

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



**Evaluación comparativa de la prevalencia de aparición de síntomas
depresivos en pacientes puérperas inmediatas y puérperas tardías del
Hospital Edmundo Escomel EsSalud Arequipa – Perú 2024 - 2025**

Tesis presentada por los Bachilleres:

Meza Nuñez, Diego Franchesco

ORCID: 0009-0006-3057-3987

Recoba Ugarte, Diego Luciano

ORCID: 0009-0005-6329-870X

para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

Asesor:

Dr. Taco Cornejo, Justo Enrique

ORCID: 0009-0007-6121-620X

Arequipa – Perú

2025

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

MEDICINA HUMANA

TITULACIÓN CON TESIS

DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 01 de Marzo del 2025

Dictamen: 014705-C-EPMH-2025

Visto el borrador del expediente 014705, presentado por:

2017602131 - RECOBA UGARTE DIEGO LUCIANO

2017201281 - MEZA NUÑEZ DIEGO FRANCHESCO

Titulado:

**EVALUACIÓN COMPARATIVA DE LA PREVALENCIA DE APARICIÓN DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS
EN PACIENTES PUÉRPERAS INMEDIATAS Y PUÉRPERAS TARDÍAS DEL HOSPITAL EDMUNDO
ESCOMEL ESSALUD AREQUIPA - PERÚ 2024 - 2025**

Nuestro dictamen es:

APROBADO

Título Profesional/Título de Segunda Especialidad/Grado Académico a optar:

MEDICO CIRUJANO

**29448066 - AGUILAR FLORES JULIO DAMIAN
DICTAMINADOR**



**29338064 - MONTES CACERES MIGUEL
DICTAMINADOR**



**23954818 - DELGADO RENDON JUAN ENRIQUE
DICTAMINADOR**



Evaluación comparativa de la prevalencia de aparición de síntomas depresivos en pacientes puérperas inmediatas y puérperas tardías del Hospital Edmundo Escomel EsSalud Arequipa – Perú 2024 - 2025

INFORME DE ORIGINALIDAD

17 %	15 %	7 %	7 %
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	www.elsevier.es Fuente de Internet	1 %
2	repositorio.unjbg.edu.pe Fuente de Internet	1 %
3	repositorio.unu.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
4	Submitted to Instituto Superior de Artes, Ciencias y Comunicación IACC Trabajo del estudiante	<1 %
5	pt.slideshare.net Fuente de Internet	<1 %
6	repositorio.unsa.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
7	dspace.unl.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
8	www.ncbi.nlm.nih.gov Fuente de Internet	<1 %
9	apps.ucsm.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
10	www.scielo.org.mx Fuente de Internet	<1 %
11	repositorio.unc.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
12	Marco Tulio Corea Del Cid. "La depresión y su impacto en la salud pública", Revista Médica Hondureña, 2021 Publicación	<1 %

DEDICATORIA

A mis padres, Karina y Victor, por su amor incondicional, apoyo constante y por enseñarme valores que, sin su ejemplo, no sería la persona que soy en estos momentos.

A mi hermana Karina, por ser mi modelo a seguir y mi motor y motivo en cada meta que me proponga.

A mi abuelo Rulo, que ha sido mi mayor inspiración para estudiar esta carrera y del cual espero continuar su legado.

A mis amigos de universidad, que me acompañaron durante estos largos 7 años y con quienes viví grandes experiencias y adversidades que siempre tendré en mi corazón.

Diego Luciano Recoba Ugarte

A mis padres Giovanna y Aldo, porque sin ustedes no estaría aquí, por enseñarme el valor de la familia y a nunca rendirme, por más difícil que parezca.

A mi hermana Caroline, por ser mi compañera de vida, y nunca dudar de mí.

A mis amigos, que sin ellos esta carrera no hubiera sido tan divertida, los quiero y les deseo los mejores éxitos.

Y a mi enamorada Renata, por su amor, paciencia y fe en mí, por caminar a mi lado en cada etapa de esta aventura.

Diego Franchesco Meza Nuñez

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Católica de Santa María, por ser nuestra casa de estudios durante todo este proceso de convertirnos en médicos, realizándolo de una manera profesional y con estándares de calidad.

A nuestros maestros, quienes durante 7 años estuvieron a nuestro lado y pudieron brindarnos conocimientos claves en nuestra formación como médicos y a los cuales les tenemos nuestro mayor respeto.

Al Hospital III Goyeneche y a todo su cuerpo médico, por ser nuestra sede de internado médico y por brindarnos conocimientos y aptitudes, llegando a considerarlo nuestro segundo hogar.

Al Hospital Edmundo Escobel por permitirnos utilizar sus ambientes para la realización del presente trabajo de investigación y por brindarnos todas las facilidades del caso.

A nuestros dictaminadores y asesor de tesis, por su disposición y colaboración con la elaboración de esta tesis.

A los Dres Juan Zevallos y Yury Merma, por ser grandes mentores y cuyo aporte fue relevante para la consolidación de este estudio.

EPÍGRAFE



"La medicina es la ciencia de la incertidumbre y el arte de la probabilidad"

-William Osler

RESUMEN

Introducción: La etapa perinatal es considerada un periodo en donde ocurren procesos fisiológicos naturales en la mujer, la cual conlleva a una respuesta elevada de estrés, volviéndolas susceptibles a problemas psicológicos graves, tales como ansiedad, depresión, etc. La Depresión Postparto es definida como un episodio depresivo que puede aparecer dentro de las 4 semanas posteriores al parto, llegando a afectar tanto a la mujer como a su entorno social, teniendo un impacto negativo en la salud. **Objetivo:** Determinar si existe diferencia significativa en cuanto a la prevalencia de Depresión Postparto dependiendo del periodo de puerperio en el que se encuentren. **Métodos:** Estudio de campo con diseño observacional, transversal y prospectivo. La muestra de estudio estuvo conformada por 90 pacientes púerperas inmediatas y 90 pacientes púerperas tardías cuyo parto o cesárea fue atendido en el Hospital Edmundo Escomel EsSalud, Arequipa, en el periodo comprendido entre los meses de diciembre del 2024 y febrero del 2025, de las cuales se extrajo la información mediante el cuestionario de la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS). Se empleó estadística descriptiva con medidas de tendencia central y medidas de dispersión para variables numéricas. La comparación de variables categóricas entre grupos independientes se hizo con la prueba de chi cuadrado de Pearson. **Resultados:** En ambos grupos de púerperas predominó la edad de 28 a 37 años (48.89% en inmediatas y 54.44% en tardías). La mayoría procedía de zonas urbanas (92.22% y 83.33%, respectivamente) y tenía educación superior (74.44% en inmediatas y 84.44% en tardías). La mayoría eran convivientes (52.22% y 63.33%) y trabajaban como profesionales (52.22% y 55.56%). No hubo diferencias significativas entre estos factores ($p > 0.05$). El 50% de las púerperas inmediatas y 47.78% de las tardías habían tenido hijos previos, mientras que el aborto previo fue reportado en 31.11% y 28.89%, respectivamente. La cesárea fue el método de parto más frecuente (60% y 55.56%). El 96.67% de los partos fueron a término y el embarazo fue no planificado en más de la mitad de los casos. El 17.78% de púerperas inmediatas presentó síntomas depresivos, mientras que en las tardías la frecuencia fue significativamente mayor (42.22%, $p < 0.05$). El 6.25% y 7.89%, respectivamente, reportaron ideas autolesivas sin diferencias significativas. Ninguna variable demográfica o reproductiva se asoció a la depresión en púerperas inmediatas. En las tardías, la agresión previa al embarazo (15.75%) y durante el embarazo (26.32%) fueron factores asociados a la depresión ($p < 0.05$). **Conclusiones:** La prevalencia de depresión posparto fue mayor en púerperas tardías atendidas en el Hospital Edmundo Escomel EsSalud, y se asoció a la agresión antes y durante el parto.

Palabras clave: Depresión postparto, puerperio, puerperio inmediato, puerperio tardío.

ABSTRACT

Introduction: The perinatal stage is considered a period in which natural physiological processes occur in women, leading to an increased stress response, making them susceptible to severe psychological problems such as anxiety and depression. Postpartum Depression is defined as a depressive episode that can appear within four weeks after childbirth, affecting both the woman and her social environment, with a negative impact on health. **Objective:** To determine whether there is a significant difference in the prevalence of Postpartum Depression depending on the puerperium period in which women are. **Methods:** A field study with an observational, cross-sectional, and prospective design. The study sample consisted of 90 immediate postpartum patients and 90 late postpartum patients whose delivery or cesarean section was attended at the Edmundo Escomel EsSalud Hospital in Arequipa between December 2024 and February 2025. Information was collected using the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) questionnaire. Descriptive statistics were used with measures of central tendency and dispersion for numerical variables. The comparison of categorical variables between independent groups was performed using Pearson's chi-square test. **Results:** In both groups, the predominant age range was 28 to 37 years (48.89% in immediate and 54.44% in late postpartum women). Most came from urban areas (92.22% and 83.33%, respectively) and had higher education (74.44% in immediate and 84.44% in late postpartum women). The majority were cohabiting (52.22% and 63.33%) and worked as professionals (52.22% and 55.56%). No significant differences were found in these factors ($p > 0.05$). In the immediate postpartum group, 50% had previous children, while 47.78% of the late postpartum group had the same history. Previous abortion was reported in 31.11% and 28.89%, respectively. Cesarean section was the predominant delivery method (60% and 55.56%). A total of 96.67% of deliveries were full-term, and pregnancy was unplanned in more than half of the cases. Symptoms of depression were present in 17.78% of immediate postpartum women, whereas the frequency was significantly higher in late postpartum women (42.22%, $p < 0.05$). Self-harm ideation was reported by 6.25% and 7.89%, respectively, with no significant differences. No demographic or reproductive variables were associated with depression in immediate postpartum women. In late postpartum women, prior aggression before pregnancy (15.75%) and aggression during pregnancy (26.32%) were factors associated with depression ($p < 0.05$). **Conclusions:** The prevalence of postpartum depression was higher in late postpartum women attended at Edmundo Escomel EsSalud Hospital and was associated with aggression before and during pregnancy.

Keywords: Postpartum depression, puerperium, immediate puerperium, late puerperium.

ÍNDICE

DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
EPÍGRAFE	
RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO 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.....	6
1.4. Justificación del problema	6
1.4.1. Justificación Científica	6
1.4.2. Justificación Social.....	8
1.4.3. Originalidad	8
1.4.4. Factibilidad	8
1.4.5. Justificación Personal	9
2. Objetivos	9
2.1. General.....	9
2.2. Específicos	9
3. Marco Teórico	9
3.1. Puerperio.....	9

3.1.1.	Concepto.....	9
3.1.2.	Etapas del puerperio	10
3.1.3.	Evaluación clínica en el puerperio.....	11
3.1.4.	Complicaciones en el puerperio	13
3.2.	Depresión	16
3.2.1.	Epidemiología.....	17
3.2.2.	Etiología de la Depresión	17
3.2.3.	Clasificación según recurrencia y tipo.....	22
3.2.4.	Cuadro clínico	23
3.2.5.	Diagnóstico.....	24
3.2.6.	Prevención	25
3.3.	Depresión Postparto	25
3.3.1.	Epidemiología.....	25
3.3.2.	Factores de riesgo	26
3.3.3.	Fisiopatología	32
3.3.4.	Sintomatología.....	34
3.3.5.	Diagnóstico.....	34
3.3.6.	Tratamiento.....	36
3.3.7.	Tristeza Postparto o Baby Blues.....	40
3.3.8.	Psicosis Puerperal.....	41
3.4.	Revisión de antecedentes investigativos.....	41
3.4.1.	A nivel local.....	41
3.4.2.	A nivel nacional	43
3.4.3.	A nivel internacional.....	44
4.	Hipótesis.....	46
CAPÍTULO II PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.....		47

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación.....	48
1.1. Técnicas	48
1.2. Instrumentos.....	48
1.3. Materiales de verificación.....	48
2. Campo de verificación	49
2.1. Ámbito	49
2.2. Unidades de estudio	49
2.2.1. Población	49
2.2.2. Muestra	49
2.2.3. Criterios de selección.....	49
2.3. Temporalidad	50
2.4. Ubicación espacial	50
2.5. Tipo de investigación.....	50
2.6. Nivel de investigación	50
2.7. Diseño de investigación	50
3. Estrategia de recolección de datos	50
3.1. Organización	50
3.2. Recursos.....	51
3.2.1. Humanos.....	51
3.2.2. Materiales	51
3.2.3. Financieros	51
3.3. Validación de los instrumentos	51
3.4. Aspectos éticos	53
3.5. Criterios para manejo de resultados.....	53
3.5.1. Plan de Recolección.....	53
3.5.2. Plan de Procesamiento.....	53

3.5.3. Plan de Clasificación:	53
3.5.4. Plan de Codificación:	53
3.5.5. Plan de Recuento	53
3.5.6. Plan de análisis	53
CAPÍTULO III RESULTADOS	54
DISCUSIÓN.....	77
CONCLUSIONES.....	80
RECOMENDACIONES	81
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	82
ANEXOS	87
ANEXO 1 FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	88
ANEXO 2 ESCALA DE DEPRESIÓN POST-PARTO DE EDIMBURGO.....	89
ANEXO 3 CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	91
ANEXO 4 MATRIZ DE DATOS	92

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Características demográficas de las puérperas según grupo de estudio	55
Tabla 2 Características reproductivas de las puérperas según grupo de estudio	58
Tabla 3 Características psicosociales de las puérperas según grupo de estudio	60
Tabla 4 Frecuencia de síntomas de depresión en puérperas según grupo de estudio	62
Tabla 5 Frecuencia de ideación suicida en puérperas con síntomas depresivos según grupo de estudio.....	64
Tabla 6 Factores sociodemográficos asociados a la presencia de depresión posparto en puérperas inmediatas	65
Tabla 7 Factores reproductivos asociados a la presencia de depresión posparto en puérperas inmediatas	67
Tabla 8 Factores psicosociales asociados a la presencia de depresión posparto en puérperas inmediatas.....	69
Tabla 9 Factores sociodemográficos asociados a la presencia de depresión posparto en puérperas tardías.....	71
Tabla 10 Factores reproductivos asociados a la presencia de depresión posparto en puérperas tardías.....	73
Tabla 11 Factores psicosociales asociados a la presencia de depresión posparto en puérperas tardías.....	75

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Características demográficas de las puérperas según grupo de estudio	56
Gráfico 2 Características reproductivas de las puérperas según grupo de estudio	59
Gráfico 3 Características psicosociales de las puérperas según grupo de estudio.....	61
Gráfico 4 Frecuencia de síntomas de depresión en puérperas según grupo de estudio.....	62
Gráfico 5 Frecuencia de ideación suicida en puérperas con síntomas depresivos según grupo de estudio	64
Gráfico 6 Factores sociodemográficos asociados a la presencia de depresión posparto en puérperas inmediatas	66
Gráfico 7 Factores reproductivos asociados a la presencia de depresión posparto en puérperas inmediatas	68
Gráfico 8 Factores psicosociales asociados a la presencia de depresión posparto en puérperas inmediatas	70
Gráfico 9 Factores sociodemográficos asociados a la presencia de depresión posparto en puérperas tardías.....	72
Gráfico 10 Factores reproductivos asociados a la presencia de depresión posparto en puérperas tardías.....	74
Gráfico 11 Factores psicosociales asociados a la presencia de depresión posparto en puérperas tardías.....	76

INTRODUCCIÓN

La etapa perinatal, es decir, el embarazo y el postparto, son considerados procesos fisiológicos naturales para la mujer, la cual conlleva una respuesta de estrés única, siendo susceptibles a presentar problemas psicológicos graves, incluyendo ansiedad, depresión, etc (1). La Asociación Estadounidense de Psiquiatría define a la "Depresión postparto" como un episodio depresivo que puede aparecer dentro de las 4 semanas posteriores al trabajo de parto, pudiéndose manifestar, en algunos casos, mucho tiempo después, considerándose un problema de salud con mayor incidencia en pacientes primíparas (2).

Nosotros, como personal de salud, debemos de tener en cuenta que las mujeres corren el riesgo de sufrir depresión después del parto, afectando tanto a ella como a su entorno cercano (es decir, al niño y a la pareja), lo que puede conllevar a un fracaso en la lactancia materna y, por lo tanto, a un mal desarrollo del niño, teniendo un impacto negativo en la salud (3). Dentro de los factores de riesgo mayormente asociados a la depresión postparto, tenemos factores sociodemográficos (estado socioeconómico y nivel educativo bajo), factores propios del embarazo (embarazo no deseado, parto pretérmino, ningún o pocos controles prenatales, complicaciones durante el embarazo), factores relacionados a la pareja (poco apoyo, abandono), etc.; así como la pandemia por la COVID-19 ha repercutido negativamente, incrementando su prevalencia (4).

La depresión postparto es vista como una de las condiciones más relevantes que puede afectar la salud mental de la madre, representando una causa significativa de morbimortalidad materna, dado que contribuye al suicidio materno. Además, es una de las causas primordiales de muerte materna en el primer año tras el parto en países desarrollados, siendo un asunto crítico de salud pública (5).

En la actualidad, la incidencia global de la depresión postparto es de aproximadamente del 13 al 19%, pudiendo variar entre el 3 al 27% de madres primerizas (6,7). Se estipula que aproximadamente el 80% de las mujeres en su postparto pueden presentar trastornos emocionales en los primeros días posteriores al parto; así como un gran porcentaje experimentan síntomas después del embarazo que se pueden relacionar a un cuadro depresivo, como falta de apetito, alteraciones en el sueño-vigilia y fatiga (8). Investigaciones previas han evidenciado que la prevalencia global de depresión postparto hasta el 2017 varía entre 9.5% en países desarrollados y 25.8% en países subdesarrollados, llegando a evidenciarse una diferencia significativa entre ambos grupos. En la India, de acuerdo a datos

estadísticos recientes, la incidencia varía entre 19.8% y 23.3%; en Rumania, un país en vías de desarrollo, la incidencia es la más elevada, oscilando entre 16.39 – 24.5%. De acuerdo al metaanálisis más amplio realizado hasta el momento, la prevalencia mundial de depresión postparto es del 17.22% (9). En el Perú, desafortunadamente, las circunstancias en que muchas mujeres encaran la maternidad son bien complicadas, ya que viven en circunstancias desfavorables, sin tener una educación ni situación socioeconómica adecuada, por lo que nos convierte en un País no ajeno a esta realidad y siendo de suma importancia el abordar esta condición con seriedad (10).

En lo que respecta al diagnóstico, dos herramientas frecuentes que se pueden utilizar son el Cuestionario de Salud del paciente-2 (PHQ-2) y la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS). En el presente trabajo de investigación nos vamos a centrar en la EPDS, la cual fue creada específicamente para evaluar la gravedad sintomatológica propia de la depresión postparto, considerándose en el estándar de oro en su detección (11). La EPDS consiste en la aplicación de un cuestionario de 10 preguntas, en donde las preguntas se califican de 0 a 3, siendo 3 un valor alto en términos de síntomas depresivos (12).

La depresión postparto es un problema de salud pública, ya que afecta a la mujer y a su entorno, teniendo un impacto negativo tanto en la salud mental de la paciente como en el desarrollo físico y psicológico del recién nacido, por lo que su detección temprana podría llevar a prevenir cuadros depresivos severos y brindarle a la paciente un tratamiento oportuno. En el presente estudio pretendimos dar a conocer en qué periodo de puerperio hay una mayor prevalencia de depresión postparto y, de esta manera, poderse aplicar a un modelo de tamizaje para todas las pacientes puérperas con alguna tenencia a sufrir cuadros depresivos.

Los resultados de la investigación han mostrado que sí hay diferencia significativa de aparición de síntomas depresivos entre ambos grupos de puérperas, siendo con mayor prevalencia en las pacientes puérperas tardías; estos datos servirán como aporte a la comunidad científica para que considere a este grupo de pacientes como población en riesgo de sufrir síntomas depresivos y, de esta manera, optar con las medidas apropiadas para su tratamiento e, inclusive, su prevención.



CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. Problema de investigación

1.1. Determinación del Problema

Durante el puerperio ocurren ciertos cambios físicos, hormonales y emocionales, por el cual pasa toda mujer luego de su trabajo de parto, el cual, es considerado un momento de elevado estrés, pudiendo generar mayor susceptibilidad a estados depresivos o de ansiedad. La Depresión Postparto es una condición relevante que afecta a la madre y que muchas veces pasa desapercibida debido a la similitud sintomatológica con otros cuadros depresivos. La determinación del problema del presente trabajo de investigación es establecer si existe una diferencia significativa en la prevalencia de depresión postparto dependiendo del periodo de puerperio en que se encuentre la paciente y, de esta manera, poder implementar métodos de identificación temprana para evitar complicaciones que puedan afectar tanto a la madre como a su recién nacido (7).

1.2. Enunciado del Problema

Análisis comparativo de la prevalencia de Depresión Postparto en puérperas inmediatas y tardías en el Hospital Edmundo Escomel EsSalud, Arequipa, Perú, 2025.

1.3. Descripción del Problema

1.3.1. Área del conocimiento

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área específica: Medicina Humana
- Especialidad: Psiquiatría y Ginecoobstetricia
- Línea: Epidemiología de trastornos mentales en el puerperio

1.3.2. Análisis de Variables

Variable	Indicador	Subindicador	Escala
V. dependiente			
Síntomas Depresivos Puerperales	Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS)	Menor de 10 Mayor o igual que 10	Catagórica dicotómica
V. independiente			
Momento del puerperio	Periodo del puerperio	Inmediato Tardío	Catagórica dicotómica
V. Intervinientes			
Edad	Intervalos de 9 años	18 – 27 años 28 – 37 años 38 – 47 años	Intervalos de 9 años
Grado de instrucción	Nivel de educación	Primaria Secundaria Superior	Grado de instrucción
Estado civil	Estado conyugal	Soltera Casada Divorciada Conviviente	Catagórica policotómica
Ocupación	Actividad laboral	Ama de casa Desempleada Estudiante Trabajadora independiente	Catagórica policotómica
Lugar de residencia	Zona de residencia	Urbano Rural	Catagórica dicotómica
Tipo de parto	Método de parto	Vaginal Cesárea	Catagórica dicotómica
Número de hijos previos	Cantidad de hijos	Número en cifras	Numérica discreta
Abortos previos	Historial de abortos	Número en cifras	Numérica discreta
Condición del embarazo	Edad gestacional	Término Pretérmino	Catagórica dicotómica
Embarazo planificado	Planificación del embarazo	Sí No	Catagórica dicotómica

Agresiones verbales o físicas por parte de su pareja durante la gestación	Agresiones	Sí No	Categórica dicotómica
Agresiones verbales o físicas por parte de su pareja antes de la gestación	Agresiones	Sí No	Categórica dicotómica
Ideación suicida	Puntaje mayor a 0 en la pregunta 10 de la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS)	Sí No	Categórica dicotómica

1.3.3. Interrogantes básicas

- ¿Cuál es la prevalencia de Depresión Postparto en púerperas inmediatas y tardías en el Hospital Edmundo Escomel EsSalud, Arequipa, Perú, en el periodo de diciembre 2024 - enero 2025?
- ¿Cuál es la relación entre las variables sociodemográficas y la prevalencia de Depresión Postparto en púerperas inmediatas y tardías en el Hospital Edmundo Escomel EsSalud, Arequipa, Perú, en el periodo de diciembre 2024 - enero 2025?
- ¿Existe diferencia significativa en la prevalencia de Depresión Postparto entre púerperas inmediatas y tardías en el Hospital Edmundo Escomel EsSalud, Arequipa, Perú, en el periodo de diciembre 2024 - enero 2025?

1.4. Justificación del problema

1.4.1. Justificación Científica

El presente trabajo de investigación busca encontrar una diferencia significativa de aparición de síntomas depresivos en pacientes que se encuentran en su puerperio inmediato y tardío, proporcionándole a la comunidad médica datos de suma importancia que, posteriormente, puedan ser utilizados como método de tamizaje o detección temprana y, de esta manera, poder desarrollar estrategias de prevención de Depresión Postparto con la finalidad de prevenir futuras complicaciones. En resumen, esta investigación puede contribuir en el aporte de conocimiento acerca de la prevención, diagnóstico y tratamiento más adecuado de la Depresión Postparto, mejorando la salud materna y reduciendo los riesgos asociados a esta condición.



1.4.2. Justificación Social

La Depresión Postparto no diagnosticada a tiempo y, por lo tanto, no tratada, puede tener importantes consecuencias tanto para la madre, para el recién nacido y para el entorno familiar; esto debido a que, una madre que atraviesa un cuadro de depresión puede tener dificultades para cuidar a su bebé y mantener relaciones sociales sanas dentro de su núcleo familiar. La relevancia social del presente trabajo de investigación radica en la capacidad para mejorar la calidad de vida de las madres, salvaguardar el bienestar infantil, reducir el estigma relacionado con los trastornos mentales en el postparto y promover un cambio positivo en las políticas de salud pública; a su vez, favorecer el fortalecimiento de la estructura familiar y el bienestar de la comunidad en general.

1.4.3. Originalidad

Si bien, la Depresión Postparto es un tema ampliamente investigado, así como su relación con determinados factores sociodemográficos, este estudio pretende hacer un análisis comparativo minucioso de las diferencias en la manifestación de síntomas depresivos en ambas etapas de puerperio, así como profundizar la interrelación entre factores biológicos y psicosociales en cada periodo. Esto permitiría reconocer posibles diferencias en los desencadenantes o en los mecanismos subyacentes de la depresión en ambas fases, la cual podría ser una perspectiva innovadora si la literatura existente no ha abordado esta interacción de forma directa.

1.4.4. Factibilidad

El presente trabajo de investigación es un estudio de campo, que se basa en un diseño observacional prospectivo, el cual es factible debido al acceso a la población objetivo del Hospital Edmundo Escomel EsSalud, a la existencia de instrumentos de evaluación ya previamente validados, como es la Escala de Edimburgo para Depresión Postparto (EPDS), y a la disponibilidad de tiempo y literatura basada en evidencias. Además, el estudio permite un análisis estadístico directo, facilitando su ejecución y cuyos resultados aporten de manera significativa a la comunidad médica.

1.4.5. Justificación Personal

En el ámbito personal, los investigadores del presente estudio, pretendemos impulsar temas de investigación como este, promoviendo la salud mental materna y cómo esta afecta a su calidad de vida para que, de esta manera, se tenga mayor conocimiento sobre una patología que muchas veces es subdiagnosticada, aun así, teniendo importante relevancia en el cuidado perinatal.

