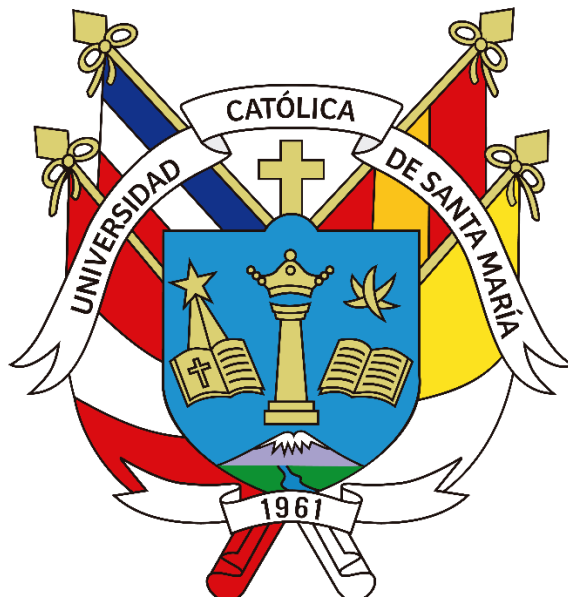


**Universidad Católica de Santa María**  
**Facultad de Medicina Humana**  
**Escuela Profesional de Medicina Humana**



**Incidencia de depresión en puérperas de parto vía vaginal y puérperas con parto por cesárea en el Hospital III Yanahuara Essalud, Arequipa, 2024.**

**Tesis presentada por los Bachilleres:**

**Apaza Begazo, Miguel Antonio**

**ORCID: 0009-0000-1692-7677**

**Quiroz Berroa, Pamela Milagros**

**ORCID: 0009-0007-7663-9432**

**Para optar el Título Profesional de Médico Cirujano**

**Asesor:**

**Dr. Miranda Pinto, Alejandro Ruthbaldo**

**ORCID: 0000-0001-9579-6619**

**Arequipa - Perú**

**2024**

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA**

**MEDICINA HUMANA**

**TITULACIÓN CON TESIS**

**DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR**

Arequipa, 05 de Marzo del 2024

**Dictamen: 011381-C-EPMH-2024**

Visto el borrador del expediente 011381, presentado por:

**2016201381 - APAZA BEGAZO MIGUEL ANTONIO**

**2017210292 - QUIROZ BERROA PAMELA MILAGROS**

Titulado:

**INCIDENCIA DE DEPRESIÓN EN PUÉRPERAS DE PARTO VÍA VAGINAL Y PUÉRPERAS CON PARTO POR CESÁREA EN EL HOSPITAL III YANAHUARA ESSALUD, AREQUIPA, 2024.**

Nuestro dictamen es:

**APROBADO**

**29525538 - HUANQUI GUERRA CARLOS EFRAIN  
DICTAMINADOR**



**29448066 - AGUILAR FLORES JULIO DAMIAN  
DICTAMINADOR**



**29655041 - ZEVALLOS RODRIGUEZ JUAN MANUEL  
DICTAMINADOR**



# Incidencia de depresión en puérperas de parto vía vaginal y puérperas con parto por cesárea en el Hospital III Yanahuara Essalud, Arequipa, 2024.

## ORIGINALITY REPORT

4%

SIMILARITY INDEX

5%

INTERNET SOURCES

2%

PUBLICATIONS

1%

STUDENT PAPERS

## PRIMARY SOURCES

1	<a href="https://repositorio.untumbes.edu.pe">repositorio.untumbes.edu.pe</a> Internet Source	1%
2	<a href="https://journalgestar.org">journalgestar.org</a> Internet Source	1%
3	<a href="https://repositorio.puce.edu.ec">repositorio.puce.edu.ec</a> Internet Source	1%
4	Submitted to Universidad Autónoma de Ica Student Paper	1%
5	<a href="https://bibliotecas.unsa.edu.pe">bibliotecas.unsa.edu.pe</a> Internet Source	1%
6	<a href="https://repositorio.upse.edu.ec">repositorio.upse.edu.ec</a> Internet Source	1%
7	<a href="https://qdoc.tips">qdoc.tips</a> Internet Source	1%

## DEDICATORIA

"A mis queridos padres, Miguel y Rosario, cuyo amor, sacrificio y enseñanzas han sido punto clave en esta travesía de la medicina. A mi adorada hermana Milagros, por ser mi fuente constante de apoyo. Este logro lleva vuestros nombres, con gratitud eterna por ser mi extraordinaria familia."

Miguel

Dedico esta tesis con profundo amor y gratitud a aquellos que han sido fundamentales en mi camino académico y personal:

A mi familia, fuente inagotable de apoyo, paciencia y amor. Cada logro alcanzado es un reflejo de la fortaleza que me han inculcado y del respaldo constante que he recibido.

Gracias por ser mi ancla en las tormentas y por celebrar conmigo cada triunfo.

A mis amigos, compañeros leales en las buenas y las malas. Vuestras risas, palabras de aliento y camaradería han llenado de color los días difíciles. Juntos, hemos compartido este viaje y cada desafío superado es también vuestro logro.

A mis doctores, cuyas enseñanzas han iluminado mi sendero académico. Vuestra sabiduría, dedicación y pasión por la educación han dejado una huella imborrable en mi formación.

Agradezco la inspiración que me han brindado para alcanzar mis metas.

A cada uno de ustedes, mi más sincero agradecimiento. Esta tesis es un testimonio de la colaboración, el afecto y el esfuerzo conjunto. Espero que este logro sea compartido y celebrado con el mismo cariño con el que ha sido dedicado.

Pamela

## **AGRADECIMIENTO**

“Queremos expresar nuestro más profundo agradecimiento a la UCSM por brindarnos una educación excepcional y un entorno propicio para nuestro crecimiento académico. A Essalud, por proporcionar valiosas oportunidades de aprendizaje que enriquecieron nuestra experiencia médica. Al Hospital III Yanahuara, por abrirnos sus puertas y permitir aplicar nuestros conocimientos en un entorno real con fines académicos y científicos a fin de enriquecer nuestro crecimiento profesional . A nuestro asesor de tesis, amigos, seres queridos y familia, su apoyo ha sido fundamental en cada paso. Este logro es el resultado de un esfuerzo conjunto y estamos agradecidos por cada contribución. ¡Gracias por ser parte esencial de nuestro viaje académico!"

## RESUMEN

La investigación titulada "Incidencia de Depresión en Puérperas de Parto Vía Vaginal y Puérperas con Parto por Cesárea en el Hospital III Yanahuara EsSalud, Arequipa, 2024" se enfocó en diferenciar los niveles de depresión posparto entre dos grupos de puérperas. El objetivo principal fue identificar si la modalidad del parto presenta una mayor incidencia de síntomas depresivos. La población de estudio consistió en todas las mujeres que dieron a luz en el mencionado hospital durante febrero de 2024, totalizando 200 puérperas. Se adoptó una metodología transversal y relacional inferencial, utilizando el cuestionario de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo. Las participantes fueron clasificadas según el tipo de parto: 100 tuvieron un parto vaginal y 100 un parto por cesárea. Los resultados revelaron que, en el grupo de parto vaginal, el 71.0% se encontraba en el rango normal, el 13.0% presentaba síntomas de depresión, y el 16.0% experimentaba una fuerte depresión. Por otro lado, en el grupo de parto por cesárea, el 53.0% se encontraba en el rango normal, el 13.0% presentaba síntomas de depresión, y un 34.0% experimentaba una fuerte depresión. La diferencia en la incidencia de fuerte depresión entre los grupos (16.0% en parto vaginal frente a 34.0% en cesárea) fue estadísticamente significativa, con un valor de  $p=0.011$ , según la prueba estadística Chi cuadrado. En conclusión, la investigación evidenció una notable diferencia en la incidencia de fuerte depresión posparto asociada al tipo de parto, siendo significativamente mayor en las puérperas que tuvieron un parto por cesárea. Estos hallazgos subrayan la importancia de considerar el tipo de parto como un factor relevante en la evaluación y manejo de la depresión posparto.

**Palabras clave:** Depresión Posparto, Puérperas, Parto Vaginal, Parto por Cesárea.

## ABSTRACT

The research titled "Incidence of Depression in Postpartum Women After Vaginal Birth and Cesarean Section at Hospital III Yanahuara EsSalud, Arequipa, 2024" focused on differentiating postpartum depression levels between two groups of postpartum women. The main objective was to identify if the mode of delivery presents a higher incidence of depressive symptoms. The study population consisted of all women who gave birth in the mentioned hospital during February 2024, totaling 200 postpartum women. A cross-sectional and inferential relational methodology was adopted, using the Edinburgh Postnatal Depression Scale questionnaire. Participants were classified according to the type of delivery: 100 had a vaginal delivery and 100 had a cesarean section. The results revealed that, in the vaginal birth group, 71.0% were in the normal range for depression, 13.0% had symptoms of depression, and 16.0% experienced severe depression. On the other hand, in the cesarean section group, 53.0% were in the normal range, 13.0% had symptoms of depression, and 34.0% experienced severe depression. The difference in the incidence of severe depression between the groups (16.0% in vaginal birth versus 34.0% in cesarean) was statistically significant, with a p-value of 0.011, according to the Chi-square statistical test. In conclusion, the research evidenced a notable difference in the incidence of severe postpartum depression associated with the type of delivery, being significantly higher in women who had a cesarean section. These findings underscore the importance of considering the type of delivery as a relevant factor in the assessment and management of postpartum depression.

**Keywords:** Postpartum Depression, Postpartum Women, Vaginal Birth, Cesarean Section.

## ÍNDICE GENERAL

RESUMEN .....	vi
ABSTRACT .....	vii
INTRODUCCIÓN .....	1
CAPÍTULO I PLANTAMIENTO TEÓRICO .....	3
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN .....	4
1.1. Determinación del Problema .....	4
1.2. Enunciado del Problema .....	4
1.3. Descripción del Problema .....	4
1.3.1. Área del conocimiento .....	4
1.3.2. Análisis de Variables .....	5
1.3.3. Interrogantes básicas .....	7
1.4. Justificación del problema .....	7
1.4.1. Relevancia Científica .....	7
1.4.2. Relevancia Social .....	7
1.4.3. Originalidad .....	7
1.4.4. Actualidad .....	8
1.4.5. Interés Personal .....	8
1.4.6. Viabilidad .....	8
2. OBJETIVOS .....	9
3. MARCO TEÓRICO .....	9
3.1. Conceptos básicos .....	9
3.1.1. Depresión .....	9
3.1.2. Depresión Posparto .....	18
3.2. Revisión de antecedentes investigativos .....	37
3.2.1. A nivel local .....	37

3.2.2.	A nivel nacional.....	38
3.2.3.	A nivel internacional .....	41
4.	HIPÓTESIS .....	43
CAPÍTULO II MATERIAL Y MÉTODOS.....		44
1.	TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN.....	45
1.1.	Técnica.....	45
1.2.	Instrumentos .....	45
1.3.	Materiales: .....	45
2.	CAMPO DE VERIFICACIÓN .....	45
2.1.	Ámbito:.....	45
2.2.	Unidades de estudio.....	45
2.2.1.	Universo.....	45
2.3.	Temporalidad:.....	46
2.4.	Ubicación espacial:.....	46
2.5.	Tipo de investigación: .....	46
2.6.	Nivel de investigación: .....	46
2.7.	Diseño de investigación:.....	46
3.	ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	47
3.1.	Organización:.....	47
3.2.	Recursos: .....	47
3.2.1.	Humanos:.....	47
3.2.2.	Materiales: .....	47
3.2.3.	Financieros: .....	47
3.3.	Validación de los instrumentos.....	47
3.4.	Plan de Recolección de datos .....	48
3.4.1.	Plan de Procesamiento:.....	48

3.4.2.	Plan de Clasificación: .....	48
3.4.3.	Plan de Recuento: .....	49
3.4.4.	Plan de análisis: .....	49
CAPÍTULO III RESULTADOS .....		50
DISCUSIÓN .....		67
CONCLUSIONES .....		71
RECOMENDACIONES .....		72
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....		73
ANEXOS .....		82
Anexo 1: Consentimiento informado .....		83
Anexo 2: Ficha de recolección de datos .....		84
Anexo 3: Evidencias fotográficas .....		89

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Edad de las puérperas del Hospital III Yanahuara ESSALUD, Arequipa, 2024. ..	51
Tabla 2 Estado civil de las puérperas del Hospital III Yanahuara ESSALUD, Arequipa, 2024. .....	52
Tabla 3 Nivel educativo de las puérperas del Hospital III Yanahuara ESSALUD, Arequipa, 2024. ....	53
Tabla 4 Ocupación de las puérperas del Hospital III Yanahuara ESSALUD, Arequipa, 2024. .....	54
Tabla 5 Lugar de residencia de las puérperas del Hospital III Yanahuara ESSALUD, Arequipa, 2024. ....	55
Tabla 6 Número de hijos de las puérperas del Hospital III Yanahuara ESSALUD, Arequipa, 2024. ....	56
Tabla 7 Factores asociados al parto de las puérperas del Hospital III Yanahuara ESSALUD, Arequipa, 2024. ....	57
Tabla 8 Infecciones previas de las puérperas del Hospital III Yanahuara ESSALUD, Arequipa, 2024. ....	58
Tabla 9 Rotura Prematura de Membranas (RPM) de las puérperas del Hospital III Yanahuara ESSALUD, Arequipa, 2024. ....	59
Tabla 10 Abortos previos de las puérperas del Hospital III Yanahuara ESSALUD, Arequipa, 2024. ....	60
Tabla 11 Tipo de parto de las puérperas del Hospital III Yanahuara ESSALUD, Arequipa, 2024. ....	61
Tabla 12 Nivel de depresión en puérperas después de un parto vía vaginal en el Hospital III Yanahuara EsSalud, Arequipa, en el año 2024. ....	62
Tabla 13 Nivel de depresión en puérperas después de un parto por cesárea en el Hospital III Yanahuara EsSalud, Arequipa, en el año 2024. ....	63
Tabla 14 Depresión posparto entre los dos grupos de puérperas del Hospital III Yanahuara ESSALUD, Arequipa, 2024. ....	64

## INTRODUCCIÓN

La presente investigación tiene como propósito fundamental comparar la incidencia de depresión posparto en mujeres que han experimentado un parto vía vaginal frente a aquellas que han sido sometidas a una cesárea en el Hospital III Yanahuara EsSalud, en la ciudad de Arequipa durante en el periodo de febrero del año 2024. Este estudio toma como punto de partida la variabilidad en la prevalencia de la depresión posparto a nivel mundial y su posible asociación con el tipo de parto, una relación que ha sido motivo de interés y estudio en las últimas décadas.

A nivel global, se estima que la depresión posparto afecta aproximadamente al 13% de las mujeres después del parto. Sin embargo, estudios específicos muestran una gran variabilidad, llegando hasta un 20% en algunos países (1). En el contexto sudamericano, los datos estadísticos muestran una heterogeneidad marcada por factores socioeconómicos y culturales, encontrándose tasas que podrían superar el 25% en algunas regiones, lo que pone de manifiesto la influencia del contexto en la salud mental posparto (2).

Perú no es ajeno a esta realidad. La investigación en el ámbito nacional ha evidenciado una prevalencia de depresión posparto que oscila entre el 15% y el 20%, cifras que resaltan la importancia de abordar esta condición con seriedad y dedicación (3).

El Hospital III Yanahuara EsSalud representa un centro médico de gran actividad obstétrica, siendo uno de los principales establecimientos de salud que atiende partos en la región sur del país, con una considerable cantidad de nacimientos tanto por vía vaginal como por cesárea anualmente.

Diversos estudios han intentado correlacionar el tipo de parto con la incidencia de la depresión posparto, obteniendo resultados variados. Algunos sugieren que el parto por cesárea, al ser un procedimiento quirúrgico mayor, podría estar vinculado a un mayor riesgo de depresión debido a factores como el dolor postquirúrgico, las complicaciones en la recuperación y posibles dificultades en el establecimiento del vínculo temprano entre madre e hijo. Otros, en cambio, no han encontrado diferencias significativas en la incidencia de depresión posparto entre los tipos de parto.

Frente a esta diversidad de resultados, se hace necesario realizar un estudio comparativo en un contexto local que permita esclarecer si existen diferencias significativas en la incidencia de la depresión posparto entre mujeres que han dado a luz por parto vaginal y aquellas que lo han hecho por cesárea en la población de Arequipa.

El proyecto que aquí se propone apunta a contribuir con datos empíricos al debate científico existente y a proporcionar información relevante para el diseño de políticas de salud materna en el Perú, que puedan atender de manera efectiva las necesidades de las puérperas y fomentar una pronta intervención en caso de depresión posparto, mejorando así el pronóstico y calidad de vida de las madres y sus familias.

**CAPÍTULO I**  
**PLANTAMIENTO TEÓRICO**

# **1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

## **1.1. Determinación del Problema**

El periodo posparto es una fase crítica en la vida de la mujer, caracterizado por una serie de ajustes físicos, emocionales y sociales. Dentro de este espectro de cambios, la depresión posparto emerge como un trastorno de considerable importancia debido a su potencial impacto negativo en la madre, el desarrollo infantil y la dinámica familiar. A pesar de su relevancia, esta condición frecuentemente permanece subdiagnosticada y, por ende, sin el tratamiento adecuado.

A nivel internacional y particularmente en Sudamérica, la comprensión de la depresión posparto se ve obstaculizada por la variabilidad de los datos y la inconsistencia en los métodos de evaluación. En el Perú, a pesar de los avances en el reconocimiento de la salud mental materna, aún existen brechas significativas en el conocimiento y manejo de la depresión posparto, y son escasos los estudios que evalúan la influencia del tipo de parto en la incidencia de esta afección.

La determinación del problema de esta investigación se centra en la necesidad de establecer si existe una diferencia en la incidencia de depresión posparto entre las mujeres que han tenido un parto vía vaginal y aquellas que han sido sometidas a una cesárea en el Hospital III Yanahuara EsSalud, Arequipa. Se pretende discernir si el método de parto actúa como un factor de riesgo diferencial para el desarrollo de esta condición.

## **1.2. Enunciado del Problema**

Comparación de la incidencia de depresión en púerperas de parto vía vaginal y púerperas con parto por cesárea en el Hospital III Yanahuara EsSalud, Arequipa, 2024.

