

**UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA**

**CARRERA DE MEDICINA Y CIRUGÍA**

*Tesis para optar por el grado académico  
de Licenciatura en Medicina y Cirugía*

**FACTORES PREDISPONENTES Y  
PROTECTORES PARA LA DEPRESIÓN  
EN MUJERES POSTPARTO  
RELACIONADO CON LA INFLUENCIA  
DE ESTRATEGIAS EN PREVENCIÓN.  
REVISIÓN SISTEMÁTICA 2015-2025.**

**BERNAL ALVARADO SALAZAR**

**TUTOR:**

**MAXIN CUBERO DOUDINSKEI**

**2025**



## TABLA DE CONTENIDOS

DEDICATORIA.....	6
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	7
1.1.    PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	8
1.1.1.    Antecedentes del problema.....	8
1.1.2.    Delimitación del problema.....	12
1.1.3.    Justificación.....	12
1.2.    PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	14
1.3.    OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	14
1.3.1.    Objetivo General.....	14
1.3.2.    Objetivos específicos.....	14
1.4.    ALCANCES Y LIMITACIONES.....	15
1.4.1 Alcanes de la investigación.....	15
1.4.2 Limitaciones de la investigación.....	15
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	17
2.1. CLASIFICACIÓN Y DEFINICIÓN DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO.....	18
2.1.1. Definición de DPP.....	18
2.1.2. Clasificación de la Depresión Postparto.....	18
2.2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y DIAGNÓSTICO.....	19
2.2.1. Características clínicas de la Depresión Postparto.....	19
2.2.2. Diagnóstico de DPP.....	20
2.3. FACTORES PREDISPONENTES PARA DEPRESIÓN POSTPARTO.....	20
2.3.1. Factores psicológicos.....	20
2.3.2. Factores sociales.....	21
2.3.3. Factores relacionados con el parto y la maternidad.....	22
2.4. FACTORES PROTECTORES PARA LA DEPRESIÓN POSTPARTO.....	23
2.4.1. Apoyo emocional y familiar.....	23
2.4.2. Estrategias de autoridad.....	24
2.4.3. Intervenciones psicosociales y terapias cognitivo-conductuales.....	25
2.4.4. Estrategias relacionadas con la pareja.....	26
2.5. ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN.....	27
2.5.1. Estrategia de prevención primaria.....	27
2.5.2. Estrategia de prevención secundaria.....	28
2.5.3. Estrategia de prevención terciaria.....	29
2.6. TEORÍAS PSICOLÓGICAS.....	30

2.6.1. Teoría Del Apego .....	30
2.6.2. Modelos de estrés y afrontamiento.....	31
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO .....	35
3.1. ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN.....	36
3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	36
3.3. UNIDADES DE ANÁLISIS U OBJETOS DE ESTUDIO.....	37
3.3.1. Área de estudio .....	37
3.3.2. Fuentes informativas.....	37
3.3.3 Población .....	37
3.3.4 Muestra .....	38
3.3.5 Diseño de la pregunta de investigación .....	38
3.3.6. Criterios de exclusión e inclusión.....	38
3.4. INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.....	39
3.5. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	40
3.5.1. Estrategias de búsqueda.....	41
3.6. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES .....	42
3.7. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	42
3.8. ORGANIZACIÓN DE VARIABLES.....	45
3.9. ANÁLISIS DE DATOS .....	46
CAPITULO IV .....	48
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS .....	48
4.1 Resultados de la investigación.....	49
4.1.1 Generalidades de los estudios escogidos .....	49
4.1.2 Estudios incluidos en la investigación.....	50
CAPITULO V .....	63
DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS .....	63
5.1 DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN O EXPLICACIÓN DE LOS RESULTADOS .....	64
5.1.1 Prevalencia y factores asociados .....	64
5.1.2 Perfil sociodemográfico de la depresión postparto.....	65
5.1.3 Factores de riesgo durante el embarazo.....	66
5.1.4 Fuentes de sesgo .....	66
5.1.5 Implicaciones prácticas.....	67
5.1.6 Intervenciones preventivas no farmacológicas.....	68
5.1.7 Abordajes terapéuticos basados en mindfulness .....	68
CAPÍTULO VI.....	69
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	69

6.1 Conclusiones.....	70
6.2 Recomendaciones .....	71
BIBLIOGRAFÍA .....	72
Referencias bibliográficas: .....	73
GLOSARIO Y ABREVIATURAS .....	82
ANEXOS.....	87
DECLARACIÓN JURADA.....	91
CARTA DEL TUTOR .....	92
CARTA DEL LECTOR .....	93
CARTA DE AUTORIZACIÓN.....	94

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1.</b> .....	40
<b>Tabla 2.</b> .....	41
<b>Tabla 3.</b> .....	41
<b>Tabla 4.</b> .....	45
<b>Tabla 5.</b> .....	47
<b>Tabla 6.</b> .....	51
<b>Tabla 7.</b> .....	53
<b>Tabla 8.</b> .....	54
<b>Tabla 9.</b> .....	55
<b>Tabla 10.</b> .....	57
<b>Tabla 11.</b> .....	58
<b>Tabla 12.</b> .....	60
<b>Tabla 13.</b> .....	61

## ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

<b>Ilustración 1.</b> .....	42
<b>Ilustración 2.</b> .....	44

## DEDICATORIA

Los éxitos propios son siempre el reflejo del esfuerzo de muchas personas a lo largo de la vida de un individuo. Por ello, todo mi agradecimiento para la realización de este trabajo se lo dedico, en primer lugar, a Dios, a mi padre Bernal Alvarado Sánchez como pilar de mi vida, y a mi madre Anayancy Salazar Marín como mi sustentadora.

Extiendo también mi gratitud y buenos deseos a mis abuelas, Margarita Sánchez Fernández y Blanca Rosa Marín Sandí, quienes de manera cercana e íntima me han apoyado, guiado y consolado a lo largo de esta extensa travesía, que ha representado el reto de mi educación.

La formación de mi vida como profesional no puede resumirse fácilmente en unas cuantas palabras. No obstante, haciendo un esfuerzo, intento expresar lo significativo e impresionante que ha sido este proceso para mí, con la mano en el corazón y la mirada siempre para el frente.

Cuando tenía aproximadamente 15 años, siendo un estudiante altamente activo, participé en un concurso de oratoria en la materia de Español. Aquella experiencia fue impresionante y marcó profundamente mi manera de entender muchas cosas relacionadas con la formación, el poder de las palabras y la forma en que éstas se transmiten de persona en persona y de generación en generación.

De todo lo vivido, lo que más recuerdo es una frase que yo mismo creé en el año 2015 y que mencionaré en este trabajo: “La muerte es primero, el entendimiento después. La superación es en la vida, y ya lo demás no viene a ser de su interés.”

Explico brevemente el significado de esta frase. Para mí, la muerte es primero porque el entendimiento nunca puede alcanzarse del todo, salvo que exista alguien mayor que uno mismo (Dios). Por eso considero que la muerte antecede al entendimiento.

El entendimiento viene después, ya que para alcanzarlo es necesario “morir”: no únicamente en el sentido físico, sino también en cada una de las batallas que enfrentamos en la vida. Muchas veces no obtenemos victorias, sino que perecemos de forma constante; esa es otra manera de morir. Y en cuanto a “lo demás no viene a ser de su interés”, hace referencia a que lo más importante en la vida es superarse. De nada sirve entender o actuar si no se busca alcanzar lo máximo de uno mismo, incluso hasta el punto de la muerte.

Ahora, de manera especial, agradezco a mi novia, Gabriela López Cháves, quien me ha brindado un apoyo incondicional durante vasto tiempo. Sus palabras de aliento, sus consejos y su confianza en mí han sido fundamentales para continuar cuando he querido renunciar a todo raudamente. Te lo agradezco con el corazón.

Finalmente, sin desestimar los logros alcanzados por mi propio esfuerzo, también quiero dedicar esta tesis a mí mismo, pues el camino ha sido largo y, con estoicismo, he sabido superarlo.

## **CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

## **1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Lo referente a una revisión sistemática de la depresión postparto (DPP) se fundamenta en identificar aspectos insatisfechos o inexplorados de la madre debido a la enfermedad. Es fundamental comenzar contextualizando los antecedentes del problema, mostrando la DPP como un trastorno de salud mental prevalente en mujeres durante el período perinatal y describiendo sus implicaciones clínicas, sociales y familiares.

Desde esta perspectiva, la literatura científica destaca la variabilidad en los factores de riesgo reportados, el consenso sobre estrategias preventivas efectivas o las limitaciones metodológicas de estudios previos.

### **1.1.1. Antecedentes del problema**

Como en mucho similar a la depresión per se, todos aquellos episodios depresivos posteriores al parto conllevan consigo una tristeza persistente, anhedonia y mucha otra clínica la cual se puede analizar en los manuales oficiales que el personal de salud utiliza día a día, como el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Quinta Edición (DSM-V) y la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª revisión (CIE-10). Asimismo, es importante destacar la carga emocional que se debe evaluar en el contexto de la DPP, ya que el hecho de traer un niño al mundo debería considerarse un acto de alegría y plenitud hacia la madre.

En relación con las escalas mencionadas, Zaidi et al. (2017) exploraron la temática “Postpartum Depression in Women”, en India. El objetivo infiere la medición mediante escalas para apreciar el rol que desempeña el estrés en aparición de enfermedades basado en desgaste mental, físico y reducción de la defensa inmunitaria (prevalencia del 12.75%). En síntesis, el estudio conduce a afirmar la mayor vulnerabilidad materna tras el parto y el empeoramiento de síntomas depresivos, valiéndose de las herramientas, Escala de Depresión de Post-Parto de Edimburg (EPDS), Escala de eventos vitales estresantes

presuntivos (PSLES), Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES) y otras (Zaidi et al., 2017).

Para muchas madres, entender por qué se sienten infelices en un momento en el cual deberían, por el contrario, estar felices es complicado y si bien el parto es un evento natural donde afloran múltiples sentimientos de felicidad, también desgasta emocionalmente y provoca agotamiento físico, por lo que la tristeza o ansiedad no son para nada ajenas a esta condición. Estas reacciones deberían entenderse como comunes, aunque conviene evitar que dominen y envuelvan con angustias la experiencia de la maternidad, con la intención de que las tareas maternas no empiecen a resultar abrumadoras.

Es particularmente por este motivo que, Silverman y sus coautores, refieren que “Los factores de riesgo de la depresión postparto: un estudio poblacional”, en Suecia. Aprecia las variadas limitaciones metodológicas de los factores de riesgo (FR) de DPP basados en muestras clínicas que no representan a toda la población. El estudio se centra en estimar la prevalencia de los síntomas de depresión en concordancia a molestias comunes del embarazo y el postparto, a lo cual se reportan resultados menos precisos (Silverman et al., 2017).

O'Connor et al., investigan de igual modo “Intervenciones para prevenir la depresión perinatal” en Estados Unidos de América. Su fin es identificar los factores desarrolladores de depresión perinatal, que es más de 180.000 nuevas madres (11,5%) anualmente, basados en antecedentes de depresión, abuso físico o sexual, gestaciones no planificadas, eventos estresantes, violencia de pareja y complicaciones en el embarazo. El Hallazgo final revela un método eficaz que evalúa la efectividad de intervenciones, 75% grupales, 55% individuales y 3% con parejas (O'Connor et al., 2019).

En este nuevo concepto, ser madres, cuando las actividades que parecen sencillas se vuelven casi insuperables, resulta inevitable que surja el cuestionamiento sobre sus propias capacidades para la maternidad y todo lo que esta implica. Así, se genera inseguridad que,

al convertirse en un círculo vicioso, ocasiona desaliento y se manifiesta en alteraciones del sueño, la alimentación y la capacidad de concentración, ahora condicionadas por la adaptación al cuidado del hijo.

La toma de decisiones en consecuencia se vuelve ciertamente más difícil y las incertidumbres como: ¿Cómo alimento mi bebé?, ¿Por qué llora mi bebé?, y ¿Qué estoy haciendo mal?, se vuelven por así decirlo algo reiterativo. A todo esto, se mencionan los siguientes estudios que contribuyen a un mejor entendimiento de la clínica de la DPP.

Gaviria et al., investigan “Síntomas depresivos perinatales: prevalencia y factores psicosociales asociados”, en Colombia. Su fin es buscar la asociación entre síntomas depresivos perinatales y eventos psicosociales perjudiciales. Se analiza un total de 112 mujeres embarazadas en el puerperio inmediato entre 13 y 45 años, el 44,6% de las mujeres tienen estudios secundarios completos y el 29,4% no. Por medio de estos datos y similares se determina el alto grado de prevalencia de esta enfermedad (Gaviria et al., 2019).

Araújo y coautores, examinan “Depresión postparto: perfil clínico epidemiológico de pacientes atendidas en una maternidad pública de referencia en Salvador-BA”, en Brasil. Evalúan el estado epidemiológico de mujeres sospechosas por clínica a DPP en una maternidad pública de Salvador, estado de Bahía, Brasil. De 151 púerperas, el 19,8% son sospechosas de tener DPP, con predominio de madres solteras (43,3%), mujeres con educación primaria completa (50%), mujeres negras (46,7%) y aquellas con ingreso familiar mensual de hasta un salario mínimo (40%). Encontrando una alta prevalencia por esta afectación (Araújo et al., 2019).

Lewis Johnson et al., contemplan la incuria del reporte “Prevenir la depresión perinatal ahora: un llamado a la acción”, en Estados Unidos de América. Señalan que, a pesar de la disponibilidad de gran cantidad de herramientas para detección de DPP, se precisan esfuerzos combinados de investigadores y sociedades profesionales (aproximadamente 51%

subdiagnosticado). Por lo que, hay que extender una declaración de consenso sobre herramientas de detección de DPP más eficaces, el mejor momento y frecuencia para realizar la detección (Lewis Johnson et al., 2020).

Hutchens & Kearney, sondean “Factores de riesgo de la depresión postparto: una revisión en paraguas”, en Estados Unidos de América. Se consigue confirmar hallazgos previos que delimitan FR para DPP (depresión/ansiedad prenatal, estrés, apoyo social (AS), ingresos, aspectos del embarazo, parto y neuroticismo). Se concluye que el así llamado “ladrón que roba la maternidad” predispone a un alto riesgo de vulnerabilidad (13-19%) y no es altamente abordado por estrategias de prevención o detección (Hutchens & Kearney, 2020).

Agrawal et al., indagan “Risk Factors of Postpartum Depression”, en India. Su meta es definir la DPP como una complicación de salud mental, ya que impacta hasta un 15% de las madres, pudiendo surgir hasta un año después del parto, con síntomas que incluyen cambios de humor, llanto, falta de interés en el bebé y pensamientos suicidas. La DPP afecta tanto la salud materna como el desarrollo infantil. Además, incrementa el riesgo de desnutrición en el niño (Agrawal et al., 2022).

Madeghe et al., establecen el estudio “Nutritional Deficiencies and Maternal Depression”, en Nigeria y Kenia. Su intención es explicar que las deficiencias nutricionales son habituales en embarazadas (5-20% de mujeres africanas) y lactantes de países con bajos y medios ingresos. La depresión perinatal, sugiere una conexión viable entre la gran prevalencia de enfermedades mentales y desnutrición (95% de los estudios). Según lo anterior esta complicación acontece en el embarazo o el primer año postparto, siendo la depresión materna la más común (Madeghe et al., 2022).

Rupanagunta y asociados, valoran “Depresión postparto: etiología, patogénesis y papel de los nutrientes y suplementos dietéticos en la prevención y el tratamiento”, en India. Se estudia en 10.000 madres postparto, con pruebas diagnósticas positivas para depresión que

el 68,5% es unipolar y el 22,6% de los casos bipolar. Con el resultado se logra un mejor entendimiento de la etiología y fisiopatología de la DPP, el impacto de los nutrientes en prevención y tratamiento (Rupanagunta et al., 2023).

Dicho lo anterior, la asociación a la creencia de "soy una mala madre" toma su lugar de manera muy internalizada y dañina cuando, de todas las situaciones en relación con DPP, predominan sentimientos de culpa, inutilidad e incluso desesperanza. Aquí, la nueva madre siente que está fallando en su rol y, cuando la inseguridad tiende a crecer, esto preocupantemente en el ámbito de la salud puede convertirse o derivar en pensamientos autolesivos o de desconexión hacia el bebé.

Un aspecto relevante que influye significativamente en la percepción del personal sanitario se produce cuando las madres comienzan a cuestionar su capacidad para establecer vínculos emocionales adecuados con sus hijos. Esta situación aumenta el estrés materno y pone de relieve la necesidad de intervenciones de apoyo psicológico oportunas.

### **1.1.2. Delimitación del problema**

Este trabajo de investigación busca referencias actuales publicadas en español o inglés dentro del período entre 2015 a 2025, en relación con factores predisponentes y protectores para la depresión en mujeres postparto en conjunto con las estrategias de prevención de dicha patología, que tuviesen como población de estudio a mujeres postparto de cualquier edad, raza y nacionalidad. Para ello, se emplean las bases de datos Pubmed, Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS) y Cochrane. Utilizando palabras clave como: depresión postparto, factores predisponentes, factores protectores (FP), estrategias de prevención.

### **1.1.3. Justificación**

La DPP es un desafío tanto a nivel personal como social. En primer lugar, es fundamental

discernir su importancia desde diferentes perspectivas, esto ocurre principalmente por falta de interés y concienciación de los múltiples actores involucrados en la salud materno-infantil.

Más allá de considerar la DPP como un trastorno de salud mental, es clave destacar el sub-diagnóstico que persiste. Solo así será posible comprender plenamente sus repercusiones individuales y su influencia en la interacción del entorno familiar, viendo a la familia como pilar de la sociedad. En este sentido, fortalecer el conocimiento sobre su abordaje y tratamiento es esencial para ofrecer intervenciones más precisas y eficaces.

Es un error reducir el embarazo a un período de intensos cambios fisiológicos y psicológicos que afectan a la madre y al feto. Por el contrario, comprender las interrelaciones que se establecen durante este proceso es crucial, ya que determinan la prevención o mitigación de la transmisión intergeneracional de adversidades. Este conocimiento también contribuye al bienestar de las generaciones futuras.

