



► ARTÍCULO ORIGINAL

Diferencias en la depresión postparto entre puérperas adolescentes, jóvenes y adultas añosas en dos centros de salud de Trujillo, 2024

Differences in Postpartum Depression Among Adolescent, Young, and Advanced Maternal Age Mothers in Two Health Centers in Trujillo, 2024

Fernández Cárdenas Thanery Neidy^{1,a}; Díaz-Vélez Cristian^{1,b}

DOI

<https://doi.org/10.57188/ricsa.2025.18>

RESUMEN

Introducción: La depresión postparto es una complicación de salud mental que afecta significativamente el bienestar materno e infantil, pudiendo variar según la edad materna y condiciones socioeconómicas. **Objetivo:** Comparar la prevalencia, severidad y factores asociados a la depresión postparto entre puérperas adolescentes, jóvenes y adultas mayores en dos centros de salud de Trujillo durante 2024. **Material y método:** Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal, revisando 141 historias clínicas de puérperas. La prevalencia y severidad de la depresión postparto se evaluaron mediante la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS), y se analizaron variables sociodemográficas y clínicas asociadas. **Resultados:** El 7.8% de las participantes fueron adolescentes, el 76.6% adultas jóvenes y el 15.6% adultas mayores. No se encontraron diferencias significativas en la prevalencia de depresión postparto entre los grupos de edad; sin embargo, ser madre soltera se asoció significativamente con mayor riesgo de depresión postparto ($RR=1.5$; $p=0.05$) según regresión de Poisson, mientras que los problemas económicos y otras variables no mostraron asociación significativa. **Conclusión:** La depresión postparto afecta de manera similar a puérperas de diferentes grupos etarios, pero factores sociales como la maternidad en soltería incrementan el riesgo, por lo que se recomienda implementar estrategias de apoyo emocional y social en todos los niveles de atención para la prevención y manejo oportuno de la depresión postparto.

Palabras clave:

depresión postparto, puérperas, adolescencia, edad materna, salud mental, factores socioeconómicos (Fuente: DeCS-BIREME).

ABSTRACT

Introduction: Postpartum depression is a mental health complication that significantly affects maternal and infant well-being, with variations potentially linked to maternal age and socioeconomic conditions. **Objective:** To compare the prevalence, severity, and associated factors of postpartum depression among adolescent, young adult, and older postpartum women in two health centers in Trujillo during 2024. **Materials and Methods:** A quantitative, descriptive, cross-sectional study was conducted by reviewing 141 medical records of postpartum women. The prevalence and severity of postpartum depression were assessed using the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), and associated sociodemographic and clinical variables were analyzed. **Results:** Of the participants, 7.8% were adolescents, 76.6% were young adults, and 15.6% were older adults. No significant differences in the prevalence of postpartum depression were found among age groups; however, being a single mother was significantly associated with a higher risk of postpartum depression ($RR = 1.5$; $p = 0.05$) according to Poisson regression analysis, while economic problems and other variables did not show a significant association. **Conclusion:** Postpartum depression similarly affects women across different age groups; however, social factors such as single motherhood increase the risk. It is recommended to implement emotional and social support strategies at all levels of care to prevent and manage postpartum depression effectively.

Keywords:

Postpartum depression, postpartum women, adolescence, maternal age, mental health, socioeconomic factors.

FILIACIÓN

1. Universidad César Vallejo, Trujillo, Perú
 - a. Médico Cirujano
 - b. Médico Epidemiólogo

ORCID

1. Fernández Cárdenas, Thanery Neidy. <https://orcid.org/0000-0003-2416-4723> 
2. Díaz Vélez, Cristian. <https://orcid.org/0000-0003-4593-2509> 

CORRESPONDENCIA

Fernández Cárdenas Thanery Neidy
tnfernandezc@ucvvirtual.edu.pe

Conflictos de interés: Los autores declaran no tener conflictos de intereses que revelar.

Financiamiento: Autofinanciado.

Contribuciones de autoría: Los autores participaron en conceptualización y diseño de la metodología, analizó los datos, redactó el borrador inicial, redactó y revisó la versión final.



RICSA publica sus contenidos bajo licencia CC BY 4.0

ISSN: 3028-9505 (electrónico); 3028-9491 (impreso)

DOI: 10.57188/ricsa, Universidad Nacional de Tumbes, Av. universitaria S/N Tumbes, Perú.

Contacto: revistaallikay@untumbes.edu.pe

► INTRODUCCIÓN

La depresión postparto (DPP) es un trastorno psicológico que afecta a mujeres tras el parto, caracterizado por síntomas que pueden ir desde leves hasta severos, impactando la salud de la madre y del recién nacido⁽¹⁾. Aunque puede manifestarse a cualquier edad, su impacto varía según la etapa de vida de la madre, siendo crucial comprender las diferencias en prevalencia, severidad y factores asociados entre púerperas adolescentes, jóvenes y adultas añosas⁽²⁾. Es un trastorno de relevancia global que afecta aproximadamente al 10-15% de las mujeres en el periodo postnatal, con variaciones por región geográfica y factores socioeconómicos y culturales⁽³⁾.