## **1.3. Descripción del Problema**

### **1.3.1. Área del conocimiento**

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área específica: Medicina Humana
- Especialidad: Psiquiatría y Salud Mental Materna
- Línea: Epidemiología de trastornos mentales posparto

### 1.3.2. Análisis de Variables

VARIABLE	INDICADOR	UNIDAD /CATEGORÍA	ESCALA
Depresión Postnatal	Cuestionario Sobre Depresión Postnatal Edimburgo (EPDS)	Puntuación total	0 a 9 Rango normal 10 a 12 Presencia de síntomas 13 o más Fuerte depresión

#### Factores sociodemográficos

VARIABLE	INDICADOR	UNIDAD/CATEGORÍA	ESCALA
Edad	Intervalos de 9 años	18 - 27 años 28 - 37 años 38 - 47 años	Años cumplidos al momento del estudio
Estado Civil	Estado conyugal	Soltera Casada Unión libre Divorciada Separada Viuda	Categorico
Nivel de Educación	Grado de instrucción	Primaria Secundaria Superior técnica Superior universitaria Posgrado	Categorico
Ocupación	Tipo de actividad laboral	Ama de casa Profesional Trabajadora independiente Desempleada Estudiante	Categorico
Lugar de Residencia	Tipo de zona de residencia	Urbano Rural	Categorico
Número de Hijos	Cantidad de hijos	Ninguno Uno Dos Tres o más	Numérico, Categorico

Tipo de Parto	Método de parto	Vaginal Cesárea	Categorico
Factores Asociados al Parto	Tipo de parto	Término Pretérmino	Categorico
Infecciones Previas	Presencia de infecciones	Sí No	Categorico
RPM	Rotura Prematura de Membranas	Sí No	Categorico
Abortos Previos	Historial de abortos	Sí No	Categorico

### **1.3.3. Interrogantes básicas**

¿Cuál es el nivel de depresión en puérperas de parto vía vaginal y de un parto por cesárea en el Hospital III Yanahuara EsSalud, Arequipa, 2024?

¿Cuál es la relación entre las variables sociodemográficas y la depresión posnatal según el tipo de parto de las puérperas del Hospital III Yanahuara ESSALUD, Arequipa, 2024?

¿Existe diferencia entre el nivel de depresión en puérperas de parto vía vaginal y puérperas con parto por cesárea en el Hospital III Yanahuara EsSalud, Arequipa, 2024?

## **1.4. Justificación del problema**

### **1.4.1. Relevancia Científica**

La comparación de los niveles de depresión en puérperas de parto vía vaginal y por cesárea aporta datos valiosos al cuerpo de conocimiento médico existente, especialmente en el contexto del Hospital III Yanahuara EsSalud de Arequipa. La evidencia científica sobre las diferencias en el estado mental posparto según el tipo de parto es crucial para el desarrollo de estrategias de prevención, detección temprana y tratamiento de la depresión posparto. Esta investigación contribuirá a la comprensión de la salud mental de las puérperas y ofrecerá información para optimizar los protocolos de cuidado perinatal.

### **1.4.2. Relevancia Social**

Dado que la depresión posparto tiene un impacto significativo en la madre, el recién nacido y la familia, la identificación de factores de riesgo relacionados con el tipo de parto es esencial para la salud pública. La concienciación y el conocimiento derivados de este estudio pueden influir en las políticas de salud, mejorar los servicios de apoyo posparto y promover prácticas de parto más informadas y centradas en la paciente.

### **1.4.3. Originalidad**

A pesar de que existen estudios sobre la depresión posparto, hay un vacío significativo en la investigación que aborda específicamente la incidencia en función del tipo de parto en el contexto peruano y, en particular, en Arequipa. Este estudio propone una mirada original al vincular la modalidad del parto con

el bienestar psicológico posparto en un hospital específico, lo que puede revelar dinámicas únicas y resultados específicos de la población atendida.

#### **1.4.4. Actualidad**

El interés por la salud mental posparto es creciente en la sociedad contemporánea, y este estudio es oportuno en el marco de una tendencia global hacia el reconocimiento y la importancia de la salud mental de las madres. Además, se inscribe dentro de los esfuerzos actuales por humanizar el parto y considerar las necesidades emocionales de las mujeres durante el proceso reproductivo.

#### **1.4.5. Interés Personal**

Los tesisistas tienen un interés personal en el tema, derivado de observaciones clínicas durante las rotaciones en gineco-obstetricia y la identificación de la depresión posparto como un área de gran impacto en la salud de las madres y su calidad de vida. La motivación para contribuir a la mejora del cuidado posparto y la salud mental de las mujeres es una fuerza impulsora detrás de la realización de este estudio.

#### **1.4.6. Viabilidad**

El estudio es viable debido a la accesibilidad de la población objetivo en el Hospital III Yanahuara EsSalud, la disponibilidad de herramientas de evaluación validadas para medir la depresión posparto como la Escala de Depresión y el soporte institucional para la investigación. Además, el diseño comparativo del estudio permite una metodología clara y un análisis estadístico directo, facilitando su ejecución dentro del marco temporal del programa de internado médica.

## **2. OBJETIVOS**

Determinar el nivel de depresión en puérperas después de un parto vía vaginal y de un parto por cesárea en el Hospital III Yanahuara EsSalud, Arequipa, en el año 2024.

Relacionar las variables sociodemográficas y la depresión posnatal según el tipo de parto de las puérperas del Hospital III Yanahuara ESSALUD, Arequipa, 2024.

Diferenciar los niveles de depresión posparto entre los dos grupos de puérperas para identificar si la modalidad del parto presenta una mayor incidencia de síntomas depresivos.

## **3. MARCO TEÓRICO**

### **3.1. Conceptos básicos**

#### **3.1.1. Depresión**

##### **3.1.1.1. Definición de depresión.**

La depresión se describe como una condición emocional en la que se experimenta una notable disminución en la actividad psicofísica. Esta condición se caracteriza por la presencia de emociones profundas de tristeza, sentimientos de culpabilidad, una notable falta de energía y un desinterés general en las actividades diarias. Además, se asocia con una baja autoestima y puede incluir problemas relacionados con la alimentación. Interesantemente, la depresión no solo puede ser un síntoma previo a la aparición de deterioro cognitivo en diversas formas de demencia, sino que también puede ser una manifestación de cambios fisiológicos en el cerebro. Estos cambios pueden alterar el equilibrio químico y las funciones neuronales, lo que contribuye a la aparición de síntomas depresivos. La comprensión de la depresión en este contexto amplio es crucial, ya que ofrece una visión más integral de cómo esta condición puede afectar diversos aspectos de la salud mental y física de una persona (4).

La depresión se define como un estado en el cual el individuo experimenta una pérdida significativa de interés en actividades que anteriormente le resultaban atractivas o gratificantes. Esta condición mental se caracteriza por una percepción negativa del futuro, viéndolo como un cúmulo de problemas sin solución o una serie de sufrimientos sin sentido, aunque la experiencia

individual juega un papel crucial en cómo se manifiesta y desarrolla esta afección (5).

En su forma más severa, conocida como melancolía o trastorno afectivo, la depresión se convierte en un cuadro psiquiátrico grave, donde la persona experimenta una profunda desvitalización y un estado de abandono extremo, llegando incluso a situaciones de psicosis. Además, la depresión puede manifestarse de manera encubierta, tomando formas como la depresión ansiosa, que se caracteriza por una pérdida de interés en actividades previamente placenteras, irritabilidad, autodesvalorización, o una tendencia a magnificar desproporcionadamente los problemas o situaciones que enfrenta la persona. Estas variadas manifestaciones de la depresión indican su complejidad y la necesidad de un enfoque individualizado en su tratamiento y comprensión (4).

Según García y Fernández, es fundamental distinguir la depresión en tres categorías: como síntoma, síndrome y trastorno. Cuando se habla de la depresión como síntoma, se refiere a una tristeza patológica que debe evaluarse en términos de su frecuencia, intensidad y duración. Este tipo de tristeza no solo se encuentra en trastornos psicológicos, sino también en una variedad de condiciones médicas (6).

Por otro lado, la depresión como síndrome implica un conjunto de síntomas que pueden aparecer y desaparecer, incluyendo tristeza, irritabilidad, pérdida de interés o placer en actividades habituales, fatiga, sentimientos de inutilidad y culpa, enlentecimiento psicomotor, insomnio, pensamientos suicidas, falta de apetito, pérdida de peso y dificultad para concentrarse. Finalmente, la depresión como trastorno, o síndrome depresivo, se define con parámetros más específicos, incluyendo la duración (debe durar al menos dos semanas), la gravedad (deben estar presentes al menos cinco de los síntomas mencionados), el curso o la historia natural de la enfermedad, y el grado de disfunción o interferencia en la vida cotidiana de la persona. Esta distinción es crucial para comprender la complejidad de la depresión y para abordarla de manera efectiva en el ámbito clínico y terapéutico (5).

### **3.1.1.2. Tipos de depresión.**

Se han identificado varios tipos de depresión, entre los cuales podemos mencionar los siguientes relevantes para el tema de investigación:

1. Depresión Agitada: Se caracteriza por la predominancia de inquietud e irritabilidad.
2. Depresión Anaclítica: También conocida como depresión dependiente, se manifiesta con tristeza intensa y disforia que surgen por la interrupción del cuidado, la privación, el temor a la pérdida de amor, abandono y empobrecimiento, siendo especialmente significativa en infantes debido a su limitada capacidad para manejar la frustración y su necesidad de ser tranquilizados de manera directa e inmediata
3. Depresión Autónoma: Es un episodio de depresión mayor que ocurre sin un estresor psicosocial evidente. También llamada depresión endógena, se cree que sus causas son biológicas o genéticas (7).
4. Depresión Reactiva: Este tipo de depresión es un episodio depresivo mayor que se desencadena por una situación estresante, ya sea relacionada con el trabajo o una relación sentimental. También conocida como depresión exógena (8).

#### **3.1.1.2.1. El trastorno depresivo grave.**

El Trastorno Depresivo Mayor, también conocido como depresión unipolar, se caracteriza por un estado de ánimo predominantemente triste o irritable que se mantiene durante al menos dos semanas consecutivas y ocupa la mayor parte del día. Las personas con este trastorno experimentan una pérdida significativa de interés o placer en actividades que antes disfrutaban, un fenómeno conocido como anhedonia. Además, presentan al menos cuatro de los siguientes síntomas adicionales:

1. Cambios en el apetito, que pueden llevar a no mantener un peso adecuado para la edad.
2. Alteraciones del sueño, manifestándose como insomnio o hipersomnia.
3. Cambios en la actividad psicomotora, incluyendo agitación o enlentecimiento notable.

4. Falta de energía o fatiga persistente.
5. Sentimientos de culpa o de infravaloración personal.
6. Dificultades para concentrarse, pensar o tomar decisiones.
7. Pensamientos recurrentes sobre la muerte, ideas suicidas o intentos de suicidio (9).

Es importante, al diagnosticar este trastorno, determinar si se trata de un episodio único o recurrente, ya que esto puede influir en el enfoque del tratamiento y en la comprensión de la historia clínica del paciente. El Trastorno Depresivo Mayor es una condición seria que requiere atención médica y tratamiento adecuado para ayudar a la persona a manejar sus síntomas y mejorar su calidad de vida (10).

#### **3.1.1.2.2. El trastorno distímico o distimia.**

El Trastorno Distímico, también conocido como distimia, se caracteriza por la presencia de un estado de ánimo triste o irritabilidad que persiste durante un período de más de un año, prácticamente a diario. Además, para ser diagnosticado como distimia, deben estar presentes al menos dos de los siguientes seis síntomas adicionales:

1. Baja autoestima.
2. Sentimientos de desesperanza.
3. Cambios en el apetito, que pueden manifestarse como pérdida o aumento de peso.
4. Alteraciones en el patrón de sueño, como insomnio o hipersomnía.
5. Falta de energía o fatiga crónica.
6. Dificultad para concentrarse o tomar decisiones (4).

Estas características sintomáticas pueden variar en intensidad a lo largo del tiempo, pero deben estar presentes de manera persistente durante al menos un año. Además, pueden haber períodos de alivio de los síntomas que no suelen durar más de dos meses.

Es importante destacar que, aunque los síntomas de la distimia pueden ser leves en comparación con el Trastorno Depresivo Mayor, esta condición

puede tener un impacto significativo en la calidad de vida de la persona y requiere atención médica y tratamiento adecuado (11).

### **3.1.1.3. Causas de la depresión:**

Los estudios realizados sobre las causas de la depresión han identificado diversos factores que pueden contribuir a su desarrollo:

**Predisposición biológica:** Muchas personas tienen una predisposición genética a la depresión debido a antecedentes familiares. Esta predisposición puede ser el resultado de la alteración de sustancias químicas en el cerebro, como la norepinefrina, la serotonina y la dopamina, que son neurotransmisores que permiten la comunicación entre las neuronas (12).

**Experiencias en la infancia:** Algunas experiencias en la infancia pueden predecir la depresión en la edad adulta. Estas incluyen la pérdida de uno o ambos padres, la incapacidad para formar vínculos afectivos con los cuidadores y la percepción de que no se merece amor o valoración. La rabia también puede ser un factor, ya que puede convertirse en una sensación de impotencia y frustración dirigida hacia uno mismo (13).

**Trastorno Depresivo Mayor:** El Trastorno Depresivo Mayor es el tipo de depresión más común y se caracteriza por la presencia de ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan la capacidad funcional de la persona. El DSM-5 establece criterios diagnósticos para este trastorno, que incluyen la presencia de al menos 5 de los siguientes síntomas durante un período de dos semanas:

Estado de ánimo triste la mayor parte del día.

Pérdida de interés en actividades placenteras.

Cambios en el peso.

Problemas de sueño (insomnio o hipersomnias).

Agitación o enlentecimiento psicomotor.

Fatiga.

Sentimientos de inutilidad o culpa exagerada.

Dificultad para concentrarse o tomar decisiones.

Pensamientos recurrentes de muerte, suicidio o intento de suicidio.

Es importante destacar que, para ser diagnosticada como depresión, los síntomas deben causar un deterioro significativo en el funcionamiento social, laboral u otras actividades, y no deben atribuirse a sustancias o afecciones médicas.

Estos factores pueden interactuar de manera compleja y variar de una persona a otra, contribuyendo al desarrollo de la depresión. La comprensión de estas causas puede ser fundamental para abordar y tratar esta enfermedad de manera efectiva (14).

#### **3.1.1.4. Teorías de la depresión.**

Las teorías sobre la depresión son diversas y buscan comprender las causas y los factores que contribuyen a esta enfermedad. A continuación, se describen algunas de las principales teorías de la depresión.

1. Factores y Modelos Biológicos: Esta teoría sugiere que la depresión puede ser el resultado de desequilibrios en los niveles de neurotransmisores en el cerebro, como la serotonina, la norepinefrina y la dopamina. Estos desequilibrios pueden estar relacionados con factores ambientales estresantes, como la muerte de un ser querido, la separación, los cambios en el entorno, el rechazo social o enfermedades graves. Además, se menciona que los niños tienen una mayor probabilidad de desarrollar depresión si sus padres también la han experimentado (15).

2. Factores y Modelos Psicológicos: En esta teoría, se destacan factores psicológicos que pueden contribuir a la depresión. Se mencionan las actitudes disfuncionales o creencias irracionales que pueden formarse en una persona a través de la interpretación de la realidad. La "teoría cognitiva de la depresión de Beck" sostiene que estos esquemas cognitivos pueden llevar a errores en el procesamiento de la información, como la sobregeneralización, la personalización y el pensamiento dicotómico. Se forma así la "triada cognitiva negativa o depresiva", donde se magnifica la información negativa y se minimiza la positiva (16).

3. Modelos Integradores: Esta teoría sugiere que la depresión puede surgir como resultado de eventos estresantes en el entorno, ya sean crónicos o

puntuales. Estos eventos pueden afectar especialmente a niños y adolescentes y pueden incluir la depresión de los padres, relaciones familiares difíciles y la pérdida de seres queridos. Se menciona la "teoría reformulada de la indefensión aprendida", que destaca cómo los niños y adolescentes tienden a culparse a sí mismos por los sucesos negativos, lo que puede llevar a la desesperanza y la depresión (17).

4. Teorías Cognitivo-Conductuales: Se mencionan varias teorías cognitivo-conductuales, como la teoría de Lewinsohn, que sugieren que la depresión puede estar relacionada con déficits en el autocontrol y patrones de pensamiento rumiativo. Estos patrones incluyen una tendencia a reaccionar de manera negativa a los problemas, lo que agrava el estado de ánimo deprimido, y la rumiación, que impide encontrar soluciones efectivas y socializar (18).

Estas teorías ofrecen diferentes perspectivas sobre las causas de la depresión, y algunas sugieren una interacción compleja entre factores biológicos, psicológicos y ambientales. La comprensión de estas teorías puede ayudar en el diagnóstico y tratamiento de la depresión, ya que permite abordar los factores subyacentes que contribuyen a esta enfermedad (17).

### **3.1.1.5. Modelos de la depresión según Beck**

El modelo de la depresión propuesto por Beck comprende tres modelos interrelacionados:

1. Modelo Transversal de Depresión: En este modelo, se destaca la importancia de los sueños y las autoevaluaciones negativas exageradas. Las personas que experimentan este tipo de depresión tienen sueños relacionados con temas de pérdida, derrota, rechazo y abandono. Además, tienden a expresar sus pensamientos de manera dramática y exagerada, lo que contribuye a la depresión. Estas personas también mantienen actitudes o creencias disfuncionales muy negativas sobre sí mismas, lo que distorsiona su procesamiento de la información y conduce a un sesgo cognitivo negativo. Esto, a su vez, desencadena síntomas depresivos como la tristeza, la desesperanza, la pérdida de motivación y comportamientos regresivos, como el aislamiento social y la inactividad (19).

2. Modelo de Desarrollo de la Depresión: En este modelo, se hace referencia al concepto de "vulnerabilidad cognitiva". Se sugiere que las personas que han experimentado una pérdida parental en la infancia pueden volverse sensibles a futuras pérdidas en la adolescencia o la edad adulta. Esta sensibilidad se debe a la reactivación cognitiva, que puede ser desencadenada por eventos, música o actividades que evocan recuerdos dolorosos. En resumen, el modelo destaca cómo las experiencias de pérdida en la infancia pueden influir en la predisposición a la depresión en el futuro (20).