Con el tiempo, diversos estudios tales como El trauma infantil materno y los factores de estrés prenatal se asocian con la salud conductual infantil (2022), Asociaciones entre experiencias adversas en la infancia y salud mental prenatal en la cohorte francesa EDEN: enfoques acumulativos, centrados en la persona y dimensionales (2025) o Adversity in childhood and depression in pregnancy (2020) demuestran que niñez con dificultades, como abuso o inseguridad, aumentan significativamente el riesgo de estrés prenatal, depresión, trastorno de estrés postraumático (TEPT) y ansiedad. Pero, muchas de estas situaciones pueden prevenirse o corregirse durante el desarrollo infantil si se identifican tempranamente los FR.

En los períodos de mayor plasticidad cerebral, la práctica médica no se estudia los problemas antes mencionados, lo que limita la detección temprana de alguna posible relación nociva entre la madre y bebé. Por ello, se requiere un abordaje integral que no solo complemente el

tratamiento de la DPP, sino que también salvaguarde el bienestar materno e infantil.

Actualmente, el estudio de la DPP, desde una perspectiva científica, proporciona una mejor comprensión de los factores psicológicos, emocionales y biológicos asociados a la depresión perinatal. Esto permite estructurar el desarrollo de medidas preventivas y asistenciales más eficaces, por lo tanto, es evidente que las madres son las principales beneficiarias de este conocimiento.

Cuando las madres mejoran su autoconciencia de la enfermedad y reciben el apoyo adecuado, enriquecen la relación con sus hijos. Esto contribuye a reducir la depresión materna, estimula un desarrollo emocional más saludable en los bebés y promueve un apego seguro.

Los especialistas de la salud como obstetras, pediatras y psicólogos cuentan con mecanismos más aptos para mejorar el abordaje integral. Esto no solo optimiza la calidad de los servicios médicos, sino que también reduce los costos de salud pública al prevenir las complicaciones asociadas con la DPP.

## **1.2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuáles factores predisponentes y protectores para la depresión en mujeres postparto se relacionan con la influencia de estrategias en prevención?

## **1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.3.1. Objetivo General**

Determinar los factores predisponentes y protectores para la depresión en mujeres postparto relacionados con la influencia de las estrategias de prevención durante el período 2015-2025.

### **1.3.2. Objetivos específicos**

- Determinar, a nivel mundial, los principales factores predisponentes y protectores

para la depresión en mujeres postparto, durante el período 2015-2025.

- Definir, a nivel mundial, la influencia de estrategias de prevención en el desarrollo de la depresión postparto, durante el período 2015-2025.
- Relacionar, mediante una revisión documental, los factores predisponentes y protectores de la depresión en mujeres postparto con la influencia de las estrategias de prevención, durante el período 2015-2025.

## **1.4. ALCANCES Y LIMITACIONES**

### **1.4.1 Alcances de la investigación**

Durante la elaboración de este documento, se cumplieron los objetivos planteados mediante la recopilación de evidencia primaria sobre elementos de riesgo y protección, medidas preventivas y otros temas clave relacionados con la DPP, permitiendo la recopilación de datos que generan evidencia de alto nivel sobre las intervenciones que pueden implementarse en el contexto clínico de esta enfermedad. La investigación abarcó diversos países y aspectos sociales, culturales y económicos relacionados con el manejo de la DPP. También se realizó una comparación entre los diversos estudios investigados.

### **1.4.2 Limitaciones de la investigación**

Las limitaciones de mayor importancia abordadas en la revisión sistemática está el acceso restringido a diversas investigaciones, la disponibilidad de publicaciones en lenguas no consideradas por los parámetros de inclusión/exclusión y la omisión de análisis estadísticos en estudios seleccionados. Además, la heterogeneidad de los participantes es otra limitante, ya que los principales participantes presentan diferencias significativas en las características de los participantes que contribuyen a la reducción o al aumento de la DPP.

Entre las limitaciones encontradas se identificó que existe una disponibilidad limitada de literatura en español; muchos de los estudios se centran en poblaciones no latinoamericanas,

lo que reduce la representatividad de los hallazgos para el contexto de la población costarricense.

## **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO**

## **2.1. CLASIFICACIÓN Y DEFINICIÓN DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO**

### **2.1.1. Definición de DPP**

Depresión, constituye un síndrome caracterizado por síntomas mentales, comportamentales y fisiológicos, se manifiestan con una notable lentitud en el habla, pensamiento y actitud; implica sentimientos y pensamientos de insignificancia, inutilidad, pesimismo y apatía, dificultando las funciones fisiológicas, “combinado con una profunda tristeza”. Por otro lado, tras el parto muchas mujeres atraviesan lo que se llama “depresión del embarazo”, considerada un fenómeno fisiológico intensificado por la falta de sueño, las deficiencias nutricionales y el estrés por los cambios endocrinos (Tarsuslu et al., 2020).

Por su parte, Zacher Kjeldsen (2024) señala la depresión como el trastorno psiquiátrico más frecuente durante el postparto, con prevalencia de 10-15% en países de altos ingresos. Asimismo, destaca que el impacto de la DPP trasciende el nivel individual, afectando significativamente a toda la unidad familiar. En este sentido, esta condición puede predisponer a la descendencia a DPP, dificultades para establecer el vínculo emocional entre madre e hijo e incluso una posible disolución familiar (p. 1, 4).

### **2.1.2. Clasificación de la Depresión Postparto**

En primer lugar, se entiende la depresión como un trastorno mental, que se manifiesta de múltiples formas; se presenta de tal manera que es importante catalogarla según los enfoques más específicos a los que puedan corresponder sus características.

El DSM-V a grandes rasgos expresa lo siguiente; “el trastorno depresivo mayor es de dos semanas, al menos, con estado de ánimo deprimido, 2 años como duración mínima de distimia, el trastorno disfórico premenstrual que se manifiesta durante la etapa lútea del ciclo ovulatorio, trastorno afectivo estacional ligado a una estación específica del año y la DPP

que puede evidenciarse incluso un año después del parto” (American Psychiatric Association, 2014).

Wu (2020) indica que, los estudios primarios Hospital Anxiety and Depression Scale - Depression (HADS-D), en comparación con los estudios Severe Combined Immunodeficiency (SCID), la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI) y la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI), son entrevistas totalmente estructuradas y pueden ser administradas por personal de investigación sanitaria (p. 21).

Teniendo en cuenta lo anterior, es fundamental hablar de la EPDS, de 10 preguntas, es una herramienta de cribado muy utilizada en atención perinatal para detectar síntomas depresivos. Por este motivo, se recomienda su aplicación tanto en mujeres embarazadas como en postparto (Levis et al., 2020).

Aunque se aconseja el uso de las escalas, no se establece un valor de corte específico, pero se ha identificado que una puntuación  $\geq 11$  optimizar la sensibilidad especificidad en conjunto. En adición Levis (2020) escribió que; se ha evidenciado este hecho con base a los diferentes tipos de entrevistas aplicadas: semiestructuradas (J de Youden = 0.70), completamente estructuradas (J de Youden = 0.73) y MINI (J de Youden = 0.66) (p.2, 5).

## **2.2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y DIAGNÓSTICO**

### **2.2.1. Características clínicas de la Depresión Postparto**

En términos generales, los criterios para diagnosticar la DPP son los mismos que los de la depresión mayor no relacionada con el período postparto. Se reconoce esta afección en una persona sí presenta cinco o más de los siguientes indicios en un continuo de dos semanas: mayor parte del día con estado de ánimo triste, anhedonia, notable merma de peso sin plan alimenticio o en contrapartida un incremento ponderal, insomnio o hipersomnias diarias, agitación o retraso psicomotor, fatiga, sentimientos de inutilidad o culpa excesiva, dificultad

de pensamiento, concentración o toma de decisiones, así como pensamientos persistentes sobre la muerte o pensamientos suicidas (Viguera, 2023).

### **2.2.2. Diagnóstico de DPP**

El cuadro clínico de la depresión unipolar en el periodo postparto muestra semejanzas con la depresión mayor, sin embargo, para una mayor precisión, se puede utilizar la herramienta diagnóstica de la escala de Edimburgo, haciendo énfasis en si se ha tenido un bebé recientemente y el estado de ánimo relacionado con dicho evento. Las preguntas incluyen ejemplos de cuán feliz te sientes. ¿Tienes la habilidad de reír?, ¿Puedes ver el lado jocoso de las circunstancias?, ¿Estoy progresando satisfactoriamente y disfrutando de lo que me rodea? ¿Me he culpado innecesariamente cuando las cosas van mal? (Viguera, 2023).

A nivel de diagnóstico diferencial se debe precisar el término tristeza postparto, haciendo referencia manifestaciones como disforia, insomnio, cansancio y falta de atención que aparecen tras el parto de forma breve y remiten por sí solas, aparición de síntomas en dos o tres días inmediatos, siendo este su ápice y remitiendo en dos semanas desde su aparición (Viguera, 2023).

## **2.3. FACTORES PREDISPONENTES PARA DEPRESIÓN POSTPARTO**

### **2.3.1. Factores psicológicos**

La DPP puede entenderse en términos generales como estrechamente relacionada con ciertos patrones biológicos, así como con diversos síntomas psicológicos, entre los que se incluyen una profunda sensación de tristeza, agotamiento extremo y alteraciones del sueño. Estos factores afectan directamente al eje hipotálamo-suprarrenal, cuya función principal es la producción y liberación de cortisol, una hormona esencial para regular la respuesta a situaciones de estrés (Dutan, 2023).

Los FR psicológicos primarios indican un mayor riesgo de DPP sindrómica cuando ha habido antecedentes de depresión durante el embarazo o hay antecedentes de depresión perinatal (prenatal o posnatal), eventos vitales estresantes como conflictos matrimoniales o de pareja, inmigración, la pandemia de COVID-19 y poco apoyo financiero y emocional (Viguera, 2023).

Los FR psicosociales tienden a incrementarse según la fase vital en la que se halle la madre. En este sentido, un claro ejemplo de esta situación es el caso de las madres adolescentes, quienes presentan un alto riesgo de desarrollar DPP debido a su exposición a múltiples factores adversos, el aislamiento social, la maternidad en solitario, conflictos familiares, la baja autoestima, la inexperiencia en la crianza y la insatisfacción con su imagen corporal. Todo ello, a su vez, se ve agravado por el escaso apoyo social y las limitaciones en su situación socioeconómica (Dutan, 2023).

Asimismo, es fundamental destacar factores psicológicos que juegan un rol clave para este contexto, ya que el deterioro del vínculo entre madre e hijo puede verse intensificado por antecedentes de maltrato infantil, abandono, consumo de sustancias y conductas autolesivas (Dutan, 2023).

### **2.3.2. Factores sociales**

En el desarrollo de FR interpersonales, los FR sociales tienen un rol clave, ya que intensifican los sentimientos de soledad durante la DPP. También influyen en la percepción de falta de apoyo, lo que a su vez agrava los conflictos familiares en la crianza y potencia los efectos negativos asociados a las experiencias adversas en la infancia (Dutan, 2023).

Esto puede llevar como resultado a que las madres afectadas desarrollen expectativas prenatales poco realistas sobre la crianza, creencias parentales distorsionadas y una interpretación inadecuada del estrés y la autoestima.

Diversos estudios demuestran que los problemas sociales durante el embarazo, cuando se

presentan junto con la depresión, a menudo implican riesgos específicos, como alteraciones para regular el peso, hábitos nocivos en relación con el uso de estupefacientes/alcohol y complicaciones al amamantar, así como un aumento en la incidencia del infanticidio y la muerte materna por suicidio. (Dutan, 2023).

Por otro lado, es innegable que la DPP surge de la combinación de diversos factores desfavorables, incluidos, los problemas en la disponibilidad de asistencia en salud, limitada efectividad en terapias médicas ofrecidas, el seguimiento deficiente debido a las citas médicas irregulares, así como la escasa disponibilidad de terapia psicológica. Todo esto, sumado a los factores sociales agravantes, contribuye significativamente al deterioro de la salud mental materna (Dutan, 2023).

El término “regresión logística binaria” es un método de mediación en base a los datos relacionadas con la edad, la ocupación, el estado civil, el apoyo familiar, la existencia de violencia doméstica, las dificultades económicas y los problemas sociales en relación con la prevalencia de la DPP (Sanabria et al., 2023).

En comparación, las mujeres quienes mantienen una relación de convivencia no marital o unión libre registran el segundo índice más alto de DPP frente a mujeres casadas. En este sentido, es fundamental destacar los siguientes aspectos: la soltería, la no convivencia en pareja y los métodos de afrontamiento de los problemas maritales se asocian directamente con un aumento negativo de la DPP, por lo tanto, desde una perspectiva crítica, no solo se observa una intensificación del curso de la enfermedad, sino una intensificación de los problemas sociales característicos de esta etapa (Sanabria et al., 2023).

### **2.3.3. Factores relacionados con el parto y la maternidad**

Adaptar los conocimientos a las nuevas etapas de maternidad y parto es esencial para satisfacer las necesidades del recién nacido; estas incluyen la amamantación y el abordaje del llanto en el lactante. El refuerzo positivo ante la adversidad es fundamental; el apoyo y

la participación de la pareja son elementales, reduciendo así la frustración y la sensación de incapacidad de la madre para cuidar al bebé (Gómez, 2022).

Por ello, para promover una maternidad saludable, es crucial ayudar y comprender las expectativas sobre la maternidad a las que pueden estar expuestas las futuras madres, abordar eficazmente las causas del estrés y comparar el entorno para garantizar la máxima calidad e individualización en el cuidado de las madres (Gómez, 2022).

En este sentido, la pérdida de emociones o la sensación de desconexión intensifican la depresión, especialmente cuando la madre percibe falta de control sobre su vida o experimenta aislamiento familiar. Como consecuencia, esto conduce a una sobreprotección innecesaria del bebé, en un intento por reafirmar su rol maternal (Gómez, 2022).

Por otro lado, la maternidad implica tomar el control de diversas situaciones, por lo que cuando se detecta DPP o existe riesgo de desarrollarla, resulta fundamental ofrecer ayuda profesional a través de un equipo interdisciplinario. Este apoyo permite responder preguntas y brindar orientación para gestionar adecuadamente los factores de riesgo (Gómez, 2022).

Consecuentemente, resulta crucial educar a las madres sobre la influencia de diversos factores, como la edad, antecedentes de aborto espontáneo, complicaciones del embarazo, familias disfuncionales, problemas en las relaciones interpersonales, frustración por expectativas incumplidas, bajo nivel socioeconómico, apoyo social limitado y la carga de las altas exigencias laborales (Gómez, 2022).

## **2.4. FACTORES PROTECTORES PARA LA DEPRESIÓN POSTPARTO**

### **2.4.1. Apoyo emocional y familiar**

El alcance de comprender cómo influye el apoyo emocional en el período postparto es muy

significativo en función de la adaptación de la maternidad debido a los diferentes cambios físicos, hormonales y emocionales, contribuyendo al cuidado del recién nacido. A su vez, este acompañamiento favorece un entorno de estabilidad emocional para la madre aliviando la fatiga, cansancio e insomnio. Se destaca que la DPP puede disminuir de acuerdo con la percepción de apoyo emocional por parte de la pareja, ayudando específicamente a reducir el estrés y la ansiedad, facilitando una transición más saludable a la matrescencia (Kızıllırmak et al., 2021).

En lo referente con la relación de pareja y el apoyo conyugal, se observa una correlación negativa proporcional con la DPP; es decir, las mujeres que reciben mayor apoyo de su pareja tienen menor posibilidad de padecer esta enfermedad. Para evaluar esto, se deben utilizar la Escala de Apoyo Conyugal Percibido en el Postparto Temprano (PSSAWEPP) y la EPDS como principales herramientas diagnósticas (Kızıllırmak et al., 2021).

Se refuerzan las muestras de cariño de la pareja, la atención empática y la legitimación de las emociones de la madre, permite el apoyo social mediante la interacción de todas las personas que pueden prevenir el aislamiento de la madre en el hogar y estimulan la presencia activa en el cuidado infantil y el acompañamiento en las actividades domésticas (Kızıllırmak et al., 2021).

#### **2.4.2. Estrategias de autoridad**

Una combinación de tamizaje, psicoterapia, farmacoterapia y un enfoque clínico sistemático basado en herramientas diagnósticas implica adquirir todas las herramientas necesarias para el tratamiento de la DPP descrito en la literatura médica. El tamizaje de DPP es recomendado por diversas organizaciones prestigiosas como el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) y el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los EE.UU (USPSTF) (Krauskopf & Valenzuela, 2020).

Herramientas validadas como el EPDS y el Cuestionario de Salud del Paciente se utilizan

con frecuencia para identificar el riesgo al que están expuestas las madres, en conjunto; en casos leves a moderados de DPP la psicoterapia es un tratamiento efectivo de primera línea, distinto a terapia cognitivo conductual (TCC) o psicoterapia interpersonal (TIP), efectivas, ambas, recomendadas por el ACOG entre sus directrices para casos graves. Además, una reducción de la sintomatología de la DPP se aprecia en aplicación de terapias de grupo y las medidas de apoyo ya mencionadas (Krauskopf & Valenzuela, 2020).

Para el control de la DPP, el modelo de atención colaborativa implica la participación de un gestor de atención para coordinar el seguimiento a los síntomas depresivos, con el fin de apoyar las estrategias de adherencia al tratamiento. Mediante ensayos aleatorizados, se ha demostrado su eficacia en los resultados de entornos obstétricos en relación con la DPP (Krauskopf & Valenzuela, 2020).

La farmacoterapia indicada para la DPP moderada a grave son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), tal como escitalopram y sertralina, preferidos debido a su seguridad durante la lactancia y el embarazo. Debido a las limitaciones de costo, acceso y la necesidad de seguimiento hospitalario, fármacos como la brexanolona, un neuroesteroide, se encuentran estancados como opción terapéutica para los casos graves, a pesar de su efectividad (Krauskopf & Valenzuela, 2020).

Asegurar un período de sueño consolidado es beneficioso en aquellas personas con alto riesgo de presentar síntomas depresivos moderados a severos, a través de estrategias de protección del sueño, ya que la privación del sueño constituye un FR significativo para la DPP (Krauskopf & Valenzuela, 2020).

### **2.4.3. Intervenciones psicosociales y terapias cognitivo-conductuales**

Cuando se utiliza la psicoterapia para abordar la depresión mayor postparto, la elección suele ser entre la TCC o TIP. Esta preferencia se debe a la eficacia que ambas han demostrado en diversos ensayos clínicos aleatorizados, tanto en la población general de pacientes con

depresión mayor como en aquellas que sufren DPP. Sin embargo, existen otras opciones igualmente razonables, entre las que se encuentra la activación conductual, el asesoramiento no directivo y la psicoterapia psicodinámica (Viguera, 2025).

