



**FACULTAD DE CIENCIAS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD
CARRERA OBSTETRICIA
SEDE SANTIAGO**

**RELACIÓN ENTRE DEPRESIÓN POSTPARTO Y TIPO DE PARTO: UNA
REVISIÓN MUNDIAL DE LA LITERATURA 2020-2024.**

Tesina para optar al grado de Licenciado en Obstetricia y Matronería

Profesor Tutor: Mg. Andrea Rodríguez Figueroa

Guía metodológico: Paulina Ormazábal

Estudiantes: Valentina Paz Alfaro Diaz

Gabriela Paz Ayala Morgado

Macarena Ignacia Fariña Paz

Carla Michelle Guzmán Soto

Camila Isabel Hidalgo Recabarren

Charity Francesca Ponce Meza

Javiera Alejandra Vergara Opazo

® Valentina Paz Alfaro Diaz, Gabriela Paz Ayala Morgado, Macarena Ignacia Fariña Paz, Carla Michelle Guzmán Soto, Camila Isabel Hidalgo Recabarren, Charity Francesca Ponce Meza y Javiera Alejandra Vergara Opazo.

Se autoriza la reproducción parcial o total de esta investigación, para fines académicos, por cualquier forma, medio o procedimiento, siempre y cuando se incluya la cita bibliográfica del documento.

Santiago, Chile.

2024

HOJA DE CALIFICACIÓN

En Providencia, Santiago de Chile a _____ del 2024, los abajo firmantes dejan constancia que las estudiantes **Valentina Paz Alfaro Diaz, Gabriela Paz Ayala Morgado, Macarena Ignacia Fariña Paz, Carla Michelle Guzmán Soto, Camila Isabel Hidalgo Recabarren, Charity Francesca Ponce Meza y Javiera Alejandra Vergara Opazo** de la carrera de Obstetricia y Matronería, han aprobado la tesis para optar al grado de Licenciatura en Obstetricia y Matronería con la nota de _____.

Académico evaluador

Académico evaluador

Académico evaluador

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a mi amada madre, quien ha sido el pilar inquebrantable de mi vida, mi mayor motivación y quien con su cariño y constancia ha impulsado cada uno de mis pasos. Su apoyo incondicional y su fe en mí nunca han flaqueado, siendo siempre una fuente infinita de amor y fortaleza.

A mis amigas, Almendra, Valentina y Paz les agradezco profundamente por su compañía y por ser un apoyo constante en mi vida. Con su ánimo y sus palabras de aliento, han sabido recordarme mi valor y mi capacidad, celebrando conmigo cada pequeño logro.

Charity Francesca Ponce Meza

A mis padres, Noé y Lucila, por ser el pilar de mi vida. Su sacrificio y los valores que me han transmitido son las raíces que me han permitido crecer y enfrentar cada desafío. Su amor y apoyo incondicional han sido mi fuerza en cada paso de este camino. Mi abuela Florcina, por tu aguante y por ser un ejemplo de amor y resiliencia. Tus enseñanzas y tus abrazos cálidos han sido mi refugio en los momentos difíciles. Tu ejemplo de vida me ha inspirado a seguir adelante.

A mi compañero de vida, Nicolás por tu paciencia infinita y por estar a mi lado en cada noche y fin de semana de estudio. Tu apoyo ha sido un faro en las horas más oscuras, y no podría haberlo logrado sin ti.

Y a mis queridas amigas, Valentina y Camila por su constante ánimo, apoyo y las risas compartidas que iluminan mis días. Gracias por estar siempre ahí, haciendo que este arduo camino se sienta más ligero. ¡Gracias desde el fondo de mi corazón!

Camila Isabel Hidalgo Recabarren

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a mi amada familia que ha sido parte de este largo camino, en primer lugar, a mis padres Vicente y Paola quienes han sido una guía para mí, su sacrificio, enseñanzas y valores han sido fundamentales para mi

crecimiento y desarrollo personal, acompañándome en cada paso de mi vida. A mis hermanos pequeños Lucas y Martín que siempre están ahí para sacarme sonrisas. A mi abuela Mónica gracias por tus conversaciones, compañía, cariño y preocupación en todo momento. Finalmente, a mi pareja Nicolás, agradezco tu amor incondicional, paciencia y aliento constante. Tu apoyo me ha motivado a seguir adelante y ser la mejor versión de mí misma.

Macarena Ignacia Fariña Paz

A mis queridos padres Yasmín y Eugenio por creer y confiar en mí, por ayudarme y animarme a cumplir mis metas, por enseñarme el valor de la educación y el esfuerzo y por entregarme las herramientas necesarias para mi desarrollo personal. A mi gran amor Emilio, quien me ayudó y apoyó a entrar a esta hermosa carrera y ser quien celebra cada uno de mis logros, gracias por entregarme alegría, paciencia y amor en este proceso y etapa universitaria. Gracias por comprenderme, subirme el ánimo y darme palabras de aliento en momentos de desmotivación, sin él se hubiera puesto todo cuesta arriba. Se lo quisiera dedicar también a mi hermano pequeño Baltazar que me mira siempre con ojos de admiración. Finalmente, a mí por el esfuerzo y toda la perseverancia dedicada a esta tesis, por no rendirme y nunca dejar de creer en mis capacidades.

Carla Michelle Guzmán Soto

En primer lugar, quiero agradecer a Dios por Su fidelidad en todo aspecto de mi vida. A mi familia, especialmente a mis padres, Mauricio y Jacqueline. No hay palabras que alcancen para expresar mi gratitud hacia ustedes. Gracias por ser mi mayor ejemplo de perseverancia y esfuerzo. Ustedes me han formado no solo como futura profesional, sino, más importante aún, como una persona íntegra y con grandes valores. Han celebrado cada uno de mis logros y siempre han creído en mí, incluso cuando yo misma dudaba. Nada de esto habría sido posible sin su apoyo. Los amo demasiado.

A mi abuelita Elsa y tía Ingrid, a las cuales les debo más que simples palabras de agradecimiento. Su preocupación constante, sus palabras de cariño y apoyo fueron fundamentales en toda esta etapa.

A mi querido Felipe, gracias por el amor infinito que me brindas cada día, por tu paciencia, y palabras de ánimo. Gracias por siempre hacerme sentir que soy capaz, y por confiar en mis capacidades. Tu presencia y apoyo incondicional significan el mundo para mí. Al igual que el de su familia, les agradezco desde el fondo de mi corazón por tanto cariño y apoyo sobre todo en este momento importante de mi vida.

¡Gracias totales!

Valentina Paz Alfaro Díaz

Quisiera comenzar agradeciendo a mis padres Pablo y Sandra, quienes con su amor, esfuerzo y constante apoyo han sido mi mayor inspiración para llegar hasta aquí. Gracias por su ejemplo de perseverancia y por brindarme siempre las herramientas necesarias para cumplir mis sueños. A mi hermana Dani, por ser mi ejemplo para seguir, por su cariño incondicional y por hacer este camino lleno de risas y aprendizaje.

A mi querida prima Fran, quien, a pesar de la distancia, ha sido cómo una segunda hermana para mí, sus consejos y cariño incondicional me han acompañado de forma inigualable durante mi vida.

A mis tías Sandri y Marce, quienes siempre han estado presentes, ofreciendo su sabiduría, sus consejos y cariño en momentos en los que más necesitaba. A mi abuela Cui-hwa que con su amor, cariño y fortaleza me ha enseñado el valor de la familia.

Finalmente, a mi pololo Vicente, quien ha sido mi compañero, mi apoyo constante y ha estado en cada etapa de esta travesía, Gracias por su paciencia, comprensión y por creer en mí, incluso cuando yo misma dudaba, estoy inmensamente agradecida de tenerte a mi lado en este camino

¡Gracias a todos por ser parte de mi vida!

Gabriela Paz Ayala Morgado

Quiero dedicar esta tesis a mis padres, Luis y Beatriz a quienes les quiero agradecer por ser un pilar fundamental en mi vida y por el amor que me dan día a día, por todos los valores y enseñanzas que me han entregado, los cuales me han ayudado a ser una mejor persona, agradecer el esfuerzo y sacrificio que siempre han hecho para entregarme lo

mejor y también todo el cariño y apoyo durante todo este proceso, siempre alentando para nunca decaer, sin ellos nada de esto nada sería posible. También agradecer a mi hermana Florencia que siempre me ha apoyado y acompañado en cada paso de mi vida, dándome siempre su cariño y alentándome a siempre seguir adelante.

A mi querida Tita, mi angelito que siempre siento su compañía en cada paso de mi vida siendo siempre mi guía.

Finalmente agradecer a Sergio, mi compañero de vida, quien siempre ha estado conmigo entregándome su cariño y amor incondicional, agradecer siempre su paciencia y comprensión, por ser mi apoyo en los momentos difíciles y por incentivarme siempre a demostrar mis capacidades.

¡Gracias por siempre estar presente, los amo con todo mi corazón!

Javiera Alejandra Vergara Opazo

AGRADECIMIENTOS

En primera instancia quisiéramos agradecer a nuestra tutora de tesis, la matrona Andrea Rodríguez, quien nos guio en esta etapa muy importante de nuestra carrera, quien nos dio motivación y entregó las herramientas necesarias para lograr una exitosa investigación. Su disposición, exigencia y entrega fueron de gran ayuda para el desarrollo adecuado de nuestra tesis. Además, agradecer los consejos que nos entregó para poder desarrollarnos en nuestro próximo desafío, el cual es la vida laboral.

También nos gustaría agradecer a la bibliotecaria Gloria Riveros por su paciencia cada vez que la necesitábamos para aclarar dudas y guiarnos para el correcto desarrollo de nuestra metodología de investigación, siendo ésta la base de toda nuestra tesis.

Es importante también reconocer y agradecer a todos nuestros profesores que estuvieron en este largo camino, entregándonos sus conocimientos, experiencias y consejos, ya que, sin sus enseñanzas, no estaríamos en este punto.

Queremos expresar nuestro agradecimiento a nuestras familias, amigos, parejas y conocidos por su apoyo incondicional, que nos ha permitido llevar adelante una carrera tan hermosa como es la obstetricia y la realización de esta tesis. Gracias por motivarnos a ser grandes profesionales en un futuro.

Finalmente, nos agradecemos a nosotras mismas como equipo, por cada esfuerzo, cada hora de trabajo, compromiso, paciencia y por cada idea compartida. Nos brindamos un gran aprendizaje mutuo y motivación para seguir adelante en este trabajo.

TABLA DE CONTENIDOS

DEDICATORIAS	iv
AGRADECIMIENTOS	viii
ÍNDICE DE FIGURAS Y TABLAS	x
1. RESUMEN	xi
ABSTRACT	xii
2. INTRODUCCIÓN	13
3. OBJETIVOS	19
3.1. Objetivo general	19
3.2. Objetivos específicos	19
4. DISEÑO METODOLÓGICO	20
5. ANÁLISIS DE RESULTADOS	25
5.1. Parto vaginal espontáneo e instrumentalizado y su relación con la depresión postparto	25
5.2. Parto por cesárea emergencia y/o urgencia y su relación con la depresión postparto.	29
5.3. Parto vaginal espontáneo e instrumentalizado y la cesárea y su relación con la depresión postparto.	34
6. DISCUSIÓN	49
7. LIMITACIONES	52
8. CONCLUSIONES	53
9. BIBLIOGRAFÍA	56
10. ANEXOS	63

ÍNDICE DE FIGURAS Y TABLAS

Tabla 1.	22
Búsqueda total y papers seleccionados en las distintas bases de datos con las dos combinaciones.	
Esquema 1.	23
Diagrama, metodología de revisión bibliográfica sobre “tipo de parto y depresión en el postparto”.	
Tabla 2.	27
Resumen de los artículos analizados, sus resultados y conclusiones para responder al objetivo número 1	
Tabla 3.	32
Resumen de artículos analizados, sus resultados y conclusiones para responder al objetivo número 2	
Tabla 4.	42
Resumen de los artículos analizados, sus resultados, y conclusiones para responder al objetivo número 3	

1. RESUMEN

Objetivo: Analizar la relación entre el tipo de parto y la depresión postparto (DPP) a partir de estudios publicados entre los años 2020 al 2024. **Metodología:** Se realizó una revisión bibliográfica utilizando las bases de datos de PubMed, Scopus y Web of Science. Cumpliendo los criterios de inclusión se obtuvieron 11 artículos. **Resultados:** Los estudios revelaron que el parto vaginal instrumentalizado no incrementa significativamente el riesgo de DPP en comparación con el parto vaginal espontáneo. Sin embargo, la cesárea, especialmente la de emergencia, está más asociada con un mayor riesgo de DPP debido a factores fisiológicos y psicológicos. La cesárea de emergencia también está vinculada al trastorno de estrés postraumático, lo que aumenta el riesgo de DPP. **Conclusión:** es fundamental reducir las cesáreas innecesarias, mejorar la educación como lo es la educación prenatal sobre los tipos de parto y sus consecuencias y proporcionar un apoyo integral durante el embarazo y postparto, así como el uso de herramientas para detectar a tiempo los síntomas de DPP y prevenir su aparición.

Palabras clave: Cesárea de emergencia, Cesárea de urgencia, Parto instrumentalizado, Fórceps y Depresión postparto.

ABSTRACT

Objective: To analyze the relationship between the type of delivery and postpartum depression (PPD) based on studies published between 2020 and 2024. **Methodology:** A bibliographic review was conducted using the PubMed, Scopus, and Web of Science databases, by meeting the inclusion criteria, 11 articles were obtained. **Results:** The studies revealed that instrumental vaginal delivery does not significantly increase the risk of PPD compared to spontaneous vaginal delivery. However, cesarean delivery, especially emergency cesarean, is more associated with a higher risk of PPD due to physiological and psychological factors. Emergency cesarean is also linked to post-traumatic stress disorder, which increases the risk of PPD. **Conclusion:** It is essential to reduce unnecessary cesareans, improve education-such as prenatal education on types of delivery and their consequences-and provide comprehensive support during pregnancy and postpartum, as well as to use tools for early detection of PPD symptoms to prevent its onset.

