



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
MEDICINA

Asociación de analgesia intraparto y la depresión posparto en
puérperas atendidas en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en
2025

Association of intrapartum analgesia and postpartum depression
in postpartum women treated at the Arzobispo Loayza National
Hospital in 2025

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR POR EL
TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

AUTOR

MIGUEL EDUARDO MANZANO TORRES

ASESOR

CARLOS AUGUSTO HIDALGO QUEVEDO

LIMA – PERÚ

2025

RESULTADO DE INFORME DE SIMILITUD

ev.turnitin.com/app/carta/es/?u=1151562268&o=27311753118&ro=103&lang=es&s=1

turnitin

1 de 362: MIGUEL EDUARDO MANZANO TORRES
Asociación de analgesia intraparto y la depresión posparto...

Similitud 25% Marcas de alerta



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA | Facultad de
MEDICINA

1 Asociación de analgesia intraparto y la depresión posparto en puérperas atendidas en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en 2025

1 Association of intrapartum analgesia and postpartum depression in postpartum women treated at the Arzobispo Loayza National Hospital in 2025

2

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

AUTOR
MIGUEL EDUARDO MANZANO TORRES

ASESOR
CARLOS AUGUSTO HIDALGO QUEVEDO

2

LIMA - PERÚ
2025

Informe estándar
Informe en inglés no disponible [Más información](#)

25% Similitud [Filtros](#)

estándar
2 Exclusiones →

Fuentes
Mostrar las fuentes solapadas

- 1 Internet cybertesis.unmsm.edu.pe 6%
14 bloques de texto 267 palabras que coinciden
- 2 Internet hdl.handle.net 6%
14 bloques de texto 265 palabras que coinciden
- 3 Internet revistachileneanestesia.cl 3%
7 bloques de texto 95 palabras que coinciden
- 4 Internet www.researchgate.net 1%
4 bloques de texto 37 palabras que coinciden
- 5 Internet dspace.ucuenca.edu.ec <1%
7 bloques de texto 95 palabras que coinciden

Mostrar escritorio

Página 1 de 15 3636 palabras 183%

1. RESUMEN

La depresión posparto es una entidad de interés en salud pública por el impacto que esta puede generar en el ambiente social. **Objetivo:** Determinar la asociación entre la analgesia intraparto y la reducción de depresión postparto en puérperas atendidas en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en período de octubre a diciembre del 2025. **Materiales y métodos:** El tipo de estudio será de cohorte retrospectivo, realizado con una muestra de 100 puérperas que van a control en consultorio externo que se dividirá en 2 grupos homogéneos de 50 puérperas, uno de ellos se les habrá administrado analgesia intraparto y al otro grupo no. Se aplicará la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EPDS). El análisis será mediante métodos estadísticos para identificar correlaciones significativas entre las variables.

Palabras claves: depresión posparto, analgesia intraparto, puérpera

2. INTRODUCCIÓN

La salud mental constituye un pilar fundamental para el bienestar integral del individuo, ya que incide directamente en el desarrollo adecuado de sus habilidades, en la calidad de sus relaciones interpersonales, en su capacidad de adaptación frente a las dificultades y en la forma en que enfrenta los diversos retos de la vida. Además, representa un derecho humano esencial y un componente clave para el progreso personal, comunitario y socioeconómico en general. Para la Organización Mundial de la Salud, una buena salud mental es indispensable para alcanzar el bienestar y el desarrollo individual y social. Esta creciente relevancia se atribuye al incremento de las complicaciones vinculadas con la salud mental, sus costos, y su repercusión en la persona, la familia y en la sociedad. (1,2)

Para la mujer, el rol de ser madre es muy significativo y conlleva un gran reto, sobre todo si es su primer embarazo. El embarazo representa una etapa compleja caracterizada por una amplia gama de emociones, que pueden ir desde la alegría y la esperanza hasta el temor, la incertidumbre, el rechazo e incluso sentimientos ambivalentes. La construcción de una nueva identidad como gestante y futura madre influye significativamente en el equilibrio mental y en su integración social, ya que la salud mental incide de manera directa en el comportamiento. Sin embargo, este período también se caracteriza por una alta vulnerabilidad emocional; cuando la salud mental se ve comprometida, puede repercutir negativamente en el desarrollo del embarazo. Esto puede manifestarse a través de conductas de riesgo, como el abandono de los controles prenatales, la adopción de hábitos nocivos o, en casos extremos, la interrupción del embarazo, lo que pone en peligro tanto la salud

materna como la del feto, incrementando el riesgo de desarrollar trastornos mentales perinatales. (3)