Por un lado, la terapia cognitiva es integrada con la terapia conductual mediante la TCC. La primera tiene como objetivo modificar los pensamientos y creencias disfuncionales que las personas desarrollan en torno a su enfermedad. Por otro lado, la terapia conductual busca transformar aquellas conductas problemáticas que surgen como respuesta a pensamientos disfuncionales, síntomas depresivos y factores ambientales adversos (Viguera, 2025).

Asimismo, la activación conductual, que forma parte de la TCC, es una intervención que a menudo se aplica de forma independiente. Su principal objetivo es contrarrestar la inercia y la evitación, promoviendo actividades y conductas gratificantes. Además, pretende reducir las estrategias de evitación y los pensamientos negativos recurrentes, a la vez que ayuda a los pacientes a fortalecer sus habilidades de resolución de problemas (Viguera, 2025).

Finalmente, la TIP se centra en mejorar las relaciones personales conflictivas y/o circunstancias que tengan una relación directa con el episodio depresivo actual. Estas dificultades interpersonales incluyen, entre otras, las disputas de roles, como los conflictos dentro del matrimonio, así como las transiciones de roles, por ejemplo, el proceso de convertirse en madre (Viguera, 2025).

#### **2.4.4. Estrategias relacionadas con la pareja**

El impacto positivo del apoyo de la pareja es un FP apreciable en el 63% de las mujeres postparto que lo reciben, en comparación con el 37% que no lo reciben y que además presentan síntomas depresivos. Las medidas de apoyo emocional se refuerzan con la colaboración activa de la pareja durante las 3 etapas: embarazo, parto, postparto (Rojas Hinostroza, 2023).

Un estudio indica que las mujeres insatisfechas con el apoyo emocional de su pareja

presentaron una razón de probabilidades u odds ratio (OR) de 1.025, lo que indica una mayor probabilidad de desarrollar la afección. Cuando la pareja participa en el proceso de crianza y comparte responsabilidades, se reduce la carga emocional y física de la madre, lo que promueve su bienestar mental (Rojas Hinostroza, 2023).

Una relación caracterizada por una comunicación efectiva, respeto y resolución asertiva de conflictos reduce la probabilidad de que surjan tensiones que puedan desencadenar ansiedad o depresión en la madre. Por el contrario, la presencia de conflictos de pareja, la insuficiente comunicación y carencia de apoyo emocional se han identificado como FR importantes para el desarrollo de depresión postparto (Rojas Hinostroza, 2023).

El 66% de las mujeres sin DPP percibe un nivel regular de apoyo por parte de su pareja, sólo el 24% reporta un apoyo óptimo, mientras que el 100% de las mujeres estudiadas reporta recibir apoyo emocional limitado, destacando la importancia y efectividad del apoyo a sus parejas durante el período perinatal, resaltando su involucramiento en las decisiones de crianza y promoviendo con éxito el impacto del bienestar matricial en las relaciones de pareja (Rojas Hinostroza, 2023).

## **2.5. ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN**

### **2.5.1. Estrategia de prevención primaria**

Una estrategia centrada en evitar la aparición de DPP son las intervenciones dirigidas a la mujer embarazada durante el período perinatal. Estrategias como la psicoeducación sobre los cambios hormonales y emocionales durante el periodo postparto han comprobado su efectividad para mitigar signos depresivos. Programas como, Periodo de Llanto “PURPLE”, han mejorado el conocimiento materno sobre el llanto infantil y han desarrollado mecanismos de afrontamiento para reducir el distrés materno (Werner et al., 2016).

Otra estrategia clave en la prevención primaria es la implementación de técnicas de

meditación y mindfulness. Estas han demostrado beneficios en la regulación emocional de las madres, lo que podría reducir el riesgo de desarrollar DPP. Estudios contemporáneos en mindfulness han demostrado que las terapias centradas en atención plena pueden disminuir la reaparición de depresión perinatal y mejorar la salud emocional materna durante el postparto (Werner et al., 2016).

Además, se puede reducir la incidencia de depresión postparto, mejorar la regulación emocional de la madre y fortalecer el vínculo materno-infantil a través de estrategias psicoterapéuticas cuando se ha implementado satisfactoriamente la herramienta metodológica, uso de intervenciones centradas en la interacción madre-hijo, como el Programa de Recursos Prácticos para una Crianza Postparto Efectiva (PREPP), que hace referencia al cuidado infantil e integra educación que fortalece el vínculo psicoterapéutico materno-infantil (Werner et al., 2016).

### **2.5.2. Estrategia de prevención secundaria**

Los estudios demuestran que los programas dirigidos a poblaciones en riesgo son eficaces para reducir los síntomas depresivos, en cuanto a la prevención secundaria de DPP, su objetivo es identificar y brindar atención oportuna a mujeres propensas de sufrir depresión postparto. Antecedentes de ansiedad, falta de apoyo social, antecedentes familiares de psicopatología y antecedentes de depresión prenatal se incluyen entre los FR (Werner et al., 2016).

La literatura científica señala el uso del índice de prevención de DPP como un medio que detecta vulnerabilidad de mujeres que requieren apoyo clínico antes del parto con el fin de minimizar la progresión a DPP grave en muchos casos. Por ello, una estrategia utilizada en la prevención secundaria es la evaluación psicológica durante el tercer trimestre del embarazo (Werner et al., 2016).

Se continúan las intervenciones que incorporan la prevención secundaria a través de

conductas manejables en los recién nacidos, como la comprensión del llanto excesivo y los problemas de sueño, dado que la reducción del llanto y la mejoría en los patrones de sueño infantil reducen significativamente los síntomas depresivos maternos, reforzando la importancia de las estrategias conjuntas madre-hijo (díada materno-fetal) (Werner et al., 2016).

### **2.5.3. Estrategia de prevención terciaria**

La prevención terciaria de la DPP, tiene como meta disminuir las repercusiones de este mal, prevenir efectos adversos prolongados, además, los tratamientos psicoterapéuticos y farmacológicos se han comprobado eficazmente. Sin embargo, los servicios de salud mental se ven afectados por el estigma y la dificultad de acceso, lo que a su vez fomenta una baja adherencia a estos tratamientos (Werner et al., 2016).

Las intervenciones basadas en terapia conductual mejoran la respuesta materna al llanto del lactante, mostrando beneficios en el comportamiento y la respuesta diádica materno-fetal. Un enfoque relevante para la prevención terciaria de lo anteriormente mencionado es el tratamiento dirigido de forma dual tanto a la madre como al lactante, influyendo en el desarrollo emocional y cognitivo de ambos, y viceversa (Werner et al., 2016).

En resumen, los programas de seguimiento a largo plazo son esenciales para prevenir las recaídas de los síntomas depresivos, y la combinación de apoyo psicológico continuo con técnicas de educación sobre el bienestar maternoinfantil y el manejo emocional previene la recurrencia de los síntomas depresivos, garantizando, mediante estudios, el sostenimiento del estado de salud bajo óptimas condiciones, así como calidad de vida estable materno infantil (Werner et al., 2016).

## 2.6. TEORÍAS PSICOLÓGICAS

### 2.6.1. Teoría Del Apego

John Bowlby, a través de su teoría del apego, plantea los lazos afectivos tempranos para el desarrollo integral tanto emocional y psicológico del ser humano. En el caso específico de la DPP, se ha documentado que el apego materno en la gestación influencia tanto salud mental materna como el establecimiento de un vínculo con su hijo. Un estudio evidenció la conexión entre los casos que presentan sintomatología depresiva de la madre con la formación del apego materno prenatal, este estudio se hizo en Alemania con 161 mujeres que presentaron síntomas persistentes en el postparto. Sin embargo, la correlación no se estableció claramente (Martínez Gutiérrez, 2023).

La asociación entre el apego prenatal materno y la psicopatología postparto se analizó en un estudio italiano con 106 mujeres embarazadas mediante la aplicación de herramientas diagnósticas basadas en el DSM-IV. Se encontró que los problemas de salud mental postparto están vinculados a un apego prenatal deficiente, en consecuencia, se sugiere que la evaluación del apego prenatal es útil como un indicador temprano de la DPP y su prevención, así como un promotor de intervenciones dirigidas a fortalecer el vínculo materno-infantil (Martínez Gutiérrez, 2023).

En Dinamarca, se estudió a 1328 mujeres embarazadas, lo que permitió identificar la teoría del apego prenatal, la cual se intensifica durante el tercer trimestre del embarazo, lo que hace necesario brindar apoyo emocional y psicológico en esta etapa. Se describe que la percepción del bienestar físico, una sólida red de apoyo y una situación socioeconómica favorable influyen en el apego prenatal materno profundamente, esto implica fortalecer estos aspectos para mitigar la aparición de síntomas depresivos, promoviendo así un vínculo materno-infantil seguro y estable (Martínez Gutiérrez, 2023).

La falta de vínculo prenatal sólido deriva en alteraciones emocionales postparto, elevando

la probabilidad de depresión, esta afirmación proveniente de un reporte longitudinal desarrollado en Países Bajos con 268 parejas, que exploró la evolución del apego prenatal desde el embarazo hasta el postparto, se observan puntuaciones altas en la escala de apego prenatal en las madres en comparación con los padres, lo que sugiere que la experiencia fisiológica del embarazo fortalece el vínculo con el feto (Martínez Gutiérrez, 2023).

De igual manera, en un estudio realizado en China con 340 mujeres embarazadas, la correlación negativa de la intensidad del apego prenatal indica depresión materna durante el embarazo, por lo que, los investigadores determinan que un estado de ánimo depresivo afecta la relación emocional con el feto y la capacidad de la madre para establecer estas relaciones (Martínez Gutiérrez, 2023).

### **2.6.2. Modelos de estrés y afrontamiento**

Los modelos de afrontamiento de la DPP abarcan una variedad de estrategias que las mujeres emplean para controlar sus síntomas, influenciadas por factores culturales, sociales e individuales. La literatura médica destaca varias estrategias de afrontamiento clave:

1. **Afrontamiento centrado en emociones:** Según la evidencia encontrada en la bibliografía consultada, se señala que el afrontamiento emocional adoptado por algunas mujeres en las áreas rurales de Etiopía se asocia con una mayor vulnerabilidad ante trastornos depresivos como la DPP. Esta estrategia implica la gestión de las emociones mediante actividades que buscan fortalecer el apoyo emocional, la liberación de la acumulación emocional y una reformulación positiva de las emociones. Esto significa que este enfoque prevalece tanto en entornos de bajos ingresos como de altos ingresos (Werchan et al., 2022).

2. **Afrontamiento centrado en los problemas:** Se ha percibido principalmente en mujeres con educación formal que atribuyen sus síntomas depresivos a causas físicas, por su raciocinio, se les da mayor probabilidad de utilizar estrategias de este tipo, ya que implica tomar medidas directas para abordar fuentes de estrés, como la búsqueda de información o la

planificación (Werchan et al., 2022).

3. Afrontamiento disfuncional: suele ser una estrategia de afrontamiento vinculada tanto con la escasez de apoyo social como niveles de estrés aumentados. Algunas mujeres recurren a la negación, el consumo de sustancias y la autculpa, que asocia peores resultados en cuanto a la incidencia de síntomas depresivos (Werchan et al., 2022).

4. Influencias culturales y situacionales: estos patrones se remontan a creencias culturales y dinámicas familiares. Por ejemplo, en China, las madres suelen atribuir la DPP a factores externos y a la falta de apoyo familiar, lo que por cultura las lleva a preferir estrategias de autoayuda: hablar con familiares y pedir ayuda a allegados en lugar de buscar atención profesional de salud mental (Werchan et al., 2022).

5. Fenotipos de afrontamiento conductual: Establecidos con frecuencia como estrategias pasivas (p. ej., pasar mayor tiempo frente a pantallas) y se han vinculado con mayor depresión y ansiedad, en comparación con las estrategias activas (p. ej., búsqueda de apoyo social), que se asocian con una mayor resiliencia. Esto se observó en la pandemia de COVID-19 (Werchan et al., 2022).

6. Función mediadora de los estilos de afrontamiento: Busca conciliar la relación entre el ajuste diádico materno y la DPP. Esto significa que los estilos de afrontamiento positivos mitigan el impacto de la baja satisfacción y cohesión diádica materna en la DPP, mientras que los negativos la exacerban (Werchan et al., 2022).

Los estudios de base poblacional indican que la DPP afecta al 19,8 % de las mujeres en países de ingresos bajos y medianos. Un estudio (zona rural de Etiopía), el 12,2% de las mujeres examinadas presentaron síntomas aumentados de DPP. Para afrontar esta condición, las estrategias de afrontamiento que emplean diversas mujeres pueden clasificarse en tres categorías: afrontamiento orientado en resolución de problemas, enfocado en las emociones y disfuncional o evitativo (Azale et al., 2018).

El estudio "Estrategias de afrontamiento de mujeres con síntomas de depresión posparto en zonas rurales de Etiopía; un estudio comunitario transversal" reveló que las mujeres con un nivel educativo formal que atribuían sus síntomas a factores físicos son proclives a adoptar estrategias enfocadas en la solución de problemas frente al estrés durante la gestación y posnatal. En Etiopía, el 25,5 % de las mujeres con síntomas de DPP informaron que estaban intentando activamente mejorar su situación, mientras que el 22,9 % buscaron consejo y ayuda de terceros (Azale et al., 2018).

La regulación de los sentimientos relacionados con el estrés ha sido el estilo más utilizado por las mujeres en Etiopía con DPP para afrontar las emociones de forma centralizada, se cuestiona todo aquello que trasciende los límites del método científico; el uso de la religión como estrategia principal por parte de estas madres (Azale et al., 2018).

El 49,9% de los participantes informó que oraba o meditaba con frecuencia, mientras que el 36,4% buscaba consuelo en sus creencias religiosas. Además, las mujeres que percibían a sus maridos como grandes bebedores o que estaban en mejor situación económica tenían más probabilidades de adoptar este enfoque (Azale et al., 2018).

Las estrategias de afrontamiento disfuncionales o evitativas son estrategias que evitan abordar el problema o las emociones asociadas a él. Este patrón se observó en mujeres casadas que estaban en conflicto o desconocían la causa de su depresión. En el estudio, el 17,4% de las mujeres declararon culparse a sí mismas por su situación y el 12,7% expresaron con frecuencia sentimientos negativos. El consumo de sustancias como mecanismo de afrontamiento fue mínimo: solo el 2,1% de las mujeres informaron consumir alcohol u otras drogas (Azale et al., 2018).

Las estrategias de afrontamiento varían según el grado de educación y el sitio de residencia. Comparado con las mujeres del medio rural, las mujeres del medio urbano tienen más probabilidades de recurrir a todo tipo de medidas de afrontamiento, probablemente debido

a un mayor acceso a recursos y redes de apoyo. Además, las mujeres con educación formal tenían más probabilidades de utilizar estrategias centradas en los problemas y las emociones. Esto sugiere que la competencia y el conocimiento en materia de salud mental pueden influir en cómo las personas afrontan la depresión postparto (Azale et al., 2018).

La atribución causal de la depresión constituye otro determinante adicional del estilo de afrontamiento, las mujeres que creían que su condición tenía una causa física mostraban inclinación a recurrir en mecanismos de afrontamiento enfocados tanto resolución de problemas como a procesar las emociones. Por el contrario, mujeres que no pudieron identificar una causa tendieron a utilizar menos estrategias de afrontamiento en general. Esta falta de claridad sobre los orígenes de la DPP puede dificultar la búsqueda de soluciones efectivas (Azale et al., 2018).

Los efectos funcionales de la DPP también influyen en los estilos de afrontamiento. Las mujeres con un mayor nivel de discapacidad (medido con la Escala de Evaluación de Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS)) tenían menor tendencia a emplear estilos de afrontamiento inclinados en emociones o desadaptativas para lidiar con el estrés. Esto sugiere que un mayor deterioro funcional puede reducir la capacidad de las mujeres para afrontar activamente su situación (Azale et al., 2018).

## **CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO**

### **3.1. ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN**

El enfoque adoptado en esta investigación es de carácter cualitativo, mediante una revisión sistemática, ya que permite examinar, identificar y sintetizar información de estudios que detallan determinantes de riesgo y factores protectores de DPP, junto con la valoración de la eficacia de diversas estrategias de prevención.

Este enfoque tiene como objetivo señalar la recurrencia y relevancia de factores ligados a la DPP, desde una perspectiva cualitativa que faculta la interpretación de sus implicaciones. Se obtiene una comprensión integral del fenómeno a través de la revisión de artículos, revisiones sistemáticas y publicaciones científicas de carácter interpretativo, abarcando literatura entre 2015 y 2025.

### **3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN**

El estudio actual se basa en una revisión sistemática cualitativa orientada a reunir datos sobre distintos determinantes de riesgo y factores protectores asociados a la DPP, con un contexto global, fundamentado en un análisis correlacional de investigaciones previas.

En este sentido, se resalta que la revisión sistemática corresponde a una revisión en paraguas (*umbrella review*), ya que, según Belbasis et al., (2022), “las revisiones en paraguas son recopilaciones y evaluaciones sistemáticas de múltiples revisiones sistemáticas y metanálisis (SRMA) realizados sobre un tema de investigación específico”. Además, Belbasis et al. (2022) señalan que “una revisión en paraguas resulta informativa cuando ya se han publicado varias SRMA referentes a un tópico concreto de investigación”.

Se consideran las principales fortalezas de las revisiones en paraguas, como su capacidad para identificar patrones consistentes y heterogéneos. A partir de ellas, es posible evaluar la solidez de la evidencia en distintos estudios de manera exhaustiva y sintetizar múltiples revisiones. Sin embargo, como es propio de este tipo de estudio, la fiabilidad se encuentra

condicionada directamente por el rigor metodológico de las SRMA seleccionadas.

Mediante las revisiones sistemáticas se facilita un enfoque metodológico para obtener nuevos hallazgos, dirigido a responder una interrogante clínica específica. Este tipo de estudios permite la selección, evaluación crítica y síntesis de la evidencia disponible, brindando así un análisis más completo y fundamentado. (Moreno et al., 2018).

### **3.3. UNIDADES DE ANÁLISIS U OBJETOS DE ESTUDIO**

Los ámbitos de comprensión en este proyecto de tesis comprenden las bases de datos, Cochrane, LILACS y PubMed. Tales bases puntualizan estudios tanto sobre factores de riesgo como protectores, ligados a la influencia de varias estrategias útiles para prevenir DPP.

