

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE LAS AMÉRICAS

FACULTAD DE MEDICINA Y CIRUGÍA

**TRABAJO FINAL DE GRADUACIÓN PARA OPTAR POR EL GRADO DE
LICENCIATURA EN MEDICINA Y CIRUGÍA**

Título de la investigación:

Análisis de las principales causas de síntomas depresivos relacionados con el embarazo y el puerperio, mediante una revisión bibliográfica de estudios publicados entre 2020 y 2025, comprendiendo sus implicaciones en la salud biopsicosocial.

Nombre del estudiante:

Jeferson Quiros Hidalgo

Tutor:

Dr. Luis Diego Rojas

Sede San José

Septiembre, 2025

I. Resumen

La etapa del embarazo y el puerperio constituye un período de profundos cambios en la vida de la mujer, caracterizado por transformaciones biológicas, psicológicas y sociales que favorecen la adaptación al proceso reproductivo y a la maternidad. Sin embargo, estas modificaciones también generan una mayor vulnerabilidad emocional, lo que puede predisponer a la aparición de síntomas depresivos. En los últimos años, la depresión perinatal ha sido reconocida como un problema de salud pública relevante, debido a su alta prevalencia y a las importantes repercusiones que pueden tener tanto en la madre como en el recién nacido.

El objetivo de esta investigación fue analizar la evidencia científica publicada entre 2020 y 2025 sobre las principales causas de los síntomas depresivos durante el embarazo y el puerperio, mediante una revisión bibliográfica que permitiera identificar, clasificar y comprender los factores biopsicosociales implicados, así como sus manifestaciones clínicas y las estrategias de abordaje. Para ello, se realizó una revisión bibliográfica de literatura en diversas bases de datos científicas, aplicando criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos y organizando la información según su nivel de evidencia.

Los hallazgos de la revisión evidencian que la depresión perinatal tiene una etiología multifactorial, en la que interactúan factores biológicos, como las fluctuaciones hormonales y alteraciones neuroendocrinas; factores psicológicos, como antecedentes de trastornos mentales, estrés, ansiedad y baja autoestima; y factores sociales, como la falta de apoyo, la violencia intrafamiliar, las dificultades económicas y los conflictos de pareja. Asimismo, se identificó que estos factores no actúan de manera aislada, sino que se potencian entre sí, aumentando la vulnerabilidad de la mujer. En cuanto a la sintomatología, se describen manifestaciones emocionales, conductuales y fisiológicas, incluyendo tristeza persistente, irritabilidad, alteraciones del sueño, fatiga, sentimientos de culpa y, en casos graves, ideación suicida. Además,

cabe destacar que los síntomas depresivos pueden afectar el vínculo madre-hijo y el desarrollo emocional y cognitivo del niño.

En conclusión, la evidencia científica reciente demuestra que los síntomas depresivos durante el embarazo y el puerperio representan una condición compleja y multifactorial que requiere un abordaje integral. La identificación temprana de los factores de riesgo y la implementación de estrategias de tamizaje, como el uso de escalas validadas, junto con intervenciones oportunas, son fundamentales para mejorar la salud mental materna y prevenir consecuencias adversas en la relación madre-hijo.

Palabras clave: síntomas depresivos, depresión perinatal, embarazo, puerperio, factores biopsicosociales, salud mental materna.

II. Agradecimientos

En primer lugar, agradezco a Dios y a la Virgen, por guiarme en cada uno de mis pasos, brindarme fortaleza en los momentos difíciles y permitirme culminar esta etapa tan importante de mi vida.

A mis padres, María Elida Hidalgo Cerdas y Juan Carlos Quirós Cerdas, quienes han sido el motor de impulso y apoyo incondicional durante todos estos años. Gracias por su amor, sacrificio y por ser las personas que más amo sobre esta tierra; este logro también les pertenece.

A mis hermanos, Gabriel, Kimberly, Alonso y Jennipher, por alegrarse sinceramente de cada uno de mis logros y celebrarlo como si fuera suyo.

A mis sobrinos, quienes han sido una de mis mayores motivaciones para seguir adelante, esforzarme cada día para convertirme en un mejor ser humano, con el deseo de ser un ejemplo positivo en sus vidas.

A los doctores Vladimir C. y María A. por su apoyo constante, sus palabras de aliento en los momentos en que sentía que no podía continuar, y por ser un modelo a seguir gracias a su esfuerzo, dedicación y compromiso.

A mis amigos, que, aunque no mencione uno por uno porque sería una lista interminable, dejaron una huella imborrable en mi paso por la universidad. Gracias por ser un soporte fundamental, por acompañarme en los momentos difíciles y por llenar de alegría cada etapa del camino.

A todos ustedes, gracias por formar parte de este logro.

III. Dedicatoria

A mi abuelita, María Digna Cerdas Calderón.

Aunque ya no nos acompañas en el mundo terrenal, tu presencia ha permanecido siempre a mi lado. En cada paso de este camino he sentido tu guía, tu amor y ese impulso constante que siempre me diste para estudiar y seguir adelante.

Este logro lleva tu esencia, porque fuiste una de las personas que sembró en mí el deseo de superarme y nunca rendirme. Te extraño todos los días, y aunque no pueda abrazarte, sé que de alguna manera sigues acompañándome. Te amo eternamente.

Tabla de contenidos

I. Resumen	2
II. Agradecimientos.....	4
III. Dedicatoria.....	5
CAPÍTULO I- INTRODUCCIÓN.....	12
1.1 Introducción	13
1.2 Planteamiento del problema.....	14
1.3 Objetivos	16
1.3.1 Objetivo general	16
1.3.2 Objetivos específicos.....	16
1.4 Justificación.....	17
1.5 Antecedentes.....	20
1.5.1 Antecedentes históricos	20
1.5.2 Antecedentes internacionales	23
1.5.3 Antecedentes nacionales.....	27
CAPÍTULO II- MARCO TEÓRICO	31
2.1 Conceptualización de embarazo	32

2.2	Conceptualización de puerperio	34
2.3	Concepto de depresión perinatal	36
2.4	Cambios fisiológicos, psicológicos y sociales que sufre la madre durante estas etapas	38
	Cambios fisiológicos	38
	Cambios psicológicos.....	39
	Cambios sociales	40
2.5	Presentación clínica de síntomas depresivos durante embarazo y puerperio	41
2.6	Causas y factores asociados a los síntomas depresivos.....	43
	2.6.1 Factores biológicos.....	45
	2.6.2 Factores psicológicos	46
	2.6.3 Factores sociales.....	47
2.7	Manifestaciones clínicas generales	48
2.8	Diferencias sintomatológicas según su causa.....	49
2.9	Diagnóstico y tamizaje	50
	2.9.1 Escala de Depresión postnatal de Edimburgo (EPDS).....	52
	2.9.2 Inventario de depresión de Beck (BDI-II)	53
2.10	Opciones terapéuticas y estrategias de abordaje	54

