

Depresión posparto: una revisión actualizada para el médico de primer contacto

Postpartum depression: an updated review for the first contact physician

Aura Magnolia Ortiz-Bonifacio¹, Olga Yesenia Brambila-Sandoval¹, Kathia Sofia Moreno-Badillo¹, Norma Elizabeth Morales-Cadena¹, Ismael Valdez-Fornue¹, Erin Michelle Canseco-Rocha¹, Marco Antonio Benavides-Montero¹, María Fernanda Lárraga-Márquez¹, Ana Liliana de la Encarnación Torres-Leal¹, Diana Paola Martínez-Gonzalez¹, Fabio Mazatini-Rodriguez¹, Ana María Guadalupe Hernández-Martínez¹, Norma Cadena-García².

1. Escuela de Medicina, Instituto de Estudios Superiores de Tamaulipas. Tamaulipas, México.
2. Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital General Regional No. 6, Instituto Mexicano del Seguro Social. Tamaulipas, México.



Recibido: 14 de noviembre de 2022.

Aceptado: 30 de enero de 2023.

Publicado: 30 de agosto de 2023.

ART-RE-71-05

DOI: 10.5281/zenodo.7898199

Autor(a) responsable de la correspondencia

Norma Cadena-García

dranormacadenagine@hotmail.com

Blvd. A. López Mateos S/N, Col. Esfuerzo Nacional, C.P. 89470, Ciudad Madero. Tamaulipas, México.



Este artículo se distribuye bajo una licencia *Creative Commons* Atribución-NoComercial 4.0 Internacional.

© Ortiz-Bonifacio AM, Brambila-Sandoval OY, Moreno-Badillo KS, Morales-Cadena NE, Valdez-Fornue I, Canseco-Rocha EM, et al. Depresión posparto: una revisión actualizada para el médico de primer contacto. Rev Cadena Cereb. 2023; 7(1): 54-64. <https://www.cadenadecerebros.com/articulo/art-re-71-05>

RESUMEN

Introducción. La depresión posparto (PPD) se define como un episodio de depresión mayor que tiene su inicio en el periparto. Los cambios a nivel neuroendocrino y psicosocial que experimentan las puérperas pueden generar PPD. La prevalencia de este trastorno se estima en un 15% a nivel mundial.

Objetivo: Recopilar información actualizada de la literatura médica acerca de la PPD que sea de utilidad para el médico de primer contacto.

Material y métodos. Se llevó a cabo una revisión de tipo narrativa durante el periodo de enero a octubre del 2022 en bases de datos públicas como PubMed, Access Medicine, Science Direct, Clinical Key, y metabuscadores como Scielo y Google Académico utilizando las palabras clave: *postpartum depression, puerperium, screening, risk factors, and consequences*. Se eligieron artículos recientes (menos de 10 años de haber sido publicados).

Resultados. Con los criterios de búsqueda se obtuvieron un total de 42 artículos, sin embargo, solamente 34 fueron incluidos en la presente revisión por tener información detallada sobre la patología.

Conclusión. Se identificó que la PPD es una patología subdiagnosticada que requiere de un mayor conocimiento por parte de la población en general y del personal de salud directamente involucrado en la atención de mujeres durante el periodo posparto. Al ser considerada como un evento de depresión mayor su tratamiento debe ofrecerse con oportunidad.

Palabras clave: depresión posparto; factores de riesgo; escala de Edimburgo; consecuencias; diagnóstico.

ABSTRACT

Introduction: Postpartum depression (PPD) is defined as an episode of major depression that has its onset in the peripartum period. The neuroendocrine and psychosocial changes experienced by postpartum women can lead to PPD. The prevalence of this disorder is estimated at 15% worldwide.

Objective: Collect updated information from the medical literature on PPD that is useful for the first contact physician.

Material and methods: A narrative review was carried out from January to October 2022 in public databases such as PubMed, Access Medicine, Science Direct, Clinical Key, and meta-search engines such as Scielo and Google Scholar using the keywords: *postpartum depression, puerperium, screening, risk factors, and consequences*. Recent articles were chosen (less than 10 years after publication).

Results: A total of 42 articles were obtained using the search criteria, however, only 34 were included in the present review as they had detailed information on the pathology.

Conclusion: PPD was identified as an underdiagnosed pathology that requires greater awareness among the general population and health personnel directly involved in the care of women during the postpartum period. As it is considered a major depressive event, its treatment should be offered in a timely manner.

Keywords: postpartum depression; risk factors; Edinburgh scale; consequences; diagnosis.

INTRODUCCIÓN

La depresión posparto (PPD, por sus siglas en inglés) es considerada de forma similar a un episodio depresivo mayor con inicio dentro de los doce meses siguientes al parto y cuyos síntomas deben estar presentes casi a diario durante al menos dos semanas¹⁻³.

Es bien conocido que durante el periodo postparto se revierten progresivamente todos aquellos cambios anatómicos y fisiológicos que presentó la madre durante el embarazo con la finalidad de regresar al estado previo a la gestación^{1,2}. En este lapso, también ocurren diversos cambios a nivel neuroendocrino y psicosocial en la madre que son importantes de ser considerados.

En un estudio realizado por Achtyes E, et al. (2020) se demostró que existe una estrecha relación entre la depresión posparto y la alteración de los metabolitos resultantes de la vía de la quinurenina, específicamente la nicotinamida plasmática, así como con alteraciones plasmáticas de los niveles de citocinas proinflamatorias (IL-2, IL-6, IL-8) y de serotonina. Dichas alteraciones inmuno-biológicas están relacionadas con la respuesta inmune innata y se ha reconocido como posibles precursores y biomarcadores de la PPD⁴.

Diversos estudios, como el de Nakić R, et al. (2018) han examinado el curso de la ansiedad durante y posterior al parto así como

el desarrollo de PPD. Los datos recolectados muestran que la prevalencia de ansiedad es aproximadamente del 35% durante el embarazo, del 17% inmediatamente después del parto y del 20% seis semanas después del parto. De manera importante, la coexistencia de ansiedad posparto y DPP fue del 75% lo cual hace evidente la necesidad de buscar sistemáticamente durante el puerperio si las pacientes presentan o no datos asociados con alguno de estos trastornos⁵.