#### **3.3.1. Área de estudio**

Este proyecto de tesis consiste en una revisión de literatura global, evaluando la información publicada entre 2015 y 2025 principalmente en América (Ecuador y Estados Unidos de América), Asia (Emiratos Árabes Unidos e India) y Europa (Alemania, Países Bajos, Polonia), con base en los artículos examinados.

#### **3.3.2. Fuentes informativas**

Los recursos documentales de esta investigación son de carácter primario y consisten en investigaciones en diversos formatos, accesibles en los repositorios científicos Cochrane, LILACS y PubMed. A través de la evaluación de los resultados reportados en las investigaciones seleccionadas, se desprenderá la posibilidad de estimar, compilar y precisar los determinantes de riesgo y protectores en torno a DPP y sus estrategias de prevención.

#### **3.3.3 Población**

Este trabajo integra investigaciones primarias publicadas entre los años 2015 y 2025,

accesibles a través de PubMed, Cochrane, LILACS. En total, se seleccionaron 8 artículos, conforme a los criterios de inclusión y exclusión establecidos.

### 3.3.4 Muestra

La muestra está compuesta por una selección total de 8 artículos que analizan factores de riesgo y protectores relacionados con la influencia de estrategias de prevención de la DPP. Los artículos, publicados entre 2015 y 2025, fueron extraídos de las bases de datos Cochrane, LILACS y PubMed, en función de criterios previamente definidos de inclusión y exclusión.

### 3.3.5 Diseño de la pregunta de investigación

La pregunta PICO representa una metodología estructurada que tiene aplicación en estudios científicos, en el campo de la salud, para plantear preguntas clínicas con un enfoque sistemático y facilitar la identificación de evidencia relevante. El acrónimo PICO representa los elementos clave para la pregunta de investigación estructurada, los cuales son:

- **P (Problema o población):** Mujeres en período postparto.
- **I (Intervención o exposición):** Factores predisponentes y protectores vinculados a la depresión postparto.
- **C (Comparación, no aplica).**
- **O (Resultado):** Variables psicosociales y estrategias de prevención para la depresión postparto.

### 3.3.6. Criterios de exclusión e inclusión

Al diseñar una investigación de alta calidad, es mandatorio tener criterios de inclusión y exclusión.

Los criterios de exclusión identifican aspectos adicionales de los participantes que, aun cuando cumplen con los criterios de inclusión, pueden afectar de manera negativa los

resultados del estudio. Por su parte, se entienden como criterios de inclusión aquellas características esenciales de la población objetivo que se utilizan para dar respuesta a la pregunta de investigación (Patino & Ferreira, 2018).

#### **Criterios de inclusión**

- Artículos científicos que incluyan a mujeres en etapa postparto y que presenten un diagnóstico de depresión postparto.
- Artículos científicos que identifiquen factores de riesgo y protectores asociados a la depresión postparto.
- Artículos científicos que valoren estrategias de prevención para la depresión postparto.

#### **Criterios de exclusión**

- Artículos científicos que hayan sido publicados fuera del período de 2015 a 2025.
- Artículos científicos que se encuentren publicados en bases de datos diferentes a LILACS, Cochrane y Pubmed.
- Artículos científicos que hayan sido publicados en un idioma diferente a español o inglés.

### **3.4. INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS**

Para la obtención de la información se emplean operadores booleanos en Cochrane, PubMed y LILACS, con el objetivo de identificar estudios primarios que examinan los determinantes de riesgo y protección implicados en la aparición de DPP en mujeres de todas las etapas vitales, grupos étnicos y contextos socioculturales, publicados en el periodo de 2015 a 2025 y que cumplen con los criterios de inclusión.

Posteriormente, se utilizan la plataforma JASP así como el programa Excel, lo que permite organizar los artículos por autor, año, título, fecha de publicación, idioma, lugar de publicación, tamaño de la muestra, base de datos y evidencia recolectada.

### 3.5. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

La estructura del estudio adquiere un enfoque no experimental y transversal, dado que los determinantes se observan únicamente y no se manipulan, y el estudio valora un único período de tiempo.

Esta investigación corresponde a una revisión sistemática que utiliza las recomendaciones PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses). PRISMA se concibe como una guía para la presentación de informes, destinada a asegurar que una revisión sistemática resulte útil para las personas lectoras; por ello, se requiere proporcionar una exposición transparente, exhaustiva y exacta de los motivos de su realización, del proceso seguido y de los hallazgos obtenidos (Page et al., 2021).

El método PICO, utilizado para llevar a cabo la construcción de la interrogante central del estudio, como método utilizado al desarrollar la pregunta de investigación; es el acrónimo de Población, Intervención, Comparación y Resultados (Eldawlatly et al., 2018).

#### Tabla 1.

##### *Pregunta PICO*

<i>¿Cuáles factores predisponentes y protectores para la depresión en mujeres postparto se relacionan con la influencia de estrategias en prevención?</i>			
Población	Intervención	Comparación	Resultados
Mujeres en período postparto.	Factores de riesgo y protectores vinculados a la depresión postparto.	No aplica	Estrategias de prevención para la depresión postparto.

Fuente: Elaboración propia, 2025.

### 3.5.1. Estrategias de búsqueda

Para elaborar los operadores booleanos que se utilizan en la presente investigación, se utilizan los descriptores “Depresión postparto”, “Factores de riesgo”, “Factor protector” y “prevención”.

**Tabla 2.**

*Descriptores de salud*

<b>Descriptor</b>	<b>Español</b>	<b>Inglés</b>
Depresión postparto	X	X
Factores de riesgo	X	X
Factor protector	X	X
Prevención	X	X

Fuente: elaboración propia, 2025.

El Tabla 3 muestra la relación entre los conceptos clave de investigación, evidenciando la interrelación entre determinantes de riesgo, protección y acciones preventivas asociadas a DPP. Esta estructura proporciona una comprensión clara de la conexión entre estas variables y su importancia en el estudio del fenómeno.

**Tabla 3.**

*Relación entre los conceptos*

<b>Concepto</b>	<b>Relación</b>	<b>Concepto</b>
Factores de riesgo	En relación a	Depresión postparto
Factores protectores	En relación a	Depresión postparto
Prevención	En relación a	Depresión postparto

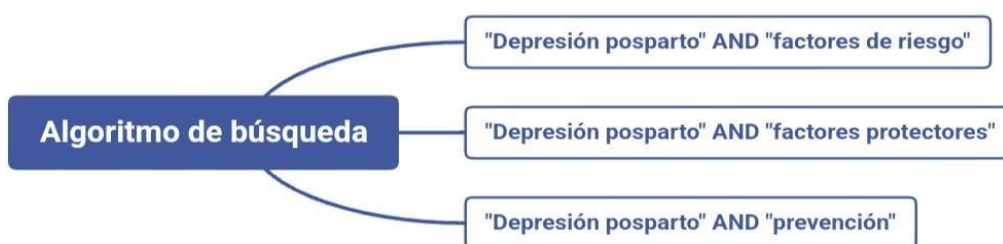
Fuente: Elaboración propia, 2025.

Ilustración # 1, presenta el algoritmo para búsqueda empleado a la revisión sistemática,

basado en combinaciones de palabras clave mediante operadores booleanos. Esta metodología permite identificar estudios relevantes sobre la DPP, considerando condiciones de vulnerabilidad, mecanismos de protección y acciones preventivas, garantizando así un análisis riguroso y bien fundamentado.

***Ilustración 1.***

*Algoritmo de búsqueda*



Fuente: elaboración propia, 2025.

### **3.6. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES**

Este estudio no precisa de operacionalización de variables debido a que es una revisión sistemática.

### **3.7. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

El flujograma presenta el protocolo seguido para filtrar los estudios considerados en esta revisión sistemática. El proceso inicia con la identificación de registros en fuentes de información como Cochrane (n = 3154), LILACS (n = 587) y PubMed (n = 14 743). Posteriormente, se eliminan los registros duplicados (n = 1093) y se aplican filtros para descartar publicaciones no relevantes (n = 18 247). Luego, los estudios pasan por una evaluación de elegibilidad, revisión de título y resumen (n = 50), así como por la lectura

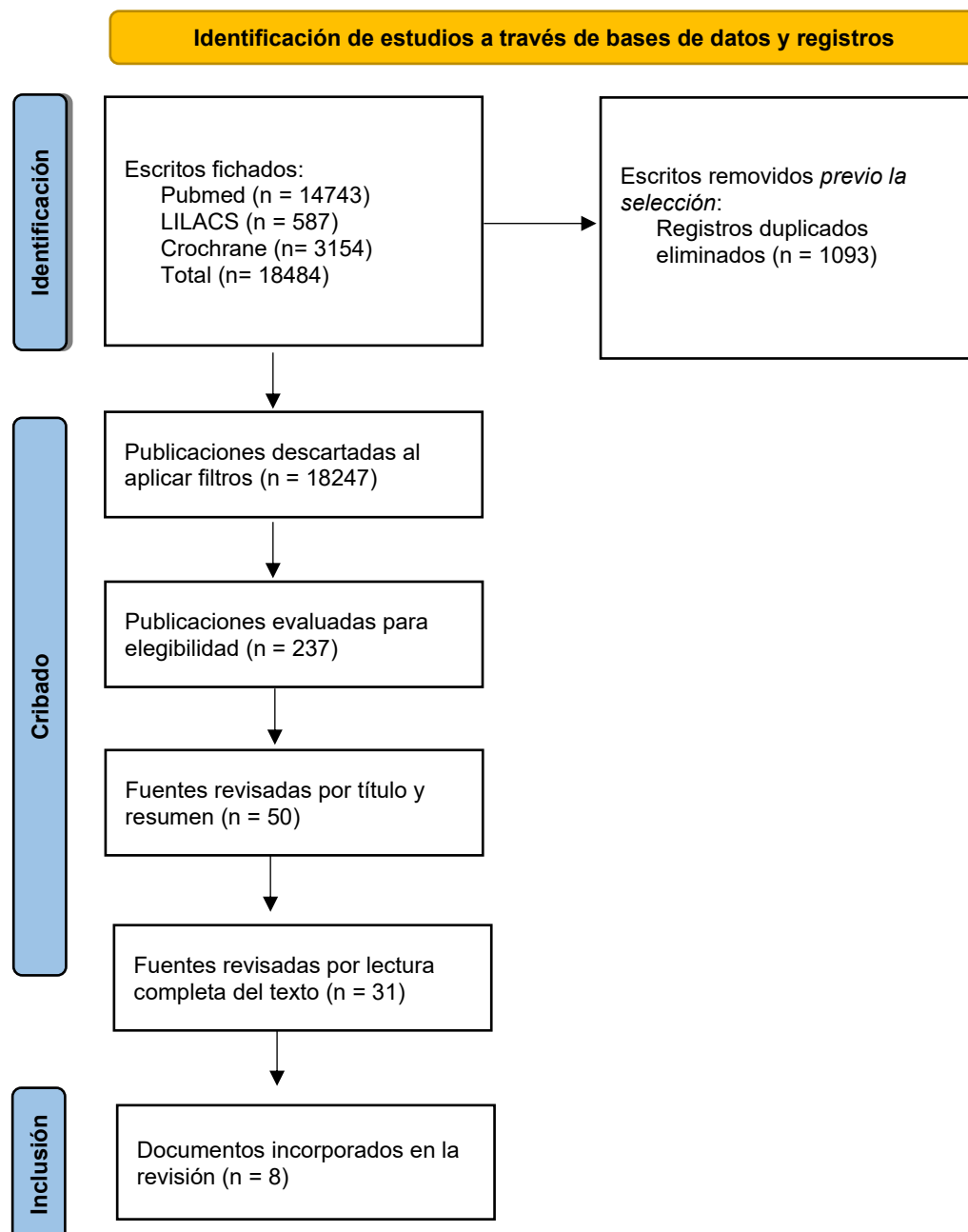
completa del texto (n = 31). Finalmente, se definen los trabajos que conforman esta revisión (n = 8).

Los filtros se ejecutan en el siguiente orden: en primer lugar, se restringe la fecha de publicación a los últimos 10 años; posteriormente, se selecciona la opción de acceso gratuito al texto completo; enseguida, se aplica el filtro por atributos del artículo (datos asociados); y, por último, se limitan los tipos de resultados a metanálisis, revisiones y revisiones sistemáticas. Como resultado de este proceso de filtrado, el número de publicaciones se reduce de 18 247 a 237.

Los filtros se aplican en inglés por defecto en inglés de la siguiente manera: "publication date" → 10 years, "text availability" → Free full text, "article attribute" → Associated data, "article type" → meta-analysis, review & systematic review.

## Ilustración 2.

Flujograma PRISMA correspondiente al proceso de búsqueda, selección e inclusión de estudios para el tema de investigación.



### 3.8. ORGANIZACIÓN DE VARIABLES

Los datos recolectados mediante la declaración PRISMA, correspondientes a un total de 8 artículos, se almacenan en una hoja electrónica de cálculo, concretamente en la plataforma de Microsoft destinada al diseño y manejo de planillas de cálculo, denominada Excel, donde se organizan según información como: nombre del artículo, año, autores, metodología, fecha de publicación, lugar de publicación, tamaño de la muestra y evidencia recolectada.

**Tabla 4.**

*Organización de variables (ejemplo)*

<b>Nombre del artículo</b>	Depresión postparto: prevalencia y factores de riesgo asociados en una muestra de población mexicana.
<b>Autores</b>	Leopoldo Santiago-Sanabria, Pamela María Ibarra-Gussi, Mario Enrique Rendón-Macías, Paulina Treviño-Villarreal, David Islas-Tezpa, Gina Daniela Porras-Ibarra, Ximena van Tienhoven.
<b>Metodología</b>	Uso de la escala de Edimburgo en pacientes en puerperio. Procesamiento de la información utilizando un modelo de análisis mediante regresión logística binaria modificada, dirigida a determinantes de riesgo clave asociados a DPP.
<b>Fecha de publicación</b>	2023.
<b>Lugar de publicación</b>	México.
<b>Tamaño de la muestra</b>	717.
<b>Evidencia recolectada</b>	1b

Fuente: elaboración propia, 2025.

### 3.9. ANÁLISIS DE DATOS

La plataforma FLC 3.0 (Fichas de Lectura Crítica) constituye un sistema aplicado en el ámbito científico y académico para categorizar y evaluar la calidad de los estudios analizados. Su objetivo principal consiste en organizar la información científica de manera estructurada y facilitar el acceso a estudios relevantes de diversas disciplinas, priorizando aquellos artículos con mayor rigor metodológico y aplicabilidad en la práctica profesional (López de Argumedo et al., 2017).

Los artículos seleccionados mediante la plataforma FLC se categorizan de acuerdo con el nivel de confiabilidad y su valor científico: estudios primarios (investigación original que presenta nuevos datos), estudios secundarios (revisiones sistemáticas y metaanálisis), artículos de opinión (basados en la experiencia de especialistas) e informes de casos (relatos detallados de situaciones específicas). Esta categorización permite diferenciar entre los distintos tipos de evidencia y, en consecuencia, determinar su aplicabilidad al momento de la toma de decisiones (López de Argumedo et al., 2017).

En lo relativo a niveles de evidencia, se reconocen dos sistemas especialmente extendidos: el sistema Oxford y el sistema GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation). Esta clasificación inicial organiza los hallazgos por jerarquía numérica de 1 a 5, asignando al nivel 1 la evidencia considerada más confiable, que abarca desde metanálisis hasta ensayos clínicos aleatorizados, y al nivel 5 la información menos fiable. Por su parte, el sistema GRADE otorga una calificación a la evidencia según cuatro niveles (muy baja, baja, moderada, alta), considerando el sesgo, la coherencia y la idoneidad clínica (Camaño-Puig, 2019).

**Tabla 5.**

*Calidad de los artículos seleccionados aplicando los criterios de la ficha de lectura crítica y los niveles de evidencia de Oxford (ejemplo).*

<b>Nombre del estudio</b>	<b>Calidad</b>	<b>Nivel de evidencia</b>
<i>Eficacia de las intervenciones no farmacológicas en la prevención de la depresión postparto: una revisión sistemática de los resultados en gestantes con y sin factores de riesgo</i>	Alta	1a

Fuente: Elaboración propia, 2025.

**CAPITULO IV**  
**PRESENTACIÓN DE RESULTADOS**

## **4.1 Resultados de la investigación**

Esta sección examina los datos sistematizados, organizando los estudios según su rol dentro del cuerpo de evidencia y su pertinencia respecto a los objetivos específicos previamente descritos. Los estudios fueron seleccionados mediante el método PRISMA en tres bases de datos médicas aplicando operadores booleanos.

Luego de un análisis minucioso, se incluyeron 8 investigaciones enfocadas en mujeres y en la supeditación de la DPP en diversos contextos. Estas investigaciones identifican factores que aumentan la vulnerabilidad, condiciones protectoras y estrategias preventivas aplicadas para definir y reducir la incidencia de la DPP.

### **4.1.1 Generalidades de los estudios escogidos**

La totalidad de artículos incluidos fueron seleccionados dentro del intervalo 2015-2025 y se pueden acceder por medio de las plataformas científicas Cochrane, LILACS y PubMed. La mayoría de estos trabajos fueron redactados en inglés, mientras que unos pocos fueron publicados en español. Se muestra a continuación el acervo de artículos que conforman esta revisión.

En 2017 se registraron dos publicaciones en inglés: Estados Unidos (Sparling et al.) y Alemania (Anderson et al.). En 2019 se documentó un artículo en inglés proveniente de Polonia (Kolománska-Bogucka y Mazur-Bialy). En 2020 se identificó una publicación en inglés de los Emiratos Árabes Unidos (Ayoub et al.). En 2021 se publicó un estudio en español de Ecuador (Pérez-Miranda et al.). En 2023 se registró un artículo en inglés de India (Sahoo et al.). En 2024 se observaron tres artículos en inglés: Estados Unidos (Gallego-Gómez et al.) y Países Bajos (Yaqoob et al.).

Los estudios incluidos cumplen con los criterios de inclusión previamente establecidos. Se

presentan investigaciones sobre mujeres puérperas diagnosticadas con DPP, variables de riesgo y elementos protectores, así como evaluaciones de estrategias preventivas fundamentadas en evidencia científica.

