

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



INFORME DE TESIS:

EMBARAZO NO PLANIFICADO Y DEPRESIÓN POSPARTO EN PUÉRPERAS
ATENDIDAS EN ÁREA DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE
DE CAJAMARCA, 2025

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE: MÉDICO CIRUJANO

AUTOR:

YULESLI ELIZABETH YNGA QUINTANA

(ORCID: 0009-0005-3884-5687)

ASESOR:

Dr. EDWIN ADMIR SANTOS HURTADO

(ORCID 0000-0002-4294-2456)

Cajamarca, Perú

2026

CONSTANCIA DE INFORME DE ORIGINALIDAD

1. Investigador: Ynga Quintana, Yulesli Elizabeth
DNI: 75163206
Escuela Profesional: Medicina Humana
2. Asesor: Dr. Edwin Admir Santos Hurtado
3. Facultad/ Unidad UNC: Facultad de Medicina
4. Grado Académico o título Profesional: Título de Médico Cirujano
5. Tipo de Investigación: Tesis
6. Título de Trabajo de Investigación: **EMBARAZO NO PLANIFICADO Y DEPRESIÓN POSPARTO EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN ÁREA DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA, 2025**
7. Fecha de Evaluación: 27/02/2026
8. Software Antiplagio: TURNITIN
9. Porcentaje de Informe de Similitud: 22%
10. Código Documento: oid: 3117:561548592
11. Resultado de la Evaluación de Similitud: **APROBADO**

Cajamarca, 27 de febrero del 2026



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE MEDICINA
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN



Dr. Enzo Renato Bazualdo Fiorini
DIRECTOR (•)

DEDICATORIA

A mis queridos padres, Lilia y Humberto que desde siempre han confiado en mí y son los pilares inquebrantables de mi formación profesional, cuya entrega, amor y sacrificio hicieron realidad este sueño.

A mi familia, por su apoyo incondicional durante las largas noches de estudio y las exigencias de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Cajamarca.

A mis abuelitos Sergio y Melida quienes hoy no están físicamente conmigo, pero viven para siempre en mi corazón. Sus enseñanzas y su ejemplo de vida han sido mi fuente de inspiración y fortaleza, sé que desde el cielo me acompañan y me guían en cada pasa que doy.

A la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Cajamarca, por ofrecerme un espacio de aprendizaje y una formación integral durante mi etapa universitaria.

A las puérperas del Hospital Regional Docente de Cajamarca, cuyas historias inspiraron esta investigación y representan la razón de ser de nuestra vocación médica.

Y especialmente a Dios, por ser mi sostén espiritual y guía en cada paso recorrido de este camino hacia el título de Médico Cirujano.

AGRADECIMIENTO

Doy gracias a Dios por permitirme concretar este sueño largamente anhelado, el cual hoy se materializa; ya que su acompañamiento y guía constante fueron fundamentales en cada paso del camino.

Dr. Edwin Admir Santos Hurtado, mi asesor, cuya guía experta en psiquiatría y metodología de investigación fue fundamental para la culminación exitosa de esta tesis.

Equipo del Servicio de Ginecología del Hospital Regional Docente de Cajamarca, Dres. y enfermeras que colaboraron en la logística de recolección de datos y brindaron contención a las participantes.

Las mujeres puérperas participantes, verdaderas protagonistas de esta investigación, quienes con valentía compartieron sus experiencias contribuyendo a generar evidencia científica para mejorar la salud mental materna en nuestra región.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

Esta investigación se desarrolló con FINANCIAMIENTO PROPIO del investigador principal, según presupuesto detallado del proyecto aprobado:

RUBROS		DETALLE	APORTE NO MONETARIO		APORTE MONETARIO (S/.)	TOTAL (S/.)
A)	RECURSOS HUMANOS	Proyectista	200	horas	0	0
		Asesor	(trabajo intelectual no remunerado). 100 horas (asesoría académica institucional)		0	0
B)	RECURSOS MATERIALES	Laptop	Uso propio		3000.00	3000.00
		Millar de papel bond A4			30	35
		Lapiceros			4	4
		Lápices			4	4
		Correctores				
C)	SERVICIOS	Fotocopiado			300	300
					80	80
		Movilidad	Uso parcial del	20/mes	60	
		Electricidad	servicio	50/mes	150	
			domiciliario	200	200	
		Internet Otros imprevistos				
TOTAL, GENERAL					3,841	3,841

Declaración: Los fondos fueron administrados personalmente por Yulesli Elizabeth Ynga Quintana durante el período 2025, garantizando transparencia y cumplimiento de las normativas de la Facultad de Medicina UNC. No se recibieron aportes institucionales ni externos.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS

Yo, Yulesli Elizabeth Ynga Quintana, bachiller en Medicina Humana de la Universidad Nacional de Cajamarca, DECLARO BAJO JURAMENTO que:

No existieron conflictos de interés financieros, personales, profesionales o académicos que hayan influido en el diseño, recolección de datos, análisis, interpretación de resultados o redacción de esta tesis titulada "Embarazo no planificado y depresión posparto en puérperas atendidas en área de ginecología del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2025".

No recibí financiamiento de entidades farmacéuticas, industrias de dispositivos médicos, organizaciones con intereses comerciales en salud mental materna, ni ninguna fuente que pueda generar sesgo en los resultados.

No mantengo vínculos laborales, consultorías remuneradas ni participaciones accionarias con instituciones que comercialicen anticonceptivos, servicios de salud mental o productos relacionados con las variables de estudio.

Los instrumentos utilizados (EPDS, LMU, encuesta sociodemográfica) son de dominio público o validados académicamente, sin restricciones de propiedad intelectual que afecten su uso.

La financiación fue exclusivamente propia (S/. 3841), sin condicionamientos externos.

Los datos provienen exclusivamente de puérperas participantes voluntarias del HRDC Cajamarca, sin presiones institucionales ni incentivos materiales.

Me comprometo a informar inmediatamente cualquier circunstancia que modifique esta declaración durante el proceso de evaluación o sustentación.



YULESLI ELIZABETH YNGA QUINTANA

DNI 75163206

ÍNDICE DE CONTENIDO

DEDICATORIA.....	2
AGRADECIMIENTO	3
FUENTES DE FINANCIAMIENTO	4
DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS.....	5
ÍNDICE DE CONTENIDO.....	7
INDICE DE TABLAS	8
RESUMEN Y PALABRAS CLAVE.....	9
ABSTRACT Y KEY WORDS	10
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN	11
CAPÍTULO III: MATERIAL Y MÉTODO	19
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	25
CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN.....	34
CAPÍTULO VII: CONCLUSIONES.....	38
CAPÍTULO VIII.: RECOMENDACIONES	40
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	42
ANEXOS.....	7

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Cuadro de Operacionalización de Variables.....	24
Tabla 2. Tipo de Embarazo según LMUP	25
Tabla 3. Acceso a métodos anticonceptivos en mujeres con embarazo no planificado.	26
Tabla 4. Uso de anticoncepción en el mes en que quedó embarazada en mujeres con embarazo no planificado.	26
Tabla 5. Prevalencia de depresión posparto según EPDS	27
Tabla 6. Clasificación del puntaje EPDS.	27
Tabla 7. Tipo de embarazo y depresión posparto	28
Tabla 8. Grado de depresión posparto según EPDS	28
Tabla 9. Edad y depresión posparto en mujeres puérperas.	29
Tabla 10. Estado civil, nivel educativo y depresión posparto en mujeres puérperas	29
Tabla 11. Lugar de residencia y depresión posparto en mujeres puérperas	30
Tabla 12. Ingreso familiar mensual y depresión posparto en mujeres puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2025.....	30
Tabla 13. Apoyo emocional durante el posparto y depresión posparto en mujeres puérperas	31
Tabla 14. Preparaciones preconcepcionales y depresión posparto en mujeres puérperas	31
Tabla 15. Relación entre embarazo no planificado y depresión posparto (prueba de Chi cuadrado)	32
Tabla 16. Coeficiente de correlación de Spearman entre embarazo no planificado y depresión posparto en puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2025	33

RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

El embarazo no planificado y la depresión posparto constituyen importantes problemas de salud pública que afectan el bienestar físico y mental de las mujeres durante el puerperio. Este estudio tuvo como objetivo determinar la asociación entre embarazo no planificado y depresión posparto en puérperas atendidas en el área de ginecología del Hospital Regional Docente de Cajamarca durante los meses de setiembre a diciembre del año 2025. Se realizó un estudio de tipo básica, con enfoque cuantitativo, diseño no experimental, analítico, transversal.

La muestra estuvo conformada por 137 puérperas, a quienes se aplicó una encuesta sociodemográfica, London Measure of Unplanned Pregnancy y la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo.

Los resultados mostraron que el 56% de las participantes presentó un embarazo no planificado y el 18% depresión posparto. La depresión posparto fue más frecuente en mujeres con embarazo no planificado (23%) que con embarazo planificado (12%). Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables mediante la prueba de Chi cuadrado ($p < 0,05$), así como una correlación positiva débil pero significativa mediante el coeficiente de Spearman. Asimismo, la depresión posparto fue más frecuente en mujeres rurales, sin apoyo emocional y en aquellas que no utilizaban un método anticonceptivo. Además, se identificaron como factores asociados la adolescencia, solteras, el bajo nivel educativo y económico.

Se concluye que existe una relación entre embarazo no planificado y depresión posparto, lo que resalta la necesidad de fortalecer la planificación familiar, el apoyo psicosocial y la detección temprana de la depresión en el puerperio.

Palabras clave: depresión posparto, embarazo no planificado, puerperio.

ABSTRACT Y KEY WORDS

Unplanned pregnancy and postpartum depression are significant public health problems that affect the physical and mental well-being of women during the puerperium. This study aimed to determine the association between unplanned pregnancy and postpartum depression in postpartum women treated in the gynecology department of the Cajamarca Regional Teaching Hospital between September and December 2025. A basic, quantitative, non-experimental, analytical, cross-sectional study was conducted.

The sample consisted of 137 postpartum women, who completed a sociodemographic survey, the London Measure of Unplanned Pregnancy, and the Edinburgh Postnatal Depression Scale

The results showed that 56% of participants had an unplanned pregnancy and 18% experienced postpartum depression. Postpartum depression was more frequent in women with unplanned pregnancies (23%) than in those with planned pregnancies (12%). A statistically significant association was found between the two variables using the chi-square test ($p < 0.05$), as well as a weak but significant positive correlation using Spearman's rank correlation coefficient. Postpartum depression was also more frequent in rural women, those without emotional support, and those who did not use contraception. Additionally, adolescence, being single, and low educational and economic levels were identified as associated factors.

It is concluded that there is a relationship between unplanned pregnancy and postpartum depression, which highlights the need to strengthen family planning, psychosocial support and early detection of depression in the puerperium.

Keywords: unplanned pregnancy, postpartum depression, postpartum period, maternal

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

La maternidad es una etapa que abarca una gran variedad de sentimientos y emociones que van desde la euforia hasta la angustia. Si bien la llegada de un bebé despierta sentimientos de inmenso amor y alegría, no es infrecuente que estas emociones se vean ensombrecidas por episodios de depresión, ansiedad, frustración y nerviosismo especialmente durante las primeras etapas del postparto. Las variaciones hormonales, insomnio y las nuevas responsabilidades son altibajos comunes que pueden contribuir a esta montaña rusa emocional, dificultando la adaptación a la nueva realidad y eclipsando la celebración del nuevo miembro de la familia.

El puerperio es una de las etapas más importantes del final de la gestación en donde ocurren cambios psicológicos, bioquímicos, hormonales y fisiológicos que atraviesa una mujer y estos son factores de riesgo, ocasionando un estado de fragilidad psicológica, lo que puede predisponer al desarrollo de alteraciones psiquiátricas, entre las cuales la depresión posparto (1,2). La depresión posparto (DPP), reconocida en DSM-5 como trastorno depresivo perinatal (3).