3. Modelo de Vulnerabilidad Genética: Beck también menciona la importancia de la vulnerabilidad genética en el desarrollo de la depresión. Con los avances en genética y neuroimagen funcional, se ha demostrado que las variaciones genéticas y su impacto en el funcionamiento neuronal desempeñan un papel significativo en la respuesta exagerada a experiencias negativas que pueden llevar a la depresión. Esto implica que algunas personas pueden ser genéticamente más susceptibles a la depresión debido a la manera en que sus genes afectan su procesamiento de la información y sus respuestas emocionales (21).

En conjunto, estos tres modelos proporcionan una comprensión más completa de la depresión según la perspectiva de Beck, abordando factores cognitivos, emocionales, ambientales y genéticos que interactúan en el desarrollo de esta enfermedad (18).

#### **3.1.1.6. Niveles de depresión.**

Los niveles de depresión, según la clasificación del DSM-V, se dividen en tres categorías:

1. Nivel Depresivo Leve: En este nivel, una persona puede ser diagnosticada con depresión leve si presenta al menos dos o tres síntomas de la depresión. Estos síntomas pueden incluir un estado de ánimo depresivo que persiste la mayor parte del día o durante un período de al menos dos semanas, una pérdida de interés en actividades que solían ser placenteras y una disminución de la energía o una sensación de agotamiento. Aunque estos síntomas pueden ser difíciles de manejar, la persona aún puede llevar a cabo la mayoría de sus actividades diarias.

2. Nivel Depresivo Moderado: En el nivel moderado de depresión, la persona experimenta cuatro o más síntomas depresivos. Estos síntomas pueden ser más intensos y limitar la capacidad de la persona para llevar a cabo sus actividades habituales. La depresión moderada puede tener un impacto significativo en la calidad de vida y el funcionamiento diario.

3. Nivel Depresivo Grave: El nivel grave de depresión se caracteriza por la presencia de síntomas graves que pueden incluir una autoestima notablemente baja, sentimientos intensos de culpa, ideación suicida y otros síntomas graves. Para ser diagnosticada con depresión grave, una persona debe tener al menos ocho síntomas que caracterizan el trastorno de depresión. La depresión grave puede ser altamente debilitante y requiere una atención y tratamiento intensivos (22).

Estos niveles de depresión ayudan a los profesionales de la salud mental a evaluar la gravedad de la afección y determinar el enfoque adecuado para el tratamiento. Es importante buscar ayuda profesional si se experimentan síntomas de depresión, ya que esta es una afección tratable y el tratamiento temprano puede marcar una gran diferencia en la recuperación (4).

### **3.1.2. Depresión Posparto.**

La Depresión Posparto se define como un estado de ánimo caracterizado por una serie de síntomas emocionales y físicos, entre los que se incluyen sentimientos intensos de tristeza, una tendencia al llanto fácil, sensación de falta de esperanza, anorexia, inquietud, perturbaciones en los patrones de sueño y labilidad emocional. Este estado comienza generalmente dentro de las cuatro a seis semanas después del parto y su incidencia varía, afectando entre el 3% y el 27% de las nuevas madres. La duración de la Depresión Posparto puede variar significativamente, yendo desde un mes hasta más de un año en algunos casos (23).

Las causas propuestas para la Depresión Posparto son diversas e incluyen factores como los conflictos emocionales y psicológicos asociados con la adaptación al papel de madre, una personalidad que podría no estar adecuadamente preparada para el cambio, episodios depresivos previos y una caída dramática en los niveles hormonales después del parto. Se estima que alrededor del 10% al 15% de las madres experimentan depresión posparto y aproximadamente 2 de cada 1000 mujeres manifiestan psicosis posparto durante el primer año de vida de su hijo (24).

La presencia de síntomas mentales graves durante el embarazo o en el periodo posparto es de gran importancia, no solo por su asociación con indicadores de morbilidad y mortalidad, sino también por las consecuencias y posibles complicaciones que pueden surgir. Por ello, en los últimos años se ha intentado optimizar el diagnóstico y disponer de tratamientos tempranos y eficientes para prevenir y tratar estos trastornos (25).

La cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales menciona que los Trastornos Afectivos Posparto son aquellos trastornos que se inician durante las primeras cuatro semanas después del parto. Este enfoque subraya la importancia de la atención y el seguimiento adecuado durante este periodo crítico para la salud mental de la madre (4).

### **3.1.2.1. “Baby blues” o Síndrome del tercer día.**

El "Baby blues" o Síndrome del tercer día, es un estado de depresión leve acompañado de labilidad emocional que se presenta generalmente en la primera semana después del parto. Este trastorno es transitorio, resolviéndose por sí mismo en cuestión de horas o días sin necesidad de tratamiento específico. Suele manifestarse entre el tercer y séptimo día después del parto y su duración puede extenderse hasta dos semanas (26).

Este síndrome es bastante común en el posparto. Según Rossler, la prevalencia de "Baby blues" varía entre el 20% y el 40%, aunque autores latinoamericanos como Orejanera indican que podría alcanzar hasta un 80%. Los síntomas incluyen labilidad afectiva, irritabilidad, ansiedad y tristeza, pero no son lo suficientemente intensos como para causar un deterioro significativo en la mujer (27).

Es interesante notar que el desarrollo de estos síntomas no está directamente relacionado con antecedentes psiquiátricos personales, la lactancia o la cantidad de partos previos (paridad). No obstante, estos factores pueden influir en la aparición de una Depresión Posparto posteriormente, en hasta el 20% de los casos que inicialmente presentaron "Baby blues".

En cuanto a las actitudes maternas durante este periodo, pueden ser muy variables e incluir desde desinterés hasta un miedo a estar sola con el niño o una atención excesiva que impide el descanso adecuado de la madre (28).

Existen dos hipótesis principales que buscan explicar el "Baby blues". La primera asocia los síntomas depresivos con la disminución de los niveles de progesterona durante el posparto. La segunda sugiere que, aunque normalmente la oxitocina favorece el comportamiento de apego entre madre e hijo, los niveles de esta hormona pueden disminuir ante la presencia de tensión emocional, lo que podría relacionarse con síntomas depresivos y ansiosos en mujeres más susceptibles al estrés psicosocial (29).

Si los síntomas del "Baby blues" persisten por más de diez días, es importante investigar la posible presencia de Depresión Posparto.

### **3.1.2.2. Depresión Posparto sin Psicosis (DPSP).**

Este trastorno, conocido como Depresión Posparto, afecta aproximadamente al 10% al 20% de las mujeres en diferentes países durante los seis meses posteriores al parto. En Estados Unidos, por ejemplo, una de cada ocho mujeres experimenta este trastorno. Generalmente, se manifiesta antes de la sexta semana después del parto y su duración oscila entre tres y seis meses, aunque hay estudios que indican que puede prolongarse hasta catorce meses. Para diferenciarla del "Baby blues", la sintomatología depresiva debe estar presente por más de dos semanas después del parto (30).

La prevalencia de la Depresión Posparto se estima en un 19.3% en la segunda semana tras el parto, aumentando al 22.5% a las cuatro semanas. Entre los principales factores de riesgo identificados se encuentran antecedentes familiares o personales de depresión, trastorno disfórico premenstrual, ansiedad o depresión durante el embarazo, la experiencia del "Baby blues", el estrés psicosocial asociado a ser madre soltera, problemas de relación de pareja, baja autoestima materna, bajo nivel socioeconómico, embarazos no deseados o no planificados, problemas con la lactancia o su cese temprano (31).

Los síntomas característicos de la Depresión Posparto incluyen tendencia al llanto fácil, irritabilidad, sentimientos de culpa y pensamientos obsesivo-compulsivos, rechazo o reticencia hacia el cuidado del recién nacido, pérdida de la libido y, en casos graves, ideación suicida. No tratar adecuadamente esta depresión puede tener consecuencias significativas tanto para la madre como para el hijo y la familia en general. En la madre, puede ser el comienzo de un trastorno depresivo recurrente, mientras que para el niño, tener una madre con Depresión Posparto puede contribuir al desarrollo de problemas cognitivos, de comportamiento, interpersonales y emocionales a lo largo de su vida. Además, se ha observado que los hijos de madres con Depresión Posparto tienden a ser menos activos, pero más irritables y desatentos en su temprana infancia (32).

### **3.1.2.3. Depresión Posparto con Psicosis (DPCP).**

La Depresión Posparto con Psicosis es un trastorno que se manifiesta en un porcentaje relativamente bajo de pospartos, entre el 0.1% y el 0.2%. Esta condición representa un grave riesgo tanto para la madre como para el niño, especialmente en sus formas más severas (33).

Según la definición de Klompenhower, la Depresión Posparto con Psicosis es un tipo de psicosis confusional que se desarrolla en mujeres previamente sanas. Esta condición se caracteriza por períodos fluctuantes de alucinaciones, delirios y estados de confusión. Estos episodios suelen comenzar entre la sexta y duodécima semana después del parto (4).

Además de los delirios y la confusión, se presentan alucinaciones visuales y olfativas, así como labilidad emocional y desorientación. Los síntomas tienden a ser oscilantes, y existe una alta probabilidad de que las madres desarrollen ideas persistentes de agredir a su hijo, lo que conlleva un riesgo elevado de que efectivamente se produzcan actos de agresión. Es relevante destacar que la Depresión Posparto con Psicosis está presente en dos tercios de los casos de infanticidios (34).

La etiología y los factores de riesgo de la Depresión Posparto con Psicosis son similares a los asociados a la Depresión Posparto sin psicosis. Esto sugiere que, aunque los síntomas y la severidad de los trastornos difieran, los factores subyacentes que contribuyen a su desarrollo pueden ser comparables (33).

### **3.1.2.4. Etiología de los trastornos afectivos posparto:**

#### **3.1.2.4.1. Teorías bioquímicas:**

Fenómeno de retirada:

El Fenómeno de retirada se refiere al rápido descenso de las hormonas sexuales tras el parto, especialmente en lo que concierne a los niveles de estradiol y estriol, que son formas biológicamente activas de los estrógenos producidos por la placenta. Durante el embarazo, la concentración de estas hormonas aumenta dramáticamente, entre 100 y 1000 veces. Este cambio

hormonal es significativo y tiene un impacto directo en el estado emocional y físico de la mujer después del parto (35).

Estudios realizados en animales han demostrado que el estradiol tiene un efecto potenciador sobre la acción neurotransmisora de la serotonina, al incrementar su síntesis y reducir su recaptación. La serotonina es un neurotransmisor clave en la regulación del estado de ánimo, y su desequilibrio está asociado con la depresión (4).

La brusca disminución de los niveles de estradiol después del parto podría ser un factor importante en la explicación de la Depresión Posparto. Este descenso hormonal altera el equilibrio de la serotonina en el cerebro, lo que podría contribuir a los síntomas depresivos observados en algunas mujeres después del nacimiento de su hijo. Así, el Fenómeno de retirada hormonal se convierte en un aspecto crucial para entender los cambios emocionales y fisiológicos que experimentan las mujeres en el periodo posparto (36).

Hormonas tiroideas:

Las hormonas tiroideas desempeñan un papel importante en la regulación del estado de ánimo y la función cerebral, y su desequilibrio después del parto puede influir en la salud mental de la mujer. Se ha observado que la incidencia de disfunción tiroidea aumenta ligeramente después del parto. Durante los seis meses siguientes al nacimiento, entre el 7% y el 23% de las mujeres experimentan algún tipo de disfunción tiroidea, una cifra significativamente mayor en comparación con el 3% a 4% en la población general (37).

Aunque la disfunción tiroidea por sí sola no se ha identificado como un factor determinante en la mayoría de los casos de Depresión Posparto sin Psicosis, puede jugar un papel relevante. Esto se debe a que la disminución de la función de la glándula tiroidea puede afectar el estado de ánimo. Esta relación se establece a través de la disminución de los niveles de actividad de la serotonina en el cerebro, un neurotransmisor fundamental en la regulación del ánimo (38).

Además, se ha encontrado que un 11.6% de las mujeres en el posparto presentan anticuerpos tiroideos. Este fenómeno se atribuye al efecto inmunosupresor del alto nivel de cortisol durante el embarazo, seguido de un rebote inmune después del parto, lo que resulta en una alta incidencia de anticuerpos antitiroideos.

Existen estudios que respaldan esta teoría, mostrando una mayor incidencia de tiroiditis autoinmune en el período puerperal. Asimismo, se ha observado una elevada concentración de anticuerpos microsomales y antitiroglobulina entre el cuarto y sexto mes después del parto, asociados a síntomas depresivos. Estos hallazgos subrayan la importancia de considerar la función tiroidea en el diagnóstico y tratamiento de la Depresión Posparto (39).

Hormonas hipofisarias:

Las hormonas hipofisarias, especialmente la prolactina, tienen un papel significativo en el período posparto y pueden influir en el estado emocional de la mujer. La prolactina es una hormona producida por la glándula hipófisis y desempeña un papel crucial en la lactancia, entre otras funciones.

Durante el embarazo, los niveles de prolactina aumentan considerablemente, alcanzando valores de hasta 140 ng/ml al final de este período. Sin embargo, después del parto, estos niveles comienzan a declinar, estabilizándose aproximadamente a las tres semanas (40).

Se ha sugerido que la prolactina podría tener una influencia importante en la Depresión Posparto. Esta hipótesis se basa en observaciones de que mujeres no embarazadas con síntomas de ansiedad y depresión a menudo presentan estados de hiperprolactinemia patológica, es decir, niveles anormalmente altos de prolactina. Estos estados de hiperprolactinemia pueden estar asociados con cambios en el estado de ánimo y manifestaciones de ansiedad y depresión .

La relación entre los niveles de prolactina y la salud mental es compleja y puede estar mediada por múltiples factores. Sin embargo, el potencial papel de la prolactina en la Depresión Posparto sugiere la necesidad de una

mayor comprensión y estudio de esta hormona en el contexto del posparto, especialmente en mujeres que muestran síntomas de ansiedad y depresión durante este periodo crítico (41).

Disminución en el nivel de Triptófano libre en suero:

La disminución en los niveles de triptófano libre en suero es otro factor que puede influir en la aparición de trastornos del estado de ánimo como la Depresión Posparto. El triptófano es un aminoácido esencial que juega un papel crucial en la síntesis de serotonina, un neurotransmisor importante en la regulación del estado de ánimo y del bienestar emocional. Se ha observado que una disminución en la disponibilidad de triptófano circulante puede afectar la actividad de la enzima que limita la síntesis de serotonina, lo que a su vez puede desencadenar síntomas depresivos (4).

Durante el quinto y sexto día después del parto, se registra una reducción significativa en los niveles plasmáticos de triptófano, especialmente en las madres que experimentan el "Baby blues". Esta reducción puede persistir hasta por seis meses en madres que desarrollan depresión. Sin embargo, es importante notar que la administración de triptófano durante el embarazo no ha demostrado ser eficaz en la prevención de la Depresión Posparto, lo que sugiere que no existe un mecanismo de modulación directa en la síntesis de neurotransmisores a través de la suplementación de triptófano. Además, se ha encontrado que existe una alta respuesta a la hormona de crecimiento tras la administración de apomorfina, un agonista dopaminérgico, en mujeres que desarrollan psicosis afectivas, un hallazgo similar al encontrado en la Depresión Posparto con psicosis. Esto indica que puede haber una relación entre los sistemas de neurotransmisores y la aparición de trastornos del estado de ánimo en el periodo posparto. Estos descubrimientos subrayan la complejidad de los factores bioquímicos implicados en la Depresión Posparto y la necesidad de seguir investigando para entender mejor estos mecanismos y desarrollar tratamientos más efectivos (42).

### **3.1.2.5. Antecedentes psiquiátricos previos:**

La historia personal de depresión tiene una influencia significativa en el riesgo de desarrollar Depresión Posparto. Se ha observado que las mujeres con antecedentes de depresión tienen una mayor probabilidad de experimentar Depresión Posparto, con un incremento en la incidencia que varía entre el 10% y el 24%. Este riesgo se ve aún más aumentado si la depresión ocurre durante el embarazo, elevándose hasta un 35%. Además, los antecedentes familiares de depresión también desempeñan un rol importante en el desarrollo de la Depresión Posparto. La predisposición genética puede influir en la susceptibilidad de una mujer a experimentar trastornos del estado de ánimo durante el periodo posparto. Por lo tanto, tanto la historia personal de depresión como los antecedentes familiares de esta condición son factores críticos a considerar al evaluar el riesgo de Depresión Posparto en mujeres embarazadas o recién paridas. Estos hallazgos subrayan la importancia de una evaluación detallada del historial clínico y familiar para la identificación de mujeres en riesgo, permitiendo así la implementación de estrategias preventivas y terapéuticas adecuadas (4).

#### **3.1.2.5.1. Factores psicológicos:**

Los factores psicológicos juegan un papel crucial durante el embarazo y el parto, ya que implican una adaptación significativa por parte de la mujer a una serie de cambios tanto físicos como emocionales. Uno de estos factores es el concepto del modelo de madre ideal, caracterizado por ser abnegada y totalmente entregada a su hijo. Este ideal puede generar conflictos intrapsíquicos en la mujer, al tener que conciliar sus propias necesidades y expectativas con este modelo (43).

Además, existen motivaciones complejas detrás de la decisión de tener un hijo que pueden influir en la salud mental de la madre. Por ejemplo, tener un hijo como una forma de reivindicar la feminidad, para unir a la pareja, evitar el duelo, satisfacer el deseo de un hermano para el hijo existente, o como una manera de abandonar la familia de origen, puede llevar a problemas psicológicos. Estos problemas pueden manifestarse tanto durante el embarazo como después de este (44).

Otro factor importante es el impacto psicológico de tener un hijo no deseado. Desde el inicio, esto puede provocar alteraciones en el vínculo madre-hijo, afectando la forma en que la madre interactúa y se conecta emocionalmente con su bebé.

Estos factores psicológicos subrayan la complejidad de la experiencia maternal y la importancia de considerar los aspectos emocionales y psicológicos del embarazo y la maternidad, tanto en la preparación para el parto como en el apoyo posparto a las madres (45).

### **3.1.2.5.2. Factores de morbilidad:**

Los factores de morbilidad, tanto materna como neonatal, son aspectos significativos que pueden afectar el bienestar emocional y físico de la madre, y por ende, influir en el riesgo de desarrollar Depresión Posparto.

En cuanto a la morbilidad materna, diversos factores pueden contribuir a un mayor riesgo de problemas emocionales y de salud durante y después del embarazo. Estos incluyen:

**Dificultades para concebir:** La lucha con problemas de fertilidad puede ser emocionalmente agotadora para la pareja, y puede llevar a un aumento del estrés y la ansiedad (46).