Particularmente en México, se ha descrito que la PPD representa un problema de salud pública que requiere de mayor atención tomando en cuenta algunos estudios epidemiológicos que describen su prevalencia⁶. El rango de prevalencia de PPD varía entre el 6.6% al 24.6% con un amplio periodo de evaluación que va desde el puerperio inmediato hasta los nueve meses posparto. Sin embargo, estas determinaciones se han realizado en pocas Ciudades de México y la forma de evaluar la PPD es heterogénea. Algunos estudios han determinado la prevalencia tomando en cuenta datos de entrevistas clínicas, otras de auto-reportes y en pocos casos a través del uso de la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo (EPDS, por sus siglas en inglés)⁷. Asimismo, se ha reportado que la prevalencia varía entre las zonas urbanas y rurales y regiones del país^{8,9}.

El objetivo del presente estudio fue recopilar información actualizada de la literatura médica acerca de la PPD que sea de utilidad para el médico de primer contacto.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se llevó a cabo una revisión de tipo narrativa durante el periodo de enero a octubre del 2022 en bases de datos públicas como PubMed, Access Medicine, Science Direct, Clinical Key, y metabuscadores como Scielo y Google Académico utilizando las palabras clave: *postpartum depression, puerperium, screening, risk factors, and consequences*. Se eligieron artículos recientes (menos de 10 años de haber sido publicados). Posteriormente, se revisaron los resúmenes y el texto completo de cada uno de los artículos encontrados. Se excluyeron aquellos que no contaban con suficiente información sobre la PPD.

RESULTADOS

Se obtuvieron 42 artículos en el total de las búsquedas en las bases de datos y metabuscadores, siendo estos obtenidos por medio de las palabras clave, siguiendo los criterios de inclusión para la selección de los mismos. Fueron descartados los artículos que no contaban con acceso a la información de manera clara y con información no concluyente respecto a los factores de riesgo, manifestaciones clínicas, diagnóstico, consecuencias y escalas para la detección oportuna, de los cuales 8 se excluyeron, quedando un total de 34 artículos para su análisis (**Tabla 1**, al final del artículo).

DISCUSIÓN

Factores de riesgo para PPD

Entre los principales factores de riesgo relacionados con las características socioeconómicas de la madre y su red de apoyo encontramos:

1. **Edad:** basado en lo descrito por Oztora S, et al. (2019), la probabilidad de padecer depresión posparto es significativamente mayor en mujeres jóvenes¹⁰.
2. **Estado conyugal o presencia de una red de apoyo:** Vogeli JM, et al. (2018) establecen que las madres migrantes que se encuentran viviendo por su cuenta en países extranjeros tienen una incidencia mayor de PPD⁹.
3. **Escolaridad de las madres o sus parejas:** Nayak D, et al. (2021) reportaron que aquellas mujeres que no completaron su escolaridad primaria tuvieron mayor riesgo de desarrollar PPD (OR: 2.66, IC 95%)¹¹. Al mismo tiempo, en el estudio realizado por Gonzalez-Hernandez A, et al. (2019), se reportó que las madres con síntomas depresivos reportaron un menor nivel de escolaridad, cuando eran comparadas con mujeres asintomáticas¹².

Además de las características sociales de la madre y su núcleo familiar inmediato, se observan agravantes en materia de la calidad de las relaciones que tiene la madre. Durante el periodo de

aislamiento social que se instauró en distintos países debido a la emergencia sanitaria vivida en el 2020 por la COVID-19, se observó una incidencia elevada de PPD. Camoni L, et al. (2020) describieron que durante la pandemia de COVID-19, el embarazo y el puerperio se complicaron debido a la necesidad de distanciamiento físico y la falta del mantenimiento de la red social y familiar, esta última siendo la más importante para los nuevos padres en el periodo perinatal. Además, a esto se le suma que los servicios sanitarios se ven obligados a reorganizar su oferta para garantizar la máxima seguridad a sus operadores y pacientes¹³.

Las situaciones relacionadas con el ambiente emocional al que son sometidas las madres durante el puerperio y su postparto pueden aumentar las probabilidades del desarrollo de la PPD. Navarrete L, et al. (2021) analizaron la frecuencia de la violencia de pareja (VPI) perinatal, encontrando así la asociación entre la VPI y los síntomas depresivos y de ansiedad. La VPI aumenta el riesgo de sufrir depresión en el embarazo (OR = 3.5) y a los seis meses posparto (OR = 18.3), así como la ansiedad (OR = 5.9)¹⁴. Del mismo modo, Kizilirmak A, et al. (2021), observaron que la violencia conyugal (OR = 5.69, IC 95%: 1.65-19.55) y tener un embarazo no deseado (OR = 0.24, IC: 0.11-0.54) fueron dos factores que afectaron significativamente la PPD¹⁵.

Los trastornos preexistentes o situaciones extraordinarias en el ámbito emocional de las madres pueden ser factores de riesgo para el desarrollo de la depresión perinatal. Liu Y, et al. (2021) describieron cómo el apoyo social está íntimamente relacionado con los síntomas de PPD y del trastorno de estrés postraumático postparto (PP-PTSD), siendo el PP-PTSD el factor de riesgo más importante para los síntomas de PPD y viceversa¹⁶. Del mismo modo, Nieto L, et al. (2017) encontraron que existe una relación entre los síntomas depresivos prenatales, la intención de embarazo, la relación de pareja, el apoyo social y la historia materna de abuso sexual en la infancia con la aparición de síntomas depresivos posparto¹⁷.

Los factores intrínsecos y corregibles de las madres para el desarrollo de PPD son: la baja calidad del sueño¹⁶, no realizar la lactancia materna y una alimentación deficiente^{18, 19}.

Además de estos factores, existe una correlación importante entre el desarrollo de depresión perinatal y la existencia de un hijo con problemas de salud/discapacidad o madres que tuvieron un mortinato^{11, 19}. En el estudio de Nayak D, et al. (2021), se describe una ocurrencia de cómo un accidente obstétrico no aumentó el riesgo de depresión. De igual manera, se encontró que la mayoría de las mujeres se recuperaron con asesoramiento postnatal y solo tres requirieron medicación al final de 3 meses. Una de cada cinco mujeres que desarrollan complicaciones potencialmente mortales en el embarazo desarrolló PPD¹¹.