#### **4.1.2 Estudios incluidos en la investigación**

Mediante tablas se pretende resumir y organizar los 8 artículos seleccionados con el fin de llevar a cabo esta revisión sistemática se compendia los criterios empleados para su selección, así como su respectiva caracterización, abordando la fecha de publicación, autoría, idioma, el país donde se elaboró y el encabezado del documento.

El estudio por Sparling et al. (EE. UU.) explora la relación entre patrones dietéticos, suplementación nutricional y depresión perinatal en alrededor de 100 000 mujeres, se identifica algunos patrones alimentarios saludables y su asociación a menor sintomatología depresiva. Se reconocen riesgos metodológicos considerables en la pluralidad de los estudios analizados, especialmente por el uso de instrumentos no validados para el tamizaje de DPP.

**Tabla 6.**

*Presentación de resultados de los estudios*

<b>Título</b>	<b>Autores</b>	<b>Año, Idioma, País</b>	<b>Tamaño de la muestra</b>
The role of diet and nutritional supplementation in perinatal depression: a systematic review	Sparling, Thalia M.; Henschke, Nicholas; Nesbitt, Robin C.; Gabrysch, Sabine	2017  Inglés  EE. UU.	n = 103,695  Sumatoria de la revisión.
<b>Hallazgos</b>			
<p><u>Evaluación del sesgo:</u> cada artículo transversal tuvo alguna probabilidad de sesgo en uno o más dominios, a menudo porque no se reportaron adecuadamente las características del estudio. En el dominio de participación del estudio, solo cuatro estudios lograron bajo riesgo de sesgo, mientras que el 75 % (12 de 16) presentaron riesgo medio o alto. Solo 6 de 16 (38 %) estudios tuvieron bajo riesgo de sesgo respecto a tasas de participación y diferencias potenciales entre participantes y no participantes. En general, los estudios</p>			

transversales describieron apropiadamente la medición de la exposición, con solo tres de 16 estudios presentando riesgo alto o medio de sesgo. Nueve estudios tuvieron riesgo alto o medio en el dominio de medición del resultado, lo que a menudo se debió al uso de herramientas de tamizaje no validadas para embarazo (es decir, no la EPDS ni la PDSS) y a la inconsistencia en el momento de la medición del resultado.

Patrones dietéticos: Cuatro estudios transversales y cinco estudios de cohorte examinaron la correlación de hábitos alimenticios con depresión perinatal. Chatzi et al. (2011) utilizaron análisis de componentes principales (PCA) y cargas factoriales para identificar dos patrones dietéticos distintos, denominados "saludable" y "occidental", en mujeres embarazadas en Grecia. Clasificados como riesgo mínimo de sesgo en cada dimensión analizada, menos la deserción del estudio, encontraron que el patrón "saludable" fue protector contra síntomas depresivos entre las semanas 8–10 postparto en los dos tertiles superiores.

Panel completo de nutrientes: Bae et al. (2010) en Corea encontraron que la ingesta de calcio total, calcio vegetal, hierro vegetal, potasio, folato dietético y folato total (incluyendo suplementos) se asoció con la depresión, pero no presentaron un modelo ajustado. Fowles et al. (2011a) en Estados Unidos incluyeron 18 mujeres en su muestra, de las cuales 17 dieron positivo para depresión, y encontraron que una mayor ingesta de calcio se asoció con más síntomas depresivos. Lukose et al. (2014) en India y Watanabe et al. (2010) Japón carece de evidencia de asociaciones protectoras para ninguna de las numerosas vitaminas y minerales evaluados.

Fuente: Elaboración propia, 2025.

Mediante un metaanálisis de estudios sobre mujeres migrantes llevado a cabo por Anderson

et al. (Alemania), se reportaron altas tasas de depresión tanto en el embarazo como en el postparto. La elevada heterogeneidad entre los estudios impidió una estimación combinada, pero se aprecia una prevalencia considerable en sintomatología depresiva que oscila entre el 12 y 45 %.

**Tabla 7.**

*Presentación de resultados de los estudios*

<b>Título</b>	<b>Autores</b>	<b>Año, Idioma, País</b>	<b>Tamaño de la muestra</b>
Prevalence and risk of mental disorders in the perinatal period among migrant women: a systematic review and meta-analysis	Fraser M. Anderson, Stephani L. Hatch, Carla Comacchio, Louise M. Howard	2017  Inglés  Alemania	n = 53  Sumatoria de la revisión.
<b>Hallazgos</b>			
<p><u>Depresión antenatal (embarazo)</u>: 16 estudios proporcionaron datos de prevalencia de síntomas elevados de depresión durante el embarazo en un total de 5110 mujeres migrantes. Se realizó un metaanálisis de efectos aleatorios, pero debido a una heterogeneidad muy alta (<math>I^2 &gt; 98 \%</math>), no se reporta una estimación combinada. Se intentó reducir la heterogeneidad mediante análisis de sensibilidad (exclusión de estudios con alto sesgo, estratificación por país y herramienta utilizada), pero no se logró una reducción significativa. Mediana de prevalencia: 28 %. Rango: de doce por ciento (Luecken et al.</p>			

2013) a cuarenta y cinco por ciento (Heilemann et al. 2004)

Depresión posnatal (postparto): 33 estudios reportaron datos de prevalencia de síntomas elevados de depresión postparto en 15,153 mujeres migrantes. La heterogeneidad fue muy alta ( $I^2 > 97\%$ ), por lo que tampoco se reporta una estimación combinada. Los análisis de sensibilidad (eliminando estudios con alto sesgo o estratificando por país o instrumento) no modificaron la heterogeneidad. Mediana de prevalencia: 19 %. Rango: menos de uno por ciento (Hung et al. 2012) a cincuenta y nueve por ciento (Ballantyne et al. 2013).

Fuente: Elaboración propia, 2025.

La investigación traducida como actividad física y la incidencia de la depresión postparto: una revisión sistemática en Polonia analiza el rol del soporte social como determinante de protección frente a la DPP en mujeres polacas. Se muestra que un alto nivel de soporte social se asocia con menores síntomas depresivos y hace énfasis en intervenciones dirigidas al entorno familiar/social de las madres.

### **Tabla 8.**

*Presentación de resultados de los estudios*

<b>Título</b>	<b>Autores</b>	<b>Año, Idioma, País</b>	<b>Tamaño de la muestra</b>
Physical Activity and the Occurrence of Postnatal Depression - A Systematic Review	Daria Kołománska-Bogucka, Agnieszka Irena Mazur-Bialy	2019 Inglés Polonia	n = 25 Sumatoria de la revisión.

### Hallazgos

El efecto de la actividad deportiva sobre los niveles de depresión en la gestación y el periodo puerperal fue examinado por Vargas-Terrones et al. Las mujeres del grupo de intervención realizaron entrenamiento supervisado (60 min) tres veces por semana, a partir de la semana 16-22 de gestación hasta el fin del tercer trimestre. No se implementó ninguna intervención en el grupo de control. La escala CES-D se utilizó para medir el nivel de depresión tres veces (al inicio del estudio, al final del embarazo y seis semanas después del parto). Al llegar a la semana 38 del embarazo, las mujeres que mantenían actividad física mostraron un menor porcentaje de depresión en comparación con las que no estaban activas (18,6 % contra 35,6 %;  $p = 0,041$ ). Un hallazgo comparable se registró en la sexta semana después del parto (grupo experimental: 14,5%; grupo control: 29,8%;  $p = 0,046$ ).

Fuente: Elaboración propia, 2025.

Ayoub et al. (Emiratos Árabes Unidos) estudió la efectividad de programas de intervención no farmacológica, destacando la psicoterapia y el acompañamiento profesional, en mujeres con depresión en la región árabe. Los resultados sugieren que el acceso a apoyo emocional estructurado durante el embarazo reduce significativamente el riesgo de DPP.

#### **Tabla 9.**

*Presentación de resultados de los estudios*

Título	Autores	Año, Idioma, País	Tamaño de la muestra

Postpartum Depression in The Arab Region: A Systematic Literature Review	Khubaib Ayoub, Amira Shaheen, Shakoor Hajat	2020  Inglés  Emiratos Árabes Unidos	n = 25  Sumatoria de la revisión.
<b>Hallazgos</b>			
<p>Se recuperaron un total de 88 estudios sobre depresión postparto en países árabes a través de PubMed; 45 de ellos eran duplicados y 22 estudios fueron excluidos tras leer el resumen del artículo completo. De estos, 3 trataban exclusivamente sobre depresión antenatal, 4 sobre intervenciones para la DPP o el estudio de factores predisponentes hormonales o genéticos específicos, 5 sobre poblaciones no árabes como los kurdos o el ejército estadounidense en Irak, 5 investigaban poblaciones mixtas de árabes y no árabes en Israel o comparaban poblaciones de inmigrantes mixtos, y otros 3 eran una revisión de literatura, un estudio de validación de herramientas y un estudio sobre DPP en el ejército jordano.</p>			

Fuente: Elaboración propia, 2025.

El siguiente es el único estudio incluido en la presente revisión redactado en español. Pérez-Miranda et al. (Ecuador) evalúan el impacto de factores sociales como desempleo, violencia y bajos ingresos en la aparición de DPP. El análisis se centra en mujeres ecuatorianas en hospitales públicos y revelando asociaciones significativas entre estos determinantes sociales y la sintomatología depresiva.

**Tabla 10.***Presentación de resultados de los estudios*

<b>Título</b>	<b>Autores</b>	<b>Año, Idioma, País</b>	<b>Tamaño de la muestra</b>
<i>Eficacia de las intervenciones no farmacológicas en la prevención de la depresión postparto: una revisión sistemática de los resultados en gestantes con y sin factores de riesgo</i>	Pérez-Miranda, Geraldine; Ortiz-Pinilla, Daniela; Niño-Mancera, Daniel Andrés; Gómez-Salcedo, Laura Helena; Bayona-Granados, Karly Vanessa.	2021 Español Ecuador	n = 5905 Sumatoria de la revisión.
<b>Hallazgos</b>			
<p><u>Resultados generales:</u> Entre siete estudios realizados en mujeres embarazadas con factores de riesgo, seis marcaron una reducción creciente de síntomas y de los puntajes en las escalas de medición. En comparación, solo dos de seis estudios en embarazadas sin factores de riesgo observaron un descenso estadísticamente significativo. La multiplicidad en las intervenciones constituyó la limitación más relevante.</p> <p><u>Intervenciones eficaces destacadas:</u> Las terapias cognitivo-conductuales, el ejercicio físico y los programas psicoeducacionales fueron los enfoques más efectivos. Actuar en</p>			

el periodo postnatal muestra mayor efectividad para atenuar el riesgo e intensidad de síntomas que una intervención durante la gestación.

Observaciones metodológicas: En los estudios con población en riesgo, la mayor parte aplicó intervenciones del periodo posnatal, mientras que los estudios dirigidos a población general usaron intervenciones durante el embarazo. El modelo más común fue individual para la población en riesgo y grupal o combinado para la población general.

Implicaciones: Luego de efectuar la evaluación del riesgo y cribado pronto de los controles prenatales, todas las intervenciones que se aplican son debidas a la implementación de estrategias preventivas perinatales guiadas por instituciones públicas y personal médico.

Fuente: Elaboración propia, 2025.

La investigación de Sahoo et al. (India) se enfoca en abordar las características clínicas de la DPP en mujeres del sur de Asia. Observando una considerable prevalencia de manifestaciones depresivas, mayormente en mujeres con historial anterior de trastornos psicológicos y escasa red de apoyo familiar. El estudio recomienda implementar tamizajes periódicos en el primer año postparto.

### **Tabla 11.**

*Presentación de resultados de los estudios*

<b>Título</b>	<b>Autores</b>	<b>Año, Idioma, País</b>	<b>Tamaño de la muestra</b>
Antenatal depression and	Swapnajeet Sahoo et	2023	n = 31

anxiety in Indian women: A systematic review	al.	Inglés  India	Sumatoria de la revisión.
<b>Hallazgos</b>			
<p><u>Prevalencia de depresión antenatal:</u> Todos los estudios incluidos informaron la presencia de ansiedad y depresión antenatales. Estas tasas variaron en cada trimestre y según ciertas variables socioeconómicas. La prevalencia de depresión antenatal en los estudios presentados en la Tabla 1 osciló entre el 3.8% y el 65%. Algunos estudios encontraron que la prevalencia de ansiedad fue significativamente mayor entre las mujeres que también estaban deprimidas. La prevalencia de ansiedad durante el periodo antenatal varió entre el 13% y el 55%. La prevalencia de ideación suicida en mujeres en embarazo temprano (&lt;20 semanas) fue del 7,6 %.</p> <p><u>Factores De Riesgo:</u> Algunos estudios exploraron determinantes ligados con presencia de depresión anteparto. La mayoría de los estudios revelaron factores comunes como relaciones conyugales conflictivas, mala relación con los suegros, deseo o presión para tener un hijo varón, antecedentes de abortos espontáneos, embarazos con complicaciones obstétricas, consumo de alcohol por parte del esposo, bajo apoyo social y violencia doméstica/violencia de pareja íntima, los cuales fueron reconocidos como determinantes clave en la aparición de sintomatología depresiva en etapa antenatal.</p>			

Fuente: Elaboración propia, 2025.

Gallego-Gómez et al. (EE. UU.) analizaron la efectividad de estrategias de mindfulness y programas psicoeducativos durante el embarazo. Los resultados señalan progresos

sustanciales y evidentes en el estado anímico acompañados de atenuación de los síntomas depresivos, se promueve estas estrategias como parte del abordaje preventivo estándar.

**Tabla 12.**

*Presentación de resultados de los estudios*

<b>Título</b>	<b>Autores</b>	<b>Año, Idioma, País</b>	<b>Tamaño de la muestra</b>
<i>Urinary incontinence increases risk of postpartum depression: systematic review and meta-analysis</i>	Gallego-Gomez, Cristina; Martinez-Bustelo, Sandra; Martinez-Vizcaíno, Vicente; Quezada-Bascuñán, Claudia Andrea; Rodriguez-Gutierrez, Eva; Torres-Costoso, Ana; Ferri-Morales, Asunción	2024 Inglés EE. UU.	n = 90,239  Sumatoria de la revisión.
<b>Hallazgos</b>			
<u>Características del estudio:</u> Todos los estudios se publicaron entre 2000 y 2023. Se llevaron a cabo dos estudios longitudinales en Australia y uno en Francia, República Checa, Corea del Sur, Estados Unidos y Canadá. Respecto a los estudios transversales,			

uno fue realizado en Estados Unidos, otro en Canadá, otro en Turquía y otro en China.

Resultados y ajustes: Los artículos abordados utilizaron la EPDS, excepto uno. Seis estudios reportaron datos sobre los umbrales diagnósticos establecidos para reconocer la depresión, considerando puntuaciones entre 9 y 10 (evidencia diagnóstica fuerte) como indicativas de depresión (mayor y menor), mientras que 4 estudios utilizaron puntuaciones entre 12 y 13 (evidencia diagnóstica convincente) para indicar este trastorno.

Fuente: Elaboración propia, 2025.

El siguiente estudio encuentra que las mujeres migrantes en situaciones de exclusión social presentan un mayor riesgo de DPP. Yaqoob et al. (Países Bajos) examina los factores migratorios, la percepción de discriminación y las limitaciones para obtener servicios de salud que impactan negativamente el bienestar psicológico materno y pone de manifiesto la necesidad de intervenciones adaptadas a esta población.

### Tabla 13.

*Presentación de resultados de los estudios*

<b>Título</b>	<b>Autores</b>	<b>Año, Idioma, País</b>	<b>Tamaño de la muestra</b>
A systematic review of risk factors of postpartum depression. Evidence from Asian culture	Hina Yaqoob et al.	2024  Inglés  Países Bajos	n = 90  Sumatoria de la revisión.

### Hallazgos

Un 98 % de los estudios analizados se desarrollan mediante enfoques metodológicos de tipo cuantitativo, con solo un estudio cualitativo y uno con técnica mixta. Mientras que 37 estudios (41 % del total) usaron diseño transversal, 20 estudios (22.1 %) emplearon diseño prospectivo.

Cinco estudios utilizaron métodos longitudinales (5.5 %), cuatro estudios fueron cohortes de nacimiento (4.4 %), cinco fueron parte del estudio del medioambiente y los niños en Japón (5.5 %), uno fue un estudio clínico chino (1.1 %), dos estudios fueron preliminares (2.2 %), dos usaron métodos de imagen por resonancia magnética, y otros fueron retrospectivos, observacionales, de seguimiento y cohortes de nacimientos gemelares (28.8 %).

La herramienta más utilizada (86.6 %; n = 78) fue la EPDS, seguida por la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (5.5 %; n = 5). Los estudios restantes emplearon el Inventario de Depresión de Beck (BDI), la Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV (SCID-IV), la Evaluación Clínica en Neuropsiquiatría (SCAN), y la Escala de Riesgo de Depresión Postparto (PDRS).

Fuente: elaboración propia, 2025.

## **CAPITULO V**

# **DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS**

## **5.1 DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN O EXPLICACIÓN DE LOS RESULTADOS**

Esta indagación tiene como propósito identificar los determinantes vinculados al desarrollo de la DPP, mediante la revisión de 8 documentos que abordan los aspectos más prevalentes de esta enfermedad. La revisión se realiza siguiendo los lineamientos del método PRISMA, descritos en el capítulo III del presente trabajo, con el objetivo de garantizar transparencia y rigurosidad metodológica.

### **5.1.1 Prevalencia y factores asociados**

La prevalencia de la DPP varía considerablemente entre estudios, con cifras que oscilan entre 0,82 y 93 %. Esta amplia variabilidad se atribuye a que la enfermedad es multifactorial, incluyendo complicaciones perinatales, estatus marital, bajo nivel socioeconómico, falta de apoyo social (AS) y antecedentes de trastornos del estado anímico (Yaqoob et al., 2024).

Para caracterizar correctamente la enfermedad, resulta relevante diferenciar entre los términos disforia puerperal y DPP. La primera se manifiesta como un leve trastorno emocional en los primeros días después del parto y, dado que comparte el mismo periodo de inicio, puede confundirse con depresión. No obstante, esta condición es transitoria y autolimitada (Yaqoob et al., 2024).