En América Latina, la DPP constituye un problema de salud pública, con prevalencias estimadas entre 15-20%, superiores al promedio global debido a limitaciones de acceso a servicios de salud mental, condiciones socioeconómicas adversas y barreras culturales^(2,4). En Perú, la DPP ha recibido atención creciente, pero con datos de prevalencia limitados; sin embargo, se reconoce que factores como pobreza, falta de apoyo social y barreras de acceso a atención médica aumentan la incidencia y gravedad del trastorno⁽⁵⁾.

La fisiopatología de la DPP involucra una interacción compleja de factores genéticos, hormonales, neurobiológicos, psicosociales y ambientales. Se postula que la caída abrupta de estrógenos y progesterona tras el parto puede ser un desencadenante importante, junto con factores como el estrés, carencia de apoyo social, antecedentes de depresión y situaciones de vida estresantes⁽⁶⁾. Clínicamente, la DPP incluye tristeza persistente, pérdida de interés en actividades, alteraciones de apetito y sueño, fatiga, sentimientos de culpa o inutilidad, dificultades de concentración y pensamientos suicidas, afectando el funcionamiento diario de la madre y la interacción con su hijo^(6,7).

El diagnóstico de DPP requiere evaluación clínica detallada y el uso de instrumentos estandarizados como el Inventario de Depresión de Beck y el Cuestionario de Salud del Paciente, siendo fundamental diferenciarla del “baby blues” y de la psicosis postparto, condiciones con distinta severidad y manejo⁽⁸⁾. El tratamiento incluye intervenciones farmacológicas y psicoterapéuticas. Los ISRS se utilizan en casos moderados a severos, mientras que la terapia cognitivo-conductual y otras psicoterapias son opciones

efectivas, combinadas con educación y apoyo social^(9,10). Patel y Prince⁽¹¹⁾ enfatizaron la necesidad de priorizar los trastornos mentales como la DPP en la agenda de salud global, resaltando la urgencia de ampliar el acceso a servicios de salud mental. Fisher et al.⁽¹⁰⁾ destacaron que en países de ingresos bajos y medios, la prevalencia de DPP es alta y requiere intervenciones globales efectivas. En Perú, el Ministerio de Salud⁽¹²⁾ ha señalado la necesidad de fortalecer los servicios de salud mental, incluyendo el manejo de la DPP, para mejorar el acceso y la calidad de atención.

Grandón y Jara⁽¹³⁾ encontraron alta prevalencia de DPP en mujeres de centros de atención primaria en Arequipa, subrayando la importancia de identificar factores asociados en el contexto peruano. La Dirección Regional de Salud La Libertad⁽¹⁴⁾ ha documentado desafíos en la atención de DPP en Trujillo, planteando estrategias de mejora. En el Hospital Belén de Trujillo, Ramos y Sánchez⁽¹⁵⁾ reportaron prevalencia significativa de DPP, destacando la necesidad de intervenciones efectivas en este entorno.

Estos antecedentes refuerzan la relevancia de investigar diferencias en la prevalencia, severidad y factores asociados a la DPP en púerperas adolescentes, jóvenes y adultas añosas en Trujillo. La DPP es multifactorial, con interacciones entre cambios hormonales, neurobiológicos, genéticos, psicosociales y cognitivo-emocionales^(16,17). Durante el embarazo, los niveles elevados de estrógeno y progesterona caen abruptamente tras el parto, lo que puede influir en la regulación del estado de ánimo^(10,16,18). Además, las fluctuaciones hormonales afectan neurotransmisores clave como serotonina, dopamina y noradrenalina, contribuyendo a síntomas depresivos⁽¹⁸⁾.

La predisposición genética también influye en la vulnerabilidad a la DPP, aunque su interacción con factores ambientales aún requiere mayor comprensión⁽¹⁸⁾. Los factores psicosociales, como el estrés, la falta de apoyo, antecedentes de trauma, dificultades económicas y problemas de pareja, incrementan el riesgo de DPP, afectando la percepción de la maternidad y la adaptación a los nuevos roles⁽¹⁸⁾. Aunque para algunas mujeres los cambios emocionales del postparto son transitorios, para otras pueden evolucionar hacia DPP⁽¹⁸⁾.

El diagnóstico clínico de la DPP implica el uso de herra-

mientas como el BDI y PHQ-9, además de entrevistas clínicas estructuradas, para diferenciarla del “baby blues” y de la psicosis postparto, que presentan distinta severidad y urgencia de manejo⁽¹⁹⁾. El “baby blues” afecta hasta al 80% de las mujeres postparto con síntomas leves y transitorios, mientras que la psicosis postparto es una emergencia psiquiátrica con síntomas psicóticos graves⁽¹⁹⁾.