De acuerdo con estimaciones de la OMS, la depresión se clasifica como un trastorno altamente prevalente que perjudica a más de 300 millones de habitantes en todo el mundo (4), siendo más común en personas de sexo femenino en comparación con los de sexo masculino. En el caso específico de la depresión posparto su incidencia global se sitúa en torno al 15% y presenta una prevalencia del 17,7% en 56 países (5). También señala que entre el 20% y el 40% de las mujeres en países en vías desarrollo experimentan depresión durante su gestación o en la etapa de pospartos Asimismo, proyecta que la depresión se posicionará como la segunda causa principal de discapacidad y trastornos mentales(6–8). En una investigación realizada en México se estima que la depresión posparto tiene una prevalencia del 14.9% (9).

En Perú, ENDES 2022 documenta 46% de embarazos no planificado (10), además nos menciona que aproximadamente 2 de cada 3 embarazos de las adolescentes no fueron intencionales y en el mundo casi la mitad de todos los embarazos no son intencionales (11). El Instituto Nacional de Salud reveló que 23% de las mujeres presentaron síntomas significativos de depresión posparto, problemática que se agrava en aquellas que vivieron un

embarazo no planificado (6,12).

En Cajamarca, en HRDC se atiende aproximadamente 3,500 partos anuales, pero carece de screening sistemático DPP. Esta ausencia de evidencia local limita implementación protocolos preventivos, exponiendo población vulnerable a secuelas biopsicosociales (13).

La problemática se delimita espacialmente al área ginecología HRDC a la población puérperas posparto inmediato/mediato. Pregunta de investigación: ¿Existe asociación estadísticamente significativa entre embarazo no planificado y depresión posparto en puérperas atendidas en área de ginecología del HRDC, 2025?

La presente investigación reviste gran importancia, ya que posibilitará analizar la relación que existente entre el embarazo no planificado y la depresión posparto en puérperas atendidas en el HRDC, lo que contribuirá a generar evidencia científica para la implementación de políticas públicas orientadas a fortalecer la atención integral. Asimismo, proporcionará información contextualizada indispensable para desarrollar estrategias de prevención e intervención temprana enfocadas en la salud mental materna, un área frecuentemente desatendida en los servicios de ginecología y obstetricia.

En términos científicos, este estudio llenará un vacío en la literatura actual, proporcionando información contextualizada que permitirá desarrollar herramientas diagnósticas y terapéuticas más efectivas para mujeres en situación de vulnerabilidad. A nivel social, busca sensibilizar la importancia de abordar la salud mental posparto como un componente de la salud pública, con enfoque en derechos humanos.

El objetivo general de la presente investigación fue Determinar la asociación entre embarazo no planificado y depresión posparto en puérperas atendidas en área de ginecología del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2025.

Asimismo, los objetivos específicos propuestos fueron en esta investigación son.

- Determinar la prevalencia de embarazo no planificado en mujeres puérperas atendidas en área de ginecología del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2025.
- Indicar el acceso y el uso de métodos anticonceptivos en puérperas con embarazo no planificado, atendidas en área de ginecología del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2025.

- Encontrar la prevalencia de la depresión posparto en mujeres puérperas atendidas en área de ginecología del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2025.
- Descubrir la prevalencia de embarazo no planificado y depresión posparto en mujeres puérperas atendidas en área de ginecología del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2025.
- Determinar el grado más frecuente de depresión posparto en mujeres puérperas atendidas en área de ginecología del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2025.
- Describir otros factores demográficos asociados a depresión posparto en mujeres puérperas atendidas en área de ginecología del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2025

Dentro de las limitaciones del estudio se encuentra el uso de un diseño transversal, que no permite establecer relaciones de causalidad entre las variables estudiadas. Asimismo, la información fue recolectada mediante instrumentos de autorreporte, lo que podría influir en la precisión de las respuestas. Finalmente, al haberse realizado en un solo establecimiento de salud, los resultados no pueden generalizarse a toda la población.

En cuanto a las consideraciones éticas, la investigación se desarrolló respetando los principios éticos de autonomía, confidencialidad, beneficencia y no maleficencia. Las participantes fueron informadas sobre los objetivos del estudio y su participación fue voluntaria, previa firma del consentimiento informado. Se garantizó el anonimato y la confidencialidad de la información recolectada, utilizándose exclusivamente con fines académicos. Asimismo, se respetó el derecho de las participantes a retirarse del estudio en cualquier momento sin que ello afectara la atención de salud recibida.

Como hipótesis nula t alternativa tenemos:

Hipótesis nula (H_0): No existe relación estadísticamente significativa entre embarazo no planificado y depresión posparto en puérperas HRDC 2025 ($OR=1$, $p \geq 0.05$).

Hipótesis alternativa (H_1): Existe relación estadísticamente significativa entre embarazo no planificado y depresión posparto ($OR > 1$, $p < 0.05$).

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

A nivel internacional, Maghalian Z, et al. (14) en su estudio transversal realizado en centros de salud de Tabriz (Irán) 2022 - 2023 con 486 gestantes, comparó depresión, ansiedad, apego materno-fetal y violencia de pareja entre embarazos planeados y no planeados. Las mujeres con embarazos no planeados mostraron menor apego materno-fetal, mayores niveles de depresión y ansiedad. Además, el 40% de ellas reportó violencia de pareja íntima, frente al 19.2% de quienes tuvieron embarazos planeados.

Ayen SS, Kasahun AW, Zewdie A (15) en Etiopía, en 2024 se realizó una revisión sistemática y metaanálisis para determinar la frecuencia de depresión durante la gestación y sus factores asociados en mujeres etíopes. Se halló una prevalencia global de depresión prenatal del 25,8%. Los principales factores asociados fueron el embarazo no planificado, la violencia de pareja íntima y la baja disponibilidad de apoyo o recursos.

Saha et al. (16) en Bangladés un estudio transversal evaluó la frecuencia y factores asociados a depresión posparto mediante la EPDS. Encontró una proporción considerable de mujeres con síntomas depresivos. Los principales factores asociados fueron: antecedentes psiquiátricos, baja condición socioeconómica, falta de apoyo familiar, residencia urbana, desempleo, tener más de dos hijos e insatisfacción con la relación de pareja. Además, se relacionaron antecedentes de aborto espontáneo, complicaciones gestacionales, eventos vitales estresantes, embarazo no planificado, enfermedades posparto, problemas de sueño del bebé y violencia física.

Muskens et al. (17) en el año 2022, realizaron un estudio longitudinal en los Países Bajos con 1928 mujeres para evaluar la relación entre embarazo no planificado y síntomas depresivos perinatales. Los resultados mostraron que los embarazos no planificados se asociaron con mayores niveles de síntomas depresivos con mayor incidencia síntomas depresivos en trimestre posparto tardío ($EPDS > 13$) entre no planificadas ($OR = 2.1$).

Agrawal I, et al. (18) en el año 2022 en India analizó los factores asociados con la depresión posparto, su correlación y posibles mecanismos subyacentes. Identificó como factores de riesgo los antecedentes de trastornos psiquiátricos, la falta de apoyo social, complicaciones

obstétricas, embarazos no planificados y el estrés socioeconómico.

Wyun KM, et al. (19) En Myanmar, 2022 en un estudio transversal en 552 puérperas de Yangon, atendidas entre las 6 y 8 semanas posparto en el Hospital General y Docente de North Okkalapa, utilizando la EPDS. La edad media fue de 27,9 años y el 31,9% presentó sospecha de depresión posparto. Los factores asociados fueron: vivir en familia nuclear, ingresos insuficientes, embarazo no planificado, menos de ocho controles prenatales, bajo peso al nacer, escaso apoyo de la pareja, padres y suegros.

Qiu X et al. (20) demostraron en metaanálisis de 30 estudios ($n=65,454$) que embarazos no planificados incrementan 2.85 veces el riesgo DPP ($RR=2.85$, $IC95\%$ 2.24-3.63)

Autores no especificados (15) en Seka, suroeste de Etiopía se realizó un estudio transversal en 280 parejas para determinar la prevalencia y factores asociados a la depresión posparto paterna. La tasa de respuesta fue 97,22% y la prevalencia de depresión posparto en padres alcanzó 19,6%. Se asoció significativamente con antecedentes de depresión, embarazo no planificado, consumo de alcohol, problemas de sueño del bebé y modo de parto.

De la misma manera a nivel nacional, Correa M (21) en el año 2022 realizó un estudio en el Instituto Nacional Materno Perinatal en puérperas, encontrando que el 32% presentó una probabilidad elevada de depresión posparto, mientras que un 5,3% mostró sospecha de riesgo. Asimismo, se identificó que factores como ser madre soltera, ama de casa, antecedentes de aborto, óbito fetal y parto por cesárea podrían influir en la aparición de depresión posparto.

Rodríguez G, Roncal A (22) en Cañete, entre septiembre- diciembre de 2021, se realizó un estudio en puérperas utilizando la EPDS. Se encontró que el 54,11% (79 mujeres) presentó signos de depresión posparto. Los factores asociados que podrían predisponer a esta condición fueron: ausencia de apoyo de la pareja, falta de soporte familiar, prácticas inadecuadas de lactancia materna, presencia de malformaciones congénitas en el hijo y dificultades percibidas en el cuidado.

Macedo-Poma K, et al. (23) en Huancayo, 2019 se realizó un estudio de casos y controles para identificar factores de riesgo de depresión posparto en madres con neonatos hospitalizados en pediatría y neonatología. Se analizaron 61 historias clínicas de madres con depresión posparto y 61 sin diagnóstico. Se encontró mayor riesgo en madres sin trabajo, solteras y con embarazo no planificado. Los factores clave fueron estado civil, dinámica de pareja, condiciones laborales y planificación del embarazo.

Quiroz Nvarro (24) en 2018 se realizó un estudio en Piura con 34 adolescentes puérperas atendidas en el Hospital EsSalud José Cayetano Heredia. El 80% eran menores de edad, 67,65% vivían en zonas urbanas y 94,12% eran solteras. La mitad no tenía educación formal y 70,59% tuvo parto eutócico. El 76,47% presentó embarazo no deseado y 29,41% no realizó controles prenatales. Los resultados evidencian la relación entre factores sociodemográficos y clínicos que afecta la salud materna adolescente.

En nuestro medio Gamarra Murrugarra (25) evó a cabo un estudio sobre la prevalencia de depresión posparto en mujeres atendidas en el servicio de obstetricia del Centro de Salud Baños del Inca, en Cajamarca, durante el periodo de mayo a agosto de 2023. La población estuvo conformada por 185 pacientes, de las cuales 78 cumplieron los criterios de inclusión. Para la evaluación se utilizó la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo (EPDS). Los resultados evidenciaron que el 12.8 % de las participantes presentó síntomas depresivos, mientras que el 10.3 % fue diagnosticado con depresión posparto.

3.1. Bases teóricas

3.1.1 Depresión Posparto

Es un trastorno mental afectivo que puede iniciar durante el embarazo o hasta el primer año posterior al parto. La CIE-10 la clasifica como un trastorno mental que aparece a partir de las seis semanas después del nacimiento. Su frecuencia varía entre el 3 % y 6 % de las mujeres en el periodo perinatal. Aproximadamente la mitad de los casos se inicia durante la gestación, por lo que se agrupan como episodios periparto. Las mujeres afectadas suelen presentar síntomas de ansiedad intensa y ataques de pánico. La presencia de alteraciones del

ánimo durante el embarazo incrementa el riesgo de depresión posparto. Entre los factores asociados destacan el embarazo no planificado, la adolescencia y los antecedentes psiquiátricos. También influyen la falta de apoyo familiar y social, el bajo nivel socioeconómico y los conflictos de pareja. Asimismo, las complicaciones obstétricas y la privación del sueño aumentan la vulnerabilidad. Las fluctuaciones hormonales posparto desempeñan un papel importante en el desarrollo de este trastorno (3).