**Embarazo múltiple:** Los embarazos de gemelos o múltiples suelen conllevar mayores complicaciones y desafíos, lo que puede aumentar el estrés y la preocupación en la madre.

**Antecedentes de abortos:** La experiencia de abortos previos puede aumentar el miedo y la ansiedad durante un embarazo subsiguiente.

**Complicaciones durante el embarazo y el parto:** Problemas como la preeclampsia, diabetes gestacional, o un parto complicado pueden tener un impacto emocional y físico significativo.

**Enfermedades crónicas en la madre:** La coexistencia de condiciones crónicas puede complicar el embarazo y aumentar el riesgo de problemas durante el parto (47).

Por otro lado, la morbilidad del recién nacido también es un factor crítico. La presencia de anomalías congénitas, enfermedades (como problemas

respiratorios o infecciones), prematuridad, bajo peso al nacer, ictericia, o la muerte neonatal, pueden ser fuentes de un estrés y una angustia significativos para los padres, especialmente la madre.

Estos factores de morbilidad, tanto maternos como neonatales, no solo afectan la salud física, sino que también tienen un impacto profundo en la salud mental de la madre, aumentando potencialmente el riesgo de Depresión Posparto. La identificación y el manejo adecuado de estos factores son esenciales para proporcionar el apoyo necesario a las madres durante y después del embarazo (48).

### **3.1.2.5.3. Factores psicosociales y sociodemográficos:**

Los factores psicosociales y sociodemográficos son determinantes clave en el riesgo de desarrollar trastornos del estado de ánimo, como la Depresión Posparto. Entre estos factores, se destacan:

1. Falta de apoyo percibido: La percepción subjetiva de no recibir suficiente apoyo en las tareas domésticas, en el cuidado del niño, o en términos emocionales, ya sea por parte de la familia o la pareja, puede aumentar significativamente el riesgo de padecer estos trastornos.
2. Acontecimientos vitales estresantes: Cambios significativos en la vida, como la mudanza a un nuevo domicilio, la pérdida de un empleo, el fallecimiento de un familiar cercano, o conflictos con la pareja, también son factores de riesgo reconocidos para el desarrollo de depresión posparto.
3. Edad y paridad: Un estudio realizado en Argentina en 140 mujeres durante el puerperio indicó que la depresión era más frecuente en mujeres jóvenes (de 15 a 20 años), en mujeres que eran madres por primera vez (primíparas), y en aquellas que no contaban con una pareja estable.
4. Factores sociodemográficos en Colombia: Un estudio realizado por Canaval y colaboradores en Colombia reveló que un alto porcentaje de mujeres, entre el 50% y el 60%, presentaba síntomas depresivos. Estos se asociaban con una falta de apoyo social, escasez de recursos, vivir

en unión libre, dedicarse exclusivamente al hogar y tener ocupaciones de bajo estatus (48).

Estos factores psicosociales y sociodemográficos enfatizan la complejidad de las causas subyacentes de la Depresión Posparto. Subrayan la importancia de un enfoque integral que considere no solo los aspectos biológicos y médicos, sino también el entorno social y emocional de la madre para prevenir y tratar eficazmente estos trastornos (30).

### **3.1.2.6. Consecuencias de la Depresión Posparto.**

La Depresión Posparto tiene diversas consecuencias que afectan no solo a la madre, sino también al desarrollo y bienestar del niño y a la dinámica familiar en su conjunto. Algunas de las consecuencias más frecuentes son:

**Alteración en la relación madre-hijo:** La depresión puede afectar negativamente la relación entre la madre y su hijo, caracterizándose por sentimientos de rechazo, hostilidad, crítica e indiferencia afectiva. Esto puede tener un impacto significativo en el vínculo emocional entre ambos.

**Alteraciones en el desarrollo cognitivo:** Estudios, como el realizado por Rosello y colaboradores, han encontrado que los hijos de mujeres que sufren de Depresión Posparto pueden experimentar alteraciones en su desarrollo cognitivo. Estas alteraciones fueron observadas a los 28 meses de edad en niños de madres primíparas con depresión posparto durante el primer año, aunque los resultados aún no son concluyentes.

**Socialización deficiente:** Los hijos de madres deprimidas suelen mostrar menor sociabilidad. Esto se atribuye a la falta de estimulación adecuada y al escaso contacto materno durante el primer año de vida, lo cual es crucial para el desarrollo social del niño (49).

**Alteraciones en la educación de los hijos:** La crianza de los hijos se ve afectada cuando la madre padece de Depresión Posparto. La estimulación, la sensibilidad y el contacto materno son aspectos fundamentales en los primeros años de vida para el desarrollo social del niño.

**Alteraciones en la dinámica familiar:** La depresión es una enfermedad crónica que impacta considerablemente la vida familiar. Afecta la capacidad de

adaptación social de la madre y, por extensión, la de toda la familia, alterando la dinámica y el funcionamiento familiar.

Estas consecuencias destacan la importancia de un diagnóstico temprano y de un tratamiento adecuado para la Depresión Posparto, no solo por el bienestar de la madre, sino también por el impacto significativo que puede tener en el desarrollo emocional, cognitivo y social del niño y en la salud general de la familia (50).

### **3.1.2.7. Diagnóstico de Depresión Posparto.**

El diagnóstico de la Depresión Posparto se realiza clínicamente a través de entrevistas y cuestionarios, con el objetivo de determinar si la madre sufre de un trastorno depresivo que pueda afectar su maternidad.

Dos herramientas ampliamente utilizadas para evaluar la Depresión Posparto son el Inventario de Depresión Posparto de Beck (BDI) y la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo (EDPS). Mientras que el BDI es una escala genérica para evaluar la sintomatología depresiva, el EDPS es una escala específica diseñada para la depresión posparto. La Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo, desarrollada por Cox et al en 1987, es un instrumento específico y muy utilizado, particularmente en la población anglosajona, para detectar estados depresivos en el período postnatal. Esta escala ha demostrado una alta sensibilidad (88%) y especificidad (92.5%) para la depresión mayor. Su aplicación dentro de las primeras 3 o 4 semanas posparto contribuye a una mayor efectividad en el diagnóstico precoz. Ha probado ser útil tanto en la clínica como en la investigación, y se ha utilizado en el ámbito hospitalario, en la atención primaria y en los hogares de las madres (48).

La EDPS ha sido traducida a múltiples idiomas y utilizada en diferentes países. Consta de 10 ítems, cada uno puntuado de 0 a 3, con cuatro posibles alternativas de respuesta que reflejan la severidad de los síntomas durante la última semana. El rango total va de 0 a 30, y una puntuación superior a 10 indica un riesgo de depresión.

Aunque la EDPS es una herramienta de tamizaje y el diagnóstico de la depresión es clínico, esta escala tiene una sensibilidad del 85% y un valor

predictivo positivo del 73% para identificar a las mujeres con Depresión Posparto.

El diagnóstico precoz es crucial, ya que un tratamiento adecuado puede prevenir los efectos a corto y largo plazo de la Depresión Posparto, tanto para la madre como para su familia (10).

### **3.1.2.8. Tratamiento.**

El objetivo principal en el cuidado de la salud mental de las mujeres embarazadas es mantener o mejorar su bienestar, al mismo tiempo que se minimizan los riesgos para el embrión o feto en desarrollo. Para lograr esto, es esencial recomendar a las mujeres embarazadas que interrumpan el consumo de sustancias potencialmente dañinas como la cafeína, la nicotina y el alcohol. Estas sustancias pueden tener efectos negativos tanto en la salud de la madre como en el desarrollo del feto.

Además, es crucial fomentar y facilitar que la mujer embarazada tenga la oportunidad de descansar adecuadamente. El descanso suficiente es fundamental para la salud mental y física de la madre, y por extensión, para la salud del bebé. El embarazo puede ser un período de gran cambio y estrés, por lo que asegurar un ambiente relajado y propicio para el descanso puede tener un impacto positivo significativo en el bienestar general de la madre (46).

#### **3.1.2.8.1. Intervenciones Psicoterapéuticas.**

En el tratamiento de la Depresión Posparto, las intervenciones psicoterapéuticas juegan un papel importante, especialmente en casos de depresiones leves a moderadas. Muchas pacientes pueden beneficiarse significativamente de la psicoterapia sin necesidad de recurrir a tratamientos farmacológicos. Las técnicas de relajación y la terapia cognitivo-conductual (TCC) son especialmente efectivas en el tratamiento de la ansiedad que a menudo acompaña a la depresión. La TCC se enfoca en cambiar los patrones de pensamiento y comportamiento negativos, mientras que las técnicas de relajación ayudan a reducir el estrés y mejorar el estado de ánimo (48).

La psicoterapia de apoyo también es una herramienta valiosa, ya que proporciona un espacio seguro para que las pacientes expresen sus emociones y enfrenten sus desafíos con el apoyo de un terapeuta. En cuanto a los síntomas anímicos que no son intensos, la terapia cognitivo-conductual y la psicoterapia interpersonal (Interpersonal Psychotherapy, PIP) suelen ser las preferidas. Estas terapias se pueden realizar tanto individualmente como en grupo. Aunque la evidencia sobre la efectividad de la psicoterapia de orientación psicodinámica es limitada, se considera una opción razonable en los casos en que la TCC o la PIP no estén disponibles. Estas intervenciones psicoterapéuticas son fundamentales para abordar los aspectos emocionales y conductuales de la Depresión Posparto, proporcionando a las mujeres las herramientas necesarias para gestionar sus síntomas y mejorar su calidad de vida (51).

#### **3.1.2.8.2. Tratamiento Farmacológico.**

El tratamiento farmacológico para la Depresión Posparto debe considerarse especialmente en casos de depresión moderada a severa en mujeres embarazadas, particularmente cuando existe un alto riesgo de recidiva de la enfermedad. Aunque por razones éticas no se realizan estudios clínicos directos sobre la eficacia de antidepresivos en mujeres embarazadas, se entiende que la respuesta terapéutica en mujeres embarazadas no debería diferir significativamente de la observada en mujeres no embarazadas. De hecho, existen guías para el tratamiento de la depresión durante el embarazo. La mayoría de la información disponible sobre antidepresivos en el embarazo proviene del uso de los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS), como la fluoxetina, sertralina, citalopram y paroxetina. Hasta ahora, los datos acumulados indican una escasa evidencia de riesgos de teratogénesis (formación de malformaciones en el feto) o efectos adversos significativos durante la gestación o la lactancia por el uso de estos medicamentos (48).

Los ISRS, con la posible excepción de la paroxetina, son generalmente considerados una opción terapéutica segura durante el embarazo y el posparto, incluso durante el primer trimestre. No obstante, algunos estudios han sugerido que la paroxetina, utilizada en el primer trimestre, podría estar asociada con un riesgo ligeramente mayor de malformaciones congénitas cardíacas, aunque en términos absolutos este riesgo es pequeño. Un estudio reciente, que incluyó a 1.174 neonatos de ocho centros diferentes, no encontró un aumento en el riesgo de malformaciones asociadas al uso de paroxetina en el primer trimestre. A pesar de esto, la paroxetina no se considera una buena alternativa durante el embarazo debido a que a menudo se asocia con síndromes de discontinuación o de privación neonatal en niños cuyas madres la han tomado durante el tercer trimestre. Este síndrome puede causar varios problemas en el recién nacido. Aunque el uso de antidepresivos durante el embarazo debe evaluarse cuidadosamente, los ISRS, salvo posiblemente la paroxetina, se consideran una opción segura y efectiva para tratar la Depresión Posparto en mujeres embarazadas (52).

### **3.1.2.9. Parto Vaginal y Salud Mental**

#### **3.1.2.9.1. Aspectos fisiológicos y psicológicos del parto vaginal**

El parto vaginal es el proceso natural de dar a luz, donde el bebé es expulsado a través del canal de parto. Fisiológicamente, implica una serie de etapas que comienzan con la dilatación cervical y terminan con la expulsión del feto y la placenta. A lo largo de este proceso, la mujer experimenta cambios hormonales significativos, diseñados para facilitar el parto y preparar al cuerpo para la lactancia (53).

Psicológicamente, el parto vaginal puede tener un amplio espectro de efectos en la mujer, que van desde la sensación de empoderamiento y logro hasta el trauma, especialmente si el parto fue prolongado, con complicaciones o intervenciones médicas no deseadas. La experiencia del parto vaginal está fuertemente influenciada por el entorno, el apoyo recibido, las expectativas personales y las experiencias previas (54).

### **3.1.2.9.2. Impacto del parto vaginal en la salud mental posparto**

El parto vaginal puede tener implicaciones significativas en la salud mental posparto de la madre. Aunque muchas mujeres se recuperan de un parto vaginal sin problemas de salud mental, algunas pueden experimentar estrés posparto, depresión o trastorno de estrés postraumático. La forma en que la mujer percibe su experiencia de parto es fundamental; un parto percibido como positivo puede contribuir a una buena adaptación psicológica, mientras que una experiencia negativa puede aumentar el riesgo de problemas de salud mental (55).

Estudios han mostrado que el apoyo emocional y físico durante el parto vaginal es clave para la prevención de la depresión posparto. Además, las intervenciones médicas durante el parto, como la episiotomía o el uso de fórceps, y el dolor no manejado adecuadamente, pueden influir en la percepción de la experiencia del parto y, por tanto, en la salud mental posterior (56).

La evaluación del impacto del parto vaginal en la salud mental posparto debe considerar múltiples factores, como el nivel de apoyo percibido, la autonomía y control durante el proceso de parto, las intervenciones médicas realizadas, y la presencia de complicaciones o traumas. En este sentido, una atención centrada en la madre, que promueva un entorno de respeto y apoyo, puede ser beneficioso para su salud mental tras el parto (57).

### **3.1.2.10. Cesárea y Salud Mental**

#### **3.1.2.10.1. Aspectos fisiológicos y psicológicos de la cesárea**

La cesárea es una intervención quirúrgica que se utiliza para dar a luz al bebé mediante una incisión en el abdomen y el útero de la madre. Desde un punto de vista fisiológico, la cesárea implica una recuperación posoperatoria más larga y potencialmente más dolorosa en comparación con el parto vaginal, con los riesgos asociados a cualquier cirugía mayor, como infecciones o complicaciones de la anestesia (58).

En términos psicológicos, la cesárea puede tener varias repercusiones. Para algunas mujeres, la necesidad de una cesárea puede ser vivida como una experiencia traumática o una sensación de fracaso personal, lo que podría contribuir a la aparición de la depresión posparto. Por otro lado, cuando una cesárea es planificada y deseada, puede ser vivida de manera positiva (59).

#### **3.1.2.10.2. Impacto de la cesárea en la salud mental posparto**

La cesárea ha sido asociada con un riesgo aumentado de ciertos problemas de salud mental posparto. Las mujeres que se someten a una cesárea de emergencia, en particular, tienen más probabilidades de experimentar depresión posparto y estrés postraumático en comparación con aquellas que tienen un parto vaginal o una cesárea programada (60).

Este impacto en la salud mental puede estar relacionado con el dolor postoperatorio, la recuperación más lenta, las complicaciones durante la cirugía y la interrupción de las primeras interacciones con el bebé, como el retraso en el inicio de la lactancia materna y el contacto piel con piel (52).

#### **3.1.2.10.3. Comparación con el parto vaginal**

La literatura sugiere que hay diferencias en la experiencia de la salud mental posparto entre las mujeres que se someten a un parto vaginal y aquellas que tienen una cesárea. Mientras que el parto vaginal ofrece una recuperación más rápida y, en algunos casos, una sensación de logro, la cesárea puede aumentar el riesgo de ciertos trastornos psicológicos (61).

Es crucial notar que la experiencia subjetiva de cada mujer y su contexto personal son determinantes en cómo se vive la cesárea y cómo esta influye en la salud mental posparto. Factores como la preparación para la cirugía, el apoyo social y emocional, las expectativas y experiencias previas, y la capacidad de la mujer para afrontar el estrés quirúrgico pueden influir en la percepción de la cesárea y su impacto en la salud mental (62).

Para comprender completamente el impacto de la cesárea en la salud mental posparto, es importante considerarla dentro de un contexto amplio

que incluye la salud física, las experiencias individuales, el entorno sociocultural y el apoyo disponible para la nueva madre tras la cirugía (63).

### **3.1.2.11. Introducción al Cuestionario de Depresión Postnatal de Edimburgo EPDS**

El Cuestionario de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) es una herramienta de evaluación diseñada para detectar posibles signos de depresión postparto en mujeres recién paridas. Fue desarrollado en 1987 por John Cox, Jeni Holden y Ruth Sagovsky en Edimburgo, como una respuesta a la necesidad de una detección sensible y específica de la depresión posnatal. El EPDS se ha traducido y validado en varios idiomas y culturas, convirtiéndose en el instrumento más utilizado internacionalmente para la detección de depresión postparto (64).

#### **3.1.2.11.1. Fundamento del Cuestionario de Depresión Postnatal de Edimburgo EPDS**

El EPDS consta de 10 ítems que evalúan los síntomas emocionales y cognitivos asociados con la depresión posparto. A diferencia de otras escalas de depresión, el EPDS se enfoca menos en somatizaciones, lo cual es particularmente útil en el periodo posparto donde síntomas físicos como cambios en el patrón de sueño y fatiga son comunes. La escala fue diseñada para ser autoadministrada y fácil de interpretar por profesionales de la salud (49).

#### **3.1.2.11.2. Estructura y Aplicación del EPDS**

Cada ítem del EPDS se califica en una escala de 4 puntos (0 a 3), basada en la intensidad o frecuencia de los síntomas en la última semana. La suma de los puntajes de los ítems da una puntuación total que oscila entre 0 y 30. Un puntaje alto indica una mayor probabilidad de depresión postparto. Es habitual utilizar un umbral para determinar la necesidad de una evaluación más exhaustiva o de intervenciones. Los umbrales de puntuación pueden variar según la población estudiada, pero un puntaje de 10 o más generalmente se considera indicativo de posible depresión (65).

#### **3.1.2.11.3. Validez y Fiabilidad del EPDS**

El EPDS ha sido validado en numerosos estudios, que han demostrado su buena sensibilidad y especificidad para la detección de la depresión postparto. La consistencia interna y la fiabilidad test-retest son altas, lo que confirma la utilidad del EPDS como una medida fiable de depresión en el periodo posnatal (66).

