

Brenda Fabiola Barrera-Mondragón<sup>1a</sup>, Víctor Manuel Camarillo-Nava<sup>2b</sup>, Blanca Berenice García-Rivera<sup>1c</sup>

## Resumen

**Introducción:** la depresión posparto (DPP) es un trastorno mental severo que puede llegar a afectar hasta al 56% de las mujeres latinas. La DPP tiene múltiples orígenes y afecta el bienestar, la salud y el comportamiento maternos, así como el desarrollo del niño.

**Objetivo:** analizar el riesgo de depresión posparto en un centro de primer nivel de atención.

**Material y métodos:** estudio observacional, transversal, retrospectivo, en pacientes derechohabientes de un primer nivel de atención, que se encontraban en el posparto. Se realizaron encuestas tipo Likert, basadas en la Escala de Edimburgo, recopilándose factores sociodemográficos, con la finalidad de establecer los factores de riesgo asociados. Se determinó la asociación entre el desenlace de estudio (riesgo de depresión posparto) con cada variable independiente mediante *Odds ratio* y modelos multivariados.

**Resultados:** se incluyeron 79 pacientes que cursaban el posparto, el promedio de edad fue de 29 años ( $\pm 5$ ), el 46.8% con alto riesgo de depresión, y el 53.2% sin riesgo de depresión posparto. El principal factor asociado a poder presentar alto riesgo de depresión posparto fue el nivel socioeconómico bajo en un 94.6%, otras variables no tuvieron significancia estadística.

**Conclusiones:** la frecuencia de poder presentar un alto riesgo para depresión posparto en nuestro estudio fue similar a la reportada por la *Pan American Health Organization 2018*, con una frecuencia del 56% en mujeres mexicanas y latinoamericanas. El principal factor de riesgo fueron los aspectos económicos más que los aspectos sociales.

## Abstract

**Background:** Postpartum depression (PPD) is a severe mental disorder that can affect up to 56% of Latina women. PPD has multiple origins and affects maternal well-being, health and behavior, as well as child development.

**Objective:** to analyze the risk of postpartum depression in a primary care center.

**Material and methods:** observational, cross-sectional, retrospective study in patients entitled to primary care, who were in the postpartum period. Likert-type surveys were carried out, based on the Edinburgh Scale, collecting sociodemographic factors, in order to establish the associated risk factors. The association between the study outcome (risk of postpartum depression) with each independent variable was determined using Odds ratio and multivariate models.

**Results:** 79 postpartum patients were included, the average age was 29 years ( $\pm 5$ ), 46.8% with a high risk of depression, and 53.2% without risk of postpartum depression. The main factor associated with being able to present a high risk of postpartum depression was low socioeconomic level in 94.6%, other variables did not have statistical significance.

**Conclusions:** the frequency of being at high risk for postpartum depression in our study was similar to that reported by the *Pan American Health Organization 2018*, with a frequency of 56% in Mexican and Latin American women. The main risk factor was economic aspects rather than social aspects.

<sup>1</sup>Instituto Mexicano del Seguro Social, Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada DF Norte. Área de Educación. Ciudad de México, México

<sup>2</sup>Instituto Mexicano del Seguro Social, Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada DF Norte, Coordinación Auxiliar Médica de Investigación en Salud. Ciudad de México, México

ORCID: 0009-0003-5335-0717<sup>a</sup>, 0000-0002-4088-2568<sup>b</sup>, 0009-0000-8418-9629<sup>c</sup>

**Palabras clave**  
Depresión  
Embarazo  
Periodo Posparto

**Keywords**  
Depression  
Pregnancy  
Postpartum Period

**Fecha de recibido:** 11/08/2023

**Fecha de aceptado:** 23/02/2024

### Comunicación con:

Brenda Fabiola Barrera Mondragón  
✉ [brendaboop93@hotmail.com](mailto:brendaboop93@hotmail.com)  
☎ 55 5180 3580

**Cómo citar este artículo:** Barrera-Mondragón BF, Camarillo-Nava VM, García-Rivera BB. Riesgo de depresión posparto en un primer nivel de atención. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2024;62(4):e5597. doi: 10.5281/zenodo.11397005