La depresión posparto (DPP) es un trastorno psicológico que, aunque se presenta con frecuencia, suele pasar desapercibido y sin diagnóstico. Esta condición afecta a las mujeres durante el período del puerperio y, en algunos casos, puede persistir hasta un año después del nacimiento del bebé. Entre sus principales manifestaciones se encuentran el ánimo decaído, sentimientos de irritación, desesperanza, culpa, agotamiento extremo y dificultades para concentrarse. Esta condición puede estar influida por diferentes factores de riesgo, como son antecedentes de enfermedad mental, embarazo en la adolescencia, bajo nivel socioeconómico o educativo, escasa red de apoyo social, embarazo no deseado, problemas asociados con la lactancia y complicaciones obstétricas, como un parto disfuncional. (4,5)

Diversos estudios encuentran que las características sociodemográficas y obstétricas pueden influir en la depresión posparto, demostrando así que el bajo nivel educativo y socioeconómico, el trabajo de parto disfuncional, la cesárea y los antecedentes de aborto tenían cierta asociación con su aparición. En el contexto nacional, no se han implementado políticas públicas orientadas específicamente a fortalecer la salud mental durante el período perinatal. Asimismo, no existen protocolos establecidos para la detección temprana de trastornos psicológicos durante el embarazo y el puerperio. (7)

Diversas investigaciones señalan que la analgesia administrada durante el trabajo de parto podría actuar como un factor protector frente a la depresión posparto (DPP), afirmación que incluso ha sido incluida en las recomendaciones de distintas instituciones de salud. En este contexto, los anestesiólogos con enfoque obstétrico

han desempeñado un papel relevante en múltiples iniciativas orientadas a fortalecer la seguridad materna. Su intervención no se limita al control del dolor durante el parto, ya que se ha evidenciado que este no incrementa la probabilidad de cesárea; además, han impulsado mejoras en las estrategias para el tratamiento del dolor en el posparto, particularmente en pacientes con comorbilidades maternas (8).

En el año 2023, Pérez Cruz llevó a cabo en Perú un estudio observacional con enfoque cuantitativo, analítico y de corte transversal, en el cual se reportó una prevalencia de depresión posparto (DPP) del 35,5%. El análisis reveló una asociación significativa entre la insatisfacción con la maternidad y la presencia de DPP, alcanzando un 87,5%. Asimismo, el 63,9% de las mujeres que manifestaron sentimientos de culpa frente a las dificultades propias de la maternidad desarrollaron síntomas de depresión posparto. De igual manera, se observó que el 80% de las mujeres que sufrieron violencia física por parte de su pareja durante el embarazo presentaron DPP. Se identificó que tanto los factores psicológicos como los sociales tienen una asociación significativa con la depresión posparto (5,9).

Ting Ding, MD, y colaboradores, en 2014, en Pekín, realizaron un estudio con diseño de cohorte observacional prospectivo cuyo objetivo fue determinar si el uso de la analgesia epidural durante el parto se asocia con un menor riesgo de desarrollar depresión posparto. El estudio incluyó a 214 parturientas y evaluó la DPP mediante la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EPDS) en dos momentos: a los 3 días y a las 6 semanas después del parto. El 24% presentó puntuaciones en la EPDS ≥ 10 a las 6 semanas del parto y recibió diagnóstico de depresión posparto. Se observó una correlación significativa entre las puntuaciones de la EPDS a los 3 días y a las 6 semanas del parto. La analgesia epidural durante el parto se asoció

significativamente con un menor riesgo de depresión a las 6 semanas después del parto (OR: 0,31; IC del 95%: 0,12-0,82; p = 0,018) (8).

La depresión perinatal es una entidad que afecta el estado de ánimo de la mujer durante el embarazo o en el año posterior al parto. Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición, texto revisado (DSM-5-TR), la depresión posparto se incluye ahora dentro del término “depresión perinatal”. Este concepto abarca tanto la depresión prenatal como la depresión posparto y establece que, según el DSM-5-TR, la depresión posparto no se reconoce como una entidad independiente (10).

Esta patología tiene su origen en una combinación de factores ambientales, cambios hormonales y predisposición genética. La importancia de conocerla radica en su bajo nivel de diagnóstico, que puede ser de hasta un 50%, debido al estigma asociado y a que las personas afectadas tienden a minimizar o normalizar los síntomas. La depresión perinatal puede ser más grave y, a menudo, se manifiesta como tristeza persistente, baja autoestima, trastornos del sueño, ansiedad y dificultades para establecer un vínculo con el bebé (10).

de maternidad”, se presenta durante los primeros días o semanas posteriores al parto e incluye síntomas similares a los de la depresión perinatal, como llanto frecuente, tristeza, cambios de humor, irritabilidad, insomnio, ansiedad, falta de apetito, fatiga e incapacidad para pensar con claridad. Sin embargo, a diferencia de la depresión perinatal, la tristeza posparto generalmente se resuelve en unas pocas semanas, no causa un deterioro funcional significativo y no se considera un trastorno mental (10).

