a cabo entre febrero de 2012 y marzo de 2013, reclutando a 1,517 mujeres embarazadas que asistían a clínicas de atención prenatal en el Instituto Nacional Materno Perinatal en Lima, Perú, se utilizaron el PHQ-9 y la EPDS para evaluar la ideación suicida y los síntomas depresivos. Resultado: el 15.8% de la población presentó ideación suicida según el PHQ-9, mientras que el 8.8% lo hizo según la EPDS. Además, se encontró que el 51% de las participantes con ideación suicida tenían depresión probable, evaluada a través del PHQ-9, la concordancia entre los ítems de ideación suicida de ambos cuestionarios fue alta (84.2%), aunque la concordancia moderada se reflejó en un coeficiente kappa de Cohen de 0.42, estos hallazgos subrayan la necesidad de realizar un cribado de la ideación suicida en mujeres embarazadas, tanto con cómo sin síntomas depresivos, y sugieren que se requieren estudios futuros para identificar predictores adicionales de la suicidabilidad anteparto. Conclusión: establece que, aunque el PHQ-9 y la EPDS muestran una alta concordancia (84.2%), la moderada acuerdo (kappa de Cohen = 0.42) sugiere que hay diferencias significativas en la identificación de la ideación suicida entre los dos instrumentos. El PHQ-9 identifica a más participantes con ideación suicida en comparación con la EPDS (15.8% frente a 8.8%). Esta discrepancia puede explicarse por las diferencias en los períodos de reporte y la redacción de los ítems. El estudio destaca la importancia de realizar un cribado de la ideación suicida en mujeres embarazadas y sugiere que se necesitan investigaciones futuras para determinar el período de reporte más adecuado y evaluar el riesgo de planificación y tentativa de suicidio en esta población (27).



Contreras, H. et al. “El Blues Materno. Contextualización, definición y presentación de un instrumento de evaluación”. Perú, 2011. Objetivo: contextualizar y definir el fenómeno del Blues Materno (BM) y presentar un instrumento de evaluación para medirlo en mujeres postparto, los autores enfatizan que el BM refleja las contradicciones y desafíos de la transición a la maternidad, considerándolo no como una patología, sino como una experiencia con posibles repercusiones en la salud mental de la madre y el recién nacido, también se subraya la importancia del apoyo social y de los agentes de salud en este proceso. Método: revisión de literatura sobre el Blues Materno y la creación de la Escala del Blues Materno de Lima (EBML), un instrumento de evaluación con seis ítems de respuesta tipo Likert para medir el BM en mujeres postparto, la EBML ha sido validada en estudios multicéntricos con 772 puérperas adultas y 298 adolescentes, mostrando excelentes características psicométricas. Resultado: la Escala del Blues Materno de Lima (EBML) posee excelentes características psicométricas, lo que la valida como un instrumento eficaz para medir el Blues Materno (BM) en mujeres que han dado a luz, la escala permite identificar el riesgo de BM en las puérperas, lo que es crucial para intervenir adecuadamente y brindar el apoyo necesario, además, se destaca la importancia de realizar estudios longitudinales para evaluar la utilidad de la EBML a lo largo del puerperio y su relación con la salud mental de las mujeres, así como la necesidad de investigar los factores que contribuyen al desequilibrio emocional en esta etapa. Conclusión: el Blues Materno (BM) debe ser entendido como una manifestación de las contradicciones y desafíos que enfrentan las mujeres en la transición a la maternidad, y no como una patología en sí misma, se enfatiza la necesidad de un enfoque integral que considere el contexto social y el apoyo que reciben las



madres, la Escala del Blues Materno de Lima (EBML) se presenta como una herramienta válida para medir el BM y ayudar a identificar a las mujeres en riesgo, lo que permite implementar intervenciones adecuadas, además, se sugiere que futuros estudios deben centrarse en la experiencia personal del BM y en los factores que influyen en el bienestar emocional de las madres durante el puerperio (28).

Bao-Alonso, M. et al. “Prevalencia de depresión durante la gestación”. Perú, 2010. Objetivo: estimar la prevalencia de depresión en pacientes gestantes que acuden a consulta externa de obstetricia en un hospital general, así como estudiar las posibles asociaciones entre los niveles de depresión y las características sociodemográficas, gineco-obstétricas y psiquiátricas de las mujeres embarazadas. Método: diseño transversal, descriptivo y correlacional. Se incluyeron 203 pacientes embarazadas que acudieron al Consultorio Externo de Obstetricia del Hospital Nacional Cayetano Heredia en Lima, Perú, entre marzo y julio de 2004, se registraron datos personales, obstétricos, socioeconómicos y psiquiátricos de las gestantes, y se aplicó la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) para evaluar los niveles de depresión. Resultado: el 34,7% de las gestantes presentaron puntajes en la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) superiores a 13,5, la prevalencia estimada de depresión mayor fue del 22,25%, calculada teniendo en cuenta la sensibilidad y especificidad de la EPDS, además, se encontró que la media de los puntajes de la EPDS fue de 11,3, con una desviación estándar de 6,2, los factores asociados a mayores niveles de depresión incluyeron ser soltera, no tener educación superior, y haber experimentado un embarazo no deseado, entre otros. Conclusión: la prevalencia estimada de depresión durante la gestación en las pacientes ambulatorias es más



elevada que la reportada en la literatura mundial para mujeres embarazadas y postparto, sin embargo, es similar a la hallada en otro estudio realizado en Perú, los factores asociados con mayores puntajes en la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) incluyen ser soltera, no tener educación superior, no desear la gestación y haber tenido un diagnóstico previo de depresión (29).

Contreras, H. et al. “Blues Materno en puérperas de Lima Metropolitana y Callao: Validación de un instrumento y factores asociados. Estudio multicéntrico en cinco hospitales, 2009”. Perú, 2009. Objetivo: construir un instrumento confiable para evaluar el Blues Materno (BM) e identificar los factores epidemiológicos, clínicos y sociales asociados a esta condición, esto busca contribuir al desarrollo de un concepto más claro del Blues Materno, que ya ha sido esbozado en investigaciones previas, el estudio se llevó a cabo en cinco hospitales representativos de Lima Metropolitana y Callao, y se considera el primer estudio en el país que aborda este problema de manera sistemática. Método: es un estudio analítico observacional, multicéntrico y de corte transversal, realizado en cinco hospitales públicos de Lima Metropolitana y Callao, la muestra incluyó 772 puérperas sanas, seleccionadas mediante muestreo por conglomerados con afijación de Neyman. Resultado: la media para el Blues Materno (BM) fue de 6.4 ± 4.8 , con un rango de 0 a 18, se identificaron varias variables asociadas de manera estadísticamente significativa con el BM, tales como la edad, los controles prenatales, el tipo de parto, la planificación del embarazo, el alojamiento conjunto y el apoyo social (de amigos y familiares), el modelo de regresión utilizado explicó el 10% de la variabilidad de la muestra, además, la Escala del Blues Materno de Lima mostró una alta consistencia interna, con un coeficiente alfa de Cronbach de 0.86. Conclusión: el Blues Materno (BM)



es un fenómeno multifactorial que no puede ser explicado de manera reduccionista, sino que debe ser entendido en un contexto global y holístico de la realidad que viven las mujeres en el periodo postparto, se resalta la importancia de la Escala del Blues Materno de Lima como un instrumento confiable y posiblemente válido para identificar el BM, además, se sugiere que es necesario implementar talleres y estrategias para identificar y controlar los factores asociados al BM, con el fin de mejorar la adaptación de las mujeres durante el periodo temprano del embarazo (30).

2.1.3 Antecedentes locales

Chambilla, Y. “Factores asociados a depresión posparto en puérperas tardías en los establecimientos de salud Metropolitano y Simón Bolívar, durante los periodos julio - septiembre 2023 “. Perú, 2023. Objetivo Identificar y analizar los factores de riesgo asociados a la depresión posparto en puérperas tardías que acudieron a controles de puerperio, considerando variables sociodemográficas, condiciones de salud y factores psicosociales, con el propósito de determinar su influencia en la aparición de síntomas depresivos y contribuir a la mejora de la atención materno-infantil. Método: Estudio de tipo transversal, observacional y analítico. La población estuvo conformada por puérperas tardías atendidas en establecimientos de salud durante el periodo de estudio. Se aplicaron dos instrumentos: la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) para identificar síntomas depresivos y un cuestionario de factores de riesgo. Los datos fueron procesados mediante análisis descriptivos, bivariados y multivariados utilizando programas estadísticos, asegurando la validez de los resultados y el cumplimiento de criterios éticos como el consentimiento informado y la confidencialidad. Resultado: Se halló una prevalencia de depresión posparto del



27%, evidenciando una frecuencia considerable en la población estudiada. Los factores con asociación significativa fueron la falta de apoyo de la pareja (principal factor de riesgo), antecedentes psiquiátricos, presencia de violencia familiar y complicaciones durante el parto, los cuales incrementaron notablemente la probabilidad de presentar depresión posparto. En contraste, variables sociodemográficas como edad, nivel educativo, estado civil y ocupación no mostraron relación estadísticamente significativa con esta condición. Conclusión: La depresión posparto en puérperas tardías constituye un problema relevante de salud mental, asociado principalmente a factores psicosociales y clínicos más que a características sociodemográficas. Los hallazgos resaltan la importancia de fortalecer el apoyo emocional, detectar oportunamente antecedentes de salud mental, intervenir en situaciones de violencia familiar y brindar un adecuado seguimiento durante el parto y el posparto. Estas acciones son fundamentales para mejorar el bienestar materno y promover un entorno saludable para el desarrollo del recién nacido (31).

Lipa, F. “Depresión posparto en puérperas primíparas y Multíparas del establecimiento de salud I-3 José Antonio Encinas, Puno 2014”. Perú, 2014. Objetivo: Determinar la presencia de depresión posparto en puérperas primíparas y multíparas, analizando su relación con variables sociodemográficas como edad, procedencia, idioma, estado civil, nivel educativo, ocupación y atención prenatal, con el fin de comprender la prevalencia y características del trastorno en esta población. Método: Estudio descriptivo y transversal realizado en un establecimiento de salud. Se incluyó a puérperas primíparas y multíparas, utilizando entrevistas estructuradas y observación como técnicas de recolección de datos. Se aplicó la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo y los datos



fueron procesados mediante el programa SPSS, organizándose en tablas y gráficos para su análisis. Resultado: El 53.62% de las puérperas presentó depresión posparto, evidenciando una alta prevalencia. La mayoría de los casos se concentró en adolescentes de 16 a 19 años. Asimismo, se observaron características frecuentes como procedencia urbana, idioma castellano, nivel educativo secundario, estado civil conviviente, ocupación de ama de casa y un número limitado de controles prenatales. Estos hallazgos sugieren que las adolescentes constituyen un grupo particularmente vulnerable debido a los cambios emocionales, físicos y sociales propios de esta etapa. Conclusión: La depresión posparto presenta una alta frecuencia en la población estudiada, especialmente en puérperas adolescentes, quienes enfrentan una transición compleja que incrementa su vulnerabilidad emocional. Factores como el estado civil, la ocupación y el nivel educativo influyen en su aparición. Se resalta la importancia de la detección temprana y la implementación de intervenciones oportunas para mejorar la salud mental materna y prevenir consecuencias negativas en el binomio madre-hijo (32).

2.2 REFERENCIAS TEORICAS:

Para la población específica del HRMNB Puno, es vital incorporar teorías que explican la manifestación y prevalencia en el contexto cultural y geográfico.

2.2.1 La depresión y etnicidad/cultura (Antropología Médica)

Manifestación Somática (Expresión Cultural del Malestar): En diversas culturas andinas, el malestar psicológico (tristeza, desesperanza) a menudo se expresa a través de síntomas físicos (somáticos) como fatiga crónica, dolor de cabeza (cefalea), problemas del sueño o pérdida de apetito. Las investigaciones indican que en la población aimara, la depresión puede tener una expresión más



somática. Esto puede llevar a subdiagnóstico si solo se usan criterios occidentales (33).

Modelos Explicativos Locales: Conceptos como el susto o pérdida del alma pueden solaparse con los síntomas depresivos. Es crucial reconocer estas explicaciones locales para la adherencia al tratamiento (34).

2.2.2 El rol de los determinantes sociales de la salud (Salud Pública)

Las teorías de los Determinantes Sociales (como los modelos de la OMS) son esenciales para explicar la alta prevalencia en comunidades vulnerables:

- Inequidad en Salud: La disparidad en el acceso y calidad de los servicios de salud (especialmente mental) entre zonas urbanas y rurales/altoandinas.
- Factores Estructurales en Puno:
- Pobreza y Bajo Nivel Socioeconómico: Asociados consistentemente a mayor riesgo de depresión perinatal.
- Violencia de Género y Doméstica: Identificado como un factor de riesgo importante en estudios de Latinoamérica y Perú.
- Discriminación/Factores Lingüísticos: La falta de atención profesional cualificada con dominio de lenguas nativas (quechua/aimara) y la experiencia de discriminación cultural (35).

2.2.3 Factores de riesgo específicos documentados en Puno (Estudios Locales)

- Madres Adolescentes: Investigaciones realizadas en el HRMNB de Puno han identificado a la madre adolescente como un grupo de alto riesgo para



la depresión perinatal, lo que requiere aplicar teorías de crisis y desarrollo adolescente (36).

- Factores Gineco-Obstétricos: Se ha encontrado una relación en Puno con el antecedente de aborto previo, cesárea y hospitalización (incluyendo el riesgo de morbilidad materna e infantil asociado a la altitud y complicaciones obstétricas) (37).

2.3 MARCO CONCEPTUAL

Fundamentos conceptuales de la depresión perinatal

La DPP se define como un trastorno del estado de ánimo que abarca episodios depresivos mayores que se originan durante el embarazo (depresión prenatal) o en los 12 meses posteriores al parto (depresión posparto, o DPP)(38).

