

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO  
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS

FACTORES ASOCIADOS AL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO  
POSPARTO EN MUJERES DEL CENTRO DE SALUD DE BELENPAMPA,  
CUSCO - 2025

PRESENTADO POR:

Br. NERY YORKA QUINTO NUÑEZ

PARA OPTAR AL TÍTULO PROFESIONAL  
DE MÉDICO CIRUJANO

ASESOR:

M.C. DEOBLINGER DUBERLY SANCHEZ  
DEL MAR

CUSCO - PERÚ  
2025



# Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco

## INFORME DE SIMILITUD

(Aprobado por Resolución Nro.CU-321-2025-UNSAAC)

El que suscribe, el **Asesor** ..... **DEOBLINGER DUBERLY SANCHEZ DEL MAR** ..... quien aplica el software de detección de similitud al trabajo de investigación/tesis titulada: **FACTORES ASOCIADOS AL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO POSPARTO EN MUJERES DEL CENTRO DE SALUD DE BELEN PAMPA, CUSCO - 2025**

Presentado por: ..... **NERY YORKA QUINTO NUÑEZ** ..... DNI N° **73209649** ;  
presentado por: ..... DNI N°: .....  
Para optar el título Profesional/Grado Académico de ..... **MÉDICO CIRUJANO** .....

Informo que el trabajo de investigación ha sido sometido a revisión por ..... **2** ..... veces, mediante el Software de Similitud, conforme al Art. 6° del **Reglamento para Uso del Sistema Detección de Similitud en la UNSAAC** y de la evaluación de originalidad se tiene un porcentaje de ..... **5** ..... %.

### Evaluación y acciones del reporte de coincidencia para trabajos de investigación conducentes a grado académico o título profesional, tesis

Porcentaje	Evaluación y Acciones	Marque con una (X)
Del 1 al 10%	No sobrepasa el porcentaje aceptado de similitud.	<input checked="" type="checkbox"/>
Del 11 al 30 %	Devolver al usuario para las subsanaciones.	
Mayor a 31%	El responsable de la revisión del documento emite un informe al inmediato jerárquico, conforme al reglamento, quien a su vez eleva el informe al Vicerrectorado de Investigación para que tome las acciones correspondientes; Sin perjuicio de las sanciones administrativas que correspondan de acuerdo a Ley.	

Por tanto, en mi condición de Asesor, firmo el presente informe en señal de conformidad y adjunto las primeras páginas del reporte del Sistema de Detección de Similitud.

Cusco, ..... **27** de ..... **Diciembre** ..... de 20**25** .....

  
MINISTERIO DE SALUD  
CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO  
CUSCO  
Dr. D. Duberly Sánchez Del Mar  
MEDICO PSQUIATRA  
C.M.P. 52480 R.N.C. 48016

Firma

Post firma ..... **Deoblinger Duberly Sanchez del Mar**

Nro. de DNI ..... **24002016**

ORCID del Asesor ..... **0000 - 0003 - 0364 - 8550**

### Se adjunta:

1. Reporte generado por el Sistema Antiplagio.
2. Enlace del Reporte Generado por el Sistema de Detección de Similitud: oid: ..... **27259:541995478**

# FACTORES ASOCIADOS AL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO POSPARTO EN MUJERES DEL CENTRO DE S...

 Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco

## Detalles del documento

Identificador de la entrega  
trn:oid:::27259:541995478

111 páginas

Fecha de entrega  
18 dic 2025, 3:12 p.m. GMT-5

31.569 palabras

177.440 caracteres

Fecha de descarga  
18 dic 2025, 3:22 p.m. GMT-5

Nombre del archivo  
FACTORES ASOCIADOS AL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO POSPARTO EN MUJERES DE....docx

Tamaño del archivo  
5.1 MB

## 5% Similitud general

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

### Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Texto citado
- Texto mencionado
- Coincidencias menores (menos de 20 palabras)

### Fuentes principales

- |    |   |
|----|---|
| 4% |  Fuentes de Internet                           |
| 3% |  Publicaciones                                 |
| 4% |  Trabajos entregados (trabajos del estudiante) |

### Marcas de integridad

#### N.º de alerta de integridad para revisión

 **Texto oculto**

6536 caracteres sospechosos en N.º de páginas

El texto es alterado para mezclarse con el fondo blanco del documento.

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

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

## DEDICATORIA

A Dios, por ser pilar fundamental de sabiduría y ser mi refugio en todo momento. Y a mi ángel de la guarda, por acompañarme en silencio en cada paso del camino, protegerme en los momentos difíciles y guiarme con luz y esperanza para no rendirme.

A mi padre por su amor, su comprensión, sus valiosas enseñanzas de vida, inculcarme el valor del esfuerzo, la gratitud y ser ejemplo de superación.

A mi madre, por su amor abnegado, paciencia y presencia constante en cada etapa de mi vida, acompañándome incondicionalmente en todo momento.

A mi hermana, por su respaldo incondicional y acompañamiento continuo, siendo fundamental para seguir adelante.

A mi abuela, por ser la base y el sostén de nuestra familia, cuyo amor y fortaleza han permitido que permanezcamos unidos y firmes a lo largo del tiempo; por llenar mi niñez de felicidad, ternura y cuidado, y por hacer de su hogar un lugar de acogida, cariño y calidez.

A mis queridas mascotas que ya no están, por el amor incondicional que dejaron en mi vida. En especial, a mi Bartolomeo, fiel compañero de largas horas de estudio, cuya compañía fiel fue un consuelo constante; y cuya ausencia, dejó una huella profunda que siempre llevaré en el corazón.

Por último, a mí misma, por creer en mí, por el esfuerzo constante, por no rendirme aún en los momentos más difíciles y por dar siempre lo mejor de mí a lo largo de este camino.

## AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, agradezco profundamente a Dios por brindarme salud, fortaleza y perseverancia para culminar esta etapa fundamental de mi formación profesional.

Expreso mi más sincero agradecimiento a mis padres por su amor incondicional, sacrificio constante y apoyo permanente a lo largo de mi vida académica; su ejemplo de esfuerzo y valores fue fundamental para alcanzar este logro. A mi hermana, por su comprensión, respaldo y compañía, siendo un soporte emocional invaluable durante este proceso.

Agradezco a la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, por ser el espacio de formación académica y humana donde adquirí los conocimientos, valores y competencias que hicieron posible mi desarrollo profesional y la realización del presente trabajo de investigación.

Expreso mi especial agradecimiento a mi asesor de tesis, por su orientación, paciencia y valiosos aportes científicos, así como a los miembros del jurado, por sus observaciones y sugerencias que fortalecieron la calidad y rigurosidad del estudio.

Agradezco de manera especial al Hospital Antonio Lorena, institución donde realicé mi internado clínico, experiencia que me permitió conocer la realidad de la atención del parto y reflexionar sobre la importancia de una atención más humanizada. Asimismo, expreso mi gratitud a los pacientes, quienes me brindaron valiosas enseñanzas humanas que enriquecieron mi formación y mi vida.

Del mismo modo, agradezco al Centro de Salud de Belenpampa por las facilidades brindadas para la recolección de datos y el desarrollo de esta investigación, así como a las participantes del estudio, cuya valiosa colaboración hizo posible la realización de este.

De la misma manera agradezco a los docentes de la Facultad de Medicina Humana, en especial a quienes con su conocimiento, experiencia y vocación contribuyeron significativamente a mi desarrollo académico y profesional.

Finalmente, agradezco a mis amigas y amigos, por su apoyo, motivación y compañerismo, y a todas las personas que creyeron en mí, contribuyendo de manera significativa a mi formación personal y profesional, y que hicieron posible la culminación del presente trabajo de investigación.

**JURADO A**

- M.C. CLORINDA HUAMAN VILLEGAS
- M.C. JORGE LUIS CABEZAS LIMACO

**JURADO B**

- M.C. VICTOR HUGO ARIAS CHAVEZ
- M.C. JORGE LUIS CABEZAS LIMACO
- M.C. MARGOT MEJIA HURTADO

## CONTENIDO

<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>i</b>
<b>RESUMEN.....</b>	<b>ii</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>iii</b>
<b>1.CAPÍTULO I. EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>1</b>
1.1. FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA .....	1
1.2. ANTECEDENTES TEÓRICOS .....	2
1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	10
1.3.1. Problema general:.....	10
1.3.2. Problemas específicos: .....	11
1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	11
1.4.1. Objetivo general.....	11
1.4.2. Objetivos específicos .....	11
1.5. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	12
1.6. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN .....	12
1.7. ASPECTOS ÉTICOS .....	13
<b>2. CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL .....</b>	<b>15</b>
2.1. MARCO TEÓRICO .....	15
2.1.1. Trastorno de Estrés Postraumático.....	15
2.1.2. Trastorno de Estrés Postraumático postparto .....	21
2.1.3. Factores asociados al trastorno de Estrés Postraumático posparto .....	31
2.1.4. Estado del arte: Trastorno de Estrés Postraumático en mujeres Posparto .....	33
2.1.5. Instrumentos para la evaluación .....	35
2.2. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS .....	38
2.3. HIPÓTESIS.....	38
2.3.1. Hipótesis general .....	38
2.3.2. Hipótesis específicas .....	38
2.4. VARIABLES .....	39
2.5. DEFINICIONES OPERACIONALES .....	40
<b>3.CAPÍTULO III. MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>43</b>
3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN .....	43
3.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN .....	43
3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA .....	44
3.3.1. Descripción de la población .....	44
3.3.2. Criterios de inclusión y exclusión .....	44
3.3.3. Muestra: Tamaño de muestra y método de muestreo.....	45
3.4. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	46
3.4.1. Técnicas de recolección de datos .....	46
3.4.2. Instrumentos de recolección de datos .....	46
3.4.3. Procedimiento de recolección de datos .....	48
3.5. PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS .....	48
3.5.1. Análisis univariado .....	48
3.5.2. Análisis bivariado .....	49
3.5.3. Análisis multivariado .....	49
<b>4.CAPÍTULO IV. RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES .....</b>	<b>50</b>
4.1. RESULTADOS .....	50
4.1.1. Análisis univariado o descriptivo .....	50
4.1.2. Análisis bivariado .....	53
4.1.3. Análisis multivariado .....	58
4.2. DISCUSIÓN .....	61
4.3. CONCLUSIONES .....	67
4.4. SUGERENCIAS.....	68
<b>5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>71</b>
<b>6. ANEXOS .....</b>	<b>78</b>
6.1. ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA .....	78
6.2. ANEXO 2: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	82
6.3. ANEXO 3: CUADERNILLO DE VALIDACIÓN .....	87
6.4. ANEXO 4: VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN .....	103
6.5. ANEXO 5: AUTORIZACIÓN DEL CENTRO DE SALUD DE BELENPAMPA .....	105

## INTRODUCCIÓN

La salud mental materna constituye un componente esencial del bienestar durante el embarazo y después del parto; sin embargo, esta es poco priorizada en los sistemas sanitarios, especialmente en países de ingresos medios y bajos [1–3]. Entre los trastornos menos visibilizados se encuentra el trastorno de estrés postraumático posparto (TEPT-PP), cuya prevalencia global oscila entre 3% y 6%, pudiendo alcanzar cifras mayores en contextos vulnerables o ante complicaciones obstétricas<sup>[4–6]</sup>. Este trastorno afecta la calidad de vida materna, la vinculación madre–hijo y el funcionamiento familiar [6,7]. La literatura indica que el TEPT-PP puede originarse a partir de experiencias de parto percibidas como traumáticas, ya sea por intervenciones obstétricas, complicaciones maternas o neonatales, trato inadecuado o falta de apoyo durante el proceso<sup>[8–16]</sup>.

En América Latina, la salud mental perinatal representa un desafío creciente. Se estima que hasta el 40% de gestantes y puérperas presentan algún problema emocional, siendo la depresión la condición más estudiada, mientras que el TEPT-PP es poco investigado<sup>[17]</sup>. En el Perú, la evidencia sobre este trastorno es limitada; un estudio en Arequipa reportó síntomas de TEPT en 4.57% de mujeres con parto vaginal y 9.32% de aquellas con cesárea<sup>[18]</sup>. En Cusco, el Estudio Epidemiológico de Salud Mental mostró elevada exposición a eventos traumáticos (39%) y una prevalencia importante de trastornos mentales a lo largo de la vida (32.2%)<sup>[19,20]</sup>, lo que refleja una población en situación de vulnerabilidad.

En Cusco, solo se ha identificado un estudio local, el cual encontró una prevalencia de 8.16% en un hospital de tercer nivel<sup>[21]</sup>, evidenciando la necesidad de investigaciones adicionales en centros de salud de primer nivel de atención. El Centro de Salud de Belenpampa atiende a una población diversa en términos socioculturales, lo que lo convierte en un escenario pertinente para estudiar la salud mental posparto lo cual permitirá contar con evidencia local identificando factores de riesgo y protección, mejorar los procesos de atención y fortalecer las estrategias preventivas en salud mental materna.

Por ello, el objetivo del presente estudio es determinar los factores asociados al trastorno de estrés postraumático posparto en mujeres atendidas en el Centro de Salud de Belenpampa, Cusco–2025, con el fin de aportar información que contribuya a optimizar la atención perinatal y promover el bienestar biopsicosocial de las madres y sus familias.

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar los factores asociados al trastorno de estrés postraumático posparto en mujeres del Centro de Salud de Belenpampa, Cusco-2025.

**Métodos:** Se realizó un estudio transversal; se incluyeron 327 mujeres mayores de 18 años después del primer mes hasta los doce meses del periodo posparto. La recolección de datos se realizó mediante una encuesta validada. El diagnóstico de TEPT-PP se realizó con el Cuestionario de trastorno de estrés postraumático perinatal (PPQ-II). Se realizó análisis estadísticos univariado, bivariado y multivariados para determinar la prevalencia y los factores asociados de TEPT-PP.

**Resultados:** En la muestra analizada la prevalencia del Trastorno de estrés postraumático posparto fue 8%. Se identificaron factores significativamente asociados a esta condición como el tener pareja (ORa: 0.28; IC95% 0.09–0.88; p=0.030), el apoyo social (ORa: 0.10; IC95%: 0.01–0.90; p=0.040), la satisfacción con la atención del parto (ORa: 0.20; IC95%: 0.06–0.65; p=0.007), la depresión posparto (ORa: 5.00; IC95%: 1.74–14.37; p=0.003) y complicaciones obstétricas (ORa: 4.12; IC95%: 1.28–13.24; p=0.017).

**Conclusiones:** Se identificó que tener pareja, contar con apoyo social y estar satisfecha con el parto actúan como factores protectores, mientras que la Depresión Posparto y las complicaciones obstétricas representaron factores de riesgo para el desarrollo de TETP-PP. Las variables neonatales no mostraron asociación significativa. Estos hallazgos resaltan la importancia de fortalecer el tamizaje y la atención integral de la salud mental materna en el contexto estudiado.

**Palabras clave:** Estrés postraumático, Trastorno de estrés postraumático después del parto, Periodo posparto, Factores asociados.

## ABSTRACT

**Objective:** To determine the factors associated with postpartum post-traumatic stress disorder in women from the Belenpampa Health Center, Cusco-2025.

**Methods:** An observational, cross-sectional, and analytical study will be conducted, including postpartum women over 18 years of age (up to 6 weeks after delivery). A descriptive analysis of the variables will be performed, followed by bivariate analysis and multivariate analysis using logistic regression to estimate adjusted odds ratios.

**Results:** In the analyzed sample, the prevalence of postpartum post-traumatic stress disorder was 8%. Factors significantly associated with this condition included having a partner (aOR: 0.28; 95% CI: 0.09–0.88; p=0.030), social support (aOR: 0.10; 95% CI: 0.01–0.90; p=0.040), and satisfaction with childbirth care (aOR: 0.20; 95% CI: 0.06–0.65; p=0.007). Postpartum depression (aOR: 5.00; 95% CI: 1.74–14.37; p=0.003) and obstetric complications (aOR: 4.12; 95% CI: 1.28–13.24; p=0.017) were also identified.

**Conclusions:** Having a partner, having medium-to-high social support, and being satisfied with the delivery were identified as protective factors, while obstetric complications represent a risk factor. In contrast, neonatal variables did not show a significant association. These findings highlight the importance of strengthening screening and comprehensive maternal mental health care in the studied context.

**Keywords:** Post-Traumatic stress; posttraumatic stress disorder after birth; postpartum period; associated factors, mental health.

## 1. CAPÍTULO I.

### EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

#### 1.1. FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA

El trastorno de estrés postraumático posparto (TEPT-PP) es un problema de salud mental que afecta a un número considerable de mujeres tras el parto. Se manifiesta con síntomas de reexperimentación del evento traumático, evitación, hipervigilancia y alteraciones emocionales que afectan negativamente la calidad de vida de la madre, su funcionamiento social y el vínculo con el hijo nacido <sup>[1,2]</sup>. Sin embargo, este trastorno suele permanecer subdiagnosticado en los servicios de salud materna, debido a la priorización de complicaciones físicas por sobre las psicológicas durante el periodo posparto lo que mantiene su invisibilidad y favorece su evolución crónica <sup>[3]</sup>.

A nivel mundial, los estudios reportan que el trastorno de estrés postraumático posparto afecta a 6,6 millones de madres cada año, se reportó que la prevalencia de TEPT-PP varía entre 3% y 6% en mujeres de la comunidad, y hasta 20% cuando se consideran síntomas clínicamente significativos<sup>[4-6]</sup>. Este problema se evidencia tanto en países con sistema de salud limitados como en contextos de altos ingresos, siendo frecuente su coexistencia con depresión posparto <sup>[6]</sup>. La presencia de TEPT-PP se asocia con menor inicio y duración de la lactancia materna, además tiene un impacto negativo considerable a corto y/o largo plazo en el bienestar de la mujer y, potencialmente, en toda la familia<sup>[6,7]</sup>. En la región de las Américas según la OPS (Organización Panamericana de salud) en cuanto a salud mental se refiere la depresión constituye el principal trastorno de salud mental siendo hasta dos veces más frecuente en mujeres que en hombres y entre el 20% al 40% de las mujeres padecen de depresión durante el embarazo o el puerperio en los países en desarrollo<sup>[17]</sup> considerándose estas etapas las de mayor vulnerabilidad.

En el Perú, a lo largo del año 2023 el Ministerio de Salud (Minsa) atendió un total de 42 302 casos por estrés agudo y postraumático en los diferentes establecimientos de salud a nivel nacional, del total de esta cifra, 30 614 corresponden a pacientes mujeres y 11 688 a varones <sup>[22]</sup>. Sin embargo, la salud mental materna en el periodo posparto constituye un aspecto poco abordado y representa un componente crítico insuficientemente integrado en las políticas y prácticas del sistema de salud peruano<sup>[23]</sup>. Además, la información sobre la magnitud y los factores asociados al trastorno de estrés postraumático posparto (TEPT-PP) es limitada. La mayoría de investigaciones se han centrado principalmente en la depresión posparto,

prescindiendo del tamizaje de estrés postraumático después del parto [24]. Un estudio realizado en el Hospital Goyeneche de Arequipa encontró que el 4.57% de las puérperas con parto eutóxico y el 9.32% de las cesareadas presentaron síntomas compatibles con TEPT-PP, siendo mayor la frecuencia en el grupo de cesáreas [18]. No obstante, en el país aún no se dispone de estimaciones nacionales representativas ni de estudios actualizados que analicen esta problemática en distintas regiones, lo que evidencia un desafío para la vigilancia y abordaje del TEPT-PP a nivel poblacional.

En Cusco, en términos generales según el último estudio Epidemiológico de Salud Mental realizado por el Ministerio de Salud en Cusco, el 32.2 % de los cusqueños ha presentado algún tipo de trastorno mental a lo largo de su vida y 39 % de la población ha sufrido alguna vez una experiencia traumática, estas cifras reflejan una carga significativa de enfermedad mental en la región<sup>[19,20]</sup>, que podría estar aún más invisibilizada en mujeres en el periodo posparto. Además se cuenta con un único estudio local del 2020 que abordó la problemática de TEPT: investigación realizada en el Hospital Antonio Lorena de Cusco, la cual reportó una prevalencia de TEPT-PP del 8.16 % en puérperas atendidas en dicho establecimiento<sup>[21]</sup>. Este hallazgo sugiere la presencia del trastorno en el contexto regional y revela cifras mayores a las reportadas en estudios internacionales, lo que sugiere una posible invisibilización del problema en el ámbito local. Este estudio se realizó en un hospital de nivel terciario, sin embargo, son los centros de primer nivel de atención de salud donde se concentran la mayoría de las atenciones de salud en esta población. Esta brecha evidencia la necesidad urgente de realizar nuevas investigaciones en otros niveles del sistema de salud que permitan estimar la magnitud del TEPT-PP y sus factores asociados en poblaciones más representativas.

Por ello, el presente estudio es necesario, ya que permitirá identificar los factores asociados y la prevalencia del TEPT-PP en esta población poco explorada, proporcionando información clave para fortalecer la detección oportuna, mejorar la calidad de la atención del parto y diseñar intervenciones orientadas a la prevención y manejo de este trastorno, en beneficio de la salud integral de las madres y sus familias.

## 1.2. ANTECEDENTES TEÓRICOS

### Antecedentes internacionales

**Leonardi-Baldisserotto M. et al. (Brasil-2025)**, en su estudio titulado “Factores asociados con los síntomas de estrés postraumático (TEPT) relacionados con el

parto materno en Brasil: el estudio nacional de investigación sobre el parto en Brasil” cuyo objetivo fue identificar los factores asociados con el TEPT materno relacionado con el parto en Brasil.

Se realizó un estudio de cohorte perinatal realizado entre 2011 y 2012 en 266 hospitales, realizando dos entrevistas telefónicas: 45 días después del parto y entre los 6 y los 18 meses posteriores al parto. Se incluyó puérperas que habían dado a luz a un recién nacido vivo con un peso  $>500$  g, además de una edad gestacional superior a 22 semanas. Se excluyó a las mujeres que habían dado a luz en casa, a las que no hablaban portugués, a las mujeres que experimentaron embarazos múltiples, muerte fetal intrauterina o muerte neonatal, lo que resultó en una muestra final de 23 721 participantes.

Los resultados obtenidos fueron que la atención en centros de salud privados (OR = 0,384, IC = 0,304-0,486) y tener un acompañante (OR = 0,726; IC = 0,578-0,913) fueron factores protectores para TEPT relacionado con el parto.

Además, la edad materna mayor (OR de 1,026 (IC = 1,013-1,039), el parto con fórceps (OR = 3,104; IC = 1,882-5,112), la cesárea (OR = 1,941; IC = 1,566-2,405), experimentar emergencias obstétricas durante el parto (OR = 2,147; IC = 1,743-2,646) y complicaciones graves durante el embarazo (OR = 1,782; IC = 1,494-2,127) se asociaron con un mayor riesgo de TEPT. Concluyendo así que los factores sociodemográficos maternos, los factores individuales y los factores obstétricos pueden influir en el desarrollo de síntomas de TEPT relacionados con el parto<sup>[8]</sup>.

**Alemu S, et al. (Etiopía, 2024)**, en el estudio titulado “Prevalencia del trastorno de estrés postraumático posparto y factores asociados entre madres posnatales en la zona de Arsi Occidental, suroeste de Etiopía, 2024: un estudio transversal comunitario” cuyo objetivo fue evaluar la prevalencia del trastorno de estrés postraumático posparto y los factores asociados entre madres posnatales.

Se realizó un estudio transversal comunitario, mediante muestreo aleatorio simple, siendo la muestra de 635 madres. Se incluyeron a todas las madres posnatales en el primer año después del parto, excluyéndose a madres que se encontraban en sus primeras 4 semanas después de dar a luz, las madres que tenían diagnósticos de TEPT antes de tener un bebé y las madres que estaban gravemente enfermas y no podían comunicarse. Se realizaron análisis bivariados y multivariados mediante regresión logística binaria.

Los resultados del estudio fueron que la prevalencia del trastorno de estrés postraumático posparto fue del 21,60 % (IC del 95 %: 18,40 %, 24,87 %). Los factores asociados identificados fueron las madres primíparas (AOR = 2,26; IC del

95 %: 1,38; 3,70), no tener seguimiento prenatal (AOR = 2,48; IC del 95 %: 1,47; 4,20), parto por cesárea (AOR = 2,86; IC del 95 %: 1,50; 5,61), parto instrumental (AOR = 3,06; IC del 95 %: 1,75; 5,34), morbilidad materna (AOR = 2,94; IC del 95 %: 1,71; 5,05) y violencia de pareja postparto (AOR = 7,43; IC del 95 %: 4,53; 12,20). Concluyendo que una de cada cinco madres presentó trastorno de estrés postraumático posparto por lo cual el personal de salud debe concentrarse en factores identificados como la cesárea y parto instrumentado durante la consejería lo cual mejora la preparación psicológica de las gestantes <sup>[9]</sup>.

**Ďuríčeková et al. (Eslovaquia, 2023)**, en su estudio denominado “Factores de riesgo asociados con la depresión posparto y el TEPT después del parto en una muestra de mujeres eslovacas” cuyo objetivo fue analizar los factores de riesgo de depresión posparto y síntomas de trastorno de estrés postraumático tras el parto en una muestra de mujeres en Eslovaquia.

Se realizó un estudio transversal, el tipo de muestreo fue no probabilístico. La investigación se llevó a cabo en cuatro hospitales de Eslovaquia en el que participaron 437 mujeres encuestadas. Se envió un cuestionario en línea a cada participante entre las 6 y las 8 semanas posteriores al parto previa aceptación del consentimiento informado. Siendo la recopilación de datos entre 2021 - 2022. El análisis estadístico se llevó a cabo utilizando el software estadístico Jamovi y se utilizaron estadísticas no paramétricas para verificar todas las hipótesis establecidas.

Los resultados del estudio fueron que la prevalencia de síntomas de trastorno de estrés postraumático, según el cuestionario City BiTS, fue del 2,8 %. Además en el modelo de regresión lineal algunos de los datos perinatales y anamnésicos analizados se han mostrado significativamente asociados con los síntomas de estrés postraumático: satisfacción con el parto ( $\beta = -0,25$ ; IC95%: 0,56; -0,19), percepción subjetiva del parto como traumático ( $\beta = 0,33$ ; IC95%: 0,82; 1,63), trauma previo en la anamnesis ( $\beta = 0,10$ ; IC95%: 0,27; 3,74), respeto durante el parto ( $\beta = -0,10$ ; IC95%: 5,08; -0,45), y complicaciones de salud tanto de la madre ( $\beta = 0,08$ ; IC95%: 0,12; 2,81) como del niño ( $\beta = 0,01$ ; IC95%: 1,53; 1,84). La varianza total explicada del modelo de regresión lineal fue del 37,0 %. También las puntuaciones de la escala de depresión posparto de Edimburgo (EDPS) se asociaron significativamente con las puntuaciones de City BiTS ( $p = 0,001$ ,  $r = 0,63$ ). Concluyendo así que la percepción subjetiva del parto, la satisfacción con el parto, el trauma previo en la anamnesis y la falta de respeto durante el parto se consideraron factores de riesgo cruciales para el trastorno de estrés postraumático (TEPT) posparto <sup>[10]</sup>.

**Liu et al.(Shanghái-China, 2021)**, en su estudio titulado “Depresión posparto y trastorno de estrés postraumático posparto: prevalencia y factores asociados” cuyo objetivo fue detectar la prevalencia de la depresión posparto (DPP) y el trastorno de estrés postraumático (TEPT-PP), así como examinar las relaciones entre diversas variables sociodemográficas, obstétricas con la DPP y el TEPT-PP.

Se realizó un estudio transversal con 1136 mujeres. Se recopilaron las características sociodemográficas, relacionadas con el embarazo y con el recién nacido. El apoyo social y los síntomas de depresión posparto y TEPT-PP se midieron mediante la Escala de Apoyo Social Percibido (PSSS), la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) y el Cuestionario de Estrés Postraumático Perinatal (PPQ). Las mujeres fueron reclutadas entre las 6 y 8 semanas después del parto, además eran mayores de 18 años y habían tenido un nacimiento único vivo. Se excluyeron mujeres con edad gestacional < 28 semanas o con un peso neonatal < 1500 g. Se realizó una prueba de chi-cuadrado y un análisis de regresión logística para evaluar la asociación de factores relacionados con DPP y TEPT-PP.

Resultando la prevalencia de síntomas de TEPT-PP del 6,1% entre las 6 a 8 semanas posparto, además las mujeres con hipertensión inducida por el embarazo (OR, 5,041; IC del 95 %, 1,724–14,743) y la etnia no Han (OR, 4.672; IC del 95%, 1.079–20.217) tenían un mayor riesgo de síntomas de TEPT-PP; además ser hijo único en la familia (OR de 0,436; IC del 95; % 0,023–0,828) y tener un alto apoyo social redujo las probabilidades de síntomas de TEPT-PP (OR de 0,211; IC del 95 %; 0,069–0,643). La presencia de síntomas de DPP aumentó el riesgo de síntomas de TEPT-PP (OR, 9,807; IC del 95 %, 5,071–18,962). En conclusión este estudio aportó información para mejorar la comprensión y la detección temprana de la depresión posparto y el TEPT-PP en China y que se debe prestar más atención a las mujeres más susceptibles a la depresión posparto y/o el TEPT-PP, incluyendo aquellas con bajo apoyo social, mala calidad del sueño, ingreso del recién nacido en incubadora, etnia no Han y mujeres con hermanos <sup>[11]</sup>.

**Martinez-Vázquez S. (España, 2021)**, en su estudio titulado “Factores obstétricos asociados con el trastorno de estrés postraumático posparto tras un parto vaginal espontáneo” cuyo objetivo fue determinar la asociación entre las prácticas clínicas durante el parto vaginal espontáneo y la incidencia de trastorno de estrés postraumático (TEPT) posparto.

Realizaron un estudio transversal con 839 puérperas españolas, utilizando el Cuestionario de Trastorno por Estrés Postraumático Perinatal (PPQ) administrado en línea. Los criterios de inclusión fueron haber tenido un parto vaginal espontáneo en los últimos 12 meses y tener 18 años o más de edad materna. En el estudio se aplicaron análisis descriptivos, bivariados (chi-cuadrado de Pearson) y multivariados mediante regresión logística binaria para estimar OR y OR ajustadas con IC 95%, utilizando el paquete estadístico SPSS.