Aproximadamente una de cada cinco mujeres enfrentará algún trastorno de salud mental durante la gestación o en el primer año después del parto. Dentro de este grupo, se estima que un 20% presentará pensamientos suicidas o llevará a cabo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), entre el 20% y el 40% de las mujeres en países en desarrollo presentan síntomas de depresión durante el embarazo o el posparto. Esta condición afecta a más de una de cada diez mujeres en el transcurso del primer año después del parto (12,13).

A nivel mundial, la depresión posparto (DPP) presenta una prevalencia estimada del 17,22%, aunque esta puede oscilar entre el 6,4% y el 38,7% dependiendo de la región. La mayoría de las investigaciones reportan un rango promedio entre el 10% y el 15%, con cifras más elevadas en ciertos grupos, como las primíparas (12% a 25%), las adolescentes (26%) y las poblaciones de alto riesgo, donde puede alcanzar hasta el 35% (14). En la población latina que vive en Estados Unidos, la frecuencia de depresión posparto varía entre el 18% y el 21% (15,16). En México, las cifras reportadas oscilan entre el 13% y el 24% de prevalencia (17). En Suramérica, la prevalencia es de 21,7%; en Colombia, las estimaciones fluctúan entre el 3,1% y el 40,2% (14). En el contexto peruano, la prevalencia de la depresión posparto es similar a las cifras reportadas a nivel global: en mujeres adultas se ha registrado un promedio del 24,1%, mientras que en adolescentes la incidencia tiende a ser aún mayor (17,5).

La Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EPDS), desarrollada por J. L. Cox, J. M. Holden y R. Sagovsky, es un instrumento estandarizado de autoevaluación diseñado para identificar posibles casos de depresión posparto en mujeres. En el contexto peruano, fue adaptada por Vega-Dienstmaier y colaboradores, quienes

reportaron una sensibilidad del 84,21% y una especificidad del 79,47% utilizando un punto de corte de 13,5. Sin embargo, otras investigaciones optan por un umbral de 13 para estimar la prevalencia de depresión posparto probable (19,20).

La analgesia obstétrica tuvo sus inicios en 1847, cuando se empleó éter durante el trabajo de parto como agente analgésico. Aunque resultó ser eficaz, en ese entonces se desconocía su perfil de seguridad tanto para la madre como para el feto. Esta especialidad ha servido como un vínculo integrador entre diversas disciplinas, como la obstetricia, la medicina materno-fetal, la neonatología, la cirugía general y la anestesiología. A lo largo del tiempo, la investigación en este campo ha experimentado una notable evolución, pasando del uso de anestésicos volátiles al empleo de opioides y, más recientemente, al desarrollo y perfeccionamiento de técnicas neuroaxiales (7).

El inicio de la analgesia durante el trabajo de parto suele realizarse mediante técnicas como la epidural o la combinación espinal-epidural (CSE). Esta última se caracteriza por una latencia más corta, de entre 2 y 5 minutos, en comparación con los 15 a 20 minutos que requiere la epidural. Además, la CSE proporciona un bloqueo sensitivo más homogéneo y una mejor cobertura de los segmentos sacros. No obstante, su uso se ha asociado a una mayor incidencia de taquisistolia uterina, atribuida a la rápida disminución de catecolaminas circulantes debido a su efecto tocolítico. También puede presentarse bradicardia fetal transitoria, aunque esta no se ha vinculado a un incremento en la tasa de cesáreas de emergencia (7).

Una variante de la técnica combinada espinal-epidural (CSE) es la analgesia epidural con punción dural, en la cual no se administra medicación dentro del espacio intratecal. En comparación con la técnica epidural convencional, esta

modificación ha demostrado ofrecer una mejor analgesia en la región sacra, así como una menor incidencia de efectos adversos como prurito, hipotensión, taquisistolia y necesidad de dosis adicionales de analgésicos. Estos beneficios podrían atribuirse a la translocación de los fármacos hacia el espacio subaracnoideo. Para la administración y mantenimiento de la analgesia epidural, se recomienda el uso de bajas concentraciones de anestésicos locales combinados con opioides. Esta estrategia permite reducir el riesgo de toxicidad sistémica por anestésicos locales (LAST), evita la aparición de una anestesia espinal total y disminuye tanto los efectos hemodinámicos adversos como el paso transplacentario de los fármacos. Usualmente, la analgesia se inicia con anestésicos locales del tipo aminoamida de acción prolongada, asociados a un opioide (7).