- **Diferenciación clínica:** Es crucial distinguir la DPP de condiciones menos severas:
 - Tristeza Posparto ("Baby Blues"): Es una labilidad emocional transitoria que afecta hasta el 85% de las puérperas. Suele durar pocos días y se resuelve espontáneamente, sin interferir significativamente con el funcionamiento diario (39).
 - Psicosis Posparto: Es una emergencia psiquiátrica rara y grave, caracterizada por delirios, alucinaciones y un riesgo elevado de daño a sí misma o al bebé. Requiere intervención inmediata.
- **Etiología Bio-Psico-Social:** La DPP es multifactorial, resultado de la interacción de diversos elementos (40):
 - Factores Biológicos: Incluyen la rápida caída de los niveles de hormonas esteroides (estrógenos y progesterona) tras el parto, alteraciones en el eje



hipotálamo-hipófisis-adrenal (HHA) y disfunción de neurotransmisores como la serotonina y la norepinefrina (41).

- Factores Psicológicos: Antecedentes de trastornos del ánimo, ansiedad, bajo autoconcepto, y mecanismos de afrontamiento ineficaces.
- Factores Sociales y Ambientales: Pobre apoyo social, violencia de pareja (VdP), estrés vital y situación socioeconómica precaria.
 - **Expresión contextual en Puno y el Altiplano:** En las comunidades Quechua y Aimara de Puno, la depresión a menudo se somatiza y puede no expresarse verbalmente como tristeza o desesperanza, sino como síntomas físicos no explicados (42):
- Quejas Físicas: Dolor de cabeza persistente, dolor de espalda o cintura, debilidad generalizada, y fatiga que no mejora con el descanso. En el contexto Altoandino, estos síntomas pueden ser atribuidos a la "pérdida de fuerza" o al frío (friaje).
- Síntomas de Relación: En lugar de hablar de culpa, pueden reportar miedo a dañar al bebé o desinterés profundo en cuidarlo (déficit en el vínculo), lo que choca con las altas expectativas culturales de la "mamá andina" fuerte y resiliente.
- Aislamiento: La falta de participación en rituales comunales o familiares del posparto puede ser una manifestación conductual del retraimiento depresivo.
 - **Prevalencia y factores de riesgo en Puno:** La prevalencia de la DPP en Puno es notablemente superior a la media global, reflejando las intensas presiones socioeconómicas y la limitación de recursos en el ámbito rural altoandino.
 - **Magnitud del problema:** La revisión de la literatura en Puno y el sur andino de Perú revela consistentemente tasas elevadas de DPP:



- Tasa de Prevalencia: Estudios en centros de salud de Puno han reportado prevalencias de síntomas depresivos posparto que oscilan entre el 24.7% y el 53.62% en puérperas (42).
- Depresión Prenatal: La depresión que inicia durante el embarazo es un fuerte predictor de la DPP, y las tasas en las gestantes andinas también son altas, exacerbadas por la falta de acceso oportuno a controles prenatales de calidad (43).
 - **Factores de Riesgo Críticos en el Altoandino:** La vulnerabilidad se intensifica por la convergencia de la pobreza, el machismo estructural y las barreras geográficas (25):

Tabla 1

Factores de Riesgo Críticos para la Depresión Perinatal en el Contexto Altoandino.

CATEGORÍA DE RIESGO	FACTOR DETALLADO	FUNDAMENTO CONTEXTUAL PUNO
Socioeconómicos	Pobreza, bajos ingresos, desempleo, bajo nivel educativo.	El 65% del riesgo de DPP en el Perú rural está asociado a la pobreza y falta de oportunidades (44). Puno presenta altos índices de pobreza monetaria rural.
Violencia y Apoyo	Violencia de la pareja (VdP), falta de apoyo emocional del esposo/familia.	La VdP es el factor más consistentemente asociado a la DPP en Puno (45). La ausencia de la pareja (migración) genera una sobrecarga emocional y física en la madre.
Obstétricos	Antecedente de DPP, embarazo no deseado, complicaciones del parto (cesárea, prematuro).	Un parto no esperado (cesárea de emergencia) o un hijo con morbilidad incrementa la sensación de fracaso o culpa.
Factores Culturales	Estrés por la aculturación, expectativas sociales rígidas de la maternidad.	Las mujeres que migran del ámbito rural al urbano en Puno pueden experimentar un choque de expectativas, perdiendo las redes de apoyo comunales tradicionales (42).
Geográficos/Ambientales	Vivir en zonas rurales dispersas, exposición al friaje, dificultad de acceso a servicios de salud.	El aislamiento geográfico exagera la falta de acceso a atención de salud mental, de salud.



CATEGORÍA DE RIESGO	FACTOR DETALLADO	FUNDAMENTO CONTEXTUAL PUNO
		convirtiendo la depresión en un problema crónico y no tratado.

Fuente: Adaptado de los estudios de determinantes sociales en salud materna en el Perú (46)(32).

- **Consecuencias de la DPP en la salud pública y el desarrollo infantil:**

La DPP es un problema de salud pública de primera magnitud debido a sus efectos duraderos en la día a día y en el desarrollo de la próxima generación (40).

Impacto en la salud materna: El riesgo más grave es la ideación y el intento de suicidio, la principal causa de mortalidad indirecta asociada al embarazo en algunos contextos (38). Además, la DPP lleva a un autocuidado deficiente, resultando en complicaciones médicas maternas y la interrupción temprana de la lactancia materna exclusiva (26).

Impacto en el desarrollo infantil: El vínculo materno-infantil se ve gravemente afectado, comprometiendo la calidad de la estimulación temprana y el entorno de crianza (47).

Efectos en la Interacción: Las madres deprimidas suelen ser menos sensibles, menos interactivas, y pueden exhibir un comportamiento de desapego o, por el contrario, ser intrusivas o sobreprotectoras.

Resultados de Desarrollo: Los hijos de madres con DPP tienen mayor riesgo de:

Retraso en el Desarrollo Cognitivo y Motor: Peor rendimiento en pruebas de lenguaje y habilidades motrices finas.

Problemas Emocionales y de Conducta: Mayor incidencia de trastornos de ansiedad, TDAH y problemas conductuales en la edad preescolar y escolar (47).



Salud Física Infantil: Mayor incidencia de malnutrición, enfermedades infecciosas y bajo cumplimiento de las inmunizaciones debido al descuido parental.

Retos para la intervención en Puno: La intervención en Puno debe considerar la cosmovisión andina y las barreras de acceso:

- Barrera Cultural y Estigma: El estigma asociado a la salud mental y la tendencia a somatizar los síntomas dificultan la búsqueda de ayuda.
- Barrera de Idioma: La necesidad de contar con personal de salud que hable quechua o aimara para realizar tamizaje y ofrecer consejería culturalmente sensible.
- Recursos Limitados: Escasez de psicólogos y psiquiatras en el primer nivel de atención y en zonas rurales. Se requiere un enfoque basado en la atención primaria y el apoyo comunitario (44).

Fisiopatología de la depresión perinatal y su correlación clínica: Desregulación del Eje Hipotálamo-Hipófisis-Adrenal (HHA): Durante el embarazo, la placenta produce hormona liberadora de corticotropina (CRH), lo que eleva los niveles de cortisol, en una gestación normal, este sistema se autorregula; sin embargo, en la depresión perinatal, el eje HHA se vuelve hiperreactivo. Los niveles crónicamente altos de cortisol afectan el hipocampo y la corteza prefrontal. Esto se traduce en las dificultades de concentración y la incapacidad para la toma de decisiones que evalúa el PHQ-9. Asimismo, el cortisol elevado altera los ciclos circadianos, explicando por qué el insomnio (problemas de sueño) (48).

Hipótesis Neuroinflamatoria y la Vía de la Quinurenina: El embarazo es un estado de desafío inmunológico. La depresión perinatal se asocia con un aumento de citocinas proinflamatorias (IL-6, TNF- α). Estas citocinas activan la enzima indolamina 2,3-



dioxigenasa (IDO), la cual desvía el triptófano hacia la producción de ácido quinolínico (neurotóxico) en lugar de serotonina. La caída de serotonina y el aumento de metabolitos tóxicos en el cerebro provocan la anhedonia (pérdida de interés) y el ánimo deprimido. La inflamación sistémica también se manifiesta como fatiga y pérdida de energía (49).

Fluctuaciones de Esteroides Neuroactivos (Alopregnanolona): Los niveles de progesterona y sus metabolitos, como la alopregnanolona (un modulador positivo del receptor GABA-A con efectos calmantes), caen abruptamente en el parto. Las mujeres con depresión perinatal parecen tener una sensibilidad anormal a estos cambios. La falta de este efecto "sedante natural" aumenta la agitación psicomotora o, en algunos casos, el retraimiento. Esta inestabilidad neuroquímica contribuye a los sentimientos de culpa y desesperanza (49).

El Factor de la Hipoxia Altoandina: En zonas de altura, la hipoxia hipobárica aumenta el estrés oxidativo y puede exacerbar la inflamación neuronal. La hipoxia reduce la síntesis de dopamina y serotonina debido a que las enzimas precursoras requieren oxígeno para funcionar. Esto explica por qué en Puno la prevalencia es tan alta; la biología de la altura "empuja" al sistema nervioso hacia un estado de vulnerabilidad depresiva, manifestándose intensamente en síntomas físicos (somatización).

La presentación sintomática de la DPP sigue los criterios diagnósticos del DSM-5, pero la manera en que estos síntomas se expresan y se interpretan varía según el contexto cultural y lingüístico, un fenómeno conocido como idioma de malestar (50).

Síntomas centrales: Los criterios diagnósticos requieren la presencia de al menos cinco síntomas por un período de dos semanas, incluyendo obligatoriamente el ánimo deprimido o la anhedonia:



Tabla 2

Clasificación de las Manifestaciones Clínicas de la Depresión Perinatal por Ejes

Sintomáticos

Eje Sintomático	Manifestaciones Clave
Afectivo	Tristeza, vacío, irritabilidad aumentada, llanto fácil.
Cognitivo	Sentimientos de inutilidad, culpa excesiva, desesperanza, dificultad para tomar decisiones. Ideación suicida (riesgo grave).
Somático/Vegetativo	Fatiga extrema (anergia), insomnio o hipersomnia, cambios significativos en el apetito y el peso.
Comportamental	Retraimiento social, agitación o lentitud psicomotora.

Fuente: Adaptado de la Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-V (2013) y la estructura dimensional del Patient Health Questionnaire (PHQ-9).



CAPÍTULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1 METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

3.1.1 Diseño

La presente investigación corresponde al paradigma cuantitativo, hipotético deductivo, descriptivo correlacional, prospectivo, transversal.

3.1.1.1 Ubicación geográfica

La presente investigación se ejecutó en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón ubicado en Av. El sol 1022 de la ciudad de Puno, en el servicio de gineco-obstetricia, como lugar de referencia principal de las mujeres de zonas altas y rurales de la región Puno, considerando un periodo de estudio en el segundo semestre del año 2025. (Anexo 1)

3.1.1.2 Población:

Mujeres Altoandinas puérperas que sean atendidas en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón durante 2025

3.1.1.3 Muestra

Para el presente estudio empleó una muestra de tipo censal de todas las puérperas ingresadas en el servicio de GO en el periodo establecido es decir de junio a diciembre 2025, gestantes que cumplieran criterios de inclusión y exclusión.



Considerando según reporte de la oficina de estadística un promedio de 60 partos por mes como mínimo.

3.1.1.4 Criterios de inclusión y exclusión

- **Criterios de inclusión**

- Puérperas con parto atendido en el HRMNB Puno
- Puérperas entre 16 a 43 años
- Puérperas con parto vaginal o por cesárea
- Mujeres nulíparas o multíparas
- Mujeres sin pareja estable
- Mujeres con pareja estable
- Mujeres de procedencia urbana o rural
- Puérperas que firmen consentimiento informado

- **Criterios de exclusión**

- Mujeres con diagnóstico de enfermedad orgánica crónica
- Mujeres con diagnóstico de enfermedad psiquiátrica previo al embarazo
- Mujeres con medicación psicofármacos
- Mujeres con violencia familiar
- Mujeres con abuso sexual
- Puérperas con recién nacidos que presenten malformaciones genéticas
- Puérperas con recién nacidos que presenten síndromes diversos
- Puérperas con óbito fetal



3.1.1.5 Método

- **Procedimiento**
- Se partió por la aprobación del proyecto de investigación en el sistema PILAR de la UNA-Puno. (Anexo 2)
- Se solicitó los permisos respectivos en el HRMNB-Puno, presentándose el proyecto en la Unidad de Capacitación del mismo.
- Se solicitó los permisos respectivos ante la Jefatura del Servicio de GO del HRMNB-Puno, presentándose el proyecto en la Unidad de Capacitación del mismo. (Anexo 3)
- Se seleccionó cuidadosamente la muestra a incluirse cumpliendo estrictamente criterios de inclusión y exclusión.
- Se aplicó el instrumento posterior a ser validado
- El instrumento contó con validación en los siguientes aspectos
- **VALIDEZ DE CONTENIDO:** Grado en que un instrumento refleja un dominio específico de contenido de lo que se mide.
- **VALIDEZ DE CRITERIO:** Se establece al validar un instrumento de medición al compararlo con algún criterio externo que pretende medir lo mismo. Validez concurrente y la validez predictiva.
- **VALIDEZ DE CONSTRUCTO:** Debe explicar el modelo teórico empírico que subyace a la variable de interés.
- Posteriormente Bajo la consideración de tres validadores expertos en el área expertos en psiquiatría y ginecología, se completó el proceso de validación con la aplicación del alfa de Cronbach. (Anexo 4)



- Para la aplicación del instrumento se recurrió a la firma del consentimiento informado respectivo. (Anexo 5)
- Instrumento: los investigadores consideran el test Patient Health Questionnaire (PHQ-9) pertinente por haber sido empleado y validado previamente en nuestro país (21) (27) (28): Patient Health Questionnaire (PHQ-9), con 9 items Con puntuación - 4: Depresión mínima de 5-9: Depresión leve. 10-14: Depresión moderada. 15-19: Depresión moderadamente severa. 20-27: Depresión severa. Finalmente, los factores epidemiológicos se correlacionaron con las puntuaciones del Test referido. (Anexo 6)
- **Manejo estadístico**

La estadística descriptiva e inferencial aplicada después de valorar la homogeneidad de la muestra nos permitió los estadísticos más pertinentes para la contrastación hipotética.