2. Objetivos

2.1. General

Determinar la prevalencia de Depresión Postparto en pacientes puérperas inmediatas y puérperas tardías en el Hospital Edmundo Escomel EsSalud, Arequipa, Perú, en el periodo entre diciembre 2024 – enero 2025.

2.2. Específicos

- 1) Relacionar las variables sociodemográficas con la Depresión Postparto entre los dos grupos de puérperas en el Hospital Edmundo Escomel EsSalud, Arequipa, Perú, en el periodo entre diciembre 2024 – enero 2025.
- 2) Diferenciar los niveles de Depresión Postparto entre los dos grupos de puérperas para identificar si el periodo en el puerperio en que se encuentre presenta una mayor prevalencia de sintomatología depresiva.

3. Marco Teórico

3.1. Puerperio

3.1.1. Concepto

El periodo postparto, también conocido como puerperio, consiste en el periodo posterior al proceso de parto, donde ocurre una serie de cambios fisiológicos que se encuentran relacionados con el retorno al estado anterior al embarazo; es decir, es la etapa en la que ocurren cambios graduales anatómicos y funcionales, que permiten que la mujer vuelva gradualmente de su estado gravídico a su estado pregrávido. La duración de este periodo no está definida del todo, pero a menudo se considera hasta los 45 días después del parto (13).

3.1.2. Etapas del puerperio

3.1.2.1. Puerperio Inmediato

Comprende las primeras 24 horas después del parto. Durante este periodo se consignan casi el 50% de muertes maternas debido a posibles complicaciones, como las hemorragias post parto (por atonía uterina, retención de placenta, alumbramiento incompleto, etc.); por esta razón es que en este periodo se debe hacer un control estricto de signos vitales, sangrado genital y consistencia del útero, así como poder verificar el estado de las suturas en casos que haya habido desgarros o se haya procedido a realizar una episiotomía y, de esta manera, cerciorarnos que no hayan hematomas y/o edemas (14).

3.1.2.2. Puerperio Mediato

Comprende desde las 24 horas hasta los 7 días después del parto y se realiza cuando la paciente está hospitalizada o en sala de puerperio. Durante este periodo se instruye tanto a la madre como a la pareja la importancia de la lactancia materna exclusiva, enseñándoles la técnica correcta de amamantamiento, se les indica acerca del cuidado y limpieza del cordón umbilical y se les indica la importancia de los controles puerperales. En esta etapa se tiene que fortalecer los vínculos afectivos del recién nacido con su madre, así como darle capacitación de autoestima y autocuidado, que son factores que van a ayudar a la madre contra la violencia de pareja (factor importante para desarrollar posteriormente depresión postparto). Se deben programar las fechas de control puerperal a los 7 y 30 días después del alta y, simultáneamente, se coordina con el área de neonatología para el control del recién nacido (14).

3.1.2.3. Puerperio Tardío

Comprende desde los 7 días hasta los 45 días después del parto y se realiza en consulta externa. Durante este periodo se brinda una psicoprofilaxis puerperal (para ayudar al desarrollo mental, sensorial y afectivo del recién nacido), se informa a la madre sobre el reinicio de su actividad sexual, así como signos de alarma en el puerperio (fiebre mayor a 38°C, sangrado genital

abundante o con mal olor, dolor intenso en abdomen, cefalea constante, edema generalizado, escotomas, tinnitus, etc.) y en el recién nacido (fiebre, dificultad para respirar, piel icterica, pálida o cianótica, vómitos, convulsiones, etc.), se le da consejería de planificación familiar e inicio o seguimiento de algún método anticonceptivo (14).

3.1.3. Evaluación clínica en el puerperio

3.1.3.1. Signos vitales

3.1.3.1.1. Temperatura axilar

Los valores de temperatura axilar en pacientes puérperas van de 36°C a 37.5°C; pero se puede evidenciar un ligero aumento transitorio de temperatura axilar (no superando los 38°C) el cual coincide con la "bajada de leche". Si se llega a constatar en 2 ocasiones separadas una temperatura axilar mayor a 38°C se debe descartar infección puerperal (15).

3.1.3.1.2. Frecuencia cardiaca

Normalmente esta se encuentra dentro de los valores de 60 y 70 latidos por minuto, pero debemos de tener en cuenta que, si vemos valores mayores o iguales a 100 latidos por minuto, debemos de descartar algún proceso infeccioso u otras condiciones subyacentes (15).

3.1.3.1.3. Presión arterial

Como sabemos, la mayoría de trastornos hipertensivos del embarazo se resuelven después del parto (generalmente cesárea), pero se tiene conocimiento que se pueden presentar inclusive hasta la 6ta semana postparto, siendo con mayor frecuencia entre los 3 a 6 días postparto (puerperio mediato), por lo que se recomienda que se haga una vigilancia estrecha de los valores de presión arterial durante este periodo y, de esta manera, prevenir complicaciones propias de la preeclampsia (15).

3.1.3.2. Involución uterina

Consiste a todos los cambios fisiológicos en el postparto mediante el cual el útero vuelve a su tamaño habitual. El útero desciende paulatinamente y, aproximadamente al 10° día postparto regresa a su posición intrapélvica. Esto se puede examinar en el examen físico mediante palpación abdominal, en donde se evidencia el globo de seguridad de Pinard”, el cual consiste en la presencia de una “masa” globulosa que se produce luego de la expulsión total de la placenta, siendo un indicador de buena hemostasia y efectiva retracción uterina. Después del alumbramiento (fase del parto en la que se expulsa la placenta), el útero se encuentra entre el ombligo y la sínfisis del pubis; al final de la 2° semana regresa a su posición intrapélvica, pero todavía no llega a su tamaño normal; aproximadamente al final de la 6ta semana su tamaño vendría a casi igualarse al pregestacional (15).

3.1.3.3. Loquios

Los loquios son el sangrado vaginal que ocurre en el postparto, que vendría a estar compuesto por sangre, moco y tejido propio del útero, los cuales se producen por la salida de la placenta y la involución uterina. Es importante examinar su cantidad, olor o aspecto para detectar algún tipo de complicación y dar el tratamiento respectivo. En las primeras 48 horas del puerperio estos son abundantes y sanguinolentos; a las 72 horas se tornan serosanguinolentos y disminuyen su cantidad. Aproximadamente, en el día 10 postparto, se vuelven serosos, llegando a desaparecer a los 15-20 días. El volumen total que se expulsa de loquios va de 200 a 500 ml en un lapso de 1 mes. Se menciona que hasta un 15% de pacientes pueden continuar eliminando loquios entre 6 – 8 semanas postparto (13).

3.1.3.4. Mamas

Como sabemos, las mamas se llenan de calostro, que es la primera leche que se produce después del parto y está compuesta por proteínas, vitaminas, minerales y anticuerpos necesarios para el crecimiento y desarrollo del recién nacido. Esta bajada de leche puede producir un aumento transitorio de la temperatura, que no debe superar los 38°C. Es de mucha importancia estar controlando la consistencia de la mama para que, posteriormente, no pueda

producirse una congestión mamaria, que generalmente ocurre si el suministro de leche de la madre excede a la leche consumida por el recién nacido. Esta congestión llega a generarle incomodidad a la madre y puede generarle otras complicaciones como una Mastitis, la cual se produce por infección de la leche obstruida (14).

3.1.3.5. Cambios emocionales

En su periodo postparto la mujer puede llegar a presentar estados emocionales variados, puede estar sobreexcitada, tener cambios bruscos en el estado de ánimo, estar propensa al llanto, etc., los cuales deben de ser diagnosticados en su momento oportuno para el posterior tratamiento. Estos cambios emocionales se producen por cambios hormonales, como la caída de los niveles de Progesterona y Estrógeno; sin embargo, también pueden producirse por factores sociodemográficos que ya los veremos más adelante. En la mayoría de casos estos cambios pueden llegar a una tristeza postparto o depresión postparto, pero algunas pacientes pueden llegar a tener síntomas más graves, como ideas de hacerse daño a sí mismas o al bebé, ideas paranoides, así como oír voces o ver cosas que no son reales, lo cual se conoce como “psicosis puerperal” (15).

3.1.4. Complicaciones en el puerperio

3.1.4.1. Aumento de la coagulabilidad

Durante el embarazo ocurre un fenómeno protrombótico donde los factores de coagulación incrementan gradualmente con el objetivo de proteger a la mujer de posibles sangrados masivos durante el parto; pero, este hecho puede hacer que se les incremente la probabilidad de padecer de trombosis venosa o arterial. Esto puede generar complicaciones que puede que no sean tan frecuentes, pero cabe mencionarlas, tales como:

- Trombosis de la vena ovárica: en un porcentaje muy bajo (0.05 – 0.18%), presentando dolor abdominal y fiebre.
- Tromboembolismo Pulmonar (TEP): cuyo riesgo durante los primeros 3 meses postparto es casi 30 veces mayor que en pacientes no púerperas.

- Trombosis de senos venosos cerebrales: cuyo riesgo es mayor en las primeras 2 semanas postparto, pudiendo presentarse desde una simple cefalea hasta un déficit neurológico o inclusive coma (16).

3.1.4.2. Cambios hemodinámicos

En el transcurso de la gestación el volumen total de sangre se incrementa para resistir el rápido desarrollo del feto y de la placenta, además de, nuevamente, salvaguardar a la madre de la posible pérdida de sangre. De esta manera se pueden presentar complicaciones, tales como edema agudo de pulmón, disección aórtica o hemorragia intracraneal, siendo estas muy raras, pero que se asocian a una alta mortalidad (16).

3.1.4.2.1. Hemorragia intracerebral

Los eventos hemorrágicos cerebrovasculares son sucesos graves los cuales se estima que ocurren en 30 de cada 100 000 gestantes y están relacionados a los factores de riesgo propios de la paciente, tales como: paciente añosa, preeclampsia- eclampsia, síndrome de HELLP, coagulopatías, etc. El origen de los accidentes cerebrovasculares durante el puerperio sigue siendo incierto; no obstante, se ha evidenciado que elevados valores de presión arterial alteran la autorregulación cerebral, provocando daño endotelial y posteriores rupturas de vasos sanguíneos, por lo que se propone que las principales causas de estas hemorragias son los estados hipertensivos del embarazo, como son la preeclampsia, eclampsia, síndrome de HELLP, etc (17).

3.1.4.3. Sepsis puerperal

La sepsis puerperal es una grave complicación que puede presentarse durante el puerperio, describiéndose como una infección sistémica que se manifiesta durante las primeras 6 semanas postparto. Esta se caracteriza por la presencia de una infección que va acompañada de una reacción inflamatoria sistémica, pudiendo llegar a alteraciones orgánicas y shock. Las pacientes púerperas son particularmente susceptibles a este tipo de infecciones debido a las alteraciones fisiológicas que sufren y a la presencia de heridas postoperatorias (en el caso de que haya sido por cesárea) o traumáticas (en el caso de que se haya realizado episiotomía) (18).



3.2. Depresión

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión es un trastorno mental frecuente a nivel global y definido por cambios en el ánimo acompañados de síntomas físicos y cognitivos. De acuerdo con la 5ta edición del Manual Diagnóstico Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-5), la depresión se define como un trastorno del estado de ánimo, caracterizado por una alteración del humor y, en función de su temporalidad y origen sintomático, posee una clasificación específica. Anualmente, alrededor del mundo, hay un mayor porcentaje de personas diagnosticadas con depresión, incluyendo adolescentes y adultos jóvenes en gran cantidad. Los factores psicosociales pueden intensificar la severidad de la depresión y elevar de manera exponencial las ideas suicidas en la población joven (19).

Además, la depresión puede ocurrir simultáneamente con otros trastornos mentales o enfermedades crónicas, como diabetes mellitus o cáncer. La depresión podría empeorar estas afecciones y viceversa, o puede darse el caso que un fármaco para estas enfermedades cause efectos secundarios que contribuyan a los síntomas de la depresión (20).

De acuerdo con García y Fernández, es crucial diferenciar la depresión en tres niveles: como síntoma, síndrome y trastorno. Al referirse a la depresión como un síntoma, se alude a una tristeza patológica que debe analizarse considerando su frecuencia, intensidad y duración. Esta forma de tristeza no se limita únicamente a los trastornos psicológicos, sino que también aparece en diversas afecciones médicas (21).

3.2.1. Epidemiología

Se calcula que la depresión afecta a más de 450 millones de personas a nivel mundial y que aproximadamente 1 de cada 4 personas sufrirá de algún problema de este tipo durante su vida, sin considerar su edad o situación social. Es la principal causa de discapacidad a nivel mundial y contribuye de forma significativa a la carga global de morbilidad (19).

Según datos de la OMS, la depresión es considerada la 11ava causa de discapacidad y mortalidad en el mundo, por lo que, probablemente, es el trastorno mental más temido debido a su costo para la sociedad. En cuanto a la prevalencia, en países desarrollados es del 18%, mientras que en países subdesarrollados es del 9.2%, y se estima que es más prevalente en pacientes mujeres que en hombres en una relación de 2 a 1 (22).

La OMS proyecta que para el 2030 la cifra de casos de enfermedades mentales incrementaría exponencialmente a nivel mundial, pudiendo situar a la depresión en el primer lugar en lo que concierne a morbilidad (23).

3.2.2. Etiología de la Depresión

Al igual que en la mayoría de problemas psicológicos, la causa de la depresión es multifactorial. Factores psicológicos, ambientales, genéticos y fisiológicos juegan un papel en el desarrollo y prolongación de la depresión (24).

Con el fin de conseguir una perspectiva completa de todo lo que engloba al trastorno depresivo, es crucial tener en cuenta los términos de depresión exógena y endógena. La depresión exógena o reactiva es aquella que es causada por factores psicosociales o sucesos ambientales claramente delimitados; mientras que la depresión endógena es aquella que carece de causa externa evidente, lo que señala que hay la presencia de alguna alteración biológica subyacente en la persona (25).

3.2.2.1. Factores biológicos

3.2.2.1.1. Hipótesis de las monoaminas

La presente hipótesis sugiere que la depresión se origina debido a un déficit funcional de Noradrenalina, Serotonina y Dopamina, que son neurotransmisores ubicados en las zonas límbicas del cerebro. Lo que se menciona es que la depresión se origina a partir de una disminución en la disponibilidad de ambos neurotransmisores; por lo que, los medicamentos antidepressivos efectúan su efecto terapéutico incrementando su disponibilidad extracelular (26).

- La serotonina es una indolamina producida a partir del Triptófano y tiene un papel crucial en la manifestación de los síntomas depresivos. Investigaciones previas sostienen que la Serotonina es la base química de la depresión, ya que han evidenciado niveles de Serotonina significativamente menores en pacientes con sintomatología depresiva en comparación con el grupo control

Se ha demostrado que la reducción de los niveles de Serotonina en el cerebro debido a una alimentación baja de L-triptófano provoca síntomas depresivos tanto en pacientes en remisión, como en pacientes que tienen tendencia a presentar depresión

- La noradrenalina está relacionada con la motivación, el estado alerta-vigilia, el apetito, el aprendizaje y, además, los trastornos afectivos, por lo que una regulación negativa o disminución de la sensibilidad de los receptores beta adrenérgicos podrían desencadenar síntomas depresivos. Cuando hay un déficit de Noradrenalina podemos ver la aparición de sintomatología depresiva, tales como: anhedonia y disminución en la energía, placer, interés, felicidad y confianza
- Se ha visto que la dopamina se encarga de regular las funciones motoras, emocionales y cognitivas, por lo que su déficit puede generar la aparición de síntomas como desesperanza, ánimo bajo y anhedonia (25,26).

3.2.2.1.2. Hipótesis de la teoría de la inflamación

La relación existente entre la depresión y la inflamación se viene comentando recién desde hace 2 décadas y se postula que está mediada por citoquinas (particularmente IL proinflamatorias), que ingresan al cerebro y alteran la función neuroendocrina, el metabolismo de los neurotransmisores y la plasticidad neuronal (23).

3.2.2.1.3. Hipótesis del estrés crónico

Esta hipótesis evidencia que la depresión es causada por alteraciones de las funciones tróficas, lo que impide la correcta función de las neuronas y provocan alteraciones en la plasticidad neuronal. En este contexto, se ha considerado que el estrés crónico provoca graves efectos cognitivos, lo que podría favorecer una serie de trastornos psiquiátricos, tales como el estrés postraumático y la depresión mayor (26).

3.2.2.1.4. Consideraciones neuroanatómicas

Estudios de imágenes cerebrales han evidenciado hiperintensidades anormales en las áreas subcorticales, periventriculares, ganglios basales y tálamo, en pacientes con diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor (TDM). Además, también se puede evidenciar una reducción considerable a nivel del hipocampo. Otros estudios, como el PET, indican que en los trastornos depresivos hay anomalías en el sistema límbico- cortical, con reducción en la corteza prefrontal y un incremento en la actividad de la amígdala (22).

3.2.2.1.5. Hipótesis neurotrófica

Neurotrofinas, tales como el Factor de Crecimiento Nervioso (NGF) y el Factor Neurotrófico Derivado del Cerebro (BDNF), son proteínas que ayudan en la neurogénesis y plasticidad de las neuronas. Se ha evidenciado en múltiples estudios que en los pacientes deprimidos hay una formación irregular de las sinapsis y un atraso en la neurogénesis. Entonces, una disminución en los niveles de estas neurotrofinas afecta las funciones límbicas del cerebro, que intervienen en la regulación del ánimo y en las funciones cognitivas (26).

3.2.2.2. Factores genéticos

La depresión puede estar influenciada por una predisposición genética, especialmente en personas con antecedentes familiares. Esta tendencia puede originarse en desequilibrios de ciertos neurotransmisores cerebrales, como la serotonina, la norepinefrina y la dopamina, los cuales son responsables de la comunicación entre las neuronas (19).

Se han identificado casi 200 genes involucrados en la depresión; sin embargo, es complicado identificar cuáles de estos tienen una relación directa, debido al impacto de otros factores sociales y ambientales. Sin embargo, algunos de estos se han vinculado con mayor intensidad, debido a los cambios anatómicos, en las vías neuronales o en las vías hormonales que producen:

- a) Gen COMT: afecta el volumen del hipocampo.
- b) Alelo FKBP5: afecta al eje Hipotálamo-Hipófisis-Adrenal (relación con el cortisol).
- c) Gen BDNF: relacionado a la severidad del cuadro.
- d) Gen 5-HTTLPR: relacionado con el transportador implicado en la recaptación de serotonina (22).

3.2.2.3. Factores psicosociales

3.2.2.3.1. Experiencias de la infancia

Ciertas vivencias durante la infancia pueden constituir factores predictivos del desarrollo de la depresión en la adultez. Entre ellas se encuentran la pérdida de uno o ambos progenitores, la dificultad para establecer vínculos afectivos con los cuidadores y la sensación de no ser merecedor de amor o reconocimiento. Asimismo, la experimentación de ira en la niñez puede desempeñar un papel relevante, ya que esta emoción podría transformarse en sentimientos de impotencia y frustración dirigidos hacia la propia persona (27).

En un trabajo de investigación que evaluaba pacientes mujeres que habían sufrido de abuso físico o sexual durante la niñez, se evidenció que estas pacientes tenían un riesgo más elevado de padecer depresión, ansiedad, ingesta de drogas o intentos de suicidio, en comparación con las mujeres que no presentan ese antecedente (22).

3.2.2.3.2. Otros

Como otros factores psicosociales para desarrollar depresión están el pertenecer a una familia con nivel socioeconómico bajo o pertenecer a un grupo social o etnia minoritaria, así también como la ingesta de sustancias como alcohol, tabaco, marihuana u otras drogas (24).

3.2.3. Clasificación según recurrencia y tipo

Según la décimo primera revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11), la depresión se clasifica de la siguiente manera (28).

3.2.3.1. Trastorno Depresivo Episodio Único

Consiste en la existencia de un episodio depresivo cuando no existen precedentes de episodios depresivos anteriores (28).

3.2.3.2. Trastorno Depresivo Recurrente

Consiste en la presencia de un episodio depresivo acompañado de un historial de al menos 2 episodios depresivos distanciados en al menos varios meses sin alteraciones significativas en el estado emocional (28).

3.2.3.3. Trastorno Depresivo Persistente

También llamado Trastorno Distímico, que se caracteriza por un estado persistente de depresión, es decir, que persiste durante 2 años o más (28).

3.2.3.4. Trastorno Mixto Depresivo y de Ansiedad

Se caracteriza por presentar síntomas de ansiedad y depresión durante un lapso de 2 o más semanas. Todos los síntomas, evaluados de manera individual, no son lo suficientemente graves, numerosos o constantes como para justificar un diagnóstico de otro de depresión o asociado a la ansiedad. Los síntomas en sí provocan una angustia considerable, acompañado de un deterioro en los aspectos de funcionamiento personal, familiar, social, etc (29).

3.2.3.5. Trastornos asociados a cambios físicos u hormonales

Existen unos tipos de depresión que ocurren en momentos específicos de la vida de una mujer, como el embarazo, el periodo postparto o la menopausia. Éstos se suelen asociar a cambios físicos y hormonales, los cuales pueden provocar un episodio depresivo (28).

3.2.3.5.1. Trastorno disfórico premenstrual

Es una forma más grave del síndrome premenstrual, que ocurre en las semanas anteriores a la menstruación (28).

3.2.3.5.2. Depresión Perinatal

Ocurre durante el embarazo o después del parto. Es más que la "tristeza postparto", que muchas madres nuevas experimentan luego de dar a luz (28).

3.2.4. Cuadro clínico

3.2.4.1. Trastorno Depresivo Mayor (TDM)

El Trastorno Depresivo Mayor (TDM), también conocido como depresión clínica o unipolar, 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 (30).

3.2.4.2. Trastorno Distímico

El Trastorno Distímico, también conocido como Distimia o Trastorno Depresivo Persistente, consiste en el estado de ánimo deprimido la mayor parte del tiempo, durante un periodo mínimo de 2 años. Además de este estado de ánimo deprimido, el paciente debe de presentar 2 o más de los siguientes síntomas:

- Apetito disminuido o alimentación en exceso.
- Insomnio o hipersomnia.
- Baja energía o fatiga.
- Baja autoestima.
- Falta de concentración.
- Dificultad para tomar decisiones.
- Sentimientos de desesperanza.

Para considerarse como Trastorno Distímico el paciente nunca debe de haber presentado síntomas maníacos o hipomaníacos. Además, los síntomas deben causar sufrimiento clínicamente significativo o debe de haber deterioro en el ámbito laboral, social o en otras áreas de funcionamiento relevantes en la vida del paciente (31).

3.2.5. Diagnóstico

El diagnóstico se inicia con la identificación de los criterios mencionados anteriormente, y para que el cuadro sea diagnosticado como depresión, los síntomas deben causar un deterioro significativo en el funcionamiento social, laboral y otras actividades, que no se puedan atribuir a alguna sustancia o alguna otra condición médica. 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 (30).

3.2.6. Prevención

Las acciones planteadas a nivel global para prevenir los problemas de salud mental se enfocan en contrarrestar los factores de riesgo y fortalecer los factores de protección a lo largo de la vida, con el objetivo de alterar aquellos procesos que contribuyen a la fisiopatología de la enfermedad mental. Algunas acciones que contribuyen a prevenir la depresión incluyen: contar con redes sociales activas y mantener un vínculo afectivo con la familia, la cual funciona como un sistema y red de soporte social para garantizar la supervivencia, el bienestar físico y brindar lazos emocionales, no solo durante la enfermedad, sino también durante su rehabilitación (19).

3.3. Depresión Postparto

La depresión postparto (DPP) representa una gran limitación para la salud mental de las mujeres, la cual se caracteriza por un sentimiento constante de desánimo, especialmente en madres primerizas, acompañado de emociones de tristeza y desvalorización, considerándose la 2da causa más discapacitante en mujeres en edad fértil seguida del VIH. Durante el puerperio ocurre una serie de cambios fisiológicos, hormonales y psicológicos, los cuales generan en la paciente un estado de fragilidad psicológica, siendo propensa a presentar trastornos psiquiátricos. Debemos hacer la diferencia significativa de lo que es Depresión Postparto y Tristeza Postparto. La Tristeza Postparto puede presentar la misma sintomatología que la DPP, pero esta desaparece a las pocas semanas después del parto; mientras que la DPP persiste por mucho más tiempo y repercute de una manera más relevante al bienestar de la madre (9).

3.3.1. Epidemiología

La DPP afecta aproximadamente entre el 13 al 19% a nivel mundial. Se menciona que 4 de cada 5 mujeres (aproximadamente el 80%) la presentan dentro de los primeros 10 días posteriores al parto, luego de los cuales, en su mayoría, remite el cuadro depresivo. La OMS indica que aproximadamente entre el 20 – 40% de mujeres en países subdesarrollados presentan depresión durante y después del embarazo y se estima que, con el pasar del tiempo, se convierta en la 2º causa incapacitante y enfermedad mental más frecuente en el mundo (8).

En el Perú, un país tercermundista, aproximadamente el 24.1% de las pacientes presentan algún tipo de depresión después del puerperio (32).

3.3.2. Factores de riesgo

Se tiene conocimiento que la DPP es una enfermedad multifactorial, ya que son diversos factores que influyen en aumentar el riesgo de padecerla; entre estos tenemos a factores psicológicos (antecedentes de depresión, ansiedad, autoestima baja o estrés crónico), obstétricos (pacientes multíparas, lactancia materna no exclusiva, presencia de alguna complicación durante el parto, recién nacido con bajo peso o el tipo de parto al que se haya sometido la paciente), hormonales, biológicos (pacientes jóvenes, con deficiencia nutricional o con falta de sueño), sociales (nivel socioeconómico y educativo bajo, inestabilidad laboral, antecedentes de abuso físico por parte de su pareja o falta de apoyo) y dependientes del estilo de vida (pacientes fumadoras, con baja actividad física y mala alimentación) (33).

3.3.2.1. Factores Psicológicos

3.3.2.1.1. Antecedentes de Depresión y Ansiedad

Existe un mayor riesgo de presentar DPP si la madre previamente ha tenido un diagnóstico de depresión o ansiedad, ya que los procesos fisiológicos propios del puerperio pueden aumentar la frecuencia e intensidad de sus cuadros depresivos (21).

3.3.2.1.2. Otros

Como otro factor psicológico se puede considerar el sentimiento que tienen algunas pacientes primerizas de no estar preparadas para ser madres, generándoles un tipo de inseguridad y sensación de culpa (21).