De igual manera, variables como las deficiencias nutricionales previas al periodo perinatal y la variabilidad dietética de las mujeres estudiadas dificultan establecer una relación causal concluyente. Lo anterior se explica porque la prevalencia de deficiencias nutricionales reportada en muchos estudios corresponde a poblaciones de países de altos ingresos, con baja prevalencia de déficit, lo que permite inferir la ausencia de asociaciones en muchos estudios (Sparling et al., 2017).

En el estudio de Ayoub y colaboradores, centrado en la DPP en la región árabe como parte de una revisión sistemática de la literatura, se incluyeron 25 estudios orientados a objetivar la perspectiva materna en el postparto. Se observó que, aunque las cesáreas se han asociado con tasas de depresión perinatal en países de bajos ingresos, la percepción de las mujeres en zonas rurales reflejó un temor constante a someterse a este procedimiento (Ayoub et al., 2020).

Debido a factores culturales, las participantes consideraron la cesárea como la opción posterior a un parto vaginal fallido y expresaron rechazo hacia un periodo hospitalario prolongado y la separación familiar, lo cual aumenta el estrés. En contraste, las mujeres urbanas de la región manifestaron percepciones opuestas (Ayoub et al., 2020).

### **5.1.2 Perfil sociodemográfico de la depresión postparto**

Si bien la revisión de Anderson y sus asociados no halló un mayor riesgo de depresión perinatal en mujeres migrantes frente a las no migrantes, se evidenciaron factores altamente indicativos de la patología, como bajo dominio del idioma, situación legal precaria y aislamiento social, asociados con prevalencia y gravedad sintomática significativas. Específicamente, en Canadá las mujeres migrantes mostraron un mayor riesgo de DPP, mientras que en Estados Unidos y Australia no se observaron diferencias, lo que sugiere la mediación de factores sociopolíticos y étnicos del país receptor (Anderson et al., 2017).

La revisión de Anderson et al. Adicionalmente hace salvedad en el efecto tiempo-país, que varía según el tipo de migración: se reporta un efecto acumulativo para quienes enfrentan discriminación y un efecto agudo para quienes huyen de la violencia. Por ende, las mujeres refugiadas mostraron una elevada prevalencia de sintomatología depresiva y TEPT, siendo las solicitantes de asilo las más afectadas (48 %), seguidas de las refugiadas (34 %) y las inmigrantes (15 %) (Anderson et al., 2017).

La inseguridad migratoria y los traumas previos incrementan el riesgo de DPP. Aunque el análisis del estatus migratorio y los trastornos perinatales es limitado, el estudio de sensibilidad indica que las herramientas utilizadas no explican la gran variabilidad de los hallazgos, dado que los estudios provienen principalmente de regiones de ingresos medios y bajos, lo que dificulta comparaciones interculturales validadas en diferentes traducciones (Anderson et al., 2017).

### **5.1.3 Factores de riesgo durante el embarazo**

Múltiples circunstancias externas al embarazo, como violencia doméstica, bajo nivel educativo y escasa cobertura médica, se asociaron con tasas elevadas de depresión gestacional. Cuando estos factores se mantienen, afectan también el periodo postparto, generando vulnerabilidad para la estabilidad física y emocional de la madre, especialmente en contextos con relaciones de pareja caracterizadas por la falta de convivencia o apoyo mutuo (Pérez Miranda et al., 2021).

No todas las mujeres expuestas a factores de riesgo (FR) desarrollan depresión o DPP, lo que indica la presencia de factores protectores (FP) que mitigan los efectos adversos. Entre ellos destacan el nivel de autoeficacia percibido y el acceso a intervenciones tempranas para madres vulnerables, reconocidos como FP clave en la literatura (Sparling et al., 2017).

### **5.1.4 Fuentes de sesgo**

En el estudio de la DPP, es fundamental considerar el papel del estado nutricional como posible variable de exposición. La literatura sugiere que las deficiencias de micronutrientes como hierro, zinc y vitamina D se asocian con un mayor riesgo de depresión perinatal. Sin embargo, la mayoría de las evaluaciones de la ingesta dietética se basan en cuestionarios de frecuencia alimentaria (FFQs), que, a pesar de ser herramientas valiosas para estimar el

consumo de nutrientes, ofrecen mediciones imprecisas y están sujetos a sesgos de notificación (Sparling et al., 2017).

En consecuencia, es necesario evaluar tanto los hábitos alimentarios a largo plazo como el estado nutricional durante embarazo y lactancia. Además, las limitaciones metodológicas afectan la generalización de los hallazgos, disminuyendo su validez externa. Muchos estudios emplean instrumentos de tamizaje cuya sensibilidad y especificidad varían según los puntos de corte (Gallego-Gómez et al., 2024).

Las deficiencias metodológicas afectan la solidez de las conclusiones y dificultan el establecimiento de relaciones causales fiables. Las fuentes más comunes de sesgo incluyen la selección de participantes basada en la cohabitación, tamaño de muestra pequeño, el uso de autoinformes sin validación clínica y la falta de ajuste por variables de confusión (Gallego-Gómez et al., 2024).

La exposición a factores como la incontinencia urinaria, las complicaciones obstétricas o los eventos estresantes se mide mediante cuestionarios autoadministrados, lo que puede inducir sesgo de recuerdo. Esta práctica implica que la falta de herramientas adaptadas culturalmente limita la precisión en la medición de las variables (mujeres con DPP) (Gallego-Gómez et al., 2024).

### **5.1.5 Implicaciones prácticas**

Reconocer la alta prevalencia de la DPP implica diseñar estrategias de detección e intervención desde el primer nivel de atención. La capacitación del personal sanitario es crucial en contextos con escasez de especialistas, ya que se buscan, intervenciones tempranas que mejoran no solo el bienestar materno, sino también el desarrollo infantil (Gallego-Gómez et al., 2024).

### **5.1.6 Intervenciones preventivas no farmacológicas**

En 13 ensayos controlados aleatorizados analizados en la literatura, las intervenciones basadas en TCC y psicoeducación fueron más efectivas en mujeres vulnerables, lo que resultó a síntomas depresivos con reducciones significativas. Las terapias psicoeducativas y las intervenciones físicas, como el ejercicio, demostraron efectos protectores en mujeres postparto, a pesar de la tasa de abandono y el sesgo de seguimiento, lo que impide la exploración sostenida de los beneficios psicológicos (Pérez Miranda et al., 2021).

La modalidad de intervención virtual y presencial, podría dificultar la extrapolación de los resultados, similar a lo que ocurre con la terapia cognitivo-conductual basada en un estudio en una población no occidental (Pérez Miranda et al., 2021).

### **5.1.7 Abordajes terapéuticos basados en mindfulness**

En el tratamiento de la DPP, se han evidenciado efectos positivos en la reducción de síntomas tanto depresivos como ansiosos gracias a las estrategias psicológicas centradas en mindfulness, así como para mejorar la autoeficacia materna y estimular una mejor calidad del sueño, junto con estrategias centradas en la aceptación emocional y la regulación consciente de la experiencia de ser madre, esto constituye una alternativa no farmacológica. El tratamiento debe adaptarse a las necesidades clínicas y sociales de cada paciente, integrando modelos cognitivos y culturales (Gallego-Gómez et al., 2024).

**CAPÍTULO VI**  
**CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

## 6.1 Conclusiones

- A partir de la información disponible dada a lo largo de este documento, se demuestra que los factores predisponentes han de agruparse en dimensiones psicológicas, sociales, biológicas y obstétricas, preponderando especialmente los antecedentes personales depresivos que pueden llevar a la madre a la grave situación de depresión postparto.
- Esto se combina con condiciones socioeconómicas desfavorables, experiencias traumáticas y falta de redes de apoyo. Por el contrario, los FP refuerzan los puntos previamente expuestos, por lo tanto, la atención médica continua facilita el acceso a la autoeficacia materna, lo que a su vez disminuye la vulnerabilidad emocional antes, durante y después del embarazo.
- En un contexto de baja cobertura especializada, los programas de apoyo muestran beneficios significativos en mujeres con FR, centrándose en intervenciones psicoeducativas y terapias de acondicionamiento físico y mental. Esto define en gran medida la influencia de las medidas destinadas a prevenir el desarrollo de DPP.
- Existe relación entre determinantes predisponentes y protectores, influenciados por las estrategias de prevención, se articula de forma cohesionada, fortaleciendo la resistencia y la adaptación de un proceso de maternidad altamente saludable en contextos amplios, ya que neutraliza el impacto negativo del aislamiento social, la violencia y la precariedad económica.
- La prevención de la depresión postparto es un desafío multifacético que requiere un abordaje integral de los aspectos sociales, culturales y económicos de cada país, como se observa en los estudios incluidos en este documento. Si bien se han logrado avances significativos, se concluye que fortalecer las políticas de protección y abordaje de la DPP es imprescindible.

## 6.2 Recomendaciones

- Realizar charlas educativas sobre depresión postparto en centros de atención primaria para que el personal de la institución conozca mejor esta enfermedad, sus implicaciones, síntomas, detección temprana y tratamiento.
- Evaluar el grado de afectación de las madres con depresión postparto y los posibles factores modificables para una mejor evolución de su condición.
- Dado que la enfermedad puede tener una duración de hasta 12 meses después del parto, se debe considerar el desarrollo en área salud de planes de seguimiento y control continuo para mujeres con antecedentes de depresión y DPP.

## **BIBLIOGRAFÍA**

**Referencias bibliográficas:**

- Agrawal, I., Mehendale, A. M., & Malhotra, R. (2022). Risk Factors of Postpartum Depression. *Cureus, 14*(10), e30898.  
<https://doi.org/10.7759/cureus.30898>
- American Psychiatric Association (Ed.). (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. American Psychiatric Publishing.
- Anderson, F. M., Hatch, S. L., Comacchio, C., & Howard, L. M. (2017). Prevalence and risk of mental disorders in the perinatal period among migrant women: A systematic review and meta-analysis. *Archives of Women's Mental Health, 20*(3), 449-462.  
<https://doi.org/10.1007/s00737-017-0723-z>
- Araújo, I. D. S., Aquino, K. S., Fagundes, L. K. A., & Santos, V. C. (2019). Postpartum Depression: Epidemiological Clinical Profile of Patients Attended In a Reference Public Maternity in Salvador-BA. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia / RBGO Gynecology and Obstetrics, 41*(03), 155-163. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1676861>
- Ayoub, K., Shaheen, A., & Hajat, S. (2020). Postpartum Depression in The Arab Region: A Systematic Literature Review. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health: CP & EMH, 16*(Suppl-1), 142-155.  
<https://doi.org/10.2174/1745017902016010142>
- Azale, T., Fekadu, A., Medhin, G., & Hanlon, C. (2018). Coping strategies of women with postpartum depression symptoms in rural Ethiopia: A

cross-sectional community study. *BMC Psychiatry*, 18(1), 41.

<https://doi.org/10.1186/s12888-018-1624-z>

Belbasis, L., Bellou, V., & Ioannidis, J. P. A. (2022). Conducting umbrella reviews. *BMJ Medicine*, 1(1), e000071.

<https://doi.org/10.1136/bmjmed-2021-000071>

Camaño-Puig, R. (2019). Evidencia científica, metodología y clasificaciones: Niveles y recomendaciones. En *ResearchGate* (pp. 259-293). Madrid: Dextra Editorial.

[https://www.researchgate.net/publication/347513921\\_9\\_Evidencia\\_cientifica\\_metodologia\\_y\\_clasificaciones\\_niveles\\_y\\_recomendaciones](https://www.researchgate.net/publication/347513921_9_Evidencia_cientifica_metodologia_y_clasificaciones_niveles_y_recomendaciones)

Dutan, T. Z. (2023). *FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN POSTPARTO Y TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL EN ADOLESCENTES: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA*.

Eldawlatly, A., Alshehri, H., Alqahtani, A., Ahmad, A., Al-Dammas, F., & Marzouk, A. (2018). Appearance of Population, Intervention, Comparison, and Outcome as research question in the title of articles of three different anesthesia journals: A pilot study. *Saudi Journal of Anaesthesia*, 12(2), 283-286. [https://doi.org/10.4103/sja.SJA\\_767\\_17](https://doi.org/10.4103/sja.SJA_767_17)

Gallego-Gómez, C., Rodríguez-Gutiérrez, E., Torres-Costoso, A., Martínez-Vizcaíno, V., Martínez-Bustelo, S., Quezada-Bascuñán, C. A., & Ferrer-Morales, A. (2024). Urinary incontinence increases risk of postpartum depression: Systematic review and meta-analysis. *American Journal of*

*Obstetrics and Gynecology*, 231(3), 296-307.e11.

<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2024.02.307>

Gaviria, S. L., Duque, M., Vergel, J., & Restrepo, D. (2019). Síntomas depresivos perinatales: Prevalencia y factores psicosociales asociados.

*Revista Colombiana de Psiquiatría*, 48(3), 166-173.

<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2017.09.002>

Gómez, C. G. (2022). *Abordaje de la depresión postparto mediante talleres de maternidad enfermeros*. V(53), 157-159.

Hutchens, B. F., & Kearney, J. (2020). Risk Factors for Postpartum

Depression: An Umbrella Review. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 65(1), 96-108. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13067>

Kızılırmak, A., Calpbinici, P., Tabakan, G., & Kartal, B. (2021). Correlation between postpartum depression and spousal support and factors

affecting postpartum depression. *Health Care for Women*

*International*, 42(12), 1325-1339.

<https://doi.org/10.1080/07399332.2020.1764562>

Krauskopf, V., & Valenzuela, P. (2020). Depresión perinatal: Detección,

diagnóstico y estrategias de tratamiento. *Revista Médica Clínica Las*

*Condes*, 31(2), 139-149. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.01.004>

Levis, B., Negeri, Z., Sun, Y., Benedetti, A., & Thombs, B. D. (2020).

Accuracy of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for

screening to detect major depression among pregnant and postpartum

women: Systematic review and meta-analysis of individual participant data. *BMJ*, m4022. <https://doi.org/10.1136/bmj.m4022>

Lewis Johnson, T. E., Clare, C. A., Johnson, J. E., & Simon, M. A. (2020). Preventing Perinatal Depression Now: A Call to Action. *Journal of Women's Health*, 29(9), 1143-1147. <https://doi.org/10.1089/jwh.2020.8646>

López de Argumedo, M., Eva Reviriego, R., Gutiérrez Iglesias, A., & Bayón Yusta, J. C. (2017). *Actualización del Sistema de Trabajo Compartido para Revisiones Sistemáticas de la Evidencia Científica y Lectura Crítica (Plataforma FLC 3.0)*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad ; Servicio Central de Publicaciones Argitalpen Zerbitzu Nagusia ; Gobierno Vasco Eusko Jaurlaritza. <http://www.bibliotekak.euskadi.eus/WebOpac>

Madeghe, B. A., Kogi-Makau, W., Ngala, S., & Kumar, M. (2022). Nutritional Deficiencies and Maternal Depression: Associations and Interventions in Lower and Middle-Income Countries: a Systematic Review of Literature. *Global Social Welfare*, 9(1), 11-25. <https://doi.org/10.1007/s40609-020-00199-9>

Martínez Gutiérrez, I. (2023). *Adaptación y evaluación de las propiedades psicométricas de la Escala de apego prenatal materno (Maternal Antenatal Attachment Scale MAAS) en mujeres embarazadas en Morelos, México*. 1-121.

- Moreno, B., Muñoz, M., Cuellar, J., Domancic, S., & Villanueva, J. (2018).  
Revisiones Sistemáticas: Definición y nociones básicas. *Revista clínica de periodoncia, implantología y rehabilitación oral*, 11(3), 184-186.  
<https://doi.org/10.4067/S0719-01072018000300184>
- O'Connor, E., Senger, C. A., Henninger, M. L., Coppola, E., & Gaynes, B. N. (2019). Interventions to Prevent Perinatal Depression: Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA*, 321(6), 588. <https://doi.org/10.1001/jama.2018.20865>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, n71.  
<https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Patino, C. M., & Ferreira, J. C. (2018). Inclusion and exclusion criteria in research studies: Definitions and why they matter. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 44(2), 84-84. <https://doi.org/10.1590/s1806-37562018000000088>
- Pérez Miranda, G., Ortiz Pinilla, D., Niño Mancera, D. A., Gómez Salcedo, L. H., & Bayona Granados, K. V. (2021). Eficacia de las intervenciones no farmacológicas en la prevención de la depresión

posparto: Una revisión sistemática de los resultados en gestantes con y sin factores de riesgo. *Revista Médicas UIS*, 34(1).

<https://doi.org/10.18273/revmed.v34n1-2021008>

Rojas Hinostroza, J. S. (2023). *Depresión postparto: Características socioculturales y apoyo de la pareja*. 1-87.

Rupanagunta, G. P., Nandave, M., Rawat, D., Upadhyay, J., Rashid, S., & Ansari, M. N. (2023). Postpartum depression: Aetiology, pathogenesis and the role of nutrients and dietary supplements in prevention and management. *Saudi Pharmaceutical Journal*, 31(7), 1274-1293.

<https://doi.org/10.1016/j.jsps.2023.05.008>

Sanabria, L., Ibarra, P., Rendón, M., Treviño, P., Islas, D., Porras, G., & van Tienhoven, X. (2023). Depresión posparto: Prevalencia y factores de riesgo asociados en una muestra de población mexicana. *Ginecología y Obstetricia de México*, 91(4).

Silverman, M. E., Reichenberg, A., Savitz, D. A., Cnattingius, S., Lichtenstein, P., Hultman, C. M., Larsson, H., & Sandin, S. (2017). The risk factors for postpartum depression: A population-based study. *Depression and Anxiety*, 34(2), 178-187.

<https://doi.org/10.1002/da.22597>

Sparling, T. M., Henschke, N., Nesbitt, R. C., & Gabrysch, S. (2017). The role of diet and nutritional supplementation in perinatal depression: A systematic review. *Maternal & Child Nutrition*, 13(1).

<https://doi.org/10.1111/mcn.12235>

Tarsuslu, B., Durat, G., & Altinkaynak, S. (2020). Postpartum Depression in Fathers and Associated Risk Factors: A Systematic Review. *Turkish Journal of Psychiatry*. <https://doi.org/10.5080/u25084>

Viguera, A. (2023). Postpartum unipolar major depression: Epidemiology, clinical features, assessment, and diagnosis. En *UpToDate*. Wolters Kluwer.

Viguera, A. (2025). Mild to moderate postpartum unipolar major depression: Treatment. En C. Lockwood & P. P. Roy-Byrne (Eds.), *UpToDate*. Wolters Kluwer.