Los resultados se registraron en una base de datos en el Excel 2021 y se realizó un procesamiento con el Software IBM SPSS versión 29.

Se realizaron análisis estadísticos descriptivos para la caracterización de las puérperas atendidas.

Para la prueba de hipótesis determinó que la muestra bajo el test de normalidad de Smirnov kolmogorof no sigue una distribución normal por lo que se empleó estadística no paramétrica para la correspondiente prueba de hipótesis empleándose Chi cuadrado y la Ro de Spearman (ANEXO G).

Consideramos:



Hi: Es probable una alta prevalencia de depresión perinatal y sus manifestaciones clínicas en mujeres altoandinas HRMNB Puno 2025.

H°: No es probable una alta prevalencia de depresión perinatal y sus manifestaciones clínicas en mujeres altoandinas HRMNB Puno 2025.

Se trabajó con un nivel de significancia de 95%. y un p valor menor a 0.05

3.1.1.6 Consideraciones éticas

La presente investigación consideró las normas y principios internacionales contemplados para la investigación bajo revisión documentaria

Como la Declaración de Helsinki, 1995, además de los CRI que prevé principios éticos fundamentales. Aplicados a la investigación en humanos

La data de las encuestas se manejó cuidando aspectos de protección de identidad bajo asignación de codificación respectiva.

Se contempla hoja informativa con Consentimiento Informado dadas las características del estudio.

La data permaneció en custodia de los investigadores hasta la publicación de la misma, luego de la cual fue destruida.

3.1.1.7 Operacionalización de variables:

Tabla 3

Cuadro de operacionalización de variables

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA	TIPO DE VARIABLE	CATEGORÍA	
INDEPENDIENTES	Prevalencia	P = prevalencia C = número de individuos afectados existentes N = número de personas en una población	Gestantes Puérperas	Cuantitativa	Continua	
	Características Epidemiológicas	Edad	18 - 25 26 - 32 33- 38	Cuantitativa	Continua	
		Nivel de instrucción	Primario Secundario Superior	Cualitativa	Nominal	
		Ocupación	Estudiante Profesional Trabajador independiente Sin empleo	Cualitativa	Nominal	
		Estado civil	Casada Conviviente	Cualitativa	Nominal	
		Procedencia	Urbana Rural	Cualitativa	Nominal	
		Puérperas	Inmediatas Mediatas	Cualitativa	Nominal	
		CPN	< 8 9 - 10	Cuantitativa	Nominal	
		Factor riesgo obstétrico	Si/No	Cualitativa	Nominal	
		Paridad	Primípara Multípara	Cualitativa	Nominal	
		DEPENDIENTE	PHQ 9	Tener poco interés o placer en hacer las cosas	Nunca Varios días Mas de 4 días de la semana	Cualitativa
	Sentirse desanimada, deprimida o sin esperanza			Casi todos los días de la semana	Cualitativa	Nominal
Con problemas en dormir o mantenerse dormida o dormir demasiado				Cualitativa	Nominal	
Sentirse cansada o tener poca energía				Cualitativa	Nominal	
Tener poco apetito o comer en exceso				Cualitativa	Nominal	
Sentir falta de amor propio o que sea un fracaso o que				Cualitativa	Nominal	



VARIABLES	DIMENSIONES INDICADORES	ESCALA	TIPO DE VARIABLE	CATEGORÍA
	decepcionará a sí misma o a su familia		Cualitativa	Nominal
	Tener dificultad para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o mirar la televisión		Cualitativa	Nominal
	Se mueve o habla tan lentamente que otra persona se podría dar cuenta, o de lo contrario esta tan agitada, inquieta, que se me mueve mucho más de lo normal		Cualitativa	Nominal
	Se le han ocurrido pensamientos de que sería mejor estar muerta o de que se haría daño de alguna manera		Cualitativa	Nominal



CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSION

4.1 RESULTADOS

Prevalencia de la depresión perinatal en mujeres altoandinas HRMNB Puno 2025.

Bajo la siguiente formula:

$$P = \frac{C}{N} \times 100$$

P = Prevalencia

C = Número de individuos afectados existentes

N = Número de personas en una población (247 mujeres)

Tabla 4

Prevalencia de la Depresión Perinatal en mujeres altoandinas HRMNB Puno 2025

Prevalencia	Frecuencia	%
Si	86	52.4%
No	78	47.6%
	164	100.0%

Nota. Del 100% de pacientes 164 encontramos una prevalencia de 52.4% de depresión perinatal en mujeres altoandinas HRMNB Puno 2025.

Tabla 5

Características epidemiológicas: edad en la Depresión Perinatal en mujeres altoandinas HRMNB Puno 2025.

Intervalos	fx	hx
[17.0 - 20.2>	17	10.4%
[20.2 - 23.5>	27	16.5%
[23.5 - 26.8>	29	17.7%
[26.8 - 30.0>	26	15.9%
[30.0 - 33.2>	27	16.5%
[33.2 - 36.5>	15	9.1%
[36.5 - 39.8>	14	8.5%
[39.8 - 43.0>	9	5.5%
TOTAL	164	100.0%

Nota. Del 100% 164 pacientes, de 23.5 a 26.8 años con 17.7% con depresión perinatal, de 20.2 a 23.5 años con 16.5%, de 30.0 a 33.2 años con 16.5%, de 26.8 a 30.0 años con 15.9%, de 17.0 a 20.2 años con 10.4%, de 33.2 a 36.5 años con 9.1%, de 36.5 a 39.8 años con 8.5%, de 39.8 a 4

Tabla 6

Características epidemiológicas: nivel de instrucción y ocupación en la Depresión Perinatal en mujeres altoandinas HRMNB Puno 2025.

Variables	Categoría	Frecuencia	%
Nivel de Instrucción	Sin instrucción	17	10.4%
	Secundaria	36	22.0%
	Superior Incompleta	77	47.0%
	Superior Completa	34	20.7%
	Total	164	100.0%
Ocupación	Sin	73	44.5%
	Con	91	55.5%
	Total	164	100.0%

Nota. Del 100% 164 pacientes, 47.0% 77 mujeres con nivel de instrucción: superior incompleta presentan depresión perinatal; 22.0% 36 con secundaria, 20.7% 34 con superior completa, 10.4% 17 sin instrucción. Del 100% 164 pacientes, 55.5% 91 mujeres con ocupación presentan depresión perinatal, mientr

Tabla 7

Características epidemiológicas: estado civil y procedencia en la Depresión Perinatal en mujeres altoandinas HRMNB Puno 2025.

Variables	Categoría	Frecuencia	%
Estado Civil	Soltera	89	54.3%
	Casada y/o conviviente	75	45.7%
	Total	164	100.0%
Procedencia	Rural	117	71.3%
	Urbano	47	28.7%
	Total	164	100.0%

Nota. Del 100% 164 mujeres, 54.3% 89 solteras presentan depresión perinatal, mientras que 45.7% 75 casadas y/o convivientes presentan depresión perinatal.

Del 100% 164 mujeres, 71.3% 117 son de procedencia rural con depresión perinatal y 28.7% 47 de procedencia urbana presentan depresión perinatal.

Tabla 8

Manifestaciones clínicas: anhedonia y estado de ánimo en la Depresión Perinatal en mujeres altoandinas HRMNB Puno 2025.

Variable	p-valor	Categoría	Frecuencia	%
Anhedonia	< 0.001	Nunca	90	54.9%
		Varios días	54	32.9%
		Mas de 4 días a la semana	18	11.0%
		Casi todos los días	2	1.2%
		Total	164	100.0%
Alt animo	< 0.001	Nunca	105	64.0%
		Varios días	39	23.8%
		Mas de 4 días a la semana	19	11.6%
		Casi todos los días	1	0.6%
		Total	164	100.0%

Nota. La aplicación del test PHQ-9 indica del 100% 164 mujeres, 54.9% 90 no presentan anhedonia, 32.9% 54 presentan anhedonia varios días, 11.0% 18 más de 4 días a la semana presentan anhedonia y 1.2% 2 casi todos los días.

La aplicación del test PHQ-9 indica del 100% 164 mujeres, 64.0%, 105 nunca presentaron alteración del estado de ánimo, 23.8% 39 con alteraciones del estado de ánimo varios días, 11.6% 19 más de 4 días a la semana y 0.6% 1 casi todos los días.

La depresión perinatal y anhedonia muestran asociación estadísticamente significativa con Chi-cuadrado = 79.473.

La depresión perinatal y estado de ánimo muestran asociación extremadamente significativa, con Chi-cuadrado = 72.230.

Tabla 9

Manifestaciones clínicas: trastorno del sueño y fatiga en la depresión perinatal en mujeres altoandinas HRMNB Puno 2025.

Variable	p-valor	Categoría	Frecuencia	%
Trastorno de sueño	< 0.001	Nunca	22	13.4%
		Varios días	60	36.6%
		Mas de 4 días a la semana	69	42.1%
		Casi todos los días	13	7.9%
Fatiga	< 0.001	Nunca	51	31.1%
		Varios días	74	45.1%
		Mas de 4 días a la semana	34	20.7%
		Casi todos los días	5	3.0%
		Total	164	100.0%

Nota. La aplicación del test PHQ-9 indica del 100% 164 mujeres, 42.1% 69 con trastorno de sueño más de 4 días a la semana, 36.6% 60 varios días a la semana, 13.4% 22 nunca presentaron trastorno del sueño y 7.9% 13 presentaron esta alteración del sueño casi todos los días.

La aplicación del test PHQ-9 indica del 100% 164 mujeres, 45.1% 74 presentaron fatiga varios días, 31.1% 51 nunca presentaron fatiga, 20.7% 34 con fatiga más de 4 días a la semana y 3.0% 5 casi todos los días.

La depresión perinatal y el sueño muestran asociación significativa con Chi-cuadrado = 46.357

La depresión perinatal y la fatiga muestran asociación muy fuerte y significativa, con Chi-cuadrado = 78.079.

Tabla 10

Manifestaciones clínicas: apetito y sentimiento de culpa en la Depresión Perinatal en mujeres altoandinas HRMNB Puno 2025.

Variable	pvalor	Categoría	Frecuencia	%
Alteración Del apetito	< 0.001	Nunca	26	15.9%
		Varios días	87	53.0%
		Mas de 4 días a la semana	46	28.0%
		Casi todos los días	5	3.0%
		Total	164	100.0%
Sentimiento de culpa	< 0.001	Nunca	122	74.4%
		Varios días	32	19.5%
		Mas de 4 días a la semana	8	4.9%
		Casi todos los días	2	1.2%
		Total	164	100.0%

Nota. La aplicación del test PHQ-9 indica del 100% 164 mujeres, 53.0% 87 presentaron alteraciones en el apetito varios días, 28.0% 46 más de 4 días a la semana, 15.9% 26 nunca presentaron alteración del apetito y 3.0% 5 presentaron alteración del apetito casi todos los días.

La aplicación del test PHQ-9 indica del 100% 164 mujeres, 74.4% 122 nunca presentaron sentimiento de culpa, 19.5% 32 con sentimiento de culpa varios días, 4.9% 8 más de 4 días a la semana y 1.2% 2 casi todos los días.

La depresión perinatal y la alteración del apetito muestran asociación significativa con Chi-cuadrado = 32.131.

La depresión perinatal y el sentimiento de culpa muestran asociación significativa y de fuerza moderada-alta, con Chi-cuadrado = 51.207.

Tabla 11

Manifestaciones clínicas: concentración y psicomotricidad en la Depresión Perinatal en mujeres altoandinas HRMNB Puno 2025

Variable	pvalor	Categoría	Frecuencia	%
Concentración	< 0.001	Nunca	106	64.6%
		Varios días	47	28.7%
		Mas de 4 días a la semana	11	6.7%
		Total	164	100.0%
Psicomotricidad	< 0.001	Nunca	111	67.7%
		Varios días	47	28.7%
		Mas de 4 días a la semana	6	3.7%
		Total	164	100.0%

Nota. La aplicación del test PHQ-9 indica del 100% 164 mujeres, 64.6% 106 nunca presentaron alteración de la concentración, 28.7% 47 con alteración de la concentración varios días y 6.7% 11 más de 4 días a la semana.

La aplicación del test PHQ-9 indica del 100% 164 mujeres, 67.7% 111 nunca presentaron alteración en la psicomotricidad, 28.7% 47 con alteración de la psicomotricidad varios días y 3.7% 6 más de 4 días a la semana.

La depresión perinatal y la concentración muestran asociación muy fuerte y significativa con Chi-cuadrado = 70.079.

La depresión perinatal y la psicomotricidad muestran asociación muy fuerte y significativa, con Chi-cuadrado = 60.238.

Tabla 12

Manifestaciones clínicas: ideación suicida en la Depresión Perinatal en mujeres altoandinas HRMNB Puno 2025.

Variable	pvalor	Categoría	Frecuencia	%
Ideación suicida	0.008	Nunca	152	92.7%
		Varios días	8	4.9%
		Mas de 4 días a la semana	2	1.2%
		Casi todos los días	2	1.2%
		Total	164	100.0%

Nota. La aplicación del test PHQ-9 indica del 100% 164 mujeres, 92.7% 152 nunca tuvieron ideaciones suicidas, 4.9% 8 tuvieron ideaciones suicidas varios días y 1.2% 2 más de 4 días a la semana y casi todos los días respectivamente.