2.11 Intervenciones sociales y comunitarias	56
2.12 Impacto en el vínculo madre-hijo.....	57
2.13 Poblaciones específicas (adolescentes, alto riesgo, diversidad cultural).....	58
 CAPÍTULO III- MARCO METODOLÓGICO.....	 60
3.1 Enfoque metodológico	61
3.2. Tipo de investigación.....	62
3. 3. Fuentes de información	63
3.4 Criterios de búsqueda	64
3.5 Criterios de inclusión y exclusión	67
3.6 Algoritmo.....	68
3.7 Clasificación según nivel evidencia	69
 CAPÍTULO IV- ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	 70
4.1 Objetivo 1.....	71
Análisis y discusión.....	76
4.2 Objetivo 2.....	79
Discusión y análisis	83
4.3 Objetivo 3	87
Análisis y discusión.....	94

4.4 Discusión interpretativa integrada de los resultados	97
CAPÍTULO V- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	104
5.1 Conclusiones	105
Objetivo 1.	105
Objetivo 2.	105
Objetivo 3.	106
5.2 Recomendaciones	106
5.3 Alcances y limitaciones del estudio.....	107
CAPÍTULO VI- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	109
ANEXO A.....	122

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Criterios de búsqueda	64
Tabla 2 Criterios de inclusión y exclusión	67
Tabla 3 Clasificación según nivel de evidencia.....	69
Tabla 4. Síntesis comparativa de factores relevantes	78
Tabla 5. Síntesis de las diferencias sintomatológicas según factores biopsicosociales	83
Tabla 6. Matriz interpretativa de factores biopsicosociales, síntomas predominantes e implicaciones clínicas.....	101
Tabla 7. Relación entre objetivo específico, hallazgo central e interpretación del capítulo IV	102

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Diagrama de flujo o algoritmo de búsqueda	68
--	----

Lista de abreviaturas

- **BDI-II:** Inventario de Depresión de Beck, (Beck Depression Inventory-II)
- **DPP:** Depresión posparto
- **DSM-5:** Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición
- **EPDS:** Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (Edinburgh Postnatal Depression Scale)
- **GABA:** Ácido gamma-aminobutírico
- **hCG:** Gonadotropina coriónica humana (Human Chorionic Gonadotropin)
- **HHA:** Eje hipotálamo-hipófisis-adrenal
- **IPV:** Violencia de pareja (Intimate Partner Violence)
- **ISRS:** Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina
- **NIHS:** Institutos Nacionales de Salud (National Institutes of Health, EE. UU.)
- **PHQ-9:** Cuestionario de Salud del Paciente-9 (Patient Health Questionnaire-9)
- **SCID-I V:** Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV (Structured Clinical Interview for DSM-IV)
- **TCC:** Terapia cognitivo-conductual
- **TIP:** Terapia interpersonal
- **UCI:** Unidad de cuidados intensivos

CAPÍTULO I- INTRODUCCIÓN

1.1 Introducción

La maternidad se puede presentar como una etapa de plenitud para las mujeres que experimentan este momento, dado que el nacimiento de un niño a menudo es recibido con mucha alegría; sin embargo, los nuevos roles y responsabilidades pueden generar en ellas incertidumbre y sentimientos ambivalentes que fluctúan entre estados de ánimo de alegría y de tristeza, estas fluctuaciones en el estado de ánimo pueden llegar a converger en síntomas depresivos.¹

La depresión es la enfermedad mental más prevalente y la principal causa de discapacidad e incapacidad en el mundo. En las mujeres, la incidencia de esta enfermedad es un 50% mayor que en los varones. El pico de prevalencia ocurre durante la edad reproductiva y tiene un curso variable y alto riesgo de recurrencia.²

La depresión posparto (DPP) antes y después de la etapa gestacional es de índole biopsicosocial, es decir, no solo se debe a factores hormonales, sino que también influyen variables asociadas al individuo, la relación con la pareja y la familia.¹

Esta enfermedad desencadena síntomas que pueden tener repercusiones tanto en la vida de la mujer como en la de su hijo. Además, la depresión materna pone a los hijos de todas las edades en un alto riesgo de desarrollar psicopatología y particularmente en un alto riesgo de desarrollar episodios depresivos.³

Las causas exactas que llevan a que se desarrollen estos síntomas no se comprenden del todo, pero las posibles etiologías subyacentes que contribuyen al desarrollo de estas afecciones incluyen cambios hormonales, predisposición genética y factores de estrés psicosocial. La rápida disminución de los niveles de estrógeno y progesterona después del parto, sumada al estrés y la falta de sueño que suelen acompañar el cuidado de un recién nacido, puede aumentar el riesgo de experimentar tristeza posparto y desencadenar episodios depresivos en personas susceptibles.⁴

Con el presente trabajo se busca realizar un abordaje teórico sobre aquellos factores biopsicosociales que puedan relacionarse con la incidencia de síntomas depresivos en el embarazo y puerperio. Ya que existen múltiples factores, tanto biológicos, psicológicos como sociales que pueden llevar al desarrollo de estos síntomas y a estos no ser diagnosticados y tratados de manera oportuna pueden desencadenar una ambivalencia emocional que puede terminar en intentos autoeliminación y suicidios consumados u orillar a la madre a atentar contra la vida de sus hijos.

1.2 Planteamiento del problema

En las últimas décadas el conocimiento en torno a la depresión que se presenta durante el período grávido/puerperal ha experimentado, sin duda, progresos importantes. Si bien desde la antigüedad se sabe que el puerperio es un período de mayor vulnerabilidad psicológica, no están lejanos los años en que prevalecía, aún entre los profesionales de la salud, la idea errónea de que el embarazo inmunizaba contra la enfermedad mental.⁵

En estas etapas se desarrollan conflictos de intereses entre las necesidades y aspiraciones individuales de la madre y la obligación de asumir una nueva responsabilidad. Igualmente, pueden surgir dudas sobre la capacidad personal para ejercer los cuidados que el recién nacido requiere, por lo que hay una mayor predisposición hacia el estrés psicológico, lo que a su vez determina que sea una etapa de mayor vulnerabilidad para la posible aparición de ansiedad y depresión.⁶

Aproximadamente un 10 a 15% de las mujeres desarrollan una depresión postparto, siendo el trastorno psiquiátrico más común en el puerperio, en primíparas la incidencia puede ser aún mayor (12 a 25%) y en algunos grupos de riesgo puede llegar al 35%. Aun cuando la tasa de depresión postparto no difiere significativamente de la tasa de depresión en la población adulta general, la depresión materna puede tener repercusiones tanto en la vida de la mujer como en la de su hijo, con un mayor riesgo

de desarrollo de depresión en los próximos cinco años con una tasa de recurrencia de un 60% a 80% posterior al primer episodio depresivo postparto.²

Cabe destacar que los síntomas depresivos no solo se pueden atribuir a desregulaciones psicológicas o psiquiátricas, a lo largo del tiempo, en innumerables estudios se ha logrado identificar causas de diversa índole, como desregulaciones en el eje hipotálamo- hipófisis- glándula tiroides, fluctuaciones hormonales (dopamina, serotonina, prolactina, progesterona, etc.).

Sin dejar de lado los factores sociales y ambientales a los cuales se ve expuesta la madre durante el período de embarazo y post parto, estos factores pueden incluir una red de apoyo ineficiente, violencia intrafamiliar, violencia sexual que haya llevado al embarazo no deseado. Además, el factor económico juega un papel de suma importancia como desencadenante, ya que un bajo nivel socioeconómico conlleva a dificultades laborales y financieras que generan una fragilidad marcada en la madre. Por otro lado, los factores obstétricos y perinatales son importantes pues, un embarazo no planificado o deseado, abortos o pérdidas gestacionales o una hospitalización prolongada del niño, puede provocar cuadros de estrés agudo y labilidad emocional que pueden acabar en eventos de síntomas depresivos.