3.3.2.2. Factores Obstétricos

3.3.2.2.1. Multiparidad

Existe evidencia de que hay una mayor incidencia de síntomas depresivos en pacientes multíparas en comparación con las nulíparas, esto debido al distrés psicológico por el cual han sido sometidas estas pacientes en repetidas ocasiones (21).

3.3.2.2.2. Lactancia materna no exclusiva

Se ha demostrado que las pacientes que no practican la Lactancia Materna Exclusiva (LME) tienen mayor riesgo de sufrir posteriormente de DPP. En sí no se tiene un consenso claro de la relación entre la lactancia materna y la DPP, pero se ha propuesto a que esto se pueda deber al factor hormonal de la lactancia que está inversamente asociado con la depresión, ya que diferentes hormonas (como las lactogénicas, la Oxitocina y la Prolactina) tienen efectos antidepresivos y ansiolíticos en la madre, por lo que una LME no exitosa podría contribuir a desarrollar cuadros depresivos, aunque también está el factor del estrés que le produce a la mamá el hecho de no lograr amamantar bien a su bebé (21).

Diferentes estudios demuestran que hay una mayor incidencia de síntomas depresivos en madres que no dan de amamantar a sus recién nacidos a diferencia de las que sí dan de amamantarlos, las cuales tienen un riesgo de casi el 14% menor de padecer DPP, por lo que se podría considerarse como medida de prevención a desarrollar DPP el inicio exitoso de la lactancia materna (34).

3.3.2.2.3. Hemorragia postparto

La Hemorragia Postparto (HPP) consiste en la pérdida sanguínea superior a 500 cc (en casos de parto vaginal) o superior a 1000 cc (en casos de parto por cesárea), dentro de las primeras 24 horas (HPP primaria) hasta la 12^o semana posterior al parto (secundaria). En una revisión sistemática y de metaanálisis realizada en junio del año 2023 se evidencia una diferencia significativa de DPP en pacientes que habían presentado HPP en comparación de las que no la habían presentado, siendo este porcentaje de riesgo mayor al 24%; esto puede atribuirse al estrés postraumático por el cual estaría pasando la paciente luego de este evento (15).

3.3.2.2.4. Tipo de Parto

Por el momento no se encuentra una relación contundente entre el tipo de parto al cual ha sido sometida la paciente y el riesgo de desarrollar DPP, pero diferentes estudios nos indican que el parto por cesárea tiene mayor riesgo que el parto por vía vaginal debido a que por cesárea hay un nivel más bajo de oxitocina; aunque también podría estar relacionado al evento traumático, cuidados postoperatorios, la presencia de la cicatriz propia de la cesárea, etc. En un estudio llevado a cabo en Arequipa en el año 2024 se concluyó que de las pacientes que habían tenido parto por vía vaginal 13% presentaban sintomatología depresiva y 16% presentaban una fuerte depresión; mientras que, de las pacientes que habían sido sometidas a cesárea 13% presentaban sintomatología depresiva y 34% (más del doble) presentaban una fuerte depresión, llegando a la conclusión que la DPP tuvo mayor incidencia en pacientes que habían tenido parto vía cesárea (7).

3.3.2.3. Factores Hormonales

Sabemos que, durante el puerperio, ocurren ciertos cambios o fluctuaciones hormonales relacionados de manera directa con la depresión, en donde está involucrado el Cortisol, el cual se encarga de regular y producir hormonas esteroides y cuyos valores caen drásticamente en el proceso del parto, disminuyendo la producción de estrógenos, dejando a la paciente susceptible a cuadros depresivos (32).

Además, se ha reportado que hay una disminución de la hormona estradiol para favorecer la lactancia materna, la cual cumple un papel esencial en la transmisión serotoninérgica mejorando la producción de serotonina (9).

3.3.2.4. Factores Sociales

3.3.2.4.1. Nivel socioeconómico y educativo bajo

Se ha evidenciado que las pacientes que lidian con problemas económicos, a menudo pueden experimentar un mayor estrés, así como acceso limitado a recursos, lo cual puede acelerar la manifestación de los síntomas depresivos. Se ha visto también que el nivel socioeconómico es un factor

importante de DPP porque está relacionado con el nivel educativo, el cual se asocia negativamente con la DPP (2).

3.3.2.4.2. Inestabilidad laboral o falta de empleo

Se demostró que las puérperas con un título profesional y un trabajo establecido tienen menos probabilidades de presentar cuadros depresivos más altos que las pacientes en su contraparte (2).

3.3.2.4.3. Antecedentes de abuso físico

El abuso por parte de la pareja o en sí otros tipos de violencia doméstica contribuyen de manera drástica al aumento de la incidencia de DPP (2).

3.3.2.4.4. Falta de apoyo social

La falta de apoyo social hacia la madre durante su puerperio ha demostrado incrementar notablemente el riesgo de DPP. Como sabemos, las mujeres que han pasado por todo el proceso del embarazo y del trabajo de parto en sí presentan cambios fisiológicos y hormonales que las hacen susceptibles y vulnerables a que presenten momentos de estrés, por lo que estas pacientes necesitan más apoyo social para poder gestionar toda esta carga emocional que está pasando y, por lo tanto, si una mujer pasa por estos eventos estresantes sin un apropiado apoyo (tanto de su pareja como de su familia), entonces tiene mayor probabilidades de presentar síntomas depresivos (2).

3.3.2.5. Factores dependientes del estilo de vida

3.3.2.5.1. Tabaco

Muchas revisiones con datos meta analíticos han coincidido que el consumo de tabaco durante el embarazo es considerado un factor de riesgo importante para desarrollar DPP, ya que se ha evidenciado mayor incidencia de síntomas depresivos en pacientes fumadoras embarazadas que en las no fumadoras. Como se sabe, el fumar puede incrementar el estrés, la ansiedad y los síntomas de depresión de la paciente gestante, esto debido a que la nicotina tiene efectos negativos a nivel del Sistema Nervioso Central (SNC), lo que puede generar sensibilidad a estas condiciones. También se ha visto una relación con otro factor sociodemográfico, que es la falta de apoyo social, en donde se ha visto que

pacientes que no han tenido apoyo por parte de su pareja o familiares tienen mayor tasa de incidencia de fumar durante el embarazo (35).



3.3.2.6. Depresión Postparto y COVID-19

Como se mencionó anteriormente, durante el embarazo la mujer presencia cambios fisiológicos y psicológicos, lo que la hacen susceptible a procesos de estrés. La pandemia de la COVID-19, como todos sabemos, ha generado un incremento en los niveles de estrés en la población general, aumentando las estadísticas de depresión hasta 2 o 3 veces en comparación a las anteriores a la pandemia. En un estudio de octubre del 2024 se relacionó la incidencia de DPP con la pandemia de la COVID-19 y la zona en la que vivía la paciente (rural o urbana). Se compararon los datos actuales a los previos a la pandemia, en donde se evidenciaba que antes del COVID-19 las zonas rurales tenían mayor tendencia a presentar DPP en comparación con las zonas urbanas; pero, durante la pandemia, esta brecha se cerró y ambos grupos tuvieron la misma incidencia de DPP, lo que llega a la conclusión que la pandemia ha afectado más al sector urbano que al rural, el cual ha tenido un efecto de amortiguación al aumento de DPP (36).

3.3.2.7. Depresión Postparto y Metildopa

La Metildopa es un agonista de los receptores alfa-2 adrenérgicos presinápticos que se encarga de impedir la liberación de noradrenalina y, por lo tanto, inhibir el sistema nervioso simpático. Aumenta los niveles del factor de crecimiento endotelial vascular (VEGF), alterando la neurogénesis y disminuye los niveles de serotonina y catecolaminas. También reduce el flujo sanguíneo cerebral (especialmente en la corteza orbitofrontal), provocando un deterioro de la función neuronal, deterioro cognitivo y depresión. Se ha demostrado también que la Metildopa aumenta los niveles de óxido nítrico (NO), el cual, en altas concentraciones, genera niveles reducidos de catecolaminas y serotonina, por lo que niveles elevados de NO pueden producir depresión. Entonces, la Metildopa es considerada un factor de riesgo de DPP debido a que es considerada el tratamiento de primera línea enfermedades hipertensivas del embarazo, como la Preeclampsia, por lo cual debería de considerarse como una complicación de la misma (8).

3.3.3. Fisiopatología

Aún se desconoce el mecanismo exacto por el cual se produce la DPP, pero existen numerosas investigaciones que mencionan que el motivo se centra en la disminución abrupta de hormonas que se encuentran relacionadas al embarazo, como son la progesterona, estradiol y cortisol. Tanto el estrés como las hormonas reproductivas se elevan durante la gestación y disminuyen significativamente durante el trabajo de parto y el consiguiente postparto, lo que produce una desregulación del sistema, generando el cuadro depresivo. Recientes investigaciones se centran en el rol de la desregulación del eje hipotálamo-hipofisario como causa principal de la DPP, así como la reducción del control dopaminérgico y la presencia de numerosas alteraciones endocrinas (8).

3.3.3.1. Vulnerabilidad neurohormonal

De acuerdo con esta hipótesis, la DPP podría tener relación con una sensibilidad diferencial ante las variaciones hormonales propias del embarazo y el puerperio. La disminución repentina de los niveles de estrógenos, durante los primeros 3 a 4 días luego del parto podría causar un impacto indirecto en los sistemas de neurotransmisión vinculados a la depresión, tales como las monoaminooxidasas (MAO-A, MAO-B), serotonina y noradrenalina (37).

3.3.3.2. Disfunciones tiroideas

Como hipótesis también se ha propuesto la disfunción de hormonas tiroideas, ya que los síntomas de DPP pueden ser similares a los de una paciente con Hipotiroidismo. Además, se ha observado un incremento en la incidencia de Tiroiditis autoinmune durante la etapa puerperal, lo cual hace que las puérperas sean susceptibles a cambios en el estado de ánimo (38).

Se ha evidenciado que en poco tiempo después del parto hay una mayor proporción de disfunción tiroidea, lo cual puede afectar a la salud mental de la paciente puérpera, debido a que las hormonas tiroideas participan en la regulación del estado de ánimo y de la función cerebral (7).

3.3.3.3. Alteraciones en el eje Hipotálamo-Hipofisiario-Adrenal

Durante la gestación, la placenta genera ciertas hormonas, tales como la Hormona Liberadora de Corticotropina (CRH), la Hormona Adrenocorticotrópica (ACTH) y el Cortisol de manera autónoma. Estas hormonas se controlan a través de un sistema de feedforward, lo que resulta en un efecto regulador negativo de los autorreceptores a nivel del hipotálamo e hipófisis anterior. Este efecto regulador negativo representa un periodo crucial o sensible para la aparición de alteraciones en el estado de ánimo (37).

3.3.3.4. Disminución de los niveles de Triptófano libre en suero

El Triptófano es un aminoácido vital que está relacionado en la producción de Serotonina que, como sabemos, es un neurotransmisor clave en la regulación del estado de ánimo. Se ha evidenciado que, durante el 5to y 6to día postparto, hay una disminución significativa en el plasma sanguíneo de este aminoácido, la cual puede extenderse hasta los 6 meses después del parto en pacientes púerperas con diagnóstico de depresión (7).

La disponibilidad del Triptófano en el torrente sanguíneo es un elemento clave que controla la actividad de la enzima que interviene en el paso limitante de la síntesis de Serotonina; entonces, su disminución está relacionada directamente con la aparición de síntomas depresivos. No obstante, se ha evidenciado que la administración de Triptófano durante la gestación no evita que se desarrolle el cuadro depresivo, lo que sugiere que hay otro mecanismo de regulación implicado en la producción de neurotransmisores (38).

3.3.4. Sintomatología

La DPP fue descrita por Pitt en el año 1968 como una depresión atípica, debido a la presencia de sintomatología ansiosa y reactiva. Posteriormente, se ha visto que esta tiene características similares a otros episodios depresivos que no necesariamente ocurren durante el periodo postparto.

Como una definición sintomatológica de la DPP, se podría decir que esta consiste en un periodo prolongado de melancolía, ansiedad y agotamiento en mujeres en su postparto. Es característico que presenten:

- a) Sentimientos profundos de tristeza.
- b) Alteraciones del sueño, con dificultad para conciliar el sueño.
- c) Cambios en el apetito, provocando que haya aumento o pérdida de peso.
- d) Ansiedad y tensión.
- e) Falta de interés en actividades diarias, pasatiempos e inclusive su cuidado personal.
- f) Fatiga excesiva (37).

Se ha observado que las mujeres que sufren de DPP presentan mayor agitación psicomotriz y falta de concentración que las mujeres que sufren de depresión en cualquier otra etapa de su vida. También se ha visto que las pacientes con DPP tienen menos ideación suicida que en las pacientes con depresión en otra etapa, esto se puede deber por temor a la estigmatización y a las decisiones que esto conlleve en la protección de su recién nacido con respecto a Servicio Social (39).

3.3.5. Diagnóstico

El diagnóstico de la DPP actualmente todavía sigue siendo un reto porque muchas veces pasa desapercibido, ya que todos los síntomas depresivos en el puerperio tienden a confundirse con los procesos fisiológicos por los cuales pasa la mujer en esta etapa. Según los criterios diagnósticos del DSM-5 o de la CIE-10, el inicio de la DPP ocurre entre las 4 o 6 semanas posteriores al parto, mientras que otros expertos recomiendan que este periodo debe albergar hasta los 3, 6 o 12 meses postparto (39).

3.3.5.1. Métodos de cribado

El diagnóstico precoz durante la gestación facilita tanto a la identificación de las pacientes con riesgo de DPP, pero sin síntomas evidentes, como a las que ya evidencian síntomas de DPP. Se ha evidenciado que las mujeres que no han tratado su depresión durante el embarazo tienen un riesgo elevado de presentar DPP. Por esta misma razón es que ya se tienen establecidos diferentes métodos de tamizaje para poder diagnosticar esta patología de manera oportuna y, de esta manera, prevenir sus complicaciones posteriores (39).

3.3.5.1.1. Escala de Depresión Postparto de Edimburgo

La Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS), recomendada por el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia (ACOG), consiste en un método de tamizaje de DPP, que se utiliza ampliamente y ha demostrado ser efectiva para su detección temprana. Consiste en un cuestionario de autoevaluación que consta de 10 preguntas que están relacionadas a síntomas como: ansiedad, ataques de pánico, trastornos del sueño, tristeza, llanto y pensamiento suicida. Cada pregunta tiene una puntuación de 0 a 3 puntos, en donde una sumatoria total mayor o igual a 10 puntos ya es sugestivo de DPP y mayor o igual a 13 puntos es casi confirmatoria. La ventaja de la EPDS en comparación con otros métodos de cribado, es que nos permite identificar ideación suicida y poder actuar de manera oportuna, inclusive con un puntaje relativamente bajo (21).

3.3.5.1.2. Cuestionario de Salud del Paciente – 9 (Phq-9)

El PHQ-9 consiste en un método de tamizaje utilizado para la detección de depresión de manera más general, pero nos ayuda en el diagnóstico de DPP si se aplica en el momento indicado. Esta escala cuenta con 9 preguntas, las cuales tienen un puntaje de 0 a 3, teniendo una sumatoria total de 27 puntos. Puntuaciones elevadas están relacionadas con un estado funcional disminuido, con presencia de sintomatología evidente y con la probable necesidad de asistencia médica (21).

3.3.5.1.3. Inventario de Depresión de Beck (Bdi)

El BDI es un método de cribado que consta de 21 preguntas que toman en cuenta el estado de ánimo de la paciente. Se utiliza para cuantificar los síntomas depresivos (tales como pérdida de apetito, trastornos del sueño, tendencias suicidas, etc.), así como su intensidad (21).

3.3.6. Tratamiento

El tratamiento para la DPP, tanto psicológico como psicofarmacológico, debe considerar la particularidad de la fase perinatal. Las demandas del tratamiento requieren el mantenimiento del contacto de la madre con su hijo, por lo que se han sugerido terapias, en la que se incluye la diada madre-hijo y terapias psicológicas llevadas a cabo en visitas domiciliarias, así como la implementación de terapias farmacológicas si es necesario (39).

Según las directrices de tratamientos actuales, la psicoterapia es el método de tratamiento recomendado para los episodios depresivos leves o moderados, mientras que el tratamiento farmacológico con antidepresivos son los más utilizados en casos de episodios depresivos severos (40).

3.3.6.1. Tratamiento psicoterapéutico

La relevancia que han evidenciado las medidas de apoyo y psicoeducativas para reducir considerablemente la incidencia de los síntomas depresivos ha impulsado la formación de grupos de apoyo y asociaciones orientadas a la solución de estos problemas (38).

Entre los métodos más eficaces para tratar este trastorno sobresale la adecuada y oportuna intervención psicológica, para poder abordar este trastorno de forma precoz y mejorar la calidad de vida de la paciente puérpera. Es importante destacar la necesidad de intervenciones no farmacológicas en la DPP, considerándose como primera opción a la terapia cognitivo conductual y a la psicoterapia interpersonal, especialmente en las depresiones leves o moderadas (41).

3.3.6.1.1. Terapia Cognitivo Conductual (TCC)

Las estrategias de TCC diseñadas específicamente para el tratamiento de la DPP son modalidades diseñadas como formato grupal y suelen ser terapias de 2da generación que incluyen una mezcla de técnicas cognitivas y conductuales. El objetivo de esta terapia es encontrar alternativas para potenciar las actividades de autocuidado personal, así como tiempo dedicado para una misma o para actividades previas o recientes para el recién nacido y la pareja. También se promueve la utilización activa de métodos de relajación en situaciones de tensión y estrés, tales como salir de casa, el aseo o la comida del bebé, llevarlo a acostar, calmar su llanto, etc (39).

3.3.6.1.2. Terapia Interpersonal (TIP)

La TIP es un tratamiento breve especializado en el manejo de los trastornos depresivos. Su objetivo se centra en modificar las dificultades interpersonales vinculadas a la depresión e intenta reducir la sintomatología depresiva en estos pacientes mediante la elaboración de tácticas más eficaces para la solución de situaciones de conflicto presentes. Esta terapia centra su atención en las dificultades diarias de las pacientes, promoviendo la comprensión y resolución de circunstancias conflictivas (41).

Durante las primeras sesiones se deben de considerar elementos vinculados a la maternidad, tales como problemas para la organización o dificultades durante la gestación o el nacimiento del bebé. Igualmente, se centrará en las interacciones de la mujer con su hijo, pareja, familia y entorno social. En las siguientes sesiones se ven temas relacionados con conflictos interpersonales, la transición de roles y el duelo como áreas problemáticas, así como la falta de apoyo por parte de la pareja o familiares, críticas o conflictos familiares en relación al cuidado del bebé, el nacimiento de algún bebé con alguna malformación, entre otros (39).

3.3.6.1.3. Terapia de apoyo no directiva

La Terapia de apoyo no directiva o Asesoramiento no directivo tiene como propósito asistir a las pacientes en la comprensión y aceptación de sus emociones, valores y conductas. El terapeuta desempeña un rol de facilitador al incentivar a las pacientes a expresarse verbalmente, en vez de ofrecer explicaciones o interpretaciones. Esta terapia se centra en el humanismo, ya que permite a las pacientes comprender, de manera autónoma, las situaciones que atraviesan, generando condiciones que permitan que exprese sus emociones auténticas sin proporcionar un juicio de valor (41).

3.3.6.2. Tratamiento farmacológico

Se recomienda el tratamiento farmacológico antidepresivo cuando los síntomas persisten a pesar de los tratamientos psicoterapéuticos, cuando los síntomas empiezan de manera severa y necesita de tratamiento inmediato, o cuando el paciente lo prefiere. Una vez se haya confirmado la depresión postparto, es crucial iniciar el tratamiento de manera inmediata, porque las pacientes están expuestas a sufrir una enfermedad a largo plazo que puede resultar en discapacidad funcional, agravamiento de los síntomas, resistencia al tratamiento e, inclusive, suicidio (9).

3.3.6.2.1. Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS)

Los antidepresivos de primera línea utilizados en la DPP son ISRS, ya que son de fácil administración, son de baja toxicidad y son los que mayor información se dispone en cuanto a su seguridad reproductiva, siendo la sertralina el ISRS con mayor evidencia (39,9).

Una revisión Cochrane llevó a cabo un metaanálisis de 3 estudios, que consistían en comparar el tratamiento con ISRS vs placebo para tratar la DPP. Este estudio concluyó que los pacientes asignados de manera aleatoria con ISRS mostraban una mayor posibilidad de presentar respuesta o remisión de los síntomas depresivos en el seguimiento (42).

Los ISRS, a excepción de la paroxetina, suelen ser vistos como una alternativa de tratamiento segura durante la gestación y el postparto, inclusive si son utilizados en el primer trimestre. Algunas investigaciones han propuesto que el uso de paroxetina durante el primer trimestre podría vincularse con un riesgo levemente incrementado de anomalías cardíacas congénitas, aunque se ha visto que este riesgo, en términos absolutos, es mínimo (7).

3.3.6.2.2. Inhibidores de la Recaptación de Serotonina y Noradrenalina (IRSN)

Las características de seguridad de los ISRN, tales como la venlafaxina, duloxetina, milnaciprán o desvenlafaxina, tanto para la paciente mujer como para su bebé, son parecidas a las de los ISRS, solo que mediante Ensayos Clínicos Aleatorizados (ECA), no se dispone de información alguna acerca del uso de IRSN en el tratamiento de la DPP. Sin embargo, mediante ensayos abiertos se ha evidenciado que tanto la venlafaxina como la desvenlafaxina podrían conducir a la resolución de síntomas depresivos, por lo que se podrían considerar dentro de la terapéutica (40,42).

3.3.6.2.3. Antidepresivos Tricíclicos (ATC)

Hasta la fecha, la nortriptilina es el único ATC que ha sido estudiado en un estudio controlado sobre DPP. Los ATC se han catalogado como seguros, debido a que la mayoría de investigaciones no los asocia con malformaciones congénitas, a excepción de la doxepina o la clorimipramina, las cuales, si se administran en el primer trimestre, se han asociado a malformaciones cardíacas (39,43).

3.3.7. Tristeza Postparto o Baby Blues

Mencionada por primera vez a finales del siglo XIX, la tristeza postparto es considerada una manifestación no patológica del desequilibrio hormonal que ocurre en los días siguientes al proceso de parto. Normalmente persiste por unos días e incluye sintomatología depresiva como tristeza, llanto, labilidad emocional o cansancio, los cuales pueden estar vinculados a la falta de sueño, irritabilidad y ansiedad (16).

La prevalencia de la tristeza postparto fluctúa entre el 30 y el 75% de las pacientes gestantes; sin embargo, frecuentemente su diagnóstico se pasa por alto debido a que la sintomatología suele desaparecer de manera natural, la cual, se considera, está vinculada con las fluctuaciones hormonales, el estrés del parto y el nacimiento del bebé (44).

A diferencia de la DPP, la tristeza postparto no es un trastorno per se, sino es más considerada un problema pasajero que en unas cuantas semanas tiende a ceder por sí sola. Suele aparecer en el 4to o 5to día postparto y su recuperación solo consiste en tranquilizar a la madre y a quienes la rodean, a diferencia de la DPP que ya requiere un tratamiento más avanzado (45).

3.3.7.1. Signos y síntomas

Los signos y síntomas de la tristeza postparto se caracterizan por presentar un estado melancólico, disforia, llanto constante, ansiedad, irritabilidad y dependencia. Dentro de esta sintomatología no se incluyen síntomas como falta de sueño o pensamientos de hacerle daño al bebé

Entonces, los síntomas típicos de un baby blues son:

- Sentimiento de tristeza y melancolía sin motivo aparente.
- Tendencia al llanto con facilidad, en repetidas ocasiones y sin causa específica.
- Sensación de irritación e impaciencia en respuesta a problemas sencillos.
- Preocupación excesiva, nerviosismo e inquietud.
- Cambios repentinos de humor.
- Sensación de cansancio extremo (44).

3.3.8. Psicosis Puerperal

El término de Psicosis puerperal fue introducido inicialmente por Füstner en el año 1875 y alude a uno de los trastornos psiquiátricos más severos que pueden ocurrir en el postparto. La Psicosis puerperal abarca aquellas manifestaciones con episodios afectivos psicóticos, predominantemente maníacos, pero también depresivos o mixtos que se inician a los pocos días del parto (máximo a las 2 semanas). Los síntomas característicos, los cuales tienen una duración breve con remisión completa, comprenden la presencia de sintomatología afectiva, elación y depresión, con grandes variaciones en el humor y una apariencia confusa y desconcertante que, en ocasiones, puede ser similar a la de una psicosis física. En la psicosis puerperal los síntomas maníacos como la taquilalia, fuga de ideas, labilidad del humor, capacidad de distracción aumentada, euforia y actividad excesiva, son más comunes e intensos en comparación con los episodios psicóticos no puerperales. En cuanto a estadísticas, comparándose con la DPP, la psicosis puerperal tiene mayor porcentaje de muerte materna, de un 40% vs un 21%; así como mayor porcentaje de filicidios (muerte del recién nacido por parte de la madre), en donde se ha visto un 20 – 50% de madres con sintomatología psicótica vs 20 – 30% de madres con trastorno depresivo grave (39).

3.4. Revisión de antecedentes investigativos

3.4.1. A nivel local

Autor: Masias, M; Arias, W. Título: “Prevalencia de depresión postparto en Arequipa, Perú”. Año: 2018. Resumen: en este estudio, llevado a cabo en Arequipa, se buscaba determinar la prevalencia de DPP en mujeres púerperas de la ciudad de Arequipa, en donde se evaluó una muestra de 113 madres púerperas entre los 45 días y 6 semanas luego del parto y que habían asistido a sus controles en el C.S. Alto Selva Alegre. Se tuvo recolección de datos en lo que respecta a factores sociodemográficos (estado civil, grado de instrucción y tipo de parto); posterior a ello el instrumento diagnóstico utilizado fue la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo previo consentimiento de la paciente. Se utilizó la prueba de T de student y análisis de varianza para las diferencias de los factores sociodemográficos y se realizó correlación test-item con el coeficiente de correlación de Pearson. Se determinó que 40.7% de las pacientes no presentaba

riesgo de DPP, 14.15% tenía riesgo y 45.13% ya presentaban síntomas característicos de DPP. También se demostró que no existe relación significativa entre DPP y la edad de la madre, estado civil ni forma de parto, aunque se obtuvo una media mayor en pacientes que han tenido parto por cesárea. Asimismo, se concluyó que, a mayor grado de instrucción, menor es el nivel de DPP (10).