La depresión perinatal y la ideación suicida muestran asociación significativa ($p < 0.05$), con Chi-cuadrado = 11.743 más bajo y p-value más alto, esto sugiere que, si bien la ideación suicida se relaciona con la depresión, esta asociación es menos intensa.

Tabla 13

Manifestaciones clínicas y grupo etario en la Depresión Perinatal en mujeres

altoandinas HRMNB Puno 2025.

MANIFESTACIONES CLINICAS	GRUPO ETARIO					
	Adolescentes (≤ 19 años) (n=9)		Adultas Jóvenes (20-34 años) (n=121)		Adultas Mayores (≥ 35 años) (n=34)	
	%	Nº Pacientes	%	Nº Pacientes	%	Nº Pacientes
Anhedonia	77.8	7	43.8	53	41.2	14
Estado de animo	88.9	8	33.1	40	32.4	11
Trastorno de sueño	88.9	8	86.8	105	82.4	28
Fatiga	100.0	9	65.3	79	73.5	25
Alt del apetito	100.0	9	84.3	102	79.4	27
Sentimiento de culpa	66.7	6	25.6	31	14.7	5
Alt. concentración	33.3	3	33.1	40	44.1	15
Psicomotricidad	55.6	5	28.9	35	38.2	13
Ideación suicida	33.3	3	4.9	6	8.8	3

Nota. Se observa que en las adolescentes (≤ 19 años), la fatiga y alteración del apetito muestran 100.0% con 9 mujeres respectivamente. En adultas jóvenes (20-34 años), un 86.8% con 105 mujeres con trastorno de sueño, mientras que las adultas mayores (≥ 35 años), 82.4% con 28 mujeres presentan trasto

La ideación suicida un 33.3% con 3 mujeres destaca en el grupo adolescente.

Tabla 14

Manifestaciones clínicas y ocupación en la Depresión Perinatal en mujeres altoandinas

HRMNB Puno 2025.

MANIFESTACIONES CLINICAS	OCUPACIÓN			
	Sin ocupación (n=73)		Con ocupación Independiente/Dependiente (n=91)	
	%	Nº Pacientes	%	Nº Pacientes
Anhedonia	53.4	39	38.5	35
Estado de animo	46.6	34	27.5	25
Trastorno de sueño	90.4	66	83.5	76

OCUPACIÓN				
Fatiga	79.5	58	60.4	55
Alt del apetito	83.6	61	84.6	77
Sentimiento de culpa	34.2	25	18.7	17
Alt. concentración	46.6	34	26.4	24
Psicomotricidad	43.8	32	23.1	21
Ideación suicida	13.7	10	2.2	2

Nota. Las mujeres sin ocupación un 90.4% 66 presentan trastorno de sueño, y 83.6% 61 alteraciones en el apetito.

Las mujeres con ocupación, un 84.6% 77 presentan alteración en el apetito y 83.5% 76 trastorno del sueño

La ideación suicida muestra 13.7% 10 mujeres en el grupo sin ocupación y 2.2% 2 en mujeres con ocupación.

Tabla 15

Manifestaciones clínicas y nivel de Instrucción en la Depresión Perinatal en mujeres altoandinas HRMNB Puno 2025.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS	NIVEL DE INSTRUCCIÓN								
	Sin instrucción (n=17)		Secundaria (n=36)		Superior (n=77)		incompleta Superior (n=34)		completa
	%	Nº Pacient	%	Nº Pacient	%	Nº Pacient	%	Nº Pacient	
Anhedonia	41.2	7	52.8	19	46.8	36	35.3	12	
Estado de animo	35.3	6	44.4	16	39.0	30	20.6	7	
Trastorno de sueño	82.4	14	83.3	30	88.3	68	88.2	30	
Fatiga	58.8	10	77.8	28	67.5	52	67.6	23	
Alt del apetito	76.5	13	83.3	30	85.7	66	85.3	29	
Sentimiento de culpa	11.8	2	36.1	13	28.6	22	14.7	5	
Alt. concentración	41.2	7	33.3	12	39.0	30	26.5	9	
Psicomotricidad	41.2	7	27.8	10	35.1	27	26.5	9	
Ideación suicida	11.8	2	16.7	6	5.2	4	0.0	0	

Nota. Presentan trastorno del sueño 82.4% 14 mujeres sin instrucción, 83.3% 30 con secundaria, 88.3% 68 con superior incompleta, 88.2% 30 con superior completa.

Presentan alteración del apetito 76.5% 13 mujeres sin instrucción, 83.3% 30 con secundaria, 85.7% 66 con superior incompleta, 85.3% 29 con superior completa.

La ideación suicida muestra un 16.7% 6 en el grupo de mujeres con secundaria.

Tabla 16

Manifestaciones clínicas y estado civil en la Depresión Perinatal en mujeres altoandinas HRMNB Puno 2025.

MANIFESTACIONES CLINICAS	ESTADO CIVIL			
	Soltera(n=89)		Conviviente / Casada(n=75)	
	%	N° Pacientes	%	N° Pacientes
Anhedonia	47.2	42	42.7	32
Estado de animo	37.1	33	34.7	26
Trastorno de sueño	89.9	80	82.7	62
Fatiga	73.0	65	64.0	48
Alt del apetito	84.3	75	84.0	63
Sentimiento de culpa	25.8	23	25.3	19
Alt. concentración	32.6	29	38.7	29
Psicomotricidad	28.1	25	37.3	28
Ideación suicida	4.5	4	10.7	8

Nota. En relación al estado civil las solteras 89.9% 80 presentan trastorno del sueño mientras que las convivientes/casadas 84.0% 63 presentan alteraciones del apetito.

La ideación suicida en el grupo entre convivientes y casadas aparece con 10.7% 8 mujeres

Tabla 17

Manifestaciones clínicas y procedencia en la Depresión Perinatal en mujeres altoandinas HRMNB Puno 2025.

MANIFESTACIONES CLINICAS	PROCEDENCIA			
	Zona Rural (n=117)		Zona Urbana(n=47)	
	%	N° Pacientes	%	N° Pacientes
Anhedonia	44.4	52	46.8	22
Estado de animo	35.0	41	38.3	18
Trastorno de sueño	85.5	100	89.4	42
Fatiga	68.4	80	70.2	33
Alt del apetito	80.3	94	93.6	44
Sentimiento de culpa	25.6	30	25.5	12

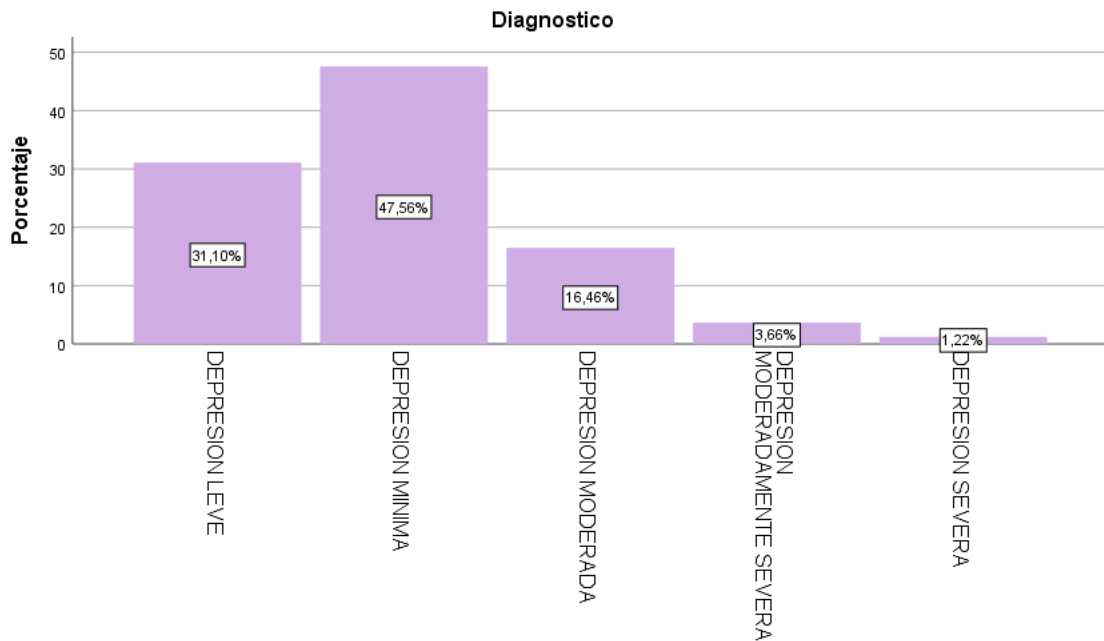
PROCEDENCIA				
Alt. concentración	36.8	43	31.9	15
Psicomotricidad	33.3	39	29.8	14
Ideación suicida	7.7	9	6.4	3

Nota. Las mujeres de zona rural un 85.5% 100 presentan trastorno del sueño y las de zona urbana 93.6% 44 alteraciones del apetito.

La ideación suicida se presenta en 7.7% 9 de las mujeres rurales y en 6.4% 3 de las mujeres urbanas.

Figura 1

Niveles de Depresión Perinatal en mujeres altoandinas HRMNB Puno 2025

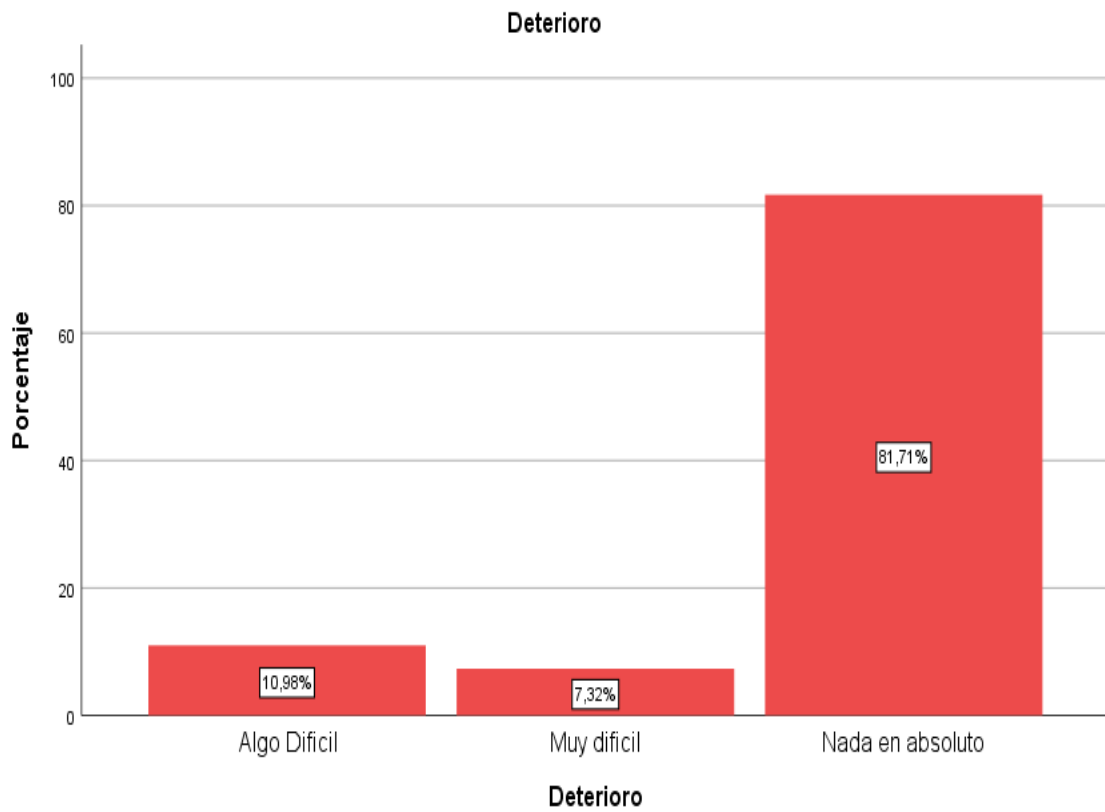


Nota. Del 100% con depresión perinatal el 47.6% 78 presenta depresión mínima, 31.1% 51 depresión leve, 16.5% 27 depresión moderada, 3.7% 6 depresión moderadamente severa, 1.2% 2 depresión severa.

Figura 2

Respuesta ante el nivel de deterioro en la Depresión Perinatal en mujeres altoandinas

HRMNB Puno 2025

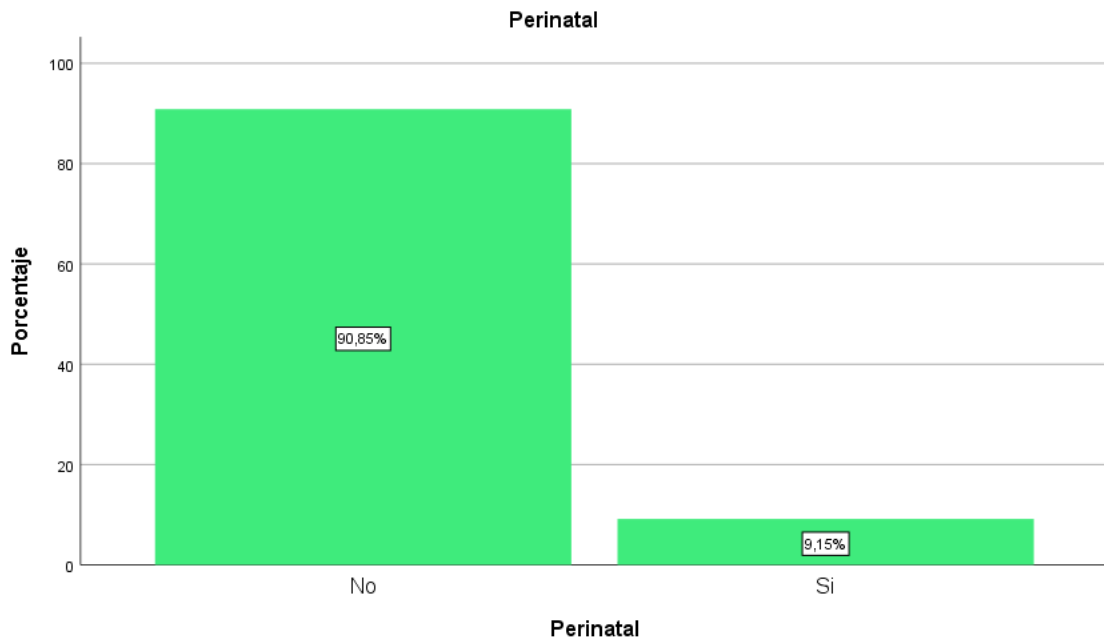


Nota. Del 100% 164 pacientes el nivel de dificultad para cumplir labores o relacionarse con otras personas mientras presenta depresión perinatal es: nada en absoluto 81.7% 134, algo difícil 11.0% 18,

Figura 3

Interferencia de actividades en la Depresión Perinatal en mujeres altoandinas HRMNB

Puno 2025



Nota. Del 100% 164 con depresión perinatal 90,9% 149 refiere no tener interferencia en sus actividades, 9,1% 15 presentaron interferencia.