Keywords: Emergency cesarean, urgent cesarean, instrumental delivery, forceps, and postpartum depression

2. INTRODUCCIÓN

La depresión, es considerada una enfermedad con múltiples causas y síntomas variados, es reconocida en la actualidad como un grave problema de salud pública a nivel mundial. Esto se debe a su alta prevalencia, el significativo impacto en la calidad de vida de las personas, su frecuente asociación con otras condiciones médicas, y los elevados costos sociales que conlleva. (Salvó, 2014)

Según la Organización Mundial de la Salud, 280 millones de personas se ven afectadas por este trastorno. La incidencia de la depresión es notablemente alta a nivel mundial y puede afectar a personas de todas las edades, razas y géneros. Se estima que el 3,8% de la población mundial experimenta depresión, incluido el 5% de los adultos y el 5,7% de los adultos mayores de 60 años. En comparación a los hombres, las mujeres son más propensas a desarrollar depresión (Organización mundial de la salud, 2023), esto parece ser mayor durante el embarazo y el puerperio, especialmente en gestaciones con factores de riesgo (Fernández et al., 2014), a esto se le denomina depresión postparto. Algunos de los factores de riesgo podrían ser: anomalías congénitas, antecedentes de depresión postparto, un episodio de depresión en la vida y haber tenido eventos estresantes en el último año. (Afshari et al., 2020)

Actualmente, la incidencia de depresión postparto a nivel mundial es de un 15%, donde ésta es una de las causas más importantes de muerte materna en el periodo perinatal. (Caparros-González et al., 2018)

En Chile, alrededor del 20,5% de las mujeres experimentan depresión a las 8 semanas después del parto, y el 41,3% presenta síntomas depresivos entre los 2 y 3 meses postnatal. (Rojas et al., 2015). A pesar de contar con tratamientos eficaces disponibles, la depresión postparto a menudo no se detecta ni se trata adecuadamente. Esta

enfermedad aparece en un transcurso de 2 a 8 semanas después del parto, pero también se puede manifestar al año después. Esto se debe a este nuevo cambio de vida, miedo e incertidumbre, cómo será esta nueva vida con un recién nacido, además de perder las costumbres que se tenía antes de su nacimiento. Se va a manifestar a través de la tristeza, angustia, miedo, ansiedad y fatiga extrema que puede dificultar la realización de las tareas diarias (UNICEF, 2020).

La presentación sintomática de la depresión postparto es similar a aquella depresión no vinculada al embarazo, exceptuando que el contenido puede estar centrado en el hecho de haber tenido un hijo. A diferencia de la depresión postparto, existen también otros cuadros diferenciales como la disforia o la psicosis postparto. La disforia postparto, corresponde a un trastorno transitorio, que aparece los primeros días postparto, típicamente alrededor del tercer día, durando sólo algunas horas y, a lo más, un día o dos. Se trata de un estado caracterizado por fatiga, tendencia al llanto, ansiedad y, a veces, el ánimo depresivo, síntomas muy pasajeros, por lo que no se requiere de tratamiento, se encuentra presente entre el 40% al 60% de las púerperas (Jadresic, 2017). Por otro lado, está la psicosis postparto, y esto representa una emergencia psiquiátrica. Por lo general comienza durante las primeras dos semanas postparto, a veces a las 48 o 72 horas después del parto. Se presenta con síntomas tales como inquietud, irritabilidad y trastornos del sueño. Habitualmente la psicosis puerperal evoluciona rápido, destacando entre los síntomas, el ánimo deprimido o exaltado, el desajuste conductual, la labilidad emocional, como también los delirios y las alucinaciones. (Guía Perinatal, 2015)

Para el diagnóstico de depresión postparto, se utiliza la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo, la cual también puede ser usada durante la etapa gestacional para la detección precoz de la depresión en el postparto. Esta es una forma eficaz de identificar a las mujeres en riesgo de depresión. Mediante diez ítems que se responden en una escala del 0 al 3, según la presencia e intensidad del síntoma. La puntuación total posible es de 30 puntos, y una puntuación mayor a 12 indica depresión. (Araújo et al., 2016).

Para poder comprender la depresión postparto, se requiere conocer sobre los cambios producidos durante la gestación, el parto y finalmente, postparto.

El embarazo es uno de los momentos donde más cambios se presentan en la vida de una mujer, tanto a nivel físico, psicológico y biopsicosocial. Dentro de los cambios físicos y fisiológicos del embarazo, se encuentra el aumento de diversas hormonas sexuales, como son los estrógenos, progesterona, hormona gonadotropina coriónica humana (HCG), hormona liberadora de corticotropina (CRH) y lactógeno placentario, las cuales van a permitir el mantenimiento del embarazo, no obstante, en el momento del parto, ocurre una baja importante de estas hormonas, sobre todo de CRH que genera un desequilibrio hormonal y posteriormente, emocional (Meléndez et al., 2017). Los niveles de ACTH disminuyen hasta tres días después del parto y luego vuelven a aumentar. Un estudio clínico encontró que los trastornos depresivos postparto están negativamente relacionados con los niveles de estriol y positivamente relacionados con los niveles de ACTH. Tras el parto, las concentraciones de estradiol, progesterona y estriol libre se reducen en aproximadamente un 90-95% durante los primeros días. (Zaręba et al., 2020)

Por este motivo es necesario recordar que el parto es un momento muy significativo y relevante en la vida de la mujer, ya que aquí comienza una nueva vida para ella. Al momento del nacimiento, se liberan distintas sustancias químicas y hormonales a nivel cerebral. En el caso del parto vaginal, se liberan catecolaminas (adrenalina, noradrenalina y dopamina), oxitocina, cortisol y TSH, en cambio, en una cesárea hay menores niveles de hormonas tiroideas. (Yolanda Contreras-García et al, 2023).

En este sentido, cabe mencionar que existen diferentes tipos de partos, tales como: partos vaginales espontáneos, inducidos o acelerados, instrumentales, cesáreas electivas y cesárea de urgencia (Yolanda Contreras-García et al, 2023).

El parto normal vaginal, es el proceso fisiológico único en el cual se finaliza la gestación a término y corresponde al momento en el cual el feto espontáneamente pasa por el canal de parto, se desarrolla y termina sin complicaciones finalizando con el nacimiento del bebé. Sin embargo, este parto también puede ser instrumental o asistido con el uso de espátulas, fórceps o ventosas para ayudar a la salida del feto por el canal del parto. Esto

muchas veces se va a utilizar para prevenir las cesáreas, lo cual trae muchas complicaciones. (Carvajal & García, 2024, p. 154). El Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia reconoce las siguientes indicaciones para el uso de instrumentalización durante el parto: retraso en el segundo periodo del trabajo de parto, enfermedad cardiovascular o neurológica de la madre que impida pujar y sospecho de compromiso fetal. (García O, & Montoya J)

Por otro lado, se entiende parto por cesárea, como la extracción del recién nacido a través de una incisión quirúrgica, la cual se hace en el abdomen y el útero de la madre. Este procedimiento se realiza cuando se considera más seguro que el parto vaginal, ya sea para la madre o para la criatura. Algunas cesáreas son programadas y otras son resultado de complicaciones surgidas en el parto vaginal. (Stanford Children's, 2024).

La cesárea es un procedimiento eficaz para prevenir la morbilidad materna y perinatal, sin embargo, no se ha demostrado los beneficios del parto por cesárea en mujeres o neonatos en quienes este procedimiento resulta innecesario. Como en cualquier otra cirugía, la cesárea puede tener riesgos a corto y largo plazo, que pueden perdurar por muchos años después de la intervención, pudiendo afectar tanto la salud de la mujer como la del neonato, así como cualquier embarazo a futuro. (Organización mundial de la salud, 2015).

Es importante hacer la diferencia entre la cesárea de emergencia y la cesárea de urgencia, se entiende parto por cesárea de emergencia cuando exista pérdida de bienestar fetal (ritmo sinusal, bradicardia mantenida, variabilidad ausente asociada a tardías o variables), riesgo vital materno como el presentar paro cardiorrespiratorio o hemorragia vaginal activa durante el proceso de dilatación, imposibilidad de extraer el feto por vía vaginal, tras una prueba de parto (instrumental) fallida o fórceps frustrado, prolapso de cordón, sospechosa de patología placentaria. Por otro lado, la cesárea de urgencia es cuando no se presenta un riesgo tan alto de mortalidad como cuando existe un fracaso en la inducción (no se alcanza la fase activa) o cuando existe una detención en la progresión del trabajo de parto (fase activa prolongada). (Ministerio de salud, 2021). Es por esto, que hace años esta práctica se usaba como segunda opción en caso de complicaciones para el parto vaginal, no obstante, las cesáreas programadas y

planificadas han ido en aumento en los últimos años en la mayoría de los países, practicándose aproximadamente 18.5 millones de cesáreas anuales (Aidé et al., 2019). En este contexto, según datos proporcionados por la Organización Mundial de la Salud, en Chile, desde el año 2021 a la fecha, se ha observado un aumento significativo en el número de partos por cesárea, dónde para el año 2021, se registró un índice de cesáreas del 59% del total de partos, distribuido en un 49% en el sistema de salud público y un 79% en el sistema de salud privado. (Sadler, 2023). Sin embargo, la OMS establece recomendaciones que sugieren que los países no superen un porcentaje del 10% al 15% de cesáreas respecto al total de partos atendidos en un año.

Por otro lado, tenemos el período que sigue al parto, extendiéndose hasta la completa recuperación anatómica y fisiológica de la mujer, conocido como el puerperio. Durante esta etapa se inicia el complejo proceso de adaptación psicoemocional entre la madre y su hijo, donde la lactancia juega un rol fundamental (Carvajal & García, 2024, p. 177). Los órganos que sufrieron transformaciones en el embarazo (como es el útero, vejiga, vagina) vuelven a su estado natural, ocurriendo una involución a las condiciones pregestacionales. Durante el periodo gestacional, los senos de la mujer maduran por completo y se vuelven totalmente funcionales, ya que experimentan cambios fisiológicos preparatorios para el proceso de lactancia (Vinay Kumar, et al. 2021).

Después del parto, la mujer puede presentar una amplia variabilidad de estados emocionales tales como: llanto, labilidad emocional y afectiva, pérdida de apetito, fatiga, problemas de sueño, sentimientos de incapacidad respecto a las necesidades del recién nacido, sobre o sub-excitación, hiper o hiposensibilidad, alegría, irritabilidad, entre otros. Se ha demostrado que, durante el puerperio, es el momento de mayor riesgo para presentar una psicopatología en la vida de la mujer (Ministerio de Salud, 2015).

La experiencia del parto varía para cada mujer por lo que puede ser difícil de describir en cada caso. Diversas variables influyen en las evaluaciones de estas experiencias, como el apoyo de la matrona, la duración del parto, el dolor, las expectativas del parto, la implicación y participación en el parto, el uso de métodos invasivos como episiotomías, fórceps y cesáreas de urgencia (Hildingsson et al., 2013). En el año 2020 Rosseland et al, encontró que las experiencias negativas durante el parto se asociaron significativamente con la depresión postparto, la experiencia de parto es una combinación

de diversos factores, tales como: el dolor durante el proceso, las expectativas personales y la cantidad de apoyo recibido. La depresión postparto fue reportada por el 12% de las mujeres, con una incidencia ligeramente mayor después de la cesárea (13.8%) en comparación con el parto vaginal (11.8%). Esto confirma que la depresión postparto es un problema que ocurre con frecuencia en las puérperas. (Rosseland et al., 2020). El dolor durante el parto es un factor de riesgo para la depresión postparto y aunque un control adecuado del dolor durante éste puede estar relacionado con una menor probabilidad de desarrollar DPP, no es el único elemento que influye en su aparición. Además del dolor, otros factores como la ansiedad durante el embarazo, el nivel de estrés percibido y la falta de apoyo podrían ser causantes de ésta (Mo J, et al., 2022).

Los efectos psicológicos causados en el trabajo de parto varían entre cada mujer. La percepción del dolor, las expectativas del parto, incluso la cultura aumenta la probabilidad de desarrollar depresión o ansiedad en embarazos a futuro. El dolor severo no resulta ser peligroso, pero si no se trata durante el trabajo de parto, puede provocar consecuencias importantes en la salud, descubriendo una incidencia de depresión post parto 11,2% a las 8 semanas después de éste (Cortés et al., 2020). Investigar la depresión postparto es crucial debido a su impacto significativo en la salud mental y física de las mujeres. Esta condición no solo debilita la capacidad de la mujer para cuidarse a sí misma, sino también para atender al recién nacido, lo cual puede tener consecuencias negativas sobre el desarrollo emocional y cognitivo del niño. Comprender mejor los síntomas, factores de riesgo, mecanismos, estrategias de prevención y tratamientos de la depresión postparto, permite a las mujeres afectadas acceder a herramientas que mejoran su salud mental y calidad de vida. Asimismo, los profesionales de la salud podrán ofrecer una atención más integral, efectiva y personalizada, lo que se refleja en mejores resultados para las mujeres y sus familias. En un sentido más amplio, la investigación también contribuye a la salud pública al reducir los costos asociados con el tratamiento de la depresión y las complicaciones que puede tener a largo plazo.

Dada la alarmante prevalencia de la depresión postparto, tanto a nivel nacional como internacional, surge el interés de investigar la relación entre los tipos de parto y la aparición de esta condición en las mujeres. La presente revisión busca contribuir significativamente a los servicios de salud al proporcionar una atención integral, oportuna

y de calidad en las pacientes, con el objetivo de lograr un cambio positivo. En este contexto, se plantea la pregunta de investigación: ¿Cuál es la concordancia entre el tipo de parto y la frecuencia de depresión postparto a nivel mundial según la literatura publicada entre los años 2020 y 2024?

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General:

- Analizar la concordancia entre el tipo de parto y la frecuencia de depresión postparto según la literatura mundial publicada entre los años 2020 y el 2024.

3.2 Objetivos Específicos:

- Determinar si el parto vaginal espontáneo e instrumentalizado desencadena depresión postparto.
- Determinar si el parto por cesárea electiva, emergencia y/o urgencia desencadena depresión postparto.
- Comparar los tipos de parto, vaginal espontáneo, instrumentalizado y cesárea con la incidencia de depresión postparto.