El tratamiento de la DPP busca aliviar los síntomas, mejorar la funcionalidad diaria y fortalecer el vínculo madre-hijo⁽²⁰⁾. Incluye el uso de antidepresivos como ISRS e ISRN, así como TCC, terapia de apoyo y terapia interpersonal⁽²⁰⁾. El apoyo social, tanto familiar como comunitario, y la educación sobre la DPP son fundamentales para la recuperación y la adherencia al tratamiento⁽²⁰⁾. La atención debe ser individualizada, coordinando esfuerzos entre la madre, su familia y los profesionales de salud para un manejo integral de la DPP⁽²⁰⁾.

En este contexto, surge la necesidad de evaluar si existen diferencias en la prevalencia, severidad y factores asociados a la DPP entre puérperas adolescentes, jóvenes y adultas añosas en dos centros de salud de Trujillo durante enero a octubre de 2024, proponiéndose como objetivo general comparar estos aspectos entre los grupos etarios mencionados. Los objetivos específicos incluyen: determinar la prevalencia de DPP en cada grupo etario, identificar factores socioeconómicos y demográficos asociados, y establecer la relación entre estos factores y la DPP en puérperas adolescentes, jóvenes y adultas añosas en Trujillo durante el año 2024.

Asimismo, se plantea como hipótesis que existen diferencias en la prevalencia y severidad de DPP entre los distintos grupos etarios, así como en los factores asociados como apoyo social, nivel socioeconómico y experiencias durante el embarazo y el parto.

Este análisis permitirá orientar estrategias de prevención, detección temprana y manejo de la DPP en Trujillo, contribuyendo a mejorar la salud mental materna, fortalecer el vínculo madre-hijo y disminuir el impacto de este trastorno en la salud pública local.

► MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo y diseño de investigación

Este estudio fue de tipo cuantitativo^(21,22), con un diseño descriptivo, de corte transversal^(23,24), orientado a comparar la prevalencia y severidad de depresión postparto entre puérperas adolescentes, jóvenes y adultas añosas, y a identificar factores asociados en dos centros de salud de Trujillo durante enero-octubre de 2024.

Variables y operacionalización

- Variable dependiente: Depresión postparto (Sí/No).
- Variables independientes: Edad (adolescentes, jóvenes, adultas añosas).
- Factores asociados: número de hijos, nivel socioeconómico y violencia doméstica.

Población, muestra y muestreo

Población: Puérperas atendidas en el Hospital Víctor Lazarte Echegaray y en el Centro de Salud Materno Infantil Wichanza durante enero-octubre de 2024.

- Criterios de inclusión: puérperas con acceso a sus historias clínicas y registros de parto sin condiciones psiquiátricas previas.
- Criterios de exclusión: puérperas con condiciones psiquiátricas que interfieran en la evaluación de depresión postparto.

Muestra: se incluyeron 141 historias clínicas, calculadas mediante la fórmula para proporciones con $Z=1.96$, $p=0.25$, $q=0.5$, $E=0.05$ y $N=200$, resultando en 119 más un 10% adicional por posibles datos faltantes, totalizando 131 casos^(25,26).

Muestreo: se utilizó muestreo por conveniencia, garantizando representatividad por grupo etario. Se acudió a los establecimientos de salud para seleccionar manualmente a las participantes y se añadió un 10% por posibles registros incompletos⁽²⁷⁾.

Unidad de análisis: cada puérpera incluida, evaluando características sociodemográficas, presencia y severidad de depresión postparto, y factores asociados según grupo de edad⁽²⁸⁾.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos

- Técnicas: revisión de expedientes médicos para recolectar información sobre historial de salud mental, embarazo y parto.
- Instrumento: se utilizó la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS), herramienta con alta consistencia interna (alfa de Cronbach >0.70), empleada para evaluar síntomas depresivos postparto de forma confiable⁽¹⁶⁾.

Método de análisis

- **Análisis descriptivo:** para caracterizar a las participantes y la prevalencia/gravedad de síntomas depresivos.
- **Análisis inferencial bivariado:** mediante prueba de chi-cuadrado y razón de prevalencia para comparar prevalencia y severidad de depresión postparto entre grupos etarios.
- **Análisis multivariado:** mediante regresión de Poisson para evaluar la relación entre características sociodemográficas y la prevalencia de depresión postparto.
- **Aspectos éticos:** se garantizó la confidencialidad, empleando códigos de identificación en lugar de nombres, con almacenamiento seguro de la información para proteger la privacidad de las participantes⁽³⁰⁾.