4.2 DISCUSIÓN

El presente trabajo titulado Prevalencia y manifestaciones de la depresión perinatal en mujeres altoandinas HRMNB puno 2025, cuya hipótesis plantea: Es probable una alta prevalencia de depresión perinatal y sus manifestaciones clínicas en mujeres altoandinas HRMNB Puno 2025, realizada desarrollando los siguientes objetivos son: Estimar la prevalencia y manifestaciones de la depresión perinatal en mujeres altoandinas HRMNB Puno 2025, estimar la prevalencia de la depresión perinatal en mujeres altoandinas HRMNB Puno 2025, conocer las características epidemiológicas de la depresión perinatal en mujeres altoandinas HRMNB Puno 2025, conocer las manifestaciones clínicas de la depresión perinatal en mujeres altoandinas HRMNB Puno 2025. Investigación realizada con una población de 247 mujeres a las que se aplicó criterios de exclusión e inclusión con una muestra final de 164 mujeres con



depresión perinatal, a continuación, presentamos nuestros hallazgos comparativamente en relación a los antecedentes.

Al estimar la prevalencia de la depresión perinatal en mujeres altoandinas HRMNB Puno 2025, encontramos una prevalencia de 52.4% de depresión perinatal en mujeres altoandinas HRMNB Puno 2025, una cifra que supera drásticamente los estándares epidemiológicos globales y nacionales. Este hallazgo es superior al meta-análisis de Woody et al (17), quien reporta prevalencias de 19.2% en el periodo prenatal y 18.7% en el postnatal para países de ingresos medios y bajos. A nivel nacional, nuestros resultados sobrepasan el rango de 20% a 40% descrito por Orihuela (22) y el 16.1% reportado por Leveau-Bartra et al (21) en un hospital de Ica. En el contexto local, la prevalencia del 52.4% es significativamente mayor al 27% reportado por Chambilla (31) en establecimientos de primer nivel de Puno. Esta discrepancia puede atribuirse a que el HRMNB, al ser un hospital de tercer nivel, concentra una población con mayor carga de morbilidad y factores de riesgo acumulados, lo que sugiere que la altitud y la complejidad hospitalaria actúan como variables que exacerban la presentación del trastorno en la región altoandina.

Dentro de las características epidemiológicas de la depresión perinatal en mujeres altoandinas HRMNB Puno 2025, encontramos:

En relación al grupo etario el más afectado fue el de 23.5 a 26.8 años (17.7%), seguido por una presencia crítica en adolescentes. Esta información guarda relación con lo expuesto por Krauskopf y Valenzuela(14), quienes señalan que la transición a la maternidad en etapas tempranas o de inestabilidad vital incrementa la vulnerabilidad emocional. En este rango de edad, la mujer suele estar en una fase de transición académica o inicio de la vida laboral. La llegada de un hijo puede ser percibida como una



interrupción de objetivos personales o profesionales, generando "estresores de transición", esta etapa es también donde se consolidan las expectativas sociales sobre la "madre ideal" y la "mujer productiva", esta presión, sumada a una posible falta de estabilidad económica propia, incrementa la vulnerabilidad emocional, inestabilidad emocional y dependencia emocional.

En relación al nivel de instrucción 47.0% 77 mujeres con superior incompleta presentan depresión perinatal, mientras que Leveau-Bartra et al. (21) sugieren que un menor nivel educativo se asocia a mayor depresión por falta de recursos, en Puno, la educación superior incompleta podría reflejar una frustración de expectativas socioeconómicas y proyectos de vida truncados por la gestación, la depresión se liga a la pérdida de capital social y académico, el embarazo actúa como un "evento disruptivo" que transforma una trayectoria de superación en una de vulnerabilidad, explicando por qué este grupo educativo es el más afectado.

En lo referente a la ocupación el 55.5% 91 mujeres con ocupación presentan depresión perinatal, mientras que el 44.5% 73 sin ocupación presentan depresión perinatal, contradiciendo lo reportado por Leveau-Bartra et al.(21), quienes asocian la falta de empleo con mayor sintomatología. En el contexto altoandino, la ocupación actúa como un factor de vulnerabilidad debido a la "doble carga" (productiva y reproductiva) que desborda la capacidad de adaptación de la mujer, esta tendencia se explica por la naturaleza del comercio informal y las labores independientes en la región, que exigen un esfuerzo físico extenuante bajo condiciones climáticas adversas, tal es así que el trabajo no funciona como un factor protector, sino como un estresor que se suma a las demandas del embarazo. Capacidad productiva en disminución por condición cultural, informalidad laboral para la gestante en región pobre, a este panorama se añade una capacidad productiva en disminución forzada por la condición cultural, donde la gestante se ve



obligada a reducir su ritmo laboral sin el respaldo de una seguridad social, la informalidad laboral, predominante en una región con altos índices de pobreza como Puno, sitúa a la gestante en una posición de desprotección extrema; al no contar con licencias de maternidad ni ingresos fijos, la presión por generar sustento económico bajo condiciones de precariedad se convierte en un detonante crítico para los cuadros depresivos.

En relación al estado civil el 54.3% 89 solteras presentan depresión perinatal, mientras que 45.7% 75 casadas y/o convivientes presentan depresión perinatal, corrobora lo hallado por Chambilla (31) y Balistreri (20) quienes identifican la ausencia de soporte de la pareja como un factor de riesgo cardinal, la soltería en la mujer altoandina representa un quiebre en la red de apoyo primario, mientras que la pareja ofrece estabilidad y división de cargas laborales, la soltería impone una "hiper-responsabilidad" que, sumada a la fragilidad económica y el cambio hormonal, precipita el cuadro depresivo.

En referencia a la procedencia, 71.3% 117 son de procedencia rural con depresión perinatal lo cual refuerza lo sustentado por O'Hara (16) sobre cómo el aislamiento y la falta de acceso a servicios especializados de salud mental agravan el cuadro clínico; en nuestro medio los problemas de accesibilidad estructural a los servicios de salud y el desconocimiento del proceso gestacional por parte de la paciente, factores que incrementan la incertidumbre y el distrés emocional, el tener que enfrentar la atención del parto en un ámbito intrahospitalario desconocido, ajeno a sus prácticas culturales y redes de apoyo habituales, actúa como un factor coadyuvante que precipita o intensifica los cuadros depresivos, al transformar un evento vital en una experiencia de vulnerabilidad y despersonalización.

Conocer las manifestaciones clínicas de la depresión perinatal en mujeres altoandinas HRMNB Puno 2025.



La fatiga y alteración del apetito predominan en adolescentes (≤ 19 años), mientras que en adultas jóvenes (20-34 años) se observa trastorno de sueño, en adultas mayores (≥ 35 años), presentan trastorno de sueño, este hallazgo en adolescentes es significativamente superior a lo reportado por Orihuela(22) en Lima y Chambilla (31) en Puno, sugiriendo que la precocidad de la maternidad en el entorno altoandino actúa como un catalizador de síntomas graves. La alta tasa de ideación suicida en jóvenes coincide con lo planteado por Krauskopf y Valenzuela (14), quienes afirman que la falta de madurez emocional y el escaso soporte social en madres adolescentes incrementan el riesgo de desenlaces fatales, en este contexto, la ideación suicida no solo es un síntoma de depresión, sino una respuesta al estrés agudo.

Se encontró trastornos del sueño en mujeres sin ocupación, mientras que en mujeres con ocupación se observa trastornos del apetito; la alta prevalencia de insomnio en el grupo sin ocupación concuerda con lo expuesto por Lipa (32), quien sugiere que la falta de una rutina laboral externa, sumada al aislamiento en el hogar, puede exacerbar la rumiación cognitiva y la hipervigilancia materna, alterando el ciclo circadiano, asimismo, O'Hara (16) sostiene que las alteraciones del apetito y el sueño son indicadores somáticos universales de la depresión perinatal, pero que su intensidad suele ser mayor cuando no existen factores de distracción o redes de apoyo fuera del entorno doméstico; la marcada reducción de la ideación suicida en mujeres ocupadas (2.2%) frente a las desempleadas (13.7%) confirma que mantener un trabajo estable implica que la gestante pueda sentirse útil que acompañado de esfuerzo físico aleja posibilidades de ideación suicida, pudiendo ser la ocupación un recurso positivo en la salud mental, la ocupación dota a la mujer de una estructura lógica, una red social y un sentido de utilidad que neutraliza la desesperanza.



En relación al nivel de instrucción destaca que las mujeres con secundaria y superior incompleta reportan con más frecuencia trastornos del sueño, este hallazgo no coincide con lo planteado por Chambilla (31) y Krauskopf (14) quienes identifican que el nivel de instrucción suele coincidir con etapas de mayor vulnerabilidad socioeconómica y maternidad temprana; a diferencia de las mujeres con instrucción superior (que poseen más recursos cognitivos de afrontamiento) o aquellas sin instrucción (que pueden tener una red de apoyo tradicional más sólida), las mujeres con secundaria incompleta o completa suelen encontrarse en un "limbo" de inestabilidad laboral y falta de soporte especializado, lo que eleva el riesgo de pensamientos autolíticos ante la desesperanza. Además, por otro lado lo encontrado por Leveau-Bartra et al (21), también afirma que a menor nivel de instrucción existe mayor sintomatología depresiva debido a la precariedad de recursos. Una explicación a esta contrariedad, podría ser la interferencia de la maternidad con las aspiraciones profesionales aun no alcanzadas en mujeres altoandinas con depresión.

En lo referente al estado civil las solteras 89.9% 80 presentan trastorno del sueño mientras que las convivientes/casadas 84.0% 63 presentan alteraciones del apetito, estas cifras elevadas en ambos grupos confirman la universalidad de los síntomas somáticos en la depresión perinatal, tal como sostienen O'Hara (16), la mayor prevalencia de insomnio en solteras guarda una estrecha semejanza con lo hallado por Lipa (32) y Chambilla (31) en Puno, la ausencia de una pareja estable se traduce en una falta de soporte instrumental (ayuda física en el hogar) y emocional, lo que incrementa la hipervigilancia sobre la solvencia económica y la crianza en solitario, fragmentando el descanso materno, en nuestro estudio destaca la ideación suicida en mujeres convivientes o casadas coincidiendo con Krauskopf (14) que explica el fenómeno argumentando que cuando la relación de pareja no es saludable o existe violencia/conflictividad, el hogar deja de ser



un espacio protector para convertirse en un estresor crónico. Balistreri (20) sugiere que las casadas tienen un factor protector robusto, ante estos resultados podríamos argumentar que el estado civil de casada en un contexto altoandino caracterizado culturalmente por rasgos predominantemente patriarcales no garantiza estabilidad emocional, afectiva para las gestantes.

Los trastornos del sueño son más frecuentes en mujeres de procedencia rural a diferencia de las urbanas que guarda semejanza con lo planteado por Lipa (32) en el contexto rural de Puno y la sobrecarga de labores agropecuarias, O'Hara y Wisner (16) plantean que el aislamiento geográfico (que no se detienen durante el periodo perinatal) generan un estado de alerta constante e hipervigilancia, este estrés de supervivencia impide la consolidación del sueño, haciendo el descanso algo inalcanzable para la madre rural. Las mujeres de zona urbana presentan alteraciones del apetito a diferencia de las mujeres de zona rural, según Krauskopf y Valenzuela (14), en entornos urbanos la depresión suele manifestarse con síntomas atípicos, donde la ansiedad genera el consumo de alimentos procesados que alteran el patrón metabólico, la ideación suicida es mayor en el ámbito rural frente al urbano, este hallazgo corrobora la teoría de O'Hara (16) sobre el aislamiento como agravante clínico, en las comunidades rurales, la falta de acceso a servicios de salud mental y el estigma social actúan como barreras que impiden el desahogo emocional; la madre rural, al sentirse sola y sin recursos a su alcance, experimenta una depresión más profunda, lo que eleva el riesgo de pensamientos autolesivos como única vía de escape al sufrimiento.