Autor: Apaza, M; Quiroz, P. Título: “Incidencia de depresión en puérperas de parto vía vaginal y puérperas de parto por cesárea en el Hospital III Yanahuara Essalud, Arequipa, 2024”. Año: 2024. En este trabajo de investigación, llevado a cabo en Arequipa, se buscaba determinar la diferencia en la incidencia de DPP en pacientes puérperas dependiendo su vía de parto en un hospital de gran capacidad resolutive, en donde se evaluó una muestra de 200 pacientes de las cuales 100 fueron atendidas por parto vaginal y 100 fueron sometidas a cesárea. Se utilizó como instrumento de diagnóstico a la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo. Se determinó que, en las pacientes que habían tenido parto vaginal, 35.5% se encontraban en un rango normal, 6.5% tenían presencia de síntomas depresivos y 8% tenían una fuerte depresión; mientras que, en las pacientes que habían sido sometidas a cesárea, 26.5% se encontraban en un rango normal, 6.5% tenían presencia de síntomas y 17% tenían una fuerte depresión. Con esto se concluye que hay una diferencia significativa en los niveles de DPP entre los grupos de parto vía vaginal y cesárea, habiendo mayor incidencia en las pacientes post cesareadas (7).

3.4.2. A nivel nacional

Autor: Limasca, N. Título: “Factores asociados a sintomatología de depresión postparto en puérperas de edad fértil en el Perú: subanálisis de la ENDES 2021”. Año: 2021. Resumen: en este estudio observacional, retrospectivo, de corte transversal y analítico del año 2021 llevado a cabo en Lima, se buscaba determinar los factores que se encuentran vinculados a la sintomatología de la DPP en pacientes puérperas de edad fértil en el Perú, en donde se utilizó una muestra de 4867 mujeres con edades entre 15 y 49 años de edad registradas en la ENDES 2021. Como instrumento se utilizaron encuestas realizadas por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) del Perú. Se evidenció que la prevalencia de síntomas depresivos en mujeres de edad fértil postparto fue de 5.61%, siendo un 14.72% en pacientes solteras, 19.93% en pacientes con antecedente de tratamiento con psicofármacos y 12.03% en pacientes afectadas por violencia doméstica; llegando a la conclusión de que el factor patológico que se asocia a DPP es el antecedente de depresión previa al embarazo, mientras que, los factores sociodemográficos que se asocian a DPP son el estado civil soltera y pacientes que han sufrido de violencia doméstica (46).

Autor: Leveau et al. Título: “Factores asociados a la depresión posparto en puérperas de un hospital peruano”. Año: 2024. Resumen: en este estudio observacional, transversal y analítico del año 2024 llevado a cabo en la ciudad de Ica, se buscaba determinar los factores sociodemográficos asociados a la depresión posparto en puérperas del Hospital Regional de Ica, en donde se utilizó una muestra de 346 casos, en donde hubo 173 puérperas con riesgo de depresión posparto y 173 sin riesgo de depresión posparto, de 15 a 30 días después de su parto. Se utilizó como instrumento la Escala de depresión posparto de Edimburgo. Las variables estudiadas fueron: edad, nivel de educación, condición laboral, estado civil, tipo de relación con la pareja, historial de uso de psicofármacos, número de hijos, si hubo complicaciones durante el embarazo, condiciones en que nació su hijo y tipo de parto. Se evidenció que la prevalencia de DPP fue de 18.8%, teniendo como factores asociados: edad menor de 20 años (OR:2.2), grado de instrucción superior (OR: 4.5), condición

civil soltera (OR:4.4), mala relación con la pareja (OR: 3.9), consumo de psicofármacos (OR: 2.7), haber tenido complicaciones durante el embarazo (OR: 2.6), parto por cesárea (OR: 3.3), por lo que se les considera factores de riesgo significativos para presentar DPP; por lo que se llegó a la conclusión de que la DPP se vincula a factores sociodemográficas del entorno de la madre y, por lo tanto, se necesita una intervención temprana para reducir los impactos adversos que puedan haber tanto en la madre como en el niño (3).

3.4.3. A nivel internacional

Autor: Herrera et al. Título: “Factores de riesgo relacionados con la depresión postparto”. Año: 2022. Resumen: en esta revisión realizada en agosto del 2022 llevada a cabo en la ciudad de Cuenca, Ecuador, se buscaba examinar los factores de riesgo de mayor influencia y relevancia en la DPP en Ecuador. En este estudio se llevó a cabo una revisión narrativa de la bibliografía científica sobre los factores de riesgo que están asociados a la DPP. Se consideraron artículos en inglés y español publicados desde enero del 2012 hasta junio de 2022, donde se excluyeron artículos que presentaban estudios en poblaciones pequeñas, entrevistas, cartas, reseñas y aquellos no relacionados con factores de riesgo de DPP. El presente estudio concluyó que la DPP, en los últimos años, ha ido en aumento y se destacan factores de riesgo como el estado civil de la paciente, su nivel socioeconómico y antecedentes previos de depresión (32).

Autor: Landman et al. Título: “Postpartum blues: a predictor of postpartum depression, from The Igedepp Cohort”. Año: 2024. Resumen: en este estudio prospectivo, multicéntrico realizado en enero del 2024 llevado a cabo en Colombes, Francia, se buscaba identificar los diferentes factores que se encuentran asociados con la tristeza postparto y su relación con la DPP, en donde se utilizó una muestra de 3310 mujeres a las cuales se les constató sus antecedentes psiquiátricos personales y familiares en el departamento de maternidad del Hospital Louis-Mourier en Colombes, Francia. Como instrumento se utilizó la versión francesa del cuestionario “Maternity Blues Scale” para lo que concierne a la tristeza post parto y, en lo que respecta a la DPP, se utilizó la Entrevista Diagnóstica para Estudios Genéticos (DIGS). Se

realizó un análisis de cohorte de la Interacción Gen-Entorno en la Depresión Post-parto (IGEDEPP), en donde se encontró que la prevalencia de tristeza posparto fue del 33%, la cual se ha relacionado a múltiples factores de riesgo, como haber presentado algún evento traumático en la infancia, estrés durante el embarazo, pacientes primíparas, embarazo múltiple, partos inducidos, antecedentes personales de trastorno depresivo o de ansiedad, etc., en donde se observó que cada uno de estos factores han incrementado un 31% el riesgo de desarrollar DPP. También se observó una relación significativa entre la tristeza posparto y la DPP, especialmente si esta fue de inicio temprano (en las 8 primeras semanas postparto) y también de inicio tardío, principalmente si la tristeza posparto fue severa (47).

Autor: Giménez et al. Título: “Progresión posparto de los niveles de ansiedad y depresión en madres de recién nacidos prematuros”. Año: 2024. Resumen: en este estudio prospectivo realizado en julio del 2024 llevado a cabo en Barcelona, España, se buscaba examinar la progresión de los grados de depresión y ansiedad durante las 12 semanas posteriores al nacimiento de bebés prematuros en el Hospital Clínico de Barcelona, en donde se utilizó una muestra de 182 puérperas durante la 1era, 6ta y 12ava semana postparto, de las cuales 90 tuvieron un parto a término y 92 un parto pretérmino (en donde 46 su complicación fue una preeclampsia grave y el 46 restante fue por rotura prematura de membranas pretérmino). Como instrumentos de investigación se utilizaron cuestionarios que se encuentran validados para medir la ansiedad (State Trial Anxiety Inventory [STAI-S]) y la depresión (Edinburgh Postnatal Depression Scale [EPDS]). Como resultado del estudio se obtuvo que las puntuaciones medianas de STAI-S fueron significativamente más altas en la 1era y 6ta semana postparto; mientras que las puntuaciones medianas de EPDS también fueron significativamente altas a la 12ava semana postparto; también se observó que las puntuaciones anormales tanto de STAI-S como de la EPDS difirieron significativamente entre los grupos con parto a término y pretérmino, en donde se evidencia que aproximadamente el 40% de pacientes con parto prematuro presentaron síntomas depresivos. Como conclusión, este estudio demostró que las pacientes con parto pretérmino

han demostrado mayores índices de ansiedad y depresión que las pacientes con parto a término durante las 12 semanas posteriores al nacimiento (48).

4. Hipótesis

Existe una diferencia significativa en la prevalencia de síntomas depresivos entre pacientes púerperas inmediatas y púerperas tardías en el Hospital Edmundo Escomel EsSalud, Arequipa, Perú, en el periodo de diciembre 2024 – enero 2025.





CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

1.1. Técnicas

Para el presente trabajo de investigación se ha aplicado como técnica la encuesta para recopilación de datos personales de pacientes puérperas inmediatas del Hospital Edmundo Escomel Arequipa; también se realizó revisión de historias clínicas de pacientes puérperas tardías para poder contactarlas y aplicarles la encuesta previamente mencionada (49).

1.2. Instrumentos

Se utilizó una ficha de recolección de datos con la información personal de la paciente, factores sociodemográficos, obstétricos, antecedentes psiquiátricos, de violencia familiar, etc. (Anexo 1).

Como herramienta principal de cribado para la detección de Depresión Postparto se ha utilizado la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS), la cual fue aplicada directamente a las pacientes en su puerperio inmediato y tardío durante el periodo de estudio (Anexo 2) (50).

1.3. Materiales de verificación

- Ficha de recolección de datos
- Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS).
- Radar obstétrico proporcionado por el servicio de obstetricia del Hospital Edmundo Escomel para la captación de pacientes puérperas con fechas de parto de diciembre 2024 – enero 2025.
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos.

Dispositivos de almacenamiento para guardar la información recopilada (49).

2. Campo de verificación

2.1. Ámbito

El presente estudio se realizó en el Hospital Edmundo Escomel EsSalud, Arequipa, Perú.

2.2. Unidades de estudio

Pacientes mujeres cuyo parto o cesárea han sido atendidos en el Hospital Edmundo Escomel EsSalud

2.2.1. Población

El universo del presente estudio abarca a todas las pacientes mujeres cuyo parto o cesárea han sido atendidos en el Hospital Edmundo Escomel EsSalud en el periodo de diciembre del 2024 y enero del 2025.

2.2.2. Muestra

La muestra consta de 2 grupos de pacientes: uno que consiste en todas las pacientes púerperas inmediatas atendidas en el mes de enero del 2025 y otro que consiste en todas las pacientes púerperas tardías atendidas en el mes de diciembre del 2024 y enero del 2025; cada grupo consta de 90 participantes, haciendo una muestra total de 180 participantes para el estudio.

2.2.3. Criterios de selección

2.2.3.1. Criterios de inclusión

- Pacientes mujeres que hayan dado a luz en el hospital Edmundo Escomel EsSalud Arequipa, Perú, en el periodo de estudio en diciembre 2024 y enero 2025.
- Pacientes mujeres comprendidas en su periodo puerperal inmediato o tardío.
- Pacientes mujeres que tengan la capacidad de poder dar su consentimiento informado para participar del presente estudio.

2.2.3.2. Criterios de Exclusión

- Pacientes mujeres con diagnóstico de alguna enfermedad psiquiátrica antes del embarazo, diagnosticada por un médico psiquiatra.
- Pacientes mujeres analfabetas que no puedan comunicarse adecuadamente y dificulten la recopilación de datos del presente estudio.
- Pacientes mujeres menores de 18 años.

2.3. Temporalidad

La presente investigación se llevará a cabo en el periodo comprendido entre diciembre del 2024 y enero del 2025.

2.4. Ubicación espacial

Hospital Edmundo Escomel EsSalud, Arequipa, Perú.

2.5. Tipo de investigación

Se trata de un estudio de campo (49).

2.6. Nivel de investigación

Es un estudio cuantitativo, no experimental, analítico (49).

2.7. Diseño de investigación

Es un estudio observacional, prospectivo, transversal (49).

3. Estrategia de recolección de datos

3.1. Organización

Una vez aprobado el proyecto de tesis por la Universidad Católica de Santa María, se solicitaron los permisos correspondientes hacia la Unidad de Capacitación, Investigación y Docencia de la red asistencial EsSalud Arequipa y hacia el director general del Hospital Edmundo Escomel EsSalud Arequipa para poder realizar las encuestas y hacer revisión de historias clínicas de su institución en el periodo propuesto. Luego a ello se recopilaron los datos de la población requerida con valor significativo en una base de datos electrónica, para posteriormente ser analizados estadísticamente. Se definieron las responsabilidades y tareas específicas para cada uno de los miembros de la presente investigación. Para la elaboración del presente

estudio se les solicitó a las participantes su firma de un Consentimiento Informado (Anexo 3), en donde se les explica que sus datos van a ser manejados con total confidencialidad y solo van a ser utilizados por los investigadores para el motivo de la investigación. Una vez concluida la recolección de datos, éstos se organizaron en bases de datos para su posterior interpretación y análisis (49).

3.2. Recursos

3.2.1. Humanos

Investigadores, asesor.

3.2.2. Materiales

- Fichas de investigación
- Radar obstétrico proporcionado por el servicio de obstetricia del hospital.
- Consentimiento informado impreso.
- Ficha de recolección de datos personales de la paciente impresa.
- Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS) impresa.
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas procesadores de texto, bases de datos y software estadístico.

3.2.3. Financieros

Autofinanciado

3.3. Validación de los instrumentos

La Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS) fue creada por Cox, Holden y Sagovsky en el año 1987. Posteriormente en el año 1995 fue validada en Chile, en el 2003 en España y en el 2006 fue validada en México (39).

En el ámbito nacional, la EPDS fue validada en el año 2002 en una investigación titulada "Validación de una versión en español de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo", en donde se encontró que la EPDS tiene una buena capacidad para diferenciar pacientes con y sin depresión en base a los valores promedio y su sensibilidad y especificidad (50).



3.4. Aspectos éticos

Para la realización del presente trabajo se consignó información de manera anónima garantizando así la confidencialidad de la investigación. Se aplicó el principio de autonomía a través del consentimiento otorgado por las participantes.

3.5. Criterios para manejo de resultados

3.5.1. Plan de Recolección

Se realizó el llenado de las fichas (49).

3.5.2. Plan de Procesamiento

Los datos registrados fueron codificados para su análisis e interpretación (49).

3.5.3. Plan de Clasificación:

Se empleó una matriz de sistematización de datos diseñada en una hoja de cálculo electrónica, Excel 2019 (49).

3.5.4. Plan de Codificación:

Se procedió a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala nominal y ordinal para facilitar el ingreso de datos (49).

3.5.5. Plan de Recuento

El recuento de los datos fue electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo (49).

3.5.6. Plan de análisis

Para el tratamiento de los datos, se utilizó estadística descriptiva, incluyendo medidas de tendencia central, como el promedio, y de dispersión, tales como el rango y la desviación estándar, en el caso de variables continuas. Las variables categóricas fueron expresadas en términos de frecuencias. Para la comparación entre grupos independientes, se aplicó la prueba de chi cuadrado de Pearson, considerando una diferencia estadísticamente significativa cuando $0.05 < p < 0.05$. El análisis de los datos se llevó a cabo mediante la hoja de cálculo Excel 2019, utilizando su complemento analítico, así como el software estadístico SPSS versión 24.0 (49).



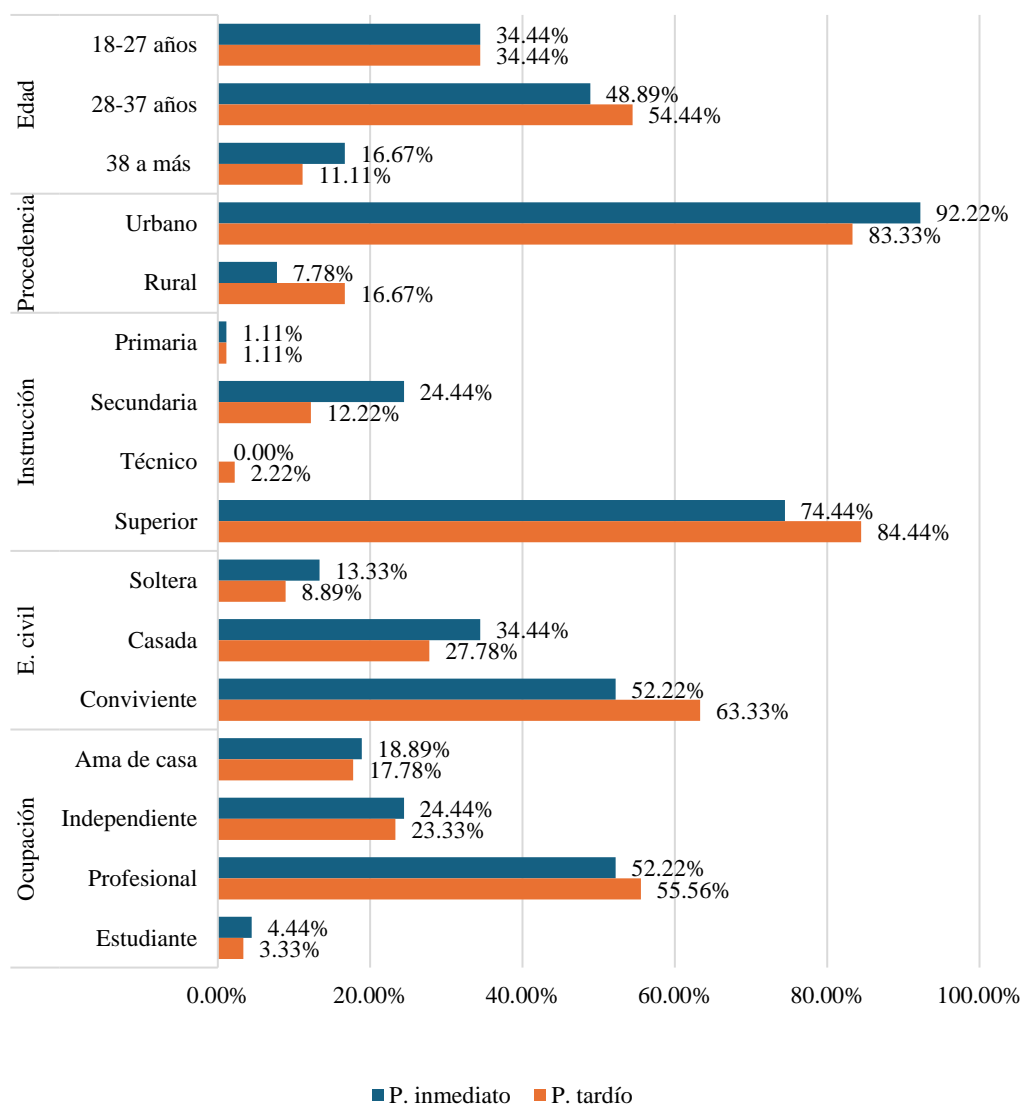
CAPÍTULO III
RESULTADOS

Tabla 1
Características demográficas de las púerperas según grupo de estudio

		P. inmediato		P. tardío		Chi2 (p)
		Nº	%	Nº	%	
Edad	18-27 años	31	34.44%	31	34.44%	1.27 (0.53)
	28-37 años	44	48.89%	49	54.44%	
	38 a más	15	16.67%	10	11.11%	
Procedencia	Urbano	83	92.22%	75	83.33%	3.31 (0.07)
	Rural	7	7.78%	15	16.67%	
Instrucción	Primaria	1	1.11%	1	1.11%	6.23 (0.10)
	Secundaria	22	24.44%	11	12.22%	
	Técnico	0	0.00%	2	2.22%	
	Superior	67	74.44%	76	84.44%	
E. civil	Soltera	12	13.33%	8	8.89%	2.40 (0.30)
	Casada	31	34.44%	25	27.78%	
	Conviviente	47	52.22%	57	63.33%	
Ocupación	Ama de casa	17	18.89%	16	17.78%	0.29 (0.96)
	Independiente	22	24.44%	21	23.33%	
	Profesional	47	52.22%	50	55.56%	
	Estudiante	4	4.44%	3	3.33%	
Total		90	100.00%	90	100.00%	-

Gráfico 1

Características demográficas de las puérperas según grupo de estudio



Edad promedio \pm D. estándar (mín – máx):

- P. inmediato: 30.57 \pm 6.36 años (18 – 42 años)
- P. Tardío: 30.34 \pm 5.11 años (21 – 43 años)

En la **Tabla y Gráfico 1** se muestra las características demográficas de las puérperas según grupo de estudio. No se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos ($p > 0.05$), predominando en ambos grupos la edad de 28 a 37 años (48.89% en las puérperas inmediatas, 54.44% en las tardías), siguiendo la edad de 18 a 27 años (34.44% en ambos periodos) y el grupo etario con menor participación en el estudio ha sido el de pacientes

mayores de 38 años (16.67% de puérperas inmediatas y 11.11% de puérperas tardías). La procedencia predominante fue urbana, con un 92.22% en puérperas inmediatas y un 83.33% de las tardías. En ambos grupos predominaron mujeres con educación superior (74.44% en el primer grupo, 84.44 en el segundo), y la mayoría de mujeres fueron convivientes (52.22% de puérperas inmediatas, 63.33% en las tardías); y, en cuanto a la ocupación, un 52.22% de pacientes en su puerperio inmediato trabajaban de manera profesional, a diferencia de un 55.56% de pacientes en su puerperio tardío.

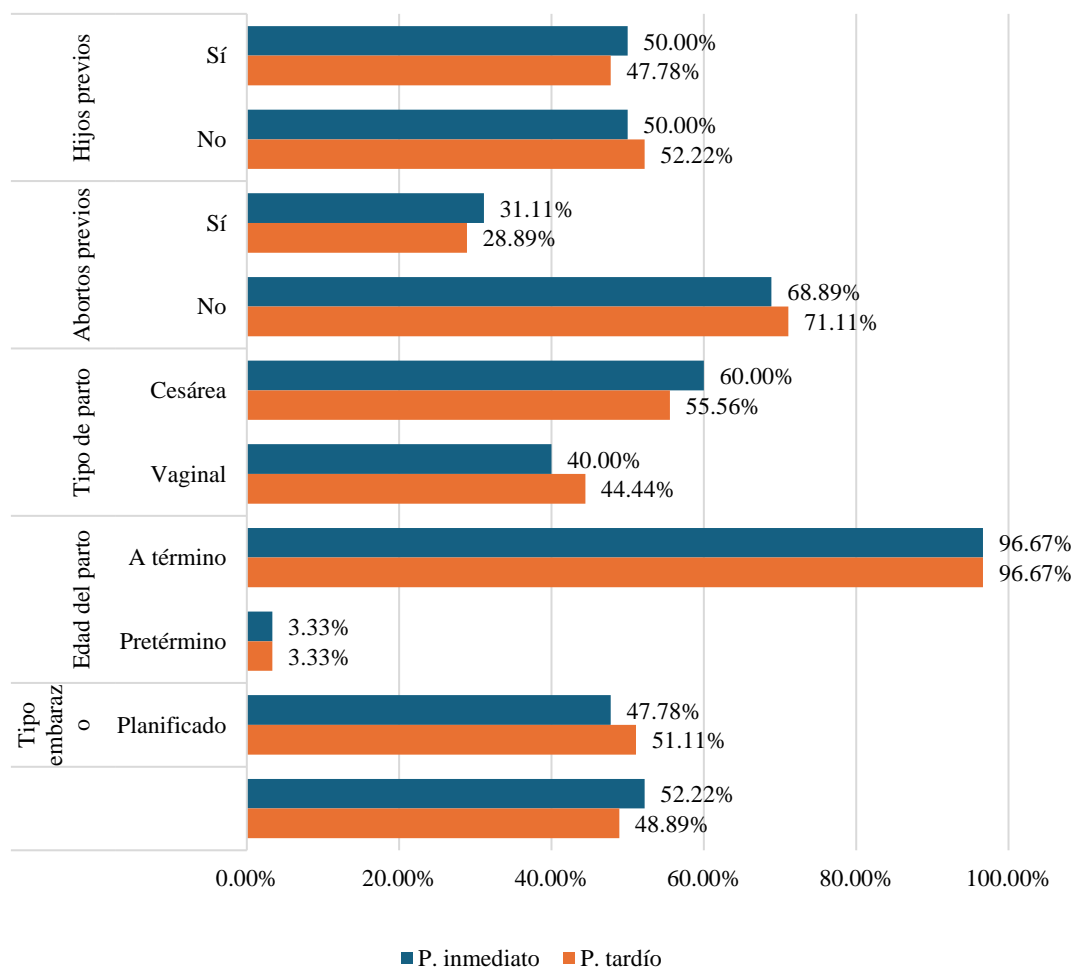


Tabla 2
Características reproductivas de las puérperas según grupo de estudio

		P. inmediato		P. tardío		Chi2 (p)
		Nº	%	Nº	%	
Hijos previos	Sí	45	50.00%	43	47.78%	0.09
	No	45	50.00%	47	52.22%	(0.77)
Abortos previos	Sí	28	31.11%	26	28.89%	0.11
	No	62	68.89%	64	71.11%	(0.74)
Tipo de parto	Cesárea	54	60.00%	50	55.56%	0.36
	Vaginal	36	40.00%	40	44.44%	(0.55)
Edad del parto	A término	87	96.67%	87	96.67%	0.00
	Pretérmino	3	3.33%	3	3.33%	(1.00)
Tipo embarazo	Planificado	43	47.78%	46	51.11%	0.20
	No planificado	47	52.22%	44	48.89%	(0.65)
Total		90	100.00%	90	100.00%	-

Gráfico 2

Características reproductivas de las puérperas según grupo de estudio



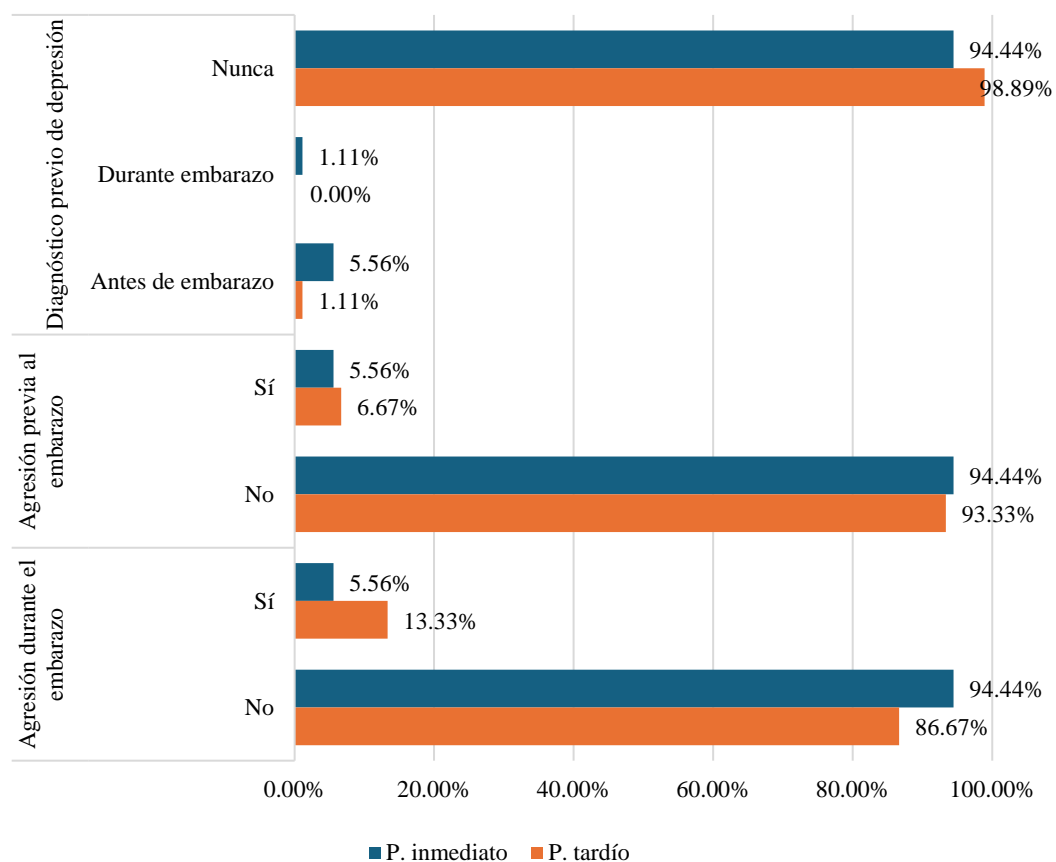
En cuanto a las características reproductivas de las puérperas, que se muestra en la **Tabla y Gráfico 2**, se aprecia que el 50% de las puérperas del primer grupo y 47.78% de las puérperas tardías tuvieron hijos previamente, y 31.11% de las primeras y 28.89% de las segundas tuvieron antecedentes de aborto. La cesárea fue el método de parto predominante en ambos grupos, con 60% en las puérperas inmediatas y 55.56% en las tardías. El momento del final del parto fue a término en 96.67% de puérperas inmediatas y en 96.67% de puérperas tardías. El embarazo fue no planificado en 52.22% de mujeres del primer grupo y en 48.89% del segundo. No se encontraron diferencias significativas en ninguna de estas variables entre ambos grupos ($p > 0.05$).