## Introducción

La depresión posparto (DPP) es un trastorno mental severo que puede llegar a afectar hasta al 56% de las mujeres latinas. Se considera que la depresión se puede detectar durante los primeros cuatro meses posteriores al parto, con una prevalencia tres veces mayor en los países en desarrollo. La DPP tiene múltiples orígenes y afecta el bienestar, la salud y el comportamiento maternos, así como el desarrollo del niño.<sup>1,2</sup> Su incidencia mundial es, aproximadamente, del 15%<sup>3</sup> y una prevalencia del 17.7% en 56 países.<sup>4</sup>

Existen diversos estados emocionales, así como altos niveles de cansancio, trastornos del sueño y afectación del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal, el cual es el responsable de la secreción del cortisol, que es la hormona necesaria para hacer frente a situaciones de estrés.<sup>5</sup> En el primer trimestre del embarazo el cortisol puede estar elevado, por ello es importante saber si la paciente tiene historial previo de depresión o probables factores de riesgo que puedan generarla.<sup>6</sup> Además, se ha demostrado que los niveles más bajos de oxitocina son un predictor de la depresión posparto, así como de la gravedad de los síntomas.<sup>7</sup>

La depresión posparto causa estragos no solo en las madres, sino también en toda su familia.<sup>8</sup> El mayor riesgo de depresión se identificó en mujeres jóvenes que no estudiaban y, a su vez, con un bajo estatus económico o con varios hijos.<sup>9</sup> Las pacientes con problemas de salud mental preexistentes tenían tasas significativamente más altas de DPP.<sup>10</sup> Sin embargo, las mujeres solteras y con educación superior tenían menores probabilidades de sufrir depresión.<sup>11</sup> A menudo no es diagnosticada, de allí que pueda resultar útil recurrir a instrumentos de tamizaje.<sup>12</sup> En la actualidad, el instrumento de tamizaje más usado para detectar probables casos de DPP es la *Escala de Depresión Posparto de Edimburgo* (EDPE).<sup>13</sup> En China recomiendan que, durante el primer examen prenatal, los obstetras evalúen el estado mental de las mujeres embarazadas para prevenir la aparición de problemas psicológicos durante el embarazo y después del parto.<sup>11</sup> Otros síntomas que se observan comúnmente en mujeres con depresión posparto incluyen: cambios de humor o labilidad y preocupación excesiva por el bebé.<sup>14</sup>

Según el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG), identificar a las mujeres embarazadas y en posparto con depresión es fundamental debido a los efectos devastadores de la depresión perinatal no tratada.<sup>15</sup>

Las acciones preventivas sobre DPP deben realizarse en etapas tempranas y cada tres años. Se recomienda encaucadamente realizar al menos una prueba de detección anual, ya que el primer programa de investigación aleatorio

controlado sobre la promoción de la salud mental perinatal que se llevó a cabo en Francia, encontró una relación entre la depresión posparto con el deterioro de las habilidades reflexivas, lo que representa un riesgo en el desarrollo de la relación madre-hijo.<sup>16,17,18</sup>

Estos hallazgos sugieren que el tratamiento sea con inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina, ya que pueden aportar beneficios a largo plazo a las mujeres con depresión posparto.<sup>19</sup>

El objetivo de este estudio fue analizar el riesgo de depresión posparto en un primer nivel de atención.

## Material y métodos

Se trata de un estudio observacional, transversal, retrospectivo; realizado en un primer nivel de atención, en consultorios de medicina preventiva, mediante un cuestionario, con consentimiento informado, el cual se entregó a la paciente al acudir a su consulta de tamiz neonatal y aplicación de vacunas. Se utilizó la Escala de Edimburgo para identificar la depresión posparto. Es una encuesta tipo Likert con 10 ítems y 4 opciones de respuesta que se califican de 0 a 3 puntos. Cada ítem evalúa diferentes aspectos de depresión, y posteriormente se le dio un puntaje a cada respuesta, con la finalidad de obtener un total y clasificar los resultados. Un puntaje mayor a 13 puntos se consideró como un *alto riesgo* para de presentar depresión posparto; de 10-12 puntos se consideró que la paciente se encontraba en *límite de riesgo* para presentar depresión posparto, y un puntaje menor a 10 puntos fue *sin riesgo* para presentar depresión en el posparto.<sup>20,21</sup>

Se definió *depresión posparto* como la presencia de síntomas relacionados con el estado de ánimo como: llanto, labilidad emocional, sentimientos de culpabilidad, pérdida de apetito y trastornos del sueño, pérdida de concentración y memoria, fatiga e irritabilidad. Durante un periodo de más de dos semanas que pudieran interferir con las funciones de la madre.<sup>9</sup>

Se incluyeron pacientes mujeres en periodo del posparto, del turno vespertino y matutino, que aceptaran participar en el estudio y firmaran un consentimiento informado.