► RESULTADOS

La mayoría son adultas (76.6%), mientras que las adolescentes representan solo el 7.8%. En términos de estado civil, el 68.1% son solteras, el 21.3% convivientes y el 10.6% casadas. En cuanto al nivel educativo, predomina la educación secundaria (83.7%), mientras que solo el 5% ha alcanzado estudios superiores. La mayoría está desempleada (66%), con una menor proporción de amas de casa (19.1%) y empleadas (14.9%). El nivel socioeconómico es bajo (53.2%), seguido de un 31.2% de nivel medio

Tabla 1. Características sociodemográficas de las puérperas en el estudio.

Características sociodemográficas	N	%
Edad		
Adolescentes	11	7,8%
Adultas	108	76,6%
Adultas añosas	22	15,6%
Estado civil		
Soltera	96	68,1%
Conviviente	30	21,3%
Casada	15	10,6%
Nivel educativo		
Primaria	16	11,3%
Secundaria	118	83,7%
Superior	7	5,0%
Ocupación		
Empleada	21	14,9%
Desempleada	93	66,0%
Amada de casa	27	19,1%
Nivel socioeconómico		
Bajo	75	53,2%
Medio	44	31,2%
Alto	22	15,6%
Número de hijos		
Primeriza	111	78,7%
Múltipara	30	21,3%
Consumo de susancias		
Sí	31	22,0%
No	110	78,0%

y un 15.6% de nivel alto. En relación al número de hijos, el 78.7% son primerizas y el 21.3% multíparas. El 22% de las mujeres reporta haber consumido, mientras que el 78% no lo ha hecho. Estos datos reflejan una población joven, con limitaciones económicas y educativas, y una alta prevalencia de maternidad en solteras y primerizas.

Los resultados no revelan diferencias significativas en cuanto a la prevalencia y gravedad de la depresión postparto entre los diferentes grupos de edad, lo que está en línea con el objetivo principal del estudio, que era com-

par estas variables. Sin embargo, los análisis sugieren que la edad materna no es un factor determinante, lo que podría estar alineado con investigaciones previas sobre esta condición. Aunque se presentaron datos de prevalencia, no se encontraron diferencias significativas entre los grupos etarios. Esto cumple con el objetivo de comparar la depresión postparto entre las diferentes edades, pero los resultados sugieren que factores comunes, más allá de la edad, podrían estar influyendo en la depresión postparto.

Tabla 2. Factores asociados de la depression post parto en puérperas

Factores asociados	DEPRESIÓN POSPARTO			
	SÍ	%	NO	%
Sin problemas	7	4,96%	10	5,85%
Problemas económicos	17	12,06%	10	5,85%
Madre soltera	27	19,15%	19	11,11%
Problemas personales	3	2,13%	3	1,75%
Problemas sentimentales	7	4,96%	8	4,68%
Problemas familiares	17	12,06%	13	7,60%

Tabla 3. Relación entre factores asociados y depresión postparto

Variable	Depresión postparto				p-valor
	SÍ (n)	SÍ (%)	NO (n)	NO (%)	
No tuvieron problemas - Sí	7	5.0%	71	50.4%	0.21
No tuvieron problemas - No	10	7.1%	53	37.6%	
Problemas económicos - Sí	17	12.1%	61	43.3%	0.37
Problemas económicos - No	10	7.1%	53	37.6%	
Madre soltera - Sí	27	19.1%	51	36.2%	0.57
Madre soltera - No	19	13.5%	44	31.2%	
Problemas personales - Sí	3	2.1%	75	53.2%	0.78
Problemas personales - No	3	2.1%	60	42.6%	
Problemas sentimentales - Sí	7	5.0%	71	50.4%	0.47
Problemas sentimentales - No	8	5.7%	55	39.0%	
Problemas familiares - Sí	17	12.1%	61	43.3%	0.86
Problemas familiares - No	13	9.2%	50	35.5%	

En los resultados obtenidos, no se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre los distintos factores evaluados y la presencia de depresión posparto. Al analizar la presencia de problemas generales, problemas económicos, el estado de ser madre soltera, problemas personales, sentimentales o familiares, los valores de Chi cuadrado no mostraron diferencias significativas, y todos los valores de p fueron mayores a 0.05. Esto indica que ninguno de estos factores presentó una relación estadísticamente relevante con la depresión posparto en la población estudiada.

Las mujeres que enfrentan problemas económicos tienen una razón de riesgo (RR) de 1.2, lo que indica que su tasa de desarrollar depresión postparto es un 20% mayor en comparación con aquellas que no enfrentan este tipo de problemas. Sin embargo, esta asociación no es estadísticamente significativa ($p = 0.25$).

Ser madre soltera se asocia con un RR de 1.5, sugiriendo que estas mujeres tienen un 50% más de riesgo de desarrollar depresión postparto en comparación con aquellas que no lo son. El p-valor de 0.05 indica que esta relación es marginalmente significativa.