#### **3.1.2.11.4. Aplicaciones del EPDS**

El EPDS se utiliza no solo para el cribado de la depresión postnatal en la práctica clínica, sino también en investigaciones para estudiar la prevalencia de la depresión postnatal y sus correlatos. Además, ha sido empleado en el seguimiento de la evolución de los síntomas depresivos a lo largo del tiempo y como parte de intervenciones terapéuticas dirigidas a mujeres con depresión posparto (67).

#### **3.1.2.11.5. Consideraciones Culturales y Lingüísticas**

Dado que el EPDS se utiliza a nivel mundial, es esencial tener en cuenta las variaciones culturales y lingüísticas en la interpretación de los síntomas de la depresión. El proceso de validación del cuestionario en diferentes idiomas y culturas es crucial para garantizar su precisión y relevancia en diferentes contextos poblacionales (68).

## **3.2. Revisión de antecedentes investigativos**

### **3.2.1. A nivel local**

Autor: Mamani De Lama, Gresmely Elizabeth

Título: Incidencia y factores de riesgo asociados a depresión postparto. Centro de Salud Zamácola, Arequipa-2017

Año: 2019

Resumen: El estudio tuvo como objetivo principal determinar la incidencia de depresión postparto y los factores asociados en mujeres que acuden al Centro de Salud Zamácola. Se utilizó un diseño transversal y se encuestaron a 222 mujeres en periodo de puerperio entre febrero y abril de 2017, utilizando como instrumento la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo. Los resultados revelaron una incidencia de depresión postparto del 12.6%. Los factores socioeconómicos más comunes entre las encuestadas fueron ser de 19 a 34 años, convivientes y con un nivel de educación secundaria. Respecto a los factores obstétricos y perinatales, la mayoría tuvo partos eutócicos y atendidos en el Centro de Salud, seguimiento de controles prenatales y no consumo de sustancias nocivas. En cuanto a los factores psicológicos, se observó un alto porcentaje de embarazos no planificados y deseos dispares por parte de los padres sobre la gestación. La investigación concluyó que hay una asociación significativa entre la depresión postparto y determinados factores obstétricos, perinatales y psicológicos, siendo el deseo del embarazo por parte de la madre uno de los más destacados (69).

### **3.2.2. A nivel nacional**

Autor: Christian James Zamora Aroca

Título: Tipo de parto como factor asociado a la depresión postparto

Año: 2019

Resumen: El estudio, llevado a cabo en el Hospital Regional Docente de Trujillo, evaluó si el tipo de parto se asocia con depresión postparto. Se empleó una metodología de cohorte con 192 mujeres, diferenciando entre 64 cesáreas y 128 partos vaginales. Utilizando la Escala de Depresión Postparto de Edinburgh y el análisis estadístico de Chi cuadrado, se determinó que las mujeres que tuvieron un parto por cesárea mostraron una mayor incidencia de depresión postparto (28.1%) en comparación con las que tuvieron parto vaginal (14.1%), siendo esta diferencia estadísticamente significativa. Las variables de número de hijos y sexo del recién nacido no mostraron diferencias significativas, mientras que el grado de instrucción y la actividad laboral sí presentaron diferencias estadísticas importantes. En conclusión, el estudio halló que el tipo de parto es un factor asociado con la depresión postparto (70).

Autor: Miguel Ángel Gonzales Apaza

Título: Prevalencia de depresión posparto en púerperas adolescentes y adultas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, mayo 2016

Año: 2017

Objetivo: Establecer la prevalencia de la depresión posparto en mujeres adolescentes y adultas que recibieron atención en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Nacional Sergio E. Bernales durante mayo de 2016.

Resultados: Se encontró una prevalencia de depresión posparto del 34.29% en adolescentes y del 46.67% en mujeres adultas según la EDPE. Entre las adolescentes, el 88.57% tenía pareja, el 77.14% tenía secundaria incompleta, el 82.86% eran amas de casa y el 71.43% provenía de zonas rurales. En cuanto a las características obstétricas, el 80% eran primigestas y sólo el 60% recibió los seis controles prenatales mínimos, con el 57.14% atendidas por parto vaginal. Respecto a las características reproductivas, el 22.86% reportó haber iniciado relaciones sexuales antes de los 15 años; el 60% tuvo una sola pareja sexual y el

88.57% no planificó su embarazo. Para las puérperas adultas, el 87.78% tenía pareja, el 79.56% secundaria incompleta, el 95.11% eran amas de casa y el 84.44% provenía de zonas rurales. En lo obstétrico, el 90.22% eran multigestas, solo el 60.22% completó los controles prenatales y el 51.11% fueron atendidas por cesárea. En cuanto a las características reproductivas, el 54.22% inició relaciones sexuales antes de los 15 años; el 51.11% tuvo una única pareja sexual y el 56% no planificó su embarazo. Conclusión: La prevalencia de depresión posparto resultó ser más alta en las puérperas adultas que en las adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales durante el periodo de estudio en mayo de 2016 (71).

Autor: Zuzunaga Concha Milagros

Título: Factores de riesgo asociados a la depresión posparto en puérperas atendidas en el Hospital "Santa María del Socorro" octubre a noviembre del 2019

Año: 2020

Resumen

Objetivo: Identificar los factores de riesgo que se asocian con la depresión posparto en las mujeres atendidas en el Hospital "Santa María del Socorro" entre octubre y noviembre de 2019. Resultados: La edad constituye un factor de riesgo para la depresión posparto. Las puérperas adolescentes están en mayor riesgo en comparación con las mayores de 20 años, con un margen de error del 0.1%. Asimismo, con el mismo margen de error, las puérperas que tuvieron un parto por cesárea están en mayor riesgo en comparación con aquellas que tuvieron un parto vaginal. Las primíparas presentan un riesgo mayor que las multíparas de sufrir depresión posparto, también con un margen de error del 0.1%. Las puérperas sin pareja (solteras, separadas o viudas) tienen un riesgo mayor, con un margen de error del 0.5%, en comparación con aquellas que tienen pareja (casadas o convivientes). Finalmente, las mujeres que tuvieron menos de seis controles prenatales tienen un riesgo mayor de padecer depresión posparto en comparación con las que tuvieron seis o más controles, con un margen de error del 1%. Conclusiones: Los factores asociados con la depresión posparto incluyen el embarazo adolescente, el parto por cesárea, ser primípara, no tener acompañante y haber tenido menos de seis controles prenatales (72).

Autoras: BR. Garcia Herrera, Rudy Tatiana; BR. Surita Neyra, Ana Kelly

Título: Factores sociales y personales en la depresión post parto en las mujeres que acuden al Puesto de Salud Gerardo Gonzales Villegas Tumbes, Junio-Julio 2018

Año: 2018

#### Resumen

Este estudio descriptivo, retrospectivo y de enfoque cuantitativo de diseño no experimental, fue llevado a cabo con el propósito de determinar los factores sociales y personales que inciden en la depresión post parto en las mujeres que acudieron al Puesto de Salud Gerardo Gonzales Villegas de Tumbes en el periodo de junio a julio del año 2018. Se seleccionó una muestra de 70 puérperas a las que se les aplicó la prueba de Edimburgo para la detección de la depresión post parto, y se empleó un instrumento creado por las autoras para identificar los factores sociales y personales, el cual fue validado mediante una prueba piloto y el juicio de expertos. Los datos recogidos fueron analizados utilizando estadística descriptiva. Los hallazgos revelaron que el 47,1% de las participantes sufrían de depresión post parto. Con respecto a los factores sociales, las edades fluctuaron entre los 20 y 34 años en un 78,8% de los casos, el 72,7% eran convivientes, el 66,7% tenía como máximo nivel de instrucción el secundario y el 57,6% reportó tener ingresos económicos mensuales inferiores a 500 soles. En relación a los factores personales, se encontró que el 42,5% eran multigestas, el 51,5% había tenido partos por cesárea y un significativo 93,9% practicaba la lactancia materna. Además, la mayoría de las puérperas negaron tener antecedentes personales (57,6%) y familiares (87,6%) relacionados con la depresión (73).

### **3.2.3. A nivel internacional**

Autor: José Urdaneta M. MSc, Ana Rivera S., José García I. PhD, Mery Guerra V. PhD, Nasser Baabel Z. PhD, Alfi Contreras B.

Título: Prevalencia de depresión posparto en primigestas y multíparas valoradas por la escala de Edimburgo

Año: 2010

Resumen: En la División de Obstetricia y Ginecología del Servicio Autónomo Hospital Universitario de Maracaibo se llevó a cabo un estudio comparativo no experimental que buscaba comparar la prevalencia de depresión posparto entre primigestas y multíparas. La muestra consistió en 100 mujeres en su puerperio tardío, divididas en dos grupos de 50, según su paridad. Se evaluó la depresión posparto mediante la Escala de Edimburgo, encontrando un 91% de la muestra con test positivo y una prevalencia del 22% confirmada por el DSM-IV. A pesar de que las multíparas mostraron mayor frecuencia de ideación suicida, no se encontró una relación estadísticamente significativa entre paridad y depresión posparto. Se concluye que la población estudiada presenta una alta prevalencia de depresión posparto sin diferenciación por paridad (74).

Autor: R. Vicenta, C. Herrero Vicent

Título: Evaluación del impacto del parto mediante cesárea frente al parto vaginal en mujeres con depresión posparto: revisión sistemática cualitativa

Año: 2021

Resumen: Esta revisión sistemática tiene como finalidad explorar la existencia de una relación entre el parto por cesárea y el parto vaginal en relación con el riesgo de sufrir depresión posparto. Se realizó una búsqueda exhaustiva en PubMed, seleccionando estudios que comparaban ambos tipos de parto con el desenlace de la depresión posparto. Tras aplicar criterios de elegibilidad rigurosos, se seleccionaron 11 artículos relevantes para el análisis. Los datos de la literatura existente son heterogéneos y no proporcionan conclusiones definitivas acerca de una relación directa entre el método de parto y la incidencia de depresión posparto. La conexión entre el tipo de parto y el riesgo de

desarrollar este trastorno continúa siendo un tema de debate y controversia en la comunidad científica y médica (75).

Autor: Evelyn Alexandra Pinos Vergara

Título: Prevalencia y factores asociados a depresión posparto en el Hospital Darío Machuca Palacios del Cantón La Troncal, 2017- 2018

Año: 2019

Resumen: Este estudio transversal y prospectivo tuvo como objetivo general determinar la prevalencia y los factores asociados con la depresión posparto en pacientes atendidas en el Hospital Darío Machuca Palacios durante 2018. Incluyó a 190 madres que cumplieron los criterios de inclusión. Se utilizó un formulario para recolectar datos en el puerperio tardío, encontrando una prevalencia del 72.1% para depresión posparto, siendo la mayoría de los casos leves. Se identificó una relación estadísticamente significativa entre depresión posparto y embarazo no deseado, señalando este último como un factor de riesgo (76).

#### **4. HIPÓTESIS**

Dado que, el tipo de parto puede influir en las condiciones físicas y psicológicas de la puérpera, y considerando que el parto por cesárea suele asociarse con una recuperación postoperatoria más compleja y dolorosa.

Es probable que, las puérperas que han dado a luz mediante cesárea experimenten niveles más altos de depresión comparadas con aquellas que han tenido un parto vía vaginal en el Hospital III Yanahuara EsSalud, Arequipa, durante el año 2024.

**CAPÍTULO II**  
**MATERIAL Y MÉTODOS**

## **1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN**

### **1.1. Técnica**

Para la investigación se aplicó como técnica la encuesta. Se enfocó en recoger información sobre sus experiencias y percepciones relacionadas con la depresión postnatal

### **1.2. Instrumentos**

Se utilizó la Escala de Autoevaluación para la Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) como herramienta principal de cribado para detectar posibles signos de depresión postnatal. La EPDS fue aplicado directamente a puérperas en el contexto actual, durante el período de estudio (57).

### **1.3. Materiales:**

- Herramientas informáticas para el análisis de datos, que pueden incluir software para la gestión de bases de datos y análisis estadístico, como puede ser Excel, SPSS, SAS, o R.
- Equipos de cómputo y dispositivos necesarios para el acceso y análisis de la información clínica (ordenadores, tabletas, etc.).
- Instrumentos para la sistematización y archivo de la información como ficheros, carpetas y dispositivos de almacenamiento seguro para guardar la información recolectada y analizada.

## **2. CAMPO DE VERIFICACIÓN**

### **2.1. Ámbito:**

El ámbito de este estudio transversal comprende el análisis de las puérperas del Hospital III Yanahuara EsSalud, durante el periodo del mes de febrero del año 2024.

### **2.2. Unidades de estudio**

#### **2.2.1. Universo**

El universo de estudio fue todas las mujeres que han dado a luz en el Hospital III Yanahuara EsSalud en el periodo del mes de febrero del año 2024. Se trabajó con las pacientes que acudan en el periodo de tiempo seleccionado, cumpliendo los criterios de inclusión y exclusión.

### **2.2.1.1. Criterios de inclusión**

Mujeres que hayan dado a luz en este hospital durante el período de estudio en 2024.

Mujeres que hayan tenido parto vaginal como a aquellas que hayan tenido parto por cesárea.

Mujeres que puedan y estén dispuestas a dar su consentimiento informado para participar en el estudio.

Mujeres mayores de 18 años.

### **2.2.1.2. Criterios de exclusión**

Mujeres con presencia de trastornos psiquiátricos graves diagnosticados antes del embarazo, como trastorno bipolar o esquizofrenia.

Mujeres que requirieron intervenciones quirúrgicas mayores inmediatamente después del parto, distintas de la cesárea, que podrían influir en su recuperación psicológica.

Mujeres que no puedan comunicarse efectivamente debido a barreras del idioma o a condiciones médicas que impidan la comunicación.

### **2.3. Temporalidad:**

El estudio presente se trata de un estudio coyuntural en el mes de febrero del año 2024.

### **2.4. Ubicación espacial:**

Hospital III Yanahuara EsSalud

### **2.5. Tipo de investigación:**

El tipo de investigación que representa este estudio es de campo.

### **2.6. Nivel de investigación:**

Comparativo, Relacional, Inferencial

### **2.7. Diseño de investigación:**

Estudio transversal, prospectivo y observacional.

### **3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

#### **3.1. Organización:**

La organización de la recolección de datos se estableció de acuerdo con un cronograma predefinido, que incluyó la preparación, la recopilación y el análisis de los datos. Se definió claramente las responsabilidades y se asignarán tareas específicas a cada miembro del equipo de investigación.

#### **3.2. Recursos:**

##### **3.2.1. Humanos:**

Investigadores: Ambos investigadores fue responsable de diseñar el estudio, recopilar los datos, realizar el análisis estadístico y redactar el informe final.

Asesor: Un especialista en metodología de investigación y en el tema de estudio que guio el proceso de investigación y aseguro la calidad científica del proyecto.

##### **3.2.2. Materiales:**

Formularios estandarizados para la recolección de datos.

Acceso a la base de datos del hospital y a los registros médicos de las pacientes.

Computadoras y software estadístico para el análisis de datos (como SPSS, STATA o R).

Materiales de oficina, incluyendo papelería, impresoras y dispositivos de almacenamiento seguro para archivos digitales y físicos.

##### **3.2.3. Financieros:**

Autofinanciado: El estudio fue financiado por los propios investigadores, quienes cubrieron los gastos relacionados con materiales, acceso a software, reproducción de documentos y cualquier otro recurso necesario para la realización del proyecto. Esto implica una planificación cuidadosa para mantener los costos dentro de un presupuesto viable.

#### **3.3. Validación de los instrumentos**

El instrumento fue creado por Cox, Holden y Sagovsky en el año 1987 (77). Posteriormente, fue validada al español y en el Perú por Vega-Dienstmaier et al. En

su investigación titulada: “Validación de una versión en español de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo” (78).

### **3.4. Plan de Recolección de datos**

En este estudio, el proceso de recolección de datos se explicó a los participantes los detalles del estudio, incluyendo objetivos, beneficios, y riesgos, seguido de la obtención del consentimiento informado firmado. Las encuestas se aplicaron con un apoyo constante de los investigadores para garantizar la comprensión y el bienestar de los participantes. Se enfatizó la confidencialidad y el anonimato en el manejo de datos, asegurando un almacenamiento seguro y un tratamiento ético de la información recabada, protegiendo la integridad de los participantes.

#### **3.4.1. Plan de Procesamiento:**

El procesamiento de los datos recogidos incluyó su verificación, codificación, digitación y limpieza. Se estableció un protocolo que detalló los pasos a seguir para cada proceso:

- Verificación: Se comprobó que los datos recogidos fueran completos y estuvieran dentro de los rangos esperados.
- Codificación: Se asignaron códigos numéricos o categorías a las respuestas cualitativas para facilitar su análisis cuantitativo.
- Digitación: Se ingresaron los datos codificados en una base de datos computarizada.
- Limpieza: Se revisaron los datos ingresados para detectar y corregir errores o inconsistencias.

#### **3.4.2. Plan de Clasificación:**

Los datos se clasificaron según las variables de interés del estudio:

Demográficas: Edad, estado civil, nivel de educación, ocupación, lugar de residencia, número de hijos.

Clínicas: Tipo de parto, puntuación en la Escala de Depresión.

Otros factores: Variables adicionales que pudieron ser de interés según los resultados de la revisión bibliográfica.

### **3.4.3. Plan de Recuento:**

El recuento de datos se realizó mediante la utilización de software estadístico. Este proceso incluyó:

Tabulación: Creación de tablas y gráficos para representar la distribución de las variables.

Conteos frecuenciales: Determinación de la frecuencia de las diferentes categorías y respuestas.

Cálculo de medidas de tendencia central y dispersión: Para las variables cuantitativas.

### **3.4.4. Plan de análisis:**

El análisis de los datos se llevó a cabo siguiendo un plan estadístico que incluyó:

Análisis descriptivo: Para describir las características de la población y las principales variables de estudio.

Análisis inferencial: Para establecer relaciones entre variables, comparar grupos y testar la hipótesis del estudio.

El plan de análisis estuvo alineado con los objetivos del estudio y se fundamentó en la literatura científica relevante. Además, se discutió y validó con un experto en estadística para garantizar la rigurosidad y validez de los resultados obtenidos.