Se excluyeron las pacientes con antecedente de depresión previa al embarazo, trastornos psiquiátricos, enfermedades tiroideas o con farmacodependencia.

Se analizaron datos sociodemográficos, edad materna de riesgo, periodo del puerperio, escolaridad, estado civil y nivel socioeconómico. Se realizó cálculo del tamaño de la

muestra por medio de la aplicación en línea *Qualtrics*, con un nivel de confianza del 95%. El tamaño de la muestra fue de 79 pacientes, en un periodo de estudio comprendido de septiembre a diciembre del año 2022.

Para conocer la homogeneidad o diferencia de variables cualitativas entre grupos (participantes sin riesgo de depresión posparto y participantes con alto riesgo de depresión posparto), se usó *r* de Pearson. Las variables cualitativas se resumieron con frecuencias y porcentajes y se graficaron con histograma de frecuencias. Las variables cuantitativas se presentaron con medias y desviación estándar, se presentaron en cuadros con el valor de *p* y significancia estadística. Para conocer el tipo de distribución se utilizó la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov.

Para diferencia de medias entre grupos se utilizó la prueba *t* de Student para grupos independientes. Se calculó la prevalencia de tener un alto riesgo de depresión posparto durante el periodo de estudio de la muestra. Se determinó la asociación entre el desenlace de estudio (alto riesgo de depresión posparto) con cada variable independiente como: edad, estado civil, ocupación, nivel socioeconómico, periodo de puerperio, escolaridad, etcétera, mediante *Odds ratio* (OR). Y finalmente se utilizaron modelos multivariados, regresión logística para determinar exponente de beta ( $\exp(\beta)$ ) y obtener una constante en el modelo de regresión. Se procesaron los datos en el programa Windows Office Excel 2010 y el paquete estadístico IBM SPSS V.24. En todos los casos se determinó un valor de  $p \leq 0.05$  como estadísticamente significativo

## Resultados

### Resultados sociodemográficos

Participaron 79 mujeres en periodo de posparto de la Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 13, de la delegación Azcapotzalco, del Instituto Mexicano del Seguro Social en la Ciudad de México. El promedio de edad fue de 29 años ( $\pm 5$ ), el 46.8% ( $n = 37$  pacientes) fueron mujeres que presentaron alto riesgo de depresión posparto y el 53.2% ( $n = 42$  pacientes) sin riesgo de depresión posparto. Dentro de la población en estudio, el 86.1% ( $n = 68$  pacientes) no tenía edad materna de riesgo, a diferencia del 14% ( $n = 11$  pacientes) que presentó edad materna de riesgo. La escolaridad más frecuente de las participantes fue un nivel técnico o sin escolaridad en el 38% ( $n = 30$  pacientes). El estado civil más frecuente fue similar entre las pacientes en unión libre y casadas, con 34.2% ( $n = 27$  pacientes). El nivel socioeconómico más frecuente fue el D+ a que pertenecía el 32.3% ( $n = 42$  pacientes), que corresponde a la clase

media baja con un ingreso mensual entre \$11,599 - \$6,800 (promedio de \$12,000 mensuales). Los datos generales pueden observarse en el cuadro I.

## Análisis bivariado

### Factores de riesgo más frecuentes asociados a alto riesgo de depresión posparto

De la población estudiada en el posparto un total de 37 pacientes (46.8%) presentaron alto riesgo de sufrir depresión en un primer nivel de atención y las pacientes sin riesgo de depresión fueron 42 (53.2%) (cuadro II).