4. DISEÑO METODOLÓGICO

Se realizó una revisión bibliográfica narrativa entre los años 2020 y 2024 en investigaciones contenidas en distintas bases de datos, con el objetivo de poder recopilar información y luego poder identificar la relación que tienen los tipos de partos (cesárea o vaginal) con la depresión postparto. Con el fin de poder recopilar información y dar respuesta a la pregunta de investigación. Para la recolección de información en esta revisión bibliográfica, se utilizó la siguiente base de datos: PubMed, Scopus y Web of science. Y se utilizaron los siguientes descriptores en ciencias de la salud (DeCS) más específicos relacionados a la investigación, de los cuales destacan en inglés: Cesarean Section, Emergency C-section, Emergency Caesarean Section, Abdominal Delivery, C-Section (OB), Obstetrical Forceps, Forcep, Obstetric, Forcep, Obstetrical, Obstetric Forceps, Obstetrical Forcep, Delivery Obstetric, Obstetric Deliveries, Obstetric Delivery, Depression, Postpartum, Depression, Postnatal, Depression, Post-Partum, Depression, Postnatal. Y en español: cesárea, Cesárea de emergencia, Parto Abdominal, Fórceps Obstétrico, Parto Obstétrico, Depresión Postparto, Depresión Postnatal, Depresión Postparto, Depresión Puerperal.

Se emplearon los operadores booleanos “AND” y “OR” alternando las palabras clave con el fin de acotar y especificar la búsqueda.

Para lograr una búsqueda más precisa y detallada, se utilizaron los siguientes filtros:

- Artículos originales y completos.
- Artículos publicados entre los años 2020 y 2024.
- Artículos en español e inglés.
- Revisiones sistemáticas.
- Metaanálisis.

Para delimitar los resultados a textos que aporten información pertinente se les sometió a los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Artículos referentes a países en el mundo.
- Artículos publicados entre los años 2020 y 2024.
- Artículos enfocados en la depresión postparto.
- Artículos enfocados en cesáreas electivas, cesáreas de emergencia y/o urgencia.
- Artículos enfocados en partos vaginales espontáneos e instrumentalizados.

Criterios de exclusión:

- Se descartaron artículos con información repetida en distintas bases de datos.
- Se descartaron artículos enfocados en madres adolescentes.
- Se descartaron artículos referentes al embarazo y ansiedad.
- Se descartaron artículos referentes a embarazos menores a 37 semanas.
- Se descartaron artículos de gestantes con depresión preexistente.
- Se descartaron artículos referentes a patologías existentes durante el embarazo.

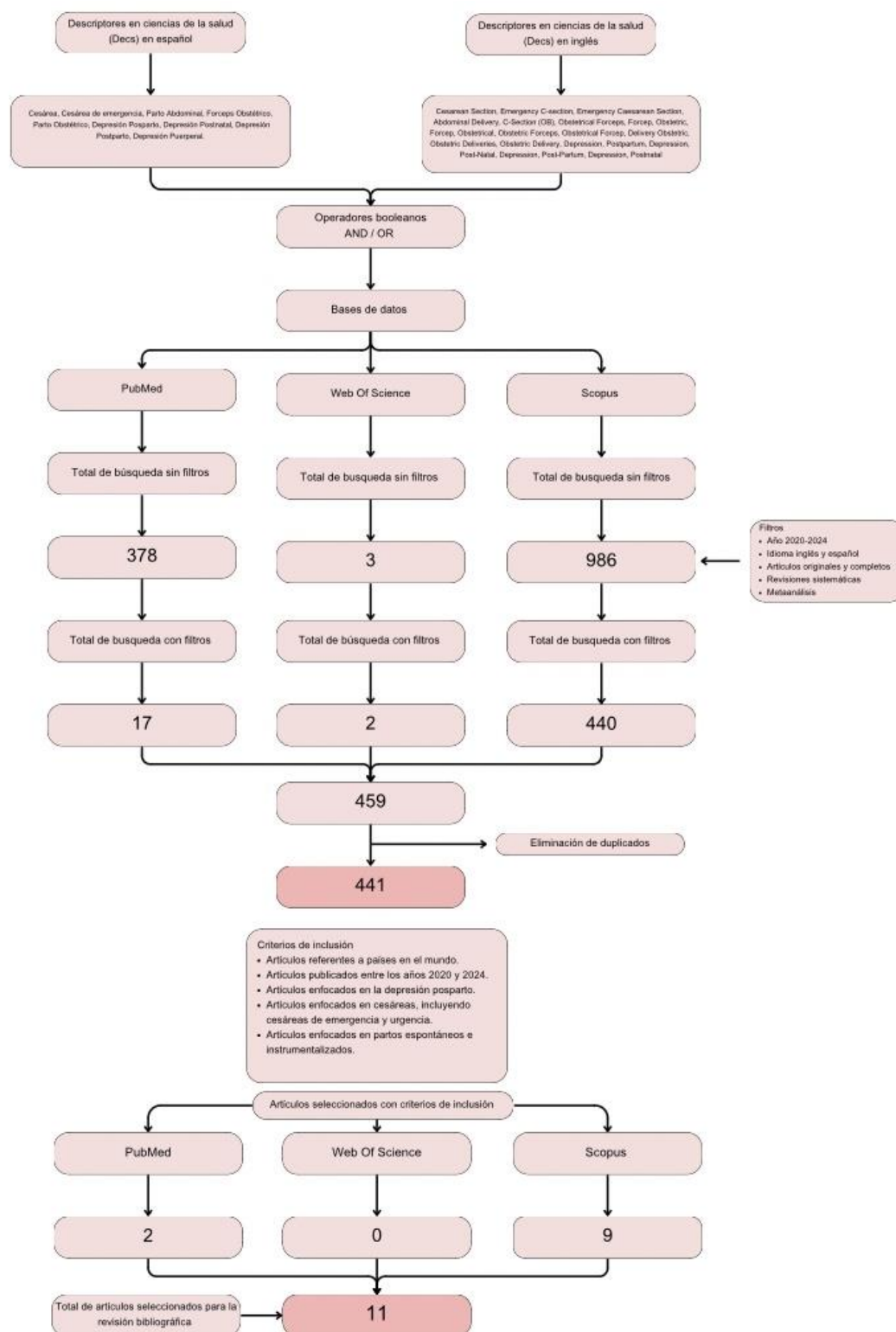
Términos de búsqueda

((“Cesarean Section” OR “Cesárea de emergencia” OR “Emergency C-section” OR “Emergency Caesarean Section” OR “Parto Abdominal” OR “Abdominal Delivery” OR “C-Section (OB)” OR “Forceps Obstétrico” OR “Obstetrical Forceps” OR “Forcep, Obstetric” OR “Forcep, Obstetrical” OR “Obstetric Forceps” OR “Obstetrical Forcep” OR “Parto Obstétrico” OR “Delivery, Obstetric” OR “Obstetric Deliveries” OR “Obstetric Delivery”) AND (“Depresión Postparto” OR “Depresión Postnatal” OR “Depresión Postparto” OR “Depresión Puerperal” OR “Depression, Postpartum” OR “Depression, Post-Natal” OR “Depression, Post-Partum” OR “Depression, Postnatal”))

Tabla 1. *Búsqueda total y papers seleccionados en las distintas bases de datos con las dos combinaciones.*

Bases de datos	Estrategias de búsqueda	Resultados
Pubmed	((“Cesarean Section” OR “Cesárea de emergencia” OR “Emergency C-section” OR “Emergency Caesarean Section” OR “Parto Abdominal” OR “Abdominal Delivery” OR “C-Section (OB)” OR “Forceps Obstétrico” OR “Obstetrical Forceps” OR “Forcep, Obstetric” OR “Forcep, Obstetrical” OR “Obstetric Forceps” OR “Obstetrical Forcep” OR “Parto Obstétrico” OR “Delivery, Obstetric” OR “Obstetric Deliveries” OR “Obstetric Delivery”) AND (“Depresión Postparto” OR “Depresión Postnatal” OR “Depresión Postparto” OR “Depresión Puerperal” OR “Depression, Postpartum” OR “Depression, Post-Natal” OR “Depression, Post-Partum” OR “Depression, Postnatal”))	17
Scopus	((“Cesarean Section” OR “Cesárea de emergencia” OR “Emergency C-section” OR “Emergency Caesarean Section” OR “Parto Abdominal” OR “Abdominal Delivery” OR “C-Section (OB)” OR “Forceps Obstétrico” OR “Obstetrical Forceps” OR “Forcep, Obstetric” OR “Forcep, Obstetrical” OR “Obstetric Forceps” OR “Obstetrical Forcep” OR “Parto Obstétrico” OR “Delivery, Obstetric” OR “Obstetric Deliveries” OR “Obstetric Delivery”) AND (“Depresión Postparto” OR “Depresión Postnatal” OR “Depresión Postparto” OR “Depresión Puerperal” OR “Depression, Postpartum” OR “Depression, Post-Natal” OR “Depression, Post-Partum” OR “Depression, Postnatal”))	440
Web of science	((“Cesarean Section” OR “Cesárea de emergencia” OR “Emergency C-section” OR “Emergency Caesarean Section” OR “Parto Abdominal” OR “Abdominal Delivery” OR “C-Section (OB)” OR “Forceps Obstétrico” OR “Obstetrical Forceps” OR “Forcep, Obstetric” OR “Forcep, Obstetrical” OR “Obstetric Forceps” OR “Obstetrical Forcep” OR “Parto Obstétrico” OR “Delivery, Obstetric” OR “Obstetric Deliveries” OR “Obstetric Delivery”) AND (“Depresión Postparto” OR “Depresión Postnatal” OR “Depresión Postparto” OR “Depresión Puerperal” OR “Depression, Postpartum” OR “Depression, Post-Natal” OR “Depression, Post-Partum” OR “Depression, Postnatal”))	2

Fuente: elaboración propia



Esquema 1. Diagrama, metodología de revisión bibliográfica sobre “tipo de parto y depresión en el postparto”.

Fuente: elaboración propia

El esquema 1 resume la metodología utilizada en el presente estudio, durante la búsqueda, tras aplicar los filtros se obtuvo un total de 459 artículos utilizando solo un término de busca en las tres bases de datos mencionadas. Luego se sometió al proceso de eliminación de duplicados, los cuales fueron 18. Se realizó una selección de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión, lo que da un total de 11 artículos, que son los de mayor relevancia para la presente investigación.

5. ANÁLISIS DE RESULTADOS

A lo largo de esta revisión bibliográfica realizada en el año 2024, se lograron obtener diversos datos de artículos científicos con sus respectivos resultados los cuales aportan a la realización de un análisis respecto a la concordancia entre el tipo de parto y la frecuencia de depresión postparto. Estos resultados se exponen de acuerdo con 3 categorías generales en las cuales se van respondiendo los 3 objetivos específicos. Cada categoría cuenta con su tabla resumen de los artículos seleccionados por cada uno de ellos.

5.1. Parto vaginal espontáneo e instrumentalizado y su relación con la depresión postparto.

La tabla 2 resume los 2 artículos seleccionados para responder al primer objetivo. En estos se determina que no hay una diferencia significativa entre depresión postparto y las mujeres que tuvieron un parto vaginal instrumental.

En el año 2021 Sun, Wang y Li (2021) realizaron un metaanálisis en red sobre la asociación entre el modo de parto y la depresión postparto. La búsqueda sistemática se realizó en 3 bases de datos con un total de 1,827,456 participantes. En este análisis se compararon los puntajes de la escala de depresión postparto de Edimburgo (EPDS) entre cuatro tipos de parto: Cesárea electiva (ELCS), cesárea de emergencia (EMCS), parto vaginal instrumental (IVD) y parto vaginal espontáneo (SVD). Esta escala ha sido validada para su uso en mujeres embarazadas y postparto, con una sensibilidad del 86% y una especificidad del 78%, es una herramienta que evalúa las experiencias emocionales, componentes cognitivos y afectivos de la sintomatología depresiva de los 7 días anteriores a su evaluación, donde la puntuación máxima de la herramienta es de 30 puntos. (Cox et al., 1987) El puntaje EPDS de ≥ 9 a ≤ 12 se define como depresión postparto (DPP) leve en este estudio. Como resultado, se mostró que no hubo una

diferencia significativa en el riesgo de DPP entre las mujeres que tuvieron su parto por IVD y SVD. Se hizo también, un análisis de subgrupos para diferenciar entre ventosas y fórceps y no se encontró una diferencia entre sus riesgos de puntaje alto en el EPDS. Además, al analizar el riesgo de DPP severa en mujeres con puntajes de EPDS de 13 o más, no hubo diferencias significativas según el modo de parto. Esto sugiere que el modo de parto tiene un impacto en el riesgo de DPP, pero que IVD no se asocia con un riesgo significativamente diferente al de SVD. (Sun, Wang, & Li, 2021)

Un estudio transversal publicado en el año 2023 tuvo como objetivo evaluar la asociación entre el modo de parto (parto vaginal sin asistencia, parto vaginal asistido, parto instrumental y cesárea) y el riesgo de depresión postparto al mes y a los 6 meses después del parto. Este estudio fue realizado en Japón, y la muestra fue de 89.954 madres, que debieron realizar diversos cuestionarios, de ellos, la información recopilada abarcó aspectos demográficos, antecedentes médicos, y factores socioeconómicos y psicológicos. Se realizó la EPDS y se utilizó una puntuación EPDS ≥ 13 al mes y a los 6 meses después del parto para diagnosticar DPP. Entre todas las mujeres, 51.507 (57,2%) tuvieron un parto vaginal sin asistencia, y 16.234 (18,0%) necesitaron un parto vaginal asistido, 5.381 (6,0%) tuvieron un parto instrumental y 16.802 (18,7%) tuvieron cesárea. Entre los partos instrumentales, 5.131 (96,2%) fueron partos con ventosa y el resto fueron partos con fórceps.