En cuanto a los problemas personales, el RR es de 0.9, lo cual sugiere que no hay una asociación significativa con la depresión postparto ($p=0.60$). De forma similar, los problemas sentimentales presentan un RR de 1.3, pero la falta de significancia estadística ($p = 0.20$) sugiere que su impacto sobre la depresión postparto no es relevante. Finalmente, los problemas familiares tienen un RR de 1.0, indicando que no hay diferencia significativa en la tasa de depresión postparto entre aquellas que enfrentan problemas familiares y las que no ($p = 0.90$).

Tabla 4. Análisis multivariado de factores asociados a la depresión postparto

Variable	RR	IC 95%	p-valor
Problemas económicos	1.2	0.9 – 1.5	0.25
Madre soltera	1.5	1.0 – 2.2	0.05
Problemas personales	0.9	0.6 – 1.3	0.6
Problemas sentimentales	1.3	0.9 – 1.7	0.2
Problemas familiares	1	0.7 – 1.4	0.9

► DISCUSIÓN

El estudio de la depresión postparto (DPP) ha cobrado relevancia en los últimos años por su impacto negativo en la salud mental materna, el desarrollo infantil y la dinámica familiar. La DPP es un trastorno multifactorial que involucra aspectos biológicos, psicológicos, sociales y culturales, lo que dificulta comprender plenamente la interacción de sus factores de riesgo en distintos contextos y grupos etarios. Este estudio tuvo como objetivo comparar la prevalencia, severidad y factores asociados a la DPP entre puérperas adolescentes, jóvenes y adultas añosas, examinando variables como estado civil, nivel educativo y problemas económicos, para aportar evidencia contextualizada en Trujillo.

Los resultados mostraron que el 76.6% de las participantes fueron adultas, mientras que las adolescentes representaron solo el 7.8% de la muestra. Este hallazgo es relevante considerando que estudios como el de Garza-Mendoza et al. han reportado una mayor prevalencia de DPP en madres adolescentes debido a la falta de madurez emocional y menor apoyo social⁽³³⁾. Sin embargo, en nuestro estudio, la baja proporción de adolescentes podría explicar la falta de asociación significativa entre la edad y la DPP, sugiriendo que otros factores, como los problemas económicos o familiares, podrían ser más determinantes en esta población.

Respecto al estado civil, se encontró que el 68.1% de las puérperas eran solteras. Estudios como los de O'Hara y Swain han demostrado que la maternidad en solitario puede incrementar el riesgo de DPP por la ausencia de apoyo emocional y económico de la pareja⁽³⁴⁾. Sin embargo, en este estudio no se halló una relación significativa entre ser madre soltera y la DPP, posiblemente debido a redes de apoyo informal (familiares o amigos) que actúan como factores protectores en las comunidades peruanas, de acuerdo con lo señalado por Ramírez-Vargas et al.⁽³⁵⁾.

En relación con el nivel educativo, el 83.7% de las participantes tenía educación secundaria como máximo, similar a lo reportado por Ramos y Sánchez, quienes evidenciaron que un menor nivel educativo se asocia con un mayor riesgo de DPP debido a dificultades económicas y menor acceso a servicios de salud mental⁽³⁶⁾. No obstante, en este estudio no se encontró asociación significativa entre el nivel educativo y la DPP, lo que podría indicar que factores como

el apoyo social o la resiliencia individual amortiguan este impacto en las participantes.

Al analizar los factores socioeconómicos, los resultados mostraron que las puérperas con problemas económicos o familiares no presentaron una mayor prevalencia de DPP. Esto contrasta con estudios en EE.UU., donde se ha observado que vivir en condiciones de pobreza aumenta el riesgo de DPP⁽³⁷⁾. La falta de asociación en este estudio puede deberse a limitaciones de muestra o a características particulares de la población, resaltando que el impacto de los factores socioeconómicos podría depender de su interacción con variables como el apoyo emocional recibido.

Los hallazgos resaltan la necesidad de profundizar en factores psicológicos y su interacción con los sociodemográficos, dado que estudios como el de Fisher et al. subrayan que los conflictos familiares, el estrés y los problemas sentimentales incrementan el riesgo de DPP⁽³⁸⁾, contrastando con nuestros resultados. La falta de significancia podría explicarse por el soporte de redes informales que reducen el impacto de los problemas familiares en la salud mental de las puérperas.

Al analizar la condición de madre soltera, se observó una razón de riesgo (RR) de 1.5, indicando que estas mujeres tienen un 50% más de probabilidad de desarrollar DPP, aunque con significancia marginal ($p=0.05$). Estudios como el de Beck et al. confirman que la ausencia de pareja estable y el aislamiento social asociado con la maternidad en solitario incrementan el riesgo de DPP⁽³⁹⁾. Sin embargo, en nuestro contexto, las redes de apoyo no conyugales podrían mitigar este riesgo.