**Cuadro I** Datos sociodemográficos de pacientes en el posparto.

	Media	Desviación estándar
Edad promedio de mujeres en posparto	29	5
	<i>n</i>	Porcentaje
Puerperio		
Inmediato	1	1.3
Mediato	8	10.1
Tardío	70	86.6
Escolaridad		
Primaria	1	1.3
Secundaria	12	15.2
Preparatoria	15	19
Universidad	19	24.1
Posgrado	2	2.5
Otros	30	38
Estado civil		
Soltera	24	30.4
Casada	27	34.2
Divorciada	1	1.3
Unión Libre	27	34.2
Nivel socioeconómico		
Nivel socioeconómico C	20	15.4
Nivel socioeconómico D+	42	32.3
Nivel socioeconómico D	17	13.1
Empleo		
Pacientes empleadas	60	75.9
Pacientes desempleadas	19	24.1

*n*: frecuencia

**Cuadro II** Tabla de frecuencia y porcentajes de riesgo para depresión posparto

	n	Porcentaje
Alto riesgo de depresión posparto		
Pacientes con alto riesgo de depresión posparto	37	46.8
Pacientes sin riesgo depresión posparto	42	53.2
Edad materna de riesgo		
Pacientes con edad materna de riesgo	11	14
Pacientes sin edad materna de riesgo	68	86.1

## Tabulación cruzada entre factores de riesgo con valores dicotómicos y pacientes con alto riesgo de depresión y sin riesgo de depresión posparto

Del total de pacientes con alto riesgo de depresión posparto, quienes presentaron mayor porcentaje fueron las pacientes solteras, con un 37.8%, de un nivel socioeconómico bajo en un 94.6%. Por lo que la asintótica del nivel socioeconómico es  $0.001 < 0.05$ , aceptando la relación entre tener un alto riesgo de depresión posparto y el nivel socioeconómico, como factor de riesgo, en un análisis bivariado (cuadro III).

**Cuadro III** Tabulación cruzada entre factores de riesgo con valores dicotómicos y pacientes con alto riesgo de depresión y sin riesgo de depresión

Variables dicotómicas		Pacientes con alto riesgo de depresión posparto	Pacientes sin riesgo de depresión posparto	Total	p
Edad materna de riesgo	Pacientes con edad materna de riesgo	4 (10.8%)	7 (16.7%)	11 (13.9%)	0.453
	Pacientes sin edad materna de riesgo	33 (89.2%)	35 (83.3%)	68 (86.1%)	
Total en la dimensión		37 (100%)	42 (100%)	79 (100%)	
Estado Civil	Soltera	14 (37.8%)	12 (28.6%)	26 (32.9%)	0.382
	Casada/Unión libre	23 (62.2%)	30 (71.4%)	53 (67.1%)	
Total en la dimensión		37 (100%)	42 (100%)	79 (100%)	
Puerperio	Inmediato/Mediato	5 (13.5%)	4 (9.5%)	9 (11.4%)	0.578
	Tardío	32 (86.5%)	38 (90.5%)	70 (88.6%)	
Total en la dimensión		37 (100%)	42 (100%)	79 (100%)	
Nivel socioeconómico	Alto	2 (5.4%)	18 (42.9%)	20 (25.3%)	0.001
	Bajo	35 (94.6%)	24 (57.1%)	59 (74.7%)	
Total en la dimensión		37 (100%)	42 (100%)	79 (100%)	
Ocupación	Empleada	28 (75.7%)	32 (76.2%)	60 (75.9%)	0.957
	No empleada	9 (24.3%)	10 (23.8%)	19 (24.1%)	
Total en la dimensión		37 (100%)	42 (100%)	79 (100%)	

## Factores de riesgo asociados a padecer alto riesgo de depresión posparto

Se utilizó un intervalo de confianza al 95%, por lo que el nivel de significancia fue del 5% (0.05), como la siguiente asintótica bilateral es  $0.453 > 0.05$  por lo que se rechaza la hipótesis sobre la probable relación entre el alto riesgo de depresión posparto y la edad materna de riesgo; de igual forma, la asintótica bilateral de estado civil es  $0.382 > 0.05$  por lo que se rechaza la relación entre estado civil. La asintótica bilateral del puerperio es del  $0.578 > 0.05$ , lo cual rechaza la relación entre puerperio y el riesgo de depresión. La asintótica de nivel socioeconómico es de  $0.001 < 0.05$ , aceptando la relación entre un nivel socioeconómico bajo con alto riesgo de depresión posparto y, finalmente, la ocupación en donde la asintótica es de  $0.957 > 0.05$ , rechazando la relación entre ocupación y alto riesgo de depresión posparto (cuadro IV).