Tabla 3
Características psicosociales de las puérperas según grupo de estudio

		P. inmediato		P. tardío		Chi2 (p)
		Nº	%	Nº	%	
Diagnóstico previo de depresión	Nunca	85	94.44%	89	98.89%	3.75 (0.15)
	Durante embarazo	1	1.11%	0	0.00%	
	Antes de embarazo	5	5.56%	1	1.11%	
Agresión previa al embarazo	Sí	5	5.56%	6	6.67%	0.10 (0.76)
	No	85	94.44%	84	93.33%	
Agresión durante el embarazo	Sí	5	5.56%	12	13.33%	3.18 (0.07)
	No	85	94.44%	78	86.67%	
Total		90	100.00%	90	100.00%	-

Gráfico 3

Características psicosociales de las puérperas según grupo de estudio



En la **Tabla y Gráfico 3** se muestran las características psicológicas y sociales de las mujeres evaluadas. Aunque sin diagnóstico especializado, el 6.67% de mujeres puérperas inmediatas y 1.11% de tardías refirieron antecedentes de depresión. Un 5,56% de mujeres del primer grupo y 6.67% del segundo refirieron antecedentes de agresión antes del embarazo y 5.56% el primer grupo y 13.33% del segundo durante el embarazo, siendo las diferencias no significativas ($p > 0.05$).

Tabla 4

Frecuencia de síntomas de depresión en puérperas según grupo de estudio

	P. inmediato		P. tardío	
	Nº	%	Nº	%
Normal	74	82.22%	52	57.78%
Signos sugestivos de depresión	8	8.89%	17	18.89%
Síntomas de depresión	8	8.89%	21	23.33%
Total	90	100.00%	90	100.00%

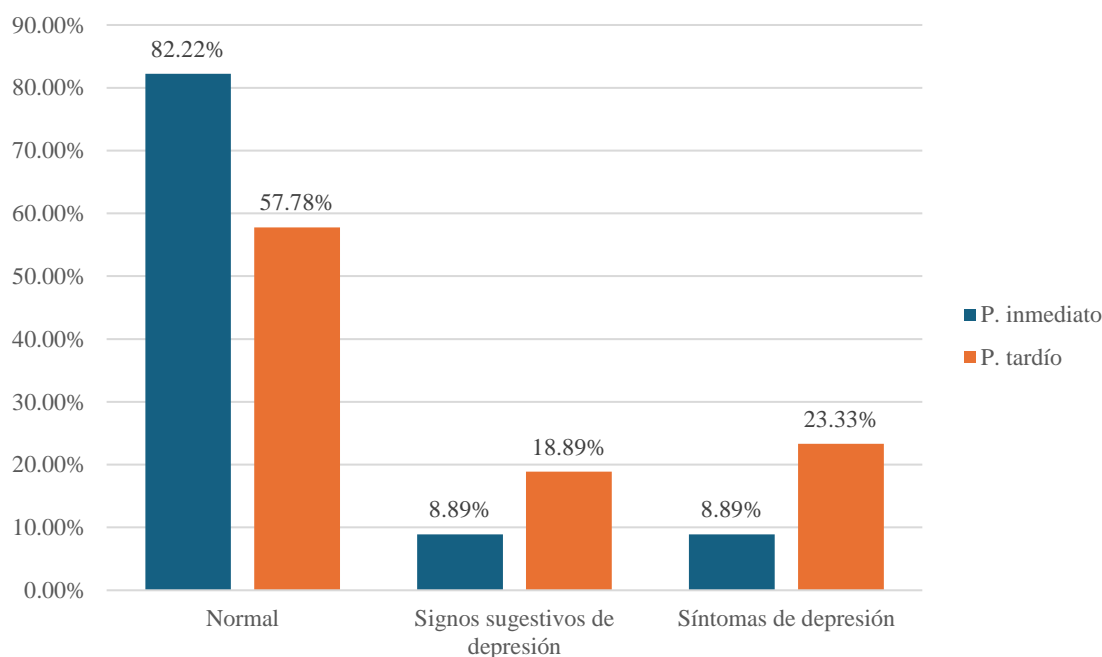
Chi2 = 12.91

G. libertad = 2

p = 0.0016

Gráfico 4

Frecuencia de síntomas de depresión en puérperas según grupo de estudio



La Tabla y Gráfico 4 muestran la prevalencia de síntomas depresivos en puérperas inmediatas y tardías. En el primer grupo el 82.22% de pacientes no presentaban sintomatología depresiva, mientras que el 8.89% tuvo síntomas sugestivos de depresión y 8.9% síntomas claros de depresión, con un total acumulado de 17.78% de depresión. En el segundo grupo, el 57.78% de pacientes no tenían signos de depresión postparto, mientras

que el 18.89% tuvo síntomas sugestivos de depresión y el 23.33% síntomas claros de depresión, con un global de síntomas depresivos de 42.22%. siendo las diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$), siendo la depresión más frecuente y severa en puérperas tardías.



Tabla 5

Frecuencia de ideación suicida en puérperas con síntomas depresivos según grupo de estudio

	P. inmediato		P. tardío	
	Nº	%	Nº	%
Sí	1	6.25%	3	7.89%
No	15	93.75%	35	92.11%
Total	16	100.00%	38	100.00%

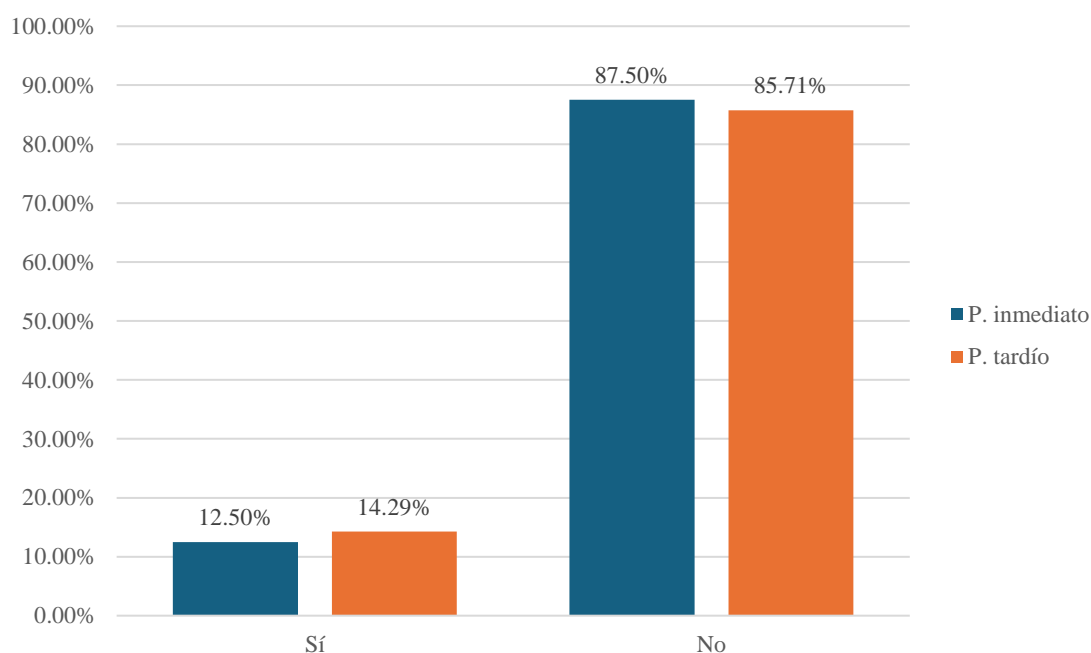
Chi2 = 0.04

G. libertad = 1

p = 0.83

Gráfico 5

Frecuencia de ideación suicida en puérperas con síntomas depresivos según grupo de estudio



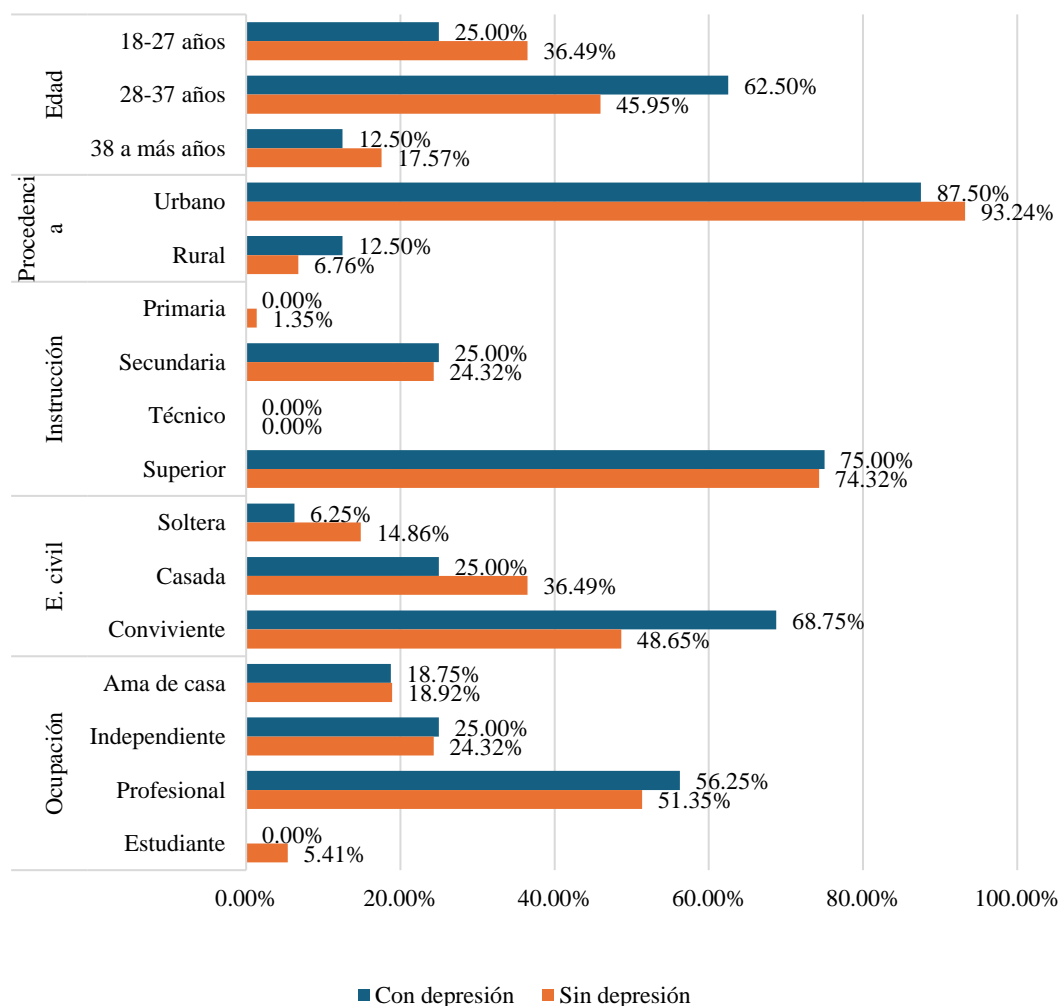
Como se puede evidenciar en la **Tabla y Gráfico 5**, entre las que tuvieron síntomas depresivos, el 6.25% de puérperas inmediatas y 7.89% de puérperas tardías respondieron a la última pregunta del EPDS con la intención de autolesionarse, sin diferencia significativa entre los dos grupos ($p > 0,05$).

Tabla 6
**Factores sociodemográficos asociados a la presencia de depresión posparto en
puérperas inmediatas**

		Con depresión		Sin depresión		Chi2 (p)
		N°	%	N°	%	
Edad	18-27 años	4	25.00%	27	36.49%	1.44 (0.49)
	28-37 años	10	62.50%	34	45.95%	
	38 a más	2	12.50%	13	17.57%	
Procedencia	Urbano	14	87.50%	69	93.24%	0.60 (0.44)
	Rural	2	12.50%	5	6.76%	
Instrucción	Primaria	0	0.00%	1	1.35%	0.22 (0.90)
	Secundaria	4	25.00%	18	24.32%	
	Técnico	0	0.00%	0	0.00%	
	Superior	12	75.00%	55	74.32%	
E. civil	Soltera	1	6.25%	11	14.86%	2.25 (0.32)
	Casada	4	25.00%	27	36.49%	
	Conviviente	11	68.75%	36	48.65%	
Ocupación	Ama de casa	3	18.75%	14	18.92%	0.93 (0.82)
	Independiente	4	25.00%	18	24.32%	
	Profesional	9	56.25%	38	51.35%	
	Estudiante	0	0.00%	4	5.41%	
Total		16	100.00%	74	100.00%	-

Gráfico 6

Factores sociodemográficos asociados a la presencia de depresión posparto en púerperas inmediatas



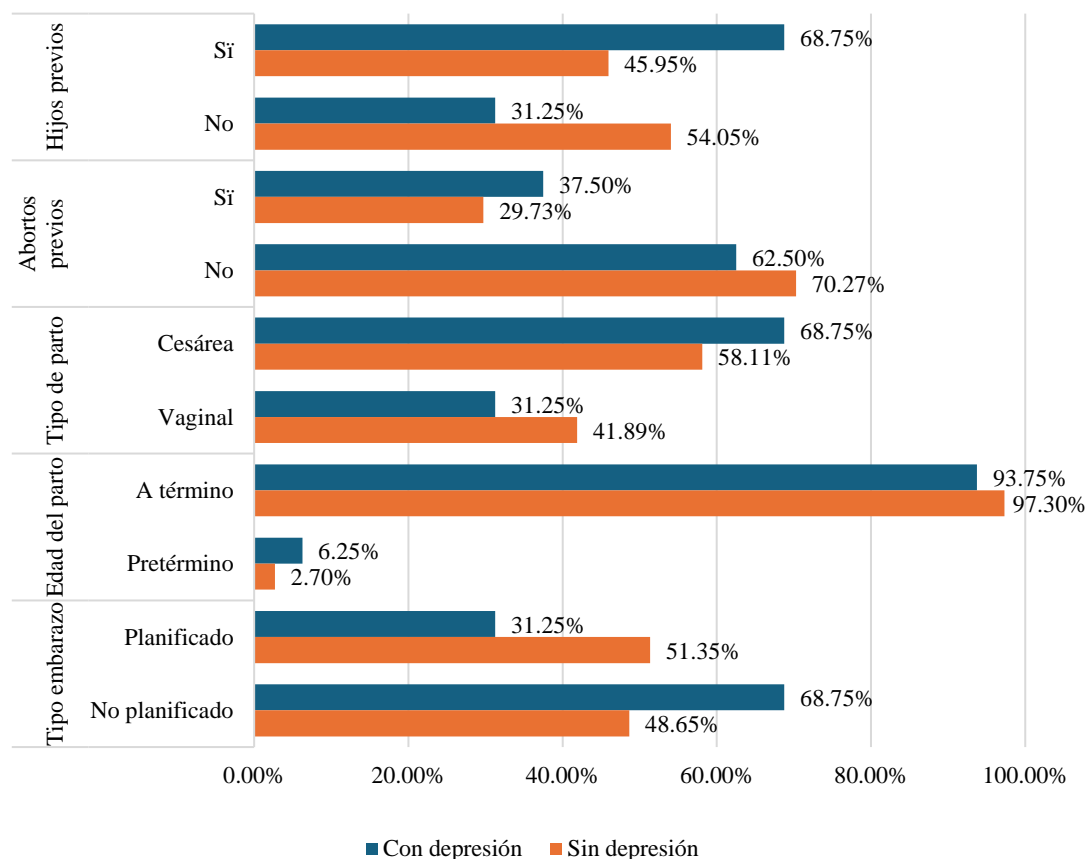
En la **Tabla y Gráfico 6** se muestran los factores demográficos asociados a depresión posparto en púerperas inmediatas; ninguno de los factores como la edad, la procedencia, la instrucción o estado civil ni ocupación se asociaron al desarrollo de síntomas depresivos en púerperas inmediatas ($p > 0.05$).

Tabla 7
Factores reproductivos asociados a la presencia de depresión posparto en puérperas inmediatas

		Con depresión		Sin depresión		Chi2 (p)
		Nº	%	Nº	%	
Hijos previos	Sí	11	68.75%	34	45.95%	2.74
	No	5	31.25%	40	54.05%	(0.10)
Abortos previos	Sí	6	37.50%	22	29.73%	0.37
	No	10	62.50%	52	70.27%	(0.54)
Tipo de parto	Cesárea	11	68.75%	43	58.11%	0.62
	Vaginal	5	31.25%	31	41.89%	(0.43)
Edad del parto	A término	15	93.75%	72	97.30%	0.51
	Pretérmino	1	6.25%	2	2.70%	(0.47)
Tipo embarazo	Planificado	5	31.25%	38	51.35%	2.13
	No planificado	11	68.75%	36	48.65%	(0.14)
Total		16	100.00%	74	100.00%	-

Gráfico 7

Factores reproductivos asociados a la presencia de depresión posparto en puérperas inmediatas



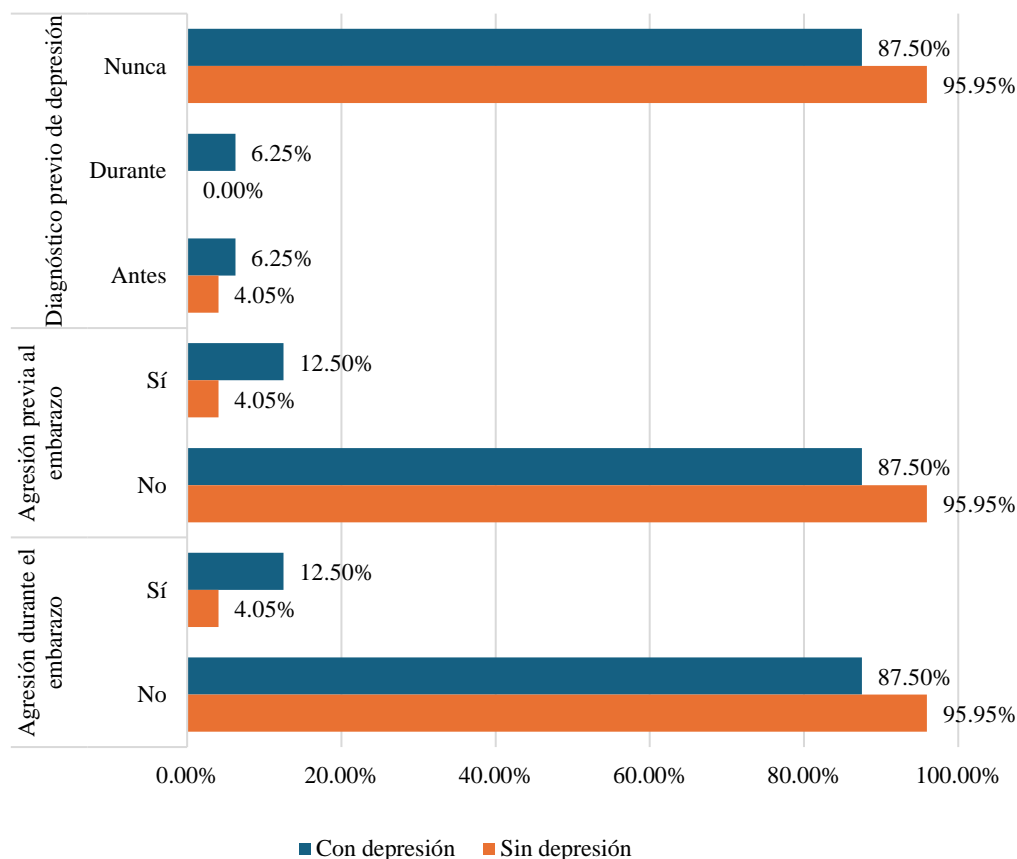
En la **Tabla y Gráfico 7** se evidencia los factores reproductivos asociados a depresión posparto, tales como número de hijos previos, abortos previos, tipo de parto, edad gestacional al momento del parto y tipo de embarazo en pacientes puérperas inmediatas. Como se puede observar, ninguno de los factores presentes se asoció a la aparición de síntomas depresivos en este grupo puerperal ($p > 0.05$).

Tabla 8
Factores psicosociales asociados a la presencia de depresión posparto en puérperas inmediatas

		Con depresión		Sin depresión		Chi2 (p)
		N°	%	N°	%	
Diagnóstico previo de depresión	Nunca	14	87.50%	71	95.95%	4.87 (0.09)
	Durante embarazo	1	6.25%	0	0.00%	
	Antes de embarazo	1	6.25%	3	4.05%	
Agresión previa al embarazo	Sí	2	12.50%	3	4.05%	1.79 (0.18)
	No	14	87.50%	71	95.95%	
Agresión durante el embarazo	Sí	2	12.50%	3	4.05%	1.79 (0.18)
	No	14	87.50%	71	95.95%	
Total		16	100.00%	74	100.00%	-

Gráfico 8

Factores psicosociales asociados a la presencia de depresión posparto en puérperas inmediatas



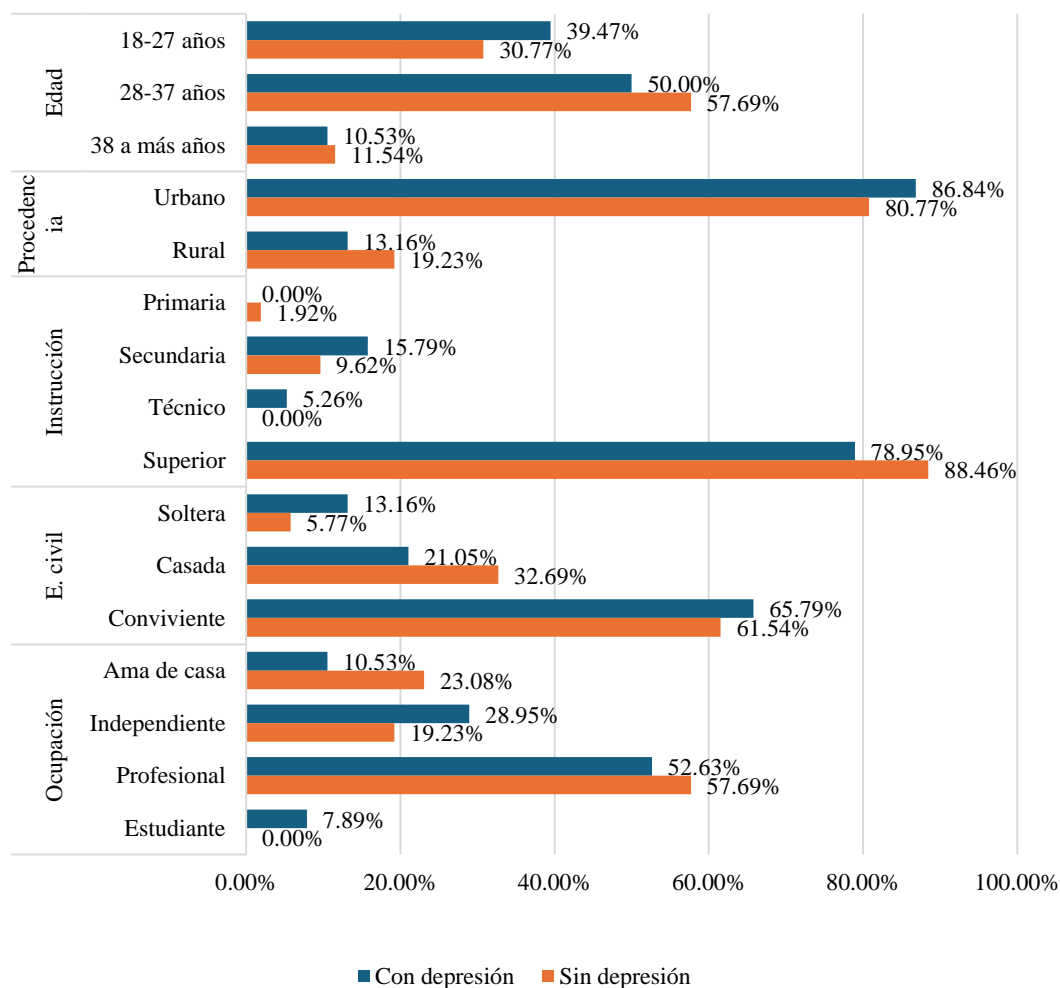
En la **Tabla y Gráfico 8** podemos observar los factores psicosociales, tales como diagnóstico previo de depresión y agresión previa al embarazo o durante el embarazo, que se encuentran relacionados con la aparición de síntomas depresivos. Como evidenciamos, ninguno de estos factores tiene una relación significativa con la depresión posparto como tal ($p > 0.05$).