Manifestaciones clínicas de la PPD

El embarazo es considerado como una forma de estrés que altera el estado psicológico y fisiológico de la paciente. Esto conlleva a una alteración en los niveles hormonales que afectan el estado de ánimo, un ejemplo es el estrógeno, que se relaciona con el aumento de síntesis de serotonina, en relación a esto, se ha descrito que las mujeres con PPD tienen una mayor cantidad de estrógenos y progesterona antes del parto y una disminución de ambos en el postparto²⁰.

Las manifestaciones clínicas presentes por estos cambios de ánimo son: el humor depresivo, falta de interés o placer al realizar actividades, alteración en el sueño, falta o pérdida de energía, agitación o retraso psicomotor, sentimientos excesivos de culpa, disminución de la concentración e ideas suicidas².

La atención perinatal es clave para la identificación de las manifestaciones mencionadas anteriormente durante el embarazo. Es importante identificar antecedentes psiquiátricos y factores psicosociales recientes que esté experimentando cada paciente, siendo esto la clave para la detección oportuna de la PPD. Para ello, los proveedores de salud deben consultar con sus pacientes sobre los factores de riesgo posibles y vigilar a lo largo de su embarazo la aparición de las manifestaciones que aumentan el riesgo de desarrollar algún trastorno depresivo^{8, 21}.

Criterios para el diagnóstico de la PPD

De acuerdo con el DSM-5, deben estar presentes cinco o más de los síntomas depresivos (comentados en el siguiente párrafo) durante un mismo periodo de dos semanas; al menos uno de los síntomas tiene que ser estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o placer, así mismo se excluyen síntomas que se puedan atribuir claramente a otra afección médica.

Los síntomas depresivos son: estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días, pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso, insomnio o hipersomnia casi todos los días, agitación o retraso psicomotor casi todos los días, fatiga o pérdida de energía casi todos los días, sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva casi todos los días, disminución en la capacidad para pensar, concentrarse o tomar decisiones casi todos los días y pensamiento de muerte recurrentes²².

Como parte de la presente revisión hemos diseñado una infografía en lenguaje común para un mejor entendimiento de los síntomas y signos de las pacientes que sufren depresión posparto. Dicha infografía se expone en la siguiente página.

Detección de la PPD

Berns HM & Drake D (2021) implementaron un protocolo de detección y derivación utilizando la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS). La enfermera del equipo inició la prueba de detección después de 2 semanas del parto y fue la encargada de colocar una referencia de salud mental según fuera necesario. Se llevaron a cabo revisiones retrospectivas de los registros médicos para determinar si se implementan exámenes de detección oportunos entre las madres elegibles y si se hicieron remisiones para las personas en riesgo basadas en la puntuación de EPDS. Como resultado, se encontró que el 24% de las mujeres examinadas tuvieron un mayor riesgo de PPD según su puntuación de EPDS, aproximadamente el doble que la de la población general (12.5%). A todas las mujeres con una prueba de detección positiva se les colocó una referencia y fueron vistas por el consejero clínico profesional con licencia en un plazo de 3 días²³.

Dentro de los factores para la detección, Bränn E, et al. (2021) analizaron los datos socioeconómicos, obstétricos y neonatales, extraídos del Registro de Embarazos de Suecia, utilizaron los 9,959 embarazos registrados en el condado de Östergötland entre 2016 y 2018 y se vincularon a los resultados de detección de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) a las 6-8 semanas después del parto extraídos de las historias clínicas²⁴.

Šebela A, et al. (2019) evaluaron los síntomas depresivos entre las púerperas y definieron que se puede realizar un diagnóstico mediante instrumentos de detección. La melancolía y la psicosis posparto deben tenerse en cuenta durante el diagnóstico diferencial de la depresión posparto. Tanto las intervenciones no farmacológicas como las farmacológicas se pueden utilizar para el tratamiento de la depresión posparto. En cuanto a las intervenciones no farmacológicas, la terapia cognitivo conductual se describe como la más basada en la evidencia. Los antidepresivos del grupo de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) son el tratamiento de primera línea de las intervenciones farmacológicas. El apoyo a los padres también es un componente importante de la atención moderna de las mujeres con PPD²⁵.

Debido a que la mayoría de las veces la PPD no se diagnostica de manera eficaz y temprana, se ha considerado adecuado enseñar a cada madre a reconocer los síntomas y a consultarlas sobre la presencia de síntomas que puedan ser causados por la depresión antes y después del parto. Llevando a cabo estas acciones, se pueden obtener mejores resultados para la identificación y gestión temprana de la PPD en las primeras semanas²⁶.

Así mismo, Rojas G, et al. (2018) describieron las problemáticas con las que se encuentran los profesionales de salud en Chile para realizar el diagnóstico de la PPD en los hospitales de primer nivel. Las mujeres que acudían a los centros de atención médica de primer nivel para un chequeo de niño sano, fueron entrevistadas para verificar con la EPDS una posible presencia de PPD para volver

a ser entrevistadas tres meses después por teléfono. De esta acción se obtuvo que: 21% de las 305 mujeres entrevistadas fueron diagnosticadas con PPD, aunque tres meses después solo el 30% del total de mujeres diagnosticadas había decidido asistir a un especialista para recibir el tratamiento adecuado. Estos resultados destacaron las deficiencias y necesidades de atención críticas en el servicio primario de salud chileno²⁷.

Las pruebas para la detección de la PPD son parte fundamental para llegar al diagnóstico; por esta razón, Ukatu N, et al. (2018) analizaron la precisión de las herramientas de detección para la DPP y se llegó a la conclusión de que la precisión de las herramientas de detección dependía de una serie de factores, entre ellos la combinación de herramientas de detección administradas, el momento en que se administraron las herramientas de detección, la ubicación geográfica de los pacientes examinados y los estándares de referencia utilizados. Por esta razón, no se puede considerar que ninguna herramienta sea la mejor para detectar con precisión la DPP en cuanto a la sensibilidad y especificidad. Además, no hubo una duración de tiempo recomendada en la que se debe realizar la detección. Tomando esto en cuenta, se necesita más investigación para dilucidar la precisión de las herramientas de detección de PPD y los mejores criterios para determinarla²⁸.