## Análisis de regresión múltiple

De las variables analizadas por regresión múltiple, se identificó que la única variable con relación significativa en relación con alto riesgo de depresión posparto es el nivel socioeconómico, con una exponente beta de 15.413

**Cuadro IV** Factores de riesgo asociados a padecer alto riesgo de depresión posparto

Depresión	OR	IC95%		p
		Inferior	Superior	
Edad materna de riesgo	0.606	0.162	2.263	0.453
Estado civil	1.522	0.593	3.908	0.382
Puerperio	1.484	0.367	5.998	0.578
Nivel socioeconómico*	13.12	2.7	61.8	0.0001
Ocupación	0.972	0.346	2.733	0.957

\*Nivel socioeconómico medio

OR: *Odds ratio*; IC95%: intervalo de confianza al 95%

(IC95%: 3.0-77.0,  $p = 0.001$ ). La edad materna de riesgo, el estado civil, el puerperio o la ocupación no tuvieron significancia estadística en relación con el alto riesgo de depresión en el posparto, la variable independiente que más explica el factor de riesgo para presentar depresión posparto es el nivel socioeconómico, lo que significa que a mayor nivel socioeconómico menor probabilidad para presentar depresión posparto, tal como se puede observar en el cuadro V.

## Discusión

A partir de los hallazgos encontrados se acepta la hipótesis alterna general, la cual establece que existe relación entre el alto riesgo de depresión posparto y el nivel socioeconómico en las pacientes de la UMF No. 13.

De los resultados obtenidos, se encontró relación con lo que sostiene la *Pan American Journal of Public Health 2018*, la cual señala que la depresión posparto es un trastorno mental afectivo severo, que afecta hasta al 56% de las mujeres latinas residentes en México y en Estados Unidos, durante los primeros cuatro meses posteriores al nacimiento del bebé, con una incidencia mundial del 15%. Este porcentaje reportado a nivel nacional es acorde con el porcentaje obtenido durante el estudio, en el que se encontró que del total de la población estudiada, el porcentaje de alto riesgo para depresión posparto fue del 46.8%.

Estudios internacionales reportan que entre un 6 y un 38% de las mujeres sufren depresión durante o después del

posparto, a diferencia de lo que mencionan otros autores que refieren que el 56% de las mujeres latinas residentes en México y en los Estados Unidos presenta depresión durante los primeros cuatro meses tras el nacimiento del bebé.<sup>22</sup>

En México, de acuerdo con un metaanálisis sobre depresión posparto, las mujeres a partir de los dos meses de haber dado a luz pueden presentar en un 12% este padecimiento; a diferencia de los que establece Gaynes en un estudio sistemático, en el que se estimó una prevalencia de depresión menor del 6.5-12.9% y una depresión mayor durante el primer año posparto del 1-5.95%.

La incidencia de la enfermedad fue del 12.23%, lo que coincide con resultados internacionales como los de Hartmann *et al.*, quienes identificaron una prevalencia del 14%. Estos autores refieren que la prevalencia de la enfermedad varió desde un 7.2 a un 39.4%. Esta divergencia en la prevalencia de la enfermedad puede explicarse a partir de la no homogeneidad entre el momento del diagnóstico, el punto de corte utilizado en el *Test de Edimburgo*, el uso o no de otros instrumentos diagnósticos adicionales y factores culturales y socioeconómicos locales.

La depresión posparto es un trastorno mental afectivo severo, que afecta hasta al 56% de las mujeres latinas residentes en México y Estados Unidos durante los primeros cuatro meses tras el nacimiento del bebé. Tiene un pico máximo en el primer mes, pero puede durar hasta el año después del parto debido al gran cambio que se produce con la llegada de un niño, con síntomas depresivos típi-

**Cuadro V** Análisis de regresión múltiple

	B	p	Exp(B)	IC95% para EXP(B)	
				Inferior	Superior
Edad dicotómica	0.499	0.667	1.647	0.170	15.947
Edad materna de riesgo dicotómica	0.250	0.846	1.284	0.103	16.037
Estado civil dicotómica	-0.478	0.406	0.620	0.201	1.915
Puerperio dicotómica	-0.116	0.889	0.891	0.175	4.522
Nivel socioeconómico dicotómica	2.735	0.001	15.413	3.083	77.052

cos: tristeza, sentimientos de desesperanza y de minusvalía, insomnio, pérdida de apetito, lentitud de movimientos, pensamientos recurrentes de muerte, síntomas físicos varios y ansiedad elevada, entre otros.