Es fundamental abordar los síntomas depresivos de manera integral. Esto implica una detección temprana, al realizar una promoción de la salud mental materna y reducir los estigmas en los niveles de atención primarios, no solo abordando la salud del niño en las citas prenatales o post natales, sino integrar el bienestar materno con el bienestar del neonato.

A partir de lo anterior, se plantea la pregunta: ¿Cuáles son las principales causas y factores biopsicosociales asociados a los síntomas depresivos durante el embarazo y el puerperio, y cómo se relacionan con las manifestaciones clínicas y las estrategias terapéuticas descritas en la literatura científica publicada entre 2020 y 2025?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Analizar las principales causas de síntomas depresivos relacionados con el embarazo y el puerperio, mediante una revisión bibliográfica de estudios publicados entre 2020 y 2025, aportando evidencia para comprender sus implicaciones en la salud biopsicosocial.

1.3.2 Objetivos específicos

Identificar y clasificar las causas y factores asociados a los síntomas depresivos durante el embarazo y el puerperio reportados en la literatura (2020–2025).

Examinar las diferencias sintomatológicas según los factores biopsicosociales identificados como causas de síntomas depresivos en embarazo y puerperio, en la literatura (2020–2025).

Sintetizar la evidencia sobre las opciones terapéuticas y estrategias de abordaje para cada causa o factor biopsicosocial de síntomas depresivos en embarazo y puerperio, según la literatura 2020–2025.

1.4 Justificación

La depresión durante el embarazo y el puerperio constituye un problema de salud pública de alta relevancia a nivel mundial, que llega a afectar a 1 de cada 7 mujeres, quienes potencialmente pueden llegar a tener manifestaciones de gravedad, cuyas consecuencias inciden tanto en la salud materna, del recién nacido y en la dinámica familiar. Diversos estudios reportan que la incidencia de episodios depresivos en el periodo perinatal oscila entre un 10% y más del 25% de las mujeres, con una proporción significativa de casos que inician durante el embarazo, estas cifras reflejan no sólo la magnitud del problema, sino también la necesidad de fortalecer su reconocimiento y abordaje apropiado basado en evidencia científica sólida de esta condición dentro de los sistemas de salud ^{7,2}

A pesar de su elevada incidencia/prevalencia, la depresión perinatal continúa siendo una condición subdiagnosticada e infra tratada. Esta situación responde a múltiples factores, entre ellos la variabilidad en los criterios diagnósticos, las diferencias en las herramientas de evaluación utilizadas o en otros casos el desconocimiento del tema.

Una amplia variedad de síntomas depresivos entre los que destaca la tristeza persistente, falta de interés, baja autoestima entre otros caracterizan a la depresión posparto y perinatal, que en conjunto en función de las manifestaciones con las que se presente puede llegar a interferir en la capacidad para cuidar al niño, de igual forma contribuir a problemas de desarrollo a corto y largo plazo en el menor tales como: problemas emocionales y de conducta, así como extenderse a las relaciones familiares y aumentar el riesgo de suicidio.

Estas complicaciones realizando un cribado oportuno y rutinario con herramientas como la escala de depresión posnatal de Edimburgo, con el fin de identificar y tratar a quienes están en riesgo y el subsecuente abordaje y tratamiento, sin embargo se tiene que hasta un 50% de los casos de depresión perinatal

permanecen sin diagnosticar, predominantemente debido a estigmas que rodean el diagnóstico, es pues que concientizar sobre la depresión perinatal y reducir el estigma y garantizar el acceso a recursos de salud mental oportunos son esenciales para garantizar la integridad en la salud de las embarazadas, el producto de la gestación, la pareja y en fin la dinámica familiar.²

Existen factores de riesgo predisponentes, entre los cuales destacan psicológicos, obstétricos, sociales, relacionados con el estilo de vida, antecedentes familiares y de trastornos psiquiátricos, es por todo lo antes expuesto que resulta ser de vital importancia una identificación, valoración, abordaje integral y oportuno realizada de forma ideal en el primer nivel de Atención y su subsecuente tratamiento profesional.^{2,8}

En muchos contextos, los cambios emocionales durante el embarazo y el puerperio son normalizados o minimizados, lo que dificulta la identificación oportuna de manifestaciones clínicas que requieren atención especializada. Esta problemática se ve agravada por limitaciones en la capacitación del personal de salud y por la ausencia de protocolos sistemáticos de detección en la atención primaria.^{7,8}

Según la mayoría de expertos el inicio de los síntomas aparecen durante el embarazo y hasta los 12 meses posparto, que pueden estar presentes casi a diario o a diario y representar un cambio con respecto a la rutina anterior, sin embargo resulta de vital importancia identificar síntomas de preponderancia que asociados a diversos factores de riesgos como fue mencionado anteriormente que difíciles de identificar en caso de no realizar un cribado oportuno, que según el colegio americano de obstetras y ginecólogos, la academia americana de pediatría y la academia americana de medicina familiar en consenso recomiendan utilizar la escala de depresión posnatal de Edimburgo, haciendo una valoración integral de todos los factores de riesgo y síntomas presentados evidenciando la importancia de entablar una relación médico-Paciente sólida que se base en la confianza y seguridad.

En Costa Rica, donde la atención primaria en salud constituye el primer punto de contacto de las mujeres embarazadas y puérperas con el sistema de salud, el reconocimiento temprano de estos factores representa una oportunidad clave para la intervención oportuna.

Desde la perspectiva de la salud pública, esta investigación aporta elementos relevantes para el fortalecimiento de estrategias de tamizaje, detección precoz y abordaje integral para el Sistema de Salud Costarricense. Además de contribuir a la sensibilización del personal de salud sobre la importancia de incorporar la evaluación de la salud mental como parte del control prenatal y posnatal, promoviendo una atención más integral, humanizada y centrada en la paciente.

La integración del conocimiento generado a partir de esta investigación al accionar diario del profesional sanitario busca contribuir a sensibilizar sobre la importancia de considerar la salud mental dentro del control prenatal y posnatal, promoviendo una atención más humanizada y centrada en la paciente.^{2, 10}

Por otra parte, mediante la presente investigación se busca procurar el reconocimiento de la influencia tanto de factores protectores como de predisponentes para una oportuna intervención, lo que resulta fundamental para el desarrollo de abordajes adaptados a las necesidades específicas de cada población, favoreciendo así una mayor efectividad en las estrategias de prevención y manejo.¹⁰

Finalmente, la presente revisión bibliográfica se justifica en la necesidad de integrar y analizar críticamente la evidencia científica reciente sobre los factores biopsicosociales asociados a los síntomas depresivos durante el embarazo y el puerperio. Este análisis no solo permitirá comprender mejor la complejidad de esta condición, sino que también aportará insumos relevantes para mejorar su detección, clasificación y abordaje, contribuyendo así al fortalecimiento de la atención en salud mental materna.