**CAPÍTULO III**  
**RESULTADOS**

**Tabla 1****Edad de las puérperas del Hospital III Yanahuara ESSALUD, Arequipa, 2024.**

	F	%
18 - 27 años	60	30.0
28 - 37 años	116	58.0
38 años a más	24	12.0
Total	200	100.0

En la tabla número 1, que presenta la edad de las puérperas del Hospital III Yanahuara ESSALUD en Arequipa para el año 2024, se observa que la mayoría de las puérperas se encuentran en el rango de edad de 28 a 37 años, representando el 58.0% del total. Le sigue el grupo de 18 a 27 años con un 30.0%, y finalmente, el grupo de 38 años a más con el 12.0%. Esto indica que la mayor proporción de las puérperas atendidas en este hospital se concentra en la etapa de edad intermedia, de 28 a 37 años.

**Tabla 2**

**Estado civil de las puérperas del Hospital III Yanahuara ESSALUD, Arequipa, 2024.**

	F	%
Soltera	64	32.0
Casada	63	31.5
Unión libre	67	33.5
Divorciada	5	2.5
Separada	1	0.5
Total	200	100.0

En la tabla número 2, se presenta el estado civil de las puérperas del Hospital III Yanahuara ESSALUD en Arequipa para el año 2024. El estado civil con mayor representación es la unión libre, con un 33.5%. Cercanamente le siguen las puérperas solteras y casadas, con un 32.0% y 31.5% respectivamente. Un menor porcentaje se observa en las puérperas divorciadas, con un 2.5%, y las separadas, con apenas un 0.5%.

**Tabla 3**  
**Nivel educativo de las puérperas del Hospital III Yanahuara ESSALUD, Arequipa,**  
**2024.**

	F	%
Primaria	8	4.0
Secundaria	60	30.0
Superior técnica	69	34.5
Superior universitaria	58	29.0
Posgrado	5	2.5
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100.0</b>

En la tabla número 3, que detalla el nivel educativo de las puérperas del Hospital III Yanahuara ESSALUD en Arequipa para el año 2024, se observa que el nivel de educación superior técnica es el más común, representando el 34.5% del total. Le sigue la educación secundaria con un 30.0%, y muy de cerca la educación superior universitaria con un 29.0%. Los niveles educativos con menos representación son la educación primaria con un 4.0% y los estudios de posgrado con un 2.5%.

**Tabla 4****Ocupación de las puérperas del Hospital III Yanahuara ESSALUD, Arequipa, 2024.**

	F	%
Ama de casa	56	28.0
Profesional	68	34.0
Trabajadora independiente	55	27.5
Desempleada	12	6.0
Estudiante	9	4.5
Total	200	100.0

En la tabla número 4, que expone la ocupación de las puérperas del Hospital III Yanahuara ESSALUD en Arequipa para el año 2024, se identifica que la mayor parte de ellas son profesionales, alcanzando el 34.0%. Las amas de casa representan el 28.0% y las trabajadoras independientes el 27.5%. Un porcentaje más bajo corresponde a las desempleadas con un 6.0% y las estudiantes con un 4.5%.

**Tabla 5**  
**Lugar de residencia de las puérperas del Hospital III Yanahuara ESSALUD,**  
**Arequipa, 2024.**

	F	%
Urbano	180	90.0
Rural	20	10.0
Total	200	100.0

En la tabla número 5, referente al lugar de residencia de las puérperas del Hospital III Yanahuara ESSALUD en Arequipa para el año 2024, se muestra que la gran mayoría, el 90.0%, reside en áreas urbanas. Por otro lado, un 10.0% proviene de áreas rurales.

**Tabla 6**  
**Número de hijos de las puérperas del Hospital III Yanahuara ESSALUD, Arequipa, 2024.**

	F	%
Uno	61	30.5
Dos	94	47.0
Tres o más	45	22.5
Total	200	100.0

En la tabla número 6, que presenta el número de hijos de las puérperas del Hospital III Yanahuara ESSALUD en Arequipa para el año 2024, se observa que la mayoría tiene dos hijos, representando el 47.0% del total. Las puérperas con un hijo constituyen el 30.5%, mientras que aquellas con tres o más hijos abarcan el 22.5%.

**Tabla 7**  
**Factores asociados al parto de las puérperas del Hospital III Yanahuara ESSALUD,**  
**Arequipa, 2024.**

	F	%
Término	170	85.0
Pretérmino	30	15.0
Total	200	100.0

En la tabla número 7, que detalla los factores asociados al parto de las puérperas del Hospital III Yanahuara ESSALUD en Arequipa para el año 2024, se destaca que la mayoría de los partos, el 85.0%, corresponden a partos a término. Los partos pretérmino representan un 15.0% del total.

**Tabla 8**  
**Infecciones previas de las puérperas del Hospital III Yanahuara ESSALUD,**  
**Arequipa, 2024.**

	F	%
Sí	48	24.0
No	152	76.0
Total	200	100.0

En la tabla número 8, que aborda las infecciones previas de las puérperas del Hospital III Yanahuara ESSALUD en Arequipa para el año 2024, se muestra que una mayoría, el 76.0%, no ha tenido infecciones previas. Por otro lado, un 24.0% de las puérperas indican haber tenido infecciones previas.

**Tabla 9**  
**Rotura Prematura de Membranas (RPM) de las puérperas del Hospital III Yanahuara ESSALUD, Arequipa, 2024.**

	F	%
Sí	59	29.5
No	141	70.5
Total	200	100.0

En la tabla número 9, que presenta información sobre la Rotura Prematura de Membranas (RPM) de las puérperas del Hospital III Yanahuara ESSALUD en Arequipa para el año 2024, se puede observar que el 70.5% de las puérperas no experimentaron RPM, mientras que el 29.5% sí tuvieron esta condición.

**Tabla 10**  
**Abortos previos de las puérperas del Hospital III Yanahuara ESSALUD, Arequipa,**  
**2024.**

	F	%
Sí	68	34.0
No	132	66.0
Total	200	100.0

En la tabla número 10, concerniente a los abortos previos de las puérperas del Hospital III Yanahuara ESSALUD en Arequipa para el año 2024, se evidencia que un 66.0% de las puérperas no han tenido abortos previos, mientras que un 34.0% sí reporta haber tenido esta experiencia.

**Tabla 11**  
**Tipo de parto de las puérperas del Hospital III Yanahuara ESSALUD, Arequipa,**  
**2024.**

	F	%
Vaginal	100	50.0
Cesárea	100	50.0
Total	200	100.0

En la tabla número 11, que expone el tipo de parto de las puérperas del Hospital III Yanahuara ESSALUD en Arequipa para el año 2024, se observa una distribución equitativa entre los tipos de parto, con un 50.0% correspondiente a partos vaginales y otro 50.0% a cesáreas.

**Tabla 12**  
**Nivel de depresión en puérperas después de un parto vía vaginal en el Hospital III Yanahuara EsSalud, Arequipa, en el año 2024.**

	F	%
Rango normal	71	71.0%
Presencia de síntomas	13	13.0%
Fuerte depresión	16	16.0%
Total	100	100.0%

En la tabla número 12, que expone el nivel de depresión en puérperas después de un parto vía vaginal en el Hospital III Yanahuara EsSalud, Arequipa, en el año 2024, se observa que el 71.0% de las puérperas se encuentra en el rango normal. Además, un 13.0% de ellas presenta síntomas de depresión, mientras que un 16.0% experimenta una fuerte depresión.

**Tabla 13**

**Nivel de depresión en puérperas después de un parto por cesárea en el Hospital III Yanahuara EsSalud, Arequipa, en el año 2024.**

	F	%
Rango normal	53	53.0%
Presencia de síntomas	13	13.0%
Fuerte depresión	34	34.0%
Total	100	100.0%

En la tabla número 13, que detalla el nivel de depresión en puérperas después de un parto por cesárea en el Hospital III Yanahuara EsSalud, Arequipa, en el año 2024, se muestra que el 53.0% de las puérperas se encuentra en el rango normal. Un 13.0% presenta síntomas de depresión, y un 34.0% experimenta una fuerte depresión.

**Tabla 14**

**Relación entre las variables sociodemográficas y la depresión posnatal según el tipo de parto de las puérperas del Hospital III Yanahuara ESSALUD, Arequipa, 2024.**

VARIABLES	DEPRESIÓN POSNATAL			
	Tipo de parto vaginal		Tipo de parto por cesárea	
	X2	P Valor	X2	P Valor
Edad	16,962	0,002	1,391	0,846
Estado Civil	12,050	0,061	14,467	0,070
Nivel de Educación	9,954	0,127	20,180	0,010
Ocupación	17,637	0,024	15,597	0,049
Lugar de Residencia	4,850	0,088	14,930	0,001
Número de Hijos	12,373	0,015	7,185	0,126
Factores asociados al parto	6,011	0,050	9,416	0,009
Infecciones previas	0,507	0,776	8,249	0,016
Rotura Prematura de Membranas	3,594	0,166	4,003	0,135
Abortos previos	5,300	0,071	2,740	0,254

En la tabla número 14, que examina la relación entre las variables sociodemográficas y la depresión posnatal según el tipo de parto de las puérperas del Hospital III Yanahuara ESSALUD, Arequipa, 2024, se observan diferentes niveles de significancia y asociación. Para el tipo de parto vaginal, las variables con valores de P menores indican una relación estadísticamente significativa. La ocupación muestra una asociación significativa con un valor de P de 0,024, seguida por el número de hijos con un valor de P de 0,015, y factores asociados al parto con un valor de P de 0,050. Estos resultados sugieren que estas variables tienen una relación más fuerte con la incidencia de depresión posnatal en comparación con las otras variables estudiadas. Por otro lado, la variable con la asociación más débil es la de infecciones previas, con un valor de P de 0,776. Para el tipo de parto por cesárea, el nivel de educación y el lugar de residencia muestran una asociación significativa con la depresión

posnatal, con valores de P de 0,010 y 0,001, respectivamente. Estos hallazgos indican una relación importante entre estas variables sociodemográficas y la depresión posnatal en mujeres que han tenido un parto por cesárea. Las infecciones previas también muestran una relación significativa con un valor de P de 0,016, lo que sugiere que este factor tiene una influencia considerable en la incidencia de depresión posnatal después de un parto por cesárea. Es importante destacar que algunas variables, como la edad y el estado civil, muestran valores de P significativos en el contexto del parto vaginal, pero no en el parto por cesárea, lo que podría indicar que el impacto de estas variables en la depresión posnatal puede variar según el tipo de parto.

**Tabla 15**  
**Depresión posparto entre los dos grupos de puérperas del Hospital III Yanahuara**  
**ESSALUD, Arequipa, 2024.**

		Depresión Postnatal						Total	
		Rango normal		Presencia de síntomas		Fuerte depresión			
		F	%	F	%	F	%	F	%
Tipo de parto	Vaginal	71	35.5%	13	6.5%	16	8.0%	100	50.0%
	Cesárea	53	26.5%	13	6.5%	34	17.0%	100	50.0%
Total		124	62.0%	26	13.0%	50	25.0%	200	100.0%
		X <sup>2</sup> = 9,093		p < 0.05		p = 0,011			

En la tabla número 15, que analiza la depresión posparto entre dos grupos de puérperas del Hospital III Yanahuara ESSALUD en Arequipa para el año 2024, distinguidos por el tipo de parto y el nivel de depresión, se observa lo siguiente:

Entre las puérperas que tuvieron un parto vaginal, un 35.5% se encuentra en el rango normal, un 6.5% presenta síntomas de depresión, y un 8.0% muestra una fuerte depresión, representando juntas el 50.0% del total.

Por otro lado, en las puérperas con parto por cesárea, el 26.5% está en el rango normal, el 6.5% tiene síntomas de depresión, y el 17.0% sufre de una fuerte depresión, completando también el 50.0% del total.

Agrupando ambos tipos de parto, el 62.0% de las puérperas se ubica en el rango normal, el 13.0% presenta síntomas de depresión, y el 25.0% enfrenta una fuerte depresión.

La diferencia en los niveles de depresión posparto entre los grupos de parto vaginal y cesárea es estadísticamente significativa  $p = 0,011$ , indicando una mayor incidencia de fuerte depresión entre las puérperas que experimentaron un parto por cesárea.

## DISCUSIÓN

En el estudio llevado a cabo en el Hospital III Yanahuara EsSalud, Arequipa, durante el transcurso del año 2024, se llevó a cabo una meticulosa observación de la incidencia de depresión postparto en puérperas, revelando que un 71.0% de las mujeres que experimentaron un parto vía vaginal se ubicaron dentro del rango normal, en contraste con el 53.0% de aquellas que se sometieron a un parto por cesárea. Este hallazgo guarda consonancia con los resultados obtenidos en el estudio previo de Christian James Zamora Aroca en 2019, donde se destacó una prevalencia más alta de depresión postparto en mujeres que optaron por el parto cesáreo (28.1%) en comparación con las que tuvieron parto vaginal (14.1%). La concordancia entre ambos estudios no solo refuerza la evidencia sobre la influencia significativa que el método de parto ejerce sobre la salud mental posparto de la mujer, sino que también pone de relieve la relevancia de esta variable como un factor de riesgo a tener en cuenta. Además, nuestro análisis destacó una marcada diferencia estadísticamente significativa respecto a la incidencia de depresión severa entre los grupos de parto vaginal (16.0%) frente al de cesárea (34.0%), hallazgo que se alinea con las observaciones de Zamora Aroca, quien igualmente informó de una relación estadísticamente significativa entre el método de parto y la incidencia de depresión postparto. La repetida constatación de estos resultados subraya la imperiosa necesidad de considerar el tipo de parto no solo como un factor determinante en la salud física de las madres, sino también en su bienestar psicológico, instando a una mayor atención en las políticas de salud maternal para mitigar el riesgo de depresión postparto (70).

El estudio efectuado en el Hospital III Yanahuara EsSalud, Arequipa, durante el año 2024, arrojó luz sobre las diferencias sustanciales en cuanto a la prevalencia de depresión postparto entre las mujeres que tuvieron partos vaginales en comparación con aquellas que se sometieron a cesáreas, evidenciando una incidencia significativamente elevada de depresión severa en el último grupo (34.0%) frente al primero (16.0%). Estos resultados muestran una concordancia parcial con los hallazgos de Miguel Ángel Gonzales Apaza en 2017, que señaló una prevalencia general de depresión posparto del 34.29% en adolescentes y un 46.67% en mujeres adultas, aunque sin distinguir explícitamente por tipo de parto. A diferencia del enfoque de Gonzales Apaza, quien se concentró en las diferencias entre grupos de edad y analizó diversos factores sociodemográficos y obstétricos, como el estado civil, nivel educativo, ocupación y antecedentes reproductivos, nuestro estudio se enfoca más detalladamente en cómo el método de parto afecta la salud mental posparto. Es fundamental

reconocer que, a pesar de que Gonzales Apaza no estableció una correlación directa entre el tipo de parto y la depresión postparto, ambos estudios subrayan la multifacética naturaleza de los factores que inciden en la depresión postparto, indicando que tanto las características sociodemográficas como obstétricas desempeñan roles críticos en el bienestar mental de las puérperas. La observación de Gonzales Apaza sobre una prevalencia mayor de depresión postparto en mujeres adultas en comparación con adolescentes invita a reflexionar sobre cómo la edad puede influir en la vulnerabilidad a esta condición, una variable que nuestro estudio no examina directamente pero sugiere como una dirección valiosa para futuras investigaciones. Este punto resalta la importancia de considerar un espectro más amplio de factores, incluida la edad, para una comprensión más exhaustiva de los riesgos asociados con la depresión postparto. Además, la alta incidencia de depresión postparto identificada en ambos estudios refuerza la necesidad de implementar estrategias de detección precoz y de proporcionar programas de soporte psicológico específicos para puérperas, adoptando un enfoque integral que contemple tanto las variables obstétricas como sociodemográficas. Incorporar estas dimensiones puede mejorar significativamente nuestra comprensión de este fenómeno y aumentar la eficacia de las intervenciones diseñadas para prevenir y manejar la depresión postparto (71).

De manera similar a los resultados obtenidos por Garcia Herrera y Surita Neyra en 2018, nuestro estudio resalta la prevalencia de la depresión postparto, enfocándose específicamente en la relación con el tipo de parto. Sin embargo, el análisis realizado por Garcia Herrera y Surita Neyra en el Puesto de Salud Gerardo Gonzales Villegas de Tumbes pone énfasis en la identificación de factores sociales y personales que influyen en esta condición, revelando que un preocupante 47.1% de las participantes experimentaban depresión postparto. Estos hallazgos son particularmente alarmantes y enfatizan la necesidad de considerar el contexto social y personal en el que se encuentran las puérperas. Nuestra investigación aporta a este cuerpo de conocimiento proporcionando un detallado perfil demográfico de las puérperas en Arequipa, destacando que una mayoría significativa tiene entre 28 y 37 años (58.0%) y que un notable 33.5% están en unión libre, factores que podrían influir considerablemente en el soporte social percibido y la estabilidad emocional. Adicionalmente, la prevalencia de la educación superior técnica en las puérperas de nuestro estudio (34.5%) contrasta con el perfil mayoritariamente de educación secundaria (66.7%) observado por Garcia Herrera y Surita Neyra, sugiriendo posibles diferencias en la conciencia o el acceso a los recursos de salud mental entre estas poblaciones. A pesar de las diferencias demográficas y contextuales,

ambos estudios convergen en la importancia de los factores socioeconómicos y educativos en el bienestar mental postparto. La relación entre la prevalencia de depresión postparto y el tipo de parto observada en nuestra investigación además incita a una reflexión más detallada sobre cómo la experiencia personal del parto, entrelazada con aspectos sociales como el estado civil, nivel educativo y el entorno económico, impacta en la salud mental de las mujeres después del parto. Esta comparativa sugiere que, más allá de las diferencias geográficas, los aspectos sociales y personales juegan un rol determinante en la susceptibilidad a la depresión postparto. La investigación de Garcia Herrera y Surita Neyra también resalta la lactancia materna como un factor personal de relevancia, con un 93.9% de las participantes practicándola. Aunque nuestro estudio no abordó directamente este aspecto, incorporar variables asociadas con la experiencia de maternidad en futuras investigaciones podría proporcionar una perspectiva más completa sobre los factores que contribuyen a la depresión postparto, sugiriendo un enfoque más integral y holístico para entender y abordar esta condición (73).