La elección del agente intratecal al iniciar una técnica combinada espinal-epidural (CSE) depende del momento del trabajo de parto. En la fase latente de la primera etapa, puede optarse por una dosis intratecal de opioides (por ejemplo, 20–25 µg de fentanilo) para controlar el dolor visceral. En cambio, durante la fase activa de la primera etapa y en la segunda etapa, se recomienda una combinación de anestésico local con opioide (como 1–2,5 mg de bupivacaína más 15–20 µg de fentanilo), con el fin de aliviar tanto el dolor visceral como el somático. El mantenimiento de la analgesia epidural suele realizarse mediante infusión continua de bupivacaína al 0,0625–0,1 % combinada con fentanilo (3–5 µg/ml), administrada a un ritmo de 8 a 15 ml/h. Esta infusión puede aplicarse de forma convencional o como parte de un esquema de analgesia controlada por la paciente (7).

Durante el trabajo de parto, las mujeres experimentan distintos niveles de dolor, cuya tolerancia varía significativamente entre ellas. En algunos casos, la intensidad

del dolor puede superar la capacidad individual para afrontarlo o intensificarse por la presencia de miedo y ansiedad. Este sufrimiento puede interferir negativamente en el proceso del parto, generar disfunciones, afectar el bienestar psicológico, retrasar el inicio de la lactancia y aumentar el riesgo de desarrollar depresión posparto (18).

Para fundamentar nuestro estudio, es importante considerar que diversas investigaciones han evidenciado una elevada frecuencia de depresión posparto, lo que resalta la necesidad de implementar intervenciones para reducir su impacto. Se ha observado que la analgesia durante el trabajo de parto puede contribuir a disminuir esta condición en distintos países. Por ello, surge el interés en explorar si existe una asociación entre la analgesia intraparto y la depresión posparto en nuestro entorno. Comparar nuestros hallazgos con estudios previos permitiría validar dicha relación, lo que podría respaldar la aplicabilidad de este procedimiento en otras poblaciones y contextos clínicos.

¿Cuál es la asociación entre la analgesia intraparto y la depresión posparto en púerperas atendidas en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el período de octubre a diciembre del 2025?

3. OBJETIVOS:

OBJETIVO PRINCIPAL

- Determinar si existe asociación entre la analgesia intraparto y la depresión posparto en mujeres que hicieron parto vaginal en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el periodo de octubre a diciembre del 2025.

OBJETIVOS SECUNDARIOS

- Determinar la prevalencia de depresión posparto en mujeres que hicieron parto vaginal en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el periodo de octubre a diciembre del 2025.
- Identificar otros factores de riesgo asociados a la depresión posparto en mujeres que hicieron parto vaginal en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el periodo de octubre a diciembre del 2025.

4. MATERIAL Y MÉTODO:

A. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Se realizará un estudio analítico observacional, de tipo cohorte retrospectivo.

B. POBLACIÓN:

La población de estudio estará conformada por todas las puérperas que hicieron parto vaginal, sin antecedentes de parto vaginal previo, en el servicio de obstetricia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el periodo de octubre a diciembre de 2025.

La unidad de análisis será una puérpera con parto vaginal que haya acudido a control de puerperio a las 6 semanas posparto.

B.1. CRITERIOS DE SELECCIÓN:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Puérperas con parto vaginal sin antecedente de parto vaginal previo.
- Puérperas con un período posparto de hasta 6 semanas.
- Puérperas que acepten voluntariamente participar en el estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Puérperas que presenten una condición médica crítica posterior al parto.
- Puérperas con diagnóstico previo de trastornos psiquiátricos.

- Puérperas con algún grado de discapacidad mental.
- Puérperas que no hayan completado adecuadamente el cuestionario
- Puérperas menores de 18 años de edad.

C. MUESTRA

La muestra se calculó en base a la población estimada, considerando un promedio de 45 pacientes primigestas con parto vaginal por mes, lo que representa un total de 135 pacientes en 3 meses. Se estableció un nivel de confianza (Z) del 95%, un margen de error 5% y una proporción esperada del 50%. Según la fórmula estadística correspondiente al tipo de estudio, se determinó una muestra representativa de 100 pacientes. Esta se dividirá en dos grupos: 50 pacientes que recibieron analgesia intraparto y 50 paciente que no la recibieron. El método de selección de la muestra será aleatorio simple.

D. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

La definición operacional de las variables que se recolectarán en este estudio se presenta en el Anexo N.º 03.

Analgesia intraparto: Medida en escala nominal. La variable independiente es cualitativa. La información se obtendrá mediante el registro de si se utilizó o no analgesia, extraído de la ficha de registro de datos.

Depresión posparto: Medida en escala nominal. La variable dependiente es cualitativa. Se definirá a partir de la aplicación de la Escala de Edimburgo, considerándose depresión posparto cuando el puntaje sea mayor o igual a 10 puntos. El dato se extraerá de la ficha de registro de datos.

Edad: Medida en escala de razón. La variable independiente es cuantitativa. La información se obtendrá en años cumplidos desde la fecha de nacimiento, y se extraerá de la ficha de registro de datos.

Estado civil: Medida en escala nominal. La variable independiente es cualitativa. Se describirá como la situación legal con respecto a una unión conyugal, expresándose como: soltera, casada, viuda o divorciada.

Grado de instrucción: Medida en escala ordinal. La variable independiente es cualitativa. Se describirá como el máximo nivel de estudios formales alcanzado por una persona, expresándose como: sin estudios, primaria incompleta, primaria completa, secundaria, universitaria o superior.

Ocupación: Medida en escala nominal. La variable independiente es cualitativa. Se describirá como la actividad laboral que la gestante declara realizar al momento de la encuesta, expresándose como: estudiante, ama de casa o independiente.

Tipo de seguro: Medida en escala nominal. La variable independiente es cualitativa. Se describirá como el tipo de aseguramiento en salud al que está afiliada la gestante, expresándose como: SIS, EsSalud, EPS o seguro privado.

E. PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS

Los datos serán resguardados por el autor, utilizando un sistema de codificación para las encuestas y así preservar el número de las historias clínicas en privado. La técnica de recolección de datos se realizará mediante una encuesta que se aplicará a las puérperas que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión. La encuesta será aplicada durante el control de las puérperas en el consultorio externo de obstetricia, programado a las 6 semanas posparto. En dicha ocasión, se les explicará detalladamente en qué consiste el estudio y, en caso de aceptar participar de forma

voluntaria, se procederá con la firma del consentimiento informado. Posteriormente, se entregarán los cuestionarios, otorgando un tiempo aproximado de 15 minutos para su completado.

En situaciones en las que la participante no sepa leer, el encuestador procederá a leer en voz alta tanto las preguntas como las alternativas de respuesta, brindando asistencia para marcar las opciones correspondientes. Esta misma modalidad se aplicará si alguna participante lo solicita por motivos personales o de comodidad. Finalmente, se verificará que cada cuestionario haya sido completado en su totalidad antes de ser aceptado.

Se aplicará una encuesta y la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS), que está compuesta por 10 preguntas, cada una con cuatro opciones de respuesta valoradas de 0 a 3 según la intensidad de los síntomas, lo que permite obtener un puntaje total entre 0 y 30. Este instrumento evalúa cinco dimensiones principales: disforia, ansiedad, sentimientos de culpa, dificultades en la concentración e ideación suicida. Se obtendrá un puntaje total, en el cual una sumatoria menor de 10 puntos se definirá como ausencia de patología y una sumatoria ≥ 10 puntos se definirá como caso confirmado (19–21).

F. ASPECTOS ÉTICOS

Previo a la implementación del estudio, se gestionará la aprobación del Comité de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Una vez obtenida dicha aprobación, se enviará al Comité de Ética del Hospital Nacional Arzobispo Loayza y al Servicio de Obstetricia para su evaluación final y posterior desarrollo. A cada participante se le brindará una explicación clara y comprensible sobre los objetivos, posibles riesgos y beneficios del estudio. Posteriormente, se solicitará la firma del

consentimiento informado (Anexo 1), el cual podrá ser revocado en cualquier momento si así lo desea la participante. Se asegurará la confidencialidad de toda la información recopilada, empleando los números de historia clínica en lugar de nombres propios.

G. PLAN DE ANÁLISIS

La información será registrada inicialmente en una base de datos elaborada en Excel 2020 y, posteriormente, transferida al software estadístico SPSS versión 26 para su procesamiento. En este programa se realizará un análisis descriptivo de las variables cualitativas mediante el cálculo de frecuencias absolutas y porcentajes. Para estimar la frecuencia de la depresión posparto, se dividirá la cantidad de casos identificados como positivos entre el total de participantes y se presentará en forma de porcentaje. En el análisis bivariado se aplicarán pruebas de chi cuadrado para evaluar diferencias en la prevalencia según distintas categorías de variables independientes. Asimismo, se utilizarán pruebas t de Student o ANOVA para comparar las medias de las puntuaciones de depresión en función de variables continuas.