1.5 Antecedentes

1.5.1 Antecedentes históricos

Lancaster CA et al¹¹. (2010), en su estudio titulado “Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review” su objetivo fue identificar y sintetizar los factores de riesgo asociados con síntomas depresivos durante el embarazo para facilitar su detección y manejo en la atención obstétrica.

Se empleó una revisión sistemática de la literatura (búsqueda en bases electrónicas hasta 2008), con selección independiente por pares y extracción de datos sobre >50 factores potenciales (incluyendo variables sociodemográficas, médicas y psicosociales). Del total de estudios revisados se observó evidencia consistente de asociación entre síntomas depresivos antenatales y antecedentes de depresión, ansiedad prenatal, estrés vital, deficiente red de apoyo social, violencia doméstica, situación socioeconómica desfavorable y embarazo no planificado; además se documentó heterogeneidad metodológica entre estudios.

Este antecedente es relevante para la presente investigación porque identifica factores de riesgo en controles prenatales (historia psiquiátrica, apoyo social, violencia, estrés) y la necesidad de integrar cribado sistemático en la atención obstétrica para prevenir y mitigar las consecuencias biopsicosociales de la depresión perinatal.

Vigod SN, et al¹². (2010), en su artículo titulado “Prevalence and risk factors for postpartum depression among mothers of preterm infants” tuvieron como objetivo estimar la prevalencia de depresión posparto en madres de recién nacidos pretérmino y explorar factores asociados.

La metodología utilizada por Vigod fue de tipo revisión sistemática y meta-síntesis de estudios que compararon madres de prematuros y a término; se extrajeron tasas de depresión posparto y factores de riesgo específicos (complicaciones neonatales, estancia en UCI neonatal, estrés materno, antecedentes psiquiátricos). Los

resultados mostraron una prevalencia mayor de síntomas depresivos en madres de prematuros, con riesgo sostenido durante el primer año posparto; factores asociados incluyeron mayor gravedad neonatal, estrés relacionado con la UCI neonatal, y falta de apoyo social.

Se eligió este estudio porque evidencia que eventos obstétricos (parto pretérmino, complicaciones neonatales) actúan como causas desencadenantes de sintomatología depresiva posparto y que las implicaciones biopsicosociales requieren intervenciones dirigidas a la madre y a la familia durante la hospitalización neonatal y el seguimiento posnatal.

El autor Leigh B, Milgrom J¹³. (2008), en el estudio titulado “Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress” su objetivo fue examinar de forma prospectiva los factores de riesgo antenatales que predicen depresión posnatal y estrés parental en una cohorte poblacional.

El estudio fue de cohorte prospectiva (Beyondblue National Postnatal Depression Program, Australia) con recolección de datos antenatales y evaluación de síntomas posnatales; se analizaron individualmente y en combinación múltiples predictores (historia psiquiátrica, ansiedad, soporte social, estrés económico, eventos vitales). Los hallazgos identificaron que historia previa de depresión, ansiedad durante el embarazo, bajo apoyo social y estrés psicosocial son predictores robustos de depresión posnatal y de mayor estrés parental; combinar factores incrementaba la probabilidad de desenlace adverso.

Se incluye dentro de esta investigación porque aporta evidencia sobre la acumulación de factores de riesgo biopsicosociales que conducen a síntomas depresivos perinatales, y estrategias preventivas tempranas durante la gestación.

Klainin P, Arthur DG¹⁴. (2009), en la revisión titulada “Postpartum depression in Asian cultures: a literature review” tuvieron por objetivo analizar factores culturales,

sociales y familiares que influyen en la aparición y presentación de depresión posparto en contextos asiáticos.

El autor realizó una revisión narrativa de estudios publicados en Asia (datos hasta 2008–2009) que incluyeron análisis de prevalencia, factores culturales (prácticas de posparto tradicionales, expectativas familiares), soporte social e impacto del estigma. Los autores observaron variabilidad en la prevalencia y presentaciones clínicas vinculadas a diferencias culturales en apoyo familiar, roles de la suegra/pareja, prácticas de confinamiento y estigma que dificultaba la búsqueda de ayuda; factores psicosociales (aislamiento, conflicto familiar) emergieron como determinantes clave.

En este antecedente se expone la importancia de considerar el contexto cultural y las normas sociales como causas moduladoras de síntomas depresivos perinatales y las implicaciones biopsicosociales (acceso a atención, apoyo familiar, adaptación cultural de cribado).

Abdollahi F, et al¹⁵. (2011), en el artículo titulado “Postnatal depression and its associated factors in women” su objetivo fue revisar y sintetizar factores asociados a depresión postnatal en diferentes poblaciones, con énfasis en determinantes sociodemográficos y obstétricos.

Se empleó una revisión de la literatura y análisis de estudios observacionales publicados hasta 2010–2011; se extrajeron factores asociados (edad materna, educación, embarazo no deseado, complicaciones obstétricas, apoyo social, antecedentes psiquiátricos). Los resultados destacaron que baja educación, embarazo no planificado, problemas en la relación de pareja, eventos vitales estresantes y antecedentes de enfermedad mental aumentan el riesgo de depresión posnatal, y que la falta de intervención se asocia a consecuencias negativas en la salud materna e infantil.

La relevancia de este antecedente es porque ofrece una síntesis práctica de causas frecuentes (socioeconómicas, relacionales y obstétricas) asociadas a depresión posnatal

y enfatiza las implicaciones biopsicosociales: deterioro funcional materno, vínculo afectivo afectado y repercusiones en el desarrollo infantil.

1.5.2 Antecedentes internacionales

El autor Mitchell AR et al¹⁶. (2023), en su estudio titulado “Prevalence of Perinatal Depression in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review and Metaanalysis” su objetivo fue estimar la prevalencia de depresión en el período perinatal y analizar subgrupos de riesgo en países de ingresos bajos y medios.

Empleó una metodología de revisión sistemática y metaanálisis (búsqueda en MEDLINE, Embase, PsycINFO, CINAHL, Web of Science y Cochrane hasta abril de 2021), con selección independiente por pares, evaluación de sesgo y modelo de efectos aleatorios para estimar prevalencias por región y poblaciones de alto riesgo. Se incluyeron cientos de estudios y se realizaron análisis por región geográfica y por factores de riesgo. Los resultados mostraron una prevalencia global elevada (aprox. 1 de cada 4 mujeres en países de ingreso bajo y medio), con prevalencias particularmente altas entre mujeres expuestas a violencia por pareja, infección por VIH o situaciones de conflicto/ desastre.

Lo anterior, es relevante para la presente investigación porque evidencia la magnitud del problema en contextos con limitaciones de recursos y subraya factores sociales y ambientales (violencia, condiciones de vida, enfermedades crónicas) como causas claves de sintomatología depresiva perinatal, con implicaciones directas para intervenciones públicas y servicios de salud integrales.

Yang K, Wu J, Chen X¹⁷. (2022), en su estudio titulado “Risk factors of perinatal depression in women: a systematic review and meta-analysis” su objetivo fue identificar y cuantificar factores de riesgo asociados a depresión perinatal.