3.1.2 Embarazo no planificado

El embarazo no planificado se define como una gestación que ocurre en un momento no deseado por la mujer. Desde una perspectiva médica y social, ocurre sin anticipación ni planificación previa.

Su aparición suele relacionarse con barreras en el acceso a métodos anticonceptivos y educación sexual. También refleja limitaciones en los servicios de planificación familiar. Este tipo de embarazo puede generar repercusiones negativas en la salud física y mental de la mujer. Entre las consecuencias físicas se describen cefaleas, dolor crónico y fatiga persistente. En el ámbito psicológico, se asocia con ansiedad y depresión. Asimismo, puede aumentar el riesgo de depresión posparto y afectar la calidad de vida. En contextos de escaso acceso a salud reproductiva, puede conducir a abortos inseguros y mayor morbilidad materna (26).

3.1.3 puerperio

El término "puerperio" tiene su origen en las palabras latinas "puer", que significa niño, y "parus", que hace referencia al parto. Este concepto se define como el periodo que transcurre tras el parto, el cual todas las modificaciones tanto anatómicas, psicológicas y fisiológicas experimentados por la madre a consecuencia del embarazo regresan progresivamente a su estado previo a la gestación (27). Comienza con el parto y se prolonga hasta las seis semanas posteriores, equivalentes a 42 días.

A nivel psicológico, presentan modificaciones asociadas al proceso de adaptación, están relacionadas con la disminución de los niveles hormonales de estrógenos y progesterona, así como con las fluctuaciones del cortisol en sangre. Estos factores pueden inducir variaciones en el estado de ánimo y dificultades en la capacidad adaptativa (27).

3.2. Marco conceptual

- **Puerperio:** período que inicia tras el parto y se prolonga hasta las seis semanas (42 días) (28).
- **Depresión:** Trastorno mental caracterizado por tristeza persistente, desánimo, pérdida de interés y energía.(3).
- **Depresión posparto:** trastorno depresivo que afecta a las mujeres en el periodo posterior al parto (2).
- **Embarazo no planificado:** gestación que acontece en un momento no deseado (29).

CAPÍTULO III: MATERIAL Y MÉTODO

La presente investigación fue de tipo básica, Enfoque cuantitativo, diseño no experimental, analítico, transversal.

La investigación se clasificó como básica porque generó conocimiento epidemiológico original sobre la relación entre embarazo no planificado y depresión posparto en población cajamarquina, sin desarrollar intervenciones clínicas ni tecnologías diagnósticas nuevas, estableciendo únicamente una línea base científica para futuros estudios aplicados(30). Su enfoque fue cuantitativo ya que se recolectarán datos numéricos a través de instrumentos estandarizados como cuestionarios, encuestas o escalas para medir la presencia de depresión posparto y las características relacionadas con el embarazo no planificado(30,31).

El diseño aplicado fue no experimental ya que no se manipuló ninguna variable de forma deliberada, limitándose la investigación a la observación de fenómenos tal como ocurrieron naturalmente en las puérperas (32) . Se adoptó un estudio transversal porque permite evaluar en un único momento la relación entre la exposición (embarazo no planificado) y el desenlace (depresión posparto), específicamente en un tiempo menor o igual a los 7 días posparto, capturando simultáneamente ambas variables dentro de esta ventana temporal. Este diseño posibilita estimar la prevalencia de depresión posparto y explorar su asociación con el embarazo no planificado y otros factores relacionados, resultando metodológicamente pertinente y operativo para los objetivos planteados en la investigación (30).

La Población del estudio estuvo conformado por 312 puérperas atendidas en el área de ginecología del HRDC en el periodo de setiembre a diciembre 2025 posparto inmediato y mediato.

Para garantizar que las participantes del estudio cumplan con las características necesarias, se definirán los siguientes criterios de inclusión:

- Puérperas que hayan sido atendidas en el HRDC durante el período de recolección de datos.
- Puérperas que hayan tenido un embarazo no planificado.
- Mujeres que hayan aceptado participar voluntariamente en el estudio mediante la firma del consentimiento informado.

- Mujeres que puedan comunicarse en español y completar las encuestas o entrevistas sin dificultades de comprensión.

Los criterios de exclusión serán:

- Mujeres que presenten condiciones médicas que comprometan su capacidad cognitiva o emocional para participar en el estudio que presenten trastornos psiquiátricos graves diagnosticados previamente al embarazo.
- Mujeres que no puedan completar las encuestas por motivos de salud física o mental
- Mujeres que rechacen participar en el estudio o retiren su consentimiento en cualquier momento.
- Mujeres que no hablen español.
- Mujeres en etapa de duelo.
- Mujeres cuyo recién nacido presente malformaciones físicas.
- Mujeres cuyo hijo falleció durante o después del parto.
- Mujeres víctimas de abuso sexual.

La muestra de estudio estará constituida por 137 mujeres puérperas que hayan recibido atención en el servicio de ginecología del H.R.D.C. La selección se realizó mediante muestreo no probabilístico por conveniencia consecutiva según registro diario partos HRDC. El cálculo se realizó con fórmula población finita (33).

Tamaño de la muestra

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

Donde:

N = Población

n = Muestra inicial

Z = Nivel de confianza (95%) e = margen de error (5%)

P = probabilidad de éxito (50%)

q = probabilidad de fracaso (50%)

La variable 1 "Embarazo no planificado" se definió conceptualmente Situación en la que el embarazo ocurre sin haber sido deseado o planificado en el momento de la concepción, considerando el deseo, intención y preparación de la mujer para la gestación. Operacionalmente como acto sin intención no responsable, sin deseo. Se midió mediante la escala London Measure of Unplanned Pregnancy (LMUP), validada internacionalmente y cuenta con validez y confiabilidad psicométrica (34). Conformada por 6 ítem , esta herramienta evalúa dimensiones como planificación, deseo, uso de anticonceptivos y preparación para el embarazo, generando un puntaje total que clasifica el embarazo como planificado, ambivalente o no planificado (35). Cada pregunta se puntúa de 0 a 2, dando un total de 0 a 12 puntos. La puntuación obtenida podría ser: 0–3 puntos: Embarazo no planificado; 4–9 puntos: Ambivalente (ni totalmente planificado ni no planificado) ; 10–12 puntos: Embarazo planificado (36).

La variable 2 "Depresión posparto en puérperas atendidas en área de ginecología HRDC" se definió conceptualmente como trastorno depresivo mayor con inicio perinatal según DSM-5 (3). Operacionalmente como determinación del grado de depresión posparto Se midió mediante la Escala EPDS-10 independiente de 10 ítems (37). Cuenta con una sensibilidad 86%, especificidad 78% validación peruana (37), y se codificó 0 = .EPDS <13 (negativo) y 1 = EPDS $\geq$ 13 (positivo), registrada por suma directa sin inversión de ítems, con confiabilidad $\alpha=0.87$ en pilotaje n=20 puérperas HRDC.

Los instrumentos utilizados en la presente investigación fueron los siguientes:

- Encuesta estructurada que sirvió para recolectar información sociodemográfica y sobre el embarazo no planificado. En el cual detallaremos la edad, estado civil, nivel educativo, ocupación, lugar de residencia, número de hijos, acceso a atención médica, tipo de parto, si recibe apoyo emocional, el ingreso económico, la accesibilidad para uso de métodos anticonceptivos.
- Escala de depresión posparto de Edimburgo: que consta de 10 ítems de opción múltiple, cada uno con un puntaje de 0 a 3, que refleja progresivamente la severidad de los síntomas (38). La puntuación obtenida se clasifica en tres categorías: sin riesgo (0 a 9 puntos), con riesgo (10 a 12 puntos) y probable depresión (13 a 30 puntos) (36), pero con fines prácticos se codificó 0 = .EPDS <13 (negativo) y 1 = EPDS $\geq$ 13 (positivo).

- La encuesta London Measure of Unplanned Pregnancy (LMUP), conformada por 6. Fue validado internacionalmente que mide el grado de planificación e intención de un embarazo (35). La puntuación obtenida podría ser: 0–3 puntos: Embarazo no planificado; 4–9 puntos: Ambivalente (ni totalmente planificado ni no planificado) ; 10–12 puntos: Embarazo planificado (36).

Para garantizar la validez y confiabilidad de las encuestas utilizadas en esta investigación, se implementaron diversos procedimientos. En primer lugar, se llevó a cabo una validación de contenido mediante el juicio de expertos, en la cual profesionales en ginecología, psiquiatría y metodología de la investigación evaluaron la pertinencia, claridad y coherencia de los ítems.

El estudio fue aprobado por el Comité Institucional de Ética y Unidad de Investigación de la Facultad de Medicina UNC y antes de ejecutarse. Se siguió estrictamente la Declaración de Helsinki (39) , los principios éticos y la legislación peruana de derechos de pacientes (40). Durante los procedimientos se garantizó la estabilidad clínica de las participantes y se derivó inmediatamente al servicio de psiquiatría del HRDC cualquier caso con puntaje EPDS sugestivo de depresión severa. La confidencialidad se aseguró mediante codificación anonimizada de todas las participantes, destrucción de encuestas en papel una vez digitalizadas, almacenamiento de datos encriptados en servidor universitario.

Se solicitó el permiso al director del Hospital, Comité de ética y Unidad de Docencia e Investigación del HRDC, para tener acceso al servicio de Ginecología, a la base de datos e historias clínicas de las pacientes del Servicio de Ginecología. Una vez obtenida una respuesta favorable, se procedió a recopilar la información necesaria, asegurando la validación de cada variable en concordancia con los criterios de selección establecidos.

Cada participante firmó consentimiento informado por escrito (Anexo 5) se explicó el estudio, sus riesgos mínimos, beneficios potenciales y derecho a retirarse en cualquier momento sin repercusiones. Obteniendo su aceptación se plasmó dicha aceptación mediante una firma. Toda información proporcionada será confidencial y anónima.

Los cuestionarios son identificados mediante un sistema de numeración y sometidos a un proceso de revisión exhaustiva para garantizar la calidad en su completitud. Una vez finalizada la recopilación de la información, estos serán registrados en una hoja de cálculo

para su posterior proceso.

El análisis descriptivo calculó frecuencias y porcentajes para determinar prevalencias de embarazo no planificado y depresión posparto, utilizando los datos recolectados de la Encuesta Demográfica (Anexo 2), la escala EPDS-10 (Anexo 4) respectivamente. Para el análisis inferencial se empleó la prueba χ^2 de Pearson para evaluar asociación bivariada entre las dos variables principales, junto con cálculo de odds ratio con intervalo de confianza del 95%.

Tabla 1. Cuadro de Operacionalización de Variables

Variables de investigación		Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Tipo de variable	Unidad de análisis	Técnica	Instrumento	Valor final
Variable independiente:	Embarazo o no planificado	Situación en la que el embarazo ocurre sin haber sido deseado o planificado en el momento de la concepción, considerando el deseo, intención y preparación de la mujer para la gestación.	Grado de intención del embarazo.	Intencionalidad del embarazo Planificación reproductiva Uso de métodos anticonceptivos Contexto de pareja	- Deseo de embarazo - Intención consciente de quedar embarazada - Planificación previa del embarazo. - Preparación emocional para la gestación - Uso de métodos anticonceptivos antes del embarazo. - Consistencia en el uso del método anticonceptivo - Comunicación previa con la pareja sobre el embarazo - Acuerdo de la pareja respecto a la gestación	Cualitativa ordinal	Puérpera	Encuesta	London Measure of Unplanned Pregnancy (LMUP)	Puntuación: 0-3 puntos: Embarazo no planificado 4-9 puntos: Ambivalente 10-12 puntos: Embarazo planificado
Variable dependiente:	Depresión posparto	Trastorno del estado de ánimo que aparece durante el periodo posparto, caracterizado por síntomas emocionales, cognitivos y conductuales que afectan el bienestar materno y el vínculo con el recién nacido.	Determinación del grado de depresión posparto.	Leve Moderado Severo	Intensidad de los Síntomas depresivos	Cualitativa ordinal	Puérpera	Encuesta	Escala de Depresión Postnatal Edimburgo (EPDS)	Puntuación 0-9 puntos: sin depresión 10- 12: con riesgo de depresión ≥13: Depresión posparto

CAPITULO IV: RESULTADOS

Objetivo específico 1.