Se obtuvo como resultado, que en comparación con las mujeres que tuvieron un parto vaginal sin asistencia, las mujeres que tuvieron parto vaginal instrumentalizado tuvieron un mayor riesgo de DPP al mes, los OR fueron 1,12 (IC del 95 %, 1,02-1,23) y 1,20 (IC del 95 %, 1,05-1,38) respectivamente. Esto significa que el parto vaginal instrumentalizado tiene un 20% de más probabilidades de presentar DPP y corresponde a una asociación estadísticamente significativa. A los 6 meses del parto, las mujeres con parto instrumental mostraron un riesgo aumentado, aunque insignificante, de DPP, el OR fue de 1,15 (0,96-1,37) (Baba et al., 2023).

Tabla 2: Resumen de los artículos analizados, sus resultados y conclusiones para responder al primer objetivo

Título del estudio	Referencia	Año País	Tipo de estudio	Muestra	Resultados	Conclusiones	Link
Asociación entre el modo de parto y la depresión postparto: una revisión sistemática y un metanálisis en red.	(Sun, Wang, & Li, 2021)	Mundial 2021	Metaanálisis	16 estudios transversales y 27 estudios de cohorte. con 1,827,456 participantes	Se realizaron búsquedas sistemáticas de estudios transversales y de cohorte entre el año 2009 y 2018. Se incluyeron 43 estudios, los cuales se sometieron a un metaanálisis en red. No hubo diferencias significativas en el riesgo de DPP entre las mujeres que parieron IVD y SVD.	El modo de parto tiene un impacto en el riesgo de DPP, pero que IVD no se asocia con un riesgo significativamente diferente al de SVD.	https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-85091043135&doi=10.1177%2f0004867420954284&origin=inward&txGid=71d590956a5efc29740e56262cb2e367

Asociación entre el modo de parto y la depresión postparto: estudio sobre el medio ambiente y los niños en Japón	(Baba et al., 2023)	Japón 2023	Estudio transversal	89.954 madres	Se reclutaron 89.954 madres de 15 centros regionales de Japón entre 2011 y 2014. Se tuvo como objetivo examinar la asociación entre el modo de parto y los riesgos de DPP al mes y a los seis meses después del parto. Se determinó que al mes postparto si existe mayor riesgo de DPP en parto vaginal instrumental en comparación a parto vaginal sin asistencia. con un OR de 1,20 (IC del 95 %, 1,05-1,38).	Si bien al mes de tener el parto vaginal instrumentalizado se observa la presencia de un riesgo mayor de depresión postparto, a los 6 meses esta tendencia no se mantiene. Aunque el riesgo sigue siendo elevado, no es estadísticamente significativo.	https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10043157/
--	---------------------	------------	---------------------	---------------	---	---	---

Fuente: elaboración propia

5.2. Parto por cesárea emergencia y/o urgencia y su relación con la depresión postparto.

La tabla 3 agrupa los 3 artículos seleccionados para responder al segundo objetivo. En estos se observa que existe una relación entre la cesárea de emergencia y/o urgencia y depresión postparto.

Un estudio de cohorte comparativo realizado en Estados Unidos el año 2022, analizó un estudio de 2094 mujeres, donde la edad media es de 29,31 años (DE = 5,72), con aproximadamente el 20% de las mujeres del total es de una edad materna avanzada (≥ 35 años). Este estudio se realizó en un centro comunitario ubicado en Nueva Jersey, con una tasa anual de partos de aprox. 5.000. Se realizó un cribado de síntomas depresivos utilizando la escala de depresión de Edimburgo (EPDS) dentro de los primeros cuatro días postparto. El autor utilizó una puntuación de corte ≥ 10 . Además de esta escala se utilizó la regresión logística ajustada por raza/etnicidad y paridad evaluando su relación. Según el análisis realizado a 2094 mujeres solo 44 (2,1%) dieron positivo al cribado (indica que la persona tiene riesgo) de tener depresión postparto (EPDS ≥ 10), el cual se desglosa en 1,5% es por partos vaginales y 4,6% para cesáreas con una diferencia significativa $p=0009$.

Por otro lado, se comparó el tipo de parto donde el cribado positivo para cesárea planificada fue de 3,4% y cesárea no planificada (urgencia) fue de 5,7%, las cuales no tuvieron una diferencia significativa. Los resultados de la regresión logística revelaron que la cesárea no planificada (urgencia) se asocia significativamente con un aumento en el riesgo de desarrollar depresión postparto, con un odds ratio (OR) de 2,28 y un intervalo de confianza del 95% que varía entre 1,13 y 4,57 ($p=0,22$). Por otro lado, la cesárea planificada no mostró una asociación significativa (Smithson et al., 2020).

En Sudáfrica en el año 2020, se realizó un estudio cualitativo y transversal por Duma y Madiba, en el cual se contactó a 276 mujeres en edad fértil las cuales eran madres con bebés de entre 4 y 6 semanas. A las puérperas de un hospital estatal en Ixopo se aplicó un cuestionario demográfico que constaba de 10 preguntas y la Escala de depresión

postparto de Edimburgo (EPDS). Una puntuación ≥ 10 ya era indicativa de depresión postparto. La prevalencia de DPP se determinó en base a las puntuaciones de EPDS, de las 276 participantes, 110 obtuvieron una puntuación ≥ 10 , lo que indica una prevalencia de DPP del 39.9%. Del total de participantes, 147 tuvieron un parto vaginal normal (53.3%), 129 tuvieron un parto por cesárea (46.7%) de las cuales 66 fueron por cesárea electiva y 63 fueron por cesárea de emergencia. Las madres que tuvieron un parto mediante cesárea de emergencia presentaron aproximadamente 3 veces más probabilidades de desarrollar DPP en comparación a las que tuvieron un parto vaginal normal. (N. Duma, T. Madiba, 2020).

Un estudio de tipo prospectivo longitudinal realizado en Canadá en el año 2022 investigó la relación entre el tipo de cesárea (planificada v/s de emergencia), los síntomas de depresión postparto (DPP) y si los síntomas de trastorno de estrés postraumático (TEPT) postparto mediaban esta relación. Los datos utilizados en este estudio fueron recolectados entre mayo del 2009 y mayo del 2013. La muestra se limitó a 354 madres que llevaron a cabo su parto por cesárea, pero al aplicar los criterios de exclusión (embarazos múltiples) la muestra quedó en 345. La edad promedio de las madres fue de 32.8 años, la mayoría estaba casada (98.2%), tenía educación postsecundaria (74.20%), tenía un ingreso familiar $\geq \$70,000$ (86.46%) y era madre primeriza (62.5%). Más del 50% tuvo una cesárea no planificada o de emergencia ($n = 198$; 55.93%).

Se recolectaron datos en cada trimestre del embarazo y a los tres meses postparto, donde los síntomas de DPP se midieron a los tres meses postparto con la escala EPDS. Una puntuación mayor a 12 representa a las mujeres que probablemente padecen una enfermedad depresiva importante. Por otro lado, el TEPT se evaluó a los tres meses postparto utilizando la subescala de TEPT del Psychiatric Diagnostic Screening Questionnaire (PDSQ). Ésta es una escala de autoinforme psicométricamente fuerte con una subescala de 15 ítems y sus puntuaciones varían entre 0 y 15 puntos. Una puntuación de corte de cinco o más, representa la presencia de síntomas de TEPT.

El efecto directo del tipo de cesárea sobre los síntomas de DPP no fue significativo, tanto en los modelos no ajustados como en los ajustados. Esto indica que no hubo una asociación directa entre el tipo de cesárea (es decir, cesárea de emergencia/no

planificada versus cesárea planificada) y los síntomas de DPP reportados por las madres cuando sus bebés tenían tres meses de edad.

El examen del efecto indirecto no ajustado del tipo de cesárea sobre los síntomas de DPP reveló una asociación positiva entre el tipo de cesárea y los síntomas de TEPT y entre los síntomas de TEPT y DPP. Esto sugiere que las madres que experimentaron una cesárea de emergencia o no planificada tuvieron puntuaciones de TEPT aumentadas en casi medio punto en comparación con las madres que se sometieron a una cesárea planificada. Además, puntuaciones más altas de TEPT estaban asociadas con mayores síntomas de DPP a los tres meses postparto. Específicamente, por cada aumento de una unidad en las puntuaciones de TEPT, las puntuaciones de DPP aumentaban en 0.56 puntos. Se realizaron los mismos análisis de regresión para determinar síntomas de TEPT. Además, los síntomas de TEPT y los síntomas de depresión prenatal también mostraron asociaciones positivas con los síntomas de DPP.

El estudio encontró que la cesárea de emergencia estaba asociada con más síntomas de TEPT postparto, que a su vez estaban asociados con un mayor número de síntomas de DPP entre las nuevas madres. En general, el estudio actual demuestra que las cesáreas de emergencia están indirectamente asociadas con los síntomas de DPP materna. Estos hallazgos sugieren que los partos operativos no planificados pueden tener un efecto negativo en las percepciones del parto y, posteriormente, podrían estar asociados con el desarrollo de DPP. (Grisbrook et al., 2022)

Tabla 3: Resumen de artículos analizados, sus resultados y conclusiones para responder al objetivo número 2

Título del estudio	Referencia	Año País	Tipo de estudio	Muestra	Resultados	Conclusiones	Link
El parto por cesárea no planificado se asocia con el riesgo de síntomas depresivos postparto en el período postparto inmediato	(Smithson et al., 2020)	U.S.A 2022	Estudio de cohorte	2.094 mujeres con datos completos para analizar el estudio.	Se recolectaron las puntuaciones de EPDS y datos demográficos, incluyendo la edad, raza/ etnia, IMC, números de embarazos y paridad mediante la extracción del historial médico electrónico. Se verificó la ruta del parto, incluyendo la naturaleza planificada y no planificada de la cesárea con las expectativas del paciente.	La cesárea no planificada (emergencia) puede aumentar de manera independiente el riesgo de depresión postparto en el periodo postparto inmediato	https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85094586937&doi=10.1080%2f14767058.2020.1841163&partnerId=40&mid5=fa58d89f8ac581abab19e59aa86e82b7
La prevalencia de la depresión periparto y su relación con el modo de parto y otros factores entre las madres en Ixopo, Kwazulu-Natal, Sudáfrica	(N. Duma, T. Madiba, 2020)	Sudáfrica 2020	Estudio retrospectivo	Se utilizó un muestreo de 276 puérperas de un hospital estatal de Ixopo, Sudáfrica.	En base a las herramientas utilizadas de las 276 puérperas estudiadas, 110 arrojaron una prevalencia a DPP lo que corresponde al 39.9%. Las madres que dieron a luz mediante cesárea de emergencia tuvieron aproximadamente 3 veces más probabilidades de desarrollar DPP.	La prevalencia de DPP de mujeres entre 4 y 6 semanas postparto incide en 39.9%. la cesárea de emergencia aumenta la probabilidad de una DPP, se recomienda que una consulta con salud mental puede ser útil en el peri y postparto.	https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-85087955510&doi=10.1177%2f0081246320931355&origin=inward&txGid=ae9c64a72706db4823f730bde206ea61

Asociación entre el parto por cesárea, el estrés postraumático y los síntomas de depresión postparto	(Grisbrook, M, et al).	Canadá 2022	Estudio prospectivo longitudinal	Total de 345 madres que dieron a luz por cesárea.	Se realizó un estudio prospectivo longitudinal con una muestra de 345 mujeres que dieron a luz por cesárea, en donde se estudió el efecto directo de los tipos de cesárea sobre los síntomas de DPP los cuales se indica que no hubo una asociación directa entre ellos. y también, se estudió el efecto indirecto no ajustado entre el tipo de cesárea y los síntomas de TEPT y entre los síntomas de TEPT y DPP. En este segundo estudio se evidencia que las madres que tuvieron cesárea de emergencia sí tuvieron puntuaciones de TEPT aumentadas. y que estas puntuaciones altas, se asocian a mayores síntomas de DPP.	El estudio encontró que la cesárea de emergencia estaba asociada con más síntomas de TEPT postparto, que a su vez estaban asociados con un mayor número de síntomas de DPP entre las nuevas madres.	https://www.mdpi.com/1660-4601/19/8/4900
--	------------------------	-------------	----------------------------------	---	--	---	---

Fuente: elaboración propia

5.3. Parto vaginal espontáneo e instrumentalizado y la cesárea y su relación con la depresión postparto.

La tabla 4 agrupa los 7 artículos seleccionados para responder al tercer objetivo.

En estos se observa que la cesárea tiene mayor riesgo de presentar depresión postparto a diferencia de los partos instrumentalizados.