El análisis multivariado se llevará a cabo utilizando un modelo de regresión logística, con el fin de identificar los factores de riesgo que presenten una asociación estadísticamente significativa con la depresión. En este análisis, la variable dependiente será la presencia o ausencia de depresión, mientras que, entre las variables independientes, se incluirán aspectos como la edad, el nivel socioeconómico, el estado civil, la ocupación y el tipo de seguro. Se informarán los odds ratios (OR) y sus respectivos intervalos de confianza (IC) al 95%, así como los valores p para evaluar la significancia estadística de cada factor considerado, tomando como referencia un valor estándar de significancia de $p < 0,05$.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Office on Women's Health. Depresión posparto [Internet]. 2023 [citado 2 mayo 2025]. Disponible en: <https://espanol.womenshealth.gov/mental-health/mental-health-conditions/postpartum-depression>
2. Organización Mundial de la Salud. Salud mental: fortalecer nuestra respuesta [Internet]. 2022 [citado 2 mayo 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
3. Contreras-Carreto NA, Moreno-Sánchez P, Márquez-Sánchez E, Vázquez-Solares V, Pichardo-Cuevas M, Ramírez-Montiel ML, et al. Salud mental perinatal y recomendaciones para su atención integral en hospitales ginecoobstétricos. *Cir Cir.* 2022;90(4):564–72..
4. Rebolledo DA. Factores psicosociales asociados al estado completo de salud mental de la mujer durante el puerperio [Tesis en Internet]. Concepción: Universidad de Concepción; 2021 [citado 2 mayo 2025]. Disponible en: <https://repositorio.udec.cl/server/api/core/bitstreams/3b413aa7-2de1-48c4-ab70-17c3bcfa159d/content>
5. Pérez Cruz JA. Factores asociados a la depresión posparto en puérperas atendidas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, 2023 [Tesis en Internet]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2024 [citado 13 abril 2025]. Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/backend/api/core/bitstreams/947bb774-100e-4f00-a5c2-b51eba624493/content>
6. Ministerio de Salud. RD No 178-2022-DG-INMP-MINSA [Internet]. 2022 [citado 2 mayo 2025]. Disponible en: https://www.inmp.gob.pe/uploads/RD_N%C2%BA_178-2022-DG-INMP-MINSA.pdf
7. Cárdenas A, Lacassie HJ. Revisión de evidencia del impacto de la anestesia obstétrica en los desenlaces maternos y neonatales: un análisis de la literatura. *Rev Chil Anest.* 2021;50(4):561–7.
8. Ting Ding, Wang D-X, Qu Y, Chen Q, Zhu S-N. Epidural labor analgesia is associated with a decreased risk of postpartum depression: a prospective cohort study. *Anesth Analg.* 2014 Aug; 119(2): 383-92.
9. Tan CW, Sultana R, Kee MZL, Meaney MJ, Sng BL. Investigating the association between labour epidural analgesia and postpartum depression: a prospective cohort study. *Eur J Anaesthesiol.* 2020;37(9):796–80
10. World Health Organization. Launch of the WHO guide for integration of perinatal mental health in maternal and child health services [Internet]. 2022 [citado 6 mayo 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/news/item/19-09-2022-launch-of-the-who-guide-for-integration-of-perinatal-mental-health>
11. World Health Organization. Guide for integration of perinatal mental health in maternal and child health services. 1st ed. Geneva: WHO; 2022..
12. De La Fe Rodríguez-Muñoz M, Le HN, De La Cruz IV, Crespo MEO, Méndez NI. Feasibility of screening and prevalence of prenatal depression in an obstetric setting in Spain. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2017;215:101–5.

13. Maldonado-Durán JM, Brockington I. La salud mental y sus dificultades en la etapa perinatal. OPS. 2011.
14. Marles Salazar MA, León León YC, Solarte Rosas DM. Depresión posparto: prevalencia y relación con la tipología y función familiar. *Repert Med Cir.* 2024;33(2):170–7.
15. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas [Internet]. 2018 [citado 7 mayo 2025]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275320280_spa.pdf
16. Genchi-Gallardo FJ, Paredes-Juárez S. Prevalencia de depresión posparto y factores asociados en usuarias de un hospital público de Acapulco, Guerrero, México. *Ginecol Obstet Mex.* 2021;89(12):929–36.
17. Santiago-Sanabria L, Ibarra-Gussi PM, Rendón-Macías ME. Depresión posparto: prevalencia y factores de riesgo asociados en una muestra de población mexicana. *Ginecol Obstet Mex.* 2023;91(4):227–40.
18. Martin E, Vickers B, Landau R, Reece-Stremtan S, Academy of Breastfeeding Medicine. ABM clinical protocol #28: peripartum analgesia and anesthesia for the breastfeeding mother. *Breastfeed Med.* 2018;13(3):164–71.
19. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry.* 1987;150(6):782–6.
20. Vega-Dienstmaier J, Mazzotti G, Stucchi S. Validación de la escala de depresión de Edimburgo en mujeres que no están en periodo posparto. *Rev Neuropsiquiatr.* 1997;60:283–93.