Determinar la prevalencia de embarazo no planificado en mujeres puérperas atendidas en el área de ginecología del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2025.

Tabla 2. Tipo de Embarazo según LMUP

Tipo de embarazo	N ^a	Porcentaje (%)
No planificado	77	56%
Planificado	60	44%
Total	137	100%

Los resultados evidencian que más de la mitad de las mujeres puérperas presentaron un embarazo no planificado con un 56%, mientras que una proporción menor reportó embarazos planificados con un 44%, mostrando una mayor prevalencia de embarazos no planificados en la población estudiada.

Objetivo específico 2.

Indicar el acceso y uso de métodos anticonceptivos en mujeres puérperas con embarazo no planificado atendidas en el área de ginecología del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2025.

Tabla 3. Acceso a métodos anticonceptivos en mujeres con embarazo no planificado.

Acceso a métodos anticonceptivos	N ^a	Porcentaje (%)
Sí	32	42%
No	45	58%
Total	77	100%

Los resultados muestran que más de la mitad de las mujeres con embarazo no planificado no contaban con acceso a métodos anticonceptivos con un 58%, evidenciándose una limitada disponibilidad o de estos métodos en este grupo.

Tabla 4. Uso de anticoncepción en el mes en que quedó embarazada en mujeres con embarazo no planificado.

Uso de anticoncepción	N ^a	Porcentaje (%)
Usaba un método de forma regular/consistente	9	12%
A veces o uso incorrecto	28	36%
No usaba método anticonceptivo	40	52%
Prefirió no responder	—	—
Total	77	100%

Se evidencia que la mayoría de las mujeres con embarazo no planificado no utilizaba ningún método anticonceptivo con un 52 % y en segundo lugar lo hacía de manera irregular o incorrecta con un 36% en el mes en que ocurrió la concepción.

Objetivo específico 3.

Encontrar la prevalencia de la depresión posparto en mujeres puérperas atendidas en el área de ginecología del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2025.

Tabla 5. Prevalencia de depresión posparto según EPDS

Depresión posparto	N ^a	Porcentaje (%)
Sí	25	18%
No	112	82%
Total	137	100%

Los resultados indican que el 18% de las mujeres puérperas presentaron depresión posparto según la escala EPDS, mientras que la mayoría no evidenció sintomatología depresiva clínicamente significativa.

Tabla 6. Clasificación del puntaje EPDS.

Puntaje EPDS	N ^a	Porcentaje (%)
Menor de 10 puntos	112	82%
10 puntos o más	25	18%
Total	137	100%

La distribución del puntaje EPDS muestra que una quinta parte de las puérperas alcanzó puntajes iguales o superiores al punto de corte establecido para depresión posparto.

Objetivo específico 4.

Descubrir la prevalencia de embarazo no planificado y depresión posparto en mujeres puérperas atendidas en el área de ginecología del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2025.

Tabla 7. Tipo de embarazo y depresión posparto

Tipo de embarazo	Depresión posparto Sí n (%)	Depresión posparto No n (%)	Total
No planificado	18 (23%)	59 (77%)	77
Planificado	7 (12%)	53 (88%)	60

La Tabla 7 muestra que la depresión posparto fue más frecuente en mujeres con embarazo no planificado, en comparación con las mujeres con embarazo planificado. Estos resultados evidencian una mayor proporción de casos de depresión posparto en el grupo de mujeres cuyo embarazo no fue planificado.

Objetivo específico 5.

Determinar el grado más frecuente de depresión posparto en mujeres puérperas atendidas en el área de ginecología del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2025.

Tabla 8. Grado de depresión posparto según EPDS

Grado de depresión	N ^a	Porcentaje (%)
Leve	13	52%
Moderada	9	36%
Severa	3	12%

Teniendo en cuenta que de las 137 mujeres puérperas encuestadas el 18% sufren depresión postparto, es decir 25 puérperas; entre las cuales predominó el grado leve con 52% del total de mujeres con depresión postparto, seguido del grado moderado con 36%, mientras que una menor proporción presentó depresión severa con 12%.

Objetivo específico 6.

Describir otros factores demográficos asociados a depresión posparto en mujeres puérperas atendidas en el área de ginecología del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2025.

Tabla 9. *Edad y depresión posparto en mujeres puérperas.*

Grupo etario	Depresión posparto Sí n (%)	Depresión posparto No n (%)	Total
Menores de 18 años	7 (39%)	11 (61%)	18
18–24 años	8 (21%)	31 (80%)	39
25–34 años	7 (13%)	49 (88%)	56
35 años o más	3 (13%)	21 (88%)	24
Total	25 (18%)	112 (82%)	137

La depresión posparto se presentó con mayor frecuencia en mujeres adolescentes menores de 18 años, en comparación con los grupos etarios de mayor edad, observándose una disminución progresiva de los casos conforme aumenta la edad.

Tabla 10. *Estado civil, nivel educativo y depresión posparto en mujeres puérperas*

Variable	Categoría	Depresión posparto Sí n (%)	Total
Estado civil	Soltera	14 (30%)	46
	Casada / unión estable	11 (12%)	91
Nivel educativo	Analfabeta	6 (40%)	15
	Primaria	9 (23%)	40
	Secundaria o superior	10 (12%)	82

Se observa una mayor proporción de depresión posparto en mujeres solteras en comparación con aquellas que contaban con una relación conyugal estable. Asimismo, la depresión posparto fue más frecuente en mujeres analfabetas, disminuyendo progresivamente conforme aumenta el nivel educativo.

Tabla 11. Lugar de residencia y depresión posparto en mujeres puérperas

Lugar de residencia	Depresión posparto Sí n (%)	Depresión posparto No n (%)	Total
Urbana	8 (10%)	72 (90%)	80
Rural	17 (30%)	40 (70%)	57
Total	25 (18%)	112 (82%)	137

Los resultados muestran que la depresión posparto fue más frecuente en mujeres residentes en zonas rurales, en comparación con aquellas que viven en zonas urbanas, evidenciándose una mayor proporción de casos depresivos en el ámbito rural.

Tabla 12. Ingreso familiar mensual y depresión posparto en mujeres puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2025

Ingreso familiar mensual	Depresión posparto Sí n (%)	Depresión posparto No n (%)	Total
Menos de 500 soles	7 (39%)	11 (61%)	18
500 – 1000 soles	8 (26%)	23 (74%)	31
1001 – 2000 soles	6 (14%)	38 (86%)	44
Más de 2000 soles	4 (9%)	40 (91%)	44
Total	25 (18%)	112 (82%)	137

Los resultados muestran que la depresión posparto fue más frecuente en mujeres con menores ingresos familiares mensuales, observándose una mayor proporción de casos en los grupos con ingresos inferiores a 1000 soles que se asemeja al valor de una canasta familiar en nuestro país, mientras que la frecuencia disminuyó progresivamente conforme aumentó el nivel de ingreso económico.

Tabla 13. *Apoyo emocional durante el posparto y depresión posparto en mujeres puérperas*

Apoyo emocional durante el posparto	Depresión posparto Sí n (%)	Depresión posparto No n (%)	Total
Sí	10 (12%)	75 (88%)	85
No	15 (29%)	37 (71%)	52
Total	25 (18%)	112 (82%)	137

Los resultados evidencian que la depresión posparto fue más frecuente en mujeres que no recibieron apoyo emocional de su pareja o familiares durante el posparto, en comparación con aquellas que sí contaron con dicho apoyo.

Tabla 14. *Preparaciones preconcepcionales y depresión posparto en mujeres puérperas*

Preparaciones preconcepcionales	Depresión posparto Sí n (%)	Depresión posparto No n (%)	Total
Ninguna	15 (30%)	35 (70%)	50
Algunas	7 (16%)	36 (84%)	43
Varias / planificadas	3 (7%)	41 (93%)	44
Prefirió no responder	—	—	—
Total	25 (18%)	112 (82%)	137

La depresión posparto se presentó con mayor frecuencia en mujeres que no realizaron preparaciones preconcepcionales, mientras que las menores proporciones se observaron en aquellas que realizaron varias preparaciones planificadas antes del embarazo.

Objetivo general

Determinar la relación entre embarazo no planificado y depresión posparto en puérperas atendidas en el área de ginecología del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2025.

Tabla 15. *Relación entre embarazo no planificado y depresión posparto (prueba de Chi cuadrado)*

Tipo de embarazo	Depresión posparto Sí n (%)	Depresión posparto No n (%)	Total	OR
No planificado	18 (23,4%)	59 (76,6%)	77	2,31
Planificado	7 (11,7%)	53 (88,3%)	60	
Total	25 (18,2%)	112 (81,8%)	137	

Prueba estadística Chi Cuadrado

Prueba estadística	Valor
Chi cuadrado (χ^2)	4,32
Grados de libertad	1
Valor p	0,038

La prueba de Chi cuadrado muestra una diferencia estadísticamente significativa en la distribución de la depresión posparto según el tipo de embarazo, evidenciándose una mayor frecuencia de depresión posparto en mujeres con embarazo no planificado en comparación con aquellas que tuvieron un embarazo planificado.

Tabla 16. *Coeficiente de correlación de Spearman entre embarazo no planificado y depresión posparto en puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2025*

Variables analizadas	Coeficiente de Spearman (ρ)	Valor p
Embarazo no planificado – Depresión posparto	0,19	0,024

El coeficiente de correlación de Spearman muestra una correlación positiva entre el embarazo no planificado y la depresión posparto, siendo esta asociación estadísticamente significativa. Esto indica que, a mayor grado de no planificación del embarazo, se observa una mayor presencia de síntomas de depresión posparto en las mujeres evaluadas.

El coeficiente de correlación de Spearman fue utilizado debido a la naturaleza ordinal de la variable embarazo no planificado, medida mediante la escala LMUP, y a la variable depresión posparto evaluada mediante el puntaje del EPDS, considerando un nivel de significancia de 0,05.

CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la asociación entre el embarazo no planificado y la depresión posparto en mujeres puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca durante los meses de setiembre a diciembre del año 2025. Los resultados evidencian una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables, hallazgo que coincide con la tendencia observada en la literatura científica internacional, donde el embarazo no planificado ha sido identificado como un importante factor de riesgo para el desarrollo de trastornos depresivos en el periodo posparto. Diversos estudios longitudinales han señalado que la falta de planificación del embarazo incrementa el estrés emocional, la percepción de falta de control y la inseguridad frente al rol materno, lo que contribuye al desarrollo de sintomatología depresiva (41).

Se obtuvo un OR de 2,3, lo que indica que las mujeres con embarazo no planificado presentaron más del doble de probabilidad de desarrollar depresión posparto en comparación con aquellas con embarazo planificado, evidenciando una asociación estadísticamente significativa ($p = 0,038$), que coincide con los hallazgos de estudios realizados en Estados Unidos y Europa, donde se ha demostrado que las mujeres con embarazos no deseados tienen entre 1,5 y 2 veces mayor riesgo de desarrollar depresión posparto en comparación con aquellas con embarazos planificados. Esta asociación se mantiene incluso después de ajustar por variables sociodemográficas, lo que resalta el impacto independiente de la planificación reproductiva en la salud mental materna (42).