Tabla 9
Factores sociodemográficos asociados a la presencia de depresión posparto en púerperas tardías

		Con depresión		Sin depresión		Chi2 (p)
		N°	%	N°	%	
Edad	18-27 años	15	39.47%	16	30.77%	0.74 (0.69)
	28-37 años	19	50.00%	30	57.69%	
	38 a más	4	10.53%	6	11.54%	
Procedencia	Urbano	33	86.84%	42	80.77%	0.58 (0.45)
	Rural	5	13.16%	10	19.23%	
Instrucción	Primaria	0	0.00%	1	1.92%	4.39 (0.22)
	Secundaria	6	15.79%	5	9.62%	
	Técnico	2	5.26%	0	0.00%	
	Superior	30	78.95%	46	88.46%	
E. civil	Soltera	5	13.16%	3	5.77%	2.48 (0.29)
	Casada	8	21.05%	17	32.69%	
	Conviviente	25	65.79%	32	61.54%	
Ocupación	Ama de casa	4	10.53%	12	23.08%	7.04 (0.07)
	Independiente	11	28.95%	10	19.23%	
	Profesional	20	52.63%	30	57.69%	
	Estudiante	3	7.89%	0	0.00%	
Total		38	100.00%	52	100.00%	-

Gráfico 9

Factores sociodemográficos asociados a la presencia de depresión posparto en púerperas tardías



En lo que respecta a las mujeres púerperas tardías, la **Tabla y Gráfico 9** muestran los factores sociodemográficos que podrían estar relacionados con la depresión postparto, y ninguna de las variables se asoció a la presencia sintomatología depresiva ($p > 0.05$).

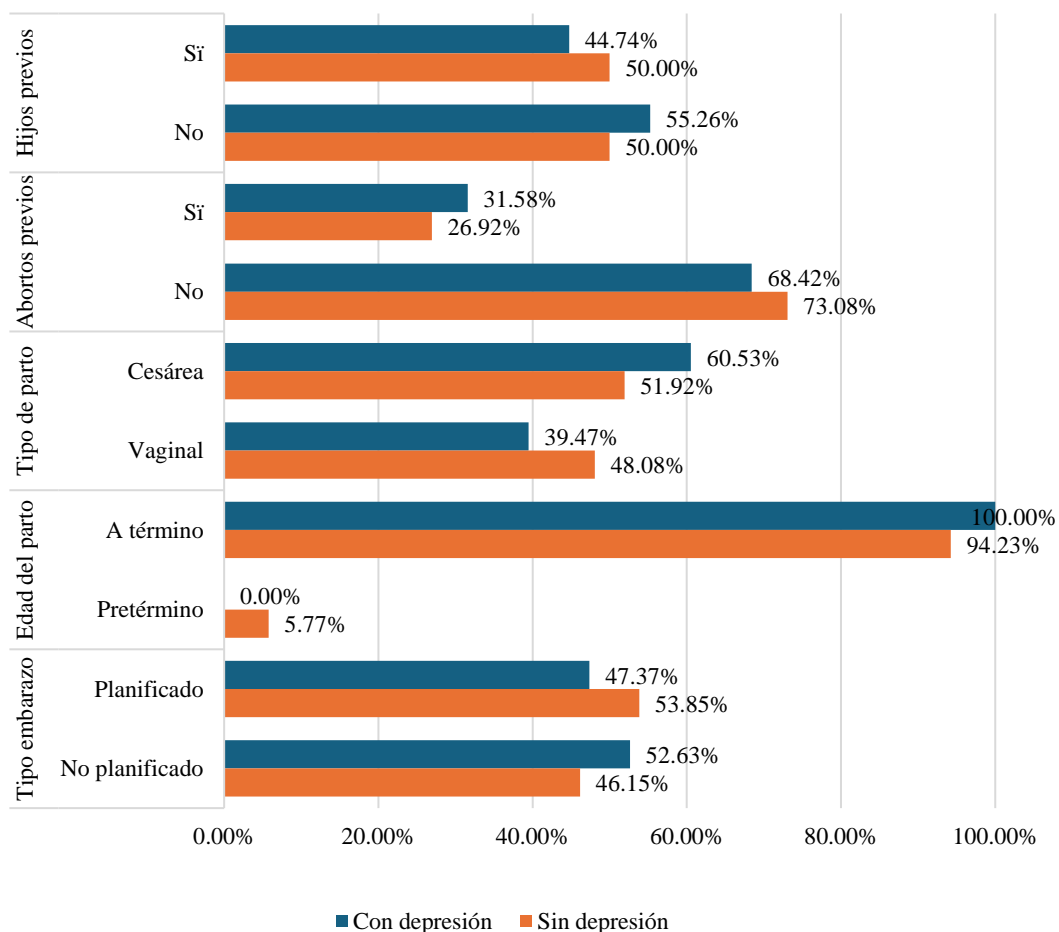
Tabla 10

Factores reproductivos asociados a la presencia de depresión posparto en puérperas tardías

		Con depresión		Sin depresión		Chi2 (p)
		Nº	%	Nº	%	
Hijos previos	Sí	17	44.74%	26	50.00%	0.24
	No	21	55.26%	26	50.00%	(0.62)
Abortos previos	Sí	12	31.58%	14	26.92%	0.23
	No	26	68.42%	38	73.08%	(0.63)
Tipo de parto	Cesárea	23	60.53%	27	51.92%	0.66
	Vaginal	15	39.47%	25	48.08%	(0.42)
Edad del parto	A término	38	100.00%	49	94.23%	2.27
	Pretérmino	0	0.00%	3	5.77%	(0.13)
Tipo embarazo	Planificado	18	47.37%	28	53.85%	0.37
	No planificado	20	52.63%	24	46.15%	(0.54)
Total		38	100.00%	52	100.00%	-

Gráfico 10

Factores reproductivos asociados a la presencia de depresión posparto en púerperas tardías



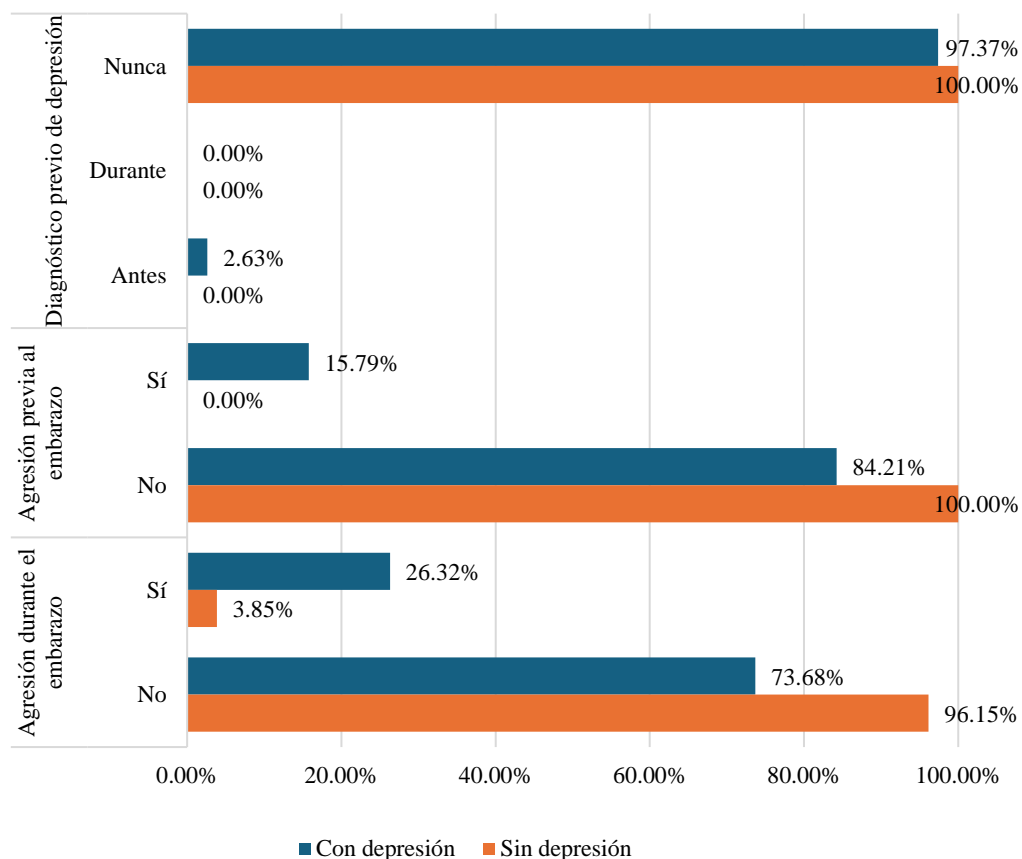
En la **Tabla y Gráfico 10** se relacionan los factores reproductivos con la aparición de depresión posparto en pacientes púerperas tardías, tales como número de hijos previos, abortos previos, tipo de parto, edad gestacional antes del parto y planificación del embarazo. No se evidenció que alguno de estos factores tenga relevancia significativa con la aparición de síntomas depresivos en esta etapa del puerperio ($p > 0.05$).

Tabla 11
Factores psicosociales asociados a la presencia de depresión posparto en puérperas tardías

		Con depresión		Sin depresión		Chi2 (p)
		Nº	%	Nº	%	
Diagnóstico previo de depresión	Nunca	37	97.37%	52	100.00%	1.38 (0.24)
	Durante embarazo	0	0.00%	0	0.00%	
	Antes de embarazo	1	2.63%	0	0.00%	
Agresión previa al embarazo	Sí	6	15.79%	0	0.00%	8.80
	No	32	84.21%	52	100.00%	(0.00)
Agresión durante el embarazo	Sí	10	26.32%	2	3.85%	9.59
	No	28	73.68%	50	96.15%	(0.00)
Total		38	100.00%	52	100.00%	-

Gráfico 11

Factores psicosociales asociados a la presencia de depresión posparto en puérperas tardías



En lo que respecta a los factores psicosociales intervinientes en la depresión posparto en pacientes en su puerperio tardío, en la **Tabla y Gráfico 11** podemos evidenciar que el antecedente de agresión previa al embarazo se encontró en 15.75% de puérperas con depresión y en ningún caso de mujeres sin depresión ($p < 0.05$), así como la agresión durante el embarazo 26.32% en mujeres con depresión y 3.85% en mujeres sin depresión ($p < 0.05$), llegando a considerar a estos factores significativamente relevantes a la depresión puerperal tardía. En lo que respecta al antecedente de depresión, los resultados no tuvieron importancia significativa con la aparición de síntomas depresivos ($p > 0.05$).

DISCUSIÓN

El presente estudio se realizó con el objeto de determinar la prevalencia de Depresión Postparto en pacientes en su puerperio inmediato y tardío en el Hospital Edmundo Escomel EsSalud, Arequipa, Perú, en el año 2025.

Se estudió una muestra representativa de 90 puérperas inmediatas y 90 tardías que cumplieron criterios de selección, aplicando una ficha de recolección de datos sobre factores sociodemográficos, obstétricos, antecedentes psiquiátricos y de violencia familiar, así como la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS). Se compararon variables mediante prueba chi cuadrado, considerando significativas diferencias de $p < 0.05$ (50).

En este trabajo de investigación se evidenció una diferencia estadísticamente significativa de aparición de síntomas depresivos comparando ambos periodos puerperales, en donde hubo mayor prevalencia de depresión en pacientes puérperas tardías (en un 42.22%) que en puérperas inmediatas (en un 17.78%). Este hallazgo guarda relación con los resultados obtenidos en un estudio previo de Masías, M; Arias, W en el 2018, los cuales, si bien no relacionan los síntomas depresivos con el periodo del puerperio, han encontrado una elevada prevalencia de depresión postparto en pacientes puérperas tardías (entre los 45 días y 6 semanas postparto) en Arequipa con un 45.13%, llegando inclusive a compararlas a los porcentajes obtenidos en Lima, que fueron de un 34.1%. Con los resultados de ambos estudios, entonces, podemos reforzar la evidencia de que hay una mayor prevalencia de sintomatología depresiva en mujeres que están cursando su puerperio tardío y, de esta manera, podemos considerar a esta variable como un factor de riesgo para desarrollar depresión postparto. Además, en el presente estudio no se evidenció alguna relación significativa entre los factores sociodemográficos con la aparición de síntomas depresivos (ver Tablas 6 y 9), cosa que se relaciona con las observaciones realizadas por Masías, M; Arias, W, los cuales tampoco encuentran dicha asociación, a excepción del grado de instrucción, en donde observaron que este tiene una relación inversamente proporcional con la depresión postparto (10).

El presente estudio, si bien se centró en evidenciar diferencia significativa de depresión postparto comparando ambos periodos puerperales, en sí demostró una elevada prevalencia de síntomas depresivos siendo de un 17.78% en puérperas inmediatas y un 42.22% en puérperas tardías. Estos resultados se relacionan con el análisis realizado por Limascca N en el 2021, los cuales encontraron una prevalencia de depresión postparto del 5.6% a nivel de todo el Perú; sin embargo, dicha investigación ha utilizado datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), la cual utiliza como instrumento diagnóstico al PHQ-9, cosa

que nuestro estudio utiliza a la EPDS, razón por la cual nuestra prevalencia es mucho más alta que en la evidenciada en el trabajo de Limascca N, además de la diferencia en cuanto al tamaño de muestra entre ambas investigaciones (46).

En lo que concierne a los factores reproductivos en relación a la aparición de síntomas depresivos (ver Tablas 7 y 10), no se observó asociación significativa de depresión postparto con respecto al número de hijos previos, antecedente de abortos, edad gestacional al momento del parto, si este fue planificado o no y al tipo de parto (vaginal o cesárea), lo cual difiere con los resultados obtenidos en un estudio previo de Apaza y Quiroz en el 2024, los cuales encontraron una diferencia significativa de depresión severa, en donde se evidenció prevalencia de sintomatología depresiva en pacientes puérperas que han sido sometidas a cesárea (en un 34%) frente a las que tuvieron parto vaginal (en un 16%). Este estudio llevado a cabo por Apaza Begazo y Quiroz Berroa, nos invita a reflexionar sobre cómo el tipo de parto afecta a la salud mental de la paciente puérpera (7), algo que en nuestro estudio no se ha evidenciado, pero que incita a futuras investigaciones a complementarlo

En cuanto a la edad gestacional al momento del parto, en el presente estudio no se evidenció relación entre pacientes con parto a término o pretérmino y sintomatología depresiva (ver Tablas 7 y 10), difiriendo del estudio realizado por Giménez et al en el 2024, en donde querían estudiar la prevalencia de depresión postparto en pacientes puérperas cuyo parto fue pretérmino, llegando a la conclusión que el parto prematuro es considerado un factor de riesgo para desarrollar depresión postparto, con un resultado de aproximadamente el 40% de las pacientes con sintomatología depresiva; en este estudio también mencionan que, dentro de estas pacientes con depresión postparto, un grupo especial de riesgo es de las madres cuyos recién nacidos son ingresados al área de UCIN (48).

En lo que respecta a los factores psicosociales se evidenció una prevalencia de depresión postparto que se relaciona significativamente con el antecedente de agresión previa al embarazo, en donde se encontró que 15.75% de puérperas presentaban depresión, así como el antecedente de agresión durante el embarazo, en donde se observó que 26.32% tenían síntomas depresivos; esto se relaciona con el análisis de Leveau et al en el año 2024, en donde se quiso observar la relación de depresión postparto con diferentes factores sociodemográficos y psicosociales, dentro de los cuales se encuentra la mala relación con la pareja, encontrándose que el 43.9% de estas pacientes han tenido un puntaje positivo en la EPDS pero menor a 13 y 75.1% con un puntaje mayor a 13, lo que concluye el maltrato por parte de la pareja debería considerarse un factor de riesgo para desarrollar depresión postparto (3).

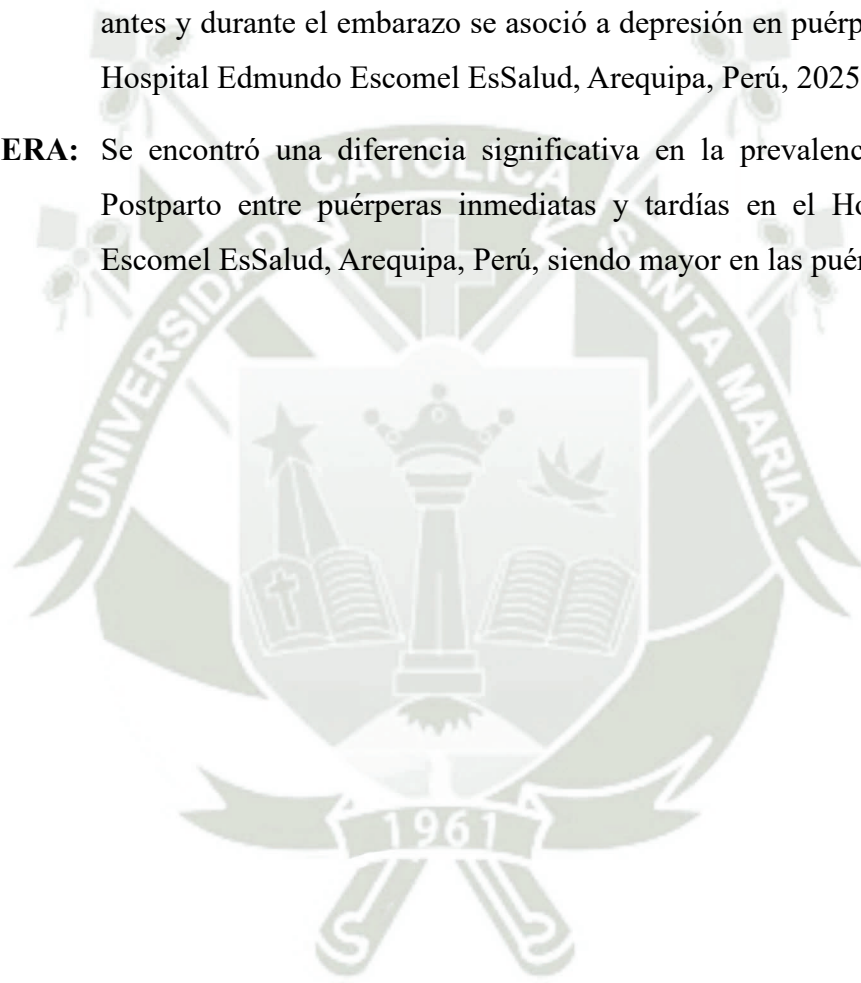


CONCLUSIONES

PRIMERA: Se encontró Depresión Postparto en 17.78% de puérperas inmediatas y en 42.22% de puérperas tardías en el Hospital Edmundo Escomel EsSalud, Arequipa, Perú, 2025.

SEGUNDA: Las variables sociodemográficas no se asociaron a la prevalencia de Depresión Postparto en puérperas inmediatas, y el antecedente de agresión antes y durante el embarazo se asoció a depresión en puérperas tardías en el Hospital Edmundo Escomel EsSalud, Arequipa, Perú, 2025.

TERCERA: Se encontró una diferencia significativa en la prevalencia de Depresión Postparto entre puérperas inmediatas y tardías en el Hospital Edmundo Escomel EsSalud, Arequipa, Perú, siendo mayor en las puérperas tardías.



RECOMENDACIONES

- PRIMERA:** Se recomienda implementar diferentes instrumentos de screening para el diagnóstico temprano de depresión postparto en pacientes puérperas sin distinguir el periodo de puerperio en que se encuentren. Esto con el objetivo de detectar sintomatología depresiva a tiempo y, de esta manera, brindar la terapéutica apropiada y oportuna para que posteriormente no ocurran complicaciones que afecten la calidad de vida tanto de la paciente, como de su hijo y su entorno social.
- SEGUNDA:** Se recomienda al/la jefe/a del servicio de Ginecoobstetricia del Hospital Edmundo Escomel EsSalud Arequipa Perú, así como en cualquier hospital, junto con el servicio de Psicología o Psiquiatría, a implementar una estrategia de prevención y diagnóstico de depresión a pacientes que se encuentren en su puerperio inmediato (durante la hospitalización) o en su puerperio tardío (durante su control médico en el hospital o en su centro de salud), priorizando a las puérperas tardías, siendo estas las que tienen mayor prevalencia de depresión. Además, se recomienda implementar una medida de seguimiento a pacientes con resultados sospechosos o confirmatorios de depresión postparto. Esto con el objetivo de ver si la terapéutica proporcionada es la adecuada y si conduce a la remisión de síntomas.
- TERCERA:** Se recomienda que se realicen futuras investigaciones con el fin de complementar más datos valiosos a la comunidad médica acerca de la depresión postparto y, de esta manera, tener una base sólida en la cual basarnos para el correcto diagnóstico, prevención y tratamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Du et al. Analysis of the correlation between general postpartum well-being and depression in primiparas: A cross-sectional study. *Medicine*. 2024; 103(14): 37658.
2. Yaqoob et al. A systematic review of risk factors of postpartum depression. Evidence from Asian culture. *Acta Psychologica*. 2024; 249: 104436.
3. Leveau et al. Factores asociados a la depresión posparto en puérperas de un hospital peruano. *Clin Invest Ginecol Obstet*. 2024; 51(4): 100986.
4. Wyunn et al. Factors associated with postpartum depression among Myanmar women in Yangon: A cross-sectional study. *Heliyon*. 2024; 10(13).
5. Froeliger et al. Prevalencia y factores de riesgo de depresión posparto 2 meses después de un parto vaginal: un estudio multicéntrico prospectivo. *Am J Obstet Gynecol*. 2024; 230(3).
6. Xu et al. Creative art therapy for postpartum depression: A systematic review and meta-analysis. *Complement Ther Clin Pract*. 2024; 57: 101886.
7. Apaza M, Quiroz P. Incidencia de depresión en puérperas de parto vía vaginal y puérperas con parto por cesárea en el Hospital III Yanahuara Essalud, Arequipa, 2024: [Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano]; 2024.
8. Suryawanshi O, Pajai S. A Comprehensive Review on Postpartum Depression. *Cureus*. 2022; 14(12).
9. Dimcea et al. Postpartum depression: Etiology, treatment, and consequences for maternal care. *Diagnostics*. 2024; 14(9): 865.
10. Masías M, Arias W. Prevalencia de la depresión post parto en Arequipa, Perú. *Revista Médica Herediana*. 2018; 29(4): 226-231.
11. Wilson et al. Association Between Postpartum Depression Symptoms and Social Determinants of Health in Outpatient Pediatric Clinic. *Journal of Pediatric Health Care*. 2024; 38(6): 812-22.
12. Nel et al. Edinburgh postpartum depression scores are associated with vaginal and gut microbiota in pregnancy. *J Affect Disord*. 2025; 371: 22-35.

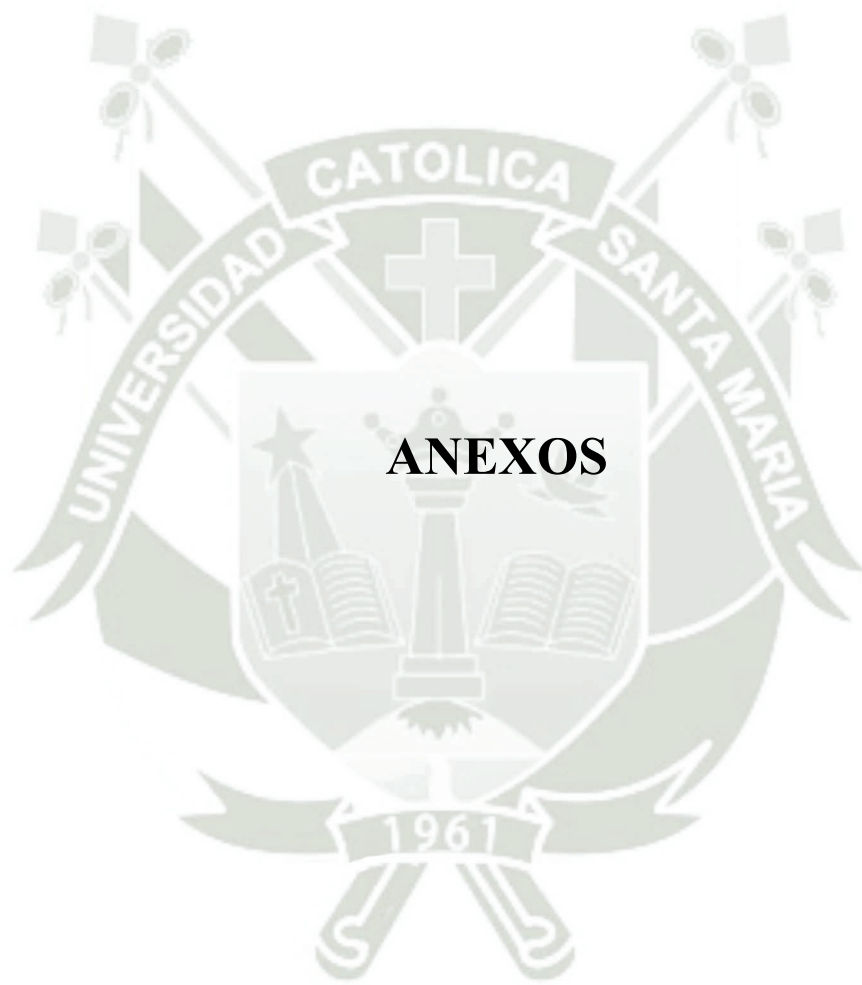
13. Berens P. Overview of the postpartum period: Normal physiology and routine maternal care. UptoDate. 2020; 15: 1-34.
14. Anido et al. Puerperio normal y patológico; 2021.
15. Ortiz et al. Hipertensión / preeclampsia postparto, Recomendaciones de manejo según escenarios clínicos, seguridad en la lactancia materna, una revisión de la literatura. Rev Chil Obstet Ginecol. 2017; 82(2): 219–31.
16. García et al. Complicaciones del puerperio: mecanismos fisiopatológicos y principales hallazgos radiológicos asociados. Radiologia. 2021; 63(1): 22–31.
17. Algarin et al. Hemorragia intracerebral espontánea posterior a preeclampsia severa durante el puerperio mediato: a propósito de un caso. Ginecol Obstet Mex. 2022; 90(2): 196–201.
18. Fleitas et al. Sepsis en etapa de puerperio: Una revisión bibliográfica desde la enfermería. Sepsis. 2024; 19(17): 799.
19. Corea M. La depresión y su impacto en la salud pública. Rev Med Hondur. 2021; 1: 46–52.
20. Instituto Nacional de la Salud Mental. Depresión; 2024 Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/sites/default/files/health/publications/depression/depression.pdf>.
21. Oteíza et al. Los trastornos depresivos de la infancia y la adolescencia. Principales signos de alerta. Orientación para el tratamiento. Rev Pediatr Aten Primaria. 2023; 25(97): 83–93.
22. Piñar et al. Actualización sobre el trastorno depresivo mayor. Revista Medica Sinergia. 2020; 5(12): e610.
23. Robles K, Solorzano R. Neurobiología del trastorno depresivo mayor. Revista Vive. 2022; 5(15): 819–27.
24. Espada et al. Problemas relacionados con la regulación emocional: Depresión y problemas de ansiedad. Libro Blanco de la salud mental infanto-juvenil. 2021; 1(1): 18-31.
25. Matos A, Manzano G. Bases neurológicas de la depresión. Analogías del Comportamiento. 2021;(19).