Consecuencias de la PPD

El periodo perinatal es considerado un momento vulnerable para la madre ya que esto abre la puerta a enfermedades psiquiátricas, se muestran descompensaciones en el estado de ánimo, ansiedad o psicosis excesiva. Aproximadamente 1 de 13 mujeres presentan un episodio depresivo durante el embarazo y 1 de 7 mujeres después del embarazo. La idea del suicidio está presente en el 2.7% de las mujeres perinatales, pero se puede ir elevando de acuerdo a las circunstancias que viven. El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) se presenta en un 2.1% en las embarazadas y en un 2.4 % después de dar a luz²⁹.

El encierro por COVID-19 es un desafío para personas que presentan enfermedades mentales, un estudio incluyó a 293 mujeres posparto de 4 a 12 semanas mayores de 18 años y se utilizó la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EPDS), el Inventario de Ansiedad de Rasgo Estatal de Rasgo (T-STAI) y la Escala de Ten Perceived Stress (PSS-10) para medir la prevalencia de los síntomas de DPP, la cual se encontró en el 39.2% (34-45%) de las gestantes, además, se encontraron síntomas de ansiedad por rasgos entre el 46.1% (32-43%) de los participantes, y el estrés percibido moderado y alto fue en el 58% (52-64) y el 10.9% (7.8-15) de los participantes³⁰.

Escalas para la detección de PPD

Se necesitan medidas precisas de detección de la depresión posparto para identificar a las madres con síntomas depresivos tanto

en el período posparto como en su periodo siguiente²¹. La Escala de Detección de la Depresión Posparto (PDSS) parece ser un filtro psicométricamente sólido para identificar a las madres deprimidas en los 15 meses posteriores al parto⁹.

Asimismo, las preguntas de Whooley y Arroll tienen propiedades psicométricas adecuadas para detectar posibles casos de depresión durante el período perinatal. Se pueden aplicar durante los controles prenatales y consultas posparto. La detección oportuna de mujeres con riesgo de depresión perinatal puede contribuir a su tratamiento para reducir las consecuencias adversas en madres y lactantes³¹.

Escala de Edimburgo

El instrumento utilizado de preferencia es la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS). Es considerada el *gold standard* para el cribado de PPD³¹ que ha sido validada en múltiples países, demostrando tener un alto poder diagnóstico, con una sensibilidad cercana al 100% y una especificidad de 82% para evaluar la intensidad de la DPP³³. Su aplicación es sencilla, accesible y debe ser rutinaria. Es necesario que en México se implementen estrategias para detectar y tratar la PPD³⁴.

Tratamiento de la PPD

La terapia cognitiva-conductual ha demostrado una alta eficacia para aliviar los síntomas de la PPD a corto plazo, también es utilizada como un complemento en los cuidados rutinarios de pacientes con depresión perinatal.

El programa de apoyo social proporcionado por parteras y familias (programa MFPSS) en madres adolescentes primerizas a los 3 meses después del parto mostró un resultado favorable, para este estudio se utilizó la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS), las tasas y la gravedad en el seguimiento inicial, posterior a dicha intervención los valores disminuyen notablemente. Por su parte, se encontró que la lactancia proporciona factores protectores cuando es implementada por decisión propia y en la primera hora de vida, aumentando el apego entre madre y producto y disminuyendo los síntomas depresivos^{18, 33, 35, 36}.

CONCLUSIÓN

La PPD es un problema vigente en la actualidad. Existen reportes de que su incidencia se vio aumentada a raíz del periodo de aislamiento social obligatorio secundario a la pandemia de COVID-19. La PPD es similar a un episodio depresivo mayor que puede tener consecuencias graves de no detectarse y tratarse de manera oportuna. La EPDS es un instrumento validado y de aplicación sencilla que se ha recomendado para detectar oportunamente la PPD.

AGRADECIMIENTOS

A los docentes que nos ayudaron en la elaboración de este artículo: el Dr. Juan Carlos Núñez Enríquez, la Lic. Ana María Guadalupe Hernández Martínez, la Dra. Norma Cadena García, la Dra. Patricia Blanco Padilla y el Dr. Víctor Octavio López Amaro.