6. PRESUPUESTO Y CRONOGRAMA

Presupuesto: El presente estudio será totalmente autofinanciado.

Recursos	Materiales	Cantidad	Costo/unidad	Costo total
BIENES	Papel bond A4	1 millar	S/. 13.00	S/. 13.00
	Fólderes	2 unidades	S/. 1.20	S/. 2.40
	Lapiceros	1 caja	S/. 10.00	S/. 10.00
	Archivador	1 archivador	S/. 10.00	S/. 10.00
	Tablero	1 unidad	S/. 8.00	S/. 8.00
	Mascarillas	1 caja	S/. 22.00	S/. 22.00
SERVICIOS	Movilidad local	—	—	S/. 100.00

	Telefonía celular	—	—	S/. 60.00
	Fotocopias e impresiones	—	—	S/. 150.00

N°	ACTIVIDAD	2025									
		Feb	Mar- May	Jun	Jul	Ago	Sept	Oct	Nov	Dic	
1	Revisión bibliográfica	X	X								
2	Definición del problema	X	X								
3	Justificación		X								
4	Objetivos generales y específicos		X								
5	Hipótesis		X								
6	Antecedentes		X								
7	Marco Teórico		X	X							
8	VARIABLES			X	X						
9	Aprobación del proyecto de investigación					X					

10	Recolección de datos							X	X	X
11	Análisis de datos									X
12	Informe final									X

7. ANEXOS

Anexo N.º 01: Consentimiento informado

Investigador: Miguel Eduardo Manzano Torres

Título: ASOCIACIÓN DE LA ANALGESIA DE PARTO Y DEPRESIÓN POSTPARTO

Propósito del Estudio: La invito a participar del estudio llamado “ASOCIACIÓN DE LA ANALGESIA DE PARTO Y DEPRESIÓN POSTPARTO”

Antes de decidir si desea participar o no en el estudio, se le brindará información necesaria y se responderá gustosamente las dudas que tenga con respecto a la investigación para que pueda tomar una decisión informada. Este proceso se denomina **consentimiento Informado**.

Procedimientos: Una vez autorizada su participación, se le entregará una encuesta, el cual está estructurado en 2 partes.

1. Datos generales
2. Escala de Depresión posparto de Edimburgo

La encuesta consiste en preguntas de opción de respuesta múltiple, que deberá marcar con un aspa (X) según su criterio. No existen respuestas correctas o

incorrectas. Asimismo, el tiempo de aplicación de la encuesta será de 10 minutos aproximadamente.

Beneficios: Este estudio tiene como beneficio el poder generar mayor conocimiento científico sobre los factores asociados a la depresión posparto. Asimismo, beneficia a los participantes al sensibilizar sobre este tema y visibilizar las consecuencias que genera en usted, su bebé y el vínculo entre ambos.

Riesgos: El estudio no presenta riesgos físicos ni psicológicos, el llenado de la encuesta no involucra un esfuerzo que pueda repercutir sobre la integridad de su salud. El estudio no tendrá ningún costo económico para usted.

Confidencialidad: Toda la información brindada por usted será completamente confidencial, la encuesta es anónima y los datos serán usados exclusivamente para fines de investigación. Si los resultados del estudio fuesen publicados, no se mostrará ninguna información que evidencie la identificación de los participantes.

Derechos del participante: Si usted decide participar en el estudio, podrá retirarse si así lo desea sin perjuicio alguno.

DECLARACIÓN DEL PARTICIPANTE: He leído la información proporcionada y ha sido explicada correctamente. He tenido la oportunidad de preguntar sobre el estudio y contestaron satisfactoriamente todas mis dudas. Acepto voluntariamente mi participación en este estudio y comprendo que puede retirarme en cualquier momento. Entiendo que los resultados de la investigación serán utilizados con fines académicos y profesionales. Si luego tengo más preguntas acerca del estudio, puedo comunicarme con el investigador, Firmo el presente documento, autorizando mi participación e indicando también que recibí una copia de este consentimiento informado.