26. Pérez et al. Prevalencia, causas y tratamiento de la Depresión Mayor. *Rev Biomed.* 2017; 28(2): 89–115.
27. Calero et al. Depresión en adolescentes asociados a migración familiar, familia disfuncional y bullying en Huánuco 2018. *Revista Peruana de Investigación en Salud.* 2019; 3(4): 180–7.
28. Organización Mundial de la Salud. CIE-11 Clasificación Internacional de Enfermedades ; 2022.
29. Huerta L. La Depresión como Relacionalidad Científico-Cultural: [Tesis para obtener el Grado Académico de Maestra en Sociología]; 2023 Disponible en: <https://zaloamati.azc.uam.mx/server/api/core/bitstreams/681c8239-c9d9-409d-b785-3b2d94bfc186/content>.
30. American Psychiatric Association. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5: Médica Panamericana, Madrid; 2014.
31. Santos T, Penido M. Transtorno distímico: uma ilustração clínica pela perspectiva da Terapia Cognitivo-Comportamental e Terapia Cognitiva Processual. *Revista Brasileira de Psicoterapia.* 2022; 24(1): 1-15.
32. Herrera et al. Factores de riesgo relacionados con la depresión postparto. *Revista Vive.* 2022; 15(5): 679– 87.
33. Fuentes et al. Evidence in the diagnosis and treatment of postpartum depression: a narrative review. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia.* 2024; 70(1): 1.
34. Roy A, Chaillet N. Relation Between Initiation of Breastfeeding Success and Postpartum Depression. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada.* 2024; 46(11): 102666.
35. Martín et al. Depresión perinatal en mujeres gestantes fumadoras: prevalencia, características de la sintomatología depresiva y factores de riesgo. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2024; 89(4): 235-245.
36. Blocklinger et al. Depression in the time of COVID-19: Examination of prenatal and postpartum depression, rurality, and the impact of COVID-19. *J Affect Disord.* 2025; 370: 337–47.

37. Lindayani et al. Influence of stressful life events in postpartum mothers on the incidence of postpartum depression. *Afr J Reprod Health*. 2024; 28(10): 206-213.
38. Carro et al. Trastornos del estado de ánimo en el postparto. *Medicina General*. 2000;: 452–6.
39. García E, Valdés , M. *Manual de Psiquiatría Perinatal: Guía para el manejo de los trastornos mentales durante el embarazo, postparto y lactancia*; 2017.
40. Sójta et al. Therapeutic approaches in the treatment of postpartum depression - contemporary views. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*. 2024; 26(1).
41. Endara K. *Intervención psicológica en la depresión posparto: [Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado en Psicología General]*; 2022.
42. Frieder et al. Pharmacotherapy of postpartum depression: current approaches and novel drug development. *CNS drugs*. 2019; 33(3): 265-282.
43. Santiago et al. Trastornos del estado de ánimo en el postparto. *Acta Médica Grupo Ángeles*. 2022; 20(2): 173–7.
44. Vicente et al. Baby Blues: impacto psicossocial e estratégias de intervenção para promoção da saúde materna. *Observatório de la Economía Latinoamericana*. 2024; 22(9): e6674-e6674.
45. Maldonado J. *Salud Mental Perinatal*; 2011.
46. Limascca N. *Factores asociados a sintomatología de depresión postparto en puérperas de edad fértil en el Perú: subanálisis de la ENDES 2021: [Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano]*; 2023.
47. Landman et al. Postpartum blues: a predictor of postpartum depression, from the IGEDEPP Cohort. *European Psychiatry*. 2024; 67(1): e30.
48. Giménez et al. Progresión posparto de los niveles de ansiedad y depresión en madres de recién nacidos prematuros. *Aten Primaria*. 2025; 57(3): 103085.
49. Hernández-Sampieri R, Mendoza C. *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*; 2020.
50. Vega et al. Validación de una versión en español de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo. *Actas españolas de psiquiatria*. 2002; 30(2): 106–11.

51. Sheng et al. Association between postpartum depression and postpartum hemorrhage: A systematic review and meta-analysis. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*. 2024; 103(7): 1263-1270.
52. Figueiredo et al. Breastfeeding and postpartum depression: state of the art review. *J Pediatr*. 2013; 89: 332–8.
53. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para la atención del parto vertical en el marco de los derechos humanos con pertinencia intercultural; 2016 Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4240.pdf>.





ANEXO 1
FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Nº ficha: _____

- a. Nombre: _____
b. Domicilio: _____
c. Teléfono: _____
d. Edad (años cumplidos):
e. Fecha de parto:/...../..... Tipo de parto: Eutócico: Cesárea:
f. Fecha de toma de datos./...../.....

Datos de la evaluación de variables

- g. Lugar de procedencia: _____
Urbano: Rural:
- h. Grado de instrucción:
Analfabeta: Primaria: Secundaria: Superior:
- i. Estado civil:
Soltera: Casada: Conviviente: Divorciada: Otra:
- j. Ocupación:
Ama de casa: Desempleada:
Estudiante Trabajadora independiente:
Profesional:
- k. ¿Ha tenido hijos antes?
Si: No: ¿Cuántos?
- l. ¿Ha tenido abortos antes?
Si: No: ¿Cuántos?
- m. Tipo de parto
Vaginal: Cesárea: Motivo de la cesárea: _____
- n. Condición del embarazo
A término: Pretérmino:
- o. ¿Ha presentado diagnóstico de depresión?
Antes del embarazo: Durante el embarazo: Nunca:
- p. ¿Ha tenido tratamiento para la depresión?
Antes del embarazo: Durante el embarazo: Nunca:
- q. ¿Durante su gestación ha sido agredida verbal o físicamente? ¿Por quién?
Si: No:
Pareja: Padres: Hermanos: Amigos: Otro: _____
- r. ¿Antes de su gestación ha sido agredida verbal o físicamente? ¿Por quién?
Si: No:
Pareja: Padres: Hermanos: Amigos: Otro: _____

ANEXO 2

ESCALA DE DEPRESIÓN POST-PARTO DE EDIMBURGO

Como hace poco usted tuvo un bebé, nos gustaría saber cómo se ha estado sintiendo. Por favor marque con una cruz el número correspondiente a la respuesta que más se acerca a cómo se ha sentido en los últimos 7 días.

<i>Ejemplo</i>	1
	2
	3
	4

1. He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas.	Tanto como siempre	0
	No tanto ahora	1
	Mucho menos ahora	2
	No, nada	3
2. He disfrutado mirar hacia adelante.	Tanto como siempre	0
	Menos que antes	1
	Mucho menos que antes	2
	Casi nada	3
3. Cuando las cosas han salido mal me he culpado a mí misma innecesariamente.	Sí, la mayor parte del tiempo	3
	Sí, a veces	2
	No con mucha frecuencia	1
	No, nunca	0
4. He estado nerviosa e inquieta, sin tener motivo.	No, nunca	0
	Casi nunca	1
	Sí, a veces	2
	Sí, con mucha frecuencia	3
5. He sentido miedo o he estado asustadiza, sin tener motivo.	Sí, bastante	3
	Sí, a veces	2
	No, no mucho	1
	No, nunca	0
6. Las cosas me han estado abrumando.	Si, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto.	3

	Sí, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre	2
	No, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien	1
	No, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre	0
7. Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir.	Sí, la mayor parte del tiempo	3
	Sí, a veces	2
	No con mucha frecuencia	1
	No, nunca	0
8. Me he sentido triste o desgraciada.	Sí, la mayor parte del tiempo	3
	Sí, bastante a menudo	2
	No con mucha frecuencia	1
	No, nunca	0
9. Me he sentido tan desdichada que he estado llorando.	Sí, la mayor parte del tiempo	3
	Sí, bastante a menudo	2
	Sólo ocasionalmente	1
	No, nunca	0
10. Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño.	Sí, bastante a menudo	3
	A veces	2
	Casi nunca	1
	No, nunca	0
Total		

Nota: Vega et al, (50).

ANEXO 3
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimada Señora:

La finalidad del presente trabajo de investigación es hacer un ANÁLISIS COMPARATIVO DE APARICIÓN DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN EL PUERPERIO INMEDIATO Y TARDÍO EN PUÉRPERAS DEL HOSPITAL EDMUNDO ESCOMEN ESSALUD, 2025, por lo que se le solicita su apoyo con el llenado del siguiente cuestionario. Sus datos se manejarán bajo estricta confidencialidad y que dicha información sea únicamente empleada por los investigadores.

Se les agradece anticipadamente por su colaboración.

Marque con un aspa en el espacio correspondiente:

ACEPTO ()

NO ACEPTO ()

FIRMA

ANEXO 4

MATRIZ DE DATOS

N°	Grupo	Distrito	Edad	Procedencia	Instrucción	E Civil	Ocupación	Hijos previos	Abortos previos	Tipo parto	Mot cesa	Edad parto	Dx previo depre	Tx previo depre	Agresión durante emb	Agresión antes de emb	Tipo emb	Edi1	Edi2	Edi3	Edi4	Edi5	Edi6	Edi7	Edi8	Edi9	Edi10	Puntaje	Dx
1	P. inmediato	C Colorado	31	Urbano	Superior	Casada	Ama de casa	1	1	Cesárea	Oligoamnios	A término	Nunca	Nunca	No	No	Planificado	3	0	0	0	0	2	0	0	0	0	5	Normal
4	P. inmediato	Paucarpata	21	Urbano	Superior	Conviviente	Ama de casa	No	No	Vaginal	-	A término	Nunca	Nunca	No	No	No planificado	0	0	1	0	2	1	0	0	0	0	4	Normal
5	P. inmediato	Miraflores	35	Urbano	Superior	Casada	Profesional	1	No	Vaginal	-	A término	Nunca	Nunca	No	No	No planificado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Normal
6	P. inmediato	Miraflores	39	Urbano	Secundaria	Conviviente	Independiente	2	No	Cesárea	Transversa	Pretérmino	Nunca	Nunca	No	No	No planificado	0	0	0	2	1	2	0	0	0	0	5	Normal
8	P. inmediato	JLByR	20	Urbano	Secundaria	Conviviente	Estudiante	No	No	Vaginal	-	A término	Nunca	Nunca	No	No	No planificado	0	0	0	0	1	2	0	0	1	0	4	Normal
9	P. inmediato	Socabaya	37	Urbano	Superior	Conviviente	Ama de casa	No	No	Cesárea	?	A término	Nunca	Nunca	No	No	No planificado	0	0	2	0	2	1	2	0	0	0	7	Normal
10	P. inmediato	Hunter	29	Urbano	Superior	Conviviente	Profesional	No	No	Cesárea	Dilatación estacionaria	A término	Nunca	Nunca	No	No	Planificado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Normal
12	P. inmediato	Miraflores	38	Urbano	Superior	Casada	Independiente	2	1	Cesárea	Podálico	A término	Nunca	Nunca	No	No	Planificado	0	0	0	2	1	0	1	0	1	0	5	Normal
13	P. inmediato	Paucarpata	27	Urbano	Superior	Conviviente	Profesional	No	No	Cesárea	Macrosomía	A término	Nunca	Nunca	No	No	No planificado	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	2	Normal
14	P. inmediato	Paucarpata	30	Urbano	Superior	Casada	Profesional	No	No	Cesárea	Preclampsia	A término	Nunca	Nunca	No	No	Planificado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Normal
15	P. inmediato	M Melgar	41	Urbano	Superior	Casada	Profesional	2	No	Cesárea	Cesarea anterior	A término	Nunca	Nunca	No	No	Planificado	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	2	Normal
16	P. inmediato	Paucarpata	32	Urbano	Superior	Conviviente	Independiente	2	1	Vaginal	-	A término	Nunca	Nunca	No	No	Planificado	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	Normal
17	P. inmediato	Paucarpata	26	Urbano	Secundaria	Conviviente	Ama de casa	2	No	Vaginal	-	A término	Nunca	Nunca	No	No	Planificado	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	Normal
18	P. inmediato	M Melgar	25	Urbano	Superior	Casada	Profesional	No	No	Cesárea	?	A término	Nunca	Nunca	No	No	Planificado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Normal
19	P. inmediato	Paucarpata	24	Urbano	Superior	Soltera	Profesional	No	No	Cesárea	Dilatación estacionaria	A término	Nunca	Nunca	Padres, verbl	No	No planificado	1	0	1	2	2	2	0	1	0	0	9	Normal
20	P. inmediato	Socabaya	30	Urbano	Superior	Casada	Profesional	No	No	Cesárea	Oligoamnios	A término	Nunca	Nunca	No	No	Planificado	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	Normal
21	P. inmediato	M Melgar	23	Urbano	Superior	Conviviente	Profesional	No	No	Vaginal	-	A término	Nunca	Nunca	No	No	No planificado	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	3	Normal
22	P. inmediato	ASA	29	Urbano	Superior	Conviviente	Profesional	No	No	Cesárea	Macrosomía	A término	Nunca	Nunca	No	No	No planificado	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	2	Normal
23	P. inmediato	Hunter	37	Rural	Superior	Conviviente	Independiente	1	1	Cesárea	Macrosomía	A término	Nunca	Nunca	No	No	No planificado	1	0	1	2	1	2	1	0	1	0	9	Normal
25	P. inmediato	ASA	38	Urbano	Secundaria	Casada	Independiente	2	1	Cesárea	Dilatación estacionaria	A término	Nunca	Nunca	No	No	Planificado	0	0	0	2	1	1	2	0	0	0	6	Normal
26	P. inmediato	Miraflores	31	Urbano	Superior	Casada	Profesional	No	No	Cesárea	Dilatación estacionaria	A término	Nunca	Nunca	No	No	Planificado	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	4	Normal
27	P. inmediato	Paucarpata	23	Urbano	Secundaria	Conviviente	Ama de casa	1	No	Vaginal	-	A término	Nunca	Nunca	No	No	Planificado	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	2	Normal
28	P. inmediato	Paucarpata	25	Urbano	Superior	Conviviente	Ama de casa	No	1	Cesárea	Dilatación estacionaria	A término	Nunca	Nunca	No	No	No planificado	1	0	1	1	1	1	2	1	1	0	9	Normal

29	P. inmediato	C Colorado	29	Rural	Secundaria	Conviviente	Independiente	2	1	Vaginal	-	A término	Nunca	Nunca	No	No	Planificado	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	3	Normal
30	P. inmediato	Miraflores	30	Urbano	Superior	Conviviente	Profesional	1	No	Cesárea	Oligoamnios	A término	Nunca	Nunca	No	No	Planificado	0	0	0	2	1	0	1	0	0	0	4	Normal
32	P. inmediato	Paucarpata	32	Urbano	Superior	Soltera	Profesional	No	No	Cesárea	Macrosomía	A término	Nunca	Nunca	No	No	No planificado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Normal
33	P. inmediato	JLByR	30	Urbano	Superior	Casada	Ama de casa	No	1	Cesárea	Trabajo de parto prolongado	A término	Nunca	Nunca	No	No	No planificado	0	0	1	2	1	0	0	0	1	0	5	Normal
34	P. inmediato	Socabaya	24	Urbano	Superior	Casada	Ama de casa	No	No	Cesárea	Desproporción feto pélvica	A término	Nunca	Nunca	No	No	Planificado	0	0	2	2	2	0	0	1	1	0	8	Normal
35	P. inmediato	Paucarpata	31	Urbano	Secundaria	Casada	Independiente	1	No	Vaginal	-	A término	Nunca	Nunca	No	No	Planificado	0	0	1	0	2	2	2	1	1	0	9	Normal
37	P. inmediato	Miraflores	32	Urbano	Superior	Conviviente	Profesional	No	1	Cesárea	?	A término	Nunca	Nunca	No	No	No planificado	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	2	Normal
39	P. inmediato	M Melgar	19	Urbano	Secundaria	Soltera	Ama de casa	No	No	Vaginal	-	A término	Nunca	Nunca	No	No	No planificado	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	3	Normal
41	P. inmediato	Socabaya	37	Urbano	Superior	Casada	Profesional	1	No	Vaginal	-	A término	Nunca	Nunca	No	No	Planificado	0	0	1	2	1	0	0	0	0	0	4	Normal
42	P. inmediato	Paucarpata	33	Urbano	Superior	Casada	Independiente	No	1	Cesárea	Dilatación estacionaria	A término	Nunca	Nunca	No	No	Planificado	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	3	Normal
43	P. inmediato	Miraflores	30	Urbano	Superior	Conviviente	Profesional	No	No	Cesárea	Dilatación estacionaria	A término	Nunca	Nunca	No	No	Planificado	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	Normal
44	P. inmediato	Socabaya	26	Urbano	Superior	Casada	Profesional	No	No	Cesárea	Desproporción feto pélvica	A término	Nunca	Nunca	No	No	Planificado	0	0	1	2	1	2	0	0	0	0	6	Normal
45	P. inmediato	Sachaca	34	Urbano	Superior	Casada	Independiente	1	2	Cesárea	Desproporción feto pélvica	A término	Nunca	Nunca	No	No	Planificado	0	0	0	2	1	1	1	0	0	0	5	Normal
46	P. inmediato	ASA	40	Urbano	Superior	Casada	Profesional	2	No	Cesárea	Desproporción feto pélvica	A término	Nunca	Nunca	No	No	No planificado	0	0	0	0	2	2	0	1	1	0	6	Normal
47	P. inmediato	Hunter	32	Rural	Superior	Conviviente	Profesional	1	1	Vaginal	-	A término	Nunca	Nunca	No	No	No planificado	0	0	1	2	1	3	0	0	0	0	7	Normal
48	P. inmediato	M Melgar	26	Rural	Superior	Casada	Profesional	No	No	Vaginal	-	A término	Nunca	Nunca	No	No	No planificado	0	0	2	1	2	2	0	1	1	0	9	Normal
49	P. inmediato	Mollebaya	39	Urbano	Secundaria	Conviviente	Independiente	2	No	Vaginal	-	A término	Nunca	Nunca	No	No	No planificado	0	0	0	2	2	1	2	0	0	0	7	Normal
50	P. inmediato	M Melgar	36	Urbano	Superior	Casada	Profesional	No	1	Cesárea	ARO	A término	Nunca	Nunca	No	No	Planificado	1	1	2	0	0	2	1	1	1	0	9	Normal
53	P. inmediato	JLByR	26	Urbano	Superior	Casada	Profesional	No	No	Vaginal	-	A término	Nunca	Nunca	No	No	No planificado	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	Normal
54	P. inmediato	M Melgar	34	Urbano	Superior	Conviviente	Profesional	1	No	Vaginal	-	A término	Nunca	Nunca	No	No	Planificado	1	1	1	0	1	2	1	1	1	0	9	Normal
55	P. inmediato	M Melgar	34	Urbano	Superior	Conviviente	Profesional	1	No	Vaginal	-	A término	Nunca	Nunca	No	No	No planificado	2	1	1	0	1	2	0	1	1	0	9	Normal
56	P. inmediato	Siguas	19	Urbano	Secundaria	Conviviente	Independiente	No	No	Vaginal	-	A término	Antes	Nunca	No	Hermanos	No planificado	1	0	0	2	0	2	0	0	0	0	5	Normal
57	P. inmediato	ASA	25	Urbano	Superior	Conviviente	Profesional	No	1	Vaginal	-	A término	Nunca	Nunca	No	No	No planificado	1	1	2	1	1	1	0	0	0	0	7	Normal
58	P. inmediato	Paucarpata	18	Urbano	Secundaria	Conviviente	Ama de casa	No	No	Vaginal	-	A término	Nunca	Nunca	No	No	Planificado	0	0	2	0	2	1	0	0	0	0	5	Normal
59	P. inmediato	Cercao	27	Urbano	Superior	Soltera	Profesional	No	No	Vaginal	-	A término	Nunca	Nunca	No	No	No planificado	0	0	2	1	0	2	1	1	1	0	8	Normal
60	P. inmediato	M Melgar	32	Urbano	Superior	Conviviente	Profesional	No	No	Cesárea	Pelvis estrecha	A término	Nunca	Nunca	No	No	Planificado	0	0	2	1	0	1	0	0	1	0	5	Normal
61	P. inmediato	Paucarpata	27	Urbano	Superior	Soltera	Independiente	No	2	Cesárea	Dilatación estacionaria	Pre término	Nunca	Nunca	No	No	Planificado	0	0	1	2	0	0	1	0	0	0	4	Normal
62	P. inmediato	Socabaya	35	Urbano	Secundaria	Casada	Independiente	2	No	Vaginal	-	A término	Nunca	Nunca	No	No	Planificado	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	2	Normal

64	P. inmediato	ASA	34	Urbano	Superior	Conviviente	Profesional	No	1	Cesárea	Dilatación estacionaria	A término	Nunca	Nunca	No	No	No planificado	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	Normal
65	P. inmediato	Miraflores	25	Urbano	Secundaria	Soltera	Independiente	1	No	Vaginal	-	A término	Nunca	Nunca	No	No	Planificado	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	Normal	
66	P. inmediato	Paucarpata	22	Urbano	Secundaria	Casada	Ama de casa	No	1	Vaginal	-	A término	Antes	Nunca	No	No	Planificado	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	3	Normal	
67	P. inmediato	ASA	40	Urbano	Superior	Casada	Profesional	1	No	Cesárea	Cesarea anterior	A término	Antes	Antes	No	Pareja, verbal	No planificado	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	2	Normal		
70	P. inmediato	Miraflores	31	Urbano	Secundaria	Conviviente	Ama de casa	No	No	Cesárea	Pelvis estrecha	A término	Nunca	Nunca	No	No	No planificado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Normal	
72	P. inmediato	Paucarpata	35	Urbano	Superior	Soltera	Independiente	No	No	Cesárea	Desproporción feto pélvica	A término	Nunca	Nunca	Pareja	No	No planificado	0	0	2	1	2	1	0	0	1	0	0	7	Normal		
73	P. inmediato	M Melgar	33	Urbano	Superior	Soltera	Profesional	1	1	Cesárea	Macrosomía	A término	Nunca	Nunca	No	No	Planificado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Normal		
74	P. inmediato	Paucarpata	38	Urbano	Superior	Conviviente	Independiente	1	No	Cesárea	Transversa	A término	Nunca	Nunca	No	No	Planificado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Normal		
75	P. inmediato	Miraflores	41	Urbano	Superior	Casada	Profesional	1	No	Cesárea	Gestante años	A término	Nunca	Nunca	No	No	Planificado	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	Normal		
76	P. inmediato	M Melgar	33	Urbano	Superior	Conviviente	Profesional	1	1	Vaginal	-	A término	Nunca	Nunca	No	No	Planificado	0	0	0	0	0	1	2	1	3	0	7	Normal			
77	P. inmediato	Paucarpata	23	Urbano	Superior	Conviviente	Estudiante	No	No	Cesárea	Dilatación estacionaria	A término	Nunca	Nunca	No	No	No planificado	0	0	1	3	2	2	0	0	0	0	0	8	Normal		
78	P. inmediato	Paucarpata	19	Urbano	Superior	Soltera	Estudiante	No	No	Cesárea	SFA	A término	Nunca	Nunca	No	No	No planificado	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	Normal			
79	P. inmediato	M Melgar	38	Urbano	Superior	Conviviente	Profesional	1	1	Cesárea	Cesarea anterior	A término	Nunca	Nunca	vecinos	No	Planificado	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2	Normal			
80	P. inmediato	C Colorado	23	Urbano	Superior	Soltera	Profesional	No	No	Cesárea	Oligoamnios	A término	Nunca	Nunca	No	No	No planificado	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	Normal			
82	P. inmediato	ASA	32	Urbano	Secundaria	Conviviente	Ama de casa	3	No	Cesárea	Podálico	A término	Nunca	Nunca	No	No	No planificado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Normal		
83	P. inmediato	Paucarpata	18	Urbano	Secundaria	Soltera	Estudiante	No	No	Cesárea	ABF	A término	Nunca	Nunca	No	Familiar, verbal	No planificado	1	0	1	2	1	2	1	0	1	0	9	Normal			
84	P. inmediato	Paucarpata	29	Urbano	Superior	Conviviente	Profesional	2	2	Vaginal	-	A término	Nunca	Nunca	No	No	Planificado	0	0	0	2	0	2	0	0	1	0	5	Normal			
85	P. inmediato	C Colorado	39	Urbano	Superior	Casada	Profesional	2	No	Vaginal	-	A término	Nunca	Nunca	No	No	Planificado	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	Normal			
86	P. inmediato	Paucarpata	34	Urbano	Superior	Casada	Ama de casa	1	No	Vaginal	-	A término	Nunca	Nunca	No	No	No planificado	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	2	Normal			
87	P. inmediato	Socabaya	19	Urbano	Secundaria	Conviviente	Profesional	No	No	Cesárea	Podálico	A término	Nunca	Nunca	No	No	No planificado	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	Normal			
88	P. inmediato	Miraflores	39	Urbano	Superior	Conviviente	Profesional	1	No	Vaginal	-	A término	Nunca	Nunca	No	No	No planificado	0	0	2	2	2	1	0	0	0	0	7	Normal			
89	P. inmediato	Hunter	21	Rural	Superior	Casada	Independiente	No	No	Vaginal	-	A término	Nunca	Nunca	No	No	Planificado	0	0	2	1	2	1	0	0	0	0	6	Normal			
90	P. inmediato	M Melgar	42	Urbano	Primaria	Conviviente	Independiente	3	1	Vaginal	-	A término	Nunca	Nunca	No	No	Planificado	0	0	2	2	0	2	2	0	0	0	8	Normal			
1	P. Tardío	Paucarpata	31	Urbano	Superior	Conviviente	Profesional	No	No	Cesárea	Doble circular	A término	Nunca	Nunca	No	No	No planificado	0	0	1	1	1	1	0	1	0	0	5	Normal			
4	P. Tardío	JLByR	33	Urbano	Superior	Casada	Independiente	No	1	Cesárea	Oligoamnios	A término	Nunca	Nunca	No	No	Planificado	0	0	1	0	1	0	1	1	1	0	5	Normal			
6	P. Tardío	Paucarpata	22	Urbano	Superior	Casada	Profesional	1	No	Cesárea	Dilatación estacionaria	A término	Nunca	Nunca	No	No	No planificado	0	0	2	2	1	0	0	1	1	0	7	Normal			
7	P. Tardío	Paucarpata	26	Urbano	Secundaria	Casada	Ama de casa	1	No	Vaginal	-	Prétermino	Nunca	Nunca	No	No	Planificado	1	0	2	1	0	3	1	0	0	0	8	Normal			
8	P. Tardío	Sta Rita de Siguas	21	Urbano	Superior	Conviviente	Ama de casa	No	1	Cesárea	Dilatación estacionaria	A término	Nunca	Nunca	No	No	No planificado	0	0	2	0	0	2	1	1	1	0	7	Normal			