REFERENCIAS

- Place JMS, Billings DL, Blake CE, Frongillo EA, Mann JR, deCastro F. Conceptualizations of postpartum depression by public-sector health care providers in Mexico. *Qual Health Res.* 2015; 25(4): 551-68. DOI: [10.1177/1049732314552812](https://doi.org/10.1177/1049732314552812)
- Solís Solano M, Pineda Mejía AL, Chacón Madrigal J. Abordaje clínico y manejo de la depresión posparto. *Rev Med Sinergia.* 2019; 4(6): 90-9. DOI: [10.31434/rms.v4i6.2478](https://doi.org/10.31434/rms.v4i6.2478)
- Morales-Lozano MC, Garay-Hernández I, González-Azuara DA, Meza-López ME, Ixtla-Pérez MB, Martínez-Zúñiga ML, et al. Evaluación del riesgo de depresión posparto en un hospital ginecoobstétrico. *Evid Méd Inv Salud.* 2014; 7(3): 105-9. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=56140>
- Achtyes E, Keaton SA, Smart LA, Burmeister AR, Heilman PL, Krzyzanowski S, et al. Inflammation and kynurenine pathway dysregulation in post-partum women with severe and suicidal depression. *Brain Behav Immun.* 2020; 83: 239-47. DOI: [10.1016/j.bbi.2019.10.017](https://doi.org/10.1016/j.bbi.2019.10.017)
- Nakić S, Tadinac M, Herman R. Anxiety During Pregnancy and Postpartum: Course, Predictors and Comorbidity with Postpartum Depression. *Acta Clin Croat.* 2018; 57(1): 39-51. DOI: [10.20471/acc.2018.57.01.05](https://doi.org/10.20471/acc.2018.57.01.05)
- Contreras-Carretero NA, Villalobos-Gallegos L, Mancilla-Ramírez J. Análisis epidemiológico de la depresión perinatal. *Cir Cir.* 2022; 90(1): 128-32. DOI: [10.24875/ciru.20001246](https://doi.org/10.24875/ciru.20001246)
- Lara MA, Patiño P, Navarrete L, Nieto L. Depresión posparto un problema de salud pública que requiere mayor atención en México. *Género y salud en cifras.* 2017; 15(2): 12-25. Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/280103/Revista15-2VF.pdf>
- Kroska EB, Stowe ZN. Postpartum Depression: Identification and Treatment in the Clinic Setting. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2020; 47(3): 409-19. DOI: [10.1016/j.ogc.2020.05.001](https://doi.org/10.1016/j.ogc.2020.05.001)
- Vogeli JM, Hooker SA, Everhart KD, Kaplan PS. Psychometric properties of the postpartum depression screening scale beyond the postpartum period. *Res Nurs Health.* 2018; 41(2): 185-94. DOI: [10.1002/nur.21861](https://doi.org/10.1002/nur.21861)
- Oztora S, Arslan A, Caylan A, Dagdeviren HN. Postpartum depression and affecting factors in primary care. *Niger J Clin Pract.* 2019; 22(1): 85-91. DOI: [10.4103/njcp.njcp_193_17](https://doi.org/10.4103/njcp.njcp_193_17)
- Nayak D, Karuppusamy D, Maurya DK, Kar SS, Bharadwaj B, Keepanaserial A. Postpartum depression and its risk factors in women with a potentially life-threatening complication. *Int J Gynaecol Obstet.* 2021; 154(3): 485-91. DOI: [10.1002/ijgo.13549](https://doi.org/10.1002/ijgo.13549)
- González-Hernández A, González-Hernandez D, Fortuny-Falconi CM, Tovilla-Zárate CA, Fresan A, Nolasco-Rosales GA, et al. Prevalence and Associated Factors to Depression and Anxiety in Women with Premature Babies Hospitalized in a Neonatal Intensive-Care Unit in a Mexican Population. *J Pediatr Nurs.* 2019; 45: e53-e56. DOI: [10.1016/j.pedn.2019.01.004](https://doi.org/10.1016/j.pedn.2019.01.004)
- Camoni L, Mirabella F, Palumbo G, Del Re D, Gigantesco A, Calamandrei G, et al. A screening and treatment programme to deal with perinatal anxiety and depression during the COVID-19 pandemic. *Epidemiol Prev.* 2020; 44(5-6 Suppl. 2): 369-73. DOI: [10.19191/EP20.5-6.S2.139](https://doi.org/10.19191/EP20.5-6.S2.139)
- Navarrete L, Nieto L, Lara MA. Intimate partner violence and perinatal depression and anxiety: Social support as moderator among Mexican women. *Sex Reprod Healthc.* 2021; 27: 100569. DOI: [10.1016/j.srhc.2020.100569](https://doi.org/10.1016/j.srhc.2020.100569)
- Kızılırmak A, Calpbincin P, Tabakan G, Kartal B. Correlation between postpartum depression and spousal support and factors affecting postpartum depression. *Health Care Women Int.* 2021; 42(12): 1325-39. DOI: [10.1080/07399332.2020.1764562](https://doi.org/10.1080/07399332.2020.1764562)
- Liu Y, Zhang L, Guo N, Jiang H. Postpartum depression and postpartum post-traumatic stress disorder: prevalence and associated factors. *BMC Psychiatry.* 2021; 21(1): 487. DOI: [10.1186/s12888-021-03432-7](https://doi.org/10.1186/s12888-021-03432-7)
- Nieto L, Lara MA, Navarrete L. Prenatal Predictors of Maternal Attachment and Their Association with Postpartum Depressive Symptoms in Mexican Women at Risk of Depression. *Matern Child Health J.* 2017; 21(6): 1250-9. DOI: [10.1007/s10995-016-2223-6](https://doi.org/10.1007/s10995-016-2223-6)
- Vieira ES, Caldeira NT, Eugênio DS, di Lucca MM, Silva IA. Breastfeeding self-efficacy and postpartum depression: A cohort study. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2018; 26: e3035. DOI: [10.1590/1518-8345.2110.3035](https://doi.org/10.1590/1518-8345.2110.3035)
- Guintivano J, Manuck T, Meltzer-Brody S. Predictors of Postpartum Depression: A Comprehensive Review of the Last Decade of Evidence. *Clin Obstet Gynecol.* 2018; 61(3): 591-603. DOI: [10.1097/GRF.0000000000000368](https://doi.org/10.1097/GRF.0000000000000368)
- Cunningham G, Leveno K, Dashe J, Hoffman B, Spong C, Casey B. *Williams Obstetrica.* 26a ed. McGraw Hill Education; 2022.
- Johansen SL, Stenhaug BA, Robakis TK, Williams KE, Cullen MR. Past psychiatric conditions as risk factors for postpartum depression: A nationwide cohort study. *J Clin Psychiatry.* 2020; 81(1): 19m12929. DOI: [10.4088/JCP.19m12929](https://doi.org/10.4088/JCP.19m12929)
- Asociación Estadounidense de Psiquiatría (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)* (Quinta edición). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Berns HM, Drake D. Postpartum Depression Screening for Mothers of Babies in the Neonatal Intensive Care Unit. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2021; 46(6): 323-9. DOI: [10.1097/NMC.0000000000000768](https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000768)
- Bränn E, Fransson E, Wikman A, Kollia N, Nguyen D, Lilliecreutz C, et al. Who do we miss when screening for postpartum depression? A population-based study in a Swedish region. *J Affect Disord.* 2021; 287: 165-73. DOI: [10.1016/j.jad.2021.03.013](https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.03.013)
- Šebela A, Hanka J, Mohr P. Diagnostics and modern trends in therapy of postpartum depression. *Ceska Gynekol.* 2019; 84(1): 68-72. Disponible en: <https://www.prolekare.cz/en/journals/czech-gynaecology/2019-1-14/diagnostics-and-modern-trends-in-therapy-of-postpartum-depression-112780>
- Ceriani JM. Postpartum depression: Risks and early detection. *Arch Argent Pediatr.* 2020; 118(3): 154-5. DOI: [10.5546/aap.2020.eng.154](https://doi.org/10.5546/aap.2020.eng.154)
- Rojas G, Guajardo V, Martínez P, Fritsch R. Screening and barriers for treatment of postpartum depression in Chilean public primary health care centers. *Rev Med Chil.* 2018; 146(9): 1001-7. DOI: [10.4067/s0034-98872018000901001](https://doi.org/10.4067/s0034-98872018000901001)
- Ukatu N, Clare CA, Brulja M. Postpartum Depression Screening Tools: A Review. *Psychosomatics.* 2018; 59(3): 211-9. DOI: [10.1016/j.psym.2017.11.005](https://doi.org/10.1016/j.psym.2017.11.005)
- Rodríguez-Cabezas L, Clark C. Psychiatric Emergencies in Pregnancy and Postpartum. *Clin Obstet Gynecol.* 2018; 61(3): 615-27. DOI: [10.1097/GRF.0000000000000377](https://doi.org/10.1097/GRF.0000000000000377)
- Suárez-Rico BV, Estrada-Gutierrez G, Sánchez-Martínez M, Perichart-Perera O, Rodríguez-Hernández C, González-Leyva C, et al. Prevalen-