Un estudio transversal realizado en Japón por Baba et al. En el año 2023, en el cual se tuvo como objetivo evaluar la asociación entre el modo de parto (parto vaginal sin asistencia, parto vaginal asistido, parto instrumental y cesárea) y el riesgo de depresión postparto al mes y a los 6 meses después del parto. La muestra fue de 89.954 madres, que debieron realizar diversos cuestionarios, de ellos, la información recopilada abarcó aspectos demográficos, antecedentes médicos, y factores socioeconómicos y psicológicos. También se incluyeron datos antropométricos de las madres antes del embarazo, además de realizar la Escala de depresión postparto de Edimburgo (EPDS), se utilizó una puntuación EPDS ≥ 13 al mes y a los 6 meses después del parto para diagnosticar DPP. Los investigadores definieron que, al mes de parir, las mujeres en el periodo postparto a través de un parto vaginal asistido, un parto instrumental o una cesárea presentaron un mayor riesgo de depresión postparto (DPP) al mes, en comparación con aquellas que tuvieron un parto vaginal sin asistencia, según un análisis que consideró la edad. Los valores de razón de odds (OR) fueron 1,12 (IC del 95 %, 1,02-1,23) para el parto vaginal asistido, 1,20 (IC del 95 %, 1,05-1,38) para el parto instrumental y 1,30 (IC del 95 %, 1,19-1,42) para la cesárea. Se observó que a los 6 meses después del parto, las mujeres que tuvieron un parto instrumental presentaron un riesgo ligeramente mayor de depresión postparto (DPP), aunque este aumento no fue considerado significativo, con un OR de 1,15 (IC del 95 %, 0,96-1,37) y un P de 0,12. Por otro lado, las mujeres que dieron a luz mediante parto vaginal asistido o cesárea no mostraron un riesgo de DPP en los análisis realizados con modelos de regresión logística multivariable. Este estudio identifica que el parto por CS tiene un mayor riesgo en desarrollar DPP, sin embargo, no está claro el mecanismo por el cual la CS puede influir en el riesgo de depresión postparto, se mencionan mecanismos biológicos como lo son

los cambios hormonales; estradiol, progesterona, oxitocina y cortisol, pero no se recopiló información adicional sobre el papel de las hormonas en la asociación entre el modo de parto y DPP. También se mencionan mecanismos psicológicos que incluyen; el estrés causado por la operación quirúrgica y el trauma, una posible infección temporal local y el dolor pélvico crónico. La cesárea puede generar sentimientos de fracaso, falta de control, miedo al parto, autoestima reducida y percepción de una experiencia de parto negativa. Además, el estudio encontró que la asociación entre la cesárea y la DPP se limitó a mujeres que ya tenían malestar psicológico antes del parto. Estas mujeres pueden ser más susceptibles a los factores de estrés relacionados con una cesárea, lo que sugiere la necesidad de un apoyo psicológico adicional durante el embarazo para ayudar a reducir el riesgo de DPP (Baba et al., 2023)

El año 2021, Sun, Wang y Li estudiaron la relación entre el modo de parto y la DPP desde dos enfoques principales; En primer lugar, comparación entre cesárea (CS) y parto vaginal (VD) el cual resulta ser que el OR de DPP entre CS y VD fue de 1.33, intervalo de confianza (IC) del 95% = [1.21, 1.46], valor $p < 0.00001$, $I^2 = 61\%$, lo que significa que el riesgo de un puntaje alto en el EPDS (se consideró un puntaje EPDS ≥ 13) en CS fue 1.33 veces mayor que en VD en los 3 periodos de tiempo establecidos (2 semanas después del parto, de 2 semanas a 6 meses después del parto y más de 6 meses después del parto). Al momento de ajustar los resultados para tener en cuenta otros factores que podrían influir en la depresión postparto, el riesgo en las mujeres que se sometieron a una CS siguió siendo 1.34 veces mayor que en VD. Estos resultados se pueden explicar fisiológica y psicológicamente. En cuanto a lo fisiológico, en el momento del parto se liberan grandes cantidades de cortisol (causada por una respuesta al estrés) las cuales reducen los niveles de 5-hidroxitriptamina (5-HT) un neurotransmisor en el cerebro, esto podría aumentar la predisposición a la depresión en personas que ya son susceptibles (Dinan, 1994; Edwards et al., 1994). Así también, la inflamación, el dolor y el estrés provocados por la cirugía podrían, en teoría, incrementar la vulnerabilidad de las mujeres a desarrollar depresión. (Eckerdal et al., 2018). Y finalmente, la oxitocina aumenta en VD por lo que disminuye el riesgo de trastornos mentales después del parto (Kim et al., 2014; Lonstein et al., 2014; Mottolese et al., 2014). Psicológicamente, las mujeres que se

sometieron a CS suelen tener falta de confianza ya que no pudieron dar a luz de manera natural. Asimismo, los cambios en el dolor físico y la adaptación a la vida después del parto pueden causar DPP (Loto et al., 2010). En segundo lugar, se compararon los puntajes EPDS entre cuatro tipos de parto: cesárea electiva (ELCS), cesárea de emergencia (EMCS), parto vaginal instrumental (IVD) y parto vaginal espontáneo (SVD). Se obtuvo como resultado que el riesgo de obtener un puntaje elevado en la escala EPDS fue 1.53 veces mayor en las mujeres que tuvieron una cesárea de emergencia (EMCS) en comparación con aquellas que tuvieron un parto vaginal espontáneo (SVD), y 1.47 veces mayor en las que tuvieron una cesárea electiva (ELCS) en comparación con las de parto vaginal espontáneo. Estos resultados fueron estadísticamente significativos, con OR de 1.53 (IC del 95% = [1.22, 1.91]) y 1.47 (IC del 95% = [1.16, 1.86]). Se realizó un análisis de subgrupo para diferenciar entre el uso de ventosas o fórceps y no se encontró diferencia entre sus riesgos de puntaje alto en el EPDS. Además, el estudio también analizó los casos más severos de DPP, con puntajes EPDS superiores a 13, y encontró que las mujeres que dieron a luz por cesárea electiva (ELCS) tenían un riesgo 1.47 veces mayor de depresión severa en comparación con las que tuvieron un parto instrumental (IVD) (IC del 95% = [1.09, 1.99]) (Sun, Wang, & Li, 2021).

Un estudio de revisión sistemática cualitativa realizado por R. Herrero Vincent y C. Herrero Vincent en España el año 2021, tenía por objetivo comparar el impacto de las diferentes vías de parto en el riesgo de padecer depresión postparto. Realizaron una búsqueda bibliográfica en la base de datos Pubmed en donde obtuvieron 262 resultados, a los cuales se aplicaron criterios de inclusión y exclusión, quedando con un total de 11 artículos para elaborar esta revisión, los cuales incluían mujeres que tuvieron parto vía vaginal, cesárea y a su vez todos los estudios evaluaron el efecto de las vías de parto en la salud mental de la madre durante el período postparto. Los autores de los estudios utilizaron diferentes escalas o instrumentos para evaluar los síntomas depresivos y/o la experiencia subjetiva del parto, emplearon la EPDS (escala de depresión postparto de Edimburgo), algunos emplearon FBS-BES (FBS- escala de experiencia de parto), POBS (escala de percepción de nacimiento) y otros utilizaron la CIE (clasificación internacional de enfermedades) en sus versiones CIE-9-MC y CIE-10. Se evaluó la relación de la DPP

con los diferentes tipos de parto dividiéndolos en: parto vaginal instrumentado (fórceps, ventosa), parto vaginal complicado (episiotomía o 2° grado o más laceración), parto vaginal espontáneo, cesárea electiva y cesárea de emergencia. Varios autores negaron haber encontrado una relación directa entre la vía del parto y la DPP, sin embargo, sí identificaron factores obstétricos y consecuencias del parto que tuvieron un impacto en el riesgo de padecer síntomas depresivos. Eckerdal et al, en el año 2018, encontraron que la cesárea de emergencia y el parto vaginal instrumentado estaban indirectamente asociados con la DPP. El mayor aquejo de las madres por síntomas físicos molestos y la vivencia del parto calificada como negativa, supusieron una asociación indirecta entre ambas vías de parto y este trastorno. Las mujeres que tuvieron parto por cesárea de emergencia tuvieron mayor riesgo de sentirse decepcionadas, enfadadas y como un fracaso, comparadas con las que tuvieron parto vaginal (instrumentado o no). Las discrepancias y heterogeneidad encontradas en los resultados de estos estudios pueden deberse a múltiples causas. (R. Herrero Vicent & C. Herrero Vicent, 2021).

Los autores Doke et al. en el año 2021 mediante un estudio comparativo descriptivo en Pune, India, tuvieron como objetivo comparar la proporción de depresión postparto a las 6 semanas entre puérperas de cesárea y partos vaginales y evaluar su asociación a factores sociodemográficos. La muestra fue de 1556 mujeres en cada grupo a comparar de 2 hospitales docentes desde julio 2017 hasta diciembre 2018. Se les aplicó el formulario de depresión postparto de Edimburgo (EPDS) el cual se utilizó una puntuación de corte de ≥ 10 para identificar a una mujer con DPP. y además se realizaron entrevistas en las que incluían información sobre las características socioeconómicas de las participantes y antecedentes obstétricos detallados. En este estudio, se aplicó la prueba chi- cuadrado con corrección de Yates para evaluar la asociación entre la DPP y los parámetros sociodemográficos y obstétricos de los participantes. Y se calculó el OR ajustado utilizando regresión logística binaria multivariable.

Se evidencia que existe mayor riesgo de DPP entre las mujeres que tuvieron partos por cesárea (3,79%) en comparación con los partos vaginales (2,35%). La prueba de chi cuadrado no mostró asociación entre los factores sociodemográficos y las puntuaciones de EPDS < 10 o > 10 . Las mujeres con partos por cesárea obtuvieron puntuaciones

consistentemente más altas (≥ 6) en la EPDS que aquellas con partos vaginales. Sin embargo, no hubo diferencias significativas entre las cesáreas de emergencia y las cesáreas electivas con respecto a las tasas de DPP. En el análisis de regresión logística multivariable de los factores de riesgo de depresión postparto, se señala que existe un OR significativamente alto (1,86; IC del 95%: 1,14 a 3,03), lo que significa que las mujeres que se someten a cesárea tienen el doble de riesgo de padecer DPP, y lo mismo sucede con las mujeres menor a 25 años con un OR de 2,10 (IC 1,21 a 3,65) (Doke et al., 2021).

Urbanová, Škodová y Bašková (2021) llevaron a cabo una investigación en 2 hospitales reconocidos de la capital de Eslovaquia (Bratislava) y se escogió un muestreo por conveniencia para seleccionar a las madres de las cuales fueron 584 mujeres (edad media $30,6 \pm 4,9$, rango de edad 16-44) de dos a cuatro días después del parto (período postparto temprano). De ellas, 431 fueron partos vaginales y 153 de tipo operatorio (cesárea). Se utilizó la Escala de Satisfacción al Nacer (BSS) de CJ Hollins Martin que contiene 30 ítems de autoinforme, calificados en una escala Likert de 5 puntos, que evalúan las percepciones de las mujeres. El rango total de puntuaciones es de 30-150 puntos, donde el puntaje más alto significa mayor satisfacción en el parto. Se utilizó la Escala de depresión postparto de Edimburgo (EPDS) con una puntuación de corte de 10 puntos o más para diagnosticar DPP. Otra herramienta utilizada en el estudio fue la Escala de Estrés Percibido de 10 ítems (PSS-10). Se obtuvo como resultado que en relación con el tipo de parto (parto vaginal/natural vs. parto operatorio), hubo un nivel estadísticamente significativo de depresión postparto materna después del parto por cesárea ($p \leq 0,000$). Al mismo tiempo, hubo una satisfacción postparto estadísticamente significativamente menor después del parto por cesárea ($p \leq 0,000$) que después del parto normal (Urbanová, Škodová, & Bašková, 2021).

Un estudio comparativo retrospectivo publicado en Varsovia en el año 2020 examinó los predictores peripartos del riesgo de trastornos depresivos postparto a través de un diseño de casos y controles. Se analizaron los registros médicos del departamento de ginecología y obstetricia del hospital profesor Orłowski, donde se mide la escala de EPDS 2 a 4 días después del parto para obtener información sobre el estado de ánimo actual

de las pacientes. Se analizaron los datos de 604 pacientes que expresaron su consentimiento para el uso de sus datos personales en la investigación. Es importante mencionar que el autor utilizó 12 puntos como corte en la EDPS. El grupo de estudio incluyó a 75 mujeres que obtuvieron al menos 12 puntos en el EPDS (media =14,92, DE =3,05), lo que indica un riesgo significativo de depresión postparto. El grupo de control estuvo compuesto por 75 mujeres que obtuvieron no más de 5 puntos en el EPDS, el que sirvió como comparación para evaluar los factores asociados con la depresión.

Uno de ellos fue el tipo de parto vaginal o cesárea, en el cual se le aplicó la prueba de chi- cuadrado, donde casi la mitad de las mujeres tiene riesgo de desarrollar trastornos de ánimo postparto (46,7%) las cuales se sometieron a cesárea. Por otro lado, las mujeres del grupo de control solo el 12% no tenían riesgo de tener un trastorno del ánimo. Esta diferencia es significativa ($p < 0,0001$), lo que indica que el tipo de parto está relacionado con el riesgo de depresión postparto (Zaręba, K, et al, 2020).

Un estudio transversal que se llevó a cabo en Polonia en el año 2020, en el cual se utilizó un muestreo no aleatorio para seleccionar a 224 mujeres. Se les aplicó la escala de depresión postnatal de Edimburgo (EPDS) y una escala de calificación numérica (NRS). Se ha utilizado una puntuación de 12/13 como punto de corte en EPDS que indica un alto nivel de depresión. Entre los resultados del estudio, se observó que las mujeres que tuvieron un parto vaginal presentaron un 12.2% de prevalencia de síntomas de depresión postparto, en relación con el dolor experimentado durante el trabajo de parto. Por otro lado, las mujeres que se sometieron a una cesárea electiva mostraron un 11.6% de incidencia de estos síntomas, mientras que aquellas que tuvieron una cesárea de emergencia presentaron una prevalencia significativamente mayor, del 32.8%. El estudio concluye que el parto vaginal está asociado con un menor riesgo de desarrollar depresión postparto en comparación con el parto por cesárea. Al analizar los diferentes tipos de cesárea, se encontró que la transición de un parto vaginal a una cesárea de emergencia tiene un mayor impacto en el desarrollo de síntomas de depresión postparto que la evolución de una cesárea electiva a una de emergencia. Además, se evaluó el dolor tanto en el momento del parto como al alta hospitalaria. Los resultados mostraron que, durante el parto, el dolor fue más significativo en los partos vaginales en comparación con las

cesáreas. Sin embargo, al momento del alta, el dolor fue mayor en los casos de cesárea. Se observó una correlación significativa entre la aparición de depresión postparto y el dolor experimentado al alta hospitalaria (Ilska et al., 2020).