V. CONCLUSIONES

- PRIMERA:** Se concluye que la prevalencia de depresión perinatal en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón es del 52.4%. Esta cifra es significativamente superior a los reportes nacionales e internacionales, lo que confirma que las mujeres altoandinas de Puno enfrentan una carga de morbilidad mental crítica. La magnitud de este hallazgo sugiere que factores ambientales como la hipoxia y factores socioestructurales propios de la región actúan como determinantes que exacerbaban este trastorno.
- SEGUNDA:** Se determinó que tener una ocupación (laboral o académica) es el factor protector más robusto contra el riesgo autolítico. Mientras que las mujeres sin ocupación presentan una ideación suicida del 13.7%, aquellas con ocupación solo registran un 2.2%. A pesar del agotamiento físico que implica el trabajo en Puno, la actividad externa a las labores domésticas proporciona una estructura lógica, sentido de autoeficacia y una red de apoyo que interrumpe la ideación suicida.
- TERCERA:** Se concluye que el nivel de instrucción no actúa como un protector lineal frente a los síntomas somáticos; de hecho, las mujeres con instrucción superior (88.3%) reportan mayores trastornos del sueño. Sin embargo, el riesgo de ideación suicida alcanza su punto máximo en el nivel secundario (16.7%), sugiriendo que este grupo enfrenta una mayor frustración de expectativas socioeconómicas y menores recursos de afrontamiento especializado que el grupo profesional.
- CUARTA:** El estado civil influye directamente en la manifestación clínica: las mujeres solteras presentan la mayor prevalencia de trastornos del sueño (89.9%). La ausencia de soporte de pareja se traduce en una falta de apoyo



instrumental y emocional, lo que genera un estado de hipervigilancia y ansiedad nocturna. Asimismo, se concluye que el matrimonio no es un escudo infalible, pues se registró un 10.7% de ideación suicida en convivientes/casadas, asociado posiblemente a relaciones disfuncionales o violencia.

QUINTA: Se concluye que la procedencia influye en la somatización del cuadro depresivo: la zona rural presenta un 85.5% de insomnio debido al aislamiento y la carga física, mientras que la zona urbana registra un impactante 93.6% en alteraciones del apetito, vinculado a los estresores de la vida moderna y la ansiedad ciudadana. La mayor ideación suicida en el ámbito rural (7.7%) confirma que la falta de acceso a servicios especializados cronifica el sufrimiento psicológico-psiquiátrico.

SEXTA: Se determinó que los trastornos del sueño y las alteraciones del apetito son manifestaciones clínicas universales y predominantes en la población estudiada (superando el 80% en casi todos los grupos). Estos síntomas somáticos suelen ser los primeros indicadores de la enfermedad en el contexto altoandino, precediendo a menudo a los síntomas afectivos, lo que los convierte en señales de alerta temprana fundamentales para el personal de salud.



VI. RECOMENDACIONES

PRIMERA: Se sugiere a la Dirección del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón (HRMNB) y al Departamento de Gineco-Obstetricia considerar la incorporación progresiva del cuestionario PHQ-9 (o la Escala de Edimburgo) dentro de los protocolos de atención en cada control prenatal y durante la visita de puerperio inmediato. Favorecer el contacto precoz de la gestante con atención psicológica y psiquiátrica. Ante la prevalencia del 52.4% identificada en este estudio, la implementación de este tamizaje podría consolidarse como un estándar de cuidado preventivo, facilitando la identificación temprana de madres en situación de vulnerabilidad, con especial énfasis en aquellas de estado civil soltera o de procedencia rural, optimizando así la atención integral del binomio madre-niño".

SEGUNDA: A la Dirección Regional de Salud (DIRESA) Puno, se le recomienda implementar programas de Tele-salud mental y capacitación a las microredes rurales. Estas acciones deben enfocarse en reducir las barreras de accesibilidad y el desconocimiento del proceso gestacional, permitiendo que la madre rural reciba acompañamiento psicológico en su lengua materna (quechua/aimara) y disminuyendo el sentimiento de aislamiento que eleva el riesgo de ideación suicida.

TERCERA: Al Servicio de Servicio Social del HRMNB, se recomienda la creación de grupos de apoyo y talleres ocupacionales para gestantes y puérperas que no cuentan con un empleo o estudios activos. Puesto que la ocupación demostró ser un factor protector crítico contra la ideación suicida (reduciéndola al 2.2%), fomentar actividades que brinden autoeficacia y



redes de contacto social es una estrategia de prevención del suicidio altamente efectiva.

CUARTA: Se recomienda capacitar al personal médico, de enfermería y obstetricia en la identificación de trastornos del sueño y apetito como signos de alerta temprana de depresión perinatal y no solo como cambios fisiológicos del embarazo. La detección de estos indicadores somáticos, predominantes en el 80% de los casos, debe activar una interconsulta inmediata con el servicio de psicología o psiquiatría.

QUINTA: Para mitigar el impacto de enfrentar un "ámbito hospitalario desconocido", se recomienda al personal de salud promover un entorno de parto humanizado e intercultural. Facilitar el acompañamiento por una persona de confianza y explicar detalladamente los procedimientos clínicos ayudará a reducir el distrés emocional y la sensación de vulnerabilidad de la madre, factores que actúan como coadyuvantes de los cuadros depresivos.

SEXTA: A la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional del Altiplano Puno, se le recomienda incentivar líneas de investigación que profundicen en la relación entre la hipoxia crónica de altura y los trastornos del ánimo. Es necesario realizar estudios longitudinales que evalúen el impacto de la depresión perinatal en el neurodesarrollo de los recién nacidos en la región Puno, para cerrar el ciclo de cuidado binomio madre-niño



VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Syed F, Mittal S, Thakur M, Kumar L, Yadav K. Addressing depression in parents of neonates: the critical need for integrated care in the NICU. *J Matern Neonatal Med* [Internet]. 2024;37(1). Available from: <https://doi.org/10.1080/14767058.2024.2356033>
2. Al-abri K, Edge D, Armitage CJ. Prevalence and correlates of perinatal depression. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* [Internet]. 2023;58(11):1581–90. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00127-022-02386-9>
3. Fox ME, Lobo MK. The molecular and cellular mechanisms of depression: a focus on reward circuitry. 2020;24(12):1798–815.
4. Schwarcz R, Stone TW. The kynurenine pathway and the brain: challenges, controversies and promises. 2018;112:237–47.
5. Bergman K, 1, Sarkar P, 1, Glover V, 1, et al. Maternal Prenatal Cortisol and Infant Cognitive Development: Moderation by Infant-Mother Attachment. 2011;67(11):1026–32.
6. Molero K, Ramón J, Sanabria C, Baabel N, Contreras A, Azuaje E, et al. Trabajos originales: Prevalencia de depresión postparto en puérperas adolescentes y adultas. *Rev Chil Obs Ginecol* [Internet]. 2014;79(4):294–304. Available from: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262014000400008>
7. Contreras-garcía Y, Rodríguez PS, Manríquez- C. Caracterización del apoyo social percibido durante el posparto y la presencia de depresión materna Characterization of Perceived Social Support During Postpartum and the Presence of Maternal Depression. :1–9.
8. Hajure M, Alemu SS, Abdu Z, Tesfaye GM, Workneh YA, Dule A, et al. Resilience and mental health among perinatal women : a systematic review. 2024;(July).
9. Mitchell AR, Gordon H, Lindquist A, Walker SP, Homer CSE, Middleton A, et al. Prevalence of Perinatal Depression in Low- and Middle-Income Countries A Systematic Review and Meta-analysis. 2023;80(5):425–31.



10. Caffieri A, Gómez-Gómez I, Barquero-Jimenez C, De-Juan-Iglesias P, Margherita G, Motrico E. Global prevalence of perinatal depression and anxiety during the COVID-19 pandemic: An umbrella review and meta-analytic synthesis. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2024;103(2):210–24.
11. Wang Z, Liu J, Shuai H, Cai Z, Fu X, Liu Y, et al. Mapping global prevalence of depression among postpartum women. *Transl Psychiatry.* 2021;11(1):1–24.
12. Cantwell R. Mental disorder in pregnancy and the early postpartum. *Anaesthesia.* 2021;76(S4):76–83.
13. Jordana GB. Trastornos del estado de ánimo. *Farm Hosp.* 2010;20(195):18–24.
14. Krauskopf V, Valenzuela P. Perinatal depression: a review on diagnosis and treatment strategies. *Rev Medica Clin Las Condes [Internet].* 2020;31(2):139–49. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.01.004>
15. Væver MS, Pedersen IE, Smith-Nielsen J, Tharner A. Maternal postpartum depression is a risk factor for infant emotional variability at 4 months. *Infant Ment Health J.* 2020;41(4):477–94.
16. O’Hara MW, Wisner KL. Perinatal mental illness: Definition, description and aetiology. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2014;28(1):3–12.
17. Woody CA, Ferrari AJ, Siskind DJ, Whiteford HA, Harris MG. A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. *J Affect Disord [Internet].* 2017;219:86–92. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2017.05.003>
18. Corrêa H, Castro e Couto T, Santos W, Romano-Silva MA, Santos LMP. Postpartum depression symptoms among Amazonian and Northeast Brazilian women. *J Affect Disord [Internet].* 2016;204:214–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2016.06.026>
19. Granat, A., Gadassi, R., Gilboa-Schechtman, E., & Feldman R. Maternal anxiety and depression, mother- infant synchrony, and infant regulation of negative and positive emotions. *Bienn Meet Soc Res Child Dev Atlanta, GA.* 2016;17(1):11–27.
20. Balistreri KS, Joyner K, Kao G. *HHS Public Access.* 2016;34(5):1–22.



21. H.R. Leveau-Bartraa,*, J.R. Chávez-Navarro, L.A. Calle-Vilcac, H.A. Guerrero-Ortiz, C.E. Mejia-Lenguac, B.M. Luján-Divizziad, I.K. Leveau-Vásquez, N.L. Medina-Vásquez HILV y FKMV. Factores asociados a la depresión posparto en púerperas de un hospital peruano. *An Pediatría* [Internet]. 2024;51(4):100986. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.gine.2024.100986>
22. CARPIO FSO. HOSPITAL CAYETANO HEREDIA , LIMA , PERÚ ." " POSTPARTUM DEPRESSION AND ASSOCIATED FACTORS DURING THE COVID 19 PANDEMIC IN PUERPERAL WOMEN TREATED AT THE CAYETANO HEREDIA HOSPITAL , LIMA , DR . LIZARDO CRUZADO DÍAZ LIMA – PERÚ. 2022;
23. Brokowski C AM. Association of antepartum depression, generalized anxiety, and posttraumatic stress disorder with infant birth weight and gestational age at delivery. *Physiol Behav*. 2019;176(5):139–48.
24. Moreno Valles LM. PREVALENCIA DE BLUES MATERNO EN PUERPERAS DE UN INSTITUTO DE SALUD MATERNO DE LIMA METROPOLITANA. 2019;
25. Gallegos WLA. Prevalencia de la depresión post parto en Arequipa , Perú. 2018;226–31.
26. Hered RM, Hered RM. Depresión posparto en el Perú. 2018;(11):207–10.
27. Zhong Q, Gelaye B, Rondon M, Sánchez SE, Simon GE. Using the Patient Health Questionnaire (PHQ-9) and the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) to Assess Suicidal Ideation among Pregnant Women in Lima, Peru. 2015;18(6):783–92.
28. Hans Contreras-Pulache , Elizabeth Mori-Quispe NLF. El Blues Materno. Contextualización, definición y presentación de un instrumento de evaluación. 2011;
29. Bao-Alonso1 M del P, , Johann M. Vega-Dienstmaier2 PSU. Prevalencia de depresión durante la gestación. 2010;73(3):95–103.



30. Contreras-pulache H, Mori-quispe E, Lam-figueroa N, Quino-villanueva K, Hinostroza-camposano W. Blues Materno en puérperas de Lima Metropolitana y Callao: Validación de un instrumento y factores asociados. Estudio multicéntrico en cinco hospitales, 2009*. 2011;15(2):1–8.
31. MOLLINEDO YBC. FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN POSPARTO EN PUÉRPERAS TARDÍAS EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD METROPOLITANO Y SIMÓN BOLÍVAR, DURANTE LOS PERIODOS JULIO – SEPTIEMBRE 2023. 2023;
32. TUDELA FL, PARA. DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS PRIMÍPARAS Y MULTÍPARAS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD I – 3 JOSÉ ANTONIO ENCINAS, PUNO 2014. 2014;
33. According D, Identity E, Population P, Study N, Network U. Depresión según identidad étnica en población peruana : un estudio nacional mediante análisis de redes Depression According to Ethnic Identity in Peruvian Population : A National Study Using Network Analysis. 2023;181–94.
34. Rondón MB. SALUD MENTAL : UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA EN EL PERÚ. 2006;23(4):237–8.
35. Cjuno J, Figueroa-quiñones J, Marca-dueñas GG. Producción científica sobre depresión en poblaciones quechua hablantes : una revisión narrativa Abstract : Introducción. 2021;39(2):163–74.
36. Mery L, Yauri C. Factores Asociados a la Depresión Post Parto en Tiempos de Covid – 19 Factors Associated with Post-Birth Depression in Times of Covid-19. 2023;7969–79.
37. Marisol Y, Vargas O. Universidad privada san carlos. 2025;
38. Mentales DELOST. American Psychiatric Association (APA). (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