- ce of depression, anxiety, and perceived stress in postpartum mexican women during the COVID-19 lockdown. *Int J Environ Res Public Health*. 2021; 18(9): 4627. DOI: [10.3390/ijerph18094627](https://doi.org/10.3390/ijerph18094627)
31. Navarrete L, Nieto L, Lara MA, Lara MC. Sensitivity and specificity of the three Whooley and Arroll questions for detecting perinatal depression in Mexican women. *Salud Pública Mex*. 2019; 61(1): 27-34. DOI: [10.21149/9083](https://doi.org/10.21149/9083)
 32. Gutierrez A, Gallardo D, Labad J, Santos R, García L, Gelabert E, et al. Estructura factorial de la versión española de la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo. *Actas Esp Psiquiatr*. 2018; 46(5): 174-82. Disponible en: <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/20/115/ESP/20-115-ESP-174-82-933035.pdf>
 33. CENETEC. Evidencias y recomendaciones. Guía de Práctica clínica: Evidencias y Recomendaciones [Internet]. 2021 [citado 2022 sep 5]. Disponible en: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-SS-666-21/ER.pdf>
 34. Macías-Cortés EDC, Lima-Gómez V, Asbun-Bojalil J. Diagnostic accuracy of the edinburgh postnatal depression scale: Consequences of screening in mexican women. *Gac Méd Mex*. 2020; 156(3): 202-8. DOI: [10.24875/gmm.19005424](https://doi.org/10.24875/gmm.19005424)
 35. Li Z, Liu Y, Wang J, Liu J, Zhang C, Liu Y. Effectiveness of cognitive behavioural therapy for perinatal depression: A systematic review and meta-analysis. *J Clin Nurs*. 2020; 29(17-18): 3170-82. DOI: [10.1111/jocn.15378](https://doi.org/10.1111/jocn.15378)
 36. Sangsawang B, Deoisres W, Hengudomsu P, Sangsawang N. Effectiveness of psychosocial support provided by midwives and family on preventing postpartum depression among first-time adolescent mothers at 3-month follow-up: A randomised controlled trial. *J Clin Nurs*. 2022; 31(5-6): 689-702. DOI: [10.1111/jocn.15928](https://doi.org/10.1111/jocn.15928)

CONFLICTOS DE INTERÉS

Las y los autores declararon que no tienen conflictos de interés.

FINANCIAMIENTO

Las y los autores declararon que no existieron fuentes de financiamiento provenientes de personas físicas o morales para la planeación, desarrollo, redacción y/o publicación del presente trabajo.

PRESENTACIONES PREVIAS

Ninguna.

Tabla 1. Artículos incluidos en la revisión de PPD.