La depresión posparto está relacionada con diversos factores entre los que se encuentran: la escolaridad, estado civil y nivel socioeconómico. Al analizar los resultados se encontró que el alto riesgo de depresión posparto está determinado por el estatus socioeconómico. Un estudio realizado por Mora Delgado, en 2016, refiere como factores de riesgo complicaciones obstétricas y el estatus socioeconómico.

En este estudio realizado en la zona norte de la Ciudad de México participaron 79 mujeres, durante el posparto inmediato, mediano y tardío, de la Unidad de Medicina Familiar No. 13. El promedio de edad fue de 29 años ( $\pm 5$ ), el 46.8% ( $n = 37$  pacientes) fueron mujeres que presentaron alto riesgo de depresión, mientras que el 53.2% ( $n = 42$  pacientes) no presentó riesgo para depresión. Dentro de la población en estudio se encontró que el 86.1% ( $n = 68$  pacientes) no tenía edad materna de riesgo, a diferencia del 14% ( $n = 11$  pacientes) que presentó edad materna de riesgo. Dichos resultados son similares al estudio de Lara *et al.*, en el que la edad es un factor de riesgo y se asocia con mayor frecuencia a las mujeres de 20 años en adelante. Las limitaciones encontradas en dicho estudio fueron: el tipo de población estudiada, el número de pacientes que se tomó en cuenta para dicho estudio, el sesgo entre la temporalidad del proyecto y las variables estudiadas. Sería relevante tomar en cuenta, además de factores como el nivel socioeconómico, el apoyo familiar y el ambiente en el que se desarrollan las pacientes en el puerperio y el posparto. Al realizar las entrevistas, el cuestionario utilizado, (escala de Edimburgo), no tiene la capacidad de detectar la gravedad de los síntomas, ni fue posible darles seguimiento a las pacientes que tenían una puntuación sugestiva para depresión posparto. El cuestionario solo permitió la detección de los factores de riesgo y cada ítem evaluaba los síntomas que se asocian a depresión. El cuestionario solo realizaba una evaluación, específicamente, acerca de los síntomas de depresión posparto en las dos semanas anteriores; algunas podrían también haber informado síntomas durante o antes del embarazo, lo cual condiciona algunas modificaciones en los resultados. No se realizaron paraclínicos, como exámenes de laboratorio o físicos, por lo cual es posible que no se identificara a algunas pacientes con

enfermedades que pudieran condicionar la presencia de depresión, como las enfermedades tiroideas. Sin embargo, estas limitaciones no ponen en riesgo los resultados obtenidos. Se sugiere que durante la consulta el médico familiar pueda implementar el uso de dicho cuestionario, es decir, la escala de Edimburgo, para poder identificar el alto riesgo de depresión en pacientes que se encuentren en el posparto.

## Conclusiones

El nivel socioeconómico bajo es un factor de riesgo para presentar depresión posparto en pacientes derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 13. La frecuencia para tener alto riesgo de depresión posparto en esta unidad fue del 46.8%.

Asimismo, la frecuencia para tener riesgo alto de depresión posparto es similar a la reportada por la *Pan American Health Organization 2018*, con una frecuencia del 56% en mujeres mexicanas y latinoamericanas.

La escala de Edimburgo es una herramienta útil que permite evaluar síntomas de depresión posparto.

El presente trabajo muestra evidencia sobre la frecuencia para tener alto riesgo de presentar depresión posparto en la Unidad de Medicina familiar No. 13, la cual es una cifra elevada, por lo que el empleo de herramientas en la consulta como la escala de Edimburgo ayudaría a identificar de forma temprana a pacientes con depresión y lograr un adecuado tratamiento oportuno, con la finalidad de evitar complicaciones a largo plazo.

## Agradecimientos

Quiero hacer particular mención al Dr. Camarillo Nava Víctor, Coordinador Auxiliar médico de investigación en la salud, por asesorarme en dicho proyecto.

---

**Declaración de conflicto de interés:** los autores han completado y enviado la forma traducida al español de la declaración de conflictos potenciales de interés del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, y no fue reportado alguno que tuviera relación con este artículo.