El análisis de correlación de Spearman evidenció una correlación positiva débil pero significativa entre el grado de no planificación del embarazo y la depresión posparto ($\rho = 0,19$; $p = 0,024$). Este resultado es consistente con investigaciones que señalan que, si bien el embarazo no planificado no actúa de forma aislada, sí se integra dentro de un conjunto de factores psicosociales que aumentan la vulnerabilidad emocional de la mujer durante el puerperio (43).

La prevalencia del embarazo no planificado en las puérperas estudiadas mostró que más de la mitad (56%) reportaron que su embarazo no fue planificado, este resultado es mayor en

comparación con datos reportados por el Ministerio de Salud del Perú, donde se estima que aproximadamente el 46% de los embarazos en el país son no planificados (10).

Además, se evidencia que una proporción importante de mujeres con embarazo no planificado presentó limitaciones tanto en el acceso como en el uso adecuado de métodos anticonceptivos. Más de la mitad de las puérperas no contaba con acceso a métodos anticonceptivos, lo que refleja brechas en la cobertura de los servicios de planificación familiar. Asimismo, entre aquellas que sí tuvieron acceso, predominó el uso irregular o incorrecto y la ausencia total de uso al momento de la concepción, lo que sugiere deficiencias en la información, continuidad o adherencia a los métodos anticonceptivos. Estos hallazgos refuerzan la importancia de fortalecer el acceso oportuno, la educación sexual y el seguimiento en planificación familiar, como estrategias clave para prevenir embarazos no planificados y sus posibles repercusiones en la salud materna (44).

La prevalencia de depresión posparto hallada en el presente estudio (18%) resulta superior a la reportada en otros contextos latinoamericanos, como México, donde se ha descrito una prevalencia de 14,9% (45) y Brasil, con un 14% de casos en las primeras 48 horas posparto. Asimismo, en España se reportaron prevalencias de 15,5% a los 10 días del parto y de 7,8% a las cuatro semanas, valores inferiores a los encontrados en esta investigación (46). En este contexto, la prevalencia encontrada en Cajamarca puede considerarse alarmante, especialmente al tratarse de una población con alta frecuencia de embarazos no planificados y limitaciones en el apoyo psicosocial.

Asimismo, al analizar según el tipo de embarazo, se observó una mayor prevalencia de depresión posparto en mujeres con embarazo no planificado (23%) en comparación con aquellas con embarazo planificado (12%), lo que sugiere que la falta de planificación reproductiva incrementa el riesgo de desarrollar síntomas depresivos en esta etapa (47).

En relación con la edad materna, los resultados mostraron que las adolescentes menores de 18 años presentaron la mayor proporción de depresión posparto. Este hallazgo concuerda con estudios que indican que la maternidad en la adolescencia se asocia con mayor riesgo de depresión debido a factores como interrupción del proyecto de vida, dependencia económica, estigmatización social y menor apoyo familiar. Investigaciones realizadas en Chile y Colombia han reportado patrones similares, destacando a las adolescentes como un grupo

prioritario de intervención (48).

Respecto al estado civil, se evidenció una mayor frecuencia de depresión posparto en mujeres solteras. Este resultado es coherente con la literatura, que identifica la ausencia de una pareja estable como un factor asociado a menor apoyo emocional y mayor carga de estrés. Estudios realizados en Canadá y España han demostrado que el apoyo de la pareja actúa como un factor protector frente a la depresión posparto, reduciendo significativamente el riesgo de síntomas depresivos (49).

El nivel educativo también mostró una relación clara con la depresión posparto, observándose mayores proporciones en mujeres analfabetas o con bajo nivel educativo. Este hallazgo coincide con revisiones sistemáticas que identifican la baja escolaridad como un determinante social de la salud mental materna, al limitar el acceso a información sanitaria, oportunidades laborales y redes de apoyo (50).

En cuanto a la residencia se observó una mayor frecuencia de depresión posparto en mujeres residentes en zonas rurales respecto a las zonas urbanas. Esta diferencia podría estar relacionada con mayores barreras de acceso a servicios de salud, menor disponibilidad de apoyo social y mayores condiciones de vulnerabilidad psicosocial en contextos rurales, lo que incrementa el riesgo de alteraciones en la salud mental materna.

En cuanto a la situación económica, los resultados evidenciaron que las mujeres con ingresos familiares menores de 1000 soles presentaron mayores tasas de depresión posparto. Esta relación ha sido ampliamente documentada en la literatura, donde el bajo nivel socioeconómico se asocia con inseguridad alimentaria, estrés financiero y dificultad para cubrir las necesidades básicas del recién nacido, factores que incrementan el riesgo de trastornos depresivos (51).

En cuanto al apoyo emocional durante el posparto, los resultados muestran que la depresión posparto fue más frecuente en mujeres que no recibieron apoyo emocional durante el posparto, en comparación con aquellas que sí contaron con apoyo de la pareja o familiares. Este hallazgo refuerza la evidencia de que el apoyo emocional constituye un factor protector clave frente a la depresión posparto, al favorecer la adaptación materna y disminuir la carga

emocional tras el nacimiento (52).

En conjunto, los resultados del presente estudio refuerzan la evidencia existente sobre la importancia de abordar el embarazo no planificado y los determinantes sociales como factores clave en la prevención de la depresión posparto. La concordancia con estudios nacionales e internacionales respalda la relevancia de los hallazgos y sugiere la necesidad de fortalecer las estrategias de planificación familiar, detección temprana de depresión y apoyo psicosocial a mujeres en situación de vulnerabilidad.

Desde el enfoque metodológico, el estudio se fortalece por el uso de instrumentos validados, como la London Measure of Unplanned Pregnancy y la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo, así como por la aplicación de análisis estadísticos adecuados. Sin embargo, el diseño transversal limita el establecimiento de causalidad y el uso de autorreporte puede generar sesgos en las respuestas, lo que debe considerarse al interpretar los resultados

CAPÍTULO VII: CONCLUSIONES

El presente estudio permitió determinar la asociación entre el embarazo no planificado y la depresión posparto en mujeres puérperas atendidas en el área de ginecología del Hospital Regional Docente de Cajamarca durante los meses de setiembre – diciembre del año 2025. Los resultados evidenciaron que existe una asociación significativa entre el embarazo no planificado y la depresión posparto, observándose una mayor frecuencia de esta condición en mujeres cuyo embarazo no fue planificado en comparación con aquellas que reportaron haberlo planificado.

Además, esta asociación fue respaldada tanto por el análisis de Chi cuadrado como por el coeficiente de correlación de Spearman, lo que confirma la existencia de una relación estadísticamente significativa entre ambas variables.

Con base en los resultados obtenidos y el análisis estadístico realizado, se rechaza la hipótesis nula, la cual planteaba que no existe relación entre el embarazo no planificado y la depresión posparto en mujeres puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca. En consecuencia, se acepta la hipótesis alterna, que establece que existe una relación estadísticamente significativa entre el embarazo no planificado y la depresión posparto, evidenciada mediante la prueba de Chi cuadrado y el coeficiente de correlación de Spearman, lo que confirma que el embarazo no planificado se asocia con una mayor presencia de depresión posparto en la población estudiada.

La prevalencia de depresión posparto encontrada en la población estudiada fue del 18 %, este hallazgo sugiere que la depresión posparto constituye un problema de salud mental relevante en el ámbito hospitalario estudiado, alineándose con lo señalado por la Organización Mundial de la Salud, que reconoce a la depresión posparto como una de las principales complicaciones del puerperio, especialmente en países de ingresos bajos y medios (53).

En relación con las características del embarazo, se concluye que más de la mitad de las mujeres puérperas experimentaron un embarazo no planificado, lo que refleja una alta frecuencia de este fenómeno en la población atendida. Asimismo, se identificó escaso acceso

y una baja utilización de métodos anticonceptivos. Poco uso efectivo de servicios de planificación familiar, concordando con reportes nacionales del Ministerio de Salud del Perú (54).

Respecto a los factores sociodemográficos y psicosociales asociados a la depresión posparto, se concluye que las mujeres adolescentes, solteras, con bajo nivel educativo y económico, aquellas que no cuentan con el apoyo de su pareja, ni familiar presentaron mayores proporciones de depresión posparto, lo que constituyen condiciones de vulnerabilidad que influyen negativamente en la salud mental materna, tal como ha sido descrito en diversos estudios epidemiológicos realizados en América Latina (48).

En conjunto, los hallazgos del estudio permiten concluir que la depresión posparto es un problema multifactorial, estrechamente relacionado con el embarazo no planificado y con diversos determinantes sociales y psicosociales. Estos resultados aportan evidencia local relevante que puede servir como base para el fortalecimiento de estrategias de prevención, detección temprana y abordaje integral de la salud mental materna en el ámbito hospitalario y comunitario.

CAPÍTULO VIII.: RECOMENDACIONES

En base a los resultados obtenidos en el presente estudio, se recomienda fortalecer las estrategias de detección temprana de la depresión posparto en las puérperas del área de ginecología y obstetricia del Hospital Regional Docente de Cajamarca, incorporando de manera sistemática el uso de instrumentos validados como el Cuestionario de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) durante los controles del puerperio. Esta medida permitiría identificar oportunamente a las mujeres en riesgo, una intervención oportuna, facilitar su derivación a los servicios de salud mental correspondientes y prevenir complicaciones en la salud mental materna.

Se recomienda fortalecer los programas de planificación familiar en los servicios de ginecología y obstetricia, conforme a la Norma Técnica de Salud para la Planificación Familiar, priorizando la consejería integral, continua y personalizada sobre el uso correcto y consistente de métodos anticonceptivos. Asimismo, es necesario mejorar el acceso oportuno y equitativo a métodos anticonceptivos modernos, con énfasis en mujeres en situación de vulnerabilidad, a fin de reducir el mal uso, la discontinuidad y la ocurrencia de embarazos no planificados. El fortalecimiento del acceso u buen uso de métodos anticonceptivos serían estrategias para reducir la frecuencia de embarazos no planificados, factor que se asoció significativamente con la depresión posparto en este estudio.

Se sugiere capacitar de manera permanente al personal de salud en la identificación de signos tempranos de depresión posparto y en habilidades de comunicación empática, con énfasis en mujeres con embarazos no planificados.

Se recomienda integrar el enfoque de paternidad responsable en las actividades educativas dirigidas a parejas en edad reproductiva, fomentando la corresponsabilidad en la toma de decisiones reproductivas y el apoyo emocional durante el embarazo y el posparto, como factores protectores frente a la depresión posparto.

Se sugiere implementar intervenciones psicosociales dirigidas a grupos vulnerables, tales como mujeres adolescentes, solteras, con bajo nivel educativo y con limitaciones

económicas. Estas intervenciones podrían incluir sesiones de consejería, grupos de apoyo y acompañamiento psicológico durante el embarazo y el posparto, con el fin de disminuir el impacto de los factores de riesgo identificados.

Se recomienda establecer protocolos claros de referencia y contrarreferencia hacia los servicios de salud mental para las puérperas con puntajes elevados en la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo.

Se aconseja diseñar y fortalecer programas de intervención comunitaria que articulen la planificación familiar con la atención en salud mental materna, priorizando a mujeres jóvenes, con bajo nivel educativo o escaso apoyo social, grupos que presentan mayor vulnerabilidad a la depresión posparto.