Autor(es)	Periodo	Diseño del estudio	Número de pacientes	Principales hallazgos
Ukatu N, et al.	2001-2016	Observacional (descriptivo) Retrospectivo y longitudinal	140 artículos identificados de la búsqueda, de los cuales 119 fueron seleccionados para revisión.	El propósito de este estudio fue analizar la precisión de las herramientas de detección para detectar la PPD. La precisión de las herramientas de detección dependía de una serie de factores.
Johansen SL, et al.	2003-2016	Observacional (descriptivo) Retrospectivo y transversal	1,166,577 mujeres en edad reproductiva con al menos 1 o más nacidos vivos, de las cuales 336,522 fueron diagnosticadas con PPD.	Todos los diagnósticos psiquiátricos investigados de forma independiente, aumentan el riesgo de PPD. Los factores de riesgo más resaltados son un historial de depresión (OR= 2.7, 95% CI, 2.6-2.8) y la depresión durante el embarazo (OR= 13.1, 95% CI, 12.6-13.6)
Rojas G, et al.	2012-2013	Observacional (descriptivo) Retrospectivo y transversal	337 pacientes dieron su consentimiento 3 pacientes fueron excluidas por no acudir a control de niño sano, 29 no fueron contactadas posteriormente, quedando 305 pacientes estudiadas basalmente. De las 305 pacientes estudiadas 121 resultaron ser posibles casos de PPD.	Una de cada cinco mujeres que viven en países de ingresos medios y bajos sufren de PPD. En Chile, estudios efectuados en la década pasada estimaron la prevalencia de PPD entre 20% y 40% en la APS ^{2,3} . La implementación del tamizaje para la PPD en la APS mejora las tasas de detección y es aceptable para madres y profesionales de la salud (OR= 8.35).
Morales-Lozano MA, et al.	1 de octubre al 31 de diciembre de 2013.	Observacional (descriptivo) Prospectivo y transversal	131 pacientes	El principal problema que menciona el artículo es que la PPD es una patología subdiagnosticada y subestimada.
Vieira ES, et al.	2013-2015	Observacional (descriptivo) Retrospectivo y Longitudinal	83 pacientes fueron incluidas en el estudio	La autoeficacia para el amamantamiento se reveló como factor de protección para la lactancia materna exclusiva, mientras la PPD se configura como un factor de riesgo.
Place JM, et al.	2014-2015	Observacional (descriptivo) Retrospectivo y transversal	61 profesionales de la salud (ginecólogos, internistas y generales) 18 médicos 17 enfermeras 17 trabajadores sociales 9 psicólogos	Los síntomas de angustia, los proveedores de atención médica y posparto, los marcos bioquímicos y de ajuste influyen en el desarrollo de la PPD.
Kızılırmak A, et al.	2014-2018	Observacional (descriptivo) Retrospectivo y transversal	El universo del estudio constituía 2,149 mujeres, sin embargo, la muestra fue de 179	Se encontró una correlación negativa significativa entre la puntuación total de la EPDS y la puntuación total de la PSSA-WEPP, las puntuaciones de las subescalas de apoyo emocional, apoyo social y apoyo físico, y la relación de violencia doméstica (aOR=5.69, 95% CI:1.65-19.55) y embarazos no deseados (aOR=0.24, 95% CI:0.11-0.54 como factores de riesgo).
Navarrete L, et al.	2014-2019	Observacional (descriptivo) Retrospectivo y transversal	Se tuvo una muestra no probabilística de 280 mujeres embarazadas, de las cuales 210 tuvieron seguimiento durante su embarazo hasta seis meses después del parto.	El objetivo fue evaluar la sensibilidad y especificidad de las dos preguntas de Whooley y la pregunta de Arroll, utilizando la SCID, The Structured Clinical Interview (SCID-I) como estándar de oro para detectar depresión perinatal.
Macías-Cortés EDC, et al.	Febrero- Noviembre 2016	Observacional (descriptivo) Retrospectivo y transversal	Se aplicó la escala de Edinburgo a 441 mujeres.	La PPD es un episodio depresivo no psicótico con graves repercusiones en el vínculo entre la madre y su hijo, de ahí la importancia de detectarlo a tiempo.
Sandra Nakić Radoš, et al.	2016-2017	Observacional (descriptivo) Prospectivo y transversal	272 mujeres.	Los altos niveles de ansiedad durante el embarazo mostraron una elevación en el índice de PPD.
González-Hernández A, et al.	2016-2017	Observacional (descriptivo) Retrospectivo y transversal	188 pacientes fueron incluidas en el estudio.	Alta incidencia de ansiedad, depresión en madres mexicanas de bebés prematuros hospitalizados en una unidad de cuidados intensivos neonatales.
Nieto L, et al.	2016-2017	Observacional (descriptivo) Retrospectivo y longitudinal	377 mujeres consintieron participar en el estudio. 127 fueron asignados como controles y 250 se asignaron al de intervención.	Las mujeres con antecedentes de abuso sexual en la infancia deben recibir atención adicional durante la atención prenatal.

Tabla 1. Artículos incluidos en la revisión de PPD (Continuación).

Autor(es)	Periodo	Diseño del estudio	Número de pacientes	Principales hallazgos
Vogeli JM, et al.	2016-2018	Observacional (descriptivo) Prospectivo y transversal	245 pacientes incluidas. 238 pacientes estudiadas por completa información.	Confiabilidad, validez, especificidad, sensibilidad y valor predictivo de la PDSS para identificar depresión materna. Las puntuaciones totales y de las subescalas de la PDSS demostraron una fiabilidad entre aceptable y alta.
Bränn E, et al.	2016-2018	Observacional (descriptivo) Retrospectivo y transversal	Mujeres de la comunidad con una población de 464,861 personas, donde se incluyeron 9,959 embarazadas en el estudio.	El objetivo de este estudio fue describir la proporción y explorar los factores de riesgo de que a las mujeres no se les ofreciera el cribado. La conciencia entre los proveedores de atención médica sobre los factores de riesgo para no realizar la detección podría aumentar la adherencia a las pautas para la detección universal.
Lara MA, et al.	2017	Observacional (descriptivo) Retrospectivo y transversal	—	La depresión perinatal es frecuente y tiene consecuencias perjudiciales en la madre y en los infantes, por lo tanto, es necesario atenderla.
Oztorá S, et al.	2017-2019	Observacional (descriptivo)	227 embarazadas en el último trimestre fueron llamadas.	Se debe vigilar a las madres de riesgo en la atención primaria y examinarlas con la práctica EPDS para prevenir los efectos
Guintivano J, et al.	2018	Observacional (descriptivo) Retrospectivo y transversal	—	Una revisión sistemática reciente de 14 estudios que incluyeron a 25,663 mujeres encontró que aquellas con depresión no tratada durante el embarazo tienen un riesgo significativamente elevado de parto prematuro (OR, 1,56, IC del 95 % 1,25 -1,94) en comparación con las mujeres sin depresión.
Rodríguez-Cabezas L, et al.	2018	Observacional (descriptivo) Retrospectivo y transversal	—	El período perinatal es un momento vulnerable para el inicio agudo y la recurrencia de enfermedades psiquiátricas. Los proveedores de atención primaria están en una posición oportuna para intervenir en mujeres que presentan descompensación del estado de ánimo, ansiedad excesiva o psicosis durante el período perinatal. Mujeres que presentan pobreza en un ámbito universitario y que sufren de violencia doméstica tuvieron un riesgo incrementado de suicidio prenatal (OR= 9.37).
Gutiérrez Zotes A, et al.	2018	Observacional (descriptivo) Retrospectivo y transversal	1204 mujeres.	La Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) se considera el estándar de oro en el cribado de la depresión postparto.
Nayak D, et al.	2018-2019	Observacional (descriptivo) Retrospectivo y longitudinal	933 mujeres de las cuales 890 fueron incluidas en el estudio.	Una de cada cinco mujeres que desarrollan complicaciones potencialmente mortales desarrolló una PPD. Dentro de los factores observados, mujeres sin estudios formales (OR - 2.66, 95% CI: 1.10-6.40) y las que tuvieron un mortinato (OR 2.48, 95% CI: 1.57-3.93) se asociaron con PPD.
Sangsawang B, et al.	Abril-Octubre 2019	Observacional (descriptivo) Retrospectivo y transversal	Durante el proceso de recolección de datos fueron consideradas 78 madres adolescentes, se excluyeron 16 madres por falla al reunir los requerimientos, quedando 42 madres que se catalogaron como el grupo de intervención.	Las madres adolescentes con falta de apoyo social son un grupo de alto riesgo para incrementar el desarrollo de PPD.
Liu Y, et al.	Junio-Diciembre 2019	Observacional (descriptivo) Retrospectivo y transversal	1,200 mujeres fueron aptas para el estudio, sin embargo, 1,136 fueron las que completaron las preguntas.	Se debe prestar atención a las mujeres que son más susceptibles de padecer PPD y/o PP-PTSD, incluyendo aquellas con bajo apoyo social, baja calidad de sueño, ingreso en incubadora del recién nacido, etnia y mujeres con hermanos.
Solís M, et al.	2019	Observacional (descriptivo) Retrospectivo y transversal	—	La valoración de antecedentes a partir de una evaluación integral de los factores de riesgo a nivel familiar y social, ayudan a disminuir el riesgo de padecer episodios de depresión mayores y con una duración más prolongada.
Šebela A, et al.	2019	Observacional (descriptivo)	—	El objetivo de este estudio fue describir la cooperación sistemática entre psiquiatras y ginecologistas para dar un tratamiento efectivo a pacientes que sufren de PPD.