## Referencias

1. Caparros-Gonzalez RA, Romero-Gonzalez B, Peralta-Ramirez MI. Depresión posparto, un problema de salud pública mundial. *Revista Panamericana de Sa-*

lud Pública. 2018;42(1). Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49117/v42e972018.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

2. Ortiz-Martinez RA, Gallego-Betancourt CX, Buitrón-Zúñiga EL, et al. Prevalence of Positive Screen for Postpartum De-

- pression in a Tertiary Hospital and Associated Factors. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2016;45(4):253-261.
3. Lara M, Patiño P, Navarrete L, et al. Depresión posparto, un problema de salud pública que requiere de mayor atención en México. *Género y Salud en cifras.* 2017;15(2):12-25. Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/280078/2-depresionpostparto.pdf>
  4. Zeleke TA, Getinet W, Tadesse-Tessema Z, et al. Prevalence and associated factors of post-partum depression in Ethiopia. A systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2021;16(2):e0247005.
  5. Orozco W. Depresión postparto. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica.* 2013;LXX(608):639-647. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/608/art14.pdf>
  6. Malpartida-Ampudia MK. Depresión postparto en atención primaria. *Revista Médica Sinergia.* 2020;5(2):e355.
  7. Payne JL, Maguire J. Pathophysiological mechanisms implicated in postpartum depression. *Front Neuroendocrinol.* 2019; 52:165-180.
  8. Ceriani-Cernadas JM. Postpartum depression: Risks and early detection. *Arch Argent Pediatr.* 2020 Jun;118(3):154-155.
  9. Solís-Solano M, Pineda-Mejía AL, Chacón-Madrigal J. Clinical approach and management of postpartum depression. *Revista Médica Sinergia.* 2019;4(6):90-99. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2019/rms196j.pdf>
  10. Droke K, Bartosek N, Kopkau H, et al. The COVID-19 pandemic and the experience of postpartum depression. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2023;44(1):2250070.
  11. Guure C, Akandity-Aviisah P, Adu-Bonsaffoh K, et al. Mistreatment of women during childbirth and postpartum depression: secondary analysis of WHO community survey across four countries. *BMJ Glob Health.* 2023;8(8):e011705.
  12. Villegas-Loaiza N, Paniagua-Dachner A, Vargas-Morales JA. Generalidades y diagnóstico de la depresión posparto. *Revista Médica Sinergia.* 2019;4(7):e261. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2019/rms197c.pdf>
  13. Instituto Nacional de la Salud Mental. Depresión perinatal. Bethesda MD: Department of Health and Human Services, National Institutes of Health; 2017. Disponible en: <https://www.nlm.nih.gov/health/publications/espanol/depression-perinatal>
  14. Shelke A, Chakole S. A Review on Risk Factors of Postpartum Depression in India and Its Management. *Cureus.* 2022;14(9):e29150.
  15. Gopalan P, Spada ML, Shenai N, et al. Postpartum Depression-Identifying Risk and Access to Intervention. *Curr Psychiatry Rep.* 2022;24(12):889-896.
  16. Xiong J, Fang Q, Chen J, et al. States Transitions Inference of Postpartum Depression Based on Multi-State Markov Model. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(14):7449.
  17. Greacen T, Welniarz B, Purper-Ouakil D, et al. Best Practice in Individual Supervision of Psychologists Working in the French CAPEDP Preventive Perinatal Home-Visiting Program: Results of a Delphi Consensus Process. *Infant Ment Health J.* 2017;38(2):267-275.
  18. Wendelboe KI, Smith-Nielsen J, Stuart AC, et al. Factor structure of the parental reflective functioning questionnaire and association with maternal postpartum depression and comorbid symptoms of psychopathology. *PLoS One.* 2021;16(8):e0254729.
  19. Liu C, Ystrom E, McAdams TA. Long-Term Maternal and Child Outcomes Following Postnatal SSRI Treatment. *JAMA Netw Open.* 2023;6(8):e2331270.
  20. Cardaillac C, Rua C, Simon EG, et al. L'ocytocine et la dépression du post-partum. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction.* 2018;45(8):786-795. Disponible en: <https://www.em-consulte.com/article/1087899/l-ocytocine-et-la-depression-du-post-partum>
  21. Hendrick V, Altshuler LL, Suri R. Hormonal Changes in the Postpartum and Implications for Postpartum Depression. *Psychosomatics.* 2018;39(2):93-101.
  22. Newport DJ, Hostetter A, Arnold A, et al. The treatment of postpartum depression: minimizing infant exposures. *Journal of Clinical Psychiatry.* 2002;63 Suppl 7:31-44. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11995777/>