La revisión y metaanálisis (búsqueda en Cochrane, PubMed, Web of Science y Embase hasta octubre 2021), extrajo datos y análisis de ORs para múltiples factores sociodemográficos, obstétricos y psicosociales. Se incluyeron 31 estudios con ~79 000 mujeres. Los resultados mostraron asociaciones significativas con: bajo nivel educativo, mala situación económica, antecedente de enfermedad mental, violencia doméstica, consumo de tabaco/ alcohol perinatal y multiparidad (algunas asociaciones protectoras/inconsistentes según subgrupos).

El estudio de Yang ¹⁸ es relevante porque proporciona estimaciones de riesgo y confirma el papel central de determinantes socioeconómicos y psicosociales (pobreza, violencia, historia psiquiátrica) como causas principales de síntomas depresivos en embarazo y puerperio, lo cual tiene implicaciones para la detección temprana y la intervención focalizada en factores sociales.

Hutchens BF, Kearney J¹⁸. (2020), en la revisión titulada “Risk Factors for Postpartum Depression: An Umbrella Review” su objetivo fue sintetizar la evidencia existente (revisiones sistemáticas/ metaanálisis) sobre factores de riesgo para la depresión posparto y jerarquizar los factores más robustos.

Metodología: Umbrella review (búsqueda en ocho bases hasta 2016), inclusión de revisiones sistemáticas y metaanálisis publicados entre 1996–2016, y extracción/síntesis cualitativa de factores de riesgo. Encontraron 25 factores estadísticamente significativos en la literatura revisada; los más consistentes fueron: estrés elevado, falta de apoyo social, abuso actual o pasado, depresión durante embarazo (antenatal depression) y conflicto/mala relación con la pareja.

La relevancia se da porque jerarquiza factores de riesgo con mayor consistencia, indicando que la intervención preventiva debe priorizar la detección de depresión durante el embarazo, apoyo social y la identificación de violencia doméstica para reducir el impacto biopsicosocial en madre e hijo.

Longoria KD et al¹⁹. (2024), en la revisión titulada “A sum of its parts: A systematic review evaluating biopsychosocial and behavioral determinants of perinatal depression” su objetivo fue evaluar de manera integradora los determinantes biológicos, comportamentales y sociales de la depresión perinatal y cómo interactúan.

La revisión fue de tipo sistemática integrativa (criterios PRISMA), evaluación crítica de calidad metodológica (CASP/AXIS), inclusión de estudios que examinaron determinantes biológicos (p. ej. marcadores inflamatorios, vías del triptófano), factores conductuales (sueño, alimentación) y sociales (apoyo, estrés y trauma). Los hallazgos confirmaron que la etiología es multifactorial: interacciones entre vulnerabilidad biológica (p. ej. inflamación, metabolismo del triptófano), eventos estresantes psicosociales, antecedentes de trauma infantil y factores conductuales (insomnio) modulan el riesgo. Además, señalaron limitaciones metodológicas y la necesidad de investigaciones que integren biomarcadores con medidas psicosociales.

Es relevante en esta investigación porque explica cómo factores biológicos y sociales se combinan para generar síntomas depresivos en embarazo y puerperio, y sugiere vías de intervención para mitigar consecuencias en la salud mental y el desarrollo infantil.

Galbally M et al²⁰. (2024), en el estudio titulado “Intimate partner violence across pregnancy and the postpartum and the relationship to depression and perinatal wellbeing: findings from a pregnancy cohort study” su objetivo fue explorar la relación entre violencia por pareja (física y emocional) durante el periparto y síntomas depresivos, incluyendo factores antecedentes como trauma infantil y estrés actual.

Se empleó un diseño de cohorte prospectiva (Mercy Pregnancy and Emotional Wellbeing Study) con 505 embarazadas seguidas desde gestación hasta 12 meses posparto; la depresión fue medida con entrevistas clínicas Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV (SCID-IV) y Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) en múltiples puntos, y la violencia y trauma con escalas validadas.

Los resultados mostraron que las mujeres expuestas a Violencia de pareja (IPV) tenían puntuaciones significativamente mayores en EPDS en todas las etapas y que la violencia física se asoció con depresión clínica; además, la historia de trauma infantil y eventos estresantes actuales se relacionaron con mayor probabilidad de IPV y depresión.

Se tomó en cuenta este antecedente porque evidencia el impacto directo de la violencia por pareja y del trauma previo sobre la aparición y persistencia de síntomas depresivos perinatales, enfatizando la necesidad de incorporar cribado de IPV y cuidado informado por trauma dentro de la atención prenatal y posnatal para mejorar la salud biopsicosocial materno-infantil.

Pan T et al²¹. (2024), en la revisión titulada “Global prevalence of perinatal depression and its determinants” su objetivo fue mapear la prevalencia global y analizar determinantes contextuales (rurales vs urbanos, ingreso país).

La metodología fue de tipo revisión sistemática y metaanálisis con búsqueda internacional hasta 2023, análisis por subregiones y estratos socioeconómicos. Los resultados indican variaciones geográficas importantes, mayor prevalencia en zonas rurales y en países de ingresos bajos/medios, y asociaciones con determinantes estructurales (pobreza, acceso limitado a servicios, estigma).

Este antecedente es relevante porque muestra que las causas de síntomas depresivos perinatales incluyen determinantes estructurales y contextuales que requieren respuestas de salud pública más amplias además de la atención clínica individual.

Zhao X et al²². (2020), en el trabajo titulado “Risk factors for postpartum depression: an evidence-based review” tuvieron como objetivo resumir la evidencia sobre factores de riesgo clínicos, psicosociales y obstétricos para la depresión posparto.

El auto utilizado una metodología de tipo revisión sistemática de literatura hasta 2020 con síntesis de asociaciones y grado de evidencia (incluyendo estudios observacionales y metaanálisis). Los resultados confirmaron factores robustos: depresión durante el embarazo, antecedente psiquiátrico, falta de apoyo social, eventos vitales estresantes y complicaciones obstétricas; se señaló además la influencia de determinantes socioeconómicos.

Se incluyen esta tesis ya que se identifican causas clave (psicológicas y sociales) de sintomatología depresiva perinatal, fundamentando medidas de cribado y programas de apoyo dirigidos lo cual, puede aportar significativamente al desarrollo de esta investigación.

Wasti P et al²³. (2024), en el artículo “Prevalence of Perinatal Depression and Its Associated Factors” su objetivo fue revisar la prevalencia y factores asociados en distintos contextos y sintetizar implicaciones para la salud materno-infantil.

En la revisión narrativa/sistematizada de estudios epidemiológicos recientes; se incluyeron análisis de factores socioeconómicos, de violencia, de salud física y de redes de apoyo. Los hallazgos reiteraron que hasta un 25% de mujeres experimentan depresión perinatal y que factores psicosociales (pobreza, violencia, falta de apoyo) y antecedentes psiquiátricos son los predictores más consistentes.

Se incluye este antecedente porque da una evidencia epidemiológica (violencia y apoyo social) para mitigar las consecuencias biopsicosociales de la depresión perinatal, relevante para la discusión de resultados de esta investigación.

1.5.3 Antecedentes nacionales

Viquez Quesada y Valverde Chinchilla²⁴. (2022), en el artículo titulado “Detección temprana de la depresión posparto”, tuvieron como objetivo describir la importancia de reconocer de forma oportuna los síntomas depresivos en el puerperio,

así como los principales factores de riesgo y herramientas de tamizaje aplicables en la atención clínica.