Werchan, D. M., Hendrix, C. L., Ablow, J. C., Amstadter, A. B., Austin, A. C., Babineau, V., Anne Bogat, G., Cioffredi, L.-A., Conradt, E., Crowell, S. E., Dumitriu, D., Fifer, W., Firestein, M. R., Gao, W., Gotlib, I. H., Graham, A. M., Gregory, K. D., Gustafsson, H. C., Havens, K. L., ... Brito, N. H. (2022). Behavioral coping phenotypes and associated psychosocial outcomes of pregnant and postpartum women during the COVID-19 pandemic. *Scientific Reports*, *12*(1), 1209. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-05299-4>

Werner, E. A., Gustafsson, H. C., Lee, S., Feng, T., Jiang, N., Desai, P., & Monk, C. (2016). PREPP: Postpartum depression prevention through the mother–infant dyad. *Archives of Women’s Mental Health*, *19*(2), 229-242. <https://doi.org/10.1007/s00737-015-0549-5>

- Wu, Y., Levis, B., Sun, Y., Krishnan, A., He, C., Riehm, K. E., Rice, D. B., Azar, M., Yan, X. W., Neupane, D., Bhandari, P. M., Imran, M., Chiovitti, M. J., Saadat, N., Boruff, J. T., Cuijpers, P., Gilbody, S., McMillan, D., Ioannidis, J. P. A., ... Thombs, B. D. (2020). Probability of major depression diagnostic classification based on the SCID, CIDI and MINI diagnostic interviews controlling for Hospital Anxiety and Depression Scale – Depression subscale scores: An individual participant data meta-analysis of 73 primary studies. *Journal of Psychosomatic Research*, *129*, 109892. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2019.109892>
- Yaqoob, H., Ju, X.-D., Bibi, M., Anwar, S., & Naz, S. (2024). “A systematic review of risk factors of postpartum depression. Evidence from Asian culture “. *Acta Psychologica*, *249*, 104436. <https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2024.104436>
- Zacher Kjeldsen, M.-M., Bang Madsen, K., Liu, X., Mægbaek, M. L., Robakis, T., Bergink, V., & Munk-Olsen, T. (2024). Identifying postpartum depression: Using key risk factors for early detection. *BMJ Mental Health*, *27*(1), e301206. <https://doi.org/10.1136/bmjment-2024-301206>
- Zaidi, F., Nigam, A., Anjum, R., & Agarwalla, R. (2017). Postpartum Depression in Women: A Risk Factor Analysis. *Journal of Clinical and Diagnostic Research : JCDR*, *11*(8), QC13-QC16.

<https://doi.org/10.7860/JCDR/2017/25480.10479>

## **GLOSARIO Y ABREVIATURAS**

**A.C.O.G.** – *American College of Obstetricians and Gynecologists*. Entidad que emite directrices clínicas sobre la salud materna, incluida la depresión postparto.

**A.G.P.I.** – *Ácidos grasos poliinsaturados*.

**A.S.** – Apoyo social. Red de relaciones que proveen asistencia emocional, informativa o instrumental a las personas, fundamental en la prevención de la depresión postparto.

**C.I.D.I.** – *Composite International Diagnostic Interview*. Entrevista diagnóstica estructurada basada en criterios del DSM y la CIE, utilizada en estudios epidemiológicos.

**C.I.E.-10** – *Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª revisión*. Sistema codificador para enfermedades desarrollado por la OMS, este clasifica trastornos físicos y mentales, incluyendo los trastornos afectivos como la DPP.

**C.O.V.I.D.-19.** – *Coronavirus Disease 2019*. Enfermedad viral producida por el coronavirus SARS-CoV-2, ha generado impactos en la salud mental perinatal.

**D.P.P.** – Depresión postparto. Alteración del estado emocional que afecta a la mujer postparto, con síntomas como tristeza persistente, agotamiento y dificultades para conciliar el sueño.

**D.S.M.-IV.** – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition*. Guía de referencia para el diagnóstico de trastornos psiquiátricos, cuarta edición, elaborada por la Asociación Americana de Psiquiatría.

**D.S.M.-V.** – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition*. Quinta edición del compendio para clasificar trastornos mentales, ampliamente utilizado en la investigación clínica.

**E.P.D.S.** – *Edinburgh Postnatal Depression Scale*. Escala de detección de depresión postparto de 10 ítems, validada en múltiples idiomas.

**F.D.A.** – *Food and Drug Administration*. Agencia de EE. UU. encargada de regular medicamentos, incluidos los aprobados para depresión postparto.

**F.F.Q.** – *Food Frequency Questionnaire*. Instrumento utilizado para evaluar patrones dietéticos, a veces correlacionados con salud mental.

**F.L.C. 3.0.** – *Fichas de Lectura Crítica versión 3.0*. Instrumento para evaluar la rigurosidad metodológica de trabajos de investigación.

**F.P.** – Factor protector o factores protectores. Elementos que reducen la probabilidad de desarrollar una enfermedad, como el apoyo familiar o las intervenciones tempranas.

**G.R.A.D.E.** – *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*. Modelo para calificar evidencia científica y de la firmeza de las recomendaciones en revisiones sistemáticas de la literatura.

**H.A.D.S.-D.** – *Hospital Anxiety and Depression Scale – Depression subscale*. Subescala que detecta síntomas depresivos en pacientes hospitalizados.

**I.M.C.** – Índice de masa corporal. Conexión entre las medidas de peso y talla en un sujeto; su alteración puede asociarse con salud mental.

**I.S.R.S.** – Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina. Medicamentos antidepresivos comúnmente empleados en casos de depresión tras el parto.

**L.I.L.A.C.S.** – *Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud*. Repositorio bibliográfico que contiene estudios sobre salud mental perinatal en América

Latina.

**M.I.N.I.** – *Mini-International Neuropsychiatric Interview*. Interrogatorio corto estructurado para identificar trastornos psiquiátricos según DSM o CIE.

**O.M.S.** – Organización Mundial de la Salud. Agencia internacional promotora de salud global, incluyendo la salud mental materna.

**O.R.** – *Odds ratio*. Razón de probabilidades; medida estadística aplicada para calcular la magnitud del nexo entre una variable de riesgo y un efecto específico.

**P.I.C.O.** – *Paciente, Intervención, Comparación, Outcome*. Acrónimo utilizado para formular preguntas clínicas en revisiones sistemáticas.

**P.R.E.P.P.** – *Practical Resources for Effective Postpartum Parenting*. Programa psicoeducativo diseñado para apoyar a madres en el postparto y reducir síntomas depresivos.

**P.R.I.S.M.A.** – *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*. Serie de pautas destinadas a fortalecer la calidad metodológica de los estudios de revisión sistemática.

**P.S.L.E.S.** – *Presumptive Stressful Life Events Scale*. Escala para medir el impacto de eventos vitales estresantes en la salud mental.

**P.S.S.A.W.E.P.P.** – *Perinatal Social Support Assessment for Women Experiencing Postpartum Period*. Herramienta para evaluar el apoyo social en mujeres en el postparto.

**R.S.E.S.** – *Rosenberg Self-Esteem Scale*. Escala de autoestima que se relaciona con vulnerabilidad a la depresión postparto.

**S.C.I.D.** – *Structured Clinical Interview for DSM Disorders*. Entreviú estructurada que

diagnostica trastornos psiquiátricos conforme al DSM.

**T.C.C.** – Terapia cognitivo-conductual. Intervención psicoterapéutica útil en el manejo de la depresión, incluida la DPP.

**T.E.C.** – Terapia electroconvulsiva. Procedimiento médico utilizado para tratar casos severos y resistentes de depresión.

**T.E.P.T.** – Trastorno por estrés postraumático. Condición que puede coexistir con la depresión postparto, especialmente tras partos traumáticos.

**T.I.P.** – Terapia interpersonal. Psicoterapia centrada en las relaciones interpersonales, recomendada para tratar DPP.

**U.S.A. / E.E. U.U.** – Estados Unidos de América. País en el que se desarrollan múltiples estudios sobre salud mental materna.

**U.S.P.S.T.F.** – Equipo de Trabajo en Servicios Preventivos de EE. UU. (United States Preventive Services Task Force). Grupo autónomo de especialistas que formula sugerencias fundamentadas en pruebas para la prevención y el diagnóstico temprano de afecciones, entre ellas la DPP.

**W.H.O.D.A.S.** – *World Health Organization Disability Assessment Schedule*. Herramienta de la OMS para evaluar discapacidad en distintas áreas, incluyendo salud mental.

## **ANEXOS**

## Tabla de evidencia

Referencia: (Pérez Miranda Geraldine, 2021) (Revisiones Sistemáticas) Tema: Eficacia de las intervenciones no farmacológicas [Exportar a rtf](#)

CITA ABREVIADA	ESTUDIO	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	MÉTODO	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD DEL ESTUDIO
(Pérez Miranda et al., 2021)	<p><b>Diseño:</b> Revisión sistemática</p> <p><b>Objetivos:</b> Comparar la eficacia de intervenciones no farmacológicas para la prevención de depresión posparto en gestantes con factores de riesgo, respecto a gestantes de la población general.</p> <p><b>Localización y periodo de realización:</b> El estudio fue realizado por un equipo de investigadores en Colombia (Universidad Nacional de Colombia y otras instituciones nacionales), con autorización de profesionales del ámbito clínico y académico. La búsqueda bibliográfica incluyó artículos publicados entre enero de 2000 y enero de 2020. El artículo fue aceptado en marzo de 2020 y publicado en 2021.</p>	<p><b>Población:</b> Gestantes o en el periodo periparto, de la población general</p> <p><b>Intervención:</b> Intervenciones no farmacológicas</p> <p><b>Comparación:</b> Ningún tipo de intervención</p> <p><b>Resultados analizados:</b> Prevenir la aparición de la depresión posparto</p>	<p><b>Tipo de estudios incluidos:</b> Incluye 13 ensayos clínicos controlados (RCT), diferenciando población con y sin factores de riesgo.</p> <p><b>Método evaluación calidad</b> Para evaluar la calidad metodológica y disminuir el riesgo de sesgo de los estudios, se utilizó la lista de chequeo para ensayos clínicos: CONSORT 2010, incluyendo así un total de 13 artículos en la revisión sistemática.</p>	<p><b>Nº estudios incluidos:</b> El tamaño medio total de la muestra fue de 454. Solo un estudio, Haga et al.62, abordó una población mayor de 1000; cinco: Coll et al.63, Songoygard et al.64, Dennis et al.65, Jiang et al.60 y Pan et al.58, abordaron entre 1000 y 500 pacientes; seis: Fonseca et al.66, Austin et al.61, Lara et al.67, Ngai et al.68, Tandon et al.59 y Pan et al.58, abordaron entre 500 y 100; y dos: Vismara et al.69 y Özkan et al.70, menos de 100. Con respecto a los antecedentes de embarazos previos, el 85% de todos los estudios, tanto en la población de riesgo como en general, optaron por excluir a las mujeres con múltiples embarazos.</p> <p><b>Resultados:</b> Se observó una reducción significativamente mayor a lo largo del tiempo en los niveles de depresión, ansiedad y estrés entre las madres del grupo de intervención en comparación con el grupo de control. Los síntomas depresivos se redujeron significativamente desde antes de la intervención hasta después de la intervención y durante todo el periodo posnatal, independientemente de la asignación al grupo. No se observaron diferencias significativas entre los grupos en el periodo de evaluación final; sin embargo, los cambios en las puntuaciones de la EPDS de T1 a T2 fueron significativamente mayores en el GI que en el GC. Un número significativamente mayor de participantes en el GI, en comparación con el GC, mostró mejoría clínica con el tiempo (p. ej., niveles de síntomas clínicos en T1 y ausencia de síntomas clínicos en T2).</p>	<p>La evidencia de esta revisión sistemática sugiere que las intervenciones preventivas no farmacológicas demuestran mayor eficacia para reducir la incidencia y los síntomas de la depresión posparto cuando se dirigen a poblaciones con factores de riesgo, en comparación con la población general. Intervenir en el posparto demostró ser más eficaz para reducir el riesgo y la gravedad de los síntomas que durante el embarazo.</p>	ALTA

Referencia: (Yaqoob Hina, 2024) (Revisiones Sistemáticas) Tema: A systematic review of risk factors of postpartum [Exportar a rtf](#)

CITA ABREVIADA	ESTUDIO	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	MÉTODO	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD DEL ESTUDIO
(Yaqoob et al., 2024)	<p><b>Diseño:</b> Revisión Sistemática.</p> <p><b>Objetivos:</b> La depresión postparto (DPP), uno de los mayores problemas de salud, tiene efectos perjudiciales para las madres primerizas, sus hijos y riesgo) sus familias. El objetivo de esta revisión bibliográfica es investigar los factores de riesgo poco investigados de la depresión postparto en mujeres asiáticas.</p> <p><b>Localización y periodo de realización:</b> Localización: Asia (revisión de estudios multiculturales en países asiáticos) Periodo: Estudios publicados entre 2010 y 2023</p>	<p><b>Población:</b> Mujeres asiáticas en periodo postparto.</p> <p><b>Intervención:</b> No aplica (revisión de factores de riesgo)</p> <p><b>Comparación:</b> Mujeres sin exposición a factores de riesgo</p> <p><b>Resultados analizados:</b> Factores asociados a DPP (económicos, sociales, médicos).</p>	<p><b>Tipo de estudios incluidos:</b> Estudios cualitativos, transversales, cohortes.</p> <p><b>Método evaluación calidad</b> No se especifica método formal de evaluación crítica</p>	<p><b>Nº estudios incluidos:</b> 90 estudios; varios miles de mujeres.</p> <p><b>Resultados:</b> Factores culturales, baja escolaridad y falta de apoyo familiar se asocian a mayor riesgo de DPP. En los países asiáticos, donde las tasas oscilaron entre el 0,82 % y el 93 %. Corea del Sur y Japón presentaron las tasas más bajas y más altas de depresión postparto, respectivamente. Los factores de riesgo para la depresión postparto se dividieron en 5 categorías principales: biológicos/físicos (p. ej., grupo sanguíneo ABO, nivel de oxitocina), psicológicos (p. ej., depresión prenatal, insatisfacción corporal, estrés por el cuidado infantil), obstétricos/pediatrícos (p. ej., pérdida del bebé, abortos, dolor), sociodemográficos (p. ej., bajo apoyo social, pobreza, pérdida de autonomía) y culturales (p. ej., preferencia de género).</p>	<p>Se requiere enfoque sensible al contexto cultural para ALTA prevención de DPP en Asia. Este fenómeno es frecuente tanto en las culturas asiáticas como en los países europeos. Las repercusiones de la depresión postparto no tratada pueden provocar problemas psicológicos y de desarrollo a largo plazo en los niños y debilitar los vínculos familiares esenciales para un entorno acogedor. Además, comprender los factores de riesgo específicos que enfrentan las mujeres asiáticas puede allanar el camino para intervenciones y sistemas de apoyo culturalmente sensibles, diseñados para abordar y mitigar estos desafíos de manera eficaz.</p>	ALTA

Referencia: ( Swapnajeet Sahoo, 2023) (Revisiones Sistemáticas) Tema: Antenatal depression and anxiety In Indian women [Exportar a rtf](#)

CITA ABREVIADA	ESTUDIO	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	MÉTODO	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD DEL ESTUDIO
(Sahoo et al., 2023)	<p><b>Diseño:</b> Revisión Sistemática</p> <p><b>Objetivos:</b> Identificar correctamente a las mujeres en riesgo de sufrir ansiedad y depresión prenatal.</p> <p><b>Localización y periodo de realización:</b> Localización: India Periodo: Búsqueda hasta 2022</p>	<p><b>Población:</b> Mujeres embarazadas (fase antenatal) en la India</p> <p><b>Intervención:</b> No aplica (revisión sistemática de prevalencia y factores de riesgo)</p> <p><b>Comparación:</b> No aplica directamente</p> <p><b>Resultados analizados:</b> Prevalencia de ansiedad y depresión (escalas: EPDS, HADS).</p>	<p><b>Tipo de estudios incluidos:</b> Estudios transversales.</p> <p><b>Método evaluación calidad</b> Escala Newcastle-Ottawa para estudios transversales.</p>	<p><b>Nº estudios incluidos:</b> 31 estudios.</p> <p><b>Resultados:</b> Alta prevalencia de ansiedad (157 63%) y depresión (10738%) durante el embarazo.</p>	<p>Necesidad urgente de tamizaje sistemático durante el embarazo en India.</p>	ALTA

Referencia: Sanabria, 2023 (Revisiones Sistemáticas) Tema: Depresión posparto: prevalencia y factores de ries [Exportar a rtf](#)

CITA ABREVIADA	ESTUDIO	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	MÉTODO	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD DEL ESTUDIO
(Sanabria et al., 2023)	<p><b>Diseño:</b> Revisión sistemática</p> <p><b>Objetivos:</b> Determinar la prevalencia de depresión posparto en una muestra de población mexicana por medio de la Escala de Edimburgo y los factores de riesgo asociados con su inicio</p> <p><b>Localización y periodo de realización:</b> Población mexicana atendida entre los meses de marzo a julio del 2022 en cuatro hospitales de segundo y tercer nivel de cuatro entidades de la República Mexicana</p>	<p><b>Población:</b> Mujeres mexicanas con depresión posparto en edades entre 12 y 46 años, atendidas entre los meses de marzo a julio del 2022 en cuatro hospitales de segundo y tercer nivel de cuatro entidades de la República Mexicana</p> <p><b>Intervención:</b> Determinar la prevalencia de depresión posparto en una muestra de población mexicana por medio de la Escala de Edimburgo y los factores de riesgo asociados con su inicio</p> <p><b>Comparación:</b> Riesgo de depresión durante el puerperio es del doble en comparación con el de cualquier otra etapa de la vida, entre otras razones por los grandes cambios fisiológicos, bioquímicos y hormonales.</p> <p><b>Resultados analizados:</b> De una muestra de 717 pacientes a quienes se aplicó la Escala de Edimburgo, 106 resultaron positivas a depresión posparto, lo que da una prevalencia del 14.9%. La edad promedio de las pacientes fue de 26 años (límites de 12 y 46).</p>	<p><b>Tipo de estudios incluidos:</b> Estudio observacional, transversal, relacional y analítico.</p> <p><b>Método evaluación calidad</b></p> <p>Para la medición de la prevalencia de depresión posparto y factores de riesgo asociados se aplicó un cuestionario de dos secciones con 43 preguntas, previamente validado. La primera sección constó de preguntas referentes a las características sociodemográficas: edad, estado civil, escolaridad, lugar de residencia, entre otros. Igualmente, se indagó en los antecedentes obstétricos y de algunas enfermedades y condiciones: depresión, ansiedad, hipotiroidismo, padecimientos psiquiátricos en familiares y antecedentes perinatales: complicaciones durante el embarazo, hospitalizaciones e ingreso del recién nacido a la unidad de cuidados intensivos neonatales. La segunda sección constó de la aplicación de la Escala de Edimburgo.</p>	<p><b>N° estudios incluidos:</b> 717</p> <p><b>Resultados:</b> Luego de analizar los datos por medio de regresión logística binaria, con IC95%. Se obtuvieron los siguientes resultados: el estado civil soltera resultó un factor protector de depresión posparto y, en su contraparte, quienes estaban casadas tuvieron cierta predisposición a la depresión posparto.</p>	<p>La salud mental debe contemplarse como parte de una atención integral del embarazo. Hoy en día, la depresión posparto sigue subdiagnosticándose. En población mexicana se recomienda tomar un punto de corte de 10 puntos en la Escala de Edimburgo porque está demostrado su buena sensibilidad y especificidad para su diagnóstico. En el estudio aquí reportado se encontró una prevalencia de depresión posparto del 14.9%.</p>	ALTA