Respecto a la relación entre las variables sociodemográficas y la depresión posnatal en función del tipo de parto. Específicamente, en el caso del parto vaginal, se identifica una asociación estadísticamente significativa entre la ocupación, el número de hijos y factores asociados al parto con la depresión posnatal, lo cual sugiere que estas variables juegan un papel más determinante en la predisposición a esta condición en comparación con otras variables analizadas. La ocupación, con un valor de P de 0,024, seguida por el número de hijos con un valor de P de 0,015, y los factores asociados al parto con un valor de P de 0,050, resaltan como elementos críticos que ameritan una atención particular en las estrategias de prevención y tratamiento de la depresión posnatal. Por otro lado, en el parto por cesárea, variables como el nivel de educación y el lugar de residencia presentan una relación significativa con la incidencia de depresión posnatal, con valores de P de 0,010 y 0,001 respectivamente. Estos hallazgos apuntan a la importancia de considerar el contexto sociodemográfico en el que se encuentra la mujer tras un parto por cesárea, ya que estos factores inciden de manera relevante en su bienestar emocional. Además, la significancia del factor de infecciones previas, con un valor de P de 0,016, indica que aspectos clínicos particulares relacionados con el parto por cesárea también deben ser considerados al evaluar el riesgo de depresión posnatal. Es importante destacar que ciertas variables, como la edad y el estado civil, mostraron valores de P significativos en casos de parto vaginal, pero no así en los partos por cesárea, lo cual sugiere una variabilidad en el impacto de estas variables

sobre la depresión posnatal dependiendo del tipo de parto. Esta diferencia podría indicar la necesidad de abordajes diferenciados en la atención y apoyo psicosocial ofrecido a las puérperas, enfatizando la importancia de personalizar las intervenciones de acuerdo con las características individuales y el tipo de parto. Curiosamente, estos datos no fueron considerados en los antecedentes investigativos previos, lo que resalta la originalidad y relevancia de este estudio.

En la investigación que llevamos a cabo en el Hospital III Yanahuara EsSalud, Arequipa, en el año 2024, se identificaron diferencias notables en cuanto a la incidencia de la depresión postparto entre las mujeres que tuvieron partos vaginales comparadas con aquellas que se sometieron a cesáreas, observando una prevalencia significativamente más alta de depresión severa en el grupo de cesárea (34.0%) frente al grupo de parto vaginal (16.0%). Este resultado parece divergir de las conclusiones de la revisión sistemática cualitativa efectuada por R. Vicenta y C. Herrero Vicent en 2021, la cual señala que los datos existentes son demasiado heterogéneos para ofrecer una conclusión definitiva sobre la existencia de una correlación directa entre el método de parto y la depresión postparto. La discrepancia observada entre nuestros hallazgos y los reportados por Vicenta y Herrero Vicent puede explicarse por diversas variables, tales como las diferencias en las poblaciones objeto de estudio, las metodologías aplicadas y los criterios utilizados para diagnosticar la depresión postparto. Nuestro estudio pone foco en una muestra específica de la población hospitalaria de Arequipa durante un intervalo de tiempo concreto, mientras que la revisión realizada por Vicenta y Herrero Vicent compila y examina investigaciones llevadas a cabo en múltiples contextos y con distintos enfoques metodológicos. Esta variabilidad resalta la crítica necesidad de tener en cuenta el contexto local y las particularidades de cada población al analizar e interpretar los resultados en el ámbito de la salud mental postparto. Además, sugiere que futuras investigaciones deberían estratificar o ajustar sus análisis considerando estos factores, con el objetivo de profundizar en el entendimiento de cómo y en qué medida el tipo de parto influye en el riesgo de desarrollar depresión postparto. Asimismo, es esencial promover el desarrollo de estudios longitudinales y con diseños metodológicos robustos que permitan esclarecer las posibles causas subyacentes a estas discrepancias y, por ende, contribuir a la creación de intervenciones más efectivas y adaptadas a las necesidades específicas de las puérperas (75).

## CONCLUSIONES

- PRIMERA:** Se observó que las puérperas después de un parto vía vaginal en un 16.0% experimentaron síntomas de fuerte depresión, mientras que, 34.0% de las puérperas de parto por cesárea experimentaron una fuerte depresión.
- SEGUNDA:** La investigación realizada en el Hospital III Yanahuara ESSALUD, Arequipa, 2024, revela diferencias significativas en la relación entre variables sociodemográficas y la depresión posnatal, dependiendo del tipo de parto. En el caso de parto vaginal, las variables de ocupación ( $P=0,024$ ), número de hijos ( $P=0,015$ ) y factores asociados al parto ( $P=0,050$ ) mostraron una asociación significativa con la depresión posnatal, indicando su relevancia en la incidencia de esta condición. Por otro lado, para partos por cesárea, el nivel de educación ( $P=0,010$ ), lugar de residencia ( $P=0,001$ ) e infecciones previas ( $P=0,016$ ) destacaron como variables significativamente asociadas con la depresión posnatal. Esto subraya cómo ciertas variables sociodemográficas impactan diferentemente según el tipo de parto, señalando la necesidad de abordajes específicos para prevenir la depresión posnatal en función del contexto sociodemográfico y el tipo de parto.
- TERCERA:** La diferencia en la incidencia de fuerte depresión entre los grupos de parto vaginal (16.0%) y cesárea (34.0%) es notable y estadísticamente significativa, con un valor de  $p= 0,011$ .

## **RECOMENDACIONES**

1. Se recomienda al Jefe de Departamento de Ginecología del Hospital III Yanahuara EsSalud implementar un programa de evaluación psicológica rutinaria para todas las puérperas, sin distinción del tipo de parto. Esta medida tiene como objetivo identificar de manera temprana cualquier síntoma de depresión, facilitando así la intervención precoz y contribuyendo significativamente a la prevención de la escalada de esta condición, con el fin último de asegurar el bienestar emocional y psicológico de todas las mujeres en el posparto.
2. Se recomienda al Director del Hospital III Yanahuara EsSalud desarrollar e integrar protocolos específicos de apoyo psicológico para las puérperas que se someten a cesáreas. Dado que se ha observado una mayor incidencia de fuerte depresión en este grupo, es fundamental abordar de manera específica los factores de riesgo asociados para mejorar significativamente la calidad de vida de estas mujeres y sus familias.
3. Se recomienda a futuros investigadores ampliar la aplicación de este estudio a otras poblaciones y considerar la inclusión de otras variables que puedan influir en la depresión posparto, tales como el soporte social, historial de salud mental, y condiciones socioeconómicas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Crisol-Deza, Diego André. Depresión posparto en los padres. *Revista Científica Estudiantil UNIMED*. 2021; 3(2).
2. Vallecampo A. Relación entre riesgo y factores asociados a depresión posparto del puerperio inmediato de mujeres con bajo riesgo obstétrico. *Revista Crea Ciencia-Áreas de la salud*. 2021; 14(1): 12--24.
3. Alvarado AA, Zumbado ER, Zumbado MFA. Depresión posparto. *Revista Médica Sinergia*. 2021; 6(09).
4. Sancho GP, Brenes GS, Villalobos NDLC. Actualización sobre el trastorno depresivo mayor. *Revista Médica Sinergia*. 2020; 5(12): 1--16.
5. Sánchez JDL, Ramos DEG. Disfunciones cognitivas en adultos mayores con depresión. *Revista Digital Universitaria*. 2021; 22(2).
6. Oteíza Collante M, Méndez I, Santamarina Pérez P, Romero S. Los trastornos depresivos de la infancia y la adolescencia. Principales signos de alerta. Orientación para el tratamiento. *Pediatr. aten. prim*. 2023.
7. Botto A, Acuña J, Jiménez JP. La depresión como un diagnóstico complejo: Implicancias para el desarrollo de recomendaciones clínicas. *Revista médica de Chile*. 2014; 142(10): 1297--1305.
8. Erazo, Rodrigo; others. La depresión en el contexto de la medicina. *Rev. Med. Clin. Condes*. 2005;: 183--192.
9. Sancho GP, Brenes GS, Villalobos NDLC. Actualización sobre el trastorno depresivo mayor. *Revista Médica Sinergia*. 2020; 5(12): 1--16.
10. Guerrero KJR, Bernita RES. Neurobiología del trastorno depresivo mayor. *Vive Revista de Salud*. 2022; 5(15): 819--827.
11. Santos TC, Penido MA. Transtorno distímico: uma ilustração clínica pela perspectiva da Terapia Cognitivo-Comportamental e Terapia Cognitiva Processual. *Rev. Bras. Psicoter.(Online)*. 2022;: 1--15.
12. Del Cid MTC. La depresión y su impacto en la salud pública. *Revista medica hondureña*. 2021; 89(Supl. 1): 46--52.

13. Calero C, Vásquez KLP, Moro L. Depresión en adolescentes asociados a migración familiar familia disfuncional y bullying en Huánuco 2018. *Revista peruana de investigación en salud*. 2019; 3(4): 180--187.
14. Parada Muñoz KR, Guapizaca Juca JF, Bueno Pacheco GA. Deterioro cognitivo y depresión en adultos mayores: una revisión sistemática de los últimos 5 años. *Revista Científica UISRAEL*. 2022; 9(2): 77--93.
15. González-Terrazas R, Aguilera MdGC. Activación conductual (programación de actividades) y depresión: Una mirada analítica-conductual. *Acta Comportamental: Revista Latina de Análisis de Comportamiento*. 2021; 29(4): 175--195.
16. Camuñas N, Mavrou I, Miguel-Tobal JJ. Ansiedad y tristeza-depresión: Una aproximación desde la teoría de la indefensión-desesperanza. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 2019; 24(1): 19--28.
17. Balluerka N, Aliri J, Goñi-Balentziaga O, Gorostiaga A. Asociación entre el bullying la ansiedad y la depresión en la infancia y la adolescencia: el efecto mediador de la autoestima. *Revista de Psicodidáctica*. 2023; 28(1): 26--34.
18. Sánchez, Abigail Fernández; Salvarrey, María Nieves Estrada; Jaime, Edith Ruth Arizmendi. Relación de estrés-ansiedad y depresión laboral en profesionales de enfermería. *Revista de enfermería neurológica*. 2019; 18(1): 29--40.
19. Tabares ASG, Núñez C, Osorio MPA, Aguirre AMG. Riesgo e Ideación Suicida y su Relación con la Impulsividad y la Depresión en Adolescentes Escolares. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación-e Avaliação Psicológica*. 2020; 1(54): 147--163.
20. Rosas-Santiago FJ, Rodríguez-Perez V, Hernández-Aguilera RD, Lagunes-Córdoba R. Estructura factorial de la versión mexicana del Inventario de Depresión de Beck II en población general del sureste mexicano. *Revista Salud Uninorte*. 2020; 36(2): 436--449.
21. Espinoza Jara H. Propuesta de programa cognitivo conductual para el tratamiento de depresión en pacientes mujeres de un Policlínico de Ventanilla 2022. 2022.
22. Noriega-Duche CE, Ortiz-Paredes AC. Relación entre autoestima y niveles de depresión en los adultos mayores Licán--Ecuador. *Polo del conocimiento*. 2021; 6(3): 419--432.

23. Gonzales EPZ, Gallegos WLA, del Carpio Toia ÁM, Rivera R, Condori ML. Depresión postparto en mujeres víctimas de violencia doméstica en la ciudad de Arequipa. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2020; 46(1): 1--16.
24. Alvarado AA, Zumbado ER, Zumbado MFA. Depresión postparto. *Revista Médica Sinergia*. 2021; 6(09).
25. Ampudia MKM. Depresión postparto en atención primaria. *Revista Médica Sinergia*. 2020; 5(02): 355--355.
26. de Albuquerque RN, da Silva Rollemberg DV. Fatores de risco e cuidados \`a mulher com baby blues. *Saúde em Revista*. 2021; 21(1): 235--244.
27. Barros MSF, de Araújo Costa L, Brito PF, Marques GAR, Silva GP, da Silva Sousa LG, et al. Baby blues e suas implicações na saúde psíquica da mulher: uma revisão integrativa. *Research Society and Development*. 2023; 12(6): e8012641977--e8012641977.
28. Laitupa SAK, Purwanti E, Hidayati LN. Pengalaman Baby blues Syndrome Pada Ibu Postpartum di Kabupaten Merauke. *Journal of Pharmaceutical and Health Research*. 2023; 4(1): 117--121.
29. Caballero DLS, Suelto KDP, Pretelt LCA, Cárdenas MFE. Trastornos psiquiátricos desencadenados por la gestación: una revisión sistemática de la literatura. *Revista Neuronum*. 2020; 6(4): 86--113.
30. Ampudia MKM. Depresión postparto en atención primaria. *Revista Médica Sinergia*. 2020; 5(02): 355--355.
31. Ampudia MKM. *Revista Médica Sinergia*. Vol. 5 Num. 2. Febrero 2020 e355. *Revista Médica Sinergia*. Vol. 2020; 5(2): e355.
32. Aguirre CIL, Estremadoiro B. Desarrollo de la Depresión Postparto. *Revista de Estudiantes de Psicología*. 2022; 10: 20--25.
33. Gonzales EPZ, Gallegos WLA, del Carpio Toia ÁM, Rivera R, Condori ML. Depresión postparto en mujeres víctimas de violencia doméstica en la ciudad de Arequipa. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2020; 46(1): 1--16.
34. Loaiza NV, Dachner AP, Morales JAV, others. Generalidades y diagnóstico de la depresión posparto. *Revista Médica Sinergia*. 2019; 4(7): e261--e261.

35. Gómez-Reyna RR, Valdivieso-López IP. Identificación de trastornos mentales presentes en mujeres embarazadas en la ciudad de Rocafuerte. *Revista Científica Arbitrada en Investigaciones de la Salud GESTAR*. ISSN: 2737-6273. 2022; 5(9 Ed. esp.): 104--119.
36. Vargas XR, Leal MA, Zamora SM, others. Actualización del trastorno afectivo bipolar. *Revista médica sinergia*. 2020; 5(9): e572--e572.
37. Quesada MV, Chinchilla KV. Detección temprana de la depresión posparto. *Revista Ciencia y Salud Integrando Conocimientos*. 2022; 6(5): 37--44.
38. Oviedo G, Iragorri A, Orjuela JM, Campo-Rivera N, Ceballos Y, Orozco-Cabal LF. Manifestaciones psiquiátricas asociadas a trastornos neuroendocrinos: artículo de revisión. *Revista Colombiana Salud Libre*. 2021; 16(2): e417390--e417390.
39. Rojas M, Chávez-Castillo M, Ramírez P, Lameda V, Castro AV, Torres W, et al. Psicosis puerperal: una patología olvidada. *Revista de la Facultad de Farmacia*. 2021; 84(1 y 2): 77--95.
40. Caballero, Dayra Lizeth Santamaría; Suelto, Kimberly De Paula; Pretelt, Laura Cristina Abaunza; Cárdenas, Manuel Francisco Esteban. Trastornos psiquiátricos desencadenados por la gestación: una revisión sistemática de la literatura. *Revista Neuronum*. 2020; 6(4): 86--113.
41. Oviedo G, Iragorri A, Orjuela JM, Campo-Rivera N, Ceballos Y, Orozco-Cabal LF. Manifestaciones psiquiátricas asociadas a trastornos neuroendocrinos: artículo de revisión. *Revista Colombiana Salud Libre*. 2021; 16(2): e417390--e417390.
42. Mazaira S, Giménez M. Uso simultáneo de anticonceptivos y terapia hormonal de reemplazo en mujeres que reciben psicofármacos. De la teoría a la práctica de la salud integral. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*. 2023; 34(161 jul.-sept.): 45--60.
43. Oviedo G, Iragorri A, Orjuela JM, Campo-Rivera N, Ceballos Y, Orozco-Cabal LF. Manifestaciones psiquiátricas asociadas a trastornos neuroendocrinos: artículo de revisión. *Revista Colombiana Salud Libre*. 2021; 16(2): e417390--e417390.
44. 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. *Cirugía y cirujanos*. 2022; 90(4): 564--572.

45. Navarro DKC. El comienzo de los trastornos de la conducta alimenticia después del embarazo. *Revista de Divulgación Crisis y Retos en la Familia y Pareja*. 2020; 2(2): 19-23.
46. Gómez-Reyna RR, Valdivieso-López IP. Identificación de trastornos mentales presentes en mujeres embarazadas en la ciudad de Rocafuerte. *Revista Científica Arbitrada en Investigaciones de la Salud GESTAR*. ISSN: 2737-6273. 2022; 5(9 Ed. esp.): 104--119.
47. Reyes NFL, Santiago DKL, Moncerrad LXQ, Vera YAM. Prevalencia y factores de riesgo de la evaluación precoz de la depresión postparto por medio del Test de Edinburgh en el Hospital de Especialidades Mariana de Jesús en el periodo del 1 marzo al 15 abril del 2016. *RECIAMUC*. 2021; 5(2): 300--310.
48. Souza y Machorro M. Reacciones al estrés y aspectos psicoterapéuticos. *Revista de la Facultad de Medicina (México)*. 2022; 65(4): 7--23.
49. Villanueva-Basilio AJ. Factores asociados al riesgo de depresión postparto valorada por la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo en puérperas adultas atendidas por Teleconsulta en un Instituto Especializado del Perú 2020. *Revista Internacional de Salud Materno Fetal*. 2023; 8(3).
50. Villavicencio, Sofía Araya; Ortiz, Irene Barrantes. Trastornos psiquiátricos frecuentes en el periodo postparto. *Revista Médica Sinergia*. 2020; 5(12): 8.
51. Lobo DMV, Tirado CGU, Romero ASC, Cortés AMR. Explicación neurobiológica desencadenantes de alteraciones psiquiátricas dependientes de las diferentes etapas hormonales de la mujer. *Revista Neuronum*. 2020; 7(1): 250--277.
52. Navalón P, Merchan-Naranjo J, Ghosn F, Almansa B, Chafer-Pericas C, González-Peñas J, et al. Estudio de los mecanismos fisiopatológicos asociados al inicio y curso de los trastornos del neurodesarrollo en prematuros (estudio PeriSTRESS-PremTEA): justificación objetivos diseño y descripción de la muestra. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. 2021.
53. Ballesteros, Virginia; others. Consideraciones sobre la relación mente-cuerpo en el proceso del parto. *Eikasía Revista de Filosofía*. 2023;(114): 57--73.
54. Olza, Ibone; Fernández Lorenzo, Patricia; González Uriarte, Ana; Herrero Azorín, Francisco; Carmona Cañabate, Susanna; Gil Sanchez, Alfonso; Amado Gómez,

- Esperanza; Dip, María Emilia. Propuesta de un modelo ecosistémico para la atención integral a la salud mental perinatal. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 2021; 41(139): 23--35.
55. Contreras-Carreto, Nilson A; Moreno-Sánchez, Pablo; Márquez-Sánchez, Evelin; Vázquez-Solares, Viridiana; Pichardo-Cuevas, Mauricio; Ramírez-Montiel, Martha L; Segovia-Nova, Selene; González-Yóquez, Tania A; Mancilla-Ramírez, Javier. Salud mental perinatal y recomendaciones para su atención integral en hospitales ginecoobstétricos. *Cirugía y cirujanos*. 2022; 90(4): 564--572.
56. Cisneros Hilario, César Braulio; Bedoya Castillo, María Paula; Lázaro Huamán, Betsy Alexandra; Mendoza Chávez, Katia Elizabeth; Cisneros Hilario, Evelin Juline. Ser gestante en tiempos de pandemia: Una mirada de la salud mental antes y durante la pandemia. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*. 2022; 22(2): 402--408.
57. Arizu, María Agustina; Waldheim, Esp Jennifer; Herrera, María Inés; Torrecilla, Mariana. Salud mental materna en el posparto y apoyo social percibido durante la pandemia por COVID-19 Title: Postpartum maternal mental health and perceived social support during the COVID-19 pandemic; 2020.
58. Padilla, María de la Luz Pérez; Martínez, Cecilia Esquivel. Violencia obstétrica ejercida hacia madres parturientas y su doula desde la observación participante. *Revista SOMEPSO*. 2023; 8(1): 33--62.
59. González, María Fernanda; Mattioli, Marina; Meques, Fernanda; Leiva, Carina; Piaggio, Luisina; Bettendorff, Soledad; Marano Roude, María de los Milagros. Salud mental perinatal en pandemia por covid-19: un estudio con puérperas en dos provincias Argentinas. *Revista Argentina de Salud Pública*. 2023; 15: 98--98.
60. Rodríguez Ortiz JA, Díaz RA, Daza MM, Hernández S, Díaz C, Luna PA. Embarazo ectópico en cicatriz de cesárea: reporte de caso y revisión de la literatura. *Hospital Simón Bolívar subred norte Bogotá Colombia. Revista Med*. 2020; 28(2): 103--110.
61. Barrera-Barrera, Gabriela; Cucoch-Petraello-Rojas, Camila; Martínez-Vera, Ignacia; Neira-Pérez, Marybel; Órdenes-Osorio, Soledad; Sandoval-Rubilar, Scarlett; Baumgartner-León, Sofie; Neira-Vega, Alejandra; Ponce-Vásquez, Pamela; Rodríguez-Domínguez, María. Percepción de las vías del parto de mujeres en edad reproductiva: una revisión de la literatura. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. 2022; 87(2).