En relación con lo anterior, el dolor persistente y depresión postparto en mujeres, refiere a un porcentaje significativo de ellas, las cuales experimentan dolor persistente después del parto, siendo mayor en aquellas que se sometieron a cesárea. En este sentido, alrededor del 28% de las mujeres reportaron este dolor, ocho semanas después del parto, mientras que aproximadamente el 12% experimentó depresión postparto. (Rosseland et al., 2020)

Por consiguiente, el estudio desarrollado por Rosseland (2020), señala que los antecedentes del dolor crónico y depresión antes del embarazo son factores predictivos clave tanto para el dolor persistente como para la depresión postparto, también una experiencia negativa de este está significativamente asociada con una mayor incidencia de este tipo de depresión, aunque, es importante mencionar que la intensidad del dolor durante el parto no se relaciona directamente con esta condición. Es así como, este estudio se centra en la relación entre el dolor experimentado durante el parto y la experiencia general del nacimiento con la aparición de dolor persistente y depresión postparto. El objetivo fue analizar si la intensidad del dolor durante el parto y la experiencia del nacimiento influyen en el desarrollo del dolor y depresión, ocho semanas después de este y la muestra se obtuvo de nacimientos en un hospital universitario de Akershus, en Noruega, y consistió en 1.221 mujeres que completaron los cuestionarios durante el embarazo y después del parto. Es así como, los instrumentos utilizados fueron los siguientes, un cuestionario a las 17 semanas de gestación, otro inmediatamente después del parto y el último 8 semanas postparto. En el primer cuestionario se les realizó dos preguntas, la primera sobre el dolor recurrente o crónico que había durado más de 3 meses previo al embarazo, (codificado si/no), la segunda fue si ha tenido depresión previa al embarazo (codificado si/no), esto debido a que ambos son predictores conocidos del dolor postparto persistente y depresión.

El segundo cuestionario realizado fue dentro de las 48 horas postparto, también con dos preguntas, las cuales fueron: “¿Qué tan intenso fue el dolor que sintió durante el parto?”

y “¿Cuál fue su experiencia de parto?” el dolor fue medido con una escala de calificación numérica, las respuestas se calificaron de 0 (sin dolor) a 10 (el dolor más fuerte que pueda imaginar). A partir de entonces la experiencia del parto se midió nuevamente utilizando una escala de calificación numérica, las respuestas se calificaron como mínimo 0 a un máximo de 10 (“muy bueno a “extremadamente malo”).

Es así como los resultados mostraron lo siguiente: El gráfico del estudio señala que más del 50% de las mujeres informaron una intensidad del dolor entre 9 y 10. Esto indica un “efecto techo” en la percepción del dolor, ya que muchas mujeres experimentaron un nivel máximo de dolor. Por otro lado, la experiencia de parto tuvo una duración media de 2,0 es decir cuanto menor sea la puntuación mejor será la experiencia.

El tercer cuestionario de autoevaluación se aplicó 8 semanas postparto con la escala de depresión posnatal de Edimburgo (EPDS), se consideró un puntaje mayor a 10 puntos, en el estudio actual el coeficiente alfa de Cronbach para EPDS fue de 0,851 esto quiere decir que la escala es una herramienta confiable y tiene una alta fiabilidad lo cual lo hace consistente para evaluar la depresión postparto en mujeres.

Respecto a la presencia de dolor persistente a las 8 semanas postparto se evaluó con la siguiente pregunta “¿Ha sentido dolor persistente o recurrente durante las últimas 2 semanas?” donde el resultado fue que “El 28% de las mujeres refirió dolor persistente después del parto, con una incidencia sustancialmente mayor después del parto por cesárea (36%) que después del parto vaginal (26%)”

Cabe destacar que en este estudio hubo diferentes variables tales como: psicológicas cómo depresión previa o actual, variables de personalidad, ansiedad y trastornos del sueño, variables sociales cómo licencia por enfermedad y apoyo social, y características del parto y del niño.

Es importante conocer que las participantes tenían una edad media de 31,5 años y el 50% de las mujeres eran primerizas, el 97% de las mujeres estaban casadas o conviven y el 95% de ellas mencionan que no fumaban al momento del parto.

La prevalencia de depresión postparto fue del 11,8 % después del parto vaginal y del 13,8% después del parto por cesárea.

Finalmente, en este estudio se pudo concluir que, si bien el dolor intraparto no se asoció con el riesgo de depresión postparto, ni con el dolor persistente 8 semanas después, La

experiencia negativa de parto si fue significativa para el riesgo de depresión postparto, que los antecedentes de depresión y dolor crónico antes del embarazo fueron importantes para prever una depresión postparto 8 semanas posteriores a este (Rosseland et al., 2020).

Tabla 4: Resumen de artículos analizados, sus resultados y conclusiones para responder al objetivo número 3.

Título del estudio	Referencia	Año País	Tipo de estudio	Muestra	Resultados	Conclusiones	Link
Asociación entre el modo de parto y la depresión postparto: estudio sobre el medio ambiente y los niños en Japón.	(Baba et al., 2023)	Japón 2023	Estudio de cohorte	89.954 madres	15 centros regionales de Japón reclutaron a futuras madres desde enero 2011 hasta marzo 2014. Se seleccionó un total de 89.954 madres a las cuales se aplicaron cuestionarios con aspectos demográficos, antecedentes médicos, y factores socioeconómicos y psicológicos. También se incluyeron datos antropométricos de las madres antes del embarazo, además de realizar la Escala de depresión postparto de Edimburgo (EPDS). Las mujeres que se sometieron a una cesárea en comparación con aquellas que tuvieron un parto vaginal sin asistencia mostraron una relación significativa con la depresión postparto un mes después del parto OR 1,30.	Las mujeres que se sometieron a una cesárea presentaron DPP al mes de dar a luz, aunque no se mantuvo a los 6 meses. Aquellas mujeres que presentaron malestar psicológico previo a una cesárea podrían ser consideradas para un seguimiento cercano a depresión las primeras semanas tras el nacimiento.	https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-85159552205&doi=10.2188%2fjea.JE20210117&origin=inward&txGid=909b1b67cdb62a28fcec1c6e25d61d6

Asociación entre el modo de parto y la depresión postparto: una revisión sistemática y un metaanálisis en red.	(Sun, Wang, & Li, 2021)	Mundial 2021	Metaanálisis	16 estudios transversales y 27 estudios de cohorte. con 1,827,456 participantes	Se realizaron búsquedas sistemáticas de estudios transversales y de cohorte entre el año 2009 y 2018. Se incluyeron 43 estudios, en los cuales se exploró sistemáticamente la relación entre el modo de entrega y la DPP desde dos perspectivas. Por un lado, se midió el puntaje alto en el EPDS después de CS y VD. Por otro lado, se analizó el puntaje alto en el EPDS en ELCS, EMCS, IVD y SVD mediante un metaanálisis en red. Se concluyó que el riesgo de un puntaje alto en el EPDS en CS fue 1.33 veces mayor en comparación a VD. Y que el riesgo de un puntaje alto en el EPDS en EMCS fue 1.53 veces mayor que en SVD.	Se evidencia un mayor riesgo de DPP en cesáreas de emergencia, seguido por cesáreas electivas, en comparación a partos vaginales. Se sugiere tomar medidas necesarias para reducir la CS e informar a madres y profesionales sobre sus riesgos asociados. Se debe monitorear el progreso de trastornos mentales en mujeres que dieron a luz por cesárea.	https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-85091043135&doi=10.1177%2f0004867420954284&origin=inward&txGid=71d590956a5efc29740e56262cb2e367
--	-------------------------	--------------	--------------	---	---	--	---

¿El dolor del parto y la experiencia del nacimiento están asociados con el dolor persistente y la depresión postparto? Un estudio de cohorte prospectivo	(Rosseland et al., 2020)	Noruega 2020	Estudio de cohorte prospectivo	La muestra del estudio se extrajo de la cohorte de nacimientos de Akershus. Se utilizaron datos de múltiples fuentes, incluido el registro de nacimientos del hospital (n = 4391), datos del cuestionario de la semana 17 de gestación del embarazo (n = 3752), 8 semanas después del parto (n = 2217).	Los resultados mostraron que ni el dolor de parto ni la experiencia del parto se asociaron con el dolor persistente 8 semanas después del parto, mientras que el dolor antes del embarazo (OR 3,70; IC del 95%: 2,71-5,04) y los antecedentes de depresión (OR 2,31; IC del 95%: 1,85-2,88) fueron predictores estadísticamente significativos de dolor persistente. Una experiencia de parto negativa se asoció significativamente (OR 1,16; IC del 95%: 1,04-1,29) con la depresión postparto, mientras que la intensidad del dolor de parto no lo fue. Los antecedentes de depresión (OR 3,95; IC del 95%: 2,92-5,34) y el dolor previo al embarazo (OR 2,03; IC del 95%: 1,37-3,01) fueron predictores importantes de depresión postparto 8 semanas después del parto.	En este estudio, la intensidad del dolor intraparto no se asoció con la depresión postparto ni con el dolor persistente 8 semanas después del parto. La experiencia del parto intraparto se asoció significativamente con la depresión postparto, pero no con el dolor persistente, 8 semanas después del parto. Los antecedentes de dolor y depresión antes del embarazo se asociaron de manera importante y significativa con el dolor y la depresión 8 semanas después del parto, lo que implica la necesidad de realizar pruebas de detección de estas afecciones en las mujeres embarazadas y considerar medidas preventivas.	https://www.scopus.com/recording/display.uri?eid=2-s2.0-85085889603&doi=10.1515%2fsjpain-2020-0025&origin=inward&txGid=a836a36e5f7a1281de3ef8b5a017754d
--	--------------------------	--------------	--------------------------------	---	--	--	---

Evaluación de la diferencia en la depresión postparto entre las mujeres por cesárea y parto vaginal en un seguimiento de 6 semanas en hospitales del distrito de Pune, India	(Doke et al., 2021)	India 2021	Estudio de cohorte observacional	1556 mujeres que tuvieron cesárea o parto vaginal en 2 hospitales docentes de Pune, India desde julio 2017 hasta diciembre 2018.	Se incluyeron 1.556 mujeres de 2 hospitales docentes de Pune y se recopilaron sus datos mediante entrevistas (presencial o telefónicas) y la EPDS. La proporción de DPP con una puntuación EPDS de 10 o más fue del 3,79% entre las mujeres que tuvieron parto por cesárea y del 2,35% entre las mujeres que tuvieron parto vaginal. No se tuvieron diferencias significativas entre las cesáreas de emergencia y cesáreas electivas.	Se corroboró que la edad temprana y el parto por cesárea constituyen factores de riesgo para DPP. Se recomienda implementar una evaluación y cribado universales en estas púerperas.	https://bmjopen.bmj.com/content/11/9/e052008.long#T3
La relación entre la satisfacción al nacer y el riesgo de depresión postparto.	(Urbanová, Škodová, & Bašková, 2021)	Eslovaquia 2021	Estudio transversal correlacional	585 mujeres de 2 a 4 días después del parto.	A 584 mujeres de 2 a 4 días postparto se les aplicaron 3 escalas para medir la asociación entre la satisfacción al nacer y DPP, lo cual se obtuvo como resultado que existe una relación entre el parto operatorio y DPP, además de evidenciar que las mujeres que tuvieron parto por cesárea están menos satisfechas con el parto.	En el estudio, aunque la satisfacción con el parto fue generalmente alta, un porcentaje significativo de mujeres mostró signos de riesgo de depresión postparto, además, se confirma que el tipo de parto es un factor de riesgo para desarrollar DPP. Se sugiere un seguimiento psicológico postparto.	https://www.mdpi.com/1660-4601/18/19/10458#metrics

Evaluación del impacto del parto mediante cesárea frente el parto vaginal en mujeres con depresión postparto: revisión sistemática cualitativa	(R. Herrero Vicent & C. Herrero Vicent, 2021)	España 2021	Revisión sistemática cualitativa	11 estudios de Pubmed que incluían: mujeres que alumbraron mediante parto vía vaginal y cesárea que a su vez evaluarán el efecto de las vías de parto en la salud mental materna en el periodo postparto.	Se evaluó la relación de la DPP con los diferentes tipos de parto. Varios autores negaron haber encontrado una relación directa entre la vía del parto y la DPP. Eckerdal et al. descubrieron que la cesárea de emergencia y el parto vaginal instrumentado estaban indirectamente asociados con la DPP. El mayor aquejo de las madres por síntomas físicos molestos y la vivencia del parto calificada como negativa. Las mujeres que alumbraron por CS de emergencia tuvieron mayor riesgo de sentirse decepcionadas, enfadadas y como un fracaso, comparadas con las que alumbraron mediante parto vaginal (instrumentado o no).	La relación entre la DPP y la vía de parto sigue siendo desconocida y no concluyente, reflejando la necesidad de investigar más sobre el tema y desestigmatizar este problema de salud invisibilizado.	https://www.scopus.com/recording/display.uri?eid=2-s2.0-85109219153&doi=10.1016%2fj.gine.2021.100684&origin=inward&txGid=0bd268ada6d5005d3b5c89e8d130b1f0
--	--	----------------	--	---	---	--	---

Predictores periparto del riesgo de trastorno depresivo postparto: resultados de un estudio de casos y controles	(Zaręba, K, et al, 2020)	Varsovia 2020	Estudio comparativo retrospectivo	Datos extraídos de los registros médicos de pacientes hospitalizadas en el departamento de ginecología y obstetricia del hospital profesor orlowski en Varsovia, entre los años 2010-2017. Se analizaron los datos del EPDS de 604 pacientes. el grupo de estudio incluyó 75 mujeres que obtuvieron al menos 12 pts. EPDS y el estudio de control formado por 75 mujeres obtuvieron no más de 5 pts EPDS	Las mujeres que se noto un riesgo incrementado de desarrollar trastorno del estado del ánimo presentaron una pérdida de sangre >1000 ml y tuvieron una duración significativa mayor de las etapas II y III del trabajo de parto en comparación con el grupo de control. Otro factor de riesgo fue la cesárea, el parto vaginal con curetaje de la cavidad uterina.	Se debe ofrecer mayor supervisión y apoyo a las mujeres que experimentaron los factores de riesgo mencionados anteriormente.	https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85096523780&doi=10.3390%2fijerph17238726&partnerID=40&md5=329a97ab9a1b7251625a4b2c168e6018
--	--------------------------	---------------	-----------------------------------	--	--	--	---

Parto vaginal o cesárea. Severidad de los primeros síntomas de depresión postparto y evaluación del dolor en mujeres polacas en el puerperio temprano	(Ilska et al., 2020)	Polonia 2020	Estudio transversal	Se utilizó un muestreo no aleatorio de puerperio temprano, se utilizaron 224 mujeres polacas que estaban dispuestas al estudio con consentimiento firmado.	Se realizó un estudio transversal de 224 mujeres, en el postparto temprano, donde la menor de las mujeres tenía 18 años y la mayor de 41 años. La mayoría de las encuestas viene de ciudades medianas, pequeñas, el 33% de los partos fue vaginal, donde el 67% fue una cesárea (electiva o de emergencia)	Los síntomas de depresión post parto se presentan en mayor medida en las mujeres que tuvieron un parto por cesárea de emergencia en comparación con las mujeres que tuvieron un parto vaginal y una cesárea electiva.	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32403020/
---	----------------------	--------------	---------------------	--	--	---	---

Fuente: elaboración propia

6. DISCUSIÓN

La depresión postparto tiene múltiples causas y factores que influyen en la manifestación de esta enfermedad, según la Organización Panamericana de Salud, al año 2018 la cifra a nivel mundial de depresión postparto es del 15% (Organización Panamericana de la Salud, 2018) se va

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda a los países, que los partos por cesárea no superen el 15%. Sin embargo, la tasa de cesáreas varía en diferentes lugares del mundo: En América Latina, la tasa de cesárea es de 44.3%, mucho más alta que la recomendada por la OMS. En Europa occidental, la tasa de cesárea es de 26%, en África occidental y central, la tasa de cesárea es de 4.1%. (Organización mundial de la Salud, 2015). En cuanto a Chile, según datos estadísticos del observatorio de violencia obstétrica al año 2021 se alcanzaba una tasa promedio de cesáreas del 59%. (Sadler, 2023)

Existe cierta evidencia con respecto al modo de parto y su asociación con la salud mental materna después de este (S. Coe et al., 2021), puesto que los partos por cesárea o partos vaginales instrumentalizados se relacionan con un mayor nivel de somatización, depresión y ansiedad. (Dekel et al., 2019)

Al analizar la búsqueda bibliográfica para determinar la relación entre el tipo de parto y depresión en el puerperio, se observó que existen artículos que exponen una relación significativa entre el tipo de parto y la incidencia de depresión postparto, en las cuales se destacan diferencias relevantes entre los tipos de parto; vaginal espontáneo, vaginal instrumentado, cesárea y cesáreas de emergencias. (Sun, Wang, & Li, 2021).