Como resultados encontraron una prevalencia de TEPT del 8.1%. Se identificaron factores de riesgo como el trazado de la frecuencia cardíaca fetal intraparto preocupante (ORa: 2.24; IC95%: 1.07–4.66), la administración de enema (ORa: 7.01; IC95%: 2.14–23.01), permanecer acostada durante todo el trabajo de parto (ORa: 5.75; IC95%: 3.25–10.19), administración de oxitocina sin consentimiento (ORa: 2.18; IC95%: 1.26–3.77), presión del fondo uterino durante el pujo (ORa: 3.14; IC95%: 1.72–5.73), exámenes vaginales repetidos (ORa: 4.84; IC95%: 2.77–8.47) y extracción manual de la placenta sin anestesia (ORa: 3.45; IC95%: 1.81–6.58). Concluyendo así que diversas prácticas clínicas intraparto relacionadas con el trato deshumanizado y las complicaciones intraparto se asociaron con un mayor riesgo de TEPT. Es necesario erradicar el maltrato obstétrico y ampliar el acceso a una atención respetuosa y basada en la evidencia [12].

**Harrison S. et al. (Inglaterra, 2021)**, en su estudio denominado “Prevalencia y factores asociados al estrés postraumático posparto en una encuesta de maternidad de base poblacional en Inglaterra” cuyo objetivo fue describir la prevalencia, las características clínicas y los factores asociados al estrés postraumático posparto y estrés postraumático relacionado con otros factores estresantes.

Fue un estudio transversal. La muestra incluyó a 4509 mujeres de 16 años o más, que vivían en Inglaterra y que habían dado a luz durante un intervalo de dos semanas en octubre de 2017. Las mujeres cuyos bebés habían muerto fueron excluidas de la muestra, los cuestionarios se enviaron por correo a las mujeres identificadas seis meses después de que hubieran dado a luz. Se usaron estadísticas descriptivas para estimar la prevalencia del Estrés postraumático posparto con IC 95%, y regresión logística binaria (univariable y multivariable), calculando razones de probabilidades (OR) y razones de probabilidades ajustadas (ORa) utilizando el programa STATA versión15.

Resultando la prevalencia de estrés postraumático posparto de 2,5%. Los factores que se asociaron significativamente con el estrés postraumático posparto fueron, no contar con un profesional de la salud con quien hablar sobre temas delicados durante

el embarazo (OR=2.19), el ingreso del bebé en la UCIN (OR= 2.53), vivir sin pareja (OR= 1.90), ansiedad durante el embarazo (OR=4.53), problemas de salud específicos del embarazo (OR= 3.30). Concluyendo que el estrés postraumático durante el posparto es relativamente común, además una mayor concienciación entre los profesionales de la salud sobre la prevalencia, las características clínicas y los factores asociados con el estrés postraumático posparto facilitará el desarrollo de protocolos de manejo adecuados para identificar y apoyar a las mujeres durante el período perinatal <sup>[13]</sup>.

**Martínez-Vazquez et al. (España -2021)**, en su estudio denominado “Alto riesgo a largo plazo de trastorno de estrés postraumático (TEPT) posparto y factores asociados” cuyo objetivo fue determinar los factores asociados con los síntomas de TEPT a largo plazo un año después del parto.

Se realizó un estudio transversal durante 2019 en 1301 puérperas españolas que habían dado a luz en los últimos 12 a 36 meses. El tamaño muestral se estimó con el criterio de modelado máximo. Se consideró como criterio de inclusión a las mujeres con un nivel educativo que les permitiera leer y comprender el idioma español. En cambio, se excluyó a aquellas que tenían menos de 18 años y las mujeres con antecedentes psiquiátricos previos (p. ej., ansiedad, depresión, trastorno bipolar), así como aquellas con antecedentes de estrés postraumático. El análisis de datos incluyó estadística descriptiva, análisis bivariado para estimar OR crudas con IC 95 %, y análisis multivariado mediante regresión logística binaria para obtener OR ajustadas, considerando  $p < 0,05$  como significativo, usando el programa SPSS v24.0.

Los resultados la prevalencia del riesgo de TEPT en la muestra fue del 13,1% y los factores de riesgo identificados fueron no respetar un plan de parto (ORa = 1,89 (IC del 95 % 1,21-2,94)), alimentación con fórmula del bebé al alta (ORa = 2,50 (IC del 95 % 1,20-5,17)), intervención quirúrgica posparto (ORa = 2,23 (IC del 95 % 1,02-4,85)), readmisión hospitalaria (ORa = 3,45 (IC del 95 % 1,21-9,84)), así como violencia obstétrica verbal (ORa = 3,73 (IC del 95 % 2,52-5,53)) y violencia obstétrica psicoafectiva (ORa = 3,98 (IC del 95 % 2,48-6,39)). Concluyendo que las mujeres cuyo plan de parto no fue respetado, aquellas que alimentaban a su recién nacido con fórmula al momento del alta, las que requirieron cirugía posparto o reingreso hospitalario, así como quienes experimentaron violencia obstétrica de tipo verbal o psicoafectiva, presentaron un mayor riesgo de desarrollar síntomas de TEPT, riesgo que se mantuvo entre 12 y 36 meses posteriores al parto<sup>[25]</sup>.

**Gankanda W. (Sri Lanka-2021)**, en el estudio titulado “Prevalencia y factores asociados del trastorno de estrés postraumático (TEPT) entre una cohorte de madres posparto de Sri Lanka: un estudio transversal” cuyo objetivo destacar la prevalencia del trastorno de estrés postraumático en una cohorte de madres posparto.

Se realizó un estudio transversal. Cuatro clínicas de una zona semiurbana de Sri Lanka se seleccionaron mediante muestreo aleatorio simple. Se reclutaron para el estudio 225 madres posparto, sin antecedentes de enfermedades psiquiátricas, recopilando datos sociodemográficos y relacionados con el embarazo, evaluando a las participantes después de uno, dos y seis meses después del parto. La significancia de las asociaciones se evaluó mediante las proporciones. Se utilizó la prueba exacta de Fisher, siendo el análisis estadístico realizado con el paquete estadístico SPSS versión 18.

Como resultado se obtuvo que la prevalencia de TEPT posparto fue del 3,6 % durante 6 meses, además el abuso verbal durante el parto ( $p = 0,04$ ) y la presencia de depresión posparto ( $P \leq 0,001$ ) se asoció significativamente con TEPT posparto, no se hallaron asociaciones con otras variables obstétricas, neonatales o psicosociales evaluadas tales como: edad gestacional, planeación del embarazo, antecedentes psiquiátricos o de subfertilidad, violencia de pareja, asesoramiento prenatal, tipo de parto, duración del trabajo de parto, hemorragia, cuidados intensivos maternos o neonatales, bajo puntaje de APGAR, lactancia, entre otros. Concluyendo así que la prevalencia del TEPT posparto en este estudio comunitario es del 3,6 %, cifra comparable con la prevalencia mundial general, así también el TEPT se asoció significativamente con el maltrato verbal durante el parto y la depresión posparto. <sup>[15]</sup>.

**Hernández-Martínez (España, 2020)**, en su estudio denominado “Factores perinatales relacionados con los síntomas del trastorno de estrés postraumático 1 a 5 años después del nacimiento” cuyo objetivo fue investigar la prevalencia de síntomas de estrés traumático (síntomas de TEPT) después del primer año posparto y la relación con las prácticas perinatales y las intervenciones obstétricas.

Se realizó un estudio transversal con 1531 mujeres de entre 1 y 5 años de posparto. Se excluyeron las mujeres menores de 18 años. Para estimar el tamaño de la muestra se utilizó el criterio de modelado máximo. Se realizó un análisis descriptivo, seguido de un análisis bivariado para evaluar la relación entre factores sociodemográficos y clínicos con síntomas de TEPT (PPQ  $\geq 19$ ). Posteriormente, se

aplicó una regresión logística binaria multivariada, calculando OR crudas y ajustadas con IC95% con el paquete estadístico SPSS v24.0.

Los resultados fueron que el 7,2 % (110) de las mujeres se identificaron en riesgo de presentar probables síntomas de TEPT. Los factores de protección fueron el cumplimiento del plan de parto (ORa: 0,44; IC95 %: 0,19-0,99), el uso de analgesia epidural (ORa: 0,44; IC95 %: 0,24-0,80) y el contacto piel con piel (ORa: 0,33; IC95 %: 0,20-0,55). Los factores de riesgo fueron parto instrumental (ORa: 3,32; IC95%: 1,73-3,39), cesárea (ORa: 4,80; IC95%: 2,51-9,15), presión del fondo uterino (ORa: 1,72; IC95%: 1,08-2,74) y desgarro perineal de tercer/cuarto grado (ORa: 2,73; IC95%: 1,27-5,86). Concluyendo que las mujeres que experimentan un parto normal, están psicológicamente preparadas para el parto, así como las que experimentan contacto piel con piel con su recién nacido y tuvieron una sensación de control físico mediante el uso de analgesia epidural, tienen menos probabilidades de experimentar el parto como traumático <sup>[16]</sup>

**Hernández-Martínez (España, 2019)**, en su estudio denominado “Trastorno de estrés postraumático posparto: factores perinatales asociados y calidad de vida” cuyo objetivo fue conocer la prevalencia del TEPT en las semanas 4 a 6 posparto y su relación no sólo con las prácticas e intervenciones perinatales, sino también con la calidad de vida.

Estudio transversal con 2990 mujeres que recibieron atención médica durante el parto en España en 2017. Se excluyeron los nacimientos que terminaron en muerte fetal antes del nacimiento y las mujeres menores de 18 años. Para estimar el tamaño de la muestra, consideramos el criterio de modelado máximo. Se realizó un análisis descriptivo, un análisis bivariado, posteriormente, se realizó un análisis multivariado mediante regresión logística binaria, en el paquete estadístico SPSS, para estimar las razones de probabilidades (OR) brutas y ajustadas (ORa) con sus respectivos intervalos de confianza del 95% (IC95%).

Los resultados obtenidos fueron que el 10,6 % (318) de las mujeres presentó riesgo de presentar síntomas de TEPT. Factores como tener un plan de parto respetado (ORa: 0,52; IC95 %: 0,34; 0,80), usar analgesia epidural (ORa: 0,64; IC95 %: 0,44; 0,92) y el contacto piel con piel (ORa: 0,37; IC95 %: 0,28; 0,50) fueron factores de protección contra el TEPT, por otro lado el parto instrumental (ORa: 2,50; IC95 %: 1,70; 3,69) y la cesárea (ORa: 3,79; IC95 %: 2,43; 5,92) se consideraron factores de riesgo. Concluyendo que las mujeres con síntomas de TEPT presentaron una peor calidad de vida entre las semanas 4 y 6 del posparto. El tipo de parto, los métodos

de analgesia y las prácticas de humanización, como el contacto piel con piel y el uso de planes de parto respetados, se relacionaron con el riesgo de TEPT posparto [26].

### **Antecedentes nacionales**

**Loyola M. (Arequipa, 2017)** realizó el estudio titulado “Estrés postraumático en puérperas post parto eutóxico y cesareadas en el Hospital Goyeneche Arequipa 2017”, cuyo objetivo fue determinar la prevalencia del estrés post traumático posparto en puérperas de parto eutóxico y cesareadas en el Hospital Goyeneche Arequipa 2017. Realizaron un estudio transversal, analítico; para el que estudiaron 153 puérperas de parto eutóxico y 118 puérperas por cesárea; en el que hallaron los siguientes resultados que un porcentaje el 4.5 % de las mujeres de parto eutóxico y 9.3 % de las mujeres de parto por cesárea experimentaron síntomas de estrés post traumático; concluyendo así que ambos grupos experimentaron síntomas de estrés postraumático pero en menor medida en el grupo de mujeres con parto eutóxico<sup>[18]</sup>.

### **Antecedentes locales**

**Coaquira C.(Cusco,2020)** realizó el estudio titulado “Relación de la psicoprofilaxis obstétrica con los resultados obstétricos, neonatales y en la salud mental perinatal de primigestas en Hospitales de la Ciudad del Cusco, 2020”. Cuyo objetivo fue determinar la relación de la psicoprofilaxis obstétrica con los resultados obstétricos, neonatales y en la salud mental perinatal de primigestas en los hospitales de la Ciudad del Cusco, 2020. Se trató de un estudio transversal analítico en 81 puérperas cuyos partos fueron atendidos en el Hospital Regional del Cusco y Hospital de Contingencia Khali Runa. En los resultados se encontraron que 8,16% de las mujeres sin psicoprofilaxis padeció de Estrés Postraumático, por consiguiente, la Psicoprofilaxis obstétrica es factor protector para el estrés postraumático (RP=0,61; IC95%:0,44-0,83; p=0,002). Sin embargo, no se encontró relación de la Psicoprofilaxis obstétrica con la depresión (RP=0,44; IC95%: 0,16-1,22; p=0,114) ni con la ansiedad postparto (RP=1,24; IC95%:0,69-2,23; p=0,464). Concluyendo que la prevalencia de puérperas que realizaron psicoprofilaxis fue menos de la mitad y fue factor protector para conducción del parto y síndrome de estrés post traumático [21].

## **1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

### **1.3.1. Problema general:**

- ¿Cuáles son los factores asociados al trastorno de estrés postraumático posparto en mujeres del centro de salud de Belenpampa, Cusco-2025?

### **1.3.2. Problemas específicos:**

- ¿Cuál es la prevalencia de trastorno de estrés postraumático posparto en mujeres del centro de salud de Belenpampa, Cusco-2025?
- ¿Cuál es el principal factor sociodemográfico asociado al trastorno de estrés postraumático posparto en mujeres del centro de salud de Belenpampa, Cusco-2025?
- ¿Cuál es el principal factor relacionado con la salud mental asociado al trastorno de estrés postraumático posparto en mujeres del centro de salud de Belenpampa, Cusco-2025?
- ¿Cuál es el principal factor obstétrico o relacionado con el parto asociado al trastorno de estrés postraumático posparto en mujeres del centro de salud de Belenpampa, Cusco-2025?
- ¿Cuál es la principal factor neonatal asociado al trastorno de estrés postraumático posparto en mujeres del centro de salud de Belenpampa, Cusco-2025?

## **1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.4.1. Objetivo general**

- Determinar los factores asociados al trastorno de estrés postraumático posparto en mujeres del centro de salud de Belenpampa, Cusco-2025.

### **1.4.2. Objetivos específicos**

- Estimar la prevalencia de trastorno de estrés postraumático posparto en mujeres del centro de salud de Belenpampa, Cusco-2025.
- Identificar el principal factor sociodemográfico asociado al trastorno de estrés postraumático posparto en mujeres del centro de salud de Belenpampa, Cusco-2025.
- Analizar el principal factor relacionado con la salud mental asociado al trastorno de estrés postraumático posparto en mujeres del centro de salud de Belenpampa, Cusco-2025.
- Establecer el principal factor obstétrico o relacionada con el parto asociado al trastorno de estrés postraumático posparto en mujeres del centro de salud de Belenpampa, Cusco-2025.
- Precisar el principal factor neonatal asociado al trastorno de estrés postraumático posparto en mujeres del centro de salud de Belenpampa, Cusco-2025.

## 1.5. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El trastorno de estrés postraumático postparto (TEPT-PP) es una condición de salud mental que afecta significativamente la calidad de vida de las madres, al afectar su bienestar emocional, dificultar la vinculación afectiva con su hijo y comprometer el adecuado desarrollo socioemocional del infante y familiar. A pesar de su impacto, el trastorno de estrés postraumático posparto permanece subdiagnosticado y escasamente abordado en los servicios de salud materna, especialmente en los establecimientos de nivel primario de atención, donde se concentra la mayor parte de las atenciones de salud.

En el Perú, los estudios sobre salud mental materna en el puerperio han sido centrados casi exclusivamente en la depresión posparto, lo que ha contribuido a invisibilizar otras condiciones relevantes como el TEPT-PP. Aunque investigaciones a nivel internacional han encontrado que la prevalencia de TEPT-PP varía entre 3% y 6% en mujeres de la comunidad, la evidencia nacional sigue siendo escasa. Un estudio local ha confirmado la presencia de este trastorno en nuestro contexto; sin embargo, aún no se dispone de información suficiente para dimensionar adecuadamente su magnitud en el país. Esta limitación impide conocer con precisión la magnitud del problema en regiones como Cusco, donde la carga de enfermedad mental es considerable, según datos del Ministerio de Salud.

Además, esta investigación tiene valor práctico y científico, ya que puede servir de base para el desarrollo de protocolos clínicos y programas de intervención adaptados a la realidad regional. También responde a prioridades sanitarias actuales, como la reducción de brechas en salud mental, la prevención de complicaciones posparto y la promoción de la salud familiar. Conocer la magnitud y los factores asociados al TEPT-PP en puérperas atendidas en un establecimiento de Salud de primer nivel de atención en Cusco no solo aportará conocimiento relevante a nivel local, sino que también permitirá identificar grupos de riesgo y orientar la implementación de estrategias de tamizaje temprano, consejería y derivación oportuna, lo cual es coherente con el enfoque de atención integral en salud materna y mental promovido por las políticas nacionales e internacionales. De este modo, se contribuirá a mejorar la atención integral posparto y beneficiando la calidad de vida materna y familiar.

## 1.6. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Debido a la naturaleza de este estudio transversal, se presentan diversas limitaciones que podrían influir en los resultados obtenidos.

En primer lugar, la recolección de datos por parte de los colaboradores que ayudarán en la aplicación de las encuestas podría generar errores en la recopilación de información, lo que constituye un posible sesgo del investigador; para minimizar este riesgo, se realizará una capacitación previa a los colaboradores garantizándose así un proceso estandarizado y homogéneo.

Así mismo, la recolección de datos clínicos a través de las tarjetas perinatales del recién nacido podría presentar limitaciones por registros incompletos, errores de anotación, etc. lo cual podría comprometer la calidad de los datos recolectados, lo que podría dar lugar al sesgo de información; por lo cual se implementará un control minucioso de la información y se excluirán aquellos registros que no estén completos o con información que no sea debidamente consistente.

Por otro lado, entre las limitaciones de este estudio se encuentra el posible sesgo de respuesta puesto que los datos sobre los síntomas de TEPT-PP serán obtenidos mediante autoinforme, lo que podría generar subregistro o sobreestimación debido a la percepción subjetiva de las participantes y su estado emocional al momento de la evaluación; por lo cual, se garantizará la confidencialidad de las respuestas y se emplearán instrumentos validados.

Además, debido al diseño transversal del estudio, los datos se recopilarán en un único momento, lo que impide estimar la evolución de los trastornos a lo largo del tiempo y puede producir un sesgo de temporalidad; por ello, se sugiere que futuras investigaciones aborden esta problemática con un enfoque longitudinal para evaluar la progresión temporal y la incidencia del trastorno.

Finalmente, el estudio se llevará a cabo en un establecimiento de salud del Ministerio de Salud (MINSA) de la región Cusco, Centro de Salud Belenpampa, lo que podría limitar la generalización de los resultados a otras regiones del Perú o contextos asistenciales diferentes, lo que podría generar sesgo de selección. Por ello los resultados se interpretarán dentro del contexto específico en el que se desarrolla la investigación.

## **1.7. ASPECTOS ÉTICOS**

Las directrices éticas y deontológicas establecidas en el Informe Belmont (1979) y la Declaración de Helsinki, revisada durante la Asamblea General en Fortaleza, Brasil (2013), servirán como base para este estudio. El objetivo principal es garantizar el cumplimiento de los estándares bioéticos en la investigación médica con seres humanos, asegurando la protección de los participantes y la preservación de sus

derechos, dignidad y salud. Este estudio constituye un diseño transversal analítico por lo que se mantendrá el compromiso con los principios éticos, asegurando la protección de la identidad y la privacidad de los participantes. Se solicitará la aprobación del trabajo de investigación por las entidades correspondientes antes de su ejecución. Las participantes recibirán información clara sobre los objetivos y procedimientos del estudio y firmarán un consentimiento informado previo a su participación. Se garantizará la confidencialidad de los datos recolectados, asegurando su uso exclusivamente con fines académicos y de investigación.<sup>[27,28]</sup>.

## 2. CAPÍTULO II.

### MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

#### 2.1. MARCO TEÓRICO

##### 2.1.1. Trastorno de Estrés Postraumático

El Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) está clasificado en el DSM-5 dentro del grupo de Trastornos relacionados con el trauma y el estrés. Se caracteriza por la presencia de cuatro conjuntos principales de síntomas que surgen tras la exposición del individuo a un acontecimiento traumático. Aunque su diagnóstico se basa en la manifestación clínica, estos síntomas no reflejan directamente los mecanismos neuropatológicos subyacentes. En este sentido, el TEPT puede entenderse mejor como una manifestación conductual de alteraciones en los sistemas neuroconductuales, influenciada por factores individuales, ambientales y socioculturales. Las personas que padecen TEPT tienden a revivir el acontecimiento traumático con gran realismo emocional y una intensidad abrumadora. Organizan su vida diaria en torno a la necesidad de controlar y reducir los efectos persistentes de la experiencia, lo que las lleva a evitar de manera constante los estímulos que puedan recordar el suceso traumático. Además, suelen mantener una vigilancia permanente ante posibles amenazas, experimentando estados de tensión, inquietud y agotamiento continuo. El TEPT se ha identificado en diversas culturas y regiones del mundo, constituyendo una respuesta patológica frecuente ante múltiples tipos de trauma, como conflictos bélicos, catástrofes naturales o eventos individuales, tales como accidentes o agresiones. Aunque el contenido de los síntomas puede variar en función del tipo de evento traumático, la estructura general del cuadro sintomático tiende a ser consistente entre diferentes contextos culturales, sociales y geográficos, lo que sugiere la existencia de una base neuroconductual común. Comprender los mecanismos biopsicosociales que median entre la experiencia traumática y el desarrollo del TEPT resulta esencial para su predicción y prevención. Dichos mecanismos abarcan tres momentos: la vulnerabilidad previa al trauma, la respuesta inmediata durante la exposición y los factores posteriores que perpetúan los síntomas. A su vez, cada una de estas etapas incluye dimensiones que van desde los niveles moleculares y neurobiológicos hasta los cognitivos, emocionales, interpersonales y sociales. En conjunto, la etiología y la patogénesis del TEPT son de naturaleza compleja

y multifactorial, siendo el evento traumático un desencadenante necesario, pero no suficiente, para explicar completamente su desarrollo [29,30].

#### **2.1.1.1. Definición**

El TEPT es un trastorno relacionado con el trauma y el estrés, definido por la coexistencia de reexperimentación, evitación, creencias negativas y síntomas de hiperactivación, en sobrevivientes de adversidad extrema. El TEPT es una consecuencia común de todo tipo de eventos traumáticos, desde los más horribles y prolongados (p. ej., cautiverio y tortura) hasta eventos o incidentes más breves (p. ej., accidentes).

Las características esenciales del TEPT según el DSM-5 son el desarrollo de síntomas característicos tras la exposición, presencia o exposición indirecta a uno o más eventos traumáticos. Sin embargo, la presentación clínica del TEPT varía. En un individuo pueden predominar la reexperimentación basada en el miedo, los síntomas emocionales y conductuales, mientras que otros pueden presentar anhedonia, disforia, pensamientos negativos, hiperactivación, irritabilidad o insomnio.

El DSM-5 clasifica los síntomas del TEPT en cuatro subcategorías (criterios diagnósticos): reexperimentación, evitación, pensamientos negativos e hiperactivación. Para recibir un diagnóstico de TEPT, una persona expuesta a un trauma debe presentar un número mínimo predefinido de síntomas en cada categoría. Las numerosas combinaciones de síntomas que permite el DSM-5 pueden abarcar una heterogeneidad significativa en las presentaciones individuales del TEPT. Los síntomas del TEPT se comprenden mejor como indicadores conductuales variables de una neuropatología subyacente común.

Los eventos traumáticos vividos directamente (criterio A del TEPT) incluyen, entre otros, la exposición a la guerra como combatiente o civil, agresiones físicas (amenazas o consumadas), violencia sexual (amenazas o consumadas), el secuestro, la toma de rehenes, los ataques terroristas, la tortura, el encarcelamiento como prisionero de guerra, los desastres naturales o provocados por el hombre y los accidentes de tráfico graves. Los incidentes médicos que se consideran eventos traumáticos implican sucesos repentinos y catastróficos [29,30].

### **2.1.1.2. Nosología**

En versiones anteriores del DSM se ha clasificado dentro de los trastornos de ansiedad (DSM-III a DSM-IV-TR), sin embargo, la investigación ha demostrado que muchos pacientes con TEPT no presentan síntomas de ansiedad prominentes, sino anhedonia, disforia, agresividad o disociación. Estos hallazgos justificaron la inclusión del TEPT en una nueva categoría de Trastornos Relacionados con el Trauma y el Estrés, la cual se caracteriza por relación entre los síntomas actuales y la exposición a factores estresantes externos. Otros trastornos de esa categoría incluyen el TEA, el trastorno de adaptación, Trastorno reactivo del apego y trastorno de desinhibición del compromiso. A diferencia de los pacientes con TEPT, los supervivientes de un trauma que no desarrollan TEPT pueden presentar síntomas iniciales y recordar ocasionalmente el trauma pasado (por ejemplo, en fechas que conmemoran su aniversario), pero sus vidas no están dominadas por la presencia imperiosa de la experiencia traumática. Por lo tanto, el TEPT es una consecuencia patológica distinta de la exposición al trauma y de factores que perpetúan el trastorno, como la falta de apoyo social y la exposición repetida al estrés. El evento traumático se concibe mejor como una causa necesaria, pero no suficiente, del TEPT. La mayoría de las personas que sobreviven a un trauma no desarrollan TEPT. Además, los eventos traumáticos pueden acelerar o exacerbar otros trastornos del DSM-5, como la depresión mayor o el abuso de sustancias. Cuando quienes sobreviven a un trauma cumplen con los criterios diagnósticos tanto de TEPT como de depresión, ambos trastornos pueden diagnosticarse como comórbidos, y los profesionales clínicos deben priorizar sus intervenciones para abordar la afección más prominente o que ponga en riesgo la vida [29].

### **2.1.1.3. Diagnóstico**

Los criterios diagnósticos para el Trastorno de estrés postraumático para adultos, adolescentes y niños mayores de 6 años según la clasificación DSM-5 son:

- A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una ( o más) de las formas siguientes:
  1. Experiencia directa del suceso traumático

2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido(s) a otros.
  3. Conocimiento de que el suceso traumático ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso(s) ha de haber sido violento o accidental.
  4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso traumático.(p. ej., socorrista que recogen restos humanos; policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil)
- B. Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumáticos(s), que comienza después del suceso(s) traumático(s).
1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumáticos(s).
  2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s).
  3. Reacciones disociativas(p. ej., escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente.)
  4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del sucesos(s) traumáticos(s).
  5. Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).
- C. Evitación persistente de estímulos asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza tras el suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:
1. Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).
  2. Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o

sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso traumático(s).

D. Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso(s) traumático(s), que comienzan o empeoran después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos( o más) de las siguientes

1. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso(s) traumático(s) (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas).
2. Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo (p. ej.; “Estoy mal”, “No puedo confiar en nadie”, “El mundo es muy peligroso”, “Tengo los nervios destrozados”)
3. Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso(s) traumático(s) que hace que el individuo se acuse a si mismo o a los demás.
4. Estado emocional negativo persistente (p. ej.; miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza)
5. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas
6. Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás
7. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p. ej.; felicidad, satisfacción, sentimientos amorosos)

E. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso(s) traumáticos(s) , que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos ( o más) de las características siguientes:

1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia ( con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.
2. Comportamiento imprudente o autodestructivo
3. Hipervigilancia
4. Respuesta de sobresalto exagerada
5. Problemas de concentración
6. Alteración del sueño (dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto)

- F. La duración de la alteración (criterios B,C, D,E) es superior a un mes.
- G. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento
- H. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p.ej.; medicamento, alcohol) o a otra afección médica.

Especificar si:

Con síntomas disociativos: Los síntomas cumplen los criterios para el trastorno de estrés postraumático y, además, en respuesta al factor de estrés, el individuo experimenta síntomas persistentes o recurrentes de una de las características siguientes:

1. Despersonalización: Experiencia persistente o recurrente de un sentimiento de desapego y como si uno mismo fuera un observador externo del propio proceso mental o corporal p. ej. Como si se soñara, sentido de irrealidad, como un sueño distante o distorsionado)
2. Desrealización: Experiencia persistente o recurrente de irrealidad del entorno (p.ej. el mundo alrededor del individuo se experimenta como irreal, como en un sueño, distante o distorsionado)

Nota: Para utilizar este subtipo, los síntomas disociativos no se han de poder atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p.ej.; desvanecimiento, comportamiento durante la intoxicación alcohólica) u otra afección médica (p.ej.; epilepsia parcial compleja).

Especificar si:

Con expresión retardada: Si la totalidad de los criterios diagnósticos no se cumplen hasta al menos seis meses después del acontecimiento (aunque el inicio y la expresión de algunos síntomas pueden ser inmediatos)<sup>[30]</sup>.

#### **2.1.1.4. Tratamiento psicológico del TEPT crónico en adultos**

La evidencia científica indica que la terapia cognitivo-conductual individual centrada en el trauma (TCC-T), la cual incluye la técnica de exposición prolongada (EP) basada en revivir el evento traumático mediante la exposición repetida tanto a los recuerdos (exposición imaginada) como a los estímulos reales del entorno (exposición en vivo), evitando la conducta de evitación, resulta eficaz en el abordaje del TEPT. Asimismo, la terapia de desensibilización y reprocesamiento

por movimientos oculares (EMDR), que consiste en evocar imágenes perturbadoras mientras se aplican estímulos sensoriales bilaterales, y otras intervenciones como la terapia centrada en el presente (TCP), que aborda los problemas actuales en las relaciones interpersonales y el ámbito laboral en lugar de centrarse directamente en el trauma, han mostrado una efectividad comparable inmediatamente después del tratamiento.

Algunos estudios sugieren que la TCC-T y la EMDR presentan una eficacia superior a otras terapias entre uno y cuatro meses posteriores a la intervención. En general, se ha observado que la TCC-T, la EMDR y otras terapias individuales ofrecen mejores resultados terapéuticos en comparación con otros enfoques psicológicos <sup>[29]</sup>.