Referencia: (Daria Kolománska Bogucka, 2019) (Revisiones Sistemáticas) Tema: Physical Activity and the Occurrence of Postnatal [Exportar a rtf](#)

CITA ABREVIADA	ESTUDIO	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	MÉTODO	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD DEL ESTUDIO
(Ko?oma?ska Bogucka & Mazur-Bialy, 2019)	<p><b>Diseño:</b> Revisión sistemática según PRISMA, con 16 estudios incluidos</p> <p><b>Objetivos:</b> Durante el embarazo y el puerperio, se producen muchos cambios en el cuerpo de la mujer, tanto en el ámbito mental como en el físico. El nacimiento de un hijo y el nuevo rol de madre pueden a veces estar asociados a numerosas emociones negativas: incertidumbre, miedo, ansiedad, disgusto, depresión o tristeza. En el puerperio, puede presentarse tristeza posparto o depresión posparto.</p> <p><b>Localización y periodo de realización:</b> Las autoras están afiliadas a la Faculty of Health Sciences, Jagiellonian University Medical College, en Cracovia, Polonia. El estudio fue realizado en el contexto académico polaco, aunque los estudios incluidos provienen de múltiples países.</p>	<p><b>Población:</b> Mujeres en periodo posparto, generalmente en las primeras 12 semanas tras el parto. Los estudios incluidos abordan poblaciones adultas, sanas o con riesgo de depresión posparto, de diferentes países. Muestras de estudios individuales varían entre 15 y 130 mujeres (aproximadamente).</p> <p><b>Intervención:</b> actividad física programada, incluyendo: Ejercicio aeróbico Yoga postnatal Programas de actividad física combinada Se analizaron tipos, duración, intensidad y frecuencia del ejercicio.</p> <p><b>Comparación:</b> Grupos control sin intervención (grupo pasivo) Atención habitual (sin actividad física estructurada) En algunos casos, mujeres que no participaban en ningún programa de ejercicio</p> <p><b>Resultados analizados:</b> Medidas de resultado principales: niveles de síntomas de depresión posparto, evaluados mediante instrumentos validados: EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale) BDI (Beck Depression Inventory) También se consideró la evolución temporal de los síntomas y diferencias estadísticas entre grupos intervención/control.</p>	<p><b>Tipo de estudios incluidos:</b> La revisión incluyó ensayos clínicos aleatorizados (ECA) y estudios cuasixperimentales. Todos los estudios analizan el impacto de la actividad física sobre los síntomas de depresión posparto, comparando grupos con intervención frente a grupos control.</p> <p><b>Método evaluación calidad</b></p> <p>Si</p>	<p><b>N° estudios incluidos:</b> Número de estudios incluidos: 16 estudios Número de participantes: aproximadamente 2,800 mujeres en total</p> <p><b>Resultados:</b> En general, la actividad física reduce significativamente los síntomas de depresión posparto. Las mujeres que participaron en programas de ejercicio presentaron menores puntuaciones en escalas como EPDS, BDI o CES-D, en comparación con los grupos control. Se observa que Ejercicio aeróbico, yoga postnatal y programas combinados son efectivos. El inicio temprano (primeras semanas posparto) y la frecuencia regular del ejercicio se asocian a mejores resultados. La evidencia sugiere que la actividad física es una intervención preventiva efectiva frente a la depresión posparto.</p>	<p>La actividad física posparto resulta ser una intervención efectiva y no farmacológica para prevenir o reducir los síntomas de la depresión posparto. Se recomienda fomentar la actividad física regular en mujeres durante el posparto como parte de programas de atención integral. El ejercicio debe ser adaptado a las condiciones físicas de cada mujer y puede incluir rutinas como caminatas, yoga, o ejercicios de bajo impacto.</p>	ALTA

Referencia: (Khubab Ayoub, 2020) (Revisiones Sistemáticas) Tema: Postpartum Depression in The Arab Region [Exportar a rtf](#)

CITA ABREVIADA	ESTUDIO	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	MÉTODO	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD DEL ESTUDIO
(Ayoub et al., 2020)	<p><b>Diseño:</b> Revisión sistemática</p> <p><b>Objetivos:</b> Determinar la prevalencia de la depresión posparto entre madres en países árabes e identificar los principales factores de riesgo.</p> <p><b>Localización y periodo de realización:</b> Localización: Región árabe (estudios incluidos de múltiples países árabes) Periodo: Publicaciones entre 2000 y 2019</p>	<p><b>Población:</b> Mujeres árabes en etapa posparto</p> <p><b>Intervención:</b> No aplica (revisión sistemática de prevalencia y factores de riesgo)</p> <p><b>Comparación:</b> Mujeres sin factores de riesgo específicos</p> <p><b>Resultados analizados:</b> Prevalencia de DPP y factores asociados</p>	<p><b>Tipo de estudios incluidos:</b> Estudios observacionales (transversales, cohortes)</p> <p><b>Método evaluación calidad</b></p> <p>No se menciona método formal</p>	<p><b>N° estudios incluidos:</b> 25 estudios; &gt;12,000 participantes</p> <p><b>Resultados:</b> Alta prevalencia de DPP en la región (alcanzando hasta 74% en algunos estudios).</p>	<p>Se necesita intervención urgente en salud mental materna en el mundo árabe</p>	ALTA

Referencia: (Anderson Fraser M, 2017) (Revisiones Sistemáticas) Tema: Prevalence and risk of mental disorders in the per [Exportar a rt](#) [\[v\]](#)

CITA ABREVIADA	ESTUDIO	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	MÉTODO	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD DEL ESTUDIO
(Anderson et al., 2017)	<p><b>Diseño:</b> Revisión sistemática y metaanálisis</p> <p><b>Objetivos:</b> 1. Describir el estado de la literatura sobre trastornos mentales perinatales en mujeres migrantes. 2. Determinar la prevalencia de trastornos mentales perinatales en mujeres migrantes. 3. Determinar el riesgo de trastornos mentales perinatales en mujeres migrantes en comparación con mujeres no migrantes. 4. Identificar los factores de riesgo de trastornos mentales perinatales en mujeres migrantes.</p> <p><b>Localización y periodo de realización:</b> VACIO</p>	<p><b>Población:</b> Mujeres migrantes en etapa perinatal</p> <p><b>Intervención:</b> No aplica</p> <p><b>Comparación:</b> Población no migrante (en algunos estudios)</p> <p><b>Resultados analizados:</b> Prevalencia de trastornos mentales perinatales, OR ajustadas</p>	<p><b>Tipo de estudios incluidos:</b> Estudios de cohortes, transversales, y algunos de casos y controles</p> <p><b>Método evaluación calidad:</b> Escala Newcastle-Ottawa</p>	<p><b>N° estudios incluidos:</b> 53 estudios, &gt;100,000 mujeres</p> <p><b>Resultados:</b> Mayor riesgo de trastornos mentales (incluida DPP) en mujeres migrantes</p>	Las mujeres migrantes presentan riesgo significativamente mayor de depresión perinatal.	ALTA

Referencia: (Sparling Thalia M, 2017) (Revisiones Sistemáticas) Tema: The role of diet and nutritional supplementation | [Exportar a rt](#) [\[v\]](#)

CITA ABREVIADA	ESTUDIO	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	MÉTODO	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD DEL ESTUDIO
(Sparling et al., 2017)	<p><b>Diseño:</b> Revisión sistemática</p> <p><b>Objetivos:</b> Sintetizar la evidencia sobre si la ingesta dietética influye en el riesgo de depresión en el período perinatal.</p> <p><b>Localización y periodo de realización:</b> Localización: Canadá (autores de la Universidad de Toronto y SickKids) Periodo: Búsqueda hasta septiembre de 2016</p>	<p><b>Población:</b> Mujeres en etapa perinatal</p> <p><b>Intervención:</b> Suplementos nutricionales, dieta (vitaminas, omega-3, similares.)</p> <p><b>Comparación:</b> Mujeres sin suplementos o con dieta habitual</p> <p><b>Resultados analizados:</b> EPDS, BDI, CES-D</p>	<p><b>Tipo de estudios incluidos:</b> Ensayos clínicos (RCT), estudios observacionales</p> <p><b>Método evaluación calidad:</b> Riesgo de sesgo mediante herramientas estándar de revisión sistemática</p>	<p><b>N° estudios incluidos:</b> 35 estudios, miles de participantes</p> <p><b>Resultados:</b> Algunas intervenciones nutricionales tienen efecto protector leve a moderado.</p>	La nutrición es un factor potencialmente modificable en la prevención de DPP.	MEDIA

Referencia: (Gallego Gómez Cristina, 2024) (Revisiones Sistemáticas) Tema: Urinary Incontinence Increases Risk Of Postpartum [Exportar a rt](#) [\[v\]](#)

CITA ABREVIADA	ESTUDIO	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	MÉTODO	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD DEL ESTUDIO
(Gallego-Gómez et al., 2024)	<p><b>Diseño:</b> Revisión sistemática y metaanálisis</p> <p><b>Objetivos:</b> La depresión posparto es una de las complicaciones más comunes tras el embarazo. La incontinencia urinaria es un síntoma frecuente durante el embarazo y el puerperio, siendo a menudo la primera vez que las mujeres la experimentan. Esta revisión sistemática y metaanálisis tuvo como objetivo sintetizar la evidencia sobre la asociación entre la incontinencia urinaria y la depresión posparto, y evaluar si esta asociación se debilita a los 6 meses del parto.</p> <p><b>Localización y periodo de realización:</b> Periodo: Búsqueda realizada hasta diciembre de 2022 Población: Mujeres con o sin incontinencia urinaria en el postparto</p>	<p><b>Población:</b> Mujeres con o sin incontinencia urinaria en el postparto</p> <p><b>Intervención:</b> Evaluación de incontinencia urinaria como factor</p> <p><b>Comparación:</b> Mujeres sin incontinencia</p> <p><b>Resultados analizados:</b> Odds ratios para DPP.</p>	<p><b>Tipo de estudios incluidos:</b> Estudios de cohorte y transversales</p> <p><b>Método evaluación calidad:</b> Escala Newcastle-Ottawa</p>	<p><b>N° estudios incluidos:</b> 11 estudios, &gt;9,000 mujeres</p> <p><b>Resultados:</b> La incontinencia urinaria aumenta significativamente el riesgo de DPP (OR agrupado: 1.78).</p>	Debe incluirse la incontinencia urinaria en el cribado de factores de riesgo de DPP. Es importante que los profesionales de la salud conozcan esta relación y brinden apoyo y opciones de tratamiento a las mujeres que experimentan estos trastornos durante el período posparto. Ambas afecciones son tratables y la intervención temprana puede mejorar el bienestar físico y mental de la madre.	ALTA

## DECLARACIÓN JURADA

Yo Bernal Alvarado Salazar, mayor de edad, portador de la cédula de identidad número 1-1755-0784 egresado de la carrera de Medicina y Cirugía de la Universidad Hispanoamericana, hago constar por medio de este acto y debidamente apercibido y atendido de las penas y consecuencias con las que se castiga en el código penal el delito de perjuicio, ante quienes se constituyen en el Tribunal Examinador de mi trabajo de tesis para optar por el título de Licenciado en Medicina y Cirugía, juro solemnemente que mi trabajo de investigación titulado FACTORES PREDISPONENTES Y PROTECTORES PARA LA DEPRESIÓN EN MUJERES POSTPARTO RELACIONADO CON LA INFLUENCIA DE ESTRATEGIAS EN PREVENCIÓN. REVISIÓN SISTEMÁTICA 2015-2025, es una obra original que ha respetado todo lo preceptuado por las Leyes Penales, así como la Ley de Derecho de Autor y Derecho Conexos número 6683 del 14 de octubre de 1982 y sus reformas, publicado en la Gaceta número 226 del 25 de noviembre de 1982; incluyendo el numeral 70 de dicha ley que advierte; artículo 70. Es permitido citar a un autor, transcribiendo los pasajes pertinentes siempre que estos no sean tantos y seguidos, que puedan considerarse como una producción simulada y sustancial, que redunde en perjuicio del autor de la obra original. Asimismo, quedo advertido que la Universidad se reserva el derecho de protocolizar este documento ante Notario Público.

En fe de lo anterior, firmo en la ciudad de San José, Costa Rica, el día 30 del mes de Julio del año 2025.

BERNAL  
ALVARADO  
SALAZAR (FIRMA)

Firmado digitalmente  
por BERNAL ALVARADO  
SALAZAR (FIRMA)  
Fecha: 2025.07.30  
20:21:02 -06'00'

---

Firma del estudiante.

Cédula: 1-1755-0784.

## CARTA DEL TUTOR

San José, Viernes 22 de julio de 2025

Señores

Departamento de Registro

Universidad Hispanoamericana

Estimados señores:

El estudiante *Bernal Alvarado Salazar*, cédula de identidad número 1-1755-0784, me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación el trabajo de **FACTORES PREDISPONENTES Y PROTECTORES PARA LA DEPRESIÓN EN MUJERES POSTPARTO RELACIONADO CON LA INFLUENCIA DE ESTRATEGIAS EN PREVENCIÓN. REVISIÓN SISTEMÁTICA 2015-2025**, el cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura en Medicina y Cirugía. He verificado que se ha incluido las observaciones y hecho las correcciones indicadas durante el proceso de tutoría; y he evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación, antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos, conclusiones y recomendaciones.

Los resultados obtenidos por el postulante implican la siguiente calificación:

A.	ORIGINAL DEL TEMA	10%	8%
B.	CUMPLIMIENTO DE ENTREGA DE AVANCES	20%	20%
C.	COHERENCIA ENTRE LOS OBJETIVOS, LOS INSTRUMENTOS APLICADOS Y LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	30%	27%
D.	RELEVANCIA DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	20%	17%
E.	CALIDAD, DETALLE DEL MARCO TEÓRICO	20%	22%
F.	TOTAL		90%

Por consiguiente, se avala el traslado de la tesis al proceso de lectura

Atentamente

MAXIN CUBERO  
DOUDINSKEI  
(FIRMA)

Digitally signed by  
MAXIN CUBERO  
DOUDINSKEI (FIRMA)  
Date: 2025.07.22  
12:23:12 -06'00'

Dr. Maxin Cubero Doudinskei

COD. 15753

## CARTA DEL LECTOR

San José, 21 de agosto de 2025

Departamento de Servicios Estudiantiles  
Universidad Hispanoamericana  
Presente

Estimados señores:

El estudiante BERNAL ALVARADO SALAZAR, cédula de identidad número: 1-1755-0784, me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado: **“FACTORES PREDISPONENTES Y PROTECTORES PARA LA DEPRESIÓN EN MUJERES POSTPARTO RELACIONADO CON LA INFLUENCIA DE ESTRATEGIAS EN PREVENCIÓN. REVISIÓN SISTEMÁTICA 2015-2025”** cual ha elaborado para optar por el grado de Licenciatura en Medicina y Cirugía.

He revisado y he hecho las observaciones relativas al contenido analizado, particularmente, lo relativo a la coherencia entre el marco teórico y el análisis de datos; la consistencia de los datos recopilados y, la coherencia entre estos y las conclusiones; asimismo, la aplicabilidad y originalidad de las recomendaciones, en términos de aporte de la investigación. He verificado que se han hecho las modificaciones esenciales correspondientes a las observaciones indicadas.

Por consiguiente, este trabajo cuenta con los requisitos para ser presentado en la defensa pública.

Atentamente,



---

Dr. Esteban J. Castro Cascante  
Céd. 117430294  
Cód. 18547

# CARTA DE AUTORIZACIÓN

## AUTORIZACIÓN DEL CENIT

**UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA  
CENTRO DE INFORMACION TECNOLOGICO (CENIT)  
CARTA DE AUTORIZACIÓN DE LOS AUTORES PARA LA CONSULTA, LA  
REPRODUCCION PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DE LOS  
TRABAJOS FINALES DE GRADUACION**

San José, 21 de agosto de 2025

Señores:

Universidad Hispanoamericana  
Centro de Información Tecnológico (CENIT)

Estimados Señores:

El suscrito (a) BERNAL ALVARADO SALAZAR con número de identificación 117550784 autor (a) del trabajo de graduación titulado FACTORES PREDISPONENTES Y PROTECTORES PARA LA DEPRESIÓN EN MUJERES POSTPARTO RELACIONADO CON LA INFLUENCIA DE ESTRATEGIAS EN PREVENCIÓN. REVISIÓN SISTEMÁTICA 2015-2025 presentado y aprobado en el año 2025 como requisito para optar por el título de LICENCIATURA EN MEDICINA Y CIRUGÍA; así autoriza al Centro de Información Tecnológico (CENIT) para que, con fines académicos, muestre a la comunidad universitaria la producción intelectual contenida en este documento.

De conformidad con lo establecido en la Ley sobre Derechos de Autor y Derechos Conexos N° 6683, Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica.

Cordialmente,

BERNAL  
ALVARADO  
SALAZAR (FIRMA)

Firmado digitalmente  
por BERNAL ALVARADO  
SALAZAR (FIRMA)  
Fecha: 2025.08.21  
17:19:32 -06'00'

117550784

Firma y documento de identidad.