Participante:

Fecha

Nombre:

DNI:

Anexo N.º 2. Instrumento de recolección de datos

Instrucciones: Estimada puérpera, este cuestionario tiene por objetivo determinar los factores asociados a la depresión posparto; por lo que se le pide que lea detenidamente cada enunciado y marque con un aspa (x) dentro del recuadro la opción con la que se identifique. No existen respuestas buenas o malas, estas serán confidenciales y los datos serán utilizados únicamente con fines de investigación.

PARTE I: DATOS GENERALES

1a. Edad: _____

2a. Estado civil:

Soltera

Casada

Conviviente

3a. Grado de instrucción:

Sin instrucción

Primaria

Secundaria

Superior

4a. Meses de posparto

1 mes posparto

() 2 meses posparto

PARTE II: ESCALA DE DEPRESIÓN POSPARTO DE EDIMBURGO

Como usted hace poco tuvo un bebé, nos gustaría saber cómo se ha estado sintiendo.

Por favor, marque con una X el casillero con la respuesta que más se acerca a cómo se ha sentido en los último siete días.

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

A. Tanto como siempre

B. No tanto ahora

C. Mucho menos

D. No, no he podido

2. He mirado el futuro con placer

A. Tanto como siempre

B. Algo menos de lo que solía hacer

C. Definitivamente menos

D. No, nada

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

A. Sí, la mayoría de las veces

B. Sí, algunas veces

C. No muy a menudo

D. No, nunca

4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo

A. No, para nada

B. Casi nada

C. Sí, a veces

D. Sí, a menudo

5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno

A. Sí, bastante

B. Sí, a veces

C. No, no mucho

D. No, nada

6. Las cosas me oprimen o agobian

A. Sí, la mayor parte de las veces

B. Sí, a veces

C. No, casi nunca

D. No, nada

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

A. Sí, la mayoría de las veces

B. Sí, a veces

C. No muy a menudo

D. No, nada

8. Me he sentido triste y desgraciada

A. Sí, casi siempre

B. Sí, bastante a menudo

C. No muy a menudo

D. No, nada

9. He sido tan infeliz que he estado llorando

A. Sí, casi siempre

B. Sí, bastante a menudo

C. Sólo en ocasiones

D. No, nunca

10. He pensado en hacerme daño a mí misma

A. Sí, bastante a menudo

B. A veces

C. Casi nunca

D. No, nunca

Anexo N.º 3: Tabla operacional de variables

Variable	Definición	Tipo	Escala	Forma de registro
Analgesia intraparto	Técnica de anestesia que incluye anestesia epidural y/o espinal para controlar el dolor durante el trabajo de parto	Cualitativa politómica	Nominal	<ul style="list-style-type: none">• Ninguna• Epidural• Espinal• Combinada
Depresión postparto	Patología en puérpera con manifestación de tristeza, ansiedad, irritación según escala de Edimburgo, la puntuación va de 0-30	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none">• No: <9 puntos• Sí: ≥10 puntos
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de	Cuantitativa	De razón	En años

	una persona hasta la fecha del estudio			
Estado civil	Situación legal con respecto a una unión conyugal	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Soltero • Casado • Viudo • Divorciado
Grado de instrucción	Máximo nivel de estudios formales alcanzado por una persona	Cualitativo	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Sin estudios • Primaria incompleta • Primaria • Secundaria • Universitario • Superior
Ocupación	Actividad laboral que la gestante declara realizar al momento de la encuesta	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Estudiante • Ama de casa • Independiente
Tipo de seguro	Tipo de aseguramiento en salud al que está afiliada la gestante	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • SIS • Essalud • EPS • Seguro privado

Anexo N.º 4: Cálculo de tamaño muestral

Para calcular la muestra de la población asignada, se basó en una fórmula matemática para cierto tipo de estudio.

Donde tenemos:

N: 135 pacientes

Z: Nivel de confianza deseado del 95%

E: Error estimado máximo del 5%

P: Nuestra probabilidad es del 50%

Q: (1-P)

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

$$n = \frac{135 \cdot (1.96)^2 \cdot 0.5 \cdot (1-0.5)}{(0.05)^2 \cdot (135-1) + (1.96)^2 \cdot 0.5 \cdot (1-0.5)}$$

$$n = \frac{135 \cdot 3.8416 \cdot 0.25}{0.0025 \cdot 134 + 3.8416 \cdot 0.25}$$

$$n = \frac{129.6876}{0.335 + 0.9604}$$

$$n = \frac{129.6876}{1.2954}$$

$$n \approx 100.1$$