Tabla 1. Artículos incluidos en la revisión de DPP (Continuación).

Autor(es)	Periodo	Diseño del estudio	Número de pacientes	Principales hallazgos
Li Z, et al.	2019-2020	Observacional (descriptivo) Prospectivo y transversal	Se identificaron 1,229 estudios en bases de datos electrónicas, 721 artículos fueron revisados en base a su título y resumen, de los cuales 25 cumplían con los criterios de elegibilidad, posterior de revisar los textos completos se quedó con 13 artículos que se incluyeron en esta revisión.	La terapia cognitiva conductual puede aliviar eficazmente los síntomas de la depresión a corto plazo. Sin embargo, su efecto a largo plazo debe verificarse mediante más estudios clínicos.
Navarrete L, et al.	2020	Observacional (descriptivo) Retrospectivo y longitudinal	280 pacientes fueron recolectadas, pero solo 210 tuvieron contacto a los seis meses del postparto.	La falta de acceso a la educación (OR=3.8), la pobreza (OR=3.0) y el papel sumiso de la mujer en relación con el hombre conducen a una mayor vulnerabilidad, constituyendo una clara desventaja social para las mujeres.
Kroska EB, et al.	2020	Observacional (descriptivo) Retrospectivo y transversal	—	La PPD es un trastorno común que, si no se trata, puede tener consecuencias adversas para las mujeres, los niños y las familias. Se ha caracterizado de forma fiable una variedad de factores de riesgo, lo que permite a los médicos identificar mujeres en riesgo y desarrollar planes de tratamiento para la prevención e intervención.
Ceriani JM.	2020	Observacional (descriptivo) Retrospectivo y transversal	—	Las causas de la PPD no están muy claras, pero existen factores que pueden ser útiles para detectar quiénes tienen mayor riesgo, con una frecuencia de aparición de 10-26%.
Suárez-Rico B, et al.	2020	Observacional (descriptivo) Retrospectivo y transversal	851 pacientes fueron atendidas de las cuales 426 cumplieron con los criterios de inclusión, pero solo 293 respondieron la encuesta y fueron estas las incluidas en el estudio.	El bloqueo de COVID-19 representa un nuevo desafío para los investigadores de salud mental y los profesionales clínicos. Este estudio transversal tuvo como objetivo investigar la prevalencia de depresión, ansiedad y estrés percibido en mujeres mexicanas posparto.
Achtyes E, et al.	2020	Observacional (descriptivo) Longitudinal	La cohorte incluyó 165 puérperas, 60 de ellas sin signos o síntomas de PPD.	Evaluación del plasma de una cohorte de 165 puérperas para evaluar las alteraciones en los siguientes parámetros: IL-1 β , IL-2, IL-6, IL-8, TNF- α , tryptophan, serotonin, kynurenine, nicotinamide, quinolinic- and kynurenic acids. Para determinar su correlación con el desarrollo de PPD.
Camoni L, et al.	Septiembre-Diciembre 2020	Observacional (descriptivo) Retrospectivo y transversal	—	Los programas descritos pretenden ser una herramienta de seguimiento constante de los factores de riesgo perinatal y de cribado precoz, para ofrecer a la mujer un tratamiento adecuado, oportuno y eficaz.
Cunningham F, et al.	2021	Observacional (descriptivo) Retrospectivo y longitudinal	—	Libro de obstetricia. Narrando el proceso embriológico y <i>post partum</i> .
Berns HM, et al.	2021	Observacional (descriptivo) Retrospectivo y transversal	—	El 24% de las mujeres examinadas tenían un mayor riesgo de PPD según su puntuación EPDS, aproximadamente el doble que la población general (12,5 %).
CENETEC	2021	Observacional (descriptivo) Retrospectivo y transversal	—	Se estima que una de cada cinco mujeres puede presentar depresión mayor a lo largo de su vida, siendo más susceptibles en algunos periodos como el síndrome premenstrual, menopausia, prenatal o en el posparto.
Nilson A. Contreras-Carretonera, et al.	2022	Observacional (descriptivo) Retrospectivo y transversal	6582 muertes secundarias a trastornos depresivos en 2000.	Los estudios reflejan métricas limitadas y poco representativas de la población general.



Criterios para el diagnóstico de DPP

Cinco o más de los síntomas siguientes deben de estar presentes durante un mismo periodo de dos semanas; al menos uno de los síntomas debe de ser estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o placer.

No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.



Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día.



Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días.



Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso.



Insomnio o hipersomnia casi todos los días.



Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.



Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.



Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva casi todos los días.



Disminución en la capacidad para pensar, concentrarse o tomar decisiones casi todos los días.



Pensamiento de muerte recurrentes.