Los autores Xu, H et al. confirman lo estudiado mediante un metaanálisis en el año 2017, la relación entre cesáreas y depresión postparto, en el cual se encontró que la cesárea y la cesárea de emergencia aumentan el riesgo de depresión postparto, sin embargo, se necesitan más pruebas para explorar esta asociación. (Xu, H. et al., 2017). Esto se

relaciona con lo dicho por Meky, H et al. en un estudio de cohorte prospectivo realizado el año 2019 en Egipto donde se presenta un porcentaje mayor de depresión postparto a las 8 y 16 semanas después de realizada una cesárea de emergencia (25% y 19% respectivamente) en comparación a las mujeres que se sometieron a cesárea electiva (21% y 13%, respectivamente), y ésta asociación es aún más baja en aquellas mujeres que tuvieron un parto vaginal (7% y 1,7%, respectivamente) (Meky, H et al., 2019). Los autores Chen, H. et al. En un estudio de cohorte en el 2017 encontraron que el parto por cesárea se asocia a un mayor riesgo de síntomas de estrés postparto, incluido síntomas de estrés, ansiedad y depresión (Chen, H. et al., 2017).

Otro estudio en el año 2018 se realizó un estudio de cohorte longitudinal en Suecia, en donde se encontró que el tipo de parto no afecta directamente en el riesgo de depresión postparto, pero si lo hacen factores mediadores como lo son: las complicaciones postparto y la experiencia del parto. Las mujeres que experimentan cesáreas de emergencia o parto con ventosas en un contexto negativo son un grupo de alto riesgo para desarrollar depresión postparto. (Eckerdal, P. et al., 2018)

A diferencia de lo encontrado en los estudios anteriores, los autores Patel, R. et al. En su estudio de cohorte poblacional prospectivo en el año 2005 señalan que la cesárea electiva no protege contra la depresión postparto, sin embargo, tampoco existe evidencia que el parto vaginal asistido ni la cesárea de emergencia sean un factor de riesgo para desarrollar depresión postparto. Por lo tanto, se concluye que aquellas mujeres que tengan antecedentes de depresión o con alto riesgo de depresión, no sean tratadas de manera diferente con respecto al modo de parto. (Patel, R. et al., 2005). Esto se relaciona con lo dicho por los autores Sword, W. et al. en su estudio de cohorte prospectivo realizado en el año 2011 en donde se afirma que no se encontró ninguna asociación entre la depresión postparto y el modo de parto, sin embargo, se encontró que existen otros factores involucrados entre ellos: bajo apoyo social, edad materna joven, embarazo previo, mala salud postparto y falta de lactancia materna (Sword, W. et al., 2011). Este último factor (lactancia materna), se relaciona con otro estudio realizado por Takács, L et al. en donde se señala que la cesárea está asociada a una menor probabilidad de

lactancia materna exclusiva, que a su vez se relaciona con un aumento en los síntomas depresivos. Sin embargo, no se observan efectos directos de la cesárea sobre los síntomas de depresión postparto a las 6 semanas o 9 meses postparto. (Takács, L et al. 2021).

En relación con lo mencionado anteriormente, es necesario que los profesionales de salud puedan instruir a las madres respecto a los tipos de parto, experiencias de parto y posibles complicaciones, todo esto para poder llevar a cabo una gestación satisfactoria de inicio a fin. Es por esto por lo que es importante lograr capacitar al equipo interdisciplinario y así poder focalizar la atención pregestacional, gestacional, en el trabajo de parto y puerperio de una manera integral abordando los diferentes temas de una mejor manera durante todo el curso de vida de la mujer ya que desde niñas se comienza a romantizar el embarazo, parto y puerperio, el cual crea falsas expectativas, las cuales están muy alejadas de la realidad. Muchas veces no existe el lugar o la instancia para poder expresar el cansancio, mostrar arrepentimiento, miedo, ansiedad o simplemente llorar debido a la crítica social o familiar. Aunque se tiende a pensar que estos cambios emocionales son debido a las hormonas, que sin duda juegan un papel fundamental, también está ligada a un duelo profundo, como es el perder la identidad de una mujer o lo que solía ser o hacer antes de la llegada del bebé (UDEM, 2022). Un estudio realizado en Turquía en el año 2018 avala la importancia de preparar a las madres para el parto con capacitaciones en preparación para el parto en el periodo prenatal, para que las madres tengan una experiencia de parto positiva y así reducir el riesgo de depresión postparto (Unsal Atan, Ş., 2018).

Asimismo, otro estudio de cohorte en Irán reafirma los resultados positivos de una preparación al parto, donde la asistencia a clases prenatales se asocia con una experiencia de parto positiva y una puntuación baja de depresión postparto (Hassanzadeh, R., 2020).

7. LIMITACIONES

En relación con las limitaciones que se presentaron para realizar esta tesis, es importante mencionar que se encontraron escasos artículos sobre el parto vaginal espontáneo e instrumentalizado y su asociación con la depresión postparto, por lo cual no se pudo realizar un análisis específico sobre su relación.

8. CONCLUSIONES

A partir del análisis exhaustivo de los artículos seleccionados para la elaboración de esta tesina, y con el objetivo de responder de manera precisa tanto a la pregunta de investigación como a los objetivos planteados, se concluye que:

- El riesgo de depresión postparto fue mayor en mujeres que tuvieron un parto por cesáreas que en mujeres que tuvieron por vía vaginal, sin embargo, la cesárea de emergencia predomina por sobre la cesárea electiva.
Para lo cual se exponen tres grandes factores fisiológicos que pueden estar asociados a su aparición: grandes cantidades de cortisol liberadas durante el parto, lo cual lleva a la disminución de un neurotransmisor en el cerebro (5-HT). La relación entre la inflamación, el dolor y estrés causado por la operación y finalmente, los pocos niveles de oxitocina liberada en la cesárea a comparación del parto vaginal.
- Existen posibles factores psicológicos que pueden estar involucrados en la aparición de depresión postparto en mujeres que se sometieron a cesárea (electiva o de emergencia). Las mujeres pueden sentir inferioridad, sensación de fracaso, pérdida de control o decepción y además, al no tener un parto de manera natural las hace sentir una falta de confianza con su propio cuerpo.
- El parto vaginal instrumentalizado podría no relacionarse con un mayor riesgo de depresión postparto a comparación del parto vaginal espontáneo, a pesar de hacer un subgrupo entre ventosas y fórceps, no se encontraron diferencias significativas. Así mismo, se encontró evidencia de que existe una leve relación entre el parto instrumentalizado y depresión postparto al mes de parir, pero esta relación no se mantiene a los seis meses.

- La cesárea de emergencia presenta mayor probabilidad de desarrollar depresión postparto, debido a varios factores que pueden influir indirectamente en su aparición. Uno de ellos corresponde al trastorno de estrés postraumático que sufren las madres al someterse a una cesárea de emergencia, por otro lado, tenemos una mala experiencia referida por las madres, asociada también a una menor satisfacción con el parto. Y finalmente, el dolor percibido los días después del parto por cesárea puede influir negativamente en la aparición de un trastorno mental. Asimismo, la intensidad del dolor durante el parto no se relaciona directamente con la depresión postparto, sin embargo, todos estos son factores importantes para considerar y predecir problemas en el puerperio.

A partir de los hallazgos y análisis realizados en esta tesis, es fundamental que, como futuras matronas, trabajemos para reducir la tasa de cesáreas innecesarias mediante diversas estrategias, especialmente educando a los profesionales de la salud sobre las consecuencias de este procedimiento. Además, es crucial proporcionar a las mujeres embarazadas y puérperas información adecuada y suficiente sobre el proceso del parto y los cambios que pueden experimentar durante este período.

La preparación de los profesionales de la salud, así como el apoyo integral durante el puerperio, son aspectos clave. De igual manera, la educación continua a las madres durante el embarazo es esencial para promover una atención más informada y respetuosa. Otro punto importante es la necesidad de explorar herramientas adicionales que complementen la EPDS (Escala de Depresión Postparto de Edimburgo), con el objetivo de identificar de manera temprana los síntomas de la depresión postparto y brindar el apoyo necesario.

Es crucial seguir impulsando investigaciones futuras que permitan obtener datos precisos y relevantes, los cuales contribuyan a la prevención y tratamiento oportuno de este problema de salud materna, que ha estado muchas veces invisibilizado. Como futuros profesionales de la salud, tenemos la responsabilidad de ofrecer una educación adecuada durante el embarazo, orientando a las futuras madres sobre el proceso del

parto y sus posibilidades implicaciones, para que puedan tener una visión completa y realista de este acontecimiento.

Al cultivar una valoración positiva y llena de esperanza del nacimiento, y al guiar a la madre con una comprensión profunda del proceso que está por vivir, no solo estamos brindando seguridad y respeto, sino que estamos tejiendo un lazo irrompible de confianza entre ella y el equipo de salud. En cada parto, se crea un espacio sagrado de acompañamiento, donde la empatía, el respeto y el amor se entrelazan, transformando cada nacimiento en un acto profundo de humanidad. En esos momentos, más que un proceso médico, el parto se convierte en una experiencia compartida, cargada de cuidado y comprensión, que acompaña a la madre en uno de los instantes más trascendentales de su vida.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Afshari, P., Tadayon, M., Abedi, P., & Yazdizadeh, S. (2020). Prevalence and related factors of postpartum depression among reproductive aged women in Ahvaz, Iran. *Health Care for Women International*, 41(3), 255–265. <https://doi.org/10.1080/07399332.2019.1578779>
2. Araújo, W. S., Romero, W. G., Zandonade, E., & Amorim, M. H. (2016). Effects of relaxation on depression levels in women with high-risk pregnancies: A randomised clinical trial. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24, e2806. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1249.2806>
3. Baba, S., Ikehara, S., Eshak, E. S., Ueda, K., Kimura, T., & Iso, H. (2023). Association between mode of delivery and postpartum depression: The Japan Environment and Children's Study (JECS). *Journal of Epidemiology*, 33(5), 209–216. <https://doi.org/10.2188/jea.JE20210117>
4. Cañas, J., & García, O. (2016). Fórceps. En O. García & J. Montoya (Eds.), *Manual de obstetricia y procedimientos medicoquirúrgicos*. McGraw-Hill Education. <https://accessmedicina-mhmedical-com.bdigitaluss.remotexs.co/content.aspx?bookid=1756§ionid=121620032>
5. Caparros-González, R. A., Romero-González, B., & Peralta-Ramírez, M. I. (2018). Depresión posparto, un problema de salud pública mundial. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42. <https://doi.org/10.26633/rpsp.2018.97>
6. Carvajal, J., & García, K. (2024). *Manual de Obstetricia y Ginecología* (Decimoquinta ed.). https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2024/03/Manual-Obstetricia-y-Ginecologia-2024_compressed.pdf#page177
7. Cesarean Section. (s. f.). *Stanfordchildrens.org*. Recuperado el 2 de abril de 2024, de <https://www.stanfordchildrens.org//es/topic/default?id=cesarean-section-92-P09282>
8. Chen, H. H., Lai, J. C., Hwang, S. J., Huang, N., Chou, Y. J., & Chien, L. Y. (2017). Understanding the relationship between cesarean birth and stress, anxiety, and