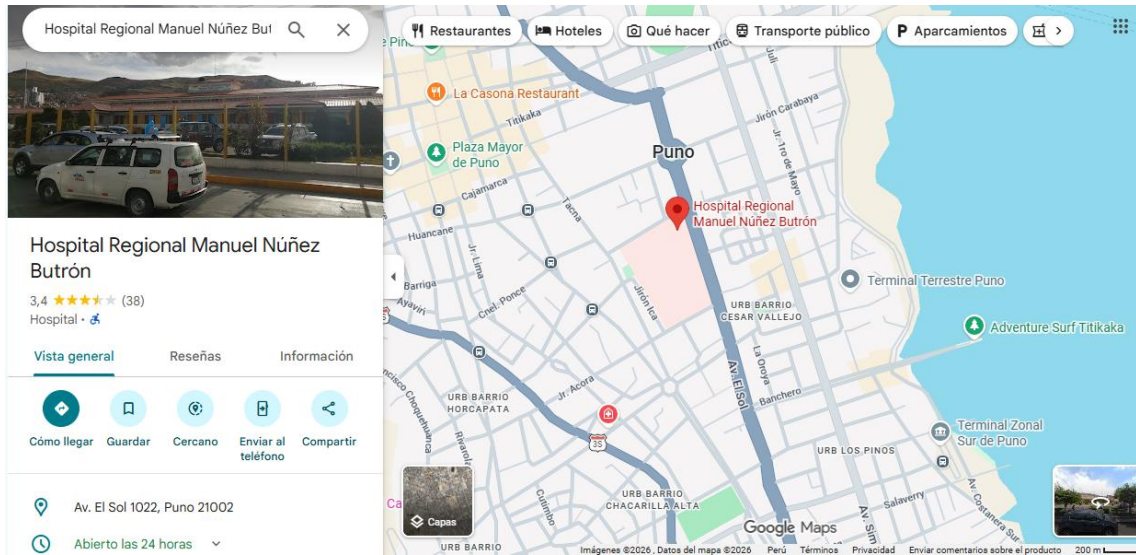


39. Osman AH, Hagar TY, Osman AA, Suliaman H. Prevalence of Depression and Anxiety Disorders in Peri-Natal Sudanese Women and Associated Risks Factors. 2015;(October):342–9.
40. Beck CT. Predictors of Postpartum Depression. 2001;50(5):275–85.
41. Yim IS, Stapleton LRT, Guardino CM, Hahn- J, Schetter CD, Behavior S, et al. Depression : Systematic Review and Call for Integration. 2017;99–137.
42. ENRIQUE MACHER OSTOLAZA. SALUD MENTAL EN EL PERÚ.
43. A, B C, Lam N, C, , Hans Contreras , Elizabeth Mori , Williams Hinostrroza RH, C, C, et al. Factores psicosociales y depresión antenatal en mujeres gestantes. Estudio multicéntrico en tres hospitales de Lima, Perú. Abril a junio de 2008. 2010;
44. Altamirano PA, Calle NH, Matulevith ER, Souza WM De, Lafert FA, Maisch JP, et al. Perú. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). (2023). Estrategia de lucha contra la pobreza.
45. Universidad nacional jorge basadre grohmann. 2024;
46. Jain A, Levy D. Health Care for Women International Conflicting Cultural Perspectives : Meanings and Experiences of Postnatal Depression Among Women in Indian Communities. (November 2013):37–41.
47. Field T. Postpartum Depression Effects on Early Interactions, Parenting, and Safety Practices: A Review. 2011;33(1):1–9.
48. Pawluski JS, Lonstein JS, Fleming AS, Pawluski JS, Lonstein JS, Fleming AS, et al. The Neurobiology of Postpartum Anxiety and Depression To cite this version : HAL Id : hal-01452985. 2017;
49. Muneer A. Kynurenine Pathway of Tryptophan Metabolism in Neuropsychiatric Disorders : Pathophysiologic and Therapeutic Considerations. 2020;18(4):507–26.
50. Kleinman A. Anthropology and psychiatry . The role of culture in cross-cultural research on illness . 2014;447–54.

ANEXOS

Anexo 1. Ubicación geográfica

Hospital Regional Manuel Núñez Butron Puno





Anexo 2. Acta de aprobación



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
Vicerrectorado de Investigación
Plataforma de Gestión de la Investigación

2025-078

ACTA DE DICTAMINACIÓN DE PROYECTO DE TESIS

A los 17 días del mes de junio del 2025, siendo las 12:47 horas, los miembros de jurado culminaron el proceso de revisión y dictamen del proyecto de investigación de tesis titulado:

PREVALENCIA Y MANIFESTACIONES DE LA DEPRESION PERINATAL EN MUJERES ALTOANDINAS HRMNB PUNO 2025

presentado por el tesista MILAGROS LALESKA ZELIO CAHUAPAZA de la Escuela profesional de MEDICINA HUMANA, Facultad de MEDICINA HUMANA, estando el jurado dictaminador conformado por:

Presidente : DOCTOR GILBERTO FELIX PEÑA VICUÑA
Primer Miembro : MAGISTER SONIA YRENE CORRALES MEJIA
Segundo Miembro: DOCTOR VIDAL AVELINO QUISPE ZAPANA
Director : MAGISTER TANIA ROXANA AGUILAR PORTUGAL

El jurado, tras la evaluación correspondiente, **DECLARA APROBADO POR REGLAMENTO** el presente proyecto de tesis.

El Vicerrectorado de Investigación de la Universidad Nacional del Altiplano - Puno, mediante la Plataforma de Gestión de la Investigación, emite la presente acta como constancia del dictamen realizado por el jurado evaluador.



Emisión electrónicamente por la Subunidad de la Plataforma de Investigación y Desarrollo UNAP - PUNO
dic_18a9yqqt55ivzazpr3ak6h7zbanjo...MjAgKSOA



Anexo 3. Permisos de ejecución

"AÑO DE LA RECUPERACION Y CONSOLIDACION DE LA ECONOMIA
PERUANA"

**SOLICITO: APLICACIÓN DE
ENCUESTAS PARA EJECUCIÓN
PROYECTO DE TESIS**

Señor:
Dr. Jean Paul Guillermo Valencia Reinoso
Director del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón - Puno
Presente.-

De mi mayor consideración:

Yo, Milagros Laleska Zelio Cahuapaza, identificada con DNI N.º 73422781, bachiller en medicina humana de la Facultad de medicina, de la Universidad Nacional del Altiplano Puno, me dirijo a usted con el debido respeto para solicitar **autorización para aplicar encuestas a pacientes del Servicio de Ginecología y Obstetricia** en el hospital Regional Manuel Nuñez Butron, en el marco de la recolección de datos para la ejecución de mi proyecto de tesis titulado:

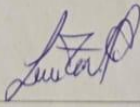
"PREVALENCIA Y MANIFESTACIONES DE LA DEPRESION PERINATAL EN MUJERES ALTOANDINAS HRMNB PUNO 2025", cuyo objetivo principal es determinar la prevalencia y manifestaciones de la depresión perinatal en mujeres altoandinas HRMNB Puno 2025.

Cabe señalar que las encuestas se aplicarán cumpliendo con todos los protocolos de bioseguridad, confidencialidad, y ética en la investigación con seres humanos, y que los datos serán utilizados exclusivamente con fines académicos.

Agradezco de antemano la atención prestada a la presente y quedo a la espera de una respuesta favorable.


Atentamente,

Puno, 03 de julio del 2025.


Milagros Laleska Zelio Cahuapaza
DNI 73422781

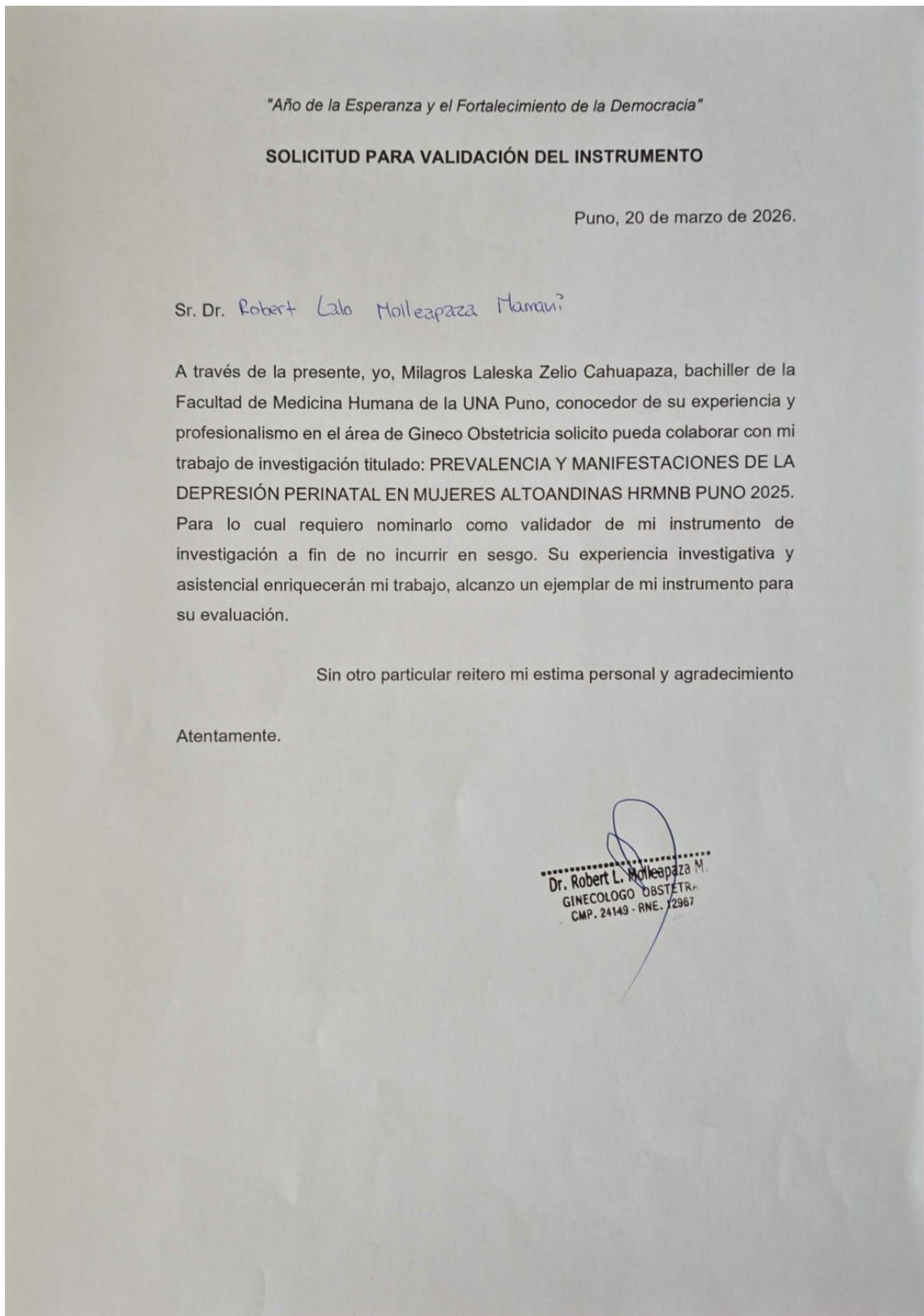
MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL REGIONAL "MNB" PUNO
TRAMITE DOCUMENTARIO

03 JUL 2025

HORA: FIRMA: 
REG: FOLIO: 31



Anexo 4. Validación de instrumento



Patient Health Questionnaire PHQ-9

Nombres y apellidos:

Fecha:

1. Durante las últimas 2 semanas ¿Con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas?

		Nunca	Varios días	Mas de 4 días de la semana	Casi todos los días
		0	1	2	3
1	Tener poco interés o placer en hacer las cosas				
2	Sentirse desanimada, deprimida o sin esperanza				
3	Con problemas en dormir o mantenerse dormida o dormir demasiado				
4	Sentirse cansada o tener poca energía				
5	Tener poco apetito o comer en exceso				
6	Sentir falta de amor propio o que sea un fracaso o que decepcionará a sí misma o a su familia				
7	Tener dificultad para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o mirar la televisión				
8	Se mueve o habla tan lentamente que otra persona se podría dar cuenta, o de lo contrario esta tan agitada, inquieta, que se me mueve mucho más de lo normal				
9	Se le han ocurrido pensamientos de que sería mejor estar muerta o de que se haría daño de alguna manera				

2. Si usted se identificó con cualquier problema de este cuestionario ¿cuán difícil se le ha hecho cumplir con su trabajo, atender su casa o relacionarse con otras personas debido a estos problemas?

- Nada en absoluto
- Algo difícil
- Muy difícil
- Extremadamente difícil

3. Si estos problemas le han causado dificultad ¿le ha causado dificultad durante el embarazo o más?

- Sí, si he tenido dificultad con estos problemas durante el embarazo o más
- No, no he tenido dificultad con estos problemas durante el embarazo o más

Numero de síntomas: _____

Puntaje total: _____

- **-4:** Esto se considera **depresión mínima o nula** lo que sugiere que el encuestado podría no necesitar tratamiento para la depresión.
- **5-9:** Esto se considera **depresión leve**. En respuesta a este resultado, los proveedores de atención médica pueden usar su juicio clínico sobre el tratamiento basado en la duración y gravedad de los síntomas.
- **10-14:** Esto se considera **depresión moderada**. Similar a depresión leve, Los proveedores de atención médica pueden usar su juicio clínico y conocimiento del paciente para determinar el curso del tratamiento.
- **15-19:** Esto se considera **depresión moderadamente severa**. Esto generalmente garantiza el tratamiento de la depresión con medicamentos, terapia o una combinación de ambos.
- **20-27:** Esto se considera **depresión severa**. Esto garantiza el tratamiento de la depresión con medicamentos, terapia o una combinación de ambos.

Dr. Robert L. M.
GINECOLOGO OBSTETRIKA
CMP. 24449 - RNE. 12967



"Año de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia"

SOLICITUD PARA VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Puno, 20 de marzo de 2026.

Sr. Dr. *Rendo Lopez Apaza*

A través de la presente, yo, Milagros Laleska Zelio Cahuapaza, bachiller de la Facultad de Medicina Humana de la UNA Puno, conocedor de su experiencia y profesionalismo en el área de Gineco Obstetricia solicito pueda colaborar con mi trabajo de investigación titulado: PREVALENCIA Y MANIFESTACIONES DE LA DEPRESIÓN PERINATAL EN MUJERES ALTOANDINAS HRMNB PUNO 2025. Para lo cual requiero nominarlo como validador de mi instrumento de investigación a fin de no incurrir en sesgo. Su experiencia investigativa y asistencial enriquecerán mi trabajo, alcanzo un ejemplar de mi instrumento para su evaluación.

Sin otro particular reitero mi estima personal y agradecimiento

Atentamente.