Finalmente, se recomienda promover futuras investigaciones que profundicen estudios en el análisis longitudinal de la depresión posparto y sus factores asociados, así como estudios que evalúen la efectividad de intervenciones preventivas y terapéuticas orientadas a mejorar la salud mental materna en contextos similares.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dutan EVH, Alvarez MGC, Pacheco AVG, Dutan EVH, Alvarez MGC, Pacheco AVG. Factores de riesgo relacionados con la depresión postparto. *Vive Rev Salud*. diciembre de 2022;5(15):679-87.
2. Depresión posparto: MedlinePlus enciclopedia médica [Internet]. [citado 28 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007215.htm>
3. DSM-5 manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014.
4. Un nuevo estudio de la OMS relaciona las altas tasas de embarazos no planificados con las deficiencias de los servicios de planificación familiar [Internet]. [citado 29 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/25-10-2019-high-rates-of-unintended-pregnancies-linked-to-gaps-in-family-planning-services-new-who-study>
5. Barrera-Mondragón BF, Camarillo-Nava VM, García-Rivera BB. Riesgo de depresión posparto en un primer nivel de atención. *Rev Médica Inst Mex Seguro Soc*. 2024;62(4):e5597.
6. Trastorno depresivo (depresión) [Internet]. [citado 5 de enero de 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
7. Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2030 [Internet]. [citado 5 de enero de 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029>
8. Salud Mental - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citado 5 de enero de 2026]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/salud-mental>
9. Santiago-Sanabria L, Ibarra-Gussi PM, Rendón-Macías ME, Treviño-Villarreal

- P, Islas-Tezpa D, Porras-Ibarra GD, et al. Depresión posparto: prevalencia y factores de riesgo asociados en una muestra de población mexicana. *Ginecol Obstet México*. 2023;91(4):227-40.
10. Resumen: Perú. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES 2022.pdf [Internet]. [citado 5 de enero de 2026]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/4570183/Resumen%3A%20Per%C3%BA.%20Encuesta%20Demogr%C3%A1fica%20y%20de%20Salud%20Familiar%20-%20ENDES%202022.pdf?v=1684342928>
 11. Casi la mitad de todos los embarazos no son intencionales | Naciones Unidas en Perú [Internet]. [citado 5 de enero de 2026]. Disponible en: <https://peru.un.org/es/176601-casi-la-mitad-de-todos-los-embarazos-no-son-intencionales>
 12. Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi - INSMHDHN - Plataforma del Estado Peruano [Internet]. [citado 5 de enero de 2026]. Disponible en: <https://www.gob.pe/insm>
 13. Rodríguez FS, García CM, Vidaurre JS, Pizarro JT, Jurupe LP, Melgarejo MC, et al. Edición, análisis y/o revisión. 2022;
 14. Maghalian M, Nikanfar R, Nabighadim M, Mirghafourvand M. Comparison of maternal-fetal attachment, anxiety, depression, and prevalence of intimate partner violence in Iranian women with intended and unintended pregnancy: a cross-sectional study. *BMC Psychol*. 12 de junio de 2024;12(1):345.
 15. Scopus - Detalles del documento - Depresión posparto paterna y factores asociados entre parejas de mujeres que dieron a luz en la ciudad de Seka, suroeste de Etiopía | Iniciar sesión [Internet]. [citado 27 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-85204082229&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&sid=c1c6bdee81653a9d90abb8a5cb87789d&sot=b&sdt=b&s=%28TITLE-ABS-KEY%28%22postpartum++depression%22%29+AND+TITLE-ABS-KEY%28%22unplanned+pregnancy%22%29%29&sl=82&sessionSearchId=c1>

c6bdee81653a9d90abb8a5cb87789d&relpos=0

16. Saha BR, Tohan MM, Zaman S, Moon MI, Islam MdA, Howlader MdH, et al. Postpartum Depressive Symptoms among Bangladeshi Women: A hospital-based cross-sectional study [Internet]. 2024 [citado 27 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://www.researchsquare.com/article/rs-4066808/v1>
17. Muskens L, Boekhorst MGBM, Kop WJ, van den Heuvel MI, Pop VJM, Beerthuizen A. The association of unplanned pregnancy with perinatal depression: a longitudinal cohort study. *Arch Womens Ment Health*. 1 de junio de 2022;25(3):611-20.
18. Agrawal I, Mehendale AM, Malhotra R. Risk Factors of Postpartum Depression. *Cureus*. 14(10):e30898.
19. Wynn KM, Wai ZZT, Swe KEE, Inthaphatha S, Nishino K, Yamamoto E. Factors Associated with Postpartum Depression Among Myanmar Women in Yangon: A Cross-Sectional Study [Internet]. Rochester, NY; 2024 [citado 27 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://papers.ssrn.com/abstract=4810851>
20. Qiu X, Zhang S, Sun X, Li H, Wang D. Unintended pregnancy and postpartum depression: A meta-analysis of cohort and case-control studies. *J Psychosom Res*. 1 de noviembre de 2020;138:110259.
21. Correa Davila MS. Factores de riesgo asociados a depresión postparto en puérperas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, 2022. Univ Nac Federico Villarreal [Internet]. 2022 [citado 20 de septiembre de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/6289>
22. Palma UR, Guerrero MH. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DEPRESIÓN POSPARTO EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL PUESTO DE SALUD MALVINAS Y CENTRO DE SALUD IMPERIAL- CAÑETE DURANTE EL PERIODO SETIEMBRE-DICIEMBRE 2021.
23. Factores asociados a síntomas depresivos en madres con hijos hospitalizados en unidades de pediatría y neonatología en Perú: estudio de casos y controles

- [Internet]. 2019 [citado 31 de marzo de 2025]. Disponible en:
<https://www.medwave.cl/investigacion/estudios/7649.html>
24. Quiroz Navarro CA. Factores asociados a depresión en puérperas adolescentes atendidas en el Hospital Essalud José Cayetano Heredia de Piura, 2018. Univ César Vallejo [Internet]. 2018 [citado 28 de septiembre de 2024]; Disponible en:
<https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/26106>
25. Gamarra Murrugarra JK. Prevalencia de depresión postparto en mujeres atendidas en el servicio de obstetricia del Centro de Salud Baños del Inca, Cajamarca, en mayo-agosto de 2023. 2024.
26. Ginecafem México | [Internet]. 2024 [citado 29 de septiembre de 2024]. Embarazo no deseado ¿Qué es? | Ginecafem México. Disponible en:
<https://www.ile.mx/embarazo-no-deseado-que-es/>
27. 9941a6c44958e414293d86365dd40b61.pdf [Internet]. [citado 28 de septiembre de 2024]. Disponible en:
<https://clea.edu.mx/biblioteca/files/original/9941a6c44958e414293d86365dd40b61.pdf>
28. Recomendaciones de la OMS sobre cuidados maternos y neonatales para una experiencia posnatal positiva [Internet]. Pan American Health Organization; 2022 [citado 28 de septiembre de 2024]. Disponible en:
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/57092>
29. Embarazo no planificado asociado al desarrollo de depresión postparto en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca - 2023.
30. metodologia-de-la-investigacion.pdf [Internet]. [citado 26 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://mawil.us/wp-content/uploads/2023/08/metodologia-de-la-investigacion.pdf>
31. Elm E von, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP, et al. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in

- Epidemiology (STROBE) Statement: Guidelines for Reporting Observational Studies. PLOS Med. 16 de octubre de 2007;4(10):e296.
32. (Microsoft Word - Hern\341ndez Sampieri Cap. 7 dise\361os no experimentales.doc) [Internet]. [citado 5 de enero de 2026]. Disponible en: http://online.aliat.edu.mx/adistancia/InvCuantitativa/LecturasS4/Hernandez_Sampieri_Cap._7_disenos_no_experimentales.pdf
 33. Wiley.com [Internet]. [citado 5 de enero de 2026]. Sampling Techniques, 3rd Edition | Wiley. Disponible en: <https://www.wiley.com/en-us/Sampling+Techniques%2C+3rd+Edition-p-9780471162407>
 34. Applied Logistic Regression | Wiley Online Books [Internet]. [citado 5 de enero de 2026]. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/book/10.1002/0471722146>
 35. London Measure of Unplanned Pregnancy and newer family forms: an update | Journal of Epidemiology & Community Health [Internet]. [citado 5 de enero de 2026]. Disponible en: <https://jech.bmj.com/content/74/9/765>
 36. London Measure of Unplanned Pregnancy: guidance for its use as an outcome measure - PMC [Internet]. [citado 5 de enero de 2026]. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5388237/>
 37. López-Janer CA, Quirós P, Cabestrero R. Propiedades Psicométricas de la Escala de Depresión de Edimburgo en una Muestra Argentina. Rev Iberoam Diagnóstico Eval - E Aval Psicológica. 2021;4(61):33-47.
 38. Lynn MR. Determination and Quantification Of Content Validity. Nurs Res. diciembre de 1986;35(6):382.
 39. WMA - The World Medical Association-Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas con participantes humanos [Internet]. [citado 25 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>

40. Derechos de las personas usuarias de los servicios de salud - Orientación - Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú - Plataforma del Estado Peruano [Internet]. [citado 5 de enero de 2026]. Disponible en: <https://www.gob.pe/10423-derechos-de-las-personas-usuarias-de-los-servicios-de-salud>
41. Qiu X, Zhang S, Sun X, Li H, Wang D. Unintended pregnancy and postpartum depression: A meta-analysis of cohort and case-control studies. *J Psychosom Res.* noviembre de 2020;138:110259.
42. Muskens L, Boekhorst MGBM, Kop WJ, van den Heuvel MI, Pop VJM, Beerthuizen A. The association of unplanned pregnancy with perinatal depression: a longitudinal cohort study. *Arch Womens Ment Health.* junio de 2022;25(3):611-20.
43. Na SJ, Chung CR, Cho YH, Jeon K, Suh GY, Ahn JH, et al. Vasoactive Inotropic Score as a Predictor of Mortality in Adult Patients With Cardiogenic Shock: Medical Therapy Versus ECMO. *Rev Espanola Cardiol Engl Ed.* enero de 2019;72(1):40-7.
44. Perinatal mental health [Internet]. [citado 11 de enero de 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/promotion-prevention/maternal-mental-health>
45. Santiago-Sanabria L, Ibarra-Gussi PM, Rendón-Macías ME, Treviño-Villarreal P, Islas-Tezpa D, Porras-Ibarra GD, et al. Depresión posparto: prevalencia y factores de riesgo asociados en una muestra de población mexicana. *Ginecol Obstet México.* 2023;91(4):227-40.
46. Ergon. Prevalencia y factores de riesgo de la depresión postparto: revisión sistemática [Internet]. *Medicina General y de Familia.* 2025 [citado 13 de enero de 2026]. Disponible en: <https://mgyf.org/prevalencia-y-factores-de-riesgo-de-la-depresion-postparto-revision-sistemica/>
47. Muskens L, Boekhorst MGBM, Kop WJ, van den Heuvel MI, Pop VJM, Beerthuizen A. The association of unplanned pregnancy with perinatal

- depression: a longitudinal cohort study. Arch Womens Ment Health. junio de 2022;25(3):611-20.
48. Silverman ME, Reichenberg A, Savitz DA, Cnattingius S, Lichtenstein P, Hultman CM, et al. The Risk Factors for Postpartum Depression: A Population Based Study. *Depress Anxiety*. febrero de 2017;34(2):178-87.
49. Wucherer D, Thyrian JR, Eichler T, Hertel J, Kilimann I, Richter S, et al. Drug-related problems in community-dwelling primary care patients screened positive for dementia. *Int Psychogeriatr*. noviembre de 2017;29(11):1857-68.
50. Santiago-Sanabria L, Ibarra-Gussi PM, Rendón-Macías ME, Treviño-Villarreal P, Islas-Tezpa D, Porras-Ibarra GD, et al. Depresión posparto: prevalencia y factores de riesgo asociados en una muestra de población mexicana. *Ginecol Obstet México*. 2023;91(4):227-40.
51. Hou J, Zhang Y, Zhang S, Geng X, Zhang J, Chen C, et al. A novel angle extremum maximum method for recognition of pulse wave feature points. *Comput Methods Programs Biomed*. junio de 2020;189:105321.
52. Reyes JGV, Lalama ÁSA. Influencia de la Depresión Post Parto en la Continuidad de la Lactancia Materna Durante los Primeros Seis Meses. Una Revisión Sistemática. *Reincisol*. 22 de agosto de 2025;4(8):1852-86.
53. Un nuevo estudio de la OMS relaciona las altas tasas de embarazos no planificados con las deficiencias de los servicios de planificación familiar [Internet]. [citado 11 de enero de 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/25-10-2019-high-rates-of-unintended-pregnancies-linked-to-gaps-in-family-planning-services-new-who-study>
54. Sandoval MC. Salud con lupa. 2021 [citado 11 de enero de 2026]. Perú retrocedió cinco años en acceso a métodos anticonceptivos durante la pandemia. Disponible en: <https://saludconlupa.com/noticias/peru-retrocedio-cinco-anos-en-acceso-a-metodos-anticonceptivos-durante-la-pandemia/>