9	P. Tardío	Miraflores	29	Rural	Superior	Conviviente	Independiente	No	No	Cesárea	ABF	A término	Nunca	Nunca	No	No	Planificado	0	1	1	0	0	2	0	1	1	0	6	Normal
11	P. Tardío	ASA	32	Urbano	Superior	Casada	Profesional	1	No	Vaginal	-	A término	Nunca	Nunca	No	No	Planificado	0	0	2	2	1	2	0	0	1	0	8	Normal
13	P. Tardío	Socabaya	39	Urbano	Superior	Conviviente	Independiente	2	No	Vaginal	-	A término	Nunca	Nunca	Pareja	No	Planificado	0	3	1	0	0	2	2	0	1	0	9	Normal
16	P. Tardío	JLByR	30	Urbano	Superior	Soltera	Profesional	No	No	Cesárea	Quiste parauretral	A término	Nunca	Nunca	No	No	No planificado	0	0	1	0	0	2	0	1	1	0	5	Normal
18	P. Tardío	Paucarpata	31	Urbano	Superior	Conviviente	Profesional	1	1	Vaginal	-	A término	Nunca	Nunca	No	No	No planificado	0	0	2	1	2	2	0	1	1	0	9	Normal
20	P. Tardío	Paucarpata	39	Urbano	Superior	Conviviente	Profesional	1	No	Vaginal	-	A término	Nunca	Nunca	No	No	Planificado	0	0	2	0	1	2	0	0	0	0	5	Normal
21	P. Tardío	JLByR	29	Urbano	Superior	Conviviente	Profesional	No	1	Vaginal	-	A término	Nunca	Nunca	No	No	No planificado	0	0	1	1	0	2	0	0	0	0	4	Normal
23	P. Tardío	Socabaya	41	Rural	Superior	Casada	Independiente	2	1	Cesárea	Cesarea anterior	A término	Nunca	Nunca	No	No	Planificado	0	0	2	2	2	2	1	0	0	0	9	Normal
25	P. Tardío	ASA	32	Urbano	Superior	Conviviente	Independiente	No	No	Cesárea	Oligoamnios	A término	Nunca	Nunca	No	No	Planificado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Normal
29	P. Tardío	Cuzco	30	Urbano	Superior	Conviviente	Independiente	No	No	Vaginal	-	A término	Nunca	Nunca	No	No	Planificado	0	0	2	2	1	2	0	1	0	0	8	Normal
31	P. Tardío	M Melgar	27	Urbano	Superior	Conviviente	Profesional	No	No	Cesárea	Dilatación estacionaria	A término	Nunca	Nunca	No	No	Planificado	1	0	1	0	0	3	0	1	1	0	7	Normal
34	P. Tardío	Characato	30	Urbano	Superior	Casada	Profesional	2	No	Vaginal	-	A término	Nunca	Nunca	No	No	No planificado	1	0	0	2	0	2	0	0	0	0	5	Normal
37	P. Tardío	ASA	26	Urbano	Superior	Conviviente	Profesional	No	No	Cesárea	Oligoamnios	A término	Nunca	Nunca	No	No	No planificado	0	0	2	0	0	2	1	1	1	0	7	Normal
38	P. Tardío	M Melgar	29	Urbano	Superior	Casada	Profesional	No	No	Vaginal	-	A término	Nunca	Nunca	No	No	No planificado	1	1	1	0	1	2	1	1	1	0	9	Normal
40	P. Tardío	Moquegua	30	Rural	Superior	Conviviente	Profesional	1	No	Vaginal	-	A término	Nunca	Nunca	No	No	Planificado	0	0	2	1	0	0	0	1	1	0	5	Normal
42	P. Tardío	Miraflores	29	Urbano	Superior	Conviviente	Ama de casa	1	2	Cesárea	Oligoamnios	A término	Nunca	Nunca	No	No	Planificado	1	0	2	1	0	1	1	0	1	0	7	Normal
43	P. Tardío	ASA	34	Rural	Superior	Casada	Profesional	1	2	Vaginal	-	A término	Nunca	Nunca	No	No	Planificado	0	0	2	1	1	1	0	1	1	0	7	Normal
47	P. Tardío	ASA	32	Urbano	Superior	Conviviente	Ama de casa	1	1	Cesárea	Pelvis estrecha	A término	Nunca	Nunca	No	No	Planificado	0	0	2	0	1	0	1	0	0	0	4	Normal
48	P. Tardío	Paucarpata	28	Urbano	Superior	Conviviente	Profesional	No	No	Vaginal	-	A término	Nunca	Nunca	No	No	Planificado	0	0	2	1	0	2	0	0	0	0	5	Normal
49	P. Tardío	Hunter	21	Urbano	Superior	Casada	Profesional	No	1	Cesárea	Macrosomía	A término	Nunca	Nunca	Tía	No	Planificado	0	0	2	1	1	1	0	1	1	0	7	Normal
51	P. Tardío	Miraflores	39	Rural	Superior	Soltera	Independiente	No	No	Cesárea	?	A término	Nunca	Nunca	No	No	No planificado	0	1	2	2	1	2	1	0	0	0	9	Normal
53	P. Tardío	Hunter	31	Urbano	Secundaria	Casada	Ama de casa	3	1	Vaginal	-	A término	Nunca	Nunca	No	No	No planificado	0	1	2	2	1	2	0	0	0	0	8	Normal
54	P. Tardío	ASA	25	Urbano	Superior	Conviviente	Independiente	No	No	Cesárea	Podático	A término	Nunca	Nunca	No	No	Planificado	1	0	1	1	1	2	0	1	1	0	8	Normal
55	P. Tardío	JLByR	25	Urbano	Superior	Casada	Profesional	No	No	Vaginal	-	A término	Nunca	Nunca	No	No	Planificado	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	3	Normal
56	P. Tardío	Paucarpata	36	Urbano	Superior	Conviviente	Independiente	No	No	Vaginal	-	A término	Nunca	Nunca	No	No	Planificado	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	4	Normal
57	P. Tardío	Paucarpata	26	Rural	Superior	Conviviente	Profesional	No	2	Cesárea	Macrosomía	A término	Nunca	Nunca	No	No	Planificado	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	3	Normal
59	P. Tardío	Miraflores	38	Urbano	Superior	Conviviente	Profesional	2	No	Cesárea	Cesarea anterior	A término	Nunca	Nunca	No	No	No planificado	0	0	2	2	1	2	1	0	1	0	9	Normal
60	P. Tardío	Miraflores	27	Urbano	Superior	Conviviente	Profesional	No	No	Vaginal	-	A término	Nunca	Nunca	No	No	No planificado	1	1	1	0	0	2	1	0	0	0	6	Normal

62	P. Tardío	ASA	23	Urbano	Superior	Soltera	Profesional	No	No	Vaginal	-	A término	Nunca	Nunca	No	No	No planificado	0	0	2	2	1	0	0	0	0	0	0	5	Normal
63	P. Tardío	Socabaya	33	Rural	Superior	Conviviente	Profesional	No	3	Cesárea	Oligoamnios	A término	Nunca	Nunca	No	No	Planificado	0	0	2	0	0	2	1	1	1	0	7	Normal	
65	P. Tardío	Socabaya	33	Urbano	Superior	Conviviente	Ama de casa	1	No	Cesárea	Macrosomía	A término	Nunca	Nunca	No	No	No planificado	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	3	Normal	
66	P. Tardío	Paucarpata	37	Urbano	Superior	Casada	Ama de casa	2	2	Cesárea	Cesarea anterior	Pretérmino	Nunca	Nunca	No	No	No planificado	0	0	1	2	1	2	0	1	0	0	7	Normal	
67	P. Tardío	Hunter	26	Rural	Superior	Conviviente	Profesional	1	No	Cesárea	Macrosomía	A término	Nunca	Nunca	No	No	No planificado	1	0	2	1	0	2	1	1	1	0	9	Normal	
68	P. Tardío	La Joya	35	Rural	Primaria	Casada	Ama de casa	2	No	Cesárea	Macrosomía	A término	Nunca	Nunca	No	No	No planificado	1	0	0	2	2	2	0	0	0	0	7	Normal	
69	P. Tardío	Hunter	33	Urbano	Superior	Conviviente	Profesional	1	No	Cesárea	Trabajo de parto prolongado	A término	Nunca	Nunca	No	No	Planificado	0	0	1	1	1	2	0	0	1	0	6	Normal	
71	P. Tardío	Paucarpata	36	Urbano	Secundaria	Casada	Ama de casa	1	No	Vaginal	-	A término	Nunca	Nunca	No	No	Planificado	1	0	2	1	0	0	2	0	0	0	6	Normal	
73	P. Tardío	Paucarpata	29	Urbano	Superior	Conviviente	Profesional	1	1	Cesárea	Oligoamnios	A término	Nunca	Nunca	No	No	Planificado	0	0	0	2	0	2	0	0	1	0	5	Normal	
76	P. Tardío	Paucarpata	29	Rural	Superior	Casada	Ama de casa	No	No	Vaginal	-	A término	Nunca	Nunca	No	No	No planificado	0	0	0	2	1	2	0	0	0	0	5	Normal	
78	P. Tardío	Paucarpata	23	Urbano	Secundaria	Conviviente	Independiente	1	No	Vaginal	-	A término	Nunca	Nunca	No	No	No planificado	0	0	2	2	1	2	1	0	0	0	8	Normal	
80	P. Tardío	Socabaya	31	Urbano	Superior	Conviviente	Profesional	1	No	Vaginal	-	A término	Nunca	Nunca	No	No	Planificado	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2	Normal	
81	P. Tardío	Socabaya	36	Urbano	Superior	Casada	Profesional	1	No	Cesárea	PIG corto	A término	Nunca	Nunca	No	No	Planificado	0	0	2	0	0	3	0	0	0	0	5	Normal	
83	P. Tardío	M Melgar	39	Urbano	Superior	Casada	Profesional	2	No	Vaginal	-	A término	Nunca	Nunca	No	No	No planificado	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	2	Normal	
84	P. Tardío	Miraflores	26	Urbano	Superior	Conviviente	Profesional	No	2	Cesárea	ACV	A término	Nunca	Nunca	No	No	No planificado	0	0	1	2	1	1	0	1	1	0	7	Normal	
85	P. Tardío	ASA	25	Urbano	Superior	Conviviente	Profesional	No	No	Cesárea	Circular de cordón	Pretérmino	Nunca	Nunca	No	No	Planificado	0	0	1	2	1	1	1	0	1	0	7	Normal	
86	P. Tardío	Socabaya	30	Urbano	Superior	Conviviente	Ama de casa	1	No	Vaginal	-	A término	Nunca	Nunca	No	No	Planificado	0	0	2	0	0	0	2	1	0	0	5	Normal	
89	P. Tardío	Miraflores	23	Urbano	Secundaria	Conviviente	Ama de casa	No	No	Vaginal	-	A término	Nunca	Nunca	No	No	No planificado	0	0	1	2	1	1	0	0	0	0	5	Normal	
90	P. Tardío	Miraflores	29	Urbano	Superior	Conviviente	Profesional	No	No	Vaginal	-	A término	Nunca	Nunca	No	No	No planificado	0	0	2	1	2	2	0	1	1	0	9	Normal	
2	P. inmediato	La Joya	22	Urbano	Superior	Conviviente	Independiente	No	No	Cesárea	?	A término	Durante	Nunca	No	No	No planificado	3	3	2	0	0	2	2	1	1	0	14	Síntomas de depresión	
3	P. inmediato	Paucarpata	25	Urbano	Superior	Conviviente	Profesional	No	No	Cesárea	Macrosomía	A término	Nunca	Nunca	No	No	Planificado	1	1	2	2	2	1	2	1	2	0	14	Síntomas de depresión	
36	P. inmediato	Hunter	42	Urbano	Superior	Casada	Profesional	1	1	Cesárea	Cesarea anterior	A término	Nunca	Nunca	No	No	Planificado	1	0	3	2	2	2	2	1	1	0	14	Síntomas de depresión	
38	P. inmediato	Paucarpata	35	Urbano	Secundaria	Soltera	Independiente	1	No	Vaginal	-	A término	Nunca	Nunca	Pareja, física	No	No planificado	0	0	3	2	2	3	2	2	2	0	16	Síntomas de depresión	
52	P. inmediato	Socabaya	27	Urbano	Superior	Conviviente	Profesional	No	No	Cesárea	?	A término	Antes	Nunca	No	No	No planificado	1	1	1	2	1	3	2	0	1	0	12	Síntomas de depresión	
63	P. inmediato	JLByR	38	Urbano	Superior	Casada	Profesional	1	2	Cesárea	Oligoamnios	Pretérmino	Nunca	Nunca	No	No	Planificado	2	0	2	2	2	1	1	1	1	0	12	Síntomas de depresión	
68	P. inmediato	Hunter	32	Urbano	Superior	Conviviente	Ama de casa	2	No	Vaginal	-	A término	Nunca	Nunca	No	No	No planificado	2	0	3	0	2	2	3	3	3	0	18	Síntomas de depresión	

81	P. Inmediato	Paucarpata	35	Urbano	Superior	Conviviente	Profesional	1	2	Cesárea	Oligoamnios	A término	Nunca	Nunca	No	No	No planificado	1	0	2	2	2	2	3	1	1	0	14	Sintomas de depresión
3	P. Tardío	Pedregal	25	Rural	Secundaria	Conviviente	Ama de casa	No	No	Cesárea	Macrosomía	A término	Nunca	Nunca	No	No	Planificado	0	2	2	2	1	2	2	0	1	0	12	Sintomas de depresión
5	P. Tardío	Characato	40	Urbano	Secundaria	Casada	Ama de casa	2	2	Cesárea	Macrosomía	A término	Nunca	Nunca	No	Pareja, verbal	No planificado	1	1	2	2	2	2	2	1	1	2	16	Sintomas de depresión
10	P. Tardío	Paucarpata	33	Rural	Superior	Casada	Profesional	No	No	Cesárea	Macrosomía	A término	Nunca	Nunca	No	No	No planificado	1	1	2	3	2	1	1	1	1	0	13	Sintomas de depresión
12	P. Tardío	M Melgar	35	Urbano	Superior	Conviviente	Profesional	1	1	Cesárea	Dilatación estacionaria	A término	Nunca	Nunca	No	No	Planificado	1	1	2	3	3	3	2	1	3	0	19	Sintomas de depresión
14	P. Tardío	Camaná	41	Urbano	Superior	Conviviente	Independiente	No	No	Cesárea	Añosa	A término	Nunca	Nunca	No	No	Planificado	0	0	2	2	2	2	2	1	1	0	12	Sintomas de depresión
17	P. Tardío	Miraflores	31	Urbano	Superior	Conviviente	Profesional	No	No	Vaginal	-	A término	Nunca	Nunca	No	Pareja, verbal y física	No planificado	0	0	3	2	2	2	1	1	1	0	12	Sintomas de depresión
24	P. Tardío	Miraflores	31	Urbano	Superior	Conviviente	Profesional	No	No	Cesárea	Dilatación estacionaria	A término	Nunca	Nunca	Hermana, verbal	No	Planificado	0	0	2	2	2	2	2	0	2	0	12	Sintomas de depresión
27	P. Tardío	CColorado	26	Urbano	Secundaria	Conviviente	Estudiante	No	No	Cesárea	Preclampsia	A término	Nunca	Nunca	Ex de pareja	Ex de pareja	No planificado	1	1	2	3	2	2	2	2	1	0	16	Sintomas de depresión
28	P. Tardío	Paucarpata	29	Urbano	Superior	Conviviente	Profesional	No	No	Cesárea	Desproporción feto pélvica	A término	Nunca	Nunca	No	No	No planificado	1	0	2	2	2	2	2	1	1	0	13	Sintomas de depresión
30	P. Tardío	ASA	28	Urbano	Superior	Soltera	Ama de casa	No	1	Cesárea	Macrosomía	A término	Nunca	Nunca	Pareja, física y verbal	Pareja, verbal	No planificado	2	2	2	2	3	2	2	3	2	0	20	Sintomas de depresión
33	P. Tardío	M Melgar	43	Urbano	Superior	Conviviente	Independiente	4	No	Vaginal	-	A término	Nunca	Nunca	Pareja	No	No planificado	2	1	2	2	2	2	1	0	1	0	13	Sintomas de depresión
44	P. Tardío	M Melgar	26	Urbano	Secundaria	Conviviente	Estudiante	1	No	Cesárea	ABF	A término	Nunca	Nunca	No	No	No planificado	0	0	1	2	2	2	3	1	1	0	12	Sintomas de depresión
45	P. Tardío	ASA	27	Urbano	Superior	Conviviente	Profesional	No	No	Cesárea	SFA	A término	Nunca	Nunca	No	No	Planificado	1	0	2	2	1	2	2	2	1	0	13	Sintomas de depresión
50	P. Tardío	Paucarpata	38	Urbano	Superior	Conviviente	Independiente	1	No	Vaginal	-	A término	Nunca	Nunca	No	No	Planificado	1	0	2	2	2	2	2	1	1	0	13	Sintomas de depresión
64	P. Tardío	CColorado	28	Urbano	Superior	Casada	Profesional	No	No	Vaginal	-	A término	Nunca	Nunca	No	No	No planificado	0	0	3	3	2	2	2	3	2	2	19	Sintomas de depresión
74	P. Tardío	Paucarpata	37	Urbano	Superior	Conviviente	Profesional	1	No	Cesárea	RPM	A término	Nunca	Nunca	No	No	Planificado	1	3	3	3	2	2	2	2	3	1	22	Sintomas de depresión
75	P. Tardío	Paucarpata	27	Urbano	Superior	Conviviente	Profesional	No	No	Vaginal	-	A término	Nunca	Nunca	No	No	No planificado	0	1	3	2	0	3	3	0	1	0	13	Sintomas de depresión
77	P. Tardío	Paucarpata	24	Urbano	Superior	Casada	Estudiante	No	No	Vaginal	-	A término	Nunca	Nunca	No	No	No planificado	1	0	2	3	1	3	1	2	1	0	14	Sintomas de depresión
79	P. Tardío	Paucarpata	23	Urbano	Superior	Conviviente	Profesional	1	1	Vaginal	-	A término	Nunca	Nunca	No	No	No planificado	0	1	3	2	0	3	2	2	2	0	15	Sintomas de depresión
87	P. Tardío	Miraflores	29	Urbano	Superior	Soltera	Profesional	No	No	Vaginal	-	A término	Nunca	Nunca	No	No	No planificado	1	3	3	1	2	2	1	0	0	0	13	Sintomas de depresión
88	P. Tardío	Paucarpata	29	Urbano	Superior	Conviviente	Profesional	1	No	Cesárea	?	A término	Nunca	Nunca	No	No	Planificado	1	0	3	1	2	0	1	1	3	0	12	Sintomas de depresión
7	P. Inmediato	ASA	27	Urbano	Superior	Casada	Profesional	1	No	Cesárea	PIG corto	A término	Nunca	Nunca	No	No	Planificado	2	0	1	2	1	2	1	0	1	0	10	Sospecha de depresión

11	P. inmediato	Cayloma	37	Urbano	Secundaria	Casada	Ama de casa	1	No	Cesárea	Macrosomía	A término	Nunca	Nunca	No	No	Planificado	3	0	2	0	2	2	0	1	1	0	11	Sospecha de depresión
24	P. inmediato	Hunter	34	Urbano	Superior	Conviviente	Profesional	1	No	Vaginal	-	A término	Nunca	Nunca	No	No	No planificado	3	0	2	2	0	2	1	1	0	0	11	Sospecha de depresión
31	P. inmediato	Camaná	32	Rural	Secundaria	Conviviente	Ama de casa	1	No	Cesárea	Oligoamnios	A término	Nunca	Nunca	No	No	No planificado	1	0	3	2	1	2	0	0	1	0	10	Sospecha de depresión
40	P. inmediato	C. Colorado	28	Urbano	Superior	Conviviente	Profesional	No	2	Cesárea	Podático	A término	Nunca	Nunca	No	No	No planificado	0	0	2	2	1	1	1	1	1	1	10	Sospecha de depresión
51	P. inmediato	Miraflores	37	Rural	Superior	Conviviente	Independiente	2	1	Vaginal	-	A término	Nunca	Nunca	No	No	No planificado	0	0	3	2	2	0	2	0	1	0	10	Sospecha de depresión
69	P. inmediato	Hunter	34	Urbano	Secundaria	Conviviente	Independiente	1	1	Cesárea	Dilatación estacionaria	A término	Nunca	Nunca	No	pareja	No planificado	0	0	2	2	2	2	1	1	1	0	11	Sospecha de depresión
71	P. inmediato	Paucarpata	30	Urbano	Superior	Conviviente	Profesional	No	No	Vaginal	-	A término	Nunca	Nunca	vecinos	vecinos	No planificado	0	0	3	2	2	2	1	1	0	0	11	Sospecha de depresión
2	P. Tardío	ASA	33	Urbano	Técnico	Casada	Independiente	1	1	Cesárea	Placenta previa	A término	Nunca	Nunca	No	No	Planificado	2	0	1	2	0	2	2	1	1	0	11	Sospecha de depresión
15	P. Tardío	C. Colorado	25	Rural	Técnico	Conviviente	Profesional	No	No	Cesárea	RPM	A término	Nunca	Nunca	No	No	Planificado	1	0	2	2	1	2	2	1	0	0	11	Sospecha de depresión
19	P. Tardío	Cuzco	23	Rural	Superior	Conviviente	Profesional	No	No	Vaginal	-	A término	Nunca	Nunca	No	No	Planificado	0	2	1	1	1	1	3	1	1	0	11	Sospecha de depresión
22	P. Tardío	Socabaya	27	Urbano	Superior	Conviviente	Independiente	No	No	Cesárea	Pelvis estrecha	A término	Nunca	Nunca	No	No	Planificado	1	1	0	2	1	2	1	1	1	0	10	Sospecha de depresión
26	P. Tardío	Socabaya	27	Urbano	Secundaria	Conviviente	Independiente	2	1	Cesárea	Dilatación estacionaria	A término	Nunca	Nunca	No	No	Planificado	0	1	2	2	1	2	1	1	0	0	10	Sospecha de depresión
32	P. Tardío	ASA	37	Urbano	Superior	Casada	Independiente	1	1	Vaginal	-	A término	Nunca	Nunca	No	No	Planificado	2	0	2	2	2	2	0	1	0	0	11	Sospecha de depresión
35	P. Tardío	ASA	27	Urbano	Superior	Conviviente	Independiente	No	No	Cesárea	Oligoamnios	A término	Nunca	Nunca	Pareja	No	No planificado	0	0	1	3	3	1	1	1	1	0	11	Sospecha de depresión
36	P. Tardío	Miraflores	31	Urbano	Superior	Soltera	Profesional	1	1	Vaginal	-	A término	Nunca	Nunca	Pareja, verbat	No	No planificado	1	0	1	2	2	2	1	1	1	0	11	Sospecha de depresión
39	P. Tardío	Paucarpata	26	Urbano	Superior	Conviviente	Profesional	No	No	Vaginal	-	A término	Antes	Nunca	No	Pareja	No planificado	0	0	1	2	2	2	2	1	0	0	10	Sospecha de depresión
41	P. Tardío	JLByR	26	Rural	Secundaria	Conviviente	Independiente	No	No	Cesárea	ABF	A término	Nunca	Nunca	No	No	Planificado	3	0	0	2	2	0	2	1	0	0	10	Sospecha de depresión
46	P. Tardío	Paucarpata	27	Urbano	Superior	Conviviente	Profesional	No	No	Cesárea	Oligoamnios	A término	Nunca	Nunca	No	No	No planificado	1	0	2	3	1	1	1	1	1	0	11	Sospecha de depresión
52	P. Tardío	Hunter	35	Urbano	Superior	Conviviente	Independiente	2	No	Cesárea	-	A término	Nunca	Nunca	Pareja, verbat	No	No planificado	1	0	3	0	0	2	1	1	2	0	10	Sospecha de depresión
58	P. Tardío	Miraflores	28	Urbano	Superior	Soltera	Profesional	No	1	Vaginal	-	A término	Nunca	Nunca	No	No	No planificado	1	0	3	2	2	0	1	0	1	0	10	Sospecha de depresión
61	P. Tardío	JLByR	32	Urbano	Superior	Casada	Profesional	1	1	Vaginal	-	A término	Nunca	Nunca	Pareja, verbat	Pareja, verbat	No planificado	1	0	1	1	2	2	1	1	1	0	10	Sospecha de depresión
70	P. Tardío	Paucarpata	31	Urbano	Superior	Casada	Ama de casa	1	2	Vaginal	-	A término	Nunca	Nunca	Familiar	No	Planificado	0	0	2	2	1	1	1	3	1	0	11	Sospecha de depresión
72	P. Tardío	JLByR	36	Urbano	Superior	Soltera	Profesional	1	No	Cesárea	Macrosomía	A término	Nunca	Nunca	No	No	Planificado	1	1	1	2	1	2	0	1	1	0	10	Sospecha de depresión

82	P. Tardío	Paucarpata	36	Urbano	Superior	Conviviente	Independiente	1	2	Cesárea	RPM	A término	Nunca	Nunca	No	No	Planificado	0	0	2	1	2	2	1	1	1	0	10	Sospecha de depresión
----	-----------	------------	----	--------	----------	-------------	---------------	---	---	---------	-----	-----------	-------	-------	----	----	-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------