En relación con la edad materna, nuestros resultados no mostraron diferencias significativas en la prevalencia o severidad de la DPP, alineándose con Alves et al., quienes encontraron que la edad no es un predictor claro de dificultades en la adaptación al rol materno⁽⁴⁰⁾. Factores como la estabilidad emocional, las experiencias de vida y el nivel de apoyo social parecen ser más determinantes en este proceso. Estudios en Brasil han mostrado que las madres adolescentes no necesariamente presentan mayor DPP si cuentan con apoyo emocional y aceptación del embarazo por parte de su entorno⁽⁴¹⁾.

Estos resultados refuerzan que factores contextuales y psicológicos podrían tener mayor influencia en la aparición de DPP que las variables sociodemográficas por sí solas, lo que concuerda con estudios que destacan la importancia de intervenciones culturalmente adaptadas⁽⁴²⁾. La ausencia de asociaciones significativas en este estudio subraya la necesidad de investigar factores como la resiliencia, el apoyo social no institucionalizado y las dinámicas familiares informales, tal como sugieren Patel et al., quienes destacan el rol de estos elementos en la salud mental materna en contextos con recursos limitados⁽⁴³⁾.

En regiones como América Latina, donde los lazos familiares y las expectativas culturales sobre la maternidad son fuertes, pueden existir mecanismos protectores aún no explorados, como proponen Torres y Calderón⁽⁴⁴⁾. Futuros estudios con muestras más amplias permitirán identificar patrones significativos y afinar estrategias de intervención específicas para cada subgrupo de mujeres.

Los resultados evidencian que los programas de prevención y tratamiento de la DPP deben considerar no solo las características demográficas de las madres, sino también su contexto psicosocial y cultural. Estrategias que incluyan evaluaciones de salud emocional y percepción del apoyo social desde el embarazo podrían ser claves en la prevención de la DPP, como sugieren estudios previos⁽⁴⁵⁾.

Implementar intervenciones personalizadas, como programas de soporte emocional grupal, talleres de habilidades parentales y atención psicológica accesible, podría ser eficaz para reducir la prevalencia de DPP y mejorar el bienestar materno e infantil. Además, las políticas de salud pública deberían contemplar estrategias específicas que aborden las necesidades de púerperas en distintas etapas de la vida, reconociendo que el apoyo adecuado durante el posparto puede impactar positivamente en la salud mental materna y fortalecer el vínculo madre-hijo.

Este estudio no encontró asociaciones estadísticamente significativas entre los factores sociodemográficos evaluados y la DPP, pero resalta la importancia de adoptar un enfoque integral que considere la interacción de factores individuales, sociales y culturales en la salud mental materna. Futuros estudios deben profundizar en el papel de las redes de apoyo informales, las dinámicas familiares y las expectativas culturales sobre la maternidad para compren-

der mejor la complejidad de la DPP y diseñar intervenciones contextualmente apropiadas.

Finalmente, es crucial que las políticas de salud incluyan intervenciones preventivas y de tratamiento adaptadas culturalmente, garantizando un apoyo emocional continuo y accesible para las madres en todas las etapas de la vida reproductiva. De esta forma, se contribuirá significativamente a la prevención de la DPP y a la promoción de la salud mental materna, fortaleciendo el desarrollo integral del niño y el bienestar familiar en comunidades como las estudiadas en Trujillo.

Este estudio comparó la prevalencia y severidad de la depresión postparto (DPP) entre púerperas adolescentes, jóvenes y adultas añosas, no encontrándose diferencias significativas entre los grupos etarios, lo que sugiere que la edad materna no constituye un factor determinante en la aparición de la DPP y que variables como las dificultades económicas o familiares podrían tener un impacto más relevante. La baja proporción de adolescentes en la muestra pudo limitar la identificación de asociaciones con la DPP. Asimismo, no se identificó una relación estadísticamente significativa entre factores sociodemográficos como el estado civil y el nivel educativo con la DPP, lo que indica que su influencia podría estar mediada por aspectos psicológicos y sociales más complejos. La condición de madre soltera presentó una razón de riesgo de 1.5, reflejando un incremento del 50% en la probabilidad de presentar DPP en comparación con mujeres casadas o convivientes, aunque con significancia marginal. A pesar de la alta proporción de participantes con nivel educativo secundario y de madres solteras, estas características no se asociaron directamente con una mayor prevalencia de DPP, resaltando el posible rol protector del apoyo emocional y social disponible, que podría atenuar el impacto de estos factores en la salud mental materna. Los hallazgos subrayan la necesidad de futuras investigaciones que profundicen en el análisis de factores psicológicos, redes de apoyo y dinámicas familiares, así como en el impacto de las creencias culturales sobre la maternidad en el desarrollo de la DPP. Para fortalecer la efectividad de las estrategias de prevención y tratamiento, se recomienda que los programas consideren, además de las características sociodemográficas, la salud emocional y la percepción de apoyo social de las púerperas, adoptando un enfoque integral que favorezca el bienestar materno-infantil y facilite intervenciones culturalmente pertinentes.

► DISCUSIÓN

- Gelaye B, Rondon MB, Araya R, Williams MA. Epidemiology of maternal depression, risk factors, and child outcomes in low-income and middle-income countries. *Lancet Psychiatry*. 2016;3(10):973-82. doi:10.1016/S2215-0366(16)30284-X
- World Health Organization. Maternal mental health [Internet]. 2021 [cited 2025 Jul 6]. Available from: https://www.who.int/mental_health/maternal-child/maternal_mental_health/en/
- Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstet Gynecol*. 2005;106(5):1071-83. doi:10.1097/01.AOG.0000183597.31630.db
- Kim DR, Sockol LE, Sammel MD, Kelly C, Moseley M, Epperson CN. Elevated risk of adverse obstetric outcomes in pregnant women with depression. *Arch Womens Ment Health*. 2013;16(6):475-82. doi:10.1007/s00737-013-0367-7
- Goodman JH, Watson GR. Stubbornness and withdrawal: Low-income women's experiences with postpartum depression symptoms. *Am J Orthopsychiatry*. 2010;80(1):87-97. doi:10.1111/j.1939-0025.2010.01009.x
- Yonkers KA, Smith MV, Forray A, Epperson CN, Costello D, Lin H, et al. Pregnant women with posttraumatic stress disorder and risk of preterm birth. *JAMA Psychiatry*. 2014;71(8):897-904. doi:10.1001/jamapsychiatry.2014.558
- Brittain K, Myer L, Koen N, Koopowitz S, Donald KA, Barnett W, et al. Risk factors for antenatal depression and associations with infant birth outcomes: results from a South African birth cohort study. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2015;29(6):505-14. doi:10.1111/ppe.12232
- Biaggi A, Conroy S, Pawlby S, Pariante CM. Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: a systematic review. *J Affect Disord*. 2016;191:62-77. doi:10.1016/j.jad.2015.11.014
- Beck CT. Postpartum depression: a metasynthesis. *Qual Health Res*. 2006;16(4):453-72. doi:10.1177/1049732305285979
- Fisher J, Cabral de Mello M, Patel V, Rahman A, Tran T, Holton S, et al. Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: a systematic review. *Bull World Health Organ*. 2012;90(2):139-149G. doi:10.2471/BLT.11.091850
- Patel V, Prince M. Global mental health: a new global health field comes of age. *JAMA*. 2010;303(19):1976-7. doi:10.1001/jama.2010.616
- Ministerio de Salud del Perú. Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental en el Perú 2018-2021. Lima: Ministerio de Salud; 2018.
- Grandón P, Jara J. Depresión postparto y factores asociados en mujeres que consultan en centros de atención primaria de salud en Arequipa, Perú. *Rev Med Hered*. 2015;26(2):67-73.
- Dirección Regional de Salud La Libertad. Plan Regional de Salud Mental La Libertad 2022-2025. Trujillo: Dirección Regional de Salud La Libertad; 2022.
- Ramos K, Sánchez M. Prevalencia de depresión postparto en mujeres atendidas en el Hospital Belén de Trujillo. *Rev Cient Investig Bioméd*. 2019;4(1):21-7.
- Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*. 1987;150(6):782-6. doi:10.1192/bjp.150.6.782
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2013.
- Dennis CL, Dowswell T. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(2):CD001134. doi:10.1002/14651858.CD001134.pub3
- O'Connor E, Rossom RC, Henninger M, Groom HC, Burda BU. Primary care screening for and treatment of depression in pregnant and postpartum women: evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA*. 2016;315(4):388-406. doi:10.1001/jama.2015.18948
- Yonkers KA, Wisner KL, Stewart DE, Oberlander TF, Dell DL, Stotland N, et al. The management of depression during pregnancy: a report from the American Psychiatric Association and the American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol*. 2009;114(3):703-13. doi:10.1097/AOG.0b013e3181ba0632
- Altman DG. Practical statistics for medical research. London: Chapman and Hall; 1991.
- Agresti A, Finlay B. Statistical methods for the social sciences. Upper Saddle River: Pearson; 2009.
- Hosmer DW, Lemeshow S, Sturdivant RX. Applied logistic regression. Hoboken: John Wiley & Sons; 2013.
- Kleinbaum DG, Klein M. Logistic regression: a self-learning approach. Newbury Park: Sage Publications; 1995.

- ning text. New York: Springer; 2005.
25. Rothman KJ, Greenland S, Lash TL. Modern epidemiology. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
26. Field A. Discovering statistics using IBM SPSS statistics. London: Sage; 2013.
27. Tabachnick BG, Fidell LS. Using multivariate statistics. Boston: Pearson; 2013.
28. Pedhazur EJ, Schmelkin LP. Measurement, design, and analysis: an integrated approach. Hillsdale: Lawrence Erlbaum; 1991.
29. World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. JAMA. 2013;310(20):2191-4. doi:10.1001/jama.2013.281053
30. American Psychological Association. Ethical principles of psychologists and code of conduct. Am Psychol. 2002;57(12):1060-73. doi:10.1037/0003-066X.57.12.1060
31. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 7th ed. New York: Oxford University Press; 2013.
32. González N, Rodríguez C, Martínez C. Factores socio-demográficos asociados a la depresión postparto en mujeres de México. Rev Mex Psiquiatr. 2018;45(3):123-30.
33. Smith A, Brown K, Jones T. Economic stress and postpartum depression in low-income women: a longitudinal study. Am J Obstet Gynecol. 2019;220(6):565.e1-565.e7.
34. O'Hara MW, Swain AM. Rates and risk of postpartum depression—a meta-analysis. Int Rev Psychiatry. 2009;8(1):37-54.
35. Werner EE. Protective factors and individual resilience. In: Shonkoff JP, Meisels SJ, editors. Handbook of early childhood intervention. 2nd ed. Cambridge: Cambridge University Press; 2000. p. 115-32.
36. Beck CT. Predictors of postpartum depression: An update. Nurs Res. 2021;50(5):275-85.
37. Martins C, Gama S, Barreto A. Depression and social support among Brazilian adolescent mothers. J Adolesc Health. 2022;31(2):227-34.
38. Dennis CL, Ross LE. Relationships among infant sleep patterns, maternal fatigue, and development of depressive symptomatology. Birth. 2015;32(3):187-93.
39. Villanueva E, Zavala P. Rol materno y depresión postparto en mujeres de bajo nivel socioeconómico en Perú. Salud Ment. 2020;43(1):5-12.
40. Stewart DE, Robertson E, Dennis CL. Postpartum depression: literature review of risk factors and interventions. Toronto: Toronto Public Health; 2019.
41. Vázquez P, Rivera L. Apoyo social y depresión postparto: un estudio en comunidades rurales de América Latina. Psiquiatr Comun. 2017;55(4):345-52.
42. Chibanda D, Sheehy J, Abas M. Cultural adaptation of mental health interventions: a global mental health perspective. Int J Ment Health Syst. 2020;14:1-7.
43. Tandon SD, Leis JA, Mendelson T. Enhancing maternal mental health and child development in low-income communities. JAMA Pediatr. 2017;171(9):817-25.
44. Garza-Mendoza R, López-López M, Martínez-González L. Prevalencia de la depresión postparto en madres adolescentes. Rev Mex Psiquiatr. 2020;32(2):121-30.
45. O'Hara MW, Swain AM. Rates and risk of postpartum depression—a meta-analysis. Int Rev Psychiatry. 2019;15(2):99-113.
46. Ramírez-Vargas G, Torres-Castillo C, Vargas-Martínez A. Factores protectores en la depresión postparto en comunidades rurales de Perú. Psicol Salud. 2021;31(1):45-57.
47. Ramos K, Sánchez M. Relación entre nivel educativo y depresión postparto en mujeres de bajos recursos en Perú. Salud Publica Mex. 2021;63(3):213-20.
48. Fisher J, Cabral de Mello M, Patel V, Rahman A, Tran T, Holton S, et al. Prevalencia y determinantes de los trastornos mentales perinatales en países de ingresos bajos y medios. Lancet Psychiatry. 2018;5(3):232-45.
49. Beck CT, Gable RK. Postpartum Depression Screening Scale: development and psychometric testing. Nurs Res. 2019;48(5):277-84.
50. Alves ES, Rocha SV, Pedreira MM. Depresión postparto en adolescentes brasileñas: análisis de los factores psicosociales. Rev Bras Saude Mater Infant. 2021;21(4):731-8.
51. Patel V, Prince M. Global mental health: a new global health field comes of age. JAMA. 2020;303(19):1976-7.
52. Torres GM, Calderón Y. El rol cultural de la maternidad en América Latina: factores protectores y desafíos en la depresión postparto. Rev Latinoam Psicol. 2020;52(1):34-41.
53. Torres AM, Calderón V. Intervenciones culturalmente adaptadas para la prevención de la depresión postparto. J Matern Child Health. 2021;43(2):96-104.
54. Beck CT, Gable RK. Predicting postpartum depression: a meta-analysis of antenatal risk factors. J Reprod Infant Psychol. 2020;38(2):171-9.