ANEXOS

ANEXO 1. MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	OBJETIVOS	JUSTIFICACIÓN	HIPÓTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	METODOLOGÍA
Problema general: En puérperas atendidas en el área de ginecología del Hospital Regional Docente de Cajamarca ¿Existirá una relación entre el embarazo no planificado y la depresión posparto?	General Determinar la relación entre el embarazo no planificado y la depresión posparto en pacientes puérperas atendidas en el área de ginecología del Hospital Regional Docente de Cajamarca	Contribuir a mejorar la salud mental materna en puérperas mediante la generación de evidencia científica sobre la relación entre el embarazo no planificado y la depresión posparto, que sirva como base para el diseño e implementación de estrategias de prevención, detección temprana e intervención integral en el ámbito hospitalario y comunitario, fortalecer la atención en salud pública en el departamento de Cajamarca.	Hipótesis nula El embarazo no planificado no está relacionado con la depresión posparto en puérperas atendidas en el servicio de Ginecología del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2025.	Variable independiente: Embarazo no planificado. Variable dependiente: Depresión posparto Variables de control: Edad, estado civil, nivel educativo, número de hijos, condición económica	Embarazo no planificado: - Planificación del embarazo - Reacción al embarazo Depresión posparto: - Síntomas depresivos	Embarazo no planificado: - Porcentaje de embarazos no planificados. - Clasificación: planificado / no planificado. - Reacción: positiva / neutra / negativa. Depresión posparto: - Puntaje en EPDS. - Clasificación: sin riesgo (0-9), con riesgo (10-12), probable depresión (≥13)	Tipo y diseño de la Investigación Enfoque cuantitativo, diseño no experimental, analítico, transversal Población Puérperas atendidas en el área de Ginecología del HRDC. Muestra Probabilística, tamaño calculado con fórmula para proporciones Tamaño de la muestra $n = \frac{Z^2 * p * q * N}{e^2(N - 1) + Z^2 * p * q}$ Instrumento Encuesta estructurada EPDS. Escala London Measure Of Unplanned Pregnancy. Análisis Descriptivo (frecuencias, medidas de tendencia central), inferencial (Chi-cuadrado, regresión logística, p<0.05)
	Específico - Determinar la prevalencia de embarazo no planificado en mujeres puérperas atendidas en área de ginecología del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2025. - Indicar el acceso y el uso de métodos anticonceptivos en puérperas con embarazo no planificado, atendidas en área de ginecología del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2025. - Encontrar la prevalencia de la depresión posparto en mujeres puérperas atendidas en área de ginecología del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2025. - Descubrir la prevalencia de embarazo no planificado y depresión posparto en mujeres puérperas atendidas en área de ginecología del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2025. - Determinar el grado más frecuente de depresión posparto en mujeres puérperas atendidas en área de ginecología del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2025. - Describir otros factores demográficos asociados a depresión posparto en mujeres puérperas atendidas en área de ginecología del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2025		Hipótesis alterna El embarazo no planificado sí está relacionado con la depresión posparto en puérperas atendidas en el servicio de Ginecología del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2025.				

ANEXO 2. ENCUESTA DEMOGRÁFICA PARA MUJERES PUÉRPERAS

Título del estudio: EMBARAZO NO PLANIFICADO Y DEPRESIÓN POSPARTO EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL ÁREA DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA, 2025

Instrucciones: Por favor, complete la siguiente información de manera honesta. Los datos proporcionados serán confidenciales y solo se utilizarán con fines de investigación.

Nombre:

1. EDAD Menos de 18 años 18-24 años 25-34 años 45 años o más 2. ESTADO CIVIL Soltera Casada En unión libre Separada o divorciada Viuda 3. NIVEL EDUCATIVO Sin estudios Educación primaria completa Educación secundaria completa Estudios técnicos Estudios universitarios incompletos Estudios universitarios completos Estudios de posgrado 4. OCUPACIÓN Ama de casa Estudiante Empleada (Trabajo remunerado) Desempleada Trabajadora por cuenta propia Otra (especifique) _____ 5. LUGAR DE RESIDENCIA Urbana Rural 6. NÚMERO DE HIJOS (INCLUIDO EL RECIÉN NACIDO) 1 hijo 2 hijos 3 hijos 4 hijos	7. ¿TIENE ACCESO A ATENCIÓN MÉDICA REGULAR DURANTE EL EMBRAZO? Si No 8. TIPO DE PARTO Vaginal Cesárea 9. ¿RECIBE APOYO EMOCIONAL DE SU PAREJA O FAMILIARES DURANTE EL POSPARTO? Si No 10. INGRESO MENSUAL FAMILIAR APROXIMADO Menos de 500 soles 500-1000 soles 1001-2000 soles Más de 2000 soles 11. ¿TIENE ANTECEDENTES PERSONALES O FAMILIARES DE DEPRESIÓN? Si No 12. ¿TIENE USTED O SU PAREJA ACCESO A MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS? Si No
--	--

ANEXO 3. LONDON MEASURE OF UNPLANNED PREGNANCY

1. Uso de anticoncepción en el mes en que quedó embarazada

- ☐ Usaba un método de forma regular/consistente
- ☐ A veces o uso incorrecto
- ☐ No usaba método anticonceptivo
- ☐ Prefiero no responder

2. Momento para tener un hijo

- ☐ Era un mal momento
- ☐ No estaba segura
- ☐ Era un buen momento
- ☐ Prefiero no responder

3. Intención previa de embarazo

- ☐ No quería quedar embarazada
- ☐ No estaba segura
- ☐ Quería quedar embarazada
- ☐ Prefiero no responder

4. Deseo de tener un bebé

- ☐ No deseaba tener un bebé
- ☐ Sentimientos mixtos
- ☐ Deseaba tener un bebé
- ☐ Prefiero no responder

5. Conversación con la pareja antes de la concepción

- ☐ No lo conversamos
- ☐ Lo conversamos, pero no llegamos a un acuerdo claro
- ☐ Lo conversamos y decidimos buscar el embarazo
- ☐ Prefiero no responder

6. Preparaciones preconcepcionales (ácido fólico, abandono de tabaco/alcohol, control médico, etc.)

- ☐ Ninguna
- ☐ Algunas
- ☐ Varias/planificadas
- ☐ Prefiero no responder

ANEXO 4. POSPARTO DE EDIMBURGO (EPDS)

Cuestionario Sobre Depresión Postnatal Edimburgo (EPDS)

Nombre: _____

Dirección: _____

Su fecha de Nacimiento: _____

Fecha de Nacimiento del Bebé: _____ Teléfono: _____

Queremos saber cómo se siente si está embarazada o ha tenido un bebé recientemente. Por favor marque la respuesta que más se acerque a cómo se ha sentido en LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, no solamente cómo se sienta hoy.

Esto significaría: Me he sentido feliz la mayor parte del tiempo durante la pasada semana. Por favor complete las otras preguntas de la misma manera.

- | | |
|--|--|
| 1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas
Tanto como siempre
No tanto ahora
Mucho menos
No, no he podido | 6. Las cosas me oprimen o agobian
Sí, la mayor parte de las veces
Sí, a veces
No, casi nunca
No, nada |
| 2. He mirado el futuro con placer
Tanto como siempre
Algo menos de lo que solía hacer
Definitivamente menos
No, nada | 7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir
Sí, la mayoría de las veces
Sí, a veces
No muy a menudo
No, nada |
| 3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien
Sí, la mayoría de las veces
Sí, algunas veces
No muy a menudo
No, nunca | 8. Me he sentido triste y desgraciada
Sí, casi siempre
Sí, bastante a menudo
No muy a menudo
No, nada |
| 4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo
No, para nada
Casi nada
Sí, a veces
Sí, a menudo | 9. He sido tan infeliz que he estado llorando
Sí, casi siempre
Sí, bastante a menudo
Sólo en ocasiones
No, nunca |
| 5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno
Sí, bastante
Sí, a veces
No, no mucho
No, nada | 10. He pensado en hacerme daño a mí misma
Sí, bastante a menudo
A veces
Casi nunca
No, nunca |

ANEXO 5. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MUJERES PUÉRPERAS

Título del estudio: EMBARAZO NO PLANIFICADO Y DEPRESIÓN POSPARTO EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL ÁREA DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA, 2025

Investigador Principal: Yulesli Elizabeth Ynga Quintana

Institución: Universidad Nacional de Cajamarca

Contacto del investigador: 923840433

Estimada señora,

Le invitamos a participar en un estudio de investigación cuyo objetivo es identificar si existe una relación entre el embarazo no planificado y la depresión posparto en mujeres que han dado a luz recientemente. Esta información será utilizada para desarrollar estrategias de apoyo más efectivas para las mujeres en su período posparto.

Si usted acepta participar en este estudio, se le solicitará que complete un cuestionario sobre su experiencia durante el embarazo y el posparto, incluyendo preguntas sobre su estado emocional.

La duración estimada de su participación es de aproximadamente 10 min

El estudio no implica riesgos físicos para usted. Sin embargo, algunas preguntas sobre su embarazo y su estado emocional podrían generar incomodidad o malestar. Si esto ocurre, puede decidir no responder alguna pregunta o retirarse del estudio en cualquier momento

Toda la información que proporcione será tratada de manera confidencial Su participación en este estudio es completamente voluntaria.

Si tiene alguna pregunta sobre este estudio, puede ponerse en contacto con *Yulesli Ynga Quintana* - 923840433

Autorizo participar: ☐ Sí ☐ No

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Yo, ___he leído y comprendido la información proporcionada en este documento. He tenido la oportunidad de hacer preguntas, las cuales han sido respondidas satisfactoriamente. Con esto, doy mi consentimiento para participar en el estudio mencionado anteriormente.

Firma de la participante: _____ Fecha:

Firma del investigador: _____ Fecha:

ANEXO 6.

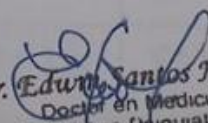
**CONSTANCIA DE ASESORAMIENTO CONTINUO DEL DOCENTE ASESOR PARA
EJECUCIÓN DE TESIS**

El asesor del proyecto de tesis SANTOS HURTADO EDWIN
ADHIR identificado con DNI N° 15287869
docente de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Cajamarca hace constar
que: el proyecto titulado: "EMBARAZO NO PLANIFICADO Y DEPRESIÓN
POSPARTO EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN ÁREA DE GINECOLOGÍA
DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA, 2025"
elaborado por la alumna: YULESI ELIZABETH YNGA QUINTANA

....., ha sido asesorado por mi persona desde la creación del
proyecto, sugiriendo la temática previa evaluación de la variabilidad de acuerdo a mi
experiencia como Especialistas en el tema. Asimismo me comprometo a proseguir con el
asesoramiento continuo durante la ejecución desde la recolección de datos, análisis
estadístico de los resultados, discusión de resultados y conclusiones, haciendo cumplir los
estándares mínimos solicitados de acuerdo al " MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA
ELABORACIÓN DE PRODUCTOS DE INVESTIGACIÓN DE FIN DE PROGRAMA:
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN BACHILLER, PROYECTO DE TESIS Y TRABAJO
FINAL DE TESIS EN EL PRE-GRADO Y SEGUNDA ESPECIALIZACIÓN –
RESIDENTADO MÉDICOS - 2025 en us versión 2.0

Se expide el presente coma a futuro el interesado para los fines que conviene

Cajamarca, 08 de enero del 2026

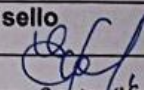
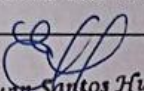
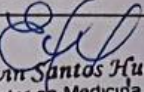
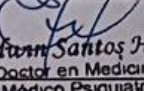
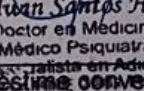
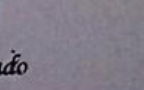

Dr. Edwin Santos Hurtado
Doctor en Medicina
Médico Psiquiatra
Subespecialista en Adicciones
CMP 10918 RNE 3562 RNSE S3C

ANEXO 7.