El estudio corresponde a una revisión bibliográfica desarrollada desde el contexto costarricense, en la cual se sintetizaron factores de riesgo como antecedentes personales o familiares de depresión, estrés, baja autoestima, bajo nivel socioeconómico, poco apoyo social, violencia familiar, baja escolaridad, pobre acceso a servicios de salud, consumo de sustancias y situaciones estresantes durante el embarazo o el parto. También se destaca el uso de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo como instrumento útil para la detección temprana.

Este antecedente aporta a la presente investigación porque permite fundamentar la necesidad de tamizaje temprano y seguimiento oportuno en los servicios de salud costarricenses. Además, refuerza que la depresión posparto no debe verse como una reacción pasajera, sino como una condición que, si no se identifica y atiende de manera adecuada, puede afectar a la madre, al recién nacido y al entorno familiar.

Malpartida Ampudia²⁵. (2020), en el artículo “Depresión posparto en atención primaria”, tuvo como objetivo revisar el papel de la atención primaria en la identificación temprana, diferenciación clínica y abordaje inicial de la depresión posparto.

La autora desarrolló una revisión bibliográfica publicada en Revista Médica Sinergia, desde la cual explicó que el embarazo y el puerperio son momentos de alta adaptación psicológica y pueden acompañarse de trastornos del sueño, cansancio, pérdida de libido, ansiedad y preocupación intensa por el bebé. Además, que la depresión posparto es un problema de salud pública, de etiología multifactorial, que debe diferenciarse de la tristeza posparto y de la psicosis posparto para orientar un tratamiento individualizado.

Este antecedente resulta relevante porque se vincula directamente con la atención primaria, escenario donde muchas mujeres tienen su primer contacto con el sistema de salud. Por ello, contribuye a justificar la necesidad de capacitar al personal sanitario, fortalecer la detección clínica y ampliar la mirada de la díada madre-hijo hacia una comprensión familiar y biopsicosocial del problema.

Acuña Alvarado, Ramírez Zumbado y Azofeifa Zumbado²⁶. (2021), en el artículo “Depresión postparto”, tuvieron como objetivo realizar una revisión bibliográfica actualizada sobre la depresión posparto, sus manifestaciones, factores asociados y necesidad de abordaje temprano.

La revisión describe la depresión posparto como un trastorno del estado de ánimo que puede presentarse en los primeros doce meses posteriores al parto y que forma parte del espectro de alteraciones psiquiátricas relacionadas con el embarazo. Las autoras explican que los cambios corporales, psicológicos y sociales propios de la maternidad, junto con la responsabilidad del cuidado y la reorganización del rol familiar, pueden alterar el estado de ánimo y favorecer síntomas depresivos.

Este antecedente se considera pertinente porque aporta una base clínica y contextual costarricense para comprender la depresión posparto como un fenómeno de impacto materno-infantil. Además, respalda la importancia de la valoración temprana, el abordaje oportuno y la articulación entre atención médica, apoyo emocional y acompañamiento familiar.

Caja Costarricense de Seguro Social²⁷. (2022), en el “Protocolo Clínico de Atención Integral al embarazo, parto y posparto en la Red de Servicios de Salud”, estableció lineamientos para ordenar la atención de la mujer durante el control prenatal, el parto y el posparto dentro de la red institucional de servicios de salud.

Este protocolo institucional se elaboró como instrumento técnico para orientar la atención integral en los servicios de salud, incluyendo la vigilancia de factores de

riesgo, la educación en salud, el seguimiento durante el embarazo y el posparto, y la referencia oportuna cuando se identifiquen condiciones médicas, psicológicas o sociales que puedan afectar el bienestar materno y neonatal.

Su contenido es importante para esta tesis porque confirma que el abordaje del embarazo y del posparto debe ser integral y no limitado a los cambios físicos. En esa línea, la detección de situaciones psicosociales, emocionales o familiares de riesgo permite fortalecer la prevención secundaria y la atención temprana de síntomas depresivos perinatales.

Finalmente, este protocolo es relevante porque brinda un marco técnico nacional para comprender la atención del embarazo, parto y posparto desde una perspectiva de continuidad asistencial. Por ello, se utiliza como respaldo institucional para proponer estrategias de detección, referencia y acompañamiento oportuno en mujeres con riesgo de depresión durante la gestación o el puerperio.

CAPÍTULO II- MARCO TEÓRICO

2.1 Conceptualización de embarazo

El embarazo constituye una etapa fundamental dentro del proceso reproductivo humano y representa un fenómeno biológico complejo que implica múltiples cambios fisiológicos, hormonales, psicológicos y sociales en la mujer. Desde el punto de vista médico, el embarazo se define como el período que transcurre desde la fecundación del óvulo por el espermatozoide hasta el nacimiento del feto, durante el cual el embrión y posteriormente el feto se desarrollan dentro del útero materno. Este proceso suele tener una duración aproximada de 40 semanas, contadas a partir del primer día de la última menstruación, y se divide clínicamente en tres trimestres que permiten monitorear el desarrollo fetal y los cambios maternos asociados a la gestación²⁸.

Desde una perspectiva fisiológica, el embarazo implica una serie de adaptaciones sistémicas destinadas a favorecer el crecimiento y desarrollo del feto. Entre estas modificaciones destacan los cambios endocrinológicos producidos por hormonas como la gonadotropina coriónica humana, los estrógenos y la progesterona, las cuales participan activamente en el mantenimiento del embarazo y en la preparación del organismo materno para el parto y la lactancia. Dichos cambios hormonales generan transformaciones en diversos sistemas orgánicos, incluyendo el cardiovascular, respiratorio, metabólico y musculoesquelético, con el objetivo de garantizar el adecuado aporte de nutrientes y oxígeno al feto en desarrollo²⁸.

Asimismo, el embarazo implica modificaciones anatómicas significativas en el organismo femenino. El útero aumenta progresivamente de tamaño para permitir el crecimiento fetal, mientras que otros órganos experimentan desplazamientos o adaptaciones funcionales. El sistema cardiovascular, por ejemplo, presenta un incremento del volumen sanguíneo y del gasto cardíaco, lo cual contribuye al transporte eficiente de nutrientes hacia la placenta. Del mismo modo, el sistema respiratorio sufre adaptaciones que facilitan el intercambio gaseoso necesario para el desarrollo fetal.

Estos cambios fisiológicos reflejan la complejidad del proceso gestacional y su estrecha relación con la salud materna y fetal^{27,28}.

Además de los cambios biológicos, el embarazo también implica transformaciones psicológicas y emocionales relevantes. Durante esta etapa, muchas mujeres experimentan modificaciones en el estado de ánimo, variaciones en la percepción corporal y adaptaciones emocionales relacionadas con la maternidad. Estas alteraciones pueden estar influenciadas por factores hormonales, experiencias personales, condiciones sociales y expectativas culturales asociadas a la maternidad. En algunos casos, estas modificaciones emocionales pueden derivar en trastornos del estado de ánimo, como ansiedad o síntomas depresivos, lo que resalta la importancia de abordar el embarazo desde un enfoque integral que contemple la dimensión biopsicosocial de la salud materna²⁹.

En el ámbito de la salud pública, el embarazo también es considerado un proceso que requiere vigilancia médica constante para prevenir complicaciones que puedan afectar tanto a la madre como al feto. Las consultas prenatales permiten identificar factores de riesgo, monitorear el crecimiento fetal y detectar tempranamente posibles complicaciones obstétricas. De esta manera, la atención prenatal constituye una estrategia fundamental para promover embarazos saludables y reducir la morbilidad y mortalidad materna y neonatal. La atención integral durante el embarazo incluye no solo el control médico, sino también la educación en salud, el apoyo psicológico y la promoción de estilos de vida saludables²⁷⁻²⁹.

Desde una perspectiva social, el embarazo también representa una etapa de transición hacia la maternidad, en la cual la mujer y su entorno familiar experimentan procesos de adaptación a nuevos roles y responsabilidades. Este proceso de transición puede verse influenciado por diversos factores sociales, como el apoyo familiar, la estabilidad económica, las condiciones laborales y el acceso a servicios de salud. En este sentido, la literatura científica ha destacado que el contexto social en el que ocurre

el embarazo puede influir significativamente en la experiencia gestacional y en la salud mental de la mujer^{30,31}.

En relación con lo anterior, el embarazo, entendido como un proceso biológico y a la vez biopsicosocial, trasciende la simple dimensión fisiológica al configurarse como un período de alta vulnerabilidad y adaptación integral para la mujer. Si bien las modificaciones endocrinas, anatómicas y funcionales responden a la necesidad de garantizar el desarrollo fetal, estas transformaciones no ocurren de manera aislada, sino que interactúan dinámicamente con factores psicológicos y sociales que pueden modular la experiencia gestacional.

En este sentido, los cambios emocionales y conductuales no deben interpretarse únicamente como respuestas normales al embarazo, sino también como posibles indicadores de alteraciones en la salud mental cuando se ven exacerbados por condiciones individuales o contextuales adversas. Asimismo, el entorno social y el acceso a servicios de salud juegan un papel determinante en la manera en que la mujer afronta esta etapa, evidenciando que el bienestar materno depende tanto de procesos biológicos como de redes de apoyo y condiciones estructurales. Por lo tanto, comprender el embarazo desde una perspectiva integral permite no solo reconocer su complejidad, sino también identificar de forma más precisa los factores que pueden predisponer a desenlaces negativos, especialmente en el ámbito de la salud mental.

2.2 Conceptualización de puerperio

El puerperio, también conocido como período posparto, corresponde a la etapa que sigue inmediatamente al nacimiento del recién nacido y se caracteriza por una serie de procesos fisiológicos y psicológicos destinados a restablecer las condiciones del organismo materno previas al embarazo. Generalmente se considera que el puerperio se extiende aproximadamente entre seis y ocho semanas después del parto, tiempo durante el cual los órganos reproductores y otros sistemas del cuerpo femenino

experimentan una serie de cambios que permiten la recuperación progresiva del estado pregestacional^{31,32}.

Desde el punto de vista fisiológico, el puerperio constituye una fase de involución de los cambios producidos durante el embarazo. Uno de los procesos más importantes que ocurre durante este período es la involución uterina, mediante la cual el útero retorna gradualmente a su tamaño y posición originales. Este proceso implica la reducción del tamaño de las fibras musculares uterinas y la reorganización de los tejidos que se modificaron durante la gestación. Paralelamente, otros sistemas del organismo materno, como el cardiovascular, endocrino y metabólico, también experimentan ajustes fisiológicos orientados a restablecer el equilibrio previo al embarazo³².

Además de los cambios físicos, el puerperio también implica importantes transformaciones hormonales. Tras el parto, se produce una disminución abrupta de hormonas como los estrógenos y la progesterona, lo que genera modificaciones significativas en el equilibrio endocrino de la mujer. Estas variaciones hormonales, combinadas con factores como el cansancio, los cambios en el patrón de sueño y las nuevas responsabilidades asociadas al cuidado del recién nacido, pueden influir en el estado emocional de la madre y aumentar su vulnerabilidad a trastornos del estado de ánimo³³.

En el ámbito psicológico y social, el puerperio representa una etapa de transición hacia la maternidad en la que la mujer debe adaptarse a múltiples cambios en su vida cotidiana. La aparición de nuevas responsabilidades relacionadas con el cuidado del recién nacido, junto con las demandas físicas del posparto y los cambios en la dinámica familiar, pueden generar situaciones de estrés que afectan el bienestar emocional de la madre. En este contexto, el apoyo familiar y social desempeña un papel fundamental para facilitar la adaptación a la maternidad y promover una recuperación emocional adecuada^{33,43}.

Aunado a lo anterior, el puerperio se configura como una etapa crítica dentro del continuo reproductivo, no solo por los procesos de recuperación fisiológica que experimenta el organismo materno, sino también por la compleja interacción entre cambios hormonales, demandas físicas y adaptaciones psicosociales. La rápida reorganización endocrina, sumada a factores como la privación del sueño, la carga del cuidado neonatal y la reconfiguración de roles, convierte este período en un momento de alta susceptibilidad para alteraciones en el estado de ánimo.

En este sentido, la recuperación posparto no debe entenderse únicamente como un proceso biológico de involución, sino como una transición integral que exige equilibrio entre múltiples dimensiones de la salud. Además, el contexto social y el nivel de apoyo disponible influyen de manera determinante en la capacidad de la mujer para afrontar esta etapa, evidenciando que la vulnerabilidad emocional en el puerperio es el resultado de una interacción multifactorial. Por tanto, analizar el puerperio desde un enfoque biopsicosocial permite comprender mejor su papel como período de riesgo para la aparición de síntomas depresivos, así como la necesidad de intervenciones oportunas que favorezcan la adaptación materna y el bienestar integral.

2.3 Concepto de depresión perinatal

La depresión perinatal puede manifestarse en diferentes momentos del período reproductivo, lo que ha llevado a la literatura científica a clasificarla principalmente en depresión durante el embarazo y depresión posparto. Ambas condiciones comparten características clínicas similares a las del trastorno depresivo mayor descrito en los sistemas diagnósticos internacionales, pero se distinguen por su asociación temporal con la gestación y el nacimiento del hijo. Investigaciones recientes indican que la depresión perinatal afecta aproximadamente entre el 10 % y el 20 % de las mujeres durante el embarazo o el período posparto, aunque la prevalencia puede ser mayor en contextos socioeconómicos vulnerables o en países de ingresos medios y bajos³⁵.

Desde el punto de vista etiológico, la depresión perinatal se considera un trastorno multifactorial que resulta de la interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales. Entre los factores biológicos destacan las variaciones hormonales significativas que ocurren durante el embarazo y especialmente después del parto. Durante la gestación, las concentraciones de estrógenos y progesterona aumentan considerablemente, mientras que tras el nacimiento del bebé se produce una disminución abrupta de estas hormonas, lo que puede influir en la regulación del estado de ánimo y contribuir al desarrollo de síntomas depresivos en mujeres vulnerables. Además, se ha observado que las alteraciones en el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal y los cambios en neurotransmisores como la serotonina también pueden desempeñar un papel importante en la fisiopatología de este trastorno³⁶.