Dr. Rendo Lopez Apaza
GINECÓLOGO OBSTÉTRA
CMP 52919 - RNE 40054
HOSPITAL REGIONAL "MNS" - PUNO

Patient Health Questionnaire PHQ-9

Nombres y apellidos:

Fecha:

1. Durante las últimas 2 semanas ¿Con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas?

		Nunca	Varios días	Mas de 4 días de la semana	Casi todos los días
		0	1	2	3
1	Tener poco interés o placer en hacer las cosas				
2	Sentirse desanimada, deprimida o sin esperanza				
3	Con problemas en dormir o mantenerse dormida o dormir demasiado				
4	Sentirse cansada o tener poca energía				
5	Tener poco apetito o comer en exceso				
6	Sentir falta de amor propio o que sea un fracaso o que decepcionará a sí misma o a su familia				
7	Tener dificultad para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o mirar la televisión				
8	Se mueve o habla tan lentamente que otra persona se podría dar cuenta, o de lo contrario esta tan agitada, inquieta, que se me mueve mucho más de lo normal				
9	Se le han ocurrido pensamientos de que sería mejor estar muerta o de que se haría daño de alguna manera				

2. Si usted se identificó con cualquier problema de este cuestionario ¿cuán difícil se le ha hecho cumplir con su trabajo, atender su casa o relacionarse con otras personas debido a estos problemas?

- Nada en absoluto
- Algo difícil
- Muy difícil
- Extremadamente difícil

3. Si estos problemas le han causado dificultad ¿le ha causado dificultad durante el embarazo o más?

- Sí, si he tenido dificultad con estos problemas durante el embarazo o más
- No, no he tenido dificultad con estos problemas durante el embarazo o más

Numero de síntomas: _____

Puntaje total: _____

- * **-4:** Esto se considera **depresión mínima o nula** lo que sugiere que el encuestado podría no necesitar tratamiento para la depresión.
- * **5-9:** Esto se considera **depresión leve**. En respuesta a este resultado, los proveedores de atención médica pueden usar su juicio clínico sobre el tratamiento basado en la duración y gravedad de los síntomas.
- * **10-14:** Esto se considera **depresión moderada**. Similar a depresión leve. Los proveedores de atención médica pueden usar su juicio clínico y conocimiento del paciente para determinar el curso del tratamiento.
- * **15-19:** Esto se considera **depresión moderadamente severa**. Esto generalmente garantiza el tratamiento de la depresión con medicamentos, terapia o una combinación de ambos.
- * **20-27:** Esto se considera **depresión severa**. Esto garantiza el tratamiento de la depresión con medicamentos, terapia o una combinación de ambos.

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



"Año de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia"

SOLICITUD PARA VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO


Puno, 20 de marzo de 2026.

Sr. Dr. *Adrián Pinto Guillen*

A través de la presente, yo, Milagros Laleska Zelio Cahuapaza, bachiller de la Facultad de Medicina Humana de la UNA Puno, conocedor de su experiencia y profesionalismo en el área de psiquiatría solicito pueda colaborar con mi trabajo de investigación titulado: PREVALENCIA Y MANIFESTACIONES DE LA DEPRESIÓN PERINATAL EN MUJERES ALTOANDINAS HRMNB PUNO 2025. Para lo cual requiero nominarlo como validador de mi instrumento de investigación a fin de no incurrir en sesgo. Su experiencia investigativa y asistencial enriquecerán mi trabajo, alcanzo un ejemplar de mi instrumento para su evaluación.

Sin otro particular reitero mi estima personal y agradecimiento

Atentamente.


Dr. ADRIÁN PINTO GUILLEN
PSIQUIATRA PSICOTERAPEUTA
CMP 21763, RNE 11570
HUSP REG. "MNB" PUNO



Patient Health Questionnaire PHQ-9

Nombres y apellidos:

Fecha:

1. Durante las últimas 2 semanas ¿Con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas?

		Nunca	Varios días	Mas de 4 días de la semana	Casi todos los días
		0	1	2	3
1	Tener poco interés o placer en hacer las cosas				
2	Sentirse desanimada, deprimida o sin esperanza				
3	Con problemas en dormir o mantenerse dormida o dormir demasiado				
4	Sentirse cansada o tener poca energía				
5	Tener poco apetito o comer en exceso				
6	Sentir falta de amor propio o que sea un fracaso o que decepcionará a sí misma o a su familia				
7	Tener dificultad para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o mirar la televisión				
8	Se mueve o habla tan lentamente que otra persona se podría dar cuenta, o de lo contrario esta tan agitada, inquieta, que se me mueve mucho más de lo normal				
9	Se le han ocurrido pensamientos de que sería mejor estar muerta o de que se haría daño de alguna manera				

2. Si usted se identificó con cualquier problema de este cuestionario ¿cuán difícil se le ha hecho cumplir con su trabajo, atender su casa o relacionarse con otras personas debido a estos problemas?

- Nada en absoluto
- Algo difícil
- Muy difícil
- Extremadamente difícil

3. Si estos problemas le han causado dificultad ¿le ha causado dificultad durante el embarazo o más?

- Sí, si he tenido dificultad con estos problemas durante el embarazo o más
- No, no he tenido dificultad con estos problemas durante el embarazo o más

Numero de síntomas: _____

Puntaje total: _____

- * **-4:** Esto se considera **depresión mínima o nula** lo que sugiere que el encuestado podría no necesitar tratamiento para la depresión.
- * **5-9:** Esto se considera **depresión leve**. En respuesta a este resultado, los proveedores de atención médica pueden usar su juicio clínico sobre el tratamiento basado en la duración y gravedad de los síntomas.
- * **10-14:** Esto se considera **depresión moderada**. Similar a depresión leve, Los proveedores de atención médica pueden usar su juicio clínico y conocimiento del paciente para determinar el curso del tratamiento.
- * **15-19:** Esto se considera **depresión moderadamente severa**. Esto generalmente garantiza el tratamiento de la depresión con medicamentos, terapia o una combinación de ambos.
- * **20-27:** Esto se considera **depresión severa**. Esto garantiza el tratamiento de la depresión con medicamentos, terapia o una combinación de ambos.

Dr. ADRIAN PINTO GUILLEN
PSIQUIATRA PSICOTERAPEUTA
C.M.P. 21763, N.M.E. 11570
HOSP. REG. "MAY" PUNO



Anexo 5. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

“PREVALENCIA Y MANIFESTACIONES DE LA DEPRESION PERINATAL EN MUJERES ALTOANDINAS HRMNB PUNO - 2025”

La presente investigación es desarrollada por la egresada Zelio Cahuapaza, Milagros Laleska de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Altiplano – Puno. El objetivo de la presente investigación es determinar la prevalencia y manifestaciones de la depresión perinatal en mujeres altoandinas HRMNB Puno 2025.

Si Ud. participa de manera voluntaria en el estudio, se le pedirá responder un cuestionario; Patient Health Questionnaire PHQ-9. El tiempo que le tomará será aproximadamente 10 minutos.

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

Los beneficios para la institución serán de determinar la prevalencia y manifestaciones de la depresión perinatal en mujeres altoandinas HRMNB Puno-2025., para el investigador corresponde un beneficio académico, para los participantes tener conocimiento acerca de los factores de riesgo posparto.

Toda la información brindada será estrictamente confidencial y no se publicarán los nombres y apellidos en el momento de publicación de resultados, si usted desea retirarse de participar en este estudio en cualquier fase de la investigación, deberá avisar a la responsable de la investigación, esto no conllevará ningún tipo de sanción ni penalidad en su atención hospitalaria.

De presentarse dudas durante su participación puede hacer preguntas en cualquier momento, y si alguna pregunta le parece inapropiada tiene todo el derecho de comunicarlo al investigador y/o no responderla, o ponerse en contacto con el número de celular 960282266.

Firma de la participante

Firma de investigadora
DNI:

Fecha: Puno, _____ de _____ del 2025



Anexo 6. Instrumento

Patient Health Questionnaire PHQ-9

Nombres y apellidos:

Fecha:

1. Durante las últimas 2 semanas ¿con que frecuencia le han molestado los siguientes problemas?

		Nunca	Varios días	Mas de 4 días de la semana	Casi todos los días
		0	1	2	3
1	Tener poco interés o placer en hacer las cosas				
2	Sentirse desanimada, deprimida o sin esperanza				
3	Con problemas en dormir o mantenerse dormida o dormir demasiado				
4	Sentirse cansada o tener poca energía				
5	Tener poco apetito o comer en exceso				
6	Sentir falta de amor propio o que sea un fracaso o que decepcionará a sí misma o a su familia				
7	Tener dificultad para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o mirar la televisión				
8	Se mueve o habla tan lentamente que otra persona se podría dar cuenta, o de lo contrario esta tan agitada, inquieta, que se mueve mucho más de lo normal				
9	Se le han ocurrido pensamientos de que sería mejor estar muerta o de que se haría daño de alguna manera				

2. Si usted se identificó con cualquier problema de este cuestionario ¿cuán difícil se le ha hecho cumplir con su trabajo, atender su casa o relacionarse con otras personas debido a estos problemas?

- Nada en absoluto
- Algo difícil
- Muy difícil
- Extremadamente difícil

3. Si estos problemas le han causado dificultad ¿le ha causado dificultad durante el embarazo o más?

- Sí, si he tenido dificultad con estos problemas durante el embarazo o más
- No, no he tenido dificultad con estos problemas durante el embarazo o más

Numero de síntomas: _____

Puntaje total: _____



- * **-4:** *Esto se considera **depresión mínima o nula** lo que sugiere que el encuestado podría no necesitar tratamiento para la depresión.*
- * **5-9:** *Esto se considera **depresión leve**. En respuesta a este resultado, los proveedores de atención médica pueden usar su juicio clínico sobre el tratamiento basado en la duración y gravedad de los síntomas.*
- * **10-14:** *Esto se considera **depresión moderada**. Similar a depresión leve, Los proveedores de atención médica pueden usar su juicio clínico y conocimiento del paciente para determinar el curso del tratamiento.*
- * **15-19:** *Esto se considera depresión **moderadamente severa**. Esto generalmente garantiza el tratamiento de la depresión con medicamentos, terapia o una combinación de ambos.*
- * **20-27:** *Esto se considera **depresión severa**. Esto garantiza el tratamiento de la depresión con medicamentos, terapia o una combinación de ambos.*

Anexo 7. Análisis de normalidad

La prueba de normalidad también llamados contrastes de normalidad, tienen como objetivo analizar cuánto difiere la distribución de los datos observados respecto a lo esperado si procediesen de una distribución normal con la misma media y desviación típica. Si las muestras se distribuyen de forma normal, se puede aceptar que así lo hacen las poblaciones de origen. En el caso de que las muestras no se distribuyan de forma normal, sus consecuencias son: Los estimadores mínimo-cuadráticos no son eficientes (de mínima varianza), y los intervalos de confianza de los parámetros del modelo y los contrastes de significancia son solamente aproximados y no exactos.

Hipótesis de normalidad

a) Hipótesis

Ho: Los datos son normales

Ha: Los datos no son normales

b) Nivel de significación: 5%

c) Prueba estadística: *Test de normalidad de Kolmogorov-Smirnov*

Para esta prueba de hipótesis haremos uso del estadístico de Kolmogorov-Smirnov para la prueba de normalidad son los siguientes resultados.

Tabla 7.1


Test de normalidad de Kolmogorov-Smirnov

Pruebas de normalidad	Kolmogorov-Smirnov		
	Estadístico	gl	p-value
Depresión Perinatal			
Diagnostico	0.281	164	<0.001
Deterioro	0.487	164	<0.001
Perinatal	0.533	164	<0.001
Prevalencia	0.353	164	<0.001
Manifestación de la depresión perinatal			
Anhedonia	0.336	164	<0.001
Animo	0.391	164	<0.001
Sueño	0.250	164	<0.001
Fatiga	0.241	164	<0.001
Apetito	0.288	164	<0.001
Culpa	0.444	164	<0.001
Concentración	0.399	164	<0.001
Psicomotricidad	0.419	164	<0.001
Suicidio	0.525	164	<0.001


Nota: Los resultados del test de Normalidad, viendo que todas las variables presentan valores de la probabilidad (p-value) todos son menores al 0.05 del nivel de significancia estadística, por lo que se debe rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis alterna, lo que indica que los datos no siguen una distribución normal.



Anexo 8. Declaración jurada de autenticidad de tesis

 Universidad Nacional del Altiplano Puno

 Vicerrectorado de Investigación

 Repositorio Institucional

DECLARACIÓN JURADA DE AUTENTICIDAD DE TESIS

Por el presente documento, yo Milagros Laleska Zelio Cahuapaza,
identificado con DNI 73422781 en mi condición de egresado de:

Escuela Profesional, Programa de Segunda Especialidad, Programa de Maestría o Doctorado
Medicina Humana

informo que he elaborado el/la Tesis o Trabajo de Investigación denominada:
" Prevalencia y manifestaciones de la depresión perinatal
en mujeres altoandinas HERNB Puno 2025 "

Es un tema original.


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


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

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

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




Puno 13 de Abril del 2026


FIRMA (obligatoria)


Huella



Anexo 9. Autorización para el depósito de tesis en el Repositorio Institucional

 Universidad Nacional del Altiplano Puno  Vicerrectorado de Investigación  Repositorio Institucional

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

Por el presente documento, Yo Hilgros Laleska Zolio Cahuapaza,
identificado con DNI 73422781 en mi condición de egresado de:

Escuela Profesional, Programa de Segunda Especialidad, Programa de Maestría o Doctorado
Medicina Humana

informo que he elaborado el/la Tesis o Trabajo de Investigación denominada:
" Prevalencia y manifestaciones de la depresión perinatal en mujeres afroandinas HRMSB Puno 2025. "

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

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

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

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


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


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

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

En señal de conformidad, suscribo el presente documento.

Puno 13 de Abril del 2026


FIRMA (obligatoria)


Huella