**CONSTANCIA DE EVALUACIÓN CONTINUA FIRMADA DURANTE LA EJECUCIÓN DE
LA TESIS DE GRADO**

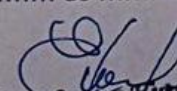
El asesor del proyecto de tesis SANTOS HURTADO EDWIN AQUIR
identificado con DNI N° 15287869, docente de la Facultad de Medicina de la Universidad
Nacional de Cajamarca hace constar que: el proyecto titulado:
EMBARAZO NO PLANIFICADO Y DEPRESIÓN POSPARTO EN PUÉRPERAS ATENDIDAS
EN ÁREA DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA elaborado por
la alumna: YULESI ENZABETA YNGA QUINIANA

ha sido reformado por mi persona desde la creación del proyecto, dejando constancia del
seguimiento, asesoramiento y visto bueno de conformidad por cada acápite del proyecto revisado y
culminado, de acuerdo a las fechas a las que a continuación les presento:

Acápite	Fecha	Firma y sello
Título	15/09/2024	 Dr. Edwin Santos Hurtado Doctor en Medicina Médico Psiquiatra Subespecialista en Adicciones CMP 10918 RNE 3562 RNSL S31
Plan de investigación	18/09/2024	 Dr. Edwin Santos Hurtado Doctor en Medicina Médico Psiquiatra Subespecialista en Adicciones CMP 10918 RNE 3562 RNSL S31
Marco teórico	03/10/2024	 Dr. Edwin Santos Hurtado Doctor en Medicina Médico Psiquiatra Subespecialista en Adicciones CMP 10918 RNE 3562 RNSL S31
Metodología de la investigación	28/12/2024	 Dr. Edwin Santos Hurtado Doctor en Medicina Médico Psiquiatra Subespecialista en Adicciones CMP 10918 RNE 3562 RNSL S31
Resultados	31/12/2025	 Dr. Edwin Santos Hurtado Doctor en Medicina Médico Psiquiatra Subespecialista en Adicciones CMP 10918 RNE 3562 RNSL S31
Discusión	05/01/2026	 Dr. Edwin Santos Hurtado Doctor en Medicina Médico Psiquiatra Subespecialista en Adicciones CMP 10918 RNE 3562 RNSL S31
Conclusiones y recomendaciones	06/01/2026	 Dr. Edwin Santos Hurtado Doctor en Medicina Médico Psiquiatra Subespecialista en Adicciones CMP 10918 RNE 3562 RNSL S31
Formato	07/01/2026	 Dr. Edwin Santos Hurtado Doctor en Medicina Médico Psiquiatra Subespecialista en Adicciones CMP 10918 RNE 3562 RNSL S31
Referencias bibliográficas	07/01/2026	 Dr. Edwin Santos Hurtado Doctor en Medicina Médico Psiquiatra Subespecialista en Adicciones CMP 10918 RNE 3562 RNSL S31

Se expide la presente, a solicitud del interesado para los fines que estime conveniente.

Cajamarca, 08 de enero del 2026

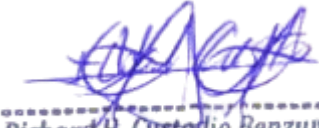

Dr. Edwin Santos Hurtado
Doctor en Medicina
Médico Psiquiatra
Subespecialista en Adicciones
CMP 10918 RNE 3562 RNSL S31

**ANEXO 8. RÚBRICA USADA POR EL AUTOR Y ASESOR PARA EVALUAR
TESIS SEGÚN TIPO DE ESTUDIO OBSERVACIONAL – CASOS Y CONTROLES
SEGÚN CRITERIOS STROBE**

	Item N°	Recomendación	Pág N°
Título y resumen	1	(a) Indicar el diseño del estudio con un término de uso común en el título o el resumen.	1
		(b) Proporcionar en el resumen un resumen informativo y equilibrado de lo que se hizo y lo que se encontró.	8
Introducción			
Antecedentes/justificación	2	Explicar los antecedentes científicos y la justificación de la investigación que se informa.	13-15
Objetivos	3	Enunciar los objetivos específicos, incluidas las hipótesis preespecificadas.	11- 12
Métodos			
Diseño de estudio	4	Presentar los elementos clave del diseño del estudio al inicio del artículo.	18
Contexto	5	Describir el contexto, las ubicaciones y las fechas relevantes, incluidos los períodos de reclutamiento, exposición, seguimiento y recolección de datos.	18
Participantes	6	(a) Indicar los criterios de elegibilidad y las fuentes y métodos de selección de participantes.	18- 19
Variables	7	Definir claramente todos los desenlaces, exposiciones, predictores, posibles factores de confusión y modificadores de efecto. Dar criterios diagnósticos, si corresponde.	20-23
Fuentes de datos/medición	8*	Para cada variable de interés, indicar las fuentes de datos y los detalles de los métodos de evaluación (medición). Describir la comparabilidad de los métodos de evaluación si hay más de un grupo.	21-22
Sesgo	9	Describir los esfuerzos realizados para abordar posibles fuentes de sesgo.	12
Tamaño del estudio	10	Explicar cómo se determinó el tamaño del estudio.	19 -21
Variables cuantitativas	11	Explicar cómo se trataron las variables cuantitativas en los análisis. Si corresponde, describir qué agrupaciones se eligieron y por qué.	20-21
Métodos estadísticos	12	(a) Describir todos los métodos estadísticos, incluidos aquellos utilizados para controlar factores de confusión.	22-23
		(b) Describir métodos para examinar subgrupos e interacciones.	22-23
		(c) Explicar cómo se abordaron los datos faltantes.	22-23
		(d) Si corresponde, describir métodos analíticos considerando la estrategia de muestreo.	22-23
		(e) Describir cualquier análisis de sensibilidad.	22-23

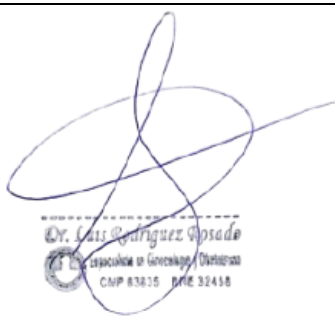
Resultados			
Participantes	13*	(a) Informar el número de individuos en cada etapa del estudio (potencialmente elegibles, examinados para elegibilidad, confirmados elegibles, incluidos, completando el seguimiento y analizados	23-24
		(b) Dar las razones de la no participación en cada etapa.	24
		(c) Considerar el uso de un diagrama de flujo.	
Datos descriptivos	14*	(a) Proporcionar las características de los participantes del estudio (por ejemplo, demográficas, clínicas, sociales) e información sobre exposiciones y posibles factores de confusión.	24-30
		(b) Indicar el número de participantes con datos faltantes para cada variable de interés.	24
Datos de desenlace	15*	Informar los números en cada categoría de exposición o medidas resumidas de exposición.	24
Resultados principales	16	(a) Dar estimaciones no ajustadas y, si corresponde, estimaciones ajustadas por factores de confusión y su precisión (por ejemplo, intervalo de confianza del 95%). Aclarar qué factores de confusión se ajustaron y por qué.	22
		(b) Informar los límites de las categorías cuando las variables continuas se categorizan.	20-21
		(c) Si es relevante, considerar traducir las estimaciones de riesgo relativo en riesgo absoluto para un período de tiempo significativo.	N. A
Otros análisis	17	Informar otros análisis realizados —por ejemplo, análisis de subgrupos e interacciones, y análisis de sensibilidad.	28-30
Discusión			
Resultados clave	18	Resumir los resultados clave con referencia a los objetivos del estudio.	33-34
Limitaciones	19	Discutir las limitaciones del estudio, teniendo en cuenta posibles fuentes de sesgo o imprecisión. Discutir tanto la dirección como la magnitud de cualquier sesgo potencial.	36
Interpretación	20	Proporcionar una interpretación general cautelosa de los resultados considerando los objetivos, las limitaciones, la multiplicidad de análisis, los resultados de estudios similares y otra evidencia relevante.	34-36
Generalizabilidad	21	Discutir la generalizabilidad (validez externa) de los resultados del estudio	36
Otra información			
Financiamiento	22	Indicar la fuente de financiamiento y el papel de los financiadores en el estudio actual y, si corresponde, en el estudio original en el que se basa el artículo.	4

ANEXO 9. VALIDACIÓN DE ENCUESTAS POR EXPERTOS

Nombre del instrumento	Cuestionario
Objetivo del instrumento	Medir la validez por contenido de las variables
Nombres y apellidos del experto	Richard Héctor Custodio Benzunce
Documento de identidad	26683489
Años de experiencia laboral	17
Máximo grado académico	Médico Psiquiatra
Nacionalidad	Peruano
Institución laboral	Hospital Regional Docente de Cajamarca
Número telefónico	948656970
Correo electrónico	richardhcb@hotmail.es
Firma	 Richard H. Custodio Benzunce MEDICO PSIQUIATRA CMP 52822 / RNE 045203
Fecha	18/08/2025

Nombre del instrumento	Cuestionario
Objetivo del instrumento	Medir la validez por contenido de las variables
Nombres y apellidos del experto	José Antonio Buleje de la Roca
Documento de identidad	40902392
Años de experiencia laboral	18
Máximo grado académico	Médico Psiquiatra
Nacionalidad	Peruano
Institución laboral	Centro Psiquiátrico del Norte
Número telefónico	979564444
Correo electrónico	Centropsiquiatricodelnorte@gmail.com

Firma	 
Fecha	17/08/2025

Nombre del instrumento	Cuestionario
Objetivo del instrumento	Medir la validez por contenido de las variables
Nombres y apellidos del experto	Luis Jheferson Rodríguez Rosado
Documento de identidad	44310609
Años de experiencia laboral	12
Máximo grado académico	Especialista en Ginecología y Obstetricia
Nacionalidad	Peruano
Institución laboral	Hospital II Chocope
Número telefónico	930869278
Firma	 
Fecha	17/08/2025

ANEXO 10. AUTORIZACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA Y UNIDAD DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN DEL HRDC



HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA

OFICINA DE CAPACITACIÓN, DOCENCIA E
INVESTIGACIÓN

Av. Larry Jhonson - Cajamarca



Cajamarca, 08 de setiembre de 2025

Srta.

Yulesli Elizabeth Ynga Quintana

Presente. -

De nuestra consideración:

Por medio de la presente, el Comité de Ética en Investigación y el Comité de Investigación del Hospital Regional Docente de Cajamarca dejan constancia de que el proyecto de investigación titulado:

“Embarazo no planificado y depresión posparto en puérperas atendidas en el área de Ginecología del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2025”, ha sido revisado en sus diferentes etapas.

Habiéndose levantado satisfactoriamente las observaciones formuladas en la evaluación inicial, se otorga la aceptación y autorización correspondiente para la aplicación del estudio en el Departamento de Ginecología del Hospital Regional Docente de Cajamarca, bajo las condiciones y normas institucionales vigentes.

Se recuerda a la investigadora el cumplimiento estricto de los lineamientos éticos y administrativos establecidos, así como la obligación de presentar los informes de avance y el informe final en los plazos previstos.

Atentamente,


Dr. Jorge Arturo Collantes Cubas
PRESIDENTE DEL COMITÉ DE
INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL
REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA