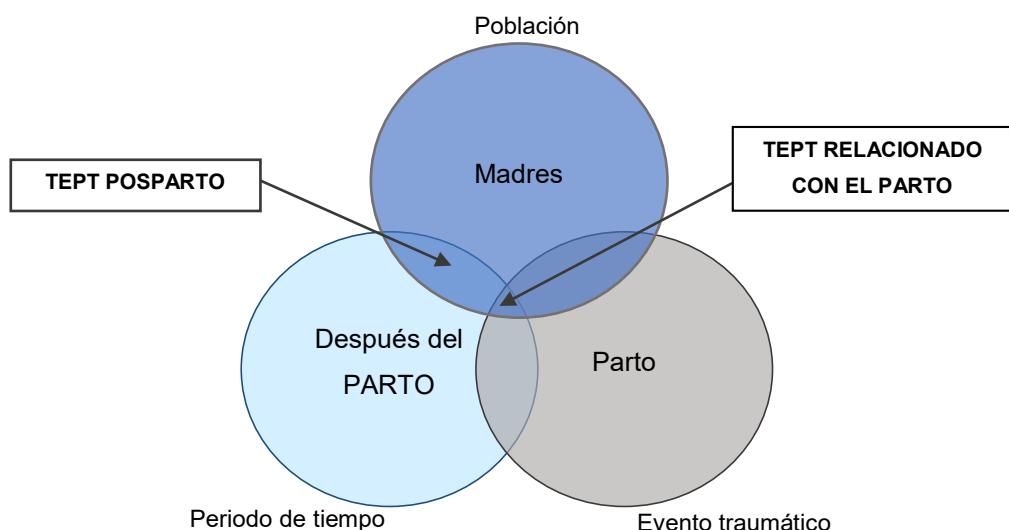
### **2.1.2. Trastorno de Estrés Postraumático postparto**

Diversos factores bioquímicos y estresantes de la vida alteran de manera considerable la salud mental y las enfermedades mentales durante el periodo perinatal; las mujeres responden de manera variable a las tensiones del embarazo y el parto, el grado de estrés percibido es mucho mayor en las mujeres cuyo feto tiene riesgo elevado de padecer alguna malformación, en aquellas con trabajo de parto o parto prematuro y en las que tienen otras complicaciones médicas <sup>[31,32]</sup>.

El parto es un momento de gran vulnerabilidad para la mujer, en el que a nivel cerebral hay un escenario neurobiológico y hormonal específico preparado para la impronta y el inicio del vínculo con el bebé, que hace que los eventos que transcurren durante el parto y las primeras horas del puerperio puedan quedar vívidamente grabados en la memoria consciente, tanto si son positivos como si son traumáticos <sup>[32]</sup>. En una buena proporción de casos persisten recuerdos perturbadores o ansiedad relacionados con la previa experiencia obstétrica, ya que estudios muestran que entre el 9% y el 50% de las madres informan que su experiencia de parto fue traumática <sup>[33,34]</sup>. Debido a lo imprevisible del transcurso y desenlace del parto, ocasionalmente hay complicaciones que pueden generar el desarrollo de trastorno de estrés postraumático en la mujer que tuvo un parto adverso <sup>[33]</sup>.

### 2.1.2.1. Concepto:

La terminología empleada en la literatura existente sobre el TEPT en el período posparto es variada, abarcando términos como TEPT posparto, TEPT posterior al parto, TEPT inducido por el parto o relacionado con el parto. La percepción de los distintos términos utilizados en la investigación científica se ilustra en la Figura 1 y se presenta como una propuesta para establecer un entendimiento y uso común de la terminología en este campo. Si bien en algunos casos estos términos se han utilizado indistintamente, parecen implicar diferentes fundamentos. En primer lugar, el TEPT posparto y el TEPT posterior al parto pueden referirse al TEPT causado por cualquier factor estresante presente antes del parto. El parto, por ejemplo, puede desencadenar un TEPT relacionado con un factor estresante previo, como la violencia sexual, y provocar un inicio tardío del TEPT (con un evento traumático índice distinto a la experiencia del parto). En segundo lugar, estos términos pueden referirse al TEPT (Trastorno de Estrés Postraumático) causado por el parto como trauma índice en sí mismo, que es el área central abordada en este estudio que también puede ser denominada TEPT relacionado con el parto para este propósito <sup>[4]</sup>.



**FIGURA 1.** Terminología del TEPT relacionado con el parto Y TEPT posparto, Fuente: “Prevalencia y factores de riesgo del estrés postraumático relacionado con el parto entre los padres: una revisión sistemática comparativa y un metaanálisis”, elaborado por Heyne et. al <sup>[29]</sup>.

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) relacionado con el parto se refiere a los síntomas psicológicos que se desarrollan después de un parto traumático o como consecuencia directa del mismo. En la literatura, se utilizan indistintamente los términos TEPT posparto y TEPT relacionado con el parto <sup>[34]</sup>.

El parto se considera una experiencia traumática si existe una amenaza percibida para la vida de la madre o del bebé, si se produjeron lesiones físicas graves, o si surgieron acontecimientos que causaron emociones y reacciones angustiantes, llevando a impactos negativos a corto o largo plazo en la salud y el bienestar de la madre, lo que puede llevar al desarrollo de trastorno de estrés postraumático relacionado con el parto <sup>[34]</sup>.

#### **2.1.2.2. Epidemiología:**

Se tiene estimada una prevalencia de trastorno de estrés postraumático (TEPT) del 8% a lo largo de la vida en población general, así como una incidencia del 9-15%; existe una mayor prevalencia del mismo en mujeres llegando al 10% aproximadamente <sup>[35,36]</sup>. El TEPT relacionado con el parto afecta entre el 3% y el 6% de las madres, siendo este subclínico en el 12% al 13% de estas, y presentándose con mayor frecuencia en el 16% al 19% de mujeres que tuvieron partos prematuros, mortinatos o complicaciones graves como preeclampsia. Estudios de países de ingresos bajos sugieren que las tasas de prevalencia pueden llegar incluso al 20% <sup>[34]</sup>.

#### **2.1.2.3. Sintomatología:**

La característica esencial del trastorno de estrés postraumático es la aparición de síntomas característicos después de la exposición a uno o más acontecimientos traumáticos. Los síntomas suelen ser ansiedad o miedo, pero también puede haber anhedonia, disforia o conducta disociativa <sup>[31]</sup>.

Suelen tener recuerdos perturbadores relacionados a la experiencia del parto, necesidad de evitar estos recuerdos o asociaciones con este tema hasta donde sea posible, alteraciones negativas en el estado de ánimo y la cognición, e hiperactivación frente a estos recuerdos <sup>[33,34]</sup>. También hay síntomas de ansiedad y repetición intrusiva de los recuerdos que pueden hacerla sentir como si reviviera los episodios

dolorosos, tener pesadillas frecuentes o sentirse ansiosa cuando algo le recuerda las experiencias vividas <sup>[33]</sup>.

El trastorno de estrés postraumático conlleva un sufrimiento importante para las madres que lo padecen, afecta a la relación de la mujer con su bebé y con su pareja; además, altera la relación con los profesionales de la salud que atienden a la madre <sup>[32]</sup>. Una mujer puede tener sólo algunos síntomas postraumáticos o bien la condición psicopatológica completa <sup>[33]</sup>. Los síntomas del Trastorno de estrés postraumático suelen alcanzar una intensidad máxima entre las cuatro y seis semanas tras el parto y posteriormente suelen ir disminuyendo, pero en algunos casos persisten meses o años <sup>[32]</sup>.

Dentro de las características que se pueden presentar, se describen las siguientes:

- Las mujeres afectadas reviven continuamente la experiencia del parto mediante recuerdos y pesadillas, durante semanas o meses; siendo estos desencadenados por cualquier evento que les recuerde el parto, produciéndoles una reacción ansiosa.
- Sentimiento de desconexión ante sus bebés y sensación de ausencia de la realidad, esta disociación puede comenzar inmediatamente después del parto y algunas mujeres lo describen como "la sensación de no sentir nada"
- Sensación de enfado con los profesionales de la salud, con sus familiares y consigo mismas. Pueden presentar síntomas de ansiedad y depresión, lo que dificulta la relación de las madres con los profesionales de la salud y la búsqueda de ayuda.
- Su experiencia de la maternidad se ve muy afectada, suelen sentirse distanciadas de sus hijos, llegando también a sentir rechazo por la sexualidad, o a la idea de tener más hijos <sup>[32]</sup>.

#### **2.1.2.4. Etiología**

El Trastorno de estrés postraumático relacionado con el parto puede estar influenciado por diversos factores, entre ellos un alto nivel de intervenciones médicas y la percepción de una atención inadecuada durante el proceso. Es más común después de cesáreas de emergencia o partos vaginales con intervenciones instrumentales, y menos frecuente cuando la cesárea es planificada o el parto se desarrolla de manera natural y sin intervenciones <sup>[33]</sup>. La intensidad de

los síntomas suele aumentar en casos de partos inducidos, cuando la mujer siente que perdió el control, experimenta un dolor prolongado sin alivio, o cuando el recién nacido presenta complicaciones graves o nace prematuramente. Además, las mujeres con antecedentes de ansiedad o experiencias traumáticas previas, como situaciones de violencia, presentan una mayor vulnerabilidad. También se han identificado como factores de riesgo una relación negativa con el personal sanitario, la sensación de falta de control y la ausencia de apoyo emocional por parte de la pareja <sup>[32]</sup>.

Entre otras causas del trastorno de estrés postraumático postparto se encuentra problemas de salud mental en el embarazo, ser primípara o disponer de escaso apoyo social<sup>[37]</sup>; el abuso doméstico también está ligado a resultados perinatales adversos y al desarrollo de estrés <sup>[31]</sup>.

#### **2.1.2.5. Fisiopatología**

Después de experimentar eventos traumáticos, las personas con TEPT suelen presentar una percepción más intensa del estrés y una sensación persistente de estrés o estrés crónico. El sistema de respuesta fisiológica al estrés se compone de las ramas simpática y parasimpática del sistema nervioso autónomo y del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal (HHA). En situaciones condicionantes de estrés, la activación del HHA aumenta (lo que conlleva una mayor liberación de cortisol), mientras que la activación del sistema nervioso parasimpático disminuye (reduce la potencia de la frecuencia cardíaca de alta frecuencia) y la activación del sistema nervioso simpático se intensifica (lo que aumenta la potencia de la frecuencia cardíaca de baja frecuencia). Esto produce un desequilibrio transitorio del sistema nervioso autónomo.

El eje HHA desempeña un papel fundamental en el control de la respuesta del organismo al estrés, y su desregulación puede provocar anomalías en la liberación de hormonas del estrés, como el cortisol, lo que puede contribuir a respuestas de estrés exageradas y trastornos emocionales.

Los estudios de resonancia magnética (RM), sean estos estructurales como funcionales, sugieren que el TEPT genera atrofia de la sustancia gris, alteración de la integridad de la sustancia blanca y alteraciones focales de la actividad neuronal, así como un deterioro de la

conectividad funcional. Esto conlleva alteraciones en los sistemas cerebrales responsables del aprendizaje del miedo y las respuestas a la amenaza (es decir, la corteza cingulada anterior, la amígdala, el hipocampo y la ínsula). Los estudios de RM funcional demuestran una actividad neuronal espontánea alterada en pacientes con TEPT en comparación con controles expuestos y no expuestos a traumas. Esta actividad incluye una menor actividad en el cerebelo (pirámide), el globo pálido, la ínsula posterior y el giro frontal medio, y una mayor actividad en los gliomas parahipocampales o la amígdala y la corteza cingulada anterior ventral. Estos cambios fisiopatológicos también limitan la capacidad de adaptación a circunstancias estresantes adicionales.

Actualmente existen escasos estudios sobre la fisiopatología del TEPT relacionado con el parto ofrecen respaldo a las desregulaciones en el sistema de respuesta al estrés que se producen en las madres tras un parto psicológicamente traumático. Un estudio de mujeres con TEPT relacionado con el parto mostró una mayor reactividad psicofisiológica (cuantificada mediante la conductancia de la piel, la frecuencia cardíaca y las respuestas electromiográficas del músculo frontal lateral izquierdo y del músculo corrugador) durante la visualización mental guiada de su experiencia de parto. Estas respuestas fisiológicas elevadas fueron similares a las observadas en personas con TEPT causado por otros tipos de trauma. Sin embargo, la investigación sobre la fisiopatología del TEPT relacionado con el parto es limitada aún. Los cambios fisiológicos que acompañan al embarazo y al parto, incluidos los cambios hormonales, también influyen en la actividad del sistema nervioso autónomo y del eje HPA, lo que añade mayor complejidad. Por ejemplo, la oxitocina participa en procesos fisiológicos durante el parto y la lactancia, y se ha relacionado con conductas maternas, procesos afectivos maternos (como el vínculo afectivo) y respuestas al estrés. Los niveles de oxitocina y sus receptores aumentan durante el embarazo y el parto, y son de 3 a 4 veces mayores al nacer que al inicio del trabajo de parto. Estudios en animales y humanos demuestran que el sistema oxitocinérgico puede amortiguar las respuestas al estrés y se asocia con conductas de afiliación, como el cuidado materno positivo y el vínculo afectivo, especialmente entre quienes han estado

expuestos al estrés. Esto ha dado lugar a la teoría de la tendencia a buscar apoyo en otras personas como respuesta al estrés en las mujeres, quienes se cree que son más propensas a recurrir a otros en busca de apoyo y protección ante el estrés, lo cual está mediado en parte por el sistema oxitocinérgico [34].

#### **2.1.2.6. Prevención**

Los profesionales de la salud que acompañan a la mujer en el parto tienen un rol crucial en la prevención del sufrimiento psíquico en el postparto; ya que el trato que recibe la parturienta por parte de estos influye enormemente en su percepción del parto y puede ser un factor determinante en la prevención, así como en el desarrollo del trastorno de estrés postraumático. Algunas medidas que se pueden tomar implican [32]:

- Durante el embarazo se debe comunicar información delicada sobre la salud de la madre o el bebé con cuidado y en un entorno adecuado, ya que el estrés materno puede afectar negativamente al desarrollo fetal. Además, es importante considerar experiencias traumáticas previas, ya que aumentan la vulnerabilidad al estrés postparto.
- Durante el parto es fundamental evitar intervenciones innecesarias, como cesáreas injustificadas, y respetar el derecho de la mujer a estar acompañada. También se debe asegurar un entorno respetuoso y de confianza que favorezca una experiencia de parto positiva.
- En el postparto inmediato se debe evitar la separación entre la madre y el bebé, ya que puede generar angustia y desencadenar estrés postraumático. Si es inevitable, la madre debe estar informada en todo momento sobre el estado y ubicación de su hijo. Posteriormente si la madre muestra desconfianza, enojo o se niega a hablar con el personal de salud, se debe sospechar de trastorno de estrés postraumático y ofrecer un acompañamiento empático y sin juicios. El apoyo a la lactancia también es esencial, ya que su fracaso puede agravar los síntomas del trastorno [32].

#### **2.1.2.7. Diagnóstico y detección:**

El Colegio Americano de Obstetricia, recomienda realizar una valoración completa del estado de ánimo y del bienestar emocional

durante la consulta puerperal <sup>[31]</sup>; ya que el trastorno de estrés postraumático posparto tiene un impacto negativo sustancial en quienes dan a luz, en el recién nacido, en los padres y potencialmente en toda la familia <sup>[34]</sup>. Para diferenciar el trastorno de estrés postraumático (TEPT) de una respuesta de estrés agudo, como el trastorno de estrés agudo, los síntomas deben persistir por un período mínimo de un mes <sup>[34,36]</sup>.

Las experiencias traumáticas de parto y el TEPT relacionado con el parto siguen siendo en gran medida desconocidos en los servicios de maternidad y no se examinan rutinariamente durante el embarazo y el período de posparto. Por lo tanto, las afectadas no son identificadas ni tratadas rutinariamente para el TEPT relacionado con el parto. Un diagnóstico psiquiátrico de TEPT relacionado con el parto se realiza utilizando los criterios de diagnóstico DSM-5 o CIE-11 con el parto como el trauma índice. Los síntomas de TEPT tienen que experimentarse durante al menos 1 mes para distinguirlo de las respuestas de estrés agudo, como el trastorno de estrés agudo. El marco de tiempo de 1 mes también permite la remisión no relacionada con el tratamiento, que ocurre en aproximadamente el 44% de aquellos con síntomas de TEPT. La confiabilidad de los diagnósticos psiquiátricos siempre ha sido un desafío, y los criterios de diagnóstico ayudan a aumentar la confiabilidad. Sin embargo, los criterios diagnósticos del TEPT han cambiado históricamente y aún existen diferencias entre los criterios del DSM-5 de la Asociación Americana de Psiquiatría y los de la Clasificación Internacional de Enfermedades, 11.<sup>a</sup> Revisión, de la Organización Mundial de la Salud. A pesar de ello, parece existir una replicabilidad transcultural razonable en el TEPT<sup>[34]</sup>. Las barreras para la identificación incluyen la falta de conocimiento sobre el TEPT relacionado con el parto entre las mujeres y los profesionales de la salud, la falta de consenso sobre la mejor manera de detectar el TEPT relacionado con el parto y la falta de directrices clínicas para la evaluación y el tratamiento del TEPT relacionado con el parto. El cribado de problemas de salud mental durante el embarazo y el posparto es aceptable para las mujeres y forma parte de la atención materna rutinaria en muchos países. Sin embargo, ninguna investigación ha evaluado los programas de cribado para el TEPT

relacionado con el parto y si estos conducen a mejores resultados para las mujeres y los bebés<sup>[34]</sup>.

Hasta hace poco, la identificación y evaluación del TEPT relacionado con el parto se veía confundida por la falta de herramientas de detección validadas. Por lo tanto, se usaban típicamente cuestionarios desarrollados para su uso con otros grupos, como los utilizados para veteranos militares (p. ej., Escala de impacto de eventos ; Lista de verificación postraumática para DSM-5 ; Escala de autoinforme de síntomas de TEPT ). La medida de entrevista calificada por el médico más comúnmente utilizada es la Escala de TEPT administrada por el médico para DSM-5. Las medidas desarrolladas específicamente para evaluar el TEPT relacionado con el parto son la Escala de eventos traumáticos, el Cuestionario de TEPT perinatal, y la Escala de trauma de nacimiento urbano. Sin embargo, hay poca información disponible sobre la precisión diagnóstica de estas herramientas de medición para el TEPT relacionado con el parto. Otras herramientas de detección, como el Cuestionario de Riesgo Prenatal, adoptan un enfoque más amplio y evalúan diversos factores de riesgo psicosocial (p. ej., maltrato infantil, problemas de salud mental preexistentes, violencia sexual o de pareja, abuso de sustancias) en lugar de síntomas traumáticos. Además, un estudio reciente demostró que las narrativas de mujeres en el posparto, analizadas mediante un modelo de aprendizaje automático, podrían identificar con relativa precisión a las mujeres con probabilidades de padecer TEPT relacionado con el parto. Las mujeres con TEPT relacionado con el parto presentaron narrativas más largas y utilizaron expresiones emocionales más negativas y palabras relacionadas con la muerte al describir su experiencia de parto que las mujeres sin TEPT relacionado con el parto, lo que podría ser un identificador para los profesionales clínicos al interactuar con mujeres en el posparto <sup>[34]</sup>.

Otros factores para considerar incluyen a quién evaluar (es decir, si el examen debe ser universal o incluir solo a aquellos en grupos de alto riesgo, como aquellos con complicaciones maternas o neonatales o antecedentes de trauma); cuándo evaluar; y si el examen debe realizarse en un proceso de 1 o 2 etapas. Un proceso de 1 etapa implica evaluar una vez el trauma psicológico del nacimiento y el TEPT, mientras que un proceso de 2 etapas podría usar una herramienta de

evaluación amplia como primer paso para identificar a las mujeres con cualquier forma de angustia psicológica y luego hacer un seguimiento con una herramienta de evaluación más específica para determinar el tipo de angustia o trastorno presente. Los criterios de diagnóstico especifican que los síntomas del TEPT deben experimentarse durante al menos 1 mes, lo que sugiere que la evaluación del TEPT debe realizarse 1 o más meses después del nacimiento. Sin embargo, la evaluación temprana de las experiencias traumáticas del parto es deseable para identificar a las personas con alto riesgo y ofrecer intervenciones para prevenir el desarrollo del TEPT relacionado con el parto. Por lo tanto, puede ser apropiado un enfoque de dos etapas durante el cual se identifica a las mujeres y personas con alto riesgo de TEPT relacionado con el parto poco después del nacimiento, se les puede ofrecer una intervención preventiva en esta etapa y se les hace un seguimiento hasta 1 mes o más después del nacimiento para evaluar el TEPT relacionado con el parto y se les ofrece tratamiento cuando sea necesario<sup>[34]</sup>.

#### **2.1.2.8. Tratamiento:**

Una vez identificado un caso positivo de trastorno de salud mental en el puerperio, se debe activar un protocolo, que incluya una respuesta inicial que brinde seguridad a la madre y el lactante; para posteriormente derivar a un especialista en salud mental<sup>[31]</sup>. Dependiendo de la gravedad de la ansiedad postraumática se debe diseñar el tratamiento correspondiente<sup>[33]</sup>.

- Tratamiento no farmacológico: Es importante la identificación temprana de mujeres que han vivido un parto traumático e intervenir de forma temprana para evitar el desarrollo de TEPT relacionado con esta experiencia. Estas intervenciones se centran en interrumpir los procesos de formación de memorias, en reducir las respuestas fisiológicas al estrés y en facilitar el procesamiento emocional del trauma y su resignificación, como puede lograrse al escribir sobre la experiencia vivida durante el parto<sup>[34]</sup>.

Uno de los tratamientos de primera línea es la psicoterapia, centrada en el evento traumático con un componente de exposición o reestructuración cognitiva<sup>[31,35]</sup>. Se recomienda que la paciente tenga la oportunidad de hablar de sus experiencias y

sentimientos con los profesionales de la salud unos días después del parto; y de ser posible con un profesional de salud mental que pueda escucharla y contenerla. En situaciones donde se presenten síntomas intensos de ansiedad, se puede recurrir a una intervención breve de terapia cognitivo-conductual, con el objetivo de reelaborar los hechos vividos, contextualizarlos adecuadamente y ayudar a la mujer a afrontar sus recuerdos y reducir su ansiedad <sup>[33]</sup>.

- Tratamiento farmacológico: El tratamiento farmacológico puede ser una opción cuando los síntomas del TEPT son intensos y la psicoterapia no ha sido suficientemente efectiva, o cuando se presentan trastornos mentales comórbidos, como depresión o alteraciones del sueño. En estos casos, los antidepresivos como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) o los inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN), pueden ayudar a reducir la ansiedad, la depresión y los pensamientos intrusivos relacionados con el TEPT. Además, la prazosina, un bloqueador de los receptores adrenérgicos alfa-1, puede ser útil en pacientes que experimentan pesadillas y dificultades para dormir <sup>[34]</sup>.

### **2.1.3. Factores asociados al trastorno de Estrés Postraumático posparto**

Existen diversos tipos de factores que se asocian al trastorno de estrés postraumático, en este caso se clasificaron como:

#### **2.1.3.1. Factores previos a la gestación**

Comprenden intervenciones, evaluaciones y acciones de salud antes del embarazo, dirigidas a identificar y modificar riesgos médicos, psicosociales, conductuales o ambientales para optimizar la salud reproductiva y los resultados gestacionales<sup>[38]</sup>. Entonces son los factores que existen antes de que la mujer quede embarazada, relacionados con su contexto de vida, salud previa o historia social/psicológica<sup>[15]</sup>.

Estos factores incluyen los antecedentes familiares de enfermedad mental, el nivel de educación de la madre y la violencia de pareja<sup>[15]</sup>. Además las variables sociodemográficas: edad, estado civil, nivel educativo, residencia, religión, etnia, ocupación e índice de riqueza del

hogar<sup>[9]</sup>, empleo, hijo único, tabaquismo, calidad de sueño y apoyo social<sup>[11]</sup>.

#### **2.1.3.2. Factores prenatales**

La atención prenatal es la atención médica brindada durante el embarazo para optimizar los resultados tanto para la madre como para el feto. Entonces son los factores que ocurren durante el embarazo, antes del nacimiento pero después de la concepción <sup>[15]</sup>.

Estos factores son paridad, planeación del embarazo, historia de subfertilidad, número de visitas de control prenatal, recepción de consejería prenatal, Intervalo entre embarazo, morbilidad materna durante el embarazo (hemorragia obstétrica, trastornos hipertensivos, diabetes mellitus gestacional, ansiedad y depresión)<sup>[9,11,13,15]</sup>. Cualquier problema de salud a largo plazo que haya afectado al embarazo (p. ej., epilepsia, diabetes) y cualquier problema de salud específico del embarazo (p. ej., presión arterial alta, placenta baja)<sup>[13]</sup>.

#### **2.1.3.3. Factores intraparto**

Son factores relacionados con el período intraparto en el cual transcurre el nacimiento de un niño, desde el trabajo de parto hasta la expulsión de la placenta<sup>[39]</sup>.

Estos factores son tipo de hospital donde se atendió el parto, temor al dolor anticipado durante el parto, abuso verbal o físico durante el trabajo de parto, presencia de acompañante durante el trabajo de parto, modo de parto (vaginal, por cesárea electiva/ emergencia, uso de instrumentos), percepción del parto como experiencia negativa, duración del trabajo de parto activo<sup>[15]</sup>, Morbilidad materna durante el parto (trabajo de parto obstruido, desgarro perianal), seguridad percibida durante el parto, parto vaginal instrumental, naturaleza de la cesárea, episiotomía<sup>[9]</sup>

#### **2.1.3.4. Factores postparto**

El período posparto es el período posterior al alumbramiento en el que los cambios fisiológicos y anatómicos maternos regresan hacia el estado no gestante<sup>[40]</sup>. Entonces son los factores que ocurren después del nacimiento, durante la recuperación, el puerperio inmediato o los primeros meses después del parto<sup>[15]</sup>.

Estos factores son hemorragia posparto, retiro manual de la placenta, estado del bebé al nacer, admisión de la madre a cuidados intensivos, defectos congénitos del bebé, lactancia, apoyo familiar / social, reingreso hospitalario, afecciones físicas de la madre posparto, oportunidad para discutir preocupaciones de salud mental y la depresión posparto<sup>[15]</sup>. Además en esta categoría está la duración del periodo posparto y la sepsis puerperal<sup>[9]</sup>. Así como las características relacionadas con el recién nacido género del bebé, el peso del neonato, la edad gestacional, la puntuación de Apgar del recién nacido en 1 minuto, la puntuación de Apgar en 5 minutos, el ingreso a la UCIN, el ingreso a la incubadora y el diagnóstico de hiperbilirrubinemia<sup>[11]</sup>.

#### **2.1.4. Estado del arte: Trastorno de Estrés Postraumático en mujeres Posparto**

Grekin R. et. al. en su estudio “Prevalencia y factores de riesgo del trastorno de estrés postraumático posparto: un metanálisis” en el cual investigó la prevalencia y los factores de riesgo del TEPT posparto, tanto debido al parto como a otros eventos, en muestras comunitarias y específicas. La prevalencia del TEPT posparto en muestras comunitarias se estimó en un 3,1% y en muestras de riesgo en un 15,7%.

En dicho estudio los factores de riesgo y sus correlatos se dividieron en grupos según la fuerza de su asociación con los síntomas de TEPT posparto. Los tamaños de efecto altos incluyeron correlaciones de 0,50 o superiores, los medianos, entre 0,30 y 0,49, y los pequeños, entre 0,10 y 0,29. Los síntomas depresivos posparto mostraron asociación fuerte con los síntomas de TEPT posparto en 14 estudios (0,53, IC: 95 % de 0,43 a 0,62). También 5 estudios informaron asociación entre los síntomas de TEPT posparto y la calidad percibida de las interacciones con el personal médico durante el parto (-0,40, IC: 95 % de -0,12 a -0,63). Así como la psicopatología del embarazo, que incluyó síntomas de TEPT, depresión y ansiedad medidos durante el embarazo, se asoció significativamente con los síntomas de TEPT posparto en 9 estudios (0,36, IC: 95 % de 0,30 a 0,43). También los antecedentes psiquiátricos maternos se evaluaron en seis estudios y se asociaron moderadamente con los síntomas de TEPT posparto ( $r = 0,30$ ) con un IC: 95 % de 0,16 a 0,43. Las complicaciones maternas incluyeron una amplia gama de problemas, como histerectomía de emergencia, complicaciones obstétricas durante el embarazo

o el parto e ingreso hospitalario por complicaciones del embarazo o el parto. En 8 estudios midieron la relación entre las complicaciones maternas y los síntomas de TEPT posparto (0,26; IC: del 95 % de 0,18 a 0,33). Seis estudios informaron asociaciones entre el nivel de dolor durante el parto y los síntomas de TEPT posparto(0,24; IC: 95 % de 0,16 a 0,32). La duración del parto también mostró una relación significativa débil, con los síntomas de TEPT posparto. Cuatro estudios informaron esta relación (0,13 y un intervalo de confianza del 95 % de 0,04 a 0,21). La asociación entre el apoyo social posparto percibido y los síntomas de TEPT posparto fue reportada por siete estudios (-0,19; IC: del 95 % de -0,32 a -0,05). Siendo los factores de riesgo no significativos complicaciones infantiles, ser soltero y nivel educativo<sup>[1]</sup> .

Dekel S. et.al. en su estudio “Síndrome de estrés postraumático inducido por el parto: una revisión sistemática de la prevalencia y los factores de riesgo” el cual revisó 36 artículos de muestras principalmente comunitarias, proponiéndose a examinar tasas de prevalencia del TEPT-PP y los predictores asociados.

Las tasas de TEPT-PP agudo oscilaron entre el 4,6% y el 6,3%, y se identificó la presentación de síntomas clínicamente significativos de TEPT-PP en hasta el 16,8% de las mujeres en muestras comunitarias. Se identificaron cinco categorías de factores de riesgo. Los factores relacionados con la experiencia subjetiva negativa del parto ( 28 puntos) siendo ellos la experiencia negativa del parto, el miedo al parto, tanto para ella misma como para el bebé, y un bajo nivel de control interno durante el parto también fueron factores significativos observados en esta categoría. El siguiente grupo más significativo de factores de riesgo incluyó aquellos relacionados con la salud mental materna (25 puntos); dentro de este, la depresión prenatal fue el factor más frecuente, seguido por el antecedente de problemas psicológicos previos al embarazo, la ansiedad y somatoformidad perinatal y los síntomas agudos de depresión posparto. Los antecedentes de trauma y TEPT (24 puntos), siendo los factores más frecuentes el historial de trauma previo, en especial el abuso sexual infantil y el estrés pretraumático durante el embarazo junto con la violencia interpersonal y las experiencias previas de parto traumático. Los factores de riesgo relacionados con el modo de parto y las complicaciones constituyeron la cuarta categoría (22 puntos). La cesárea de emergencia y las complicaciones con el embarazo y/o el bebé fueron los factores de riesgo más citados. La categoría final se relacionó con niveles bajos de apoyo social (17 puntos) como son los niveles bajos de apoyo social como un factor de riesgo el asesoramiento previo relacionado con

el parto o el embarazo también fue un factor contribuyente. También se identificó factores de riesgo comunes que no encajaban en las categorías de factores de riesgo señaladas principalmente incluían factores de riesgo como la edad joven, los bajos ingresos, la primiparidad y la multiparidad [2].

En el metanálisis de Ayers et. al. denominado “La etiología del estrés postraumático tras el parto: un metaanálisis y un marco teórico” existe evidencia de que el 3,17% de las mujeres reportan trastorno de estrés postraumático (TEPT) después del parto. Este metaanálisis sintetiza la investigación sobre la vulnerabilidad y los factores de riesgo para el TEPT relacionado con el parto. Los estudios se incluyeron si examinaron los factores asociados con el TEPT relacionado con el parto medido al menos 1 mes después del nacimiento. En total, 50 estudios ( $n = 21\,429$ ) de 15 países cumplieron los criterios de inclusión. Los factores de vulnerabilidad prenatal más fuertemente asociados con el TEPT fueron la depresión en el embarazo ( $r = 0,51$ ), el miedo al parto ( $r = 0,41$ ), la mala salud o las complicaciones en el embarazo ( $r = 0,38$ ) y un historial de TEPT ( $r = 0,39$ ) y el asesoramiento para el embarazo o el parto ( $r = 0,32$ ). Los factores de riesgo en el parto más fuertemente asociados con el TEPT fueron las experiencias subjetivas negativas del parto ( $r = 0,59$ ), haber tenido un parto operatorio (vaginal asistido o cesárea,  $r = 0,48$ ), la falta de apoyo ( $r = -0,38$ ) y la disociación ( $r = 0,32$ ). Después del parto, el TEPT se asoció con un afrontamiento deficiente y estrés ( $r = 0,30$ ), y fue altamente comórbido con la depresión ( $r = 0,60$ ). Los análisis de moderadores mostraron que el efecto de la mala salud o las complicaciones en el embarazo fue más evidente en las muestras de alto riesgo. Los resultados de este meta-análisis se utilizan para actualizar un modelo de diátesis-estrés de la etiología del TEPT posparto pueden usarse para informar el cribado, la prevención y la intervención en la atención de maternidad [41].

## **2.1.5. Instrumentos para la evaluación**

### **2.1.5.1. Cuestionario de trastorno de estrés postraumático perinatal (PPQ)**

El Perinatal Posttraumatic Stress Disorder Questionnaire (PPQ) fue diseñado inicialmente por Hynan en el año de 1998; con el objetivo de evaluar síntomas de TEPT en mujeres durante el periodo posparto, diseñada específicamente para el contexto perinatal [42,43].

En el año 2006 Callahan et al. realizó una modificación, cambiando las respuestas dicotómicas a una escala de Likert con los cuales revalidaron el cuestionario agregando así una puntuación de corte para afirmar el riesgo de presentar TEPT <sup>[44]</sup>.

Estudios de análisis psicométricos realizados en diferentes idiomas demuestran que este cuestionario tiene adecuadas propiedades de fiabilidad y validez <sup>[45-47]</sup>. Hernández et, al. en el año 2021 validó dicho instrumento en español; obteniendo un alfa de Cronbach de 0.896 <sup>[48]</sup>, similar a los hallados en la versión en inglés ( $\alpha$  de Cronbach = 0,90) <sup>[43]</sup> y para la versión coreana ( $\alpha$  de Cronbach = 0,91) <sup>[45]</sup>. Además, presentó un área bajo la curva de 0,86 (IC del 95 %: 0,82-0,91), con una buena capacidad para clasificar a los sujetos <sup>[48]</sup>.

#### Características del PPQ

El instrumento está compuesto por 14 ítems que exploran 3 dominios:

- Intrusión o reexperimentación
- Evitación
- Hiperactivación o entumecimiento de la capacidad de respuesta

Adicionalmente, incluye un ítem específico que evalúa sentimientos de culpa, los cuales pueden estar presentes en madres con sintomatología postraumática.

La escala tiene un formato tipo Likert de 5 puntos con valores que van de 0 a 4 (0: nada; 1: una o dos veces; 2: a veces; 3: a menudo, pero menos de 1 mes y 4: a menudo, durante más de un mes) <sup>[48]</sup>.

La puntuación mayor o igual a 19 identifica el riesgo clínico de trastorno de TEPT <sup>[48]</sup>.

#### 2.1.5.2. Escala de Depresión de Edimburgo

Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS), la herramienta más utilizada para identificar posible Depresión Posparto (DPP) y ha sido recomendada por el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) y la Academia Americana de Pediatría (AAP). La EPDS es un instrumento de autoinforme de 10 ítems, publicado por primera vez por Cox et al., y traducido a más de 60 idiomas. Cada ítem de la EPDS se califica en un rango de 4 puntos de 0 (no, para nada) a 3 (sí, la mayoría de las veces), y el puntaje total varía de 0 a 30, donde los puntajes más altos indican una mayor gravedad de los síntomas. La versión china de la EPDS, que ha sido validada en parturientas chinas

con confiabilidad y validez, y el  $\alpha$  de Cronbach para la EPDS en el estudio actual fue de 0.879, utilizándose un puntaje de corte  $\geq 13$ , con sensibilidad (86%) y especificidad (78%).<sup>[11]</sup>

#### **2.1.5.3. Escala de Apoyo Social Percibido (PSSS)**

La Escala de Apoyo Social Percibido (PSSS) es un instrumento de 12 ítems para evaluar el apoyo de la familia, amigos, parientes y colegas. Cada ítem se califica en una escala Likert de 7 puntos que va de 1 (totalmente en desacuerdo) a 7 (totalmente de acuerdo). La puntuación total varía de 12 a 84, donde las puntuaciones más altas indican un mayor apoyo social percibido. Una puntuación entre 12 y 36 indica un apoyo bajo, 37 a 60 indica un apoyo medio y 61 a 84 indica un apoyo alto. La versión china de la PSSS ha sido probada por Jiang y ha demostrado tener una excelente confiabilidad, con un  $\alpha$  de Cronbach de 0,99. El  $\alpha$  de Cronbach en este estudio fue de 0,89.<sup>[11]</sup>

#### **2.1.5.4. La Escala de Satisfacción del Parto Revisada (BSS-R)**

Es un instrumento válido y confiable para medir la satisfacción posparto de las mujeres. Consta de 3 subescalas que miden dominios diferentes pero interrelacionados, tales como (1) la calidad de la prestación de atención (entorno durante el parto, apoyo y relación con los profesionales de la salud); (2) los atributos personales de las mujeres (que reflejan la predisposición de las mujeres para afrontar el parto, sentirse en control, preparación para el parto y relación con el niño); (3) el estrés subjetivo percibido durante el parto (miedo percibido, ocurrencia de lesiones de parto, dolor, duración del parto, atención médica suficiente, estado de salud del niño). Cuatro ítems miden la calidad de la prestación de atención, cuatro ítems el estrés durante el parto y dos ítems se centran en los atributos personales de las mujeres. La BSS-R es una escala tipo Likert; las mujeres califican sus respuestas en una escala de 0 a 4 (0: totalmente en desacuerdo; 1: en desacuerdo; 2: ni de acuerdo ni en desacuerdo; 3: de acuerdo; 4: totalmente de acuerdo), mientras que cuatro de sus ítems tienen codificación inversa. La puntuación final varía de 0 a 40 (0: mínima satisfacción; 40: máxima). Tiene una confiabilidad (alfa de Cronbach) de 0,83.<sup>[10]</sup>

## 2.2. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

- **Trastorno de estrés postraumático:** Es un trastorno mental que puede ocurrir en personas que experimentaron un evento traumático (un hecho que pudo haber puesto en peligro a la persona, lesiones, violencia sexual, etc) en la vida de la persona [49].
- **Trastorno de estrés postraumático (TEPT) posparto:** En primer lugar, es la presencia de síntomas característicos de TEPT causado por cualquier posible factor estresante ya presente antes del nacimiento. En segundo lugar, este término puede referirse al TEPT causado por el parto como el trauma índice en sí, que se denomina también TEPT relacionado con el parto [4].
- **Trastorno de estrés postraumático (TEPT) relacionado con el parto:** Síntomas de TEPT que se desarrollan después de, o como consecuencia directa de, haber tenido un parto traumático [34].
- **Parto:** Es el proceso en el que mediante contracciones uterinas regulares causan dilatación y borramiento cervical progresivos que tienen como objetivo la expulsión del feto [50].
- **Parto traumático:** Es la experiencia relacionada con el parto de una mujer en cuanto a interacciones o eventos que provocaron emociones angustiantes que provoca consecuencias negativas en la salud psicológica de la mujer [51].
- **Periodo postparto:** Es la etapa después del nacimiento del recién nacido, que conlleva cambios físicos, biológicos, sociales y emocionales [52].
- **Factores de riesgo al estrés postraumático relacionado con el parto:** Son las diferentes causas relacionadas al padecimiento del estrés postraumático; las cuales pueden ser factores antes de la gestación, factores prenatales, factores intraparto y factores de riesgo social [51].

## 2.3. HIPÓTESIS

### 2.3.1. Hipótesis general

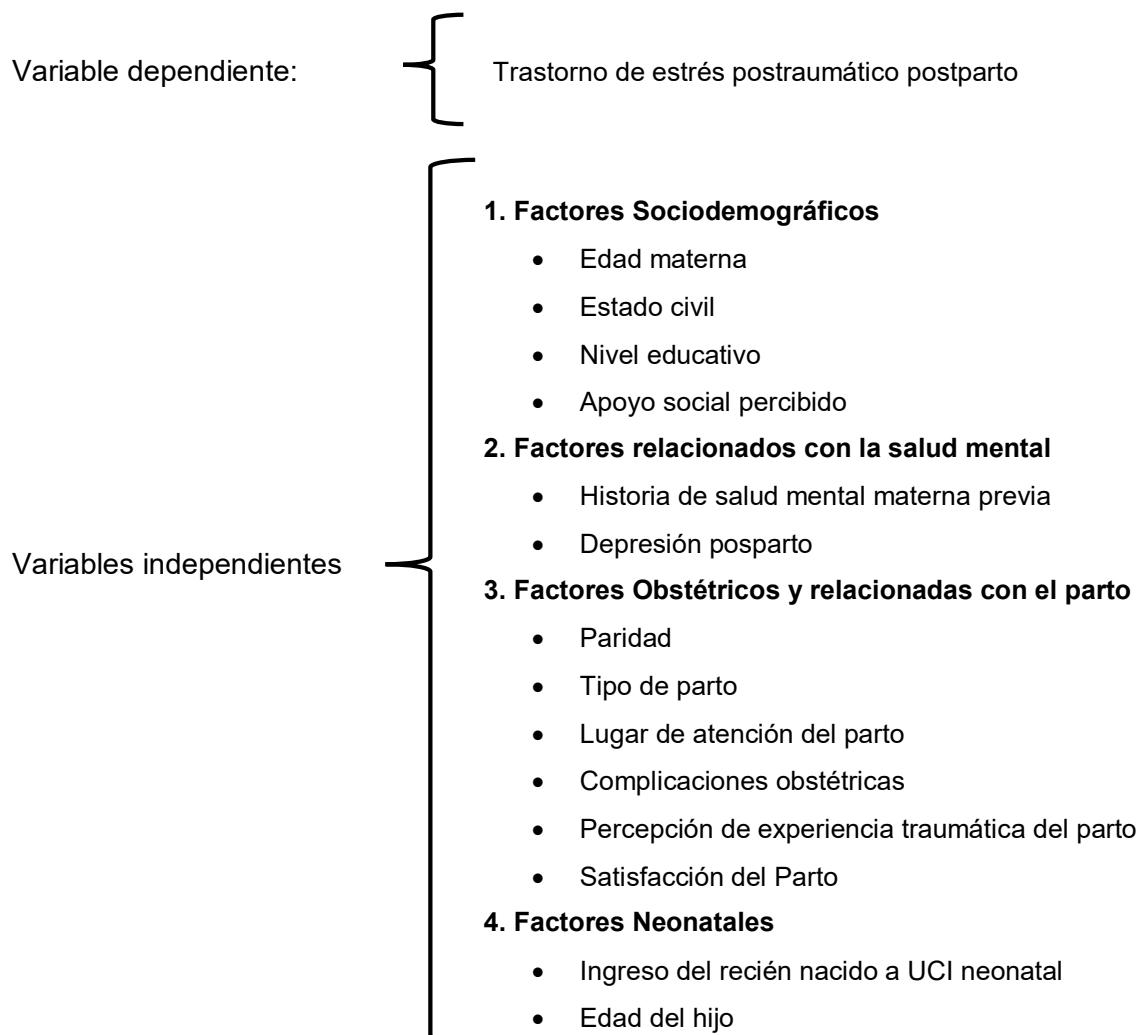
- Los factores asociados al trastorno de estrés postraumático posparto en mujeres del centro de salud de Belenpampa, Cusco-2025, son el apoyo social, depresión posparto, Complicaciones obstétricas y el ingreso del recién nacido a UCI neonatal.

### 2.3.2. Hipótesis específicas

- La prevalencia del trastorno de estrés postraumático posparto en mujeres del centro de salud de Belenpampa, Cusco-2025 es mayor al 10%.

- El principal factor sociodemográfico asociado al trastorno de estrés postraumático posparto en mujeres del centro de salud de Belenpampa, Cusco-2025 es el apoyo social.
- El principal factor relacionado con la salud mental asociado al trastorno de estrés postraumático posparto en mujeres del centro de salud de Belenpampa, Cusco-2025 es la presencia de depresión posparto.
- El principal factor obstétrico y relacionado con el parto asociado al trastorno de estrés postraumático posparto en mujeres del centro de salud de Belenpampa, Cusco-2025 es la presencia de Complicaciones obstétricas.
- El principal factor neonatal asociado al trastorno de estrés postraumático posparto en mujeres del centro de salud de Belenpampa, Cusco-2025 es el ingreso del recién nacido a UCI neonatal.

## 2.4. VARIABLES



## 2.5. DEFINICIONES OPERACIONALES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES / DOMINIOS	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO O PROCEDIMIENTO DE MEDICIÓN	EXPRESIÓN FINAL DE LA VARIABLE	ITEM	DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LA VARIABLE
VARIABLE DEPENDIENTE									
TEPT-PP (Trastorno de estrés posttraumático posparto)	Trastorno psicológico postparto con reexperimentación, evitación, alteraciones cognitivas y del ánimo, e hiperactivación <sup>[53]</sup> .	Síntomas de Intrusión o reexperimentación  Síntomas de Evitación  Síntomas de Hiperactivación o entumecimiento de la capacidad de respuesta	Puntaje total de escala	Cualitativa dicotómica	Nominal	Cuestionario de trastorno de estrés posttraumático perinatal- (TEPT) (PPQ)	La escala tiene 14 ítems en un formato tipo Likert de 5 puntos con valores que van de 0 a 4 (0: nada; 1: una o dos veces; 2: a veces; 3: a menudo, pero menos de 1 mes y 4: a menudo, durante más de un mes)	13-26	Puntaje ≥19 puntos indica presencia de TEPT-PP.
VARIABLES INDEPENDIENTES									
Edad materna	Edad de la madre <sup>[54]</sup> .	Factores Socio-demográficos	Edad en años	Cuantitativa continua	Razón	Carnet Perinatal	Edad _____ años	1	Años cumplidos al momento del parto.
Estado civil	Parámetro demográfico que indica el status de una persona respecto al matrimonio, divorcio, viudez, soltería, etc <sup>[55]</sup> ..		Con pareja / Sin pareja	Cualitativa dicotómica	Nominal	Pregunta directa	Estado civil: ( ) Con pareja ( ) Sin pareja	2	Declaración de convivencia o estado civil.
Nivel educativo	Nivel educativo o educacional de un individuo <sup>[56]</sup> .		Primaria / Secundaria / Superior	Cualitativa ordinal	Ordinal	Pregunta directa	Nivel educativo: ( ) Primaria ( ) Secundaria ( ) Superior	3	Nivel más alto de estudios culminado.
Apoyo social percibido	Sistemas de apoyo que proporcionan asistencia y estímulo a las personas con discapacidades físicas o emocionales para que puedan afrontarlas mejor. grupos, etc <sup>[57]</sup> .		Puntaje total según los puntos de corte validados Bajo/ Medio/ Alto/ apoyo social	Cuantitativa ordinal	Ordinal	Escala de Apoyo Social Percibido (PSSS) Por entrevista directa	Escala de 12 ítems para evaluar el apoyo de la familia, amigos, parientes y colegas. Cada ítem se califica en una escala Likert 7 puntos que va de 1 (totalmente en desacuerdo) a 7 (totalmente de acuerdo).	37-48	Una puntuación entre 12 y 36 indica un apoyo bajo, 37 a 60 indica un apoyo medio y 61 a 84 indica un apoyo alto

<b>Historia de salud mental materna</b>	Antecedente de diagnóstico o síntomas de trastorno mental antes del embarazo actual <sup>[58]</sup>	<b>Factores Relacionados con la salud mental</b>	Presencia de algún diagnóstico psiquiátrico previo al embarazo	Cualitativa dicotómica	Nominal	Pregunta directa o carné perinatal	Antes de su último embarazo, ¿presentó o fue diagnosticada con algún problema de salud mental (como depresión, ansiedad, u otro) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	4	Reporte de diagnóstico médico previo o referencia positiva.
<b>Depresión Posparto</b>	Depresión en el periodo de posparto, que generalmente ocurre en las cuatro semanas después del parto. El grado de depresión oscila desde una depresión transitoria leve hasta trastornos depresivos psicóticos o neuróticos <sup>[59]</sup> .		Puntaje total de escala	Cualitativa	Ordinal	Escala de depresión de Edimburgo	Instrumento de 10 ítems. Cada ítem se califica en un rango de 4 puntos de 0 (no, para nada) a 3 (sí, la mayoría de las veces), y el puntaje total varía de 0 a 30,	27-36	Puntaje $\geq 13$ puntos indica presencia de Depresión posparto DPP.
<b>Paridad</b>	Cantidad de progenie que ha tenido una hembra <sup>[60]</sup> .	<b>Factores Obstétricos y relacionadas con el parto</b>	Primípara/ Multípara/ Gran Multípara	Cuantitativa discreta	Ordinal	Fórmula obstétrica del carné perinatal	Número de partos: <input type="checkbox"/> Primípara: 1 parto. <input type="checkbox"/> Multípara: 2-4 partos. <input type="checkbox"/> Gran multipara: $\geq 5$ partos.	6	Registro del número de partos previos reportados en la encuesta o carné perinatal
<b>Tipo de parto</b>	Procedimiento mediante el cual se produjo el nacimiento <sup>[61]</sup>	<b>Factores Obstétricos y relacionadas con el parto</b>	Eutóxico/ Cesárea electiva/ Cesárea emergencia	Cualitativa nominal politómica	Nominal	Carné perinatal	Último tipo de parto: <input type="checkbox"/> Eutóxico <input type="checkbox"/> Cesárea electiva <input type="checkbox"/> Cesárea emergencia	7	Registro en historia clínica de la vía de parto.
<b>Lugar de atención al parto</b>	Entorno físico o lugar de nacimiento <sup>[62]</sup> .	<b>Factores Obstétricos y relacionadas con el parto</b>	Hospital Centro de salud Otro	Cualitativa	Nominal	Pregunta directa	Lugar de atención del Parto <input type="checkbox"/> HOSPITAL NIVEL III <input type="checkbox"/> CENTRO DE SALUD <input type="checkbox"/> OTRO	$\infty$	Registro del tipo de establecimiento de salud donde se atendió el parto

Complicaciones obstétricas	Problemas médicos durante el parto o postparto inmediato <sup>[63]</sup>	Factores Obstétricos y relacionadas con el parto	Presencia de complicación y/o morbilidad antes, durante o después del parto inmediato.	Cualitativa polítomica	Nominal	Carné perinatal	Complicaciones obstétricas y/o morbilidad materna : <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> ARO (alto riesgo obstétrico) <input type="checkbox"/> Complicaciones hipertensivas <input type="checkbox"/> Complicaciones hemorrágicas <input type="checkbox"/> Infecciones puerperales <input type="checkbox"/> Parto inducido/conducido <input type="checkbox"/> Otras complicaciones	6	Registro de presencia de complicaciones durante parto o postparto inmediato.
Percepción de parto traumático	Interpretación subjetiva del parto como evento amenazante o de alto miedo <sup>[64]</sup> .		Percepción parto traumático	Cualitativa dicotómica	Nominal	Pregunta directa validada	¿Percibió su parto como traumático? <input type="checkbox"/> Sí (Nada traumático) <input type="checkbox"/> No (Moderadamente/extremadamente traumático)	10	Respuesta afirmativa a percepción de parto como traumático o amenazante.
Satisfacción del parto	Percepción de la mujer hacia la atención recibida durante el trabajo de parto y el nacimiento <sup>[65]</sup>		Satisfacción del parto	Cualitativa	Ordinal	La Escala de Satisfacción del Parto Revisada (BSS-R)	Escala tipo Likert de 10 ítems. Consta de 3 subescalas que miden dominios diferentes pero interrelacionados, tales como (1) la calidad de la prestación de atención; (2) los atributos personales de las mujeres; (3) el estrés subjetivo percibido durante el parto. La puntuación final varía de 0 a 40.	49-58	Satisfecha con la atención del parto: 20 a 40 puntos  No satisfecha con la atención del parto < 20 puntos
Ingreso a UCI neonatal	Hospitalización del recién nacido en UCI neonatal <sup>[66]</sup>	Factores Neonatales	Antecedente de hospitalización del Recién nacido en UCI neonatal	Cualitativa dicotómica	Nominal	Carné perinatal	¿Su bebe se hospitalizó en UCI neonatal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	12	Registro de ingreso a UCI neonatal.
Edad del hijo	Tiempo transcurrido desde el nacimiento del niño		Edad del hijo en meses	Cuantitativa continua	Razón	Carnet Perinatal	FECHA DE PARTO: ____/____/____ Tiempo transcurrido después del parto      mes/meses	11	Meses cumplidos al momento de la encuesta (de 1mes cumplido hasta 12 meses)

### 3. CAPÍTULO III.

## MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN

### 3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Este estudio se enmarca en el enfoque cuantitativo, con un alcance **analítico o explicativo**.

- **Cuantitativo:** el cual permite examinar de manera objetiva y sistemática la relación entre variables mediante el uso de datos numéricos. Este enfoque se centra en la comprobación de hipótesis, la identificación de patrones y el análisis estadístico, siguiendo un esquema organizado que busca explicar y prever fenómenos observables <sup>[67]</sup>.
- **Analítico o explicativo:** porque busca comprender cómo ciertas variables influyen sobre el desenlace de interés. Los estudios explicativos se orientan a determinar los factores que pueden originar un fenómeno específico y explicar por qué sucede<sup>[67]</sup>.

Este estudio será cuantitativo porque recogerá y analizará datos numéricos de las mujeres evaluadas, y analítico porque buscará identificar los factores asociados al TEPT posparto en esta población.

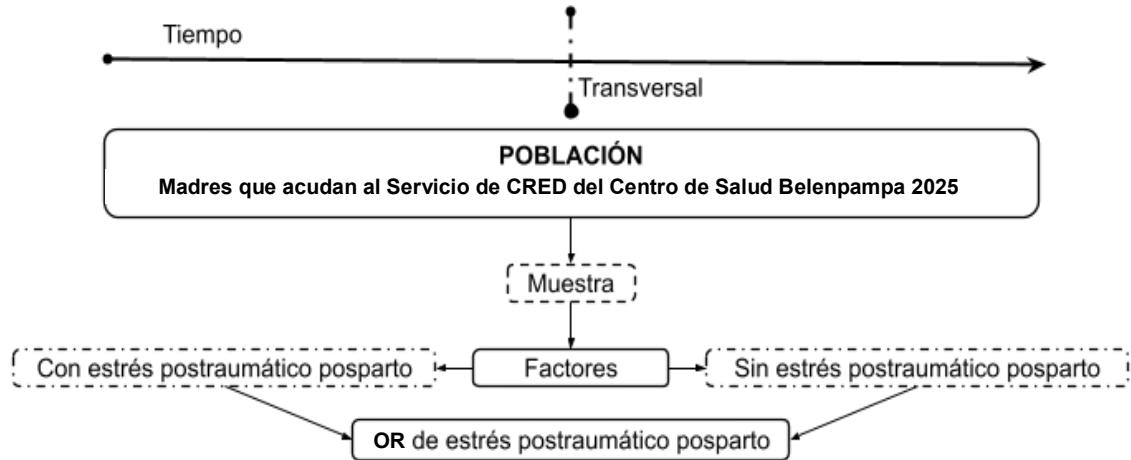
### 3.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño metodológico corresponde a un estudio observacional, transversal y analítico.

Observacional: también conocido como no experimental, lo que implica que no se introdujeron cambios en las condiciones de las participantes. Las variables fueron observadas y registradas tal como ocurren en su contexto habitual, sin manipulación externa por parte del investigador <sup>[67]</sup>.

Transversal: debido a que la recolección de datos se realizó en un único momento, permitiendo estimar la prevalencia del Trastorno de estrés postraumático (TEPT-PP) en la población estudiada y analizar sus posibles factores asociados dentro del mismo periodo <sup>[68]</sup>.

Este estudio evaluó a las mujeres en un único momento después del parto, sin intervenir ni manipular variables, permitiendo describir la frecuencia del TEPT-PP y analizar sus factores asociados en ese punto específico.



### 3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

#### 3.3.1. Descripción de la población

La población del estudio estuvo conformada por mujeres que tuvieron un parto atendido en establecimientos de salud en la ciudad del Cusco, durante el año 2024-2025 que acudan al control de sus hijos al Área de crecimiento y desarrollo del Centro de Salud Belenpampa durante el mes de noviembre del 2025.

#### 3.3.2. Criterios de inclusión y exclusión

##### Criterios de inclusión

- Mujeres mayores de 18 años
- Mujeres después del primer mes hasta los 12 meses del periodo posparto
- Mujeres con partos únicos o múltiples, independientemente de la vía de parto
- Madres que acudieron al control de sus hijos al Servicio de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud de Belenpampa
- Mujeres que accedieron a participar de manera voluntaria en el estudio, manifestando su conformidad a través de la firma del consentimiento informado.

##### Criterios de exclusión

- Mujeres menores de 18 años
- Mujeres con tiempo después del parto menos de 1 mes o más de 12 meses y 31 días
- Mujeres con diagnóstico previo de trastorno de estrés postraumático antes del embarazo actual.

- Mujeres con diagnóstico psiquiátrico severo (psicosis, esquizofrenia, entre otros).
- Mujeres con antecedentes de un evento traumático importante Ejm: Parto traumático previo, violencia de pareja u otra persona, trauma infantil, etc.
- Mujeres que, por barreras idiomáticas o por alteraciones cognitivas, no pudieron comprender, interpretar o responder de forma válida el cuestionario.

### 3.3.3. Muestra: Tamaño de muestra y método de muestreo

La muestra se seleccionó en base al listado de madres en etapa posparto proporcionado por el Centro de Salud Belenpampa. Se aplicaron los criterios de inclusión y exclusión previamente definidos.

El tamaño muestral se calculó con el software Epi Info™ versión 7.2.5.0, desarrollado por el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC - EE. UU.).

Se tomó como referencia el estudio realizado por Solomon Seyife Alemu y colaboradores, titulado **"Prevalencia del trastorno de estrés postraumático posparto y factores asociados en madres posnatales de la zona de West Arsi, suroeste de Etiopía, 2024: un estudio transversal basado en la comunidad"**.

	TEPT-PP (+)	TEPT-PP (-)	TOTAL
Morbilidad materna (+)	68	148	216
Morbilidad materna (-)	67	341	408
TOTAL	135	489	624

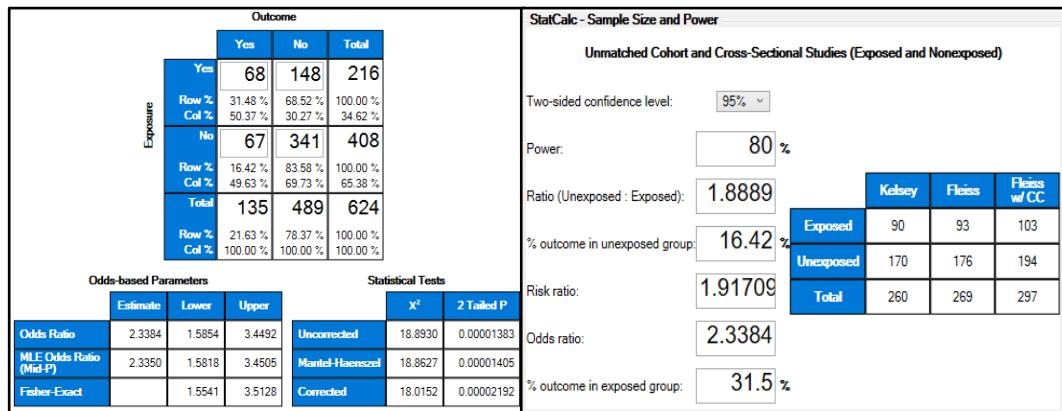
OR: 2.34, IC95% (1.59 - 3.45)

Fuente: Alemu SS, Jarso MH, Gejo NG, Hebo HJ, Bedecha DY, Bekele F, et al. *Prevalence of postpartum post-traumatic stress disorder and associated factors among postnatal mothers in West Arsi zone, South West Ethiopia, 2024: a community-based cross-sectional study.* Front Psychiatry. 2024 Oct 28;15:1470819. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1470819>

Se introdujeron los siguientes parámetros en el programa:

- Nivel de confianza: 95%
- Poder de estudio: 80%
- Ratio (No expuestos : Expuestos):  $408/216 = 1.8889$

- Porcentaje de resultado en el grupo no expuesto:  $(100 * 67/408) = 16.42\%$
- RR: 1.91709
- OR: 2.3384



- Factor perdida 10% de la muestra:  $297 * 10/100 = 29.7$
- Muestra total:  $297 + 30 = 327$

El tipo de muestreo del estudio fue por muestreo no probabilístico de tipo conveniencia, de acuerdo con los criterios de selección.

### 3.4. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

#### 3.4.1. Técnicas de recolección de datos

Se emplearon dos técnicas de recolección de datos. La primera fue la revisión documental, mediante la cual se recopilaron información del Carné Perinatal de los hijos de las participantes con el fin de obtener datos sociodemográficos y obstétricos. La segunda técnica fue la encuesta estructurada y validada, aplicando el cuestionario Perinatal Posttraumatic Stress Disorder Questionnaire (PPQ) para identificar la presencia de síntomas de trastorno de estrés postraumático postparto en las participantes durante su visita al Centro de salud Belenpampa.

#### 3.4.2. Instrumentos de recolección de datos

El instrumento estuvo conformado por 3 secciones

- Ficha sociodemográfica y obstétrica: la primera sección fue una ficha de recolección de datos, diseñada por la investigadora, que consignó información sociodemográfica, relacionada a la salud mental (historial de

salud materno y experiencia traumática previa), información obstétrica y relacionados con el parto, así como información neonatal relevante, obtenida del carnet perinatal de las participantes y entrevistas, el cual estará conformado por 12 preguntas.

- Cuestionario de Trastorno de Estrés Postraumático Posparto: La segunda sección estuvo conformada por el Perinatal Posttraumatic Stress Disorder Questionnaire-II (PPQ-II), cuestionario validado internacionalmente que evalúa síntomas de trastorno de estrés postraumático en el periodo postparto. Está compuesto por 14 ítems con 5 alternativas por cada una (0: nada; 1: una o dos veces; 2: a veces; 3: a menudo, pero menos de 1 mes y 4: a menudo, durante más de un mes). La puntuación mayor o igual a 19 puede identificar el trastorno de estrés postraumático. Este instrumento fue revisado por un comité de expertos en ginecoobstetricia, psiquiatría y metodología de investigación para garantizar su validez de contenido y su adecuación cultural y lingüística antes de su aplicación.

Escalas complementarias:

- Depresión Posparto: Se evaluó con la Escala de Depresión de Edimburgo (EPDS). Es una herramienta muy utilizada para identificar posible Depresión Posparto (DPP). La EPDS es un instrumento de 10 ítems. Cada ítem se califica en un rango de 4 puntos de 0 (no, para nada) a 3 (sí, la mayoría de las veces), y el puntaje total varía de 0 a 30, donde los puntajes más altos indican una mayor gravedad de los síntomas, siendo el puntaje de corte  $\geq 13$ .
- Apoyo social: Se evaluó mediante la Escala de Apoyo Social Percibido (SPSS), que incluye subescalas de apoyo familiar, de amigos y de pareja. La SPSS es un instrumento de 12 ítems para evaluar el apoyo de la familia, amigos, parientes y colegas. Cada ítem se califica en una escala Likert de 7 puntos que va de 1 (totalmente en desacuerdo) a 7 (totalmente de acuerdo). La puntuación total varía de 12 a 84, donde las puntuaciones más altas indican un mayor apoyo social percibido. Una puntuación entre 12 y 36 indica un apoyo bajo, 37 a 60 indica un apoyo medio y 61 a 84 indica un apoyo alto.
- La Escala de Satisfacción del Parto Revisada (BSS-R)  
Es un instrumento válido y confiable para medir la satisfacción posparto de las mujeres. Consta de 3 subescalas que miden dominios diferentes pero interrelacionados, tales como (1) la calidad de la prestación de atención; (2) los atributos personales de las mujeres; (3) el estrés subjetivo percibido

durante el parto. Cuatro ítems miden la calidad de la prestación de atención, cuatro ítems el estrés durante el parto y dos ítems se centran en los atributos personales de las mujeres. La BSS-R es una escala tipo Likert; las mujeres califican sus respuestas en una escala de 0 a 4 (de 0: totalmente en desacuerdo a 4: totalmente de acuerdo), mientras que cuatro de sus ítems tienen codificación inversa. La puntuación final varía de 0 a 40 (0: mínima satisfacción; 40: máxima).

### **3.4.3. Procedimiento de recolección de datos**

Para la recolección de datos se siguieron los siguientes pasos:

- Se solicitaron los permisos respectivos a las autoridades del Centro de Salud de Belenpampa
- Se coordinó con el personal del centro de Salud, específicamente con la licenciada encargada del servicio de CRED (Crecimiento y Desarrollo), para organizar horarios adecuados para la aplicación del cuestionario.
- Luego, a las mujeres seleccionadas se les explicó los objetivos del estudio y, tras firmar el consentimiento informado, la investigadora y los encuestadores aplicaron el cuestionario PPQ a las participantes de manera presencial, asegurando su confidencialidad.
- Paralelamente, se procedió a la identificación de los carnés perinatales que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión, registrando los datos en la ficha diseñada.
- Finalmente, los datos recolectados fueron codificados y registrados en una base de datos para su posterior análisis estadístico.

## **3.5. PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS**

Se elaboró una base de datos en Microsoft Excel 2019, incorporando todas las variables incluidas en el estudio. Se realizó un control de calidad de datos, con el objetivo de identificar y corregir valores erróneos, datos duplicados u otras inconsistencias. Posteriormente, para el análisis estadístico fue ejecutado con el software Stata versión 17.0 (Stata Corporation, College Station, Texas, EE. UU.).

### **3.5.1. Análisis univariado**

Se realizó un análisis descriptivo de las variables, calculando frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas para identificar la proporción de individuos en cada categoría.

### **3.5.2. Análisis bivariado**

Se efectuó el análisis bivariado mediante la prueba de Chi cuadrado de Pearson para evaluar la independencia entre dos variables cualitativas cuando las frecuencias observadas eran suficientemente grande y la prueba exacta de Fisher para el caso donde las frecuencias eran menores que además es adecuada para muestras pequeñas y cuando existen frecuencias bajas. Ambos test se ejecutaron bajo un nivel de significancia estadística de  $p<0.05$ .

### **3.5.3. Análisis multivariado**

Para finalizar, se llevó a cabo un análisis multivariado ajustando posibles factores de confusión y se evaluó la independencia de las asociaciones encontradas en el análisis bivariado, se realizó mediante regresión de Poisson para estimar los Odds ratio ajustados, incluyendo en el modelo aquellas variables con valor  $p < 0.05$  en el análisis bivariado, evaluando así la colinealidad entre variables mediante el índice de varianza inflada (VIF), posterior a ello se obtuvieron los OR ajustados con sus respectivos intervalos de confianza del 95% y valores p.

## 4. CAPÍTULO IV.

### RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

#### 4.1. RESULTADOS

##### 4.1.1. Análisis univariado o descriptivo

En el presente estudio se incluyó 327 mujeres que acudieron al servicio de Crecimiento y desarrollo del Centro de Salud de Belenpampa del Cusco durante el mes de noviembre del 2025. La prevalencia de trastorno de estrés postraumático posparto (TEPT-PP) fue de 8 % en la población evaluada.

Con respecto a las características sociodemográficas, el 70.34% de las participantes pertenecía al grupo etario de 20–35 años, respecto al estado civil la mayoría (82.87%) tenían pareja; en cuanto al nivel educativo, el 3.67% de las mujeres habían cursado educación primaria, el 48.32% contaba con educación secundaria y en una proporción similar el 48.01% tenía educación superior. Respecto al apoyo social percibido, el 35.17% refirió alto apoyo, 31.50% apoyo medio y 33.33% bajo apoyo distribuyéndose de manera equitativa. (Tabla 1).

**Tabla 1. Distribución de factores sociodemográficos en mujeres del Centro de Salud Belenpampa, Cusco – 2025 (n=327)**

Variables	Categoría	Frecuencia (n*)	Porcentaje (%**)
Edad materna	< 20 años	20	6.12
	20–35 años	230	70.34
	> 35 años	77	23.55
Estado civil	Sin pareja	56	17.13
	Con pareja	271	82.87
Nivel educativo	Primaria	12	3.67
	Secundaria	158	48.32
	Superior	157	48.01
Apoyo social	Bajo apoyo	109	33.33
	Apoyo medio	103	31.50
	Alto apoyo	115	35.17

*Nota: (\*) n: Frecuencia (número de participantes por categoría), (\*\*) %: Porcentaje del total de participantes. La tabla 1 describe las características sociodemográficas de la población estudiada. Fuente: Producción propia, ficha de recolección de datos.*

Con respecto a las características relacionadas con la salud mental, en relación a Historia de salud mental materna previa, se observó que el 12.84% de las mujeres tuvo antecedentes de diagnóstico de trastorno mental antes del último embarazo Además el 22.94% presentó depresión posparto (Tabla 2).

**Tabla 2. Distribución de factores relacionados con la salud mental en mujeres del Centro de Salud Belenpampa, Cusco – 2025 (n=327)**

Variable	Categoría	Frecuencia (n*)	Porcentaje (%**)
<b>Historia de salud mental materna previa</b>	No	285	87.16
	Sí	42	12.84
<b>Depresión posparto</b>	No	252	77.06
	Sí	75	22.94

**Nota:** (\*) n: Frecuencia (número de participantes por categoría), (\*\*) %: Porcentaje del total de participantes. La tabla 2 describe los factores relacionados con la salud mental de la población estudiada. Fuente: Producción propia, ficha de recolección de datos.

En cuanto a las características obstétricas y relacionadas con el parto, la mayoría fueron multíparas (56.88%), primíparas el 40.98% y solo el 7 % estuvo en el grupo de Gran multípara. En relación con el tipo de parto, el 69.72% tuvo un parto eutóxico y el 30.28% un parto por cesárea. Y en cuanto al lugar de atención del parto la mayoría (62.69%) tuvo lugar en Hospitales nivel III, seguido del 31.50% que tuvo lugar en un Centro de Salud y solo el 5% en otros establecimientos de salud como son las Clínicas privadas (Tabla 3).

Además, en cuanto a las complicaciones obstétricas siendo consideradas en este estudio el alto riesgo obstétrico (ARO), complicaciones hipertensivas, complicaciones hemorrágicas, infecciones puerperales, parto inducido/conducido y otras complicaciones, una gran proporción de mujeres las presentó llegando a representar el 42.20%, también en cuanto a la percepción de las mujeres del parto hasta un 31.50% se percibió como traumático, además el 24.77% manifestó insatisfacción con la atención del parto (Tabla 3).

**Tabla 3. Distribución de factores obstétricos en mujeres del Centro de Salud Belenpampa, Cusco – 2025 (n=327)**

Variable	Categoría	Frecuencia (n*)	Porcentaje (%**)
<b>Paridad</b>	Primípara	134	40.98
	Multípara	186	56.88
	Gran multípara	7	2.14
<b>Tipo de parto</b>	Cesárea de emergencia	69	21.10
	Cesárea electiva	30	9.17
	Eutócico	228	69.72
<b>Lugar de parto</b>	Centro de Salud	103	31.50
	Hospital nivel III	205	62.69
	Otro	19	5.81
<b>Complicaciones obstétricas</b>	No	189	57.80
	Sí	138	42.20
<b>Percepción de experiencia traumática del parto</b>	No	224	68.50
	Sí	103	31.50
<b>Satisfacción con el parto</b>	No	81	24.77
	Sí	246	75.23

**Nota:** (\*) n: Frecuencia (número de participantes por categoría), (\*\*) %: Porcentaje del total de participantes. La tabla 3 describe los factores obstétricos y relacionados con el parto de la población estudiada. Fuente: Producción propia, ficha de recolección de datos.

Finalmente, se observó que el 65.44% de los hijos tenía entre 6 y 12 meses, mientras que el 34.56% se encontraba entre 1 y 5 meses. Además, respecto al ingreso del recién nacido a UCI neonatal, se registró un 17.74% (Tabla 4).

**Tabla 4. Distribución de factores neonatales en mujeres del Centro de Salud Belenpampa, Cusco – 2025 (n=327)**

Variable	Categoría	Frecuencia (n*)	Porcentaje (%**)
<b>Edad del hijo</b>	1–5 meses	113	34.56
	6–12 meses	214	65.44
<b>Ingreso del recién nacido a</b>	No	269	82.26
<b>UCI neonatal</b>	Sí	58	17.74

*Nota: (\*) n: Frecuencia (número de participantes por categoría), (\*\*) %: Porcentaje del total de participantes. La tabla 4 describe los factores neonatales de la población estudiada. Fuente: Producción propia, ficha de recolección de datos.*

#### 4.1.2. Análisis bivariado

El análisis bivariado para las variables sociodemográficas mostró que la edad materna ( $p = 0.162$ ) y el nivel educativo ( $p = 0.379$ ) no se asociaron significativamente con la presencia de TEPT posparto; aunque, por otro lado, evidenció asociación estadísticamente significativas entre otras variables sociodemográficas y el trastorno de estrés postraumático posparto (Tabla 5).

En relación con el estado civil, las mujeres sin pareja 17.13% fueron 10 casos (17.9%) las que presentaron trastorno de estrés postraumático posparto y en el grupo de mujeres con pareja 82.87%; 16 casos (5.9%) presentaron trastorno de estrés postraumático posparto. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas ( $p<0.003$  según la prueba de Chi-cuadrado de Pearson). En cuanto al apoyo social percibido las mujeres con bajo apoyo social 33.33%; presentaron 17 casos (15.6%) de Trastorno de estrés postraumático posparto en comparación con apoyo alto (8 casos; 7.0%) y apoyo medio (1 caso; 1.0%) siendo estas diferencias significativas ( $p<0.001^*$ ) con la prueba exacta de Fisher (Tabla 5 ).

**Tabla 5. Asociación entre factores sociodemográficos y TEPT posparto en mujeres del Centro de Salud Belenpampa, Cusco – 2025 (n = 327)**

Variable	Categoría	No TEPT n (%)	Sí TEPT n (%)	Total	Valor p
<b>Edad materna</b>	<20 años	17 (85.0%)	3 (15.0%)	20 (6.12%)	<b>0.162*</b>
	20–35 años	210 (91.3%)	20 (8.7%)	230 (70.34%)	
	>35 años	74 (96.1%)	3 (3.9%)	77 (23.55%)	
<b>Estado civil</b>	Sin pareja	46 (82.1%)	10 (17.9%)	56 (17.13%)	<b>0.003†</b>
	Con pareja	255 (94.1%)	16 (5.9%)	271 (82.87%)	
<b>Nivel educativo</b>	Primaria	10 (83.3%)	2 (16.7%)	12 (3.67%)	<b>0.379*</b>
	Secundaria	145 (91.8%)	13 (8.2%)	158 (48.32%)	
	Superior	146 (93.0%)	11 (7.0%)	157 (48.01%)	
<b>Apoyo social</b>	Bajo apoyo	92 (84.4%)	17 (15.6%)	109 (33.33%)	<b>&lt;0.001*</b>
	Apoyo medio	102 (99.0%)	1 (1.0%)	103 (31.50%)	
	Alto apoyo	107 (93.0%)	8 (7.0%)	115 (35.17%)	

**Nota:** \* p calculado con prueba exacta de Fisher; † p calculado con Chi-cuadrado de Pearson. La tabla 5 muestra la asociación entre factores sociodemográficos y TEPT posparto de la población estudiada. Fuente: Elaboración propia, ficha de recolección de datos.

En cuanto a los factores relacionados con la salud mental, en el análisis bivariado, las mujeres con antecedente de salud mental presentaron una mayor frecuencia de TEPT posparto (16.7%) en comparación con aquellas sin dicho antecedente (6.7%). No obstante, esta diferencia no fue estadísticamente significativa según la prueba exacta de Fisher (Tabla 6).

Sin embargo, se identificó asociación entre la presencia de Depresión posparto y el desarrollo de Trastorno de estrés postraumático posparto, por lo que entre las mujeres que presentaron depresión posparto 22.94%, el 78.7% no presento Trastorno de estrés postraumático posparto; sin embargo, el 21.3% si desarrollo Trastorno de estrés postraumático posparto. La prueba Chi-cuadrado de Pearson confirmó esta asociación ( $p <0.001$ ) (Tabla 6).

**Tabla 6. Asociación entre factores relacionados con la salud mental y TEPT posparto en mujeres del Centro de Salud Belenpampa, Cusco – 2025 (n = 327)**

Variable	Categoría	No TEPT n (%)	Sí TEPT n (%)	Total	Valor p
Historia de salud mental materna previa	No	266 (93.3%)	19 (6.7%)	285 (87.16%)	0.059*
	Sí	35 (83.3%)	7 (16.7%)	42 (12.84%)	
Depresión posparto	No	242 (96.0%)	10 (4.0%)	252 (77.06%)	<0.001†
	Sí	59 (78.7%)	16 (21.3%)	75 (22.94%)	

**Nota:** \*  $p$  calculado con prueba exacta de Fisher; †  $p$  calculado con Chi-cuadrado de Pearson. La tabla 6 muestra la asociación entre factores relacionados con la salud mental y TEPT posparto de la población estudiada. Fuente: Elaboración propia, ficha de recolección de datos.

En el análisis bivariado, algunas variables obstétricas no mostraron asociación estadísticamente significativa con el Trastorno de estrés postraumático posparto.

En primer lugar, la paridad no evidenció diferencias relevantes en la frecuencia de Trastorno de estrés postraumático posparto entre primíparas (11.2%), multíparas (5.4%) y gran multíparas (14.3%), obteniéndose un valor  $p = 0.070$ . De igual manera, el tipo de parto tampoco se asoció al TEPT, ya que las proporciones de casos fueron similares entre cesárea de emergencia (8.7%), cesárea electiva (6.7%) y parto eutóxico (7.9%) ( $p = 0.945$ ). Asimismo, el lugar de parto no mostró diferencias significativas ( $p = 0.649$ ) sea con el centro de salud como en el hospital nivel III y otros establecimientos, la proporción de casos de Estrés Postraumático posparto se mantuvo similar. Finalmente, la percepción traumática del parto tampoco evidenció asociación con el TEPT posparto ( $p = 0.216$ ), pues las mujeres que percibieron su parto como traumático

(10.7%) y aquellas que no lo percibieron así (6.7%) mostraron frecuencias comparables (Tabla 7).

Sin embargo, se identificó asociación entre la presencia de Complicaciones obstétricas y el desarrollo de Trastorno de estrés postraumático posparto, por lo que entre las mujeres que presentaron complicaciones obstétricas 42.20%, el 84.8% no presentó Trastorno de estrés postraumático posparto; por con siguiente el 15.2% si desarrollo Trastorno de estrés postraumático posparto. La prueba exacta de Fisher confirmó esta asociación ( $p <0.001$ ). También se observó asociación entre la presencia de satisfacción con el parto y el desarrollo de Trastorno de estrés postraumático posparto, siendo el 24.77% mujeres que no estuvieron satisfechas con la atención del parto de las cuales el 79% no desarrolló Trastorno de estrés postraumático posparto, resultando ser el 21% mujeres que si desarrollaron Trastorno de estrés postraumático posparto; alcanzando esta diferencia estadística evaluada por la prueba exacta de Fisher ( $<0.001^*$ ) (Tabla 7).

**Tabla 7. Asociación entre factores obstétricos y TEPT posparto en mujeres del Centro de Salud Belenpampa, Cusco – 2025 (n = 327)**

Variable obstétrica	Categoría	No TEPT n (%)	Sí TEPT n (%)	Total	Valor p
Paridad	Primípara	119 (88.8%)	15 (11.2%)	134 (40.98%)	<b>0.070*</b>
	Multípara	176 (94.6%)	10 (5.4%)	186 (56.88%)	
	Gran multípara	6 (85.7%)	1 (14.3%)	7 (2.14%)	
Tipo de parto	Cesárea emergencia	63 (91.3%)	6 (8.7%)	69 (21.10%)	<b>0.945*</b>
	Cesárea electiva	28 (93.3%)	2 (6.7%)	30 (9.17%)	
	Eutócico	210 (92.1%)	18 (7.9%)	228 (69.72%)	
Lugar de parto	Centro de salud	97 (94.2%)	6 (5.8%)	103 (31.50%)	<b>0.649*</b>
	Hospital nivel III	186 (90.7%)	19 (9.3%)	205 (62.69%)	
	Otro	18 (94.7%)	1 (5.3%)	19 (5.81%)	
Complicaciones obstétricas	No	184 (97.3%)	5 (2.7%)	189 (57.80%)	<b>&lt;0.001*</b> ✓ significativo
	Sí	117 (84.8%)	21 (15.2%)	138 (42.20%)	
Percepción traumática del parto	No	209 (93.3%)	15 (6.7%)	224 (68.50%)	<b>0.216†</b>
	Sí	92 (89.3%)	11 (10.7%)	103 (31.50%)	
Satisfacción con el parto	No satisfecha	64 (79.0%)	17 (21.0%)	81 (24.77%)	<b>&lt;0.001*</b> ✓ altamente significativo
	Satisffecha	237 (96.3%)	9 (3.7%)	246 (75.23%)	

**Nota:** \* p calculado con prueba exacta de Fisher; † p calculado con Chi-cuadrado de Pearson. La tabla 7 muestra la asociación entre factores obstétricos y TEPT posparto de la población estudiada. Fuente: Elaboración propia, ficha de recolección de datos

En el análisis bivariado para las variables neonatales en cuanto a la edad del hijo, de los que estaban entre 1 mes a 5 meses el 7.1% presentó Trastorno de Estrés Postraumático posparto y en un 8.4% los que estaban entre los 6-12 meses, resultando no ser significativo ( $p=0.830$ ) ; así como también el ingreso a UCI

neonatal y el desarrollo de Trastorno de estrés postraumático posparto no se relacionaron a pesar de que el 13.8% de las madres que tuvieron hijos que ingresaron a UCI presentó Trastorno de estrés postraumático posparto en comparación de un 6.7% que presentaron Trastorno de estrés postraumático posparto e no ingreso a UCI Neonatal, con un ( $p = 0.103$ ) según la prueba exacta de Fisher (Tabla 8).

**Tabla 8. Asociación entre factores neonatales y TEPT posparto en mujeres del Centro de Salud Belenpampa, Cusco – 2025 (n = 327)**

Variable neonatal	Categoría	No TEPT n (%)	Sí TEPT n (%)	Total	Valor p
<b>Edad del hijo</b>	1–5 meses	105 (92.9%)	8 (7.1%)	113	<b>0.830*</b>
	6–12 meses	196 (91.6%)	18 (8.4%)	214	
<b>Ingreso a UCI neonatal</b>	No	251 (93.3%)	18 (6.7%)	269	<b>0.103*</b>
	Sí	50 (86.2%)	8 (13.8%)	58	

**Nota:** \*  $p$  calculado con prueba exacta de Fisher; †  $p$  calculado con Chi-cuadrado de Pearson. La tabla 8 muestra la asociación entre factores neonatales y TEPT posparto de la población estudiada. Fuente: Elaboración propia, ficha de recolección de datos

#### 4.1.3. Análisis multivariado

Se realizó un análisis multivariado con el objetivo de identificar los factores que se asocian de manera independiente con la presencia de Trastorno de estrés postraumático posparto en mujeres del Centro de Salud Belenpampa. Para ello se calculó el Odds Ratio crudo (ORc) y Odds Ratio ajustados (ORa) con sus respectivos intervalos de confianza al 95% (IC 95%) y valores de  $p$ . En todos los modelos se verificaron los supuestos de multicolinealidad, confirmando la validez de los resultados.

**Tabla 9.1 Asociación cruda y ajustada entre factores sociodemográfico y relacionados con la salud mental con TEPT posparto en mujeres del Centro de Salud Belenpampa, Cusco – 2025 (n = 327)**

Variable	Categoría	OR crudo (IC95%)	p	OR ajustado (IC95%)	p
Edad materna	<20 años (Ref.)	—	—	—	—
	20–35 años	0.54 (0.15–2.00)	0.356	1.22 (0.17–8.90)	0.843
	>35 años	0.23 (0.04–1.24)	0.087	0.35 (0.03–3.87)	0.394
Estado civil	Sin pareja (Ref.)	—	—	—	—
	Con pareja	<b>0.29 (0.12–0.68)</b>	<b>0.004</b>	<b>0.28 (0.09–0.88)</b>	<b>0.030</b>
Nivel educativo	Primaria (Ref.)	—	—	—	—
	Secundaria	0.45 (0.09–2.27)	0.332	0.64 (0.05–7.56)	0.726
	Superior	0.38 (0.07–1.94)	0.243	0.80 (0.06–10.08)	0.863
Apoyo social	Bajo apoyo (Ref.)	—	—	—	—
	Apoyo medio	<b>0.05 (0.01–0.41)</b>	0.005	<b>0.10 (0.01–0.90)</b>	<b>0.040</b>
	Alto apoyo	0.40 (0.17–0.98)	0.045	0.72 (0.22–2.30)	0.576
Historia salud mental	No (Ref.)	—	—	—	—
	Sí	<b>2.80 (1.10–7.14)</b>	0.031	1.60 (0.43–5.89)	0.483
Depresión	No (Ref.)	—	—	—	—
	Sí	<b>6.56 (2.83–15.20)</b>	0.000	<b>5.00 (1.74–14.37)</b>	<b>0.003</b>

Nota: OR: Odds ratio; IC 95%: Intervalo de Confianza al 95%; p: valor de probabilidad. OR ajustado. Nota: OR: Odds ratio; IC 95%: Intervalo de Confianza al 95%; p: valor de probabilidad. OR ajustado. Fuente: Elaboración propia, ficha de recolección de datos. \*Para el modelo ajustado se cumplieron criterios de Multicolinealidad y Factor de Inflación de Varianza (VIF).

**Tabla 9.2 Asociación cruda y ajustada entre factores obstétricos y neonatales con TEPT posparto en mujeres del Centro de Salud Belenpampa, Cusco – 2025 (n = 327)**

Variable	Categoría	OR crudo (IC95%)	p	OR ajustado (IC95%)	p
<b>Paridad</b>	Primípara (Ref.)	—	—	—	—
	Multípara	0.45 (0.20–1.03)	0.061	0.56 (0.19–1.61)	0.283
	Gran multípara	1.32 (0.15–11.74)	0.802	4.00 (0.26–62.56)	0.323
<b>Tipo de parto</b>	Cesárea emergencia (Ref.)	—	—	—	—
	Cesárea electiva	0.75 (0.14–3.95)	0.734	1.66 (0.19–14.06)	0.640
	Eutócico	0.90 (0.34–2.36)	0.831	1.64 (0.45–5.94)	0.452
<b>Lugar del parto</b>	Centro de Salud (Ref.)	—	—	—	—
	Hospital nivel III	1.65 (0.64–4.27)	0.301	0.92 (0.27–3.13)	0.897
	Otro	0.89 (0.10–7.91)	0.923	0.99 (0.06–15.31)	0.994
<b>Complicaciones obstétricas</b>	No (Ref.)	—	—	—	—
	Sí	<b>6.60 (2.42–17.99)</b>	0.000	<b>4.12 (1.28–13.24)</b>	<b>0.017</b>
<b>Percepción traumática del parto</b>	No (Ref.)	—	—	—	—
	Sí	1.67 (0.74–3.77)	0.220	0.72 (0.21–2.51)	0.607
<b>Satisfacción del parto</b>	No satisfecha (Ref.)	—	—	—	—
	Satisfecha	<b>0.14 (0.06–0.34)</b>	0.000	<b>0.20 (0.06–0.65)</b>	<b>0.007</b>
<b>Edad del hijo</b>	1–5 meses (Ref.)	—	—	—	—
	6–12 meses	1.21 (0.50–2.87)	0.672	0.95 (0.31–2.91)	0.923
<b>Ingreso a UCI</b>	No (Ref.)	—	—	—	—
	Sí	2.23 (0.92–5.41)	0.076	1.38 (0.42–4.48)	0.596

Nota: OR: Odds ratio; IC 95%: Intervalo de Confianza al 95%; p: valor de probabilidad. OR ajustado. Fuente:

Elaboración propia, ficha de recolección de datos. Fuente: Elaboración propia, ficha de recolección de datos.

\*Para el modelo ajustado se cumplieron criterios de Multicolinealidad y Factor de Inflación de Varianza (VIF).

Entre los factores sociodemográficos, con respecto al estado civil, tener pareja se asoció significativamente con una mayor prevalencia de Trastorno de estrés postraumático posparto (ORa: 0.28; IC95%: 0.09–0.88; p=0.030) como se observa en la tabla. Del mismo modo el apoyo social medio se asoció con menor prevalencia de Trastorno de estrés postraumático posparto (ORa: 0.10; IC95%: 0.01–0.90; 0.040). Estos hallazgos sugieren que tanto el estado civil

(tener pareja) como el apoyo social constituyen factores protectores relevantes para el desarrollo de Trastorno de estrés postraumático posparto (Tabla 9.1).

En cuanto a los factores relacionados con la salud mental, la Depresión posparto se asoció significativamente con una mayor prevalencia de Trastorno de estrés postraumático posparto (ORa: 5.00; IC95%: 1.74–14.37; p=0.003). Este hallazgo sugiere que la Depresión posparto constituye un factor de riesgo para el desarrollo de Trastorno de estrés postraumático posparto (Tabla 9.1).

Respecto a los Factores Obstétricos y relacionadas con el parto, las complicaciones obstétricas se asociaron significativamente con una mayor prevalencia de Trastorno de estrés postraumático posparto (ORa: 4.12; IC95% 1.28–13.24; p =0.017). Por otro lado, la Satisfacción del parto también se asoció con una menor prevalencia de Trastorno de estrés postraumático posparto (ORa: 0.20; IC95% 0.06–0.65; p= 0.007). Llegando entonces a sugerir que las complicaciones obstétricas constituyen un factor de riesgo y la satisfacción con el parto constituye un factor protector para desarrollar Trastorno de estrés postraumático posparto (Tabla 9.2).

Finalmente, en el análisis multivariado, la edad del hijo y el ingreso a UCI neonatal no mostraron asociación significativa con el Trastorno de estrés postraumático posparto. Las madres de niños entre 6 y 12 meses no presentaron un riesgo diferente en comparación con aquellas cuyos hijos tenían entre 1 y 5 meses (ORa: 0.95; IC95%: 0.31–2.91; p=0.923). Del mismo modo, el ingreso del recién nacido a UCI no se asoció de manera independiente con el TEPT (ORa: 1.38; IC95% 0.42–4.48; p= 0.596) (Tabla 9.2).

## 4.2. DISCUSIÓN

En la actualidad, la salud mental se encuentra en una situación de marcada fragilidad y se reconoce como un problema prioritario de salud pública a nivel global. No obstante, sigue siendo insuficientemente abordada debido a múltiples limitaciones en los sistemas de salud, entre ellas la escasez de recursos especializados y la insuficiente incorporación de la atención en salud mental en la atención primaria<sup>[69–71]</sup>.

En los últimos años, se ha prestado especial atención al bienestar emocional de las mujeres, reconociéndose el embarazo y el puerperio etapas de mayor vulnerabilidad. Si bien en los países en vías de desarrollo las políticas sanitarias se han orientado históricamente a reducir la morbilidad materna y perinatal, también resulta fundamental fortalecer el abordaje multidisciplinario de la salud mental perinatal. Ello es especialmente relevante considerando que los trastornos mentales durante el

embarazo y el posparto representan un grave problema de salud pública a nivel mundial y presentan una mayor prevalencia en regiones de ingresos medios y bajos<sup>[69]</sup>. Esto demuestra que los sistemas sanitarios aún no consideran la salud mental como un componente indispensable del cuidado integral de la madre, a pesar de su impacto demostrado en la calidad de vida y el bienestar familiar.

En este estudio, se evaluó a 327 mujeres que acudieron al Servicio de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud de Salud Belenpampa de la ciudad del Cusco, encontrándose una prevalencia de Trastorno de estrés postraumático posparto (TEPT-PP) del 8%. Este valor es similar a 8.1%, encontrado por Martinez-Vázquez<sup>[12]</sup> y al 7,2 % encontrada por Hernández-Martínez<sup>[26]</sup> en España. En Sudamérica, estudios como el de Henriques et al. en Brasil reportaron una prevalencia de 9,4%<sup>[72]</sup>; mientras que en el contexto peruano, el estudio de Coaquira<sup>[21]</sup> en Cusco encontró una prevalencia de 8,16%, muy similar al resultado de la presente investigación. Asimismo, este valor se sitúa ligeramente por encima de las cifras del 6,1% en China<sup>[11]</sup>; 2,5% en Inglaterra<sup>[13]</sup> y lo hallado en el metaanálisis de Grekin et al., que estimó una prevalencia de 3.1% y también supera las cifras obtenidas en el metaanálisis de Dekel S. et.al.<sup>[73]</sup>, donde la prevalencia global de TEPT-PP osciló entre 4.6% y 6.3%. Las diferencias observadas entre estudios podrían atribuirse a las variantes de factores sociodemográficos y contextuales de las poblaciones estudiadas; así como por la heterogeneidad metodológica como el diseño de estudio (transversal, cohorte), tamaño muestral empleada, criterios diagnósticos empleados (DSM-V, CIE 11), tipo de instrumento utilizado (PPQ-II, IES, PCL-C), el momento de evaluación posparto o por las diversas definiciones operativas de TEPT posparto adoptadas en la literatura.

Estos hallazgos evidencian que el TEPT posparto es un fenómeno presente en el contexto local y regional, y que requiere mayor atención desde la salud pública. Aún cuando la prevalencia del 8% pudiera considerarse moderada, su impacto clínico es significativo, ya que el TEPT posparto se asocia con dificultades en el vínculo madre-hijo, menor adherencia a la lactancia materna, mayor riesgo de depresión posparto, alteraciones en el desarrollo socioemocional del niño y mayor utilización de servicios de salud. Por ello, incluso prevalencias relativamente bajas representan un desafío importante para la salud pública. No obstante, la literatura existente en Sudamérica y en Perú continúa siendo limitada, lo cual subraya la necesidad de generar más evidencia epidemiológica en distintos entornos del país. A la luz de estos hallazgos,

resulta fundamental examinar los factores que influyen en el riesgo de TEPT-PP en esta población, los cuales se analizan a continuación.

### **Factores sociodemográficos**

Respecto a la edad materna el grupo etario de 20 a 35 años representó el 70% siendo la mayoría de mujeres posparto, hallazgo que coincide con lo reportado por Leonardi-Baldisserotto et al., quienes identificaron que este grupo etario (20 a 34 años) es el más prevalente entre las mujeres después del parto <sup>[8]</sup>. Esta variable no estuvo asociada significativamente con el trastorno de estrés postraumático posparto en el estudio realizado (ORc: 0.54 ; IC95%: 0.15–2.00; p=0.356), lo cual coincide con lo reportado por Liu<sup>[11]</sup> en China, Martinez-Vasquez <sup>[12]</sup> en España quienes no hallaron diferencias significativas en la edad.

Asimismo, se observó que la mayoría de las mujeres, 82.87%, tenía pareja resultado que es congruente con otros estudios como los de Leonardi-Baldisserotto<sup>[8]</sup>, Harrison<sup>[13]</sup>, Alemu<sup>[9]</sup> quienes encontrando porcentajes similares en las categorías de estado civil, además en el análisis multivariado tener pareja se asoció significativamente con el trastorno de estrés postraumático posparto, con un (ORa de 0.28; IC: 95% 0.09–0.88; p= 0.030), solo el estudio de Harrison<sup>[13]</sup> encontró un hallazgo similar que consiste en que vivir sin pareja es un factor de riesgo para desarrollar Trastorno de estrés postraumático posparto, asimismo en el metaanálisis de Grekin<sup>[1]</sup> aunque encontró que el estado civil de soltera no fue un factor de riesgo significativo en las muestras comunitarias, sí fue significativo cuando se investigó en muestras objetivo (antecedentes psiquiátricos maternos, factores perinatales adversos como miedo al parto y preeclampsia) antecedentes que se incluyó en el presente estudio; esto probablemente sería porque el tener pareja contribuye a atenuar el impacto psicológico del parto y contribuye en parte al apoyo social que tienen las mujeres después de parto. No obstante, debe considerarse que el estado civil no siempre refleja la calidad del apoyo recibido, es por ello que Baldisserotto <sup>[8]</sup>, Alemu <sup>[13]</sup> y Henriques <sup>[72]</sup> Garthus-Niegel et al., obtuvieron que el estado civil no es un factor significativo lo que nos estaría indicando que no cualquier pareja funciona como apoyo real<sup>[64]</sup>.

En cuanto al nivel educativo, se identificó una proporción similar entre mujeres que contaban con educación secundaria y educación superior 48.32% y 48.01% respectivamente, datos que coinciden con la distribución educativa observada en los informes de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) para la región

Cusco, donde una proporción considerable de mujeres en edad fértil alcanzan niveles de educación secundaria y superior <sup>[74]</sup> . Esta variable no estuvo asociada significativamente con el trastorno de estrés postraumático posparto en el estudio realizado (ORc: 0.45; IC95%: 0.09–2.27; p=0.332), lo cual coincide con lo reportado por Alemu<sup>[9]</sup>, Ďuríčeková<sup>[10]</sup>, Baldisserotto<sup>[8]</sup>, Hernandez-Martinez<sup>[16,75]</sup> quienes no hallaron diferencias significativas con el nivel educativo. Puesto que es posible que otras variables sociodemográficas, como la situación económica o la calidad del apoyo, desempeñaran un papel más importante en la determinación de trastornos del estado de ánimo posparto<sup>[76]</sup>.

En cuanto al apoyo social percibido, el apoyo social medio (OR: 0. 05; IC95%: 0.01–0.41; p=0.005) y alto (OR: 0.40; IC95%: 0.17–0.98; p=0.045) muestran un efecto protector estadísticamente significativo frente al TEPT posparto en el análisis, dato que es congruente con el estudio Liu<sup>[11]</sup>, con los metaanálisis de Grekin<sup>[1]</sup>, Ayers<sup>[41]</sup> y con la revisión sistemática de Dekel <sup>[73]</sup>. Indicando que el apoyo social percibido en el período posparto se asoció consistentemente con el TEPT posparto entre las muestras objetivo y comunitarias. Este hallazgo enfatiza el papel preventivo que el apoyo social consistente y sustancial puede tener en términos de trastornos psiquiátricos posparto, y específicamente en muestras que ya estaban en riesgo<sup>[73]</sup>. El apoyo social incluye apoyo subjetivo, apoyo objetivo y disponibilidad de apoyo. Para las mujeres posparto, las principales fuentes de apoyo social suelen incluir a familiares (p. ej., esposos, hijos, padres), amigos y compañeros de trabajo. Con la llegada de un recién nacido, la dinámica familiar y las redes sociales de las mujeres suelen experimentar cambios significativos. Además, la atención tiende a centrarse en el bebé, en lugar del bienestar de las propias mujeres posparto, lo que puede generar sentimientos de soledad, es así el apoyo social desempeña un papel crucial durante períodos de transición crítica. Según la hipótesis de la amortiguación del estrés, el apoyo social ejerce un posible efecto amortiguador sobre la salud mental. Este efecto protector puede surgir porque el apoyo social fortalece la capacidad de afrontamiento de problemas, pudiendo ayudar a reducir la gravedad percibida de los problemas, haciendo que las personas sean menos reactivas al estrés y más propensas a experimentar bienestar psicológico<sup>[77]</sup>.

### **Factores relacionados con la salud mental**

En relación con la depresión posparto se encontró una frecuencia de 22%, uno de los hallazgos principales fue la fuerte asociación entre depresión posparto y el TEPT

posparto. En el análisis multivariado, las puérperas con depresión presentaron hasta cinco veces más probabilidades de desarrollar TEPT con un ORa de 5.00 (IC 95%: 1.74–14.37; p=0.003), hallazgo que es consistente con lo encontrado por Gankanda<sup>[78]</sup>, Leonardi Baldisserotto<sup>[8]</sup>, en el metaanálisis de Grekin<sup>[1]</sup> y la revisión sistemática de Dekel<sup>[73]</sup> esto corrobora que la comorbilidad entre los síntomas de TEPT relacionados con el parto y la depresión posparto está bien establecida como se menciona en la literatura<sup>[1,73]</sup>. Esta asociación puede deberse a que la depresión implica alteraciones en el estado de ánimo, autoestima, regulación emocional y capacidad de afrontamiento, lo que puede hacer más difícil procesar experiencias de parto estresantes o traumáticas, favoreciendo el desarrollo de TEPT. Además la Depresión y TEPT comparten factores de vulnerabilidad (historial psicológico, complicaciones obstétricas), de modo que una mujer deprimida puede estar más predispuesta a reaccionar con síntomas traumáticos tras un parto complicado. También la depresión posparto puede potenciar los efectos negativos de otros factores como falta de apoyo social, complicaciones en el parto, ingreso neonatal a UCI, acumulando el riesgo de TEPT-PP<sup>[79,80]</sup>.

Además, con respecto a la historia de salud mental materna se obtuvo significancia en el análisis bivariado ORa de 2.80 (IC 95%: 1.10–7.14; p=0.031) sin embargo esta se perdió en el análisis multivariado ORa de 1.60 (IC 95%: 0.43–5.89; p=0.483) ello contrasta con el estudio de Baldisserotto<sup>[8]</sup>, a diferencia de otros estudios como los Dekel<sup>[73]</sup> y Grekin<sup>[1]</sup>, los antecedentes de trastornos mentales no se asociaron con el TEPT en esta investigación. Esto puede deberse a que solo se incluyeron mujeres con un diagnóstico médico formal de una condición de salud mental y puesto que los problemas de salud mental a menudo no se diagnostican y muchas mujeres pueden haber experimentado dichas condiciones sin recibir un diagnóstico. El subdiagnóstico puede explicar parcialmente por qué los resultados del presente estudio difieren de los hallazgos previos en la literatura<sup>[8]</sup>.

### **Factores Obstétricos y relacionados con el parto**

También en el presente estudio se identificó que las mujeres que tenían Complicaciones Obstétricas estaban asociadas con Trastorno de estrés postraumático posparto con un ORa de 4.12 (IC 95%: 1.28–13.24; p=0.017), hallazgo congruente con Alemu<sup>[9]</sup>, Leonardi-Baldisserotto<sup>[8]</sup>, Grekin<sup>[1]</sup> Ďuríčeková<sup>[10]</sup>, quienes encontraron que las complicaciones maternas incluyendo una amplia gama de problemas, como histerectomía de emergencia, complicaciones obstétricas durante el embarazo o el parto e ingreso hospitalario por complicaciones del

embarazo o el parto tuvieron un mayor riesgo de desarrollar TEPT<sup>[1]</sup>. Las mujeres que experimentaron una emergencia obstétrica durante el parto o complicaciones graves durante el embarazo también tuvieron un mayor riesgo de desarrollar TEPT<sup>[8]</sup>. En cuanto a la satisfacción del parto en nuestro estudio se identificó que las mujeres que estuvieron satisfechas con la atención de su parto tuvo menor probabilidad de desarrollar Trastorno de estrés postraumático posparto con un ORa de 0.20 (IC95% 0.06–0.65; p<0.007), hallazgo que es congruente con lo encontrado por Harrison<sup>[13]</sup> en el que una menor satisfacción con el parto se asoció con Trastorno de estrés postraumático posparto. Este hallazgo es consistente con múltiples estudios que han demostrado que la experiencia del parto está fuertemente asociada con resultados adversos de salud. Además, al igual que con los factores relacionados con el embarazo, la satisfacción con el parto es potencialmente modificable.<sup>[13]</sup> y la atención respetuosa se asocian a una experiencia de parto más satisfactoria, la cual actúa como factor protector frente al TEPT posparto. Los autores defienden que cuando las necesidades, preferencias y autonomía de la mujer son respetadas existiendo buena comunicación y apoyo, la vivencia subjetiva del parto mejora y disminuye la probabilidad de que el evento se codifique como traumático<sup>[81,82]</sup>.

Así mismo se debe mencionar que en el estudio las variables de paridad (Multípara; p=0.061; Gran Multípara p=0.802), tipo de parto (Cesárea electiva p=0.734, Eutócico (p=0.831), lugar de atención del parto (p=0.301) y la percepción del parto (p=0.220) no se asociaron significativamente con el Trastorno de estrés postraumático posparto como citan los siguientes autores Liu<sup>[11]</sup> para paridad, Ďuríčeková<sup>[10]</sup> para tipo de parto, Gankanda para ambos<sup>[78]</sup>.

### **Factores neonatales**

En cuanto al Ingreso del recién nacido a UCI neonatal y la Edad del hijo en el presente estudio no se encontró significancia estadística OR:1.21;IC95%:0.50–2.87; p=0.672 en el contexto analizado lo que concuerda con Grekin<sup>[1]</sup>, Hernández-Martínez<sup>[16]</sup>, Liu<sup>[11]</sup>, Martinez-Vasquez<sup>[25]</sup>, Gankanda<sup>[78]</sup>, esto se relacionó con lo encontrado en la literatura que comparó madres de bebés de alto riesgo (neonatos que requirieron UCIN) con madres de recién nacidos sanos, y halló que aunque la prevalencia de síntomas de TEPT-PP fue mayor en el grupo UCIN (25% vs 9%), la progresión del trastorno dependió más de factores psicológicos (ej. ansiedad, primiparidad) que del estado clínico del recién nacido per se<sup>[83]</sup>.

#### 4.3. CONCLUSIONES

1. En primer lugar, se encontró una asociación estadísticamente significativa entre los factores sociodemográficos, relacionados con la salud mental y obstétricos con el Trastorno de estrés postraumático posparto en mujeres atendidas en el Centro de Salud Belenpampa, cumpliendo con el objetivo general del estudio.
2. En relación con el primer objetivo específico se encontró una prevalencia del 8% trastorno de estrés postraumático posparto en mujeres del centro de salud de Belenpampa, lo que evidencia no solo la existencia de este fenómeno en el contexto analizado además nos confirma que este tipo de problemas de salud mental suele pasar desapercibido.
3. En cuanto al segundo objetivo específico, se identificó una asociación estadísticamente significativa entre el estado civil, el apoyo social y el trastorno de estrés postraumático posparto en mujeres del centro de salud de Belenpampa. De ese modo, se encontró que tener pareja y el apoyo social medio-alto resultó ser un factor protector para el desarrollo de Trastorno de estrés postraumático posparto en mujeres del centro de Salud Belenpampa en Cusco, 2025.
4. Asimismo, en relación con el tercer objetivo específico, se evidenció una asociación estadísticamente significativa entre la depresión posparto y el trastorno de estrés postraumático posparto en mujeres atendidas en el Centro de Salud de Belenpampa, determinándose que la depresión posparto actúa como un factor de riesgo para el desarrollo del trastorno de estrés postraumático posparto. Por tanto, se establece la coexistencia de ambas entidades como una condición de comorbilidad.
5. Respecto al cuarto objetivo específico, se identificó una asociación estadísticamente significativa entre las complicaciones obstétricas, la satisfacción del parto con el trastorno de estrés postraumático posparto en mujeres del centro de salud de Belenpampa. De ese modo, se encontró que presentar complicaciones obstétricas resultó ser un factor de riesgo, mientras que la satisfacción del parto resultó ser un factor protector para el desarrollo de Trastorno de estrés postraumático posparto en mujeres del centro de Salud Belenpampa en Cusco, 2025.
6. Finalmente, en referencia al quinto objetivo específico, no se identificó una asociación estadísticamente significativa entre la edad del hijo o el ingreso a UCI neonatal con el Trastorno de estrés postraumático posparto en el contexto analizado.

#### **4.4. SUGERENCIAS**

A partir de los hallazgos obtenidos en el presente estudio sobre los factores asociados al trastorno de estrés postraumático posparto (TEPT posparto) en mujeres del Centro de Salud Belenpampa, se proponen las siguientes recomendaciones orientadas a fortalecer la atención integral de la salud materna, orientar la toma de decisiones en gestión sanitaria y promover futuras líneas de investigación en el ámbito perinatal:

##### **A la Gerencia Regional de Salud (GERESA) Cusco:**

- Incorporar protocolos de tamizaje sistemático de TEPT posparto y depresión posparto durante el control prenatal y posnatal, utilizando instrumentos validados como la Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), El Perinatal Posttraumatic Stress Disorder Questionnaire (PPQ) o escalas breves para la detección de síntomas traumáticos.
- También, se enfatiza la necesidad de que la Gerencia Regional de Salud fortalezca y supervise la implementación efectiva de los lineamientos regionales de atención de parto humanizado y respetado, promoviendo una atención basada en la empatía, el respeto a la dignidad de la mujer, la comunicación clara y el consentimiento informado durante la experiencia del parto, puesto que un trato deshumanizado, autoritario o carente de información constituye un factor de riesgo para la vivencia de trauma obstétrico y el desarrollo de TEPT posparto, por lo que su prevención debe ser considerada una prioridad en la calidad de la atención materna.
- Estas acciones permitirían identificar tempranamente a las mujeres en riesgo, garantizar su derivación oportuna a servicios de salud mental y asegurar una atención materna integral centrada en el bienestar físico y emocional.

##### **A las Microredes y Establecimientos del Primer Nivel de Atención**

- Se recomienda que las Microredes de Salud, en coordinación con los establecimientos del primer nivel de atención que brindan atención prenatal, del parto y del puerperio, organicen y fortalezcan programas de capacitación continua dirigidos al personal de salud responsable de la atención del parto, orientados al fortalecimiento de competencias en atención humanizada y empática, comunicación respetuosa, consentimiento informado y prevención del trauma obstétrico. La calidad del trato brindado por el personal de salud constituye un

factor clave en la protección de la salud mental materna y en la prevención del trastorno de estrés postraumático posparto.

- Implementar programas de psicoeducación prenatal y posnatal orientados al fortalecimiento del bienestar emocional materno, promoviendo estrategias de regulación emocional, afrontamiento del estrés, fortalecimiento del vínculo materno-fetal y preparación emocional para el parto y puerperio, en especial durante los controles prenatales de las mujeres embarazadas por parte del personal de salud del primer nivel de atención, en articulación con los servicios de salud mental.
- Asimismo, se recomienda fomentar programas comunitarios que refuerzen el apoyo social de las gestantes y puérperas, considerando que este factor mostró un efecto protector en el estudio. La inclusión de la pareja y familia en estas intervenciones es fundamental para fortalecer redes de apoyo y disminuir la vulnerabilidad emocional durante el proceso reproductivo.

#### **A los jefes de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) del Cusco, en coordinación con los Centros de Salud Mental Comunitaria**

- Desarrollar programas de capacitación continua dirigidos al personal de salud del primer nivel sobre la identificación, abordaje inicial y derivación adecuada de casos de TEPT posparto, depresión posparto y trauma obstétrico. Estas capacitaciones deben incluir:
  - Uso e interpretación de herramientas de tamizaje para TETP posparto y Depresión posparto.
  - Estrategias de comunicación empática durante el trabajo de parto.
  - Aplicación del enfoque de parto respetado.
  - Manejo inicial de crisis emocionales posparto.
  - Coordinación intersectorial para la atención integral de la mujer.
- El fortalecimiento de dichas competencias permitirá mejorar la detección temprana de factores de riesgo y favorecerá una atención más humanizada, segura y emocionalmente protectora para la gestante y para las mujeres en el periodo posparto.

#### **A la comunidad científica y académica del área de Medicina Humana**

- Se recomienda la realización de estudios longitudinales, prospectivos, multicéntricos y con muestras más amplias que permitan profundizar la relación

entre depresión posparto, complicaciones obstétricas, apoyo social y satisfacción con el parto como determinantes clave del TEPT posparto.

- Asimismo, futuras investigaciones podrían incluir variables adicionales como el acompañamiento durante el parto, calidad de atención prenatal, la calidad del trato recibido, más eventos adversos neonatales y factores culturales propios de la región andina. Esto permitirá generar evidencia contextualizada, útil para el diseño de intervenciones de salud mental perinatal culturalmente pertinentes y basadas en evidencia.

## 5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Grekin R, O'Hara MW. Prevalence and risk factors of postpartum posttraumatic stress disorder: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2014;34(5):389-401.
2. Dekel S, Stuebe C, Dishy G. Childbirth Induced Posttraumatic Stress Syndrome: A Systematic Review of Prevalence and Risk Factors. *Front Psychol* [Internet] 2017 [citado 2025 jul 20];8. Available from: <https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2017.00560/full>
3. Yildiz PD, Ayers S, Phillips L. The prevalence of posttraumatic stress disorder in pregnancy and after birth: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2017;208:634-45.
4. Heyne CS, Kazmierczak M, Souday R, Horesh D, Lambregtse-van den Berg M, Weigl T, et al. Prevalence and risk factors of birth-related posttraumatic stress among parents: A comparative systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2022;94:102157.
5. Horsch A, Garthus-Niegel S, Ayers S, Chandra P, Hartmann K, Vaisbuch E, et al. Childbirth-related posttraumatic stress disorder: definition, risk factors, pathophysiology, diagnosis, prevention, and treatment. *Am J Obstet Gynecol* 2024;230(3):S1116-27.
6. Jenkins H, Daskalopoulou Z, Opondo C, Alderdice F, Fellmeth G. Prevalence of perinatal post-traumatic stress disorder (PTSD) in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Public Health* [Internet] 2024 [citado 2025 jul 20];2(1). Available from: <https://bmjpublichealth.bmj.com/content/2/1/e000215>
7. Cook N, Ayers S, Horsch A. Maternal posttraumatic stress disorder during the perinatal period and child outcomes: A systematic review. *J Affect Disord* [Internet] 2018 [citado 2025 jul 31];225:18-31. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032717311229>
8. Baldisserotto ML, Theme-Filha MM, Osório F de L, Nobre AA, Ayers S, Pereira APE, et al. Factors associated with maternal birth-related posttraumatic stress symptoms (PTSS) in Brazil: The birth in Brazil national research study. *Midwifery* 2025;149:104544.
9. Alemu SS, Jarso MH, Gejo NG, Hebo HJ, Bedeche DY, Bekele F, et al. Prevalence of postpartum post-traumatic stress disorder and associated factors among postnatal mothers in West Arsi zone, South West Ethiopia, 2024: a community-based cross-sectional study. *Front Psychiatry* [Internet] 2024 [citado 2025 jul 20];15. Available from: <https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsyg.2024.1470819/full>
10. Ďuríčeková B, Škodová Z, Bašková M. Risk factors associated with postpartum depression and PTSD after birth in a sample of Slovak women. *Heliyon* [Internet] 2023 [citado 2025 jul 25];10(1):e23560. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10761800/>
11. Liu Y, Zhang L, Guo N, Jiang H. Postpartum depression and postpartum post-traumatic stress disorder: prevalence and associated factors. *BMC Psychiatry* 2021;21(1):487.
12. Martinez-Vázquez S, Rodríguez-Almagro J, Hernández-Martínez A, Delgado-Rodríguez M, Martínez-Galiano JM. Obstetric factors associated with postpartum post-traumatic stress disorder after spontaneous vaginal birth. *Birth* Berkeley Calif 2021;48(3):406-15.

13. Harrison S, Ayers S, Quigley M, Stein A, Alderdice F. Prevalence and factors associated with postpartum posttraumatic stress in a population-based maternity survey in England. *J Affect Disord* 2021;279:749-56.
14. Martinez-Vázquez S, Rodríguez-Almagro J, Hernández-Martínez A, Martínez-Galiano JM. Factors Associated with Postpartum Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) Following Obstetric Violence: A Cross-Sectional Study. *J Pers Med* [Internet] 2021 [citado 2025 jul 3];11(5):338. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8145360/>
15. Gankanda WI, Gunathilake IAGM, Kahawala NL, Ranaweera AKP. Prevalence and associated factors of post-traumatic stress disorder (PTSD) among a cohort of Srilankan post-partum mothers: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet] 2021 [citado 2025 jul 20];21(1). Available from: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-021-04058-z>
16. Hernández-Martínez A, Rodríguez-Almagro J, Molina-Alarcón M, Infante-Torres N, Rubio-Álvarez A, Martínez-Galiano JM. Perinatal factors related to post-traumatic stress disorder symptoms 1–5 years following birth. *Women Birth* [Internet] 2020 [citado 2025 jul 25];33(2):e129-35. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1871519218316330>
17. OPS/OMS, Organización Panamericana de la Salud. Salud mental [Internet]. 2025 [citado 2025 nov 14];Available from: <https://www.paho.org/en/topics/mental-health>
18. Loyola Cruz MA. Estrés Postraumático en Puérperas Post Parto Eutóxico y Cesareadas en el Hospital Goyeneche Arequipa 2017. 2017 [citado 2025 jul 20];Available from: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/handle/20.500.12920/6486>
19. Castillo JES, Schaeffer VP, Murga HV, Arana YR, Cárdenas YC, Portocarrero SS, et al. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en las Ciudades de Cusco y Huancayo 2011: Publicado: 7 de enero de 2014. *An Salud Ment* [Internet] 2013 [citado 2025 ago 3];29(1 y 2):~~2~~ páginas: 1-373. Available from: <https://openjournal.insm.gob.pe/revistasm/asm>
20. Un 32.2% de cusqueños ha presentado un trastorno mental en algún momento de su vida [Internet]. [citado 2025 ago 3];Available from: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/32964-un-32-2-de-cusqueños-ha-presentado-un-trastorno-mental-en-algun-momento-de-su-vida>
21. Coaquirá Huanca C. Relación de la psicoprofilaxis obstétrica con los resultados obstétricos, neonatales y en la salud mental perinatal de primigestas en hospitales de la ciudad del Cusco, 2020. Univ Nac San Antonio Abad Cusco [Internet] 2020 [citado 2025 ago 4];Available from: <https://repositorio.unsaac.edu.pe/handle/20.500.12918/5376>
22. Establecimientos de salud Minsa atendieron más de 42 000 casos por reacción a estrés agudo y postraumático [Internet]. [citado 2025 dic 26];Available from: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/967445-establecimientos-de-salud-minsa-atendieron-mas-de-42-000-casos-por-reaccion-a-estres-agudo-y-postraumatico>
23. Salud mental materna: clave para una maternidad segura, saludable y con bienestar emocional [Internet]. [citado 2025 ago 3];Available from: [https://www.gob.pe/institucion/insm/noticias/1168488-salud-mental-materna-clave-para-una-maternidad-segura-saludable-y-con-bienestar-emocional?utm\\_source=chatgpt.com](https://www.gob.pe/institucion/insm/noticias/1168488-salud-mental-materna-clave-para-una-maternidad-segura-saludable-y-con-bienestar-emocional?utm_source=chatgpt.com)

24. Leveau-Bartra HR, Chávez-Navarro JR, Calle-Vilca LA, Guerrero-Ortiz HA, Mejia-Lengua CE, Luján-Divizzia BM, et al. Factores asociados a la depresión posparto en puérperas de un hospital peruano. *Clínica E Investig En Ginecol Obstet* 2024;51(4):100986.
25. Martínez-Vazquez S, Rodríguez-Almagro J, Hernández-Martínez A, Delgado-Rodríguez M, Martínez-Galiano JM. Long-Term High Risk of Postpartum Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) and Associated Factors. *J Clin Med* 2021;10(3):488.
26. Hernández- Martínez A, Rodríguez-Almagro J, Molina-Alarcón M, Infante-Torres N, Donate Manzanares M, Martínez-Galiano JM. Postpartum post-traumatic stress disorder: Associated perinatal factors and quality of life. *J Affect Disord* [Internet] 2019 [citado 2025 jul 31];249:143-50. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032718327964>
27. WMA - The World Medical Association-Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas con participantes humanos [Internet]. [citado 2025 ago 4];Available from: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
28. INCMNSZ. INCMNSZ [Internet]. Sitio Web Inst. Nac. Cienc. Médicas Nutr. Salvador Zubirán [citado 2025 ago 4];Available from: <https://www.incmnsz.mx>
29. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan & Sadok's Comprehensive textbook of Psychiatry. 10th ed. Wolters Kluwer; 2017.
30. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5. 5ta ed. Panamericana; 2014.
31. F. Gary Cunningham, Kenneth J. Leveno, Jodi S. Dashe. Williams OBSTETRICIA. Vigésimasexta Edición. Ciudad de México: McGraw-Hill; 2022.
32. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de atención del parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Primera Edición. Madrid: Sanidad; 2012.
33. J. Martín Maldonado-Durán. Salud Mental Perinatal. Primera Edición. Washington, D. C.: Organización Panamericana de la Salud; 2011.
34. Horsch A, Garthus-Niegel S, Ayers S, Chandra P, Hartmann K, Vaisbuch E, et al. Childbirth-related posttraumatic stress disorder: definition, risk factors, pathophysiology, diagnosis, prevention, and treatment. *Am J Obstet Gynecol* 2024;230(3):S1116-27.
35. Yadira Alcántara Calderón, Nitzia Araiza Cervantes. Psiquiatría Clínica. Segunda Edición. México D.F.: sociación IberoLatinoAmericana de Neurociencias y Psiquiatría; 2021.
36. Benjamin James Sadock, Virginia Alcott Sadock, Pedro ruiz. Manual de Psiquiatría Clínica. Cuarta Edición. Barcelona: Wolters Kluwer; 2018.
37. Fernández Clemente L, Olza Fernández I. Revisión sistemática del tratamiento del trastorno de estrés postraumático postparto. *Psicosomàtica Psiquiatr* 2021;Núm. 5 (2018): abrilmayo.
38. Canada PHA of. Chapter 2: Preconception care [Internet]. 2017 [citado 2025 dic 16];Available from: <https://www.canada.ca/en/public>

39. Período intraparto | Clinicalinfo [Internet]. [citado 2025 dic 16];Available from: <https://clinicalinfo.hiv.gov/es/glossary/periodo-intraparto>
40. Chauhan G, Tadi P. Physiology, Postpartum Changes [Internet]. En: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [citado 2025 dic 16]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK555904/>
41. Ayers S, Bond R, Bertullies S, Wijma K. The aetiology of post-traumatic stress following childbirth: a meta-analysis and theoretical framework. *Psychol Med* [Internet] 2016 [citado 2025 ago 15];46(6):1121-34. Available from: <https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/aetiology-of-posttraumatic-stress-following-childbirth-a-metanalysis-and-theoretical-framework/10D8B61EB50E47820CEF4053800D0BE3>
42. Zalaquett C, Wood R. Evaluating stress: A book of resource [Internet]. 1998 [citado 2025 jul 15]. Available from: [https://scholar.google.com/scholar\\_lookup?title=Evaluating%20Stress.%20A%20Book%20of%20Resources&author=M%20Hynan&publication\\_year=1998&](https://scholar.google.com/scholar_lookup?title=Evaluating%20Stress.%20A%20Book%20of%20Resources&author=M%20Hynan&publication_year=1998&)
43. Quinnell FA, Hynan MT. Convergent and discriminant validity of the perinatal PTSD questionnaire (PPQ): A preliminary study. *J Trauma Stress* 1999;12(1):193-9.
44. Callahan JL, Borja SE, Hynan MT. Modification of the Perinatal PTSD Questionnaire to enhance clinical utility. *J Perinatol* 2006;26(9):533-9.
45. Park YK, Ju HO, Na H. Reliability and Validity of the Korean Version of the Perinatal Post-Traumatic Stress Disorder Questionnaire. *J Korean Acad Nurs* 2016;46(1):29.
46. Zhang D, Zhang J, Gan Q, Wang Q, Fan N, Zhang R, et al. Validating the Psychometric Characteristics of the Perinatal Posttraumatic Stress Disorder Questionnaire (PPQ) in a Chinese Context. *Arch Psychiatr Nurs* 2018;32(1):57-61.
47. Pierrehumbert B, Borghini A, Forcada-Guex M, Jaunin L, Müller-Nix C, Ansermet F. Validation française d'un questionnaire de stress post-traumatique destiné aux parents d'enfants présentant un risque périnatal élevé. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr* 2004;162(9):711-21.
48. Hernández-Martínez A, Martínez-Vázquez S, Rodríguez-Almagro J, Khan KS, Delgado-Rodríguez M, Martínez-Galiano JM. Validation of perinatal post-traumatic stress disorder questionnaire for Spanish women during the postpartum period. *Sci Rep* 2021;11:5567.
49. ¿Qué es el trastorno de estrés postraumático (TEPT)? [Internet]. [citado 2025 jul 20];Available from: <https://www.psychiatry.org:443/patients-families/la-salud-mental/trastorno-de-estres-postraumatico-tept/%C3%A9-que-es-el-trastorno-de-estres-postraumatico-tept>
50. Trabajo de parto normal: fisiología, evaluación y manejo - StatPearls - Biblioteca del NCBI [Internet]. [citado 2025 jul 20];Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK544290/>
51. Horsch A, Garthus-Niegel S, Ayers S, Chandra P, Hartmann K, Vaisbuch E, et al. Childbirth-related posttraumatic stress disorder: definition, risk factors,

- pathophysiology, diagnosis, prevention, and treatment. *Am J Obstet Gynecol* 2024;230(3):S1116-27.
52. Qué es el puerperio y las etapas del posparto | UNICEF [Internet]. [citado 2025 jul 20];Available from: <https://www.unicef.org/uruguay/crianza/embarazo/que-es-el-puerperio-y-las-etapas-del-posparto>
  53. Horsch A, Garthus-Niegel S, Ayers S, Chandra P, Hartmann K, Vaisbuch E, et al. Childbirth-related posttraumatic stress disorder: definition, risk factors, pathophysiology, diagnosis, prevention, and treatment. *Am J Obstet Gynecol* [Internet] 2024 [citado 2025 jul 24];230(3):S1116-27. Available from: [https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(23\)00713-5/fulltext](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(23)00713-5/fulltext)
  54. Alves B/ O/ OM. DeCS. Edad Materna [Internet]. [citado 2025 nov 14];Available from: [https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=29441&filter=ths\\_termall&q=EDAD%20materna](https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=29441&filter=ths_termall&q=EDAD%20materna)
  55. Alves B/ O/ OM. DeCS. Estado civil. [Internet]. [citado 2025 nov 14];Available from: [https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=30663&filter=ths\\_termall&q=estado%20civil](https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=30663&filter=ths_termall&q=estado%20civil)
  56. Alves B/ O/ OM. DeCS. Nivel educativo. [Internet]. [citado 2025 nov 14];Available from: [https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=4592&filter=ths\\_termall&q=nivel%20educativo](https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=4592&filter=ths_termall&q=nivel%20educativo)
  57. Alves B/ O/ OM. DeCS. Apoyo social percibido. [Internet]. [citado 2025 nov 14];Available from: [https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=13328&filter=ths\\_termall&q=apoyo%20social](https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=13328&filter=ths_termall&q=apoyo%20social)
  58. Howard LM, Khalifeh H. Perinatal mental health: a review of progress and challenges. *World Psychiatry* [Internet] 2020 [citado 2025 nov 14];19(3):313-27. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7491613/>
  59. Alves B/ O/ OM. DeCS. Depresión posparto. [Internet]. [citado 2025 nov 14];Available from: [https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=32776&filter=ths\\_termall&q=depresion](https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=32776&filter=ths_termall&q=depresion)
  60. Alves B/ O/ OM. DeCS. Paridad. [Internet]. [citado 2025 nov 14];Available from: [https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=10487&filter=ths\\_termall&q=paridad](https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=10487&filter=ths_termall&q=paridad)
  61. Faisal-Cury A, Menezes PR. Type of delivery is not associated with maternal depression. *Arch Womens Ment Health* 2019;22(5):631-5.
  62. Alves B/ O/ OM. DeCS. Lugar del parto. [Internet]. [citado 2025 nov 14];Available from: [https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=57506&filter=ths\\_termall&q=lugar%20de%20parto](https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=57506&filter=ths_termall&q=lugar%20de%20parto)
  63. Real Academia Nacional de Medicina. Complicación obstétrica. [Internet]. [citado 2025 nov 14];Available from: [https://dtme.ranm.es/busador.aspx?NIVEL\\_BUS=3&LEMA\\_BUS=complicacion%20obstetrica](https://dtme.ranm.es/busador.aspx?NIVEL_BUS=3&LEMA_BUS=complicacion%20obstetrica)
  64. Nagle U, Naughton S, Ayers S, Cooley S, Duffy RM, Dikmen-Yildiz P. A survey of perceived traumatic birth experiences in an Irish maternity sample – prevalence, risk factors and follow up. *Midwifery* [Internet] 2022 [citado 2025 nov 14];113:103419. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613822001693>

65. Lopes F, Nakamura MU, Nomura RMY. Women's satisfaction with childbirth in a public hospital in Brazil. *Birth Berkeley Calif* 2021;48(2):251-6.
66. Maher GM, McKernan J, O'Byrne L, Walsh BH, Corcoran P, Greene RA, et al. Predicting Admission to Neonatal Care Unit at Mid-Pregnancy and Delivery Using Data from a General Obstetric Population. *Matern Child Health J* 2024;28(12):2060-70.
67. Hernandez-Sampieri R, investigación MCM. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. 1.a. Ciudad de México: Mc Graw Hill Education; 2018.
68. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. México, D.F.: McGraw-Hill Education; 2014.
69. Contreras-Carreto NA, Moreno-Sánchez P, Márquez-Sánchez E, Vázquez-Solares V, Pichardo-Cuevas M, Ramírez-Montiel ML, et al. Salud mental perinatal y recomendaciones para su atención integral en hospitales ginecoobstétricos. *Cir Cir [Internet]* 2022 [citado 2025 dic 6];90(4):564-72. Available from: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S2444-054X2022000400564&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2444-054X2022000400564&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
70. Rondón MB. Salud mental: un problema de salud pública en el Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Pública [Internet]* 2006 [citado 2025 dic 6];23(4):237-8. Available from: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1726-46342006000400001&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1726-46342006000400001&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
71. Organización mundial de la salud. Informe mundial sobre salud mental , Transformar la salud mental para todos [Internet]. Available from: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240050860>
72. Henriques T, Moraes CL de, Reichenheim ME, Azevedo GL de, Coutinho ESF, Figueira IL de V. Transtorno do estresse pós-traumático no puerpério em uma maternidade de alto risco fetal no Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública [Internet]* 2015 [citado 2025 dic 7];31:2523-34. Available from: <https://www.scielo.br/j/csp/a/jkVHhmqgL97W4hGf5TNfsRy/?lang=pt>
73. Dekel S, Stuebe C, Dishy G. Childbirth Induced Posttraumatic Stress Syndrome: A Systematic Review of Prevalence and Risk Factors. *Front Psychol [Internet]* 2017 [citado 2025 jul 24];8:560. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5387093/>
74. Jares KR, Rodríguez FS, Garcia CM, Mamani FC, Guillen JF, Vidaurre JS, et al. Cusco-Encuesta demográfica y de Salud Familiar, ENDES 2023. 2023;
75. Hernández-Martínez A, Rodríguez-Almagro J, Molina-Alarcón M, Infante-Torres N, Donate Manzanares M, Martínez-Galiano JM. Postpartum post-traumatic stress disorder: Associated perinatal factors and quality of life. *J Affect Disord* 2019;249:143-50.
76. Burdecka, Julia Mariana, Szablewska, Anna Weronika. Predictores sociodemográficos de los síntomas de estrés postraumático posparto: estudio transversal - PMC [Internet]. [citado 2025 dic 7];Available from: [https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12460328/?utm\\_source=chatgpt.com](https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12460328/?utm_source=chatgpt.com)
77. Jingfen Chen, Shu Wang, Xiaolu Lai. La asociación entre el apoyo social y el trastorno de estrés postraumático posparto | BMC Embarazo y Parto [Internet]. [citado 2025 dic 7];Available from: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12884-024-07088-5>

78. Gankanda WI, Gunathilake IAGMP, Kahawala NL, Ranaweera AKP. Prevalence and associated factors of post-traumatic stress disorder (PTSD) among a cohort of Srilankan post-partum mothers: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2021;21(1):626.
79. Coocurrencia de depresión, ansiedad y estrés postraumático perinatal en personas posparto | *BMC Embarazo y Parto* [Internet]. [citado 2025 dic 8];Available from: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12884-023-05555-z>
80. Trastorno de estrés postraumático tras el parto | *BMC Psychiatry* [Internet]. [citado 2025 dic 8];Available from: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12888-021-03158-6>
81. Swift EM, Guðmundsdóttir F, Einarsdóttir K, Sigurðardóttir VL. Birth satisfaction and symptoms of childbirth related PTSD among women in Iceland: A population-based study. *Sex Reprod Healthc* [Internet] 2024 [citado 2025 dic 8];42:101037. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877575624000922>
82. Experiencia del parto, riesgo de TEPT y resultados obstétricos y neonatales según la asistencia a clases prenatales | *Informes científicos* [Internet]. [citado 2025 dic 8];Available from: <https://www.nature.com/articles/s41598-022-14508-z>
83. Kim WJ, Lee E, Kim KR, Namkoong K, Park ES, Rha D w. Progress of PTSD symptoms following birth: a prospective study in mothers of high-risk infants. *J Perinatol* [Internet] 2015 [citado 2025 dic 8];35(8):575-9. Available from: <https://www.nature.com/articles/jp20159>

## 6. ANEXOS

### 6.1. ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

**Título de la investigación: Factores asociados al trastorno de estrés postraumático posparto en mujeres del Centro de Salud Belenpampa, Cusco-2025**

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLES	INDICADORES	METODOLOGÍA	RECOLECCIÓN DE DATOS Y PLAN DE ANÁLISIS
PG: ¿Cuáles son los factores asociados al trastorno de estrés postraumático posparto en mujeres del Centro de Salud Belenpampa, Cusco-2025?	<b>OG:</b> Determinar los factores asociados al trastorno de estrés postraumático posparto en mujeres del Centro de Salud Belenpampa, Cusco-2025.	<b>HG:</b> Los factores asociados al trastorno de estrés postraumático posparto en mujeres del Centro de Salud Belenpampa, Cusco-2025 son el apoyo social, la presencia de depresión posparto, complicaciones obstétricas y el ingreso del recién nacido a UCI neonatal.		<b>VARIABLE DEPENDIENTE</b>  Trastorno de estrés postraumático postparto	<b>TIPO DE ESTUDIO:</b> Cuantitativo correlacional  <b>ALCANCE / DISEÑO:</b> Observacional Transversal Analítico  <b>UNIDAD DE ANALISIS</b> Mujeres que hayan tenido un parto atendido en establecimientos de salud del en la ciudad del Cusco, durante el año 2024-2025 que acudieron al control de crecimiento y desarrollo del Centro de Salud Belenpampa.  <b>POBLACIÓN Y MUESTRA</b> La población del estudio estará conformada por las mujeres que hayan tenido un parto atendido en establecimientos	<b>INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS</b> El instrumento estará conformado por 3 secciones •Ficha sociodemográfica y obstétrica: la primera sección será una ficha de recolección de datos, diseñada por la investigadora, que consignará información sociodemográfica, psicológica, información obstétrica y relacionados con el parto así como información neonatal relevante. •Cuestionario de Trastorno de Estrés Postraumático Posparto: La segunda sección estará conformado por el Perinatal Posttraumatic Stress Disorder Questionnaire-II (PPQ-II) Escalas complementarias: Depresión Posparto: Se evaluará con la Escala de Depresión de Edimburgo (EPDS).
PE1: ¿Cuál es la prevalencia de trastorno de estrés postraumático posparto en mujeres del Centro de Salud Belenpampa, Cusco-2025?	<b>OE1:</b> Estimar la prevalencia de trastorno de estrés postraumático posparto en mujeres del Centro de Salud Belenpampa, Cusco-2025.	<b>E1:</b> La prevalencia del trastorno de estrés postraumático posparto en mujeres del Centro de Salud Belenpampa, Cusco-2025 es mayor al 10%.		<b>VARIABLES INDEPENDIENTES</b>  <b>1. Factores Sociodemográficos</b>  Edad materna	Edad en años	

<p><b>PE2:</b> ¿Cuál es el principal factor sociodemográfico asociado al trastorno de estrés postraumático posparto en mujeres del centro de salud de Belenpampa, Cusco-2025?</p> <p><b>E3:</b> ¿Cuál es el principal factor relacionado con la salud mental asociado al trastorno de estrés postraumático posparto en mujeres del centro de salud de Belenpampa, Cusco-2025? Cusco-2025?</p> <p><b>PE4:</b> ¿Cuál es el principal factor obstétrico o relacionado con el parto asociado al trastorno de estrés postraumático posparto en mujeres del Centro</p>	<p><b>OE2:</b> Identificar el principal factor sociodemográfico asociado al trastorno de estrés postraumático posparto en mujeres del centro de salud de Belenpampa, Cusco-2025 es el apoyo social.</p> <p><b>OE3:</b> Analizar el principal factor relacionado con la salud mental asociado al trastorno de estrés postraumático posparto en mujeres del Centro de Salud Belenpampa, Cusco-2025.</p> <p><b>OE4:</b> Establecer el principal factor obstétrico o relacionado con el parto asociado al trastorno de estrés postraumático posparto en mujeres del Centro</p>	<p><b>HE2:</b> El principal factor sociodemográfico asociado al trastorno de estrés postraumático posparto en mujeres del Centro de Salud Belenpampa, Cusco-2025 es el apoyo social.</p> <p><b>HE3:</b> El principal factor relacionado con la salud mental asociado al trastorno de estrés postraumático posparto en mujeres del Centro de Salud Belenpampa, Cusco-2025 es la presencia de depresión posparto.</p> <p><b>HE4:</b> El principal factor obstétrico y relacionado con el parto asociado al trastorno de estrés postraumático posparto en mujeres del Centro de Salud Belenpampa, Cusco-2025 son las complicaciones</p>	<p><b>2. Factores relacionados con la salud mental</b></p>		<p>de salud en la ciudad del Cusco, durante el año 2024-2025 que acudan al control de sus hijos al Área de crecimiento y desarrollo del Centro de Salud Belenpampa en el año 2025.</p> <p>La muestra estará conformada por 210 mujeres.</p> <p><b>CRITERIOS DE INCLUSIÓN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Mujeres mayores de 18 años</li> <li>Mujeres después del primer mes hasta los 12 meses del periodo posparto</li> <li>Mujeres con partos únicos o múltiples, independientemente de la vía de parto</li> <li>Madres que acudan al control de sus hijos al Servicio de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud de Belenpampa</li> <li>Mujeres que accedan a participar de manera voluntaria en el estudio, manifestando su conformidad a través de la</li> </ul>	<p>Apoyo social: Se evaluará mediante la Escala de Apoyo Social Percibido (SPSS), La Escala de Satisfacción del Parto Revisada (BSS-R)</p> <p><b>PROCEDIMIENTO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se solicitaron los permisos respectivos a las autoridades del Centro de Salud de Belenpampa</li> <li>Se coordinó con el personal del centro de Salud, específicamente con la licenciada encargada del servicio de CRED (Crecimiento y Desarrollo), para organizar horarios adecuados para la aplicación del cuestionario.</li> <li>Luego, a las mujeres seleccionadas se les explicó los objetivos del estudio y, tras firmar el consentimiento informado, la investigadora y los encuestadores aplicaron el cuestionario PPQ a las participantes de manera presencial, asegurando su confidencialidad.</li> <li>Paralelamente, se procedió a la identificación de los carnés perinatales que cumplen con los criterios de inclusión y exclusión, registrando los datos en la ficha diseñada.</li> </ul>
			<p><b>Historia de salud mental materna previa</b></p> <p>Presencia de algún diagnóstico psiquiátrico previo al embarazo</p>			
			<p><b>Depresión Posparto</b></p> <p>Puntaje total de escala</p>			
<p><b>3. Factores Obstétricos y relacionadas con el parto</b></p>			<p><b>Paridad</b></p> <p>Primípara/ Multípara/ Gran Multípara</p> <p><b>Tipo de parto</b></p> <p>Eutóxico/ Cesárea electiva/ Cesárea emergencia</p> <p><b>Lugar de atención del parto</b></p> <p>Hospital/ Centro de salud / Otro</p> <p><b>Complicaciones obstétricas</b></p> <p>Presencia de complicación y/o morbilidad antes, durante o después del parto.</p> <p><b>Percepción de parto traumático</b></p> <p>Percepción parto traumático</p> <p><b>Satisfacción del parto</b></p> <p>Satisfacción del parto</p>			

<p>PE5: ¿Cuál es la principal factor neonatal asociado al trastorno de estrés postraumático posparto en mujeres del centro de salud de Belenpampa, Cusco-2025?</p>	<p>OG5: Precisar el principal factor neonatal asociado al trastorno de estrés postraumático posparto en mujeres del Centro de Salud Belenpampa, Cusco-2025.</p>	<p>obstétricas.</p> <p>HE5: El principal factor neonatal asociado al trastorno de estrés postraumático posparto en mujeres del Centro de Salud Belenpampa, Cusco-2025 es el ingreso del recién nacido a UCI neonatal.</p>	<p><b>4. Factores Neonatales</b></p>		<p>firma del consentimiento informado.</p> <p><b>CRITERIOS DE EXCLUSIÓN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mujeres menores de edad</li> <li>- Mujeres con tiempo después del parto menos de 1 mes o mas de 12 meses</li> <li>- Mujeres con diagnóstico previo de trastorno de estrés postraumático antes del embarazo actual.</li> <li>- Mujeres con diagnóstico psiquiátrico severo (psicosis, esquizofrenia, entre otros).</li> <li>- Mujeres con antecedentes de un evento traumático importante Ejm: Parto traumático previo, violencia de pareja u otra persona, trauma infantil)</li> <li>- Mujeres con dificultades cognitivas o del lenguaje que impidan responder adecuadamente el cuestionario.</li> </ul>	<p>-Finalmente, los datos recolectados fueron codificados y registrados en una base de datos para su posterior análisis estadístico</p> <p><b>PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS</b></p> <p>Para el análisis de los datos se utilizará el software Stata versión 17.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Análisis univariado: Se realizó un análisis descriptivo de las variables, calculando frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas.</li> <li>• Análisis bivariado: Se efectuó un análisis bivariado mediante la prueba de Chi cuadrado o prueba exacta de Fisher para evaluar la asociación entre el TEPT postparto y las variables independientes, calculando Odds ratio crudos.</li> <li>• Finalmente, se llevó a cabo un análisis multivariado utilizando regresión logística para estimar los Odds ratio ajustados.</li> </ul>
			<p><b>Ingreso a UCI neonatal</b></p> <p>Antecedente de hospitalización del Recién nacido en UCI neonatal</p>	<p><b>Edad del hijo</b></p> <p>Edad del hijo en meses</p>		

		<p style="text-align: center;"><b>JUSTIFICACION</b></p> <p>El trastorno de estrés postraumático postparto es una condición de salud mental que afecta significativamente la calidad de vida de las madres, al afectar su bienestar emocional, dificultar la vinculación afectiva con su hijo y comprometer el adecuado desarrollo socioemocional del infante y familiar. A pesar de su impacto, el trastorno de estrés postraumático posparto permanece subdiagnosticado y escasamente abordado en los servicios de salud materna, especialmente en los establecimientos de nivel primario de atención, donde se concentra la mayor parte de las atenciones de salud.</p> <p>En el Perú, los estudios sobre salud mental materna en el puerperio han sido centrados casi exclusivamente en la depresión posparto, lo que ha contribuido a invisibilizar otras condiciones relevantes como el TEPT-PP. Aunque investigaciones a nivel internacional han encontrado que la prevalencia de TEPT-PP varía entre 3% y 6% en mujeres de la comunidad, la evidencia nacional sigue siendo escasa. Un estudio local ha confirmado la presencia de este trastorno en nuestro contexto; sin embargo, aún no se dispone de información suficiente para dimensionar adecuadamente su magnitud en el país. Esta limitación impide conocer con precisión la magnitud del problema en regiones como Cusco, donde la carga de enfermedad mental es considerable, según datos del Ministerio de Salud.</p> <p>Además, esta investigación tiene valor práctico y científico, ya que puede servir de base para el desarrollo de protocolos clínicos y programas de intervención adaptados a la realidad regional. También responde a prioridades sanitarias actuales, como la reducción de brechas en salud mental, la prevención de complicaciones posparto y la promoción de la salud familiar. Conocer la magnitud y los factores asociados al TEPT-PP en puerperas atendidas en un establecimiento de Salud de primer nivel de atención en Cusco no solo aportará conocimiento relevante a nivel local, sino que también permitirá identificar grupos de riesgo y orientar la implementación de estrategias de tamizaje temprano, consejería y derivación oportuna, lo cual es coherente con el enfoque de atención integral en salud materna y mental promovido por las políticas nacionales e internacionales. De este modo, se contribuirá a mejorar la atención integral posparto y beneficiando la calidad de vida materna y familiar.</p>
--	--	--

Fuente: Elaboración propia, 2025

## 6.2. ANEXO 2: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO  
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



FACTORES ASOCIADOS AL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO  
POSPARTO EN MUJERES DEL CENTRO DE SALUD DE BELENPAMPA, CUSCO-2025

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Previo un cordial saludo:

Mi nombre es Nery Yorka Quinto Nuñez, soy egresada de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, y estoy realizando este estudio como requisito para optar el título profesional de Médica Cirujana. El título del estudio es: "Factores asociados al trastorno de estrés posttraumático posparto en mujeres del Centro de salud de Belenpampa, Cusco-2025".

El estudio consiste en determinar los factores que pueden estar asociados al trastorno de estrés posttraumático posparto en mujeres atendidas en el Centro de Salud Belenpampa en Cusco, 2025. Los resultados obtenidos de esta valiosa información, permitirán buscar dichos factores. La identificación de sus datos será mediante codificación aleatoria, este proceso será estrictamente confidencial, y los datos no podrán ser utilizados con otro fin diferente al proyecto de investigación.

Los resultados de este estudio se utilizarán con fines académicos. La participación es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse a participar o de retirar su participación del mismo en cualquier momento.

Si usted tiene alguna pregunta, comentarlo o preocupación con respecto al proyecto, sienta libertad de hacerlo saber.

Si usted acepta participar en el estudio, le entregaremos una copia de este documento que le pedimos sea tan amable de firmar si se encuentra de acuerdo.

---

Firma de aceptación

SECCIÓN I	UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO FACULTAD DE MEDICINA HUMANA	FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS N° _____
--------------	--	--

## **FACTORES ASOCIADOS AL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO POSPARTO EN MUJERES DEL CENTRO DE SALUD DE BELENPAMPA, CUSCO- 2025**

Estimada usuaria, la invitamos a participar del presente estudio cuyo objetivo es: Determinar la prevalencia y los factores asociados al trastorno de estrés posttraumático postparto en mujeres del Centro de Salud Belenpampa en Cusco en el 2025

### **INSTRUCCIONES**

El presente cuestionario tiene una duración de 15 minutos aproximada, durante el cual usted puede retirarse en cualquier momento. La encuesta es **anónima y confidencial**, le agradeceremos si responde a las preguntas con la verdad y de acuerdo con lo que sabe, esto no es una prueba, **no hay respuestas correctas ni incorrectas**, si no encuentras una respuesta que sea exactamente la que te describe, marca la más parecida.

### **DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

<b>1. Edad</b> _____ años	<b>2. Estado civil:</b> <input type="checkbox"/> Con pareja <input type="checkbox"/> Sin pareja	<b>3. Nivel educativo:</b> <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Superior
---------------------------	--	---

### **FACTORES RELACIONADOS CON LA SALUD MENTAL**

<b>4. Antes de su último embarazo, ¿presentó o fue diagnosticada con algún problema de salud mental (como depresión, ansiedad, u otro)</b>  <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>5. Antes de su último embarazo, ¿ha vivido alguna experiencia traumática importante (Ejm: Parto traumático previo, violencia de pareja u otra persona, trauma infantil)</b>  <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	---

### **FACTORES OBSTÉTRICOS Y RELACIONADAS CON EL PARTO**

<b>6. Número de partos:</b> <input type="checkbox"/> Primipara: 1 parto. <input type="checkbox"/> Multípara: 2-4 partos. <input type="checkbox"/> Gran multípara: ≥5 partos.	<b>7. Último tipo de parto:</b> <input type="checkbox"/> Eutócico <input type="checkbox"/> Cesárea electiva <input type="checkbox"/> Cesárea emergencia
---	--

**7. Lugar de atención del Parto**  HOSPITAL NIVEL III  CENTRO DE SALUD  OTRO

<b>8. Complicaciones obstétricas y/o morbilidad materna :</b> <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> ARO <input type="checkbox"/> Complicaciones hipertensivas <input type="checkbox"/> Complicaciones hemorrágicas <input type="checkbox"/> Infecciones puerperales <input type="checkbox"/> Parto inducido/conducido <input type="checkbox"/> Otras complicaciones	<b>9. ¿Percibió su parto como traumático?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<b>11. FECHA DE PARTO:</b> ____/____/____ Tiempo transcurrido después del parto <input type="text"/> mes/meses

### **FACTORES NEONATALES**

<b>12. ¿Su bebe se hospitalizó en UCI neonatal?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---

SECCIÓN II	UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO FACULTAD DE MEDICINA HUMANA	FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS N° _____
---------------	--	--

### CUESTIONARIO DE TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO PERINATAL

**INDICACIONES:** En el cuestionario hay una lista de síntomas. Lea cada uno de los ítems atentamente e indique cuánto le ha afectado en las últimas semanas.

ÍTEM	Nada	Una o dos veces	A veces	A menudo, pero menos de un mes	A menudo, pero más de un mes
13. ¿He tenido sueños o pesadillas relacionados con el nacimiento de mi bebé?	0	1	2	3	4
14. ¿Me trae malos recuerdos pensar en mi parto o en la estancia de mi bebé en el hospital?	0	1	2	3	4
15. ¿He tenido la sensación repentina de que mi parto volvía a ocurrir (flashback)?	0	1	2	3	4
16. ¿Intento o he intentado evitar pensar en lo relacionado con el nacimiento de mi hijo/a?	0	1	2	3	4
17. ¿Evito hacer cosas que me recuerden el parto o la estancia en el hospital?	0	1	2	3	4
18. ¿Tengo lagunas o me cuesta recordar momentos de mi estancia hospitalaria?	0	1	2	3	4
19. ¿Noto menos interés en cosas con las que antes si disfrutaba?	0	1	2	3	4
20. ¿Me siento sola o distanciada de los demás?	0	1	2	3	4
21. ¿Me ha resultado difícil sentir cariño o amor por los que me rodean?	0	1	2	3	4
22. ¿Estoy teniendo dificultades para dormir?	0	1	2	3	4
23. ¿Me he sentido más enfadada con los demás que anteriormente?	0	1	2	3	4
24. ¿Tengo dificultades para concentrarme a raíz del parto?	0	1	2	3	4
25. ¿Me noto más irritable? (Como si por ejemplo el ruido me molestara más de lo habitual).	0	1	2	3	4
26. ¿Me siento más culpable respecto a las circunstancias que rodearon el nacimiento de mi hijo de lo que me parecería normal?	0	1	2	3	4

<b>SECCIÓN III</b>	UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO FACULTAD DE MEDICINA HUMANA	<b>FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS N° _____</b>	
		<b>ESCALA DE DEPRESIÓN DE EDIMBURGO</b>	
27.He sido capaz de reír y ver el lado divertido de las cosas:	0	Tanto como siempre	
	1	No tanto ahora	
	2	Definitivamente no tanto ahora	
	3	En absoluto	
28.He mirado al futuro con ilusión:	0	Tanto como siempre lo hacía	
	1	Un poco menos que antes	
	2	Mucho menos de lo que solía	
	3	Casi nada	
29.Me he culpado innecesariamente cuando las cosas salían mal:	3	Sí, la mayor parte del tiempo	
	2	Sí, algunas veces	
	1	No muy a menudo	
	0	No, nunca	
30.He estado ansiosa o preocupada sin una buena razón:	0	No, en absoluto	
	1	Casi nunca	
	2	Sí, a veces	
	3	Sí, muy a menudo	
31.He sentido miedo o pánico sin una buena razón:	3	Sí, bastante	
	2	Sí, algunas veces	
	1	No, no mucho	
	0	No, en absoluto	
32.Las cosas se me han hecho difíciles de sobrellevar:	3	Sí, la mayor parte del tiempo no he podido afrontarlas	
	2	Sí, algunas veces no he afrontado tan bien como de costumbre	
	1	No, la mayoría de las veces he afrontado bien	
	0	No, igual de bien que siempre	
33.He estado tan infeliz que he tenido dificultades para dormir:	3	Sí, la mayoría de las veces	
	2	Sí, algunas veces	
	1	No muy a menudo	
	0	No, en absoluto	
34.Me he sentido triste o miserable:	3	Sí, la mayor parte del tiempo	
	2	Sí, bastante a menudo	
	1	No muy a menudo	
	0	No, en absoluto	
35.He estado tan infeliz que he llorado:	3	Sí, la mayoría de las veces	
	2	Sí, bastante a menudo	
	1	Solo de vez en cuando	
	0	No, nunca	
36.Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño a mí misma:	3	Sí, con bastante frecuencia	
	2	A veces	
	1	Casi nunca	
	0	Nunca	

SECCIÓN III	UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO FACULTAD DE MEDICINA HUMANA	FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS N° _____
----------------	--	---

<b>ESCALA DE APOYO SOCIAL PERCIBIDO</b>							
Por favor, lea cuidadosamente cada una de las frases que aparecen a continuación y responda en que medida le describen. Para contestar utilice la siguiente escala.							
1 = Muy en desacuerdo		2 = Bastante en desacuerdo					
3 = Algo en desacuerdo		4 = Ni en desacuerdo ni de acuerdo					
5 = Algo de acuerdo		6 = Bastante de acuerdo					
7 = Muy de acuerdo							
37. Cuando necesito algo, sé que hay algo, sé que hay alguien que me puede ayudar	1	2	3	4	5	6	7
38. Cuando tengo penas o alegrías, hay alguien que me puede ayudar	1	2	3	4	5	6	7
39. Tengo la seguridad que mi familia trata de ayudarme	1	2	3	4	5	6	7
40. Mi familia me da la ayuda y apoyo emocional que requiero	1	2	3	4	5	6	7
41. Hay una persona que me ofrece consuelo cuando lo necesito	1	2	3	4	5	6	7
42. Tengo la seguridad que mis amigos tratan de ayudarme	1	2	3	4	5	6	7
43. Puedo contar con mis amigos cuando tengo problemas	1	2	3	4	5	6	7
44. Puedo conversar de mis problemas con mi familia	1	2	3	4	5	6	7
45. Cuando tengo alegrías o penas puedo compartirlas con mis amigos	1	2	3	4	5	6	7
46. Hay una persona que se interesa por lo que yo siento	1	2	3	4	5	6	7
47. Mi familia me ayuda a tomar decisiones	1	2	3	4	5	6	7
48. Puedo conversar de mis problemas con mis amigos	1	2	3	4	5	6	7
<b>TOTAL</b>							
	ALTO (61-84)	MEDIO(36-60)		BAJO(12-35)			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

<b>ESCALA DE SATISFACCIÓN DEL PARTO – REVISADA (BSS-R)</b>					
Por favor, lea cuidadosamente cada una de las frases que aparecen a continuación y responda en que medida le describen.					
ITEMS	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
49. Superé el parto prácticamente sin daños.	4	3	2	1	0
50. Consideré que mi trabajo de parto fue excesivamente largo.	0	1	2	3	4
51. El personal de la sala de partos me animó a tomar decisiones sobre cómo quería que progresara mi parto.	4	3	2	1	0
52. Sentí mucha ansiedad durante el parto	0	1	2	3	4
53. Me sentí bien apoyada por el personal durante el parto.	4	3	2	1	0
54. El personal se comunicó bien conmigo durante el parto.	4	3	2	1	0
55. Dar a luz fue una experiencia angustiante.	0	1	2	3	4
56. Me sentí fuera de control durante mi experiencia de parto.	0	1	2	3	4
57. No sentí ninguna angustia durante el parto	4	3	2	1	0
58. La sala de partos estaba limpia e higiénica.	4	3	2	1	0
<b>TOTAL</b>					

### 6.3. ANEXO 3: CUADERNILLO DE VALIDACIÓN



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO  
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



#### CUADERNILLO DE VALIDACION DE INSTRUMENTO

#### **“FACTORES ASOCIADOS AL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO POSPARTO EN MUJERES DEL CENTRO DE SALUD DE BELENPAMPA, CUSCO- 2025”**

Solicitud

Estimado(a) doctor(a): \_\_\_\_\_

Motiva la presente el solicitar su valiosa colaboración en la revisión del instrumento anexo, el cual tiene como objeto obtener la validación de la ficha de recolección de datos, que se aplicará para el desarrollo del trabajo denominado:

**“Factores asociados al Trastorno de Estrés Postraumático posparto en mujeres del centro de salud de Belenpampa, Cusco- 2025”**; cuyo objetivo es determinar la prevalencia y los factores asociados al Trastorno de estrés postraumático postparto en mujeres del centro de salud de Belenpampa de la ciudad del Cusco en el 2025“

Acudo a usted, debido a sus conocimientos y experiencias en la materia, los cuales aportarían una útil y completa información para la culminación exitosa de este trabajo de investigación.

Gracias por su valioso aporte y participación



**FACTORES ASOCIADOS AL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO  
POSPARTO EN MUJERES DEL CENTRO DE SALUD DE BELENPAMPA, CUSCO-2025**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Previo un cordial saludo:

Mi nombre es Nery Yorka Quinto Nuñez y soy egresada de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, y estoy realizando este estudio como requisito para optar el título profesional de Médica Cirujana. El título del estudio es: **“Factores asociados al Trastorno de Estrés Postraumático posparto en mujeres del centro de salud de Belenpampa, Cusco- 2025”**.

El estudio consiste en determinar los factores que pueden estar asociados al trastorno de estrés postraumático posparto en mujeres atendidas en el Centro de Salud Belenpampa en Cusco, 2025. Los resultados obtenidos de esta valiosa información, permitirán buscar dichos factores. La identificación de sus datos será mediante codificación aleatoria, este proceso será estrictamente confidencial, y los datos no podrán ser utilizados con otro fin diferente al proyecto de investigación.

Los resultados de este estudio se utilizarán con fines académicos. La participación es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse a participar o de retirar su participación del mismo en cualquier momento.

Si usted tiene alguna pregunta, comentarlo o preocupación con respecto al proyecto, sienta libertad de hacerlo saber.

Si usted acepta participar en el estudio, le entregaremos una copia de este documento que le pedimos sea tan amable de firmar si se encuentra de acuerdo.

-----  
**Firma de aceptación**

SECCIÓN I	UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO FACULTAD DE MEDICINA HUMANA	FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS N° _____
--------------	--	--

## **FACTORES ASOCIADOS AL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO POSPARTO EN MUJERES DEL CENTRO DE SALUD BELENPAMPA, CUSCO-2025**

Estimada usuaria, la invitamos a participar del presente estudio cuyo objetivo es: Determinar la prevalencia y los factores asociados al trastorno de estrés posttraumático postparto en mujeres del Centro de Salud Belenpampa de la ciudad del Cusco en el 2025

### **INSTRUCCIONES**

El presente cuestionario tiene una duración de 15 minutos aproximada, durante el cual usted puede retirarse en cualquier momento. La encuesta es **anónima y confidencial**, le agradeceremos si responde a las preguntas con la verdad y de acuerdo con lo que sabe, esto no es una prueba, **no hay respuestas correctas ni incorrectas**, si no encuentras una respuesta que sea exactamente la que te describe, marca la más parecida.

### **DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

1. Edad _____ años	2. Estado civil: <input type="checkbox"/> Con pareja <input type="checkbox"/> Sin pareja	3. Nivel educativo: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Superior
--------------------	---	--

### **FACTORES RELACIONADOS CON LA SALUD MENTAL**

4. Antes de su último embarazo, ¿presentó o fue diagnosticada con algún problema de salud mental (como depresión, ansiedad, u otro)	5. Antes de su último embarazo, ¿ha vivido alguna experiencia traumática importante (Ejm: Parto traumático previo, violencia de pareja u otra persona, trauma infantil)
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

### **FACTORES OBSTÉTRICOS Y RELACIONADAS CON EL PARTO**

6. Número de partos: <input type="checkbox"/> Primípara: 1 parto. <input type="checkbox"/> Multipara: 2-4 partos. <input type="checkbox"/> Gran multipara: ≥5 partos.	7. Último tipo de parto: <input type="checkbox"/> Eutócico <input type="checkbox"/> Cesárea electiva <input type="checkbox"/> Cesárea emergencia
--	---

8. Lugar de atención del Parto  HOSPITAL NIVEL III  CENTRO DE SALUD  OTRO

9. Complicaciones obstétricas y/o morbilidad materna : <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> ARO <input type="checkbox"/> Complicaciones hipertensivas <input type="checkbox"/> Complicaciones hemorrágicas <input type="checkbox"/> Infecciones puerperales <input type="checkbox"/> Parto inducido/conducido <input type="checkbox"/> Otras complicaciones	10. ¿Percibió su parto como traumático? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	11. FECHA DE PARTO: ____/____/____ Tiempo transcurrido después del parto <input type="text"/> mes/meses

### **FACTORES NEONATALES**

12. ¿Su bebe se hospitalizó en UCI neonatal?

Sí  
 No

<b>SECCIÓN II</b>	UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO FACULTAD DE MEDICINA HUMANA	<b>FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS N° _____</b>
-----------------------	--	---

### CUESTIONARIO DE TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO PERINATAL

**INDICACIONES:** En el cuestionario hay una lista de síntomas. Lea cada uno de los ítems atentamente e indique cuánto le ha afectado en las últimas semanas.

ÍTEM	Nada	Una o dos veces	A veces	A menudo, pero menos de un mes	A menudo, pero más de un mes
13. ¿He tenido sueños o pesadillas relacionados con el nacimiento de mi bebé?	0	1	2	3	4
14. ¿Me trae malos recuerdos pensar en mi parto o en la estancia de mi bebé en el hospital?	0	1	2	3	4
15. ¿He tenido la sensación repentina de que mi parto volvía a ocurrir (flashback)?	0	1	2	3	4
16. ¿Intento o he intentado evitar pensar en lo relacionado con el nacimiento de mi hijo/a?	0	1	2	3	4
17. ¿Evito hacer cosas que me recuerden el parto o la estancia en el hospital?	0	1	2	3	4
18. ¿Tengo lagunas o me cuesta recordar momentos de mi estancia hospitalaria?	0	1	2	3	4
19. ¿Noto menos interés en cosas con las que antes si disfrutaba?	0	1	2	3	4
20. ¿Me siento sola o distanciada de los demás?	0	1	2	3	4
21. ¿Me ha resultado difícil sentir cariño o amor por los que me rodean?	0	1	2	3	4
22. ¿Estoy teniendo dificultades para dormir?	0	1	2	3	4
23. ¿Me he sentido más enfadada con los demás que anteriormente?	0	1	2	3	4
24. ¿Tengo dificultades para concentrarme a raíz del parto?	0	1	2	3	4
25. ¿Me noto más irritable? (Como si por ejemplo el ruido me molestara más de lo habitual).	0	1	2	3	4
26. ¿Me siento más culpable respecto a las circunstancias que rodearon el nacimiento de mi hijo de lo que me parecería normal?	0	1	2	3	4

<b>SECCIÓN III</b>	<b>UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO FACULTAD DE MEDICINA HUMANA</b>	<b>FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS N° _____</b>
<b>ESCALA DE DEPRESIÓN DE EDIMBURGO</b>		
27. He sido capaz de reír y ver el lado divertido de las cosas:	0	Tanto como siempre
	1	No tanto ahora
	2	Definitivamente no tanto ahora
	3	En absoluto
28. He mirado al futuro con ilusión:	0	Tanto como siempre lo hacía
	1	Un poco menos que antes
	2	Mucho menos de lo que solía
	3	Casi nada
29. Me he culpado innecesariamente cuando las cosas salían mal:	3	Sí, la mayor parte del tiempo
	2	Sí, algunas veces
	1	No muy a menudo
	0	No, nunca
30. He estado ansiosa o preocupada sin una buena razón:	0	No, en absoluto
	1	Casi nunca
	2	Sí, a veces
	3	Sí, muy a menudo
31. He sentido miedo o pánico sin una buena razón:	3	Sí, bastante
	2	Sí, algunas veces
	1	No, no mucho
	0	No, en absoluto
32. Las cosas se me han hecho difíciles de sobrellevar:	3	Sí, la mayor parte del tiempo no he podido afrontarlas
	2	Sí, algunas veces no he afrontado tan bien como de costumbre
	1	No, la mayoría de las veces he afrontado bien
	0	No, igual de bien que siempre
33. He estado tan infeliz que he tenido dificultades para dormir:	3	Sí, la mayoría de las veces
	2	Sí, algunas veces
	1	No muy a menudo
	0	No, en absoluto
34. Me he sentido triste o miserable:	3	Sí, la mayor parte del tiempo
	2	Sí, bastante a menudo
	1	No muy a menudo
	0	No, en absoluto
35. He estado tan infeliz que he llorado:	3	Sí, la mayoría de las veces
	2	Sí, bastante a menudo
	1	Solo de vez en cuando
	0	No, nunca
36. Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño a mi misma:	3	Sí, con bastante frecuencia
	2	A veces
	1	Casi nunca
	0	Nunca

## ESCALA DE APOYO SOCIAL PERCIBIDO

Por favor, lea cuidadosamente cada una de las frases que aparecen a continuación y responda en que medida le describen. Para contestar utilice la siguiente escala.

1 = Muy en desacuerdo	2 = Bastante en desacuerdo
3 = Algo en desacuerdo	4 = Ni en desacuerdo ni de acuerdo
5 = Algo de acuerdo	6 = Bastante de acuerdo
7 = Muy de acuerdo	

37. Cuando necesito algo, sé que hay algo, sé que hay alguien que me puede ayudar	1	2	3	4	5	6	7
38. Cuando tengo penas o alegrías, hay alguien que me puede ayudar	1	2	3	4	5	6	7
39. Tengo la seguridad que mi familia trata de ayudarme	1	2	3	4	5	6	7
40. Mi familia me da la ayuda y apoyo emocional que requiero	1	2	3	4	5	6	7
41. Hay una persona que me ofrece consuelo cuando lo necesito	1	2	3	4	5	6	7
42. Tengo la seguridad que mis amigos tratan de ayudarme	1	2	3	4	5	6	7
43. Puedo contar con mis amigos cuando tengo problemas	1	2	3	4	5	6	7
44. Puedo conversar de mis problemas con mi familia	1	2	3	4	5	6	7
45. Cuando tengo alegrías o penas puedo compartirlas con mis amigos	1	2	3	4	5	6	7
46. Hay una persona que se interesa por lo que yo siento	1	2	3	4	5	6	7
47. Mi familia me ayuda a tomar decisiones	1	2	3	4	5	6	7
48. Puedo conversar de mis problemas con mis amigos	1	2	3	4	5	6	7
<b>TOTAL</b>							
	<b>ALTO (61-84)</b>		<b>MEDIO(36-60)</b>		<b>BAJO(12-35)</b>		

## ESCALA DE SATISFACCIÓN DEL PARTO – REVISADA (BSS-R)

Por favor, lea cuidadosamente cada una de las frases que aparecen a continuación y responda en que medida le describen.

ITEMS	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
49. Superé el parto prácticamente sin daños.	4	3	2	1	0
50. Consideré que mi trabajo de parto fue excesivamente largo.	0	1	2	3	4
51. El personal de la sala de partos me animó a tomar decisiones sobre cómo quería que progresara mi parto.	4	3	2	1	0
52. Sentí mucha ansiedad durante el parto	0	1	2	3	4
53. Me sentí bien apoyada por el personal durante el parto.	4	3	2	1	0
54. El personal se comunicó bien conmigo durante el parto.	4	3	2	1	0
55. Dar a luz fue una experiencia angustiante.	0	1	2	3	4
56. Me sentí fuera de control durante mi experiencia de parto.	0	1	2	3	4
57. No sentí ninguna angustia durante el parto	4	3	2	1	0
58. La sala de partos estaba limpia e higiénica.	4	3	2	1	0
<b>TOTAL</b>					



## FICHA DE VALIDACIÓN POR EXPERTOS

**“FACTORES ASOCIADOS AL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO  
POSPARTO EN MUJERES DEL CENTRO DE SALUD DE BELENPAMPA,  
CUSCO- 2025”**

En las siguientes preguntas usted evalúa el cuestionario para poder validarla.

En las respuestas de tipo Likert, por favor marque con una X la respuesta escogida de entre las seis opciones que se presentan en los casilleros, siendo:

1. Muy desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Indeciso
4. De acuerdo
5. Muy de acuerdo

**HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN DE LA ENCUESTA**

1. ¿Considera Ud. que las preguntas del instrumento, miden lo que pretenden medir?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2. ¿Considera Ud. que la cantidad de preguntas registradas en esta versión son suficiente para tener comprensión de la materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3. ¿Considera Ud. que las preguntas contenidas en este instrumento, son una muestra representativa del universo materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4. ¿Considera Ud. que, si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendremos también datos similares?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5. ¿Considera Ud. que, los conceptos utilizados en este instrumento, son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

6. ¿Considera Ud. que todos y cada una de las preguntas contenidas en este instrumento tienen los mismos objetivos?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

7. ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugares a diversas interpretaciones?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

9. ¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

10. ¿Qué aspectos habría que modificar o que aspectos tendrían que incrementarse o suprimirse?

.....  
 .....  
 .....  
 .....

**Identificación del experto:**

Nombre y Apellido	
Filiación: (Ocupación, grado académico y lugar de trabajo)	
Fecha de validación (Día, mes año)	
Firma	



FICHA DE VALIDACIÓN POR EXPERTOS

**"FACTORES ASOCIADOS AL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO  
POSPARTO EN MUJERES DEL CENTRO DE SALUD DE BELENPAMPA,  
CUSCO- 2025"**

En las siguientes preguntas usted evalúa el cuestionario para poder validarla.

En las respuestas de tipo Likert, por favor marque con una X la respuesta escogida de entre las seis opciones que se presentan en los casilleros, siendo:

1. Muy desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Indeciso
4. De acuerdo
5. Muy de acuerdo

**HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN DE LA ENCUESTA**

1. ¿Considera Ud. que las preguntas del instrumento, miden lo que pretenden medir?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2. ¿Considera Ud. que la cantidad de preguntas registradas en esta versión son suficiente para tener comprensión de la materia de estudio?

1	2	3	4	X
---	---	---	---	---

3. ¿Considera Ud. que las preguntas contenidas en este instrumento, son una muestra representativa del universo materia de estudio?

1	2	3	4	X
---	---	---	---	---

4. ¿Considera Ud. que, si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendremos también datos similares?

1	2	3	4	X
---	---	---	---	---

5. ¿Considera Ud. que, los conceptos utilizados en este instrumento, son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?

1	2	3	X	5
---	---	---	---	---

6. ¿Considera Ud. que todos y cada una de las preguntas contenidas en este instrumento tienen los mismos objetivos?

1	2	3	4	X
---	---	---	---	---

7. ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugares a diversas interpretaciones?

1	2	3	X	5
---	---	---	---	---

8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?

1	2	3	4	X
---	---	---	---	---

9. ¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos materia de estudio?

1	2	3	4	X
---	---	---	---	---

10. ¿Qué aspectos habría que modificar o que aspectos tendrían que incrementarse o suprimirse?

.....  
.....  
.....  
.....

**Identificación del experto:**

Nombre y Apellido	MARIA DAYANA JURADO ANDIA
Filiación: (Ocupación, grado académico y lugar de trabajo)	Médico Psiquiatra
Fecha de validación (Dia, mes año)	28/10/2025
Firma	 M. Dayana Jurado Andia MÉDICO PSQUIATRA C.P. 62000 PUEBLA, PUE.



FICHA DE VALIDACIÓN POR EXPERTOS

**"FACTORES ASOCIADOS AL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO  
POSPARTO EN MUJERES DEL CENTRO DE SALUD DE BELENPAMPA,  
CUSCO- 2025"**

En las siguientes preguntas usted evalúa el cuestionario para poder validarlo.

En las respuestas de tipo Likert, por favor marque con una X la respuesta escogida de entre las seis opciones que se presentan en los casilleros, siendo:

1. Muy desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Indeciso
4. De acuerdo
5. Muy de acuerdo

**HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN DE LA ENCUESTA**

1. ¿Considera Ud. que las preguntas del instrumento, miden lo que pretenden medir?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2. ¿Considera Ud. que la cantidad de preguntas registradas en esta versión son suficiente para tener comprensión de la materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3. ¿Considera Ud. que las preguntas contenidas en este instrumento, son una muestra representativa del universo materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4. ¿Considera Ud. que, si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendremos también datos similares?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5. ¿Considera Ud. que, los conceptos utilizados en este instrumento, son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

6. ¿Considera Ud. que todos y cada una de las preguntas contenidas en este instrumento tienen los mismos objetivos?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

7. ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugares a diversas interpretaciones?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

9. ¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

10. ¿Qué aspectos habría que modificar o que aspectos tendrían que incrementarse o suprimirse?

.....  
.....  
.....

**Identificación del experto:**

Nombre y Apellido	HÉCTOR HUGO ARIAS CHÁVEZ
Filiación: (Ocupación, grado académico y lugar de trabajo)	Médico psiquiatra Profesor Asociado UNISTALC Facultad de Medicina Hospital privado
Fecha de validación (Día, mes año)	11/octubre/2025
Firma	 Hugo Arias Chávez MEDICO PSQUIATRA CNP: 11422 RNE: 5212



FICHA DE VALIDACIÓN POR EXPERTOS

**"FACTORES ASOCIADOS AL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO  
POSPARTO EN MUJERES DEL CENTRO DE SALUD DE BELENPAMPA,  
CUSCO- 2025"**

En las siguientes preguntas usted evalúa el cuestionario para poder validarlo.

En las respuestas de tipo Likert, por favor marque con una X la respuesta escogida de entre las seis opciones que se presentan en los casilleros, siendo:

1. Muy desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Indeciso
4. De acuerdo
5. Muy de acuerdo

**HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN DE LA ENCUESTA**

1. ¿Considera Ud. que las preguntas del instrumento, miden lo que pretenden medir?

1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/> 5
---	---	---	---	---------------------------------------

2. ¿Considera Ud. que la cantidad de preguntas registradas en esta versión son suficiente para tener comprensión de la materia de estudio?

1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/> 5
---	---	---	---	---------------------------------------

3. ¿Considera Ud. que las preguntas contenidas en este instrumento, son una muestra representativa del universo materia de estudio?

1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/> 5
---	---	---	---	---------------------------------------

4. ¿Considera Ud. que, si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendremos también datos similares?

1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/> 5
---	---	---	---	---------------------------------------

5. ¿Considera Ud. que, los conceptos utilizados en este instrumento, son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

6. ¿Considera Ud. que todos y cada una de las preguntas contenidas en este instrumento tienen los mismos objetivos?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

7. ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugares a diversas interpretaciones?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

9. ¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

10. ¿Qué aspectos habría que modificar o que aspectos tendrían que incrementarse o suprimirse?

Ninguna

**Identificación del experto:**

Nombre y Apellido	Cheryl Katherine Villafuerte Escalante
Filiación: (Ocupación, grado académico y lugar de trabajo)	Médico Psiquiatra Hospital Regional del Cusco - Servicio de Psiquiatría
Fecha de validación (Dia, mes año)	20 - 10 - 2025
Firma	



Cheryl Katherine Villafuerte Escalante  
Hospital Regional del Cusco -  
Servicio de Psiquiatría  
Calle 100  
Cusco - Perú  
2025

66



FICHA DE VALIDACIÓN POR EXPERTOS

**"FACTORES ASOCIADOS AL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO  
POSPARTO EN MUJERES DEL CENTRO DE SALUD DE BELENPAMPA,  
CUSCO- 2025"**

En las siguientes preguntas usted evalúa el cuestionario para poder validarla.

En las respuestas de tipo Likert, por favor marque con una X la respuesta escogida de entre las seis opciones que se presentan en los casilleros, siendo:

1. Muy desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Indeciso
4. De acuerdo
5. Muy de acuerdo

**HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN DE LA ENCUESTA**

1. ¿Considera Ud. que las preguntas del instrumento, miden lo que pretenden medir?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2. ¿Considera Ud. que la cantidad de preguntas registradas en esta versión son suficiente para tener comprensión de la materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3. ¿Considera Ud. que las preguntas contenidas en este instrumento, son una muestra representativa del universo materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4. ¿Considera Ud. que, si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendremos también datos similares?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5. ¿Considera Ud. que los conceptos utilizados en este instrumento, son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

6. ¿Considera Ud. que todos y cada una de las preguntas contenidas en este instrumento tienen los mismos objetivos?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

7. ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugares a diversas interpretaciones?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

9. ¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

10. ¿Qué aspectos habría que modificar o que aspectos tendrían que incrementarse o suprimirse?

Identificación del experto:

Nombre y Apellido	Edwin Villavicencio Olarte
Filiación: (Ocupación, grado académico y lugar de trabajo)	Médico Psiquiatra Jefe del Departamento de Salud Mental - Hospital Regional del Cusco
Fecha de validación (Dia, mes año)	
Firma	

Edwin Villavicencio Olarte  
ESPECIALISTA EN PSICOLOGÍA  
HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO

## 6.4. ANEXO 4: VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO  
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



### VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Se utilizó el método de “Distancia del punto medio”

#### Resultados:

Tabla 2: Validación por juicio de expertos

ITEMS	Expertos				PROMEDIO
	A	B	C	D	
1	5	5	5	5	5
2	5	5	5	5	5
3	5	5	5	5	5
4	5	5	5	5	5
5	4	5	5	5	4.75
6	5	5	5	5	5
7	4	5	5	5	4.75
8	5	5	5	5	5
9	5	5	5	5	5

#### Determinación de la distancia del punto múltiple (DPP):

$$DPP = \sqrt{(X - Y_1)^2 + (X - Y_2)^2 + (X - Y_3)^2 + \dots + (X - Y_9)^2}$$

X = Valor máximo concedido a cada ítem en la escala

$Y_n$  = Valor promedio de cada ítem

DPP

=

$$\sqrt{(5 - 5)^2 + (5 - 5)^2 + (5 - 5)^2 + (5 - 5)^2 + (5 - 4.75)^2 + (5 - 5)^2 + (5 - 4.75)^2 + (5 - 5)^2 + (5 - 5)^2}$$

Resultado: DPP = 0.35

**Determinación de la distancia máxima (Dmax) del valor obtenido respecto al punto de referencia cero (0):**

$$DPP = \sqrt{(X_1 - Y_1)^2 + (X_2 - Y_2)^2 + (X_3 - Y_3)^2 + \dots + (X_9 - Y_9)^2}$$

$X_n$  = Valor maximo concedido a cada ítem en la escala

$Y_n$  = Valor mínimo concedido a de cada ítem en la escala

DPP

=

$$\sqrt{(5 - 1)^2 + (5 - 1)^2 + (5 - 1)^2 + (5 - 1)^2 + (5 - 1)^2 + (5 - 1)^2 + (5 - 1)^2 + (5 - 1)^2 + (5 - 1)^2}$$

**Resultado: Dmax =12**

Se debe dividir la Distancia máxima (Dmax) entre el valor máximo concedido en la escala

$$\frac{Dmax}{X} = \frac{12}{5} = 2.4$$

Construcción de escala valorativa: Se establece intervalos de valoración tomando como punto partida el valor “cero” (0), cada intervalo tendrá una distancia de 2.4 debido al calculo que se hizo previamente



El valor del punto DPP nos indicara en que región de la escala se encuentra la valoración de nuestro instrumento.

**Conclusión:**

El DPP obtenido fue de **0.35**, situado en la zona de **ADECUACIÓN TOTAL**, lo que evidencia la completa adecuación del instrumento y confirma su validez para ser utilizado en este estudio.

## 6.5. ANEXO 5: AUTORIZACIÓN DEL CENTRO DE SALUD DE BELEN PAMPA



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO**  
**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



“Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana”

DRA. YEERLY TINTAYA TTITO  
Gerente del Centro de Salud Belenpampa  
Presente.-

## SOLICITUD

**Asunto:** Autorización y facilidades para realizar recolección de datos. Trabajo de Investigación

### De mi especial consideración:

Yo, **QUINTO NUÑEZ NERY YORKA** identificada con DNI N° 73209649, en mi calidad de estudiante de la **Facultad de Medicina Humana** de la Escuela Profesional de Medicina Humana, con el código 164587, me es grato dirigirme a su despacho y saludarla y hacerle la solicitud correspondiente.

El motivo del presente es para solicitarle la autorización y facilidades para realizar la investigación titulado **"FACTORES ASOCIADOS AL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO POSPARTO EN MUJERES DEL CENTRO DE SALUD DE BELENPAMPA, CUSCO-2025"** para optar el grado de Médico Cirujano en la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, por lo que acudo a su persona para que me permita hacer la recolección de la información requerida a través de la Ficha de Recolección de Datos mediante entrevista clínica a las madres de los pacientes del área de Crecimiento y desarrollo (CRED), que asisten al Centro de Salud de Belenpampa. El periodo de recolección de datos será de aproximadamente un mes el cual dependerá de la afluencia de los niños al control de Crecimiento y desarrollo, hasta obtener la muestra requerida. Para lo cual se necesitará una coordinación óptima con el personal de dicha área para organizar espacios y horarios adecuados para la aplicación del cuestionario.

Sin más que agregar me despido con las mayores distinciones a su persona, agradeciendo por la atención brindada.

Atentamente,

Bach. Nery Yorka Quinto Nuñez  
DNI: 73209649



CUSCO

Gobierno Regional de  
Cusco

\*D

"CUSCO, CAPITAL HISTÓRICA DEL PERÚ"  
"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA PERUANA"

## CARTA DE AUTORIZACION

LA GERENCIA DE LA MICRORED Y JEFE DEL CENTRO DE SALUD DE BELEMPAMPA DE LA RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO - NORTE.

AUTORIZA :

A doña **NERY YORKA QUINTO NUÑEZ** identificada con D.N.I. N° 73209649 estudiante de la Facultad de Medicina Humana de la Escuela Profesional de Medicina de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, quien ha solicitado autorización para realizar la investigación de Tesis titulado **"Factores Asociados al Transtorno de Estrés Postraumático Pospart en mujeres del Centro de Salud de Belempampa – Cusco - 0225"** en el Centro de Salud de Belempampa.

Por lo que se emite la Autorización correspondiente para que se le brinde las facilidades a la indicada estudiante.

Cusco, 13 de Octubre del 2025.



CENTRO DE SALUD DE BELENPAMPA-SANTIAGO-CUSCO

PLAZOLETA DE BELEN S/N).

TEL. Trámite Documentario 084-238672

[www.csbelenpampa@gmail.com](mailto:www.csbelenpampa@gmail.com)