- depression after childbirth: A nationwide cohort study. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 44(4), 369–376. <https://doi.org/10.1111/birt.12295>
9. Contreras-García, Y., Ochoa-Arriagada, K., Guzmán-Gutiérrez, E., Manríquez-Vidal, C., Araya-Quintana, J., & González-Ortiz, M. (2023). Tipos de partos y niveles de oxitocina, cortisol y hormonas tiroideas en plasma del cordón umbilical. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 88(1), 25–34. <https://dx.doi.org/10.24875/rechog.22000052>
 10. Coo, S., García, M. I., & Mira, A. (2021). Examining the association between subjective childbirth experience and maternal mental health at six months postpartum. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 41(3), 275–288. <https://doi.org/10.1080/02646838.2021.1990233>
 11. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. (2015). Who.int; World Health Organization. <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-15.02>
 12. Dekel, S., Ein-Dor, T., Berman, Z., Barsoumian, I. S., Agarwal, S., & Pitman, R. K. (2019). Delivery mode is associated with maternal mental health following childbirth. *Archives of Women's Mental Health*, 22(6), 817–824. <https://doi.org/10.1007/s00737-019-00968-2>
 13. Doke, P., Vaidya, V., Narula, A., et al. (2021). Evaluación de la diferencia en la depresión posparto entre mujeres que dieron a luz por cesárea y por parto vaginal en el seguimiento de 6 semanas en hospitales del distrito de Pune, India: Un estudio de cohorte observacional. *BMJ Open*. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-202-052>
 14. Duma, N., & Madiba, T. (2020). The prevalence of peripartum depression and its relationship to mode of delivery and other factors among mothers in Ixopo, Kwazulu-Natal, South Africa. *South African Journal of Psychology*, 50(4), 530–539. <https://doi.org/10.1177/0081246320931355>
 15. Eckerdal, P., Georgakis, M. K., Kollia, N., Wikström, A. K., Högberg, U., & Skalkidou, A. (2018). Delineating the association between mode of delivery and postpartum depression symptoms: A longitudinal study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 97(3), 301–311. <https://doi.org/10.1111/aogs.13275>

16. Eckerdal, P., Georgakis, M. K., Kollia, N., Wikström, A. K., Högberg, U., & Skalkidou, A. (2018). Delineating the association between mode of delivery and postpartum depression symptoms: A longitudinal study. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 97(3), 301–311. <https://doi.org/10.1111/aogs.13275>
17. Fernández Vera, J. K., Iturriza Natale, A. T., Toro Merlo, J., & Valbuena, R. (2014). Depresión postparto valorada mediante la escala de Edimburgo. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 74(4), 229–243. Recuperado en 24 de agosto de 2024, de http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322014000400003
18. Grisbrook, M.-A., Dewey, D., Cuthbert, C., McDonald, S., Ntanda, H., Giesbrecht, G. F., & Letourneau, N. (2022). Asociaciones entre el parto por cesárea, el estrés postraumático y los síntomas de depresión posparto. *Revista Internacional de Investigación Ambiental y Salud Pública*, 19(8), 4900. <https://doi.org/10.3390/ijerph19084900>
19. Hassanzadeh, R., Abbas-Alizadeh, F., Meedya, S., Mohammad-Alizadeh-Charandabi, S., & Mirghafourvand, M. (2022). Comparison of childbirth experiences and postpartum depression among primiparous women based on their attendance in childbirth preparation classes. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 35(18), 3612–3619. <https://doi.org/10.1080/14767058.2020.1834531>
20. Hildingsson, I., Johansson, M., Karlström, A., & Fenwick, J. (2013). Factors Associated With a Positive Birth Experience: An Exploration of Swedish Women's Experiences. *International Journal of Childbirth*, 3(3), 153–164. <https://doi.org/10.1891/2156-5287.3.3.153>
21. Ilska, M., Banaś, E., Gregor, K., Brandt-Salmeri, A., Ilski, A., & Cnota, W. (2020). Vaginal delivery or cesarean section: Severity of early symptoms of postpartum depression and assessment of pain in Polish women in the early puerperium. *Midwifery*, 87, 102731. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102731>
22. Jadresic, E. (2017). Depresión posparto en el contexto del hospital general. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28(6), 874–880. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2017.10.007>

23. Kumar, V., Abbas, A. K., & Aster, J. C. (2021). Robbins y Cotran. Patología estructural y funcional (10.a ed.). Elsevier.
24. Manny-Zitle, A. I., & Tovar-Rodríguez, J. M. (2019). Incidencia de la operación cesárea según la clasificación de Robson en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Gral. Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez del Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado. *Cirugía y cirujanos*, 86(3). <https://doi.org/10.24875/ciru.m18000044>
25. Meky, H. K., Shaaban, M. M., Ahmed, M. R., & Mohammed, T. Y. (2020). Prevalence of postpartum depression regarding mode of delivery: A cross-sectional study. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 33(19), 3300–3307. <https://doi.org/10.1080/14767058.2019.1571572>
26. Meléndez, M., Díaz, M., Bohorjas, L., Cabaña, A., Casas, J., Castrillo, M., & Corbino, J. (2017). Depresión postparto y los factores de riesgo. <https://www.redalyc.org/journal/3759/375955679003/html/>
27. Ministerio de Salud. (2015). Guía perinatal. https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/GUIA%20PERINATAL_2015_%20PARA%20PUBLICAR.pdf
28. Ministerio de Salud. (2015). Norma general técnica para la atención integral en el puerperio. http://www.repositoriodigital.minsal.cl/bitstream/handle/2015/826/NORMA-TECNICA-PARA-LA-ATENCION-INTEGRAL-EN-EL-PUERPERIO_web.-08.10.2015-R.pdf?sequence=1&isAllowed=y
29. Ministerio de Salud. (2021). Norma técnica y administrativa: Monitoreo y vigilancia de la indicación de cesárea. <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/09/Norma-Tecnica-CESAREA-ISBN.pdf>
30. Mo, J., Ning, Z., Wang, X., Lv, F., Feng, J., & Pan, L. (2022). Asociación entre el dolor perinatal y la depresión posparto: Una revisión sistemática y metanálisis. *Journal of Affective Disorders*, 312, 92–99. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.06.010>
31. Organización Mundial de la Salud. (2015). *Prevención y eliminación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud (Informe*

- No. WHO/RHR/15.02). Organización Mundial de la Salud. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/161444/WHO_RHR_15.02_spa.pdf?sequence=1
32. Organización Panamericana de la Salud. (2018). *Plan de acción para mejorar la salud de las mujeres, los niños y los adolescentes 2018-2030*. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49117/v42e972018.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
 33. Patel, R. R., Murphy, D. J., & Peters, T. J. (2005). Operative delivery and postnatal depression: A cohort study. *BMJ*, 330(7496), 879. <https://doi.org/10.1136/bmj.38376.603426.D3>
 34. ¿Qué es la depresión posparto? (s. f.). UNICEF. <https://www.unicef.org/parenting/es/salud-mental/que-es-la-depresion-posparto>
 35. Rojas, G., Santelices, M. P., Martínez, P., Tomicic, A., Reinel, M., Olhaberry, M., & Krause, M. (2015). Barreras que restringen el tratamiento de la depresión posparto en Chile. *Revista Médica de Chile*, 143(4), 424–432. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872015000400002>
 36. Rosseland, L. A., Reme, S. E., Simonsen, T. B., Thoresen, M., Nielsen, C. S., & Gran, M. E. (2020). Are labor pain and birth experience associated with persistent pain and postpartum depression? A prospective cohort study. *Scandinavian Journal of Pain*, 20(3), 591–602. <https://doi.org/10.1515/sjpain-2020-0025>
 37. Rosseland, L. A., Reme, S. E., Simonsen, T. B., Thoresen, M., Nielsen, C. S., & Gran, M. E. (2020). Are labor pain and birth experience associated with persistent pain and postpartum depression? A prospective cohort study. *Scandinavian Journal of Pain*, 20(3), 591–602. <https://doi.org/10.1515/sjpain-2020-0025>
 38. Sadler, M. (2023). Más cesáreas que nunca en Chile. CIPER Chile; Fundación CIPER. <https://www.ciperchile.cl/2023/01/11/mas-cesareas-que-nunca-en-chile/>
 39. Salvo, G. L. (2014). Magnitud, impacto y estrategias de enfrentamiento de la depresión, con referencia a Chile [Magnitude, impact and recommended management strategies for depression, with reference to Chile]. *Revista Médica de Chile*, 142(9), 1157–1164. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872014000900010>

40. Smithson, S., Mirocha, J., Horgan, R., Graebe, R., Massaro, R., & Accortt, E. (2020). Unplanned cesarean delivery is associated with risk for postpartum depressive symptoms in the immediate postpartum period. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 35(20), 3860–3866. <https://doi.org/10.1080/14767058.2020.1841163>
41. Sun, L., Wang, S., & Li, X. Q. (2021). Asociación entre el modo de parto y la depresión posparto: Una revisión sistemática y un metanálisis en red. *Revista Australiana y Neozelandesa de Psiquiatría*, 55(6), 588–601. <https://doi.org/10.1177/0004867420954284>
42. Sword, W., Landy, C. K., Thabane, L., Watt, S., Krueger, P., Farine, D., & Foster, G. (2011). Is mode of delivery associated with postpartum depression at 6 weeks? A prospective cohort study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 118(8), 966–977. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2011.02950.x>
43. Takács, L., Smolík, F., Lacinová, L., Daňsová, P., Feng, T., Mudrák, J., Záborská, K., & Monk, C. (2022). Emergency cesarean section is a risk factor for depressive symptoms when breastfeeding is limited. *Journal of Psychosomatic Research*, 153, 110691. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2021.110691>
44. Universidad de Monterrey. (2022). *Juzgar menos, empatizar más y evitar romantizar la maternidad*. Recuperado el 2 de noviembre de 2024, de <https://www.udem.edu.mx/es/institucional/noticia/juzgar-menos-empatizar-mas-y-evitar-romantizar-la-maternidad>
45. Unsal Atan, Ş., Ozturk, R., Gulec Satir, D., Ildan Çalim, S., Karaoz Weller, B., Amanak, K., Saruhan, A., Şirin, A., & Akercan, F. (2018). Relation between mother's types of labor, birth interventions, birth experiences and postpartum depression: A multicentre follow-up study. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 18, 13–18. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2018.08.001>
46. Urbanová, E., Škodová, Z., & Bašková, M. (2021). La asociación entre la satisfacción al nacer y el riesgo de depresión posparto. *Revista Internacional de Investigación Medioambiental y Salud Pública*, 18(19), 10458. <https://doi.org/10.3390/ijerph181910458>

47. Vicent, R. N., & Vicent, C. H. (2021). Evaluación del impacto del parto mediante cesárea frente al parto vaginal en mujeres con depresión posparto: Revisión sistemática cualitativa. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*, 48(4), 100684. <https://doi.org/10.1016/j.gine.2021.100684>
48. World Health Organization: WHO & World Health Organization: WHO. (2023, 31 marzo). Depresión. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
49. Xu, H., Ding, Y., Ma, Y., Xin, X., & Zhang, D. (2017). Cesarean section and risk of postpartum depression: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 97, 118–126. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.04.016>
50. Zaręba, K., Banasiewicz, J., Rozenek, H., Wójtowicz, S., & Jakiel, G. (2020). Peripartum Predictors of the Risk of Postpartum Depressive Disorder: Results of a Case-Control Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(23), 8726. <https://doi.org/10.3390/ijerph17238726>
51. Zaręba, K., Banasiewicz, J., Rozenek, H., Wójtowicz, S., & Jakiel, G. (2020). Peripartum predictors of the risk of postpartum depressive disorder: Results of a case-control study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(23), 8726. <https://doi.org/10.3390/ijerph17238726>

10. ANEXOS

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN DE TRABAJOS DE TITULACIÓN

Identificación del autor

Nombre (s): Valentina Paz Alfaro Díaz
Dirección: Escuela de Obstetricia y Matronería. Universidad San Sebastián. Lota 2465, Providencia, Santiago, Chile
Teléfono: +56991284143
Email: vale.alfaro94@gmail.com

Nombre (s): Gabriela Paz Ayala Morgado
Dirección: Escuela de Obstetricia y Matronería. Universidad San Sebastián. Lota 2465, Providencia, Santiago, Chile
Teléfono: +56993208427
Email: g.ayala.morgado@gmail.com

Nombre (s): Macarena Ignacia Fariña Paz
Dirección: Escuela de Obstetricia y Matronería. Universidad San Sebastián. Lota 2465, Providencia, Santiago, Chile
Teléfono: +56956507981
Email: Macarena.fp@hotmail.com

Nombre (s): Carla Michelle Guzmán Soto
Dirección: Escuela de Obstetricia y Matronería. Universidad San Sebastián. Lota 2465, Providencia, Santiago, Chile
Teléfono: +56995355296
Email: carla.guzmansoto@gmail.com

Nombre (s): Camila Isabel Hidalgo Recabarren
Dirección: Escuela de Obstetricia y Matronería. Universidad San Sebastián. Lota 2465, Providencia, Santiago, Chile

Teléfono: +56966193470
Email: camila144481@gmail.com

Nombre (s): Charity Francesca Ponce Meza
Dirección: Escuela de Obstetricia y Matronería. Universidad San Sebastián. Lota 2465, Providencia, Santiago, Chile
Teléfono: +56979737877
Email: Charitymeza18@gmail.com

Nombre (s): Javiera Alejandra Vergara Opazo
Dirección: Escuela de Obstetricia y Matronería. Universidad San Sebastián. Lota 2465, Providencia, Santiago, Chile
Teléfono: +56989251806
Email: J.vergaraopazo2@gmail.com

Identificación del Trabajo de Titulación

Título: Relación entre depresión postparto y tipo de parto: Una revisión mundial de la literatura 2020-2024.

Facultad: Ciencias para el Cuidado de la Salud

Carrera: Obstetricia y Matronería

Título o grado al que opta: Licenciado en Obstetricia y Matronería

Profesor guía: Mg. Andrea Rodríguez Figueroa

Fecha de entrega: 15 de noviembre del 2024

A través del presente formulario se autoriza la reproducción parcial o total de esta obra con fines académicos, por cualquier forma, medio o procedimiento, siempre y cuando se incluya la cita bibliográfica del documento

Autorizo su publicación (marcar con una X según corresponda)

X	Inmediata
	Desde esta fecha: _____ (mes/año)
	No autorizo su publicación completa, solo resumen y métodos

Nombre, firma y Rut autores:

Nombre	Firma	Rut
Valentina Paz Alfaro Díaz		20.590.940-0
Gabriela Paz Ayala Morgado		20.283.960-6
Macarena Ignacia Fariña Paz		20.637.014-9
Carla Michelle Guzmán Soto		20.871.125-3
Camila Isabel Hidalgo Recabarren		19.930.439-9

Charity Francesca Ponce Meza		20.418.356-2
Javiera Alejandra Vergara Opazo		20.064.180-9