62. Monteiro AMC, da Silva EJ, Cruz CdSS, de Oliveira LC. Impacto da implanta\cc\~ao da Rede Cegonha sobre a mortalidade materna e partos cesárea: uma análise comparativa. *Brazilian Journal of Development*. 2023; 9(05): 17022--17038.
63. Ramírez BS, Brenes FM, Murillo GA, others. Trastornos hipertensivos del embarazo: comparación entre la guía de la Caja Costarricense del Seguro Social del 2009 y las recomendaciones de la Asociación de Ginecología Obstetricia del 2019. *Revista Médica Sinergia*. 2020; 5(7): e532--e532.
64. Gonzales-Tello TS, Vega-Dienstmaier JM, others. Relación entre la presencia de síntomas premenstruales y los niveles de depresión medidos con la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo en mujeres con menos de un año postparto. *Revista de Neuro-Psiquiatría*. 2022; 85(4): 261--270.
65. Macías-Cortés EdC, Lima-Gómez V, Asbun-Bojalil J. Exactitud diagnóstica de la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo: consecuencias del tamizaje en mujeres mexicanas. *Gaceta médica de México*. 2020; 156(3): 202--208.
66. Valdés C, Cristoforone N. Revisión descriptiva de las herramientas de detección de depresión puerperal en el primer nivel de atención. *Revista Primer Nivel*. 2023; 1(1).
67. López-Janer CA, Quirós P, Cabestrero R. Propiedades Psicométricas de la Escala de Depresión de Edimburgo en una Muestra Argentina. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación-e Avalia\cc\~ao Psicológica*. 2021; 4(61): 33--47.
68. Espinosa F, Reyes O. Depresión posparto en pacientes de bajo riesgo atendidas en la Maternidad del Hospital Santo Tomás Panamá. Estudio prospectivo. *Revista de la Federación Centroamericana de Obstetricia y Ginecología*. 2020.
69. Mamani De Lama GE. Incidencia y factores de riesgo asociados a depresión postparto. Centro de salud Zamacola. Arequipa-2017. [Tesis para optar el grado académico de Maestro en Salud Pública] ed. Universidad Católica de Santa María Escuela de Postgrado: Arequipa Perú; 2019.
70. Zamora Aroca CJ. Tipo de parto como factor asociado a la depresión postparto. [Tesis para obtener el título de Médico Cirujano] ed. Universidad Privada Antenor Orrego Facultad de Medicina Escuela de Medicina Humana: Trujillo Perú; 2019.
71. Gonzales Apaza MÁ. Prevalencia de depresión posparto en púerperas adolescentes y adultas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales mayo 2016. [Tesis para optar el

- Título Profesional de Licenciado en Obstetricia] ed. Universidad Nacional Mayor de San Marcos Facultad de Medicina Escuela Profesional de Obstetricia: Lima Perú; 2017.
72. Zuzunaga Concha M. Factores de riesgo asociados a la depresión posparto en puérperas atendidas en el Hospital “Santa María del Socorro” octubre a noviembre del 2019. [Tesis para optar el título de Bachiller en Medicina Humana] ed. Universidad Privada San Juan Bautista Facultad de Ciencias de la Salud Escuela Profesional de Medicina Humana: Ica Perú; 2020.
  73. Garcia Herrera RT, Surita Neyra AK. Factores sociales y personales en la depresión post parto en las mujeres que acuden al Puesto de Salud Gerardo Gonzales Villegas Tumbes Junio-Julio 2018. [Tesis para optar el título profesional de Licenciado en Obstetricia] ed. Universidad Nacional de Tumbes Facultad de Ciencias de la Salud Escuela Académico Profesional de Obstetricia: Tumbes Perú; 2018.
  74. Urdaneta, José; Rivera, Ana; García, José; Guerra, Mery; Baabel, Nasser; Contreras, Alfi. Prevalencia de depresión posparto en primigestas y multíparas valoradas por la escala de Edimburgo. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. 2010; 75(5): 312--320.
  75. Vicent, R; Vicent, C Herrero. Evaluación del impacto del parto mediante cesárea frente el parto vaginal en mujeres con depresión posparto: revisión sistemática cualitativa. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*. 2021; 48(4): 100684.
  76. Pinos Vergara EA. Prevalencia y factores asociados a depresión posparto en el Hospital Darío Machuca Palacios del Cantón La Troncal 2017- 2018. [Tesis para optar el título de Especialización en Medicina Familiar y Comunitaria] ed. Universidad de Cuenca: Ecuador; 2019.
  77. Zhong, Qiuyue; Gelaye, Bizu; Rondon, Marta; Sánchez, Sixto E; García, Pedro J; Sánchez, Elena; Barrios, Yasmin V; Simon, Gregory E; Henderson, David C; Cripe, Swee May; others. Comparative performance of patient health questionnaire-9 and Edinburgh Postnatal Depression Scale for screening antepartum depression. *Journal of affective disorders*. 2014; 162: 1--7.
  78. Vega-Dienstmaier, JM; Mazzotti Suarez, G; Campos Sanchez, M. Validación de una versión en español de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo. *Actas Españolas de Psiquiatría*. 2002; 30(2): 106--111.

79. Parada Muñoz, Karina Raquel; Guapizaca Juca, Jorge Fabián; Bueno Pacheco, Gladys Alexandra. Deterioro cognitivo y depresión en adultos mayores: una revisión sistemática de los últimos 5 años. *Revista Científica UISRAEL*. 2022; 9(2): 77--93.
80. Galeano RAO. Depresión y ansiedad en estudiantes de medicina. *Revista Ciencia Multidisciplinaria CUNORI*. 2020; 4(2): 15--21.
81. Loaiza, Natalia Villegas; Dachner, Arabela Paniagua; Morales, Johnny Alejandro Vargas; others. Generalidades y diagnóstico de la depresión posparto. *Revista Médica Sinergia*. 2019; 4(7): e261--e261.
82. Parada Muñoz KR, Guapizaca Juca JF, Bueno Pacheco GA. Deterioro cognitivo y depresión en adultos mayores: una revisión sistemática de los últimos 5 años. *Revista Científica UISRAEL*. 2022; 9(2): 77--93.
83. Matos, Aimara; Manzano, Gabriela. Bases neurológicas de la depresión. *Analogías del Comportamiento*. 2021;(19).
84. Ríos, Walter Benzoni; Sosto, Mariana González; Ortiz, José Manuel Monge. Depresión Post Parto y Ácidos Grasos Poliinsaturados. *Revista Clínica de la Escuela de Medicina de la Universidad de Costa Rica*. 2019; 9(2): 30--40.
85. Gonzales, Edgard Patrick Zeballos; Gallegos, Walter L Arias; del Carpio Toia, Águeda Muñoz; Rivera, Renzo; Condori, Maribel Luna. Depresión postparto en mujeres víctimas de violencia doméstica en la ciudad de Arequipa. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2020; 46(1): 1--16.
86. Becerril, Andrés; Avellana, María Campos; Carmen, M. Revisión bibliográfica: Depresión postparto e intervención enfermera.; 2020.
87. Mazaira S, Giménez M. Uso simultáneo de anticonceptivos y terapia hormonal de reemplazo en mujeres que reciben psicofármacos. De la teoría a la práctica de la salud integral. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*. 2023; 34(161 jul.-sept.): 45--60.

## **ANEXOS**

**Anexo 1:**  
**Consentimiento informado**

Título del Estudio: Incidencia de Depresión en Puérperas de Parto vía Vaginal y por Cesárea en el Hospital III Yanahuara EsSalud Arequipa

Investigadores Principales:

- Apaza Begazo, Miguel Antonio
- Quiroz Berroa, Pamela Milagros

Información de Contacto de los Investigadores:

- Miguel Antonio Apaza Begazo
  - Teléfono: +51 987 010 060
  - Correo Electrónico: 73045613@ucsm.edu.pe
  - DNI: 73045613
- Pamela Milagros Quiroz Berroa
  - Teléfono: +51 959 903 670
  - Correo Electrónico: 72291793@ucsm.edu.pe
  - DNI: 72291793

Descripción del Estudio: Este estudio tiene como objetivo investigar la incidencia de depresión en mujeres tras el parto, comparando casos de parto vía vaginal y por cesárea. Su participación implicará completar encuestas.

Riesgos y Beneficios: Los riesgos incluyen posibles incomodidades emocionales al recordar experiencias del parto. Los beneficios consisten en contribuir a una mejor comprensión de la salud mental posparto, aunque no se garantizan beneficios directos para los participantes.

Confidencialidad: Sus respuestas serán tratadas con estricta confidencialidad y los datos serán almacenados de forma segura, asegurando el anonimato de su información personal.

Voluntariedad: Su participación en este estudio es completamente voluntaria. Usted es libre de retirarse en cualquier momento sin ninguna consecuencia adversa.

Consentimiento: Firmando a continuación, confirmo que he leído y entendido la información proporcionada sobre el estudio y consiento voluntariamente mi participación.

Firma de la Participante:

- Nombre y Apellido:
- Número de DNI:
  
- Firma:

Firma del Investigador Responsable del Consentimiento:

- Nombre y Apellido:
- Número de DNI:
  
- Firma:

## Anexo 2:

### Ficha de recolección de datos

#### Cuestionario Sobre Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS)

Por favor, marque la respuesta que mejor describa cómo se ha sentido durante la última semana.

1 He sido capaz de reírme y ver el lado bueno de las cosas:

- Tanto como siempre 0
- No tanto como antes 1
- Definitivamente no tanto 2
- Nada en absoluto 3

2 He mirado hacia el futuro con disfrute:

- Tanto como siempre
- No tanto como antes
- Definitivamente no tanto
- Nada en absoluto

3 He culpado a mí misma innecesariamente cuando las cosas no han ido bien:

- Sí, la mayoría de las veces 3
- Sí, algunas veces 2
- No muy a menudo 1
- No, nunca 0

4 He estado ansiosa o preocupada sin motivo:

- No, nunca 0
- No muy a menudo 1
- Sí, a veces 2
- Sí, la mayoría de las veces 3

5 Me he sentido asustada o en pánico sin motivo aparente:

- Sí, todo el tiempo 3
- Sí, a menudo 2
- No muy a menudo 1
- No, nunca 0

6 Las cosas me han abrumado:

- Sí, no he podido hacer frente en absoluto 3
- Sí, a veces no he podido hacer frente 2
- No, he podido hacer frente bastante bien 1
- No, he podido hacer frente tan bien como siempre 0

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

- Sí, la mayoría de las veces 3
- Sí, a veces 2
- No muy a menudo 1
- No, nunca 0

8 Me he sentido triste o miserable:

- Sí, la mayoría de las veces
- Sí, a veces
- No muy a menudo
- No, nunca

9 He estado tan infeliz que he estado llorando:

- Sí, la mayoría de las veces
- Sí, a menudo
- Solo ocasionalmente
- No, nunca

10 El pensamiento de hacerme daño me ha pasado por la cabeza:

- Sí, bastante a menudo
- A veces
- Casi nunca
- Nunca

Cada ítem del EPDS se puntúa de 0 a 3, según la gravedad de los síntomas. El puntaje total se obtiene sumando las puntuaciones de cada ítem, y un puntaje por encima de un umbral determinado (usualmente 10 o más en muchos sistemas de salud) indica la necesidad de una evaluación más detallada para la depresión postnatal.

El baremo del Cuestionario Sobre Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) se utiliza para interpretar el nivel de síntomas de depresión postnatal en base al puntaje total obtenido por la persona que lo completa. Cada una de las 10 preguntas tiene 4 posibles respuestas que se puntúan de 0 a 3, lo que da un rango de puntajes totales posible de 0 a 30.

La interpretación del puntaje se realiza de la siguiente manera:

0 a 9: Se considera dentro del rango normal. Se sugiere que la madre no presenta síntomas significativos de depresión postnatal.

10 a 12: Indica la presencia de síntomas posibles de depresión y se sugiere una evaluación más detallada por parte de un profesional de la salud.

13 o más: Un puntaje en este rango es un indicativo fuerte de depresión, y se recomienda una evaluación clínica y seguimiento por parte de un profesional de la salud.

0 a 9    Rango normal

10 a 12    Presencia de síntomas

13 o más    Fuerte depresión

**Nota: Arizu, et al, (57).**

## FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

### VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

Códificación: (Se agregara lo iniciales de cada individuo a analizar)

#### Tipo de parto

- Vaginal
- Cesárea

#### Edad

- 18 - 27 años
- 28 - 37 años
- 38 años a más

#### Estado Civil

- Soltera
- Casada
- Unión libre
- Divorciada
- Separada
- Viuda

#### Nivel de Educación

- Primaria
- Secundaria
- Superior técnica
- Superior universitaria
- Posgrado

### Ocupación

- Ama de casa
- Profesional
- Trabajadora independiente
- Desempleada
- Estudiante

### Lugar de Residencia

- Urbano
- Rural

### Número de Hijos

- Ninguno
- Uno
- Dos
- Tres o más.

### Factores asociados al parto

- Terminado
- Pretérmino

### Infecciones previas

- Si
- No

### RPM

- Si
- No

### Abortos previos

- Si
- No

**Anexo 3:**  
**Evidencias fotográficas**





**Anexo 4:**  
**Matriz de datos**

Tipo de parto	Edad	Estado Civil	Nivel de Educación	Ocupación	Lugar de Residencia	Número de Hijos	Factores asociados al parto	Infecciones previas	RPM	Abortos previos	Depresión Postnatal
1	2	2	4	2	1	1	2	2	2	1	1
1	2	1	4	2	1	1	1	2	2	2	1
1	1	1	3	1	1	2	1	1	1	2	1
1	2	2	4	2	1	2	1	2	2	1	1
1	1	1	2	3	1	1	1	1	2	2	1
1	2	4	3	3	1	2	2	2	1	1	3
1	1	3	2	3	1	1	1	2	2	2	1
1	2	2	3	1	1	3	1	2	2	1	2
1	3	1	1	1	2	3	1	2	1	2	3
1	2	1	3	2	1	1	1	2	2	2	1
1	2	3	3	2	1	2	1	1	1	2	3
1	1	2	4	2	1	2	2	2	1	1	3
1	1	1	3	3	1	1	1	2	2	2	1
1	2	1	3	3	1	3	1	2	2	2	2
1	1	1	4	2	1	2	1	2	1	2	1
1	3	1	3	3	1	2	2	2	1	1	3
1	1	1	2	3	1	1	1	2	2	2	1
1	2	1	3	1	2	3	1	2	2	1	1
1	1	1	2	1	2	1	2	2	2	2	1
1	2	1	4	2	1	1	1	2	2	2	1
1	2	1	4	1	1	3	1	2	2	2	1
1	2	1	2	3	1	3	1	2	2	2	1
1	2	2	4	2	1	2	1	2	2	2	1
1	2	2	4	2	1	2	1	2	1	2	1
1	2	2	4	1	1	3	1	2	2	2	1
1	2	2	2	3	1	3	1	2	2	1	3
1	2	1	2	1	2	2	1	2	2	2	3
1	1	2	3	1	1	1	1	2	1	2	1
1	1	2	4	2	1	2	1	2	2	2	1
1	1	3	2	5	1	2	1	2	2	2	3
1	1	1	2	4	1	2	1	1	1	2	2
1	2	3	2	3	1	3	1	2	2	2	1
1	2	1	3	2	1	1	1	2	2	2	1
1	2	2	2	1	1	2	1	2	2	1	2
1	1	1	4	2	1	1	1	2	2	2	1
1	2	1	4	2	1	2	1	2	2	2	1
1	2	3	3	2	1	2	1	2	2	1	1
1	1	3	4	2	1	1	1	1	1	2	1
1	1	3	3	3	1	1	1	1	2	2	1
1	2	3	3	3	1	3	1	1	2	1	2
1	2	2	3	3	1	3	1	2	2	2	1

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

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

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

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