Por otra parte, los factores psicológicos también desempeñan un papel relevante en la aparición de la depresión perinatal. La transición hacia la maternidad implica cambios significativos en la identidad personal, en las expectativas sobre el rol materno y en la percepción de las propias capacidades para cuidar del recién nacido. Las mujeres con antecedentes de trastornos depresivos o ansiedad, baja autoestima, experiencias traumáticas previas o dificultades para adaptarse a los cambios asociados a la maternidad presentan un mayor riesgo de desarrollar síntomas depresivos durante el período perinatal^{36,36}.

En el ámbito social, diversos factores pueden aumentar la vulnerabilidad a la depresión perinatal. Entre ellos destacan la falta de apoyo social, los conflictos de pareja, la violencia doméstica, las dificultades económicas y el estrés relacionado con el cuidado del recién nacido. La literatura científica señala que las mujeres que experimentan bajos niveles de apoyo emocional o social durante el embarazo y el puerperio tienen mayor probabilidad de presentar trastornos depresivos, lo que evidencia la importancia del entorno familiar y comunitario en la salud mental materna^{37,38}.

2.4 Cambios fisiológicos, psicológicos y sociales que sufre la madre durante estas etapas

El embarazo y el puerperio constituyen etapas de profundas transformaciones en la vida de la mujer, caracterizadas por cambios fisiológicos, psicológicos y sociales que permiten la adaptación al proceso reproductivo y a la maternidad. Estas modificaciones responden a la necesidad de favorecer el desarrollo del feto, preparar el organismo para el parto y facilitar el establecimiento del vínculo madre-hijo después del nacimiento. Sin embargo, la magnitud de estos cambios también puede generar desafíos físicos y emocionales que influyen en el bienestar general de la madre³⁹.

Cambios fisiológicos

Durante el embarazo se producen numerosas adaptaciones fisiológicas que afectan prácticamente todos los sistemas del organismo. Uno de los cambios más importantes ocurre en el sistema endocrino, donde se observa un incremento significativo en la producción de hormonas como estrógenos, progesterona y prolactina. Estas hormonas desempeñan un papel fundamental en el mantenimiento del embarazo, en el crecimiento uterino y en la preparación de las glándulas mamarias para la lactancia. Al mismo tiempo, se producen modificaciones en el metabolismo materno destinadas a garantizar el adecuado suministro de nutrientes al feto^{39,40}.

En el sistema cardiovascular también se registran cambios relevantes. El volumen sanguíneo aumenta progresivamente durante la gestación, lo que permite mejorar el transporte de oxígeno y nutrientes hacia la placenta. De igual manera, el gasto cardíaco se incrementa para satisfacer las demandas metabólicas del organismo materno y del feto en desarrollo. En el sistema respiratorio se observa un aumento en la ventilación pulmonar, facilitando el intercambio gaseoso necesario para el crecimiento fetal. Estas adaptaciones reflejan la complejidad fisiológica del embarazo y la capacidad del organismo materno para ajustarse a las demandas de la gestación⁴⁰.

Después del parto, durante el puerperio, el organismo inicia un proceso de recuperación caracterizado por la involución de los cambios producidos durante la gestación. En este período se produce la disminución progresiva del tamaño uterino, la normalización de los niveles hormonales y el restablecimiento de las funciones metabólicas y cardiovasculares previas al embarazo. Sin embargo, estos cambios fisiológicos también pueden generar síntomas como fatiga, alteraciones del sueño y molestias físicas, especialmente durante las primeras semanas después del parto⁴⁰.

Podría decirse entonces, que las adaptaciones fisiológicas que ocurren durante el embarazo y su posterior reversión en el puerperio evidencian un proceso dinámico de ajuste y readaptación del organismo materno, el cual no está exento de repercusiones en el bienestar general de la mujer. Si bien estos cambios responden a necesidades biológicas del desarrollo fetal y la recuperación posparto, su intensidad y rapidez, especialmente a nivel endocrino y metabólico, pueden contribuir a la aparición de manifestaciones como fatiga y alteraciones del sueño. En este contexto, dichas condiciones no deben interpretarse de forma aislada, ya que pueden interactuar con factores psicológicos y sociales, potenciando la vulnerabilidad a síntomas depresivos. Por ello, resulta fundamental considerar estas modificaciones fisiológicas dentro de un enfoque integral que permita comprender su impacto más allá de lo orgánico, particularmente en la salud mental durante el período perinatal.

Cambios psicológicos

Además de las transformaciones físicas, el embarazo y el puerperio implican importantes cambios psicológicos que influyen en la experiencia de la maternidad. Durante el embarazo, muchas mujeres experimentan emociones diversas relacionadas con la expectativa del nacimiento, el temor al parto y la adaptación al nuevo rol materno. Estos cambios emocionales pueden variar considerablemente entre las mujeres, dependiendo de factores como la historia personal, el apoyo social disponible y las condiciones de vida⁴¹.

En el puerperio, la adaptación psicológica puede resultar particularmente compleja debido a las demandas asociadas al cuidado del recién nacido, la privación del sueño y las modificaciones en la dinámica familiar. Durante esta etapa, algunas mujeres pueden experimentar el denominado “baby blues”, caracterizado por episodios transitorios de tristeza, irritabilidad y labilidad emocional que suelen aparecer durante los primeros días después del parto. Aunque este fenómeno suele ser temporal, en ciertos casos puede evolucionar hacia trastornos más graves como la depresión posparto si no se brinda un apoyo adecuado^{40,41}.

A manera de análisis, Los cambios psicológicos que acompañan al embarazo y al puerperio evidencian que la transición a la maternidad no es un proceso lineal, sino una etapa de alta variabilidad emocional influida por factores individuales y contextuales. Si bien manifestaciones como el “baby blues” pueden considerarse respuestas adaptativas transitorias, su presencia también puede funcionar como un indicador temprano de vulnerabilidad emocional, especialmente cuando se asocia a condiciones como la falta de apoyo social o el estrés persistente. En este sentido, la delgada línea entre una respuesta emocional esperable y el inicio de un trastorno del estado de ánimo resalta la importancia de una vigilancia continua, ya que la evolución de estos síntomas dependerá en gran medida de la capacidad de afrontamiento de la mujer y de los recursos de apoyo disponibles.

Cambios sociales

Los cambios sociales asociados al embarazo y al puerperio también desempeñan un papel fundamental en la experiencia materna. La llegada de un hijo suele implicar modificaciones importantes en la estructura y dinámica familiar, así como en las responsabilidades domésticas y laborales. En muchas ocasiones, la mujer puede experimentar cambios en su rol dentro de la familia, lo que requiere procesos de adaptación tanto a nivel individual como en la relación con la pareja³⁹⁻⁴¹.

El apoyo social constituye un factor clave durante estas etapas. La presencia de una red de apoyo sólida, compuesta por la pareja, familiares, amigos y profesionales de la salud, puede facilitar la adaptación a la maternidad y contribuir a la prevención de problemas de salud mental. Por el contrario, la falta de apoyo emocional, las dificultades económicas o el aislamiento social pueden aumentar el riesgo de desarrollar síntomas depresivos durante el embarazo o el puerperio⁴¹.

Se podría plantear a partir de lo anterior, que los factores culturales y sociales influyen en la forma en que se percibe y se vive la maternidad. Las expectativas sociales relacionadas con el rol de la madre, las normas culturales sobre el cuidado infantil y las condiciones laborales de la mujer pueden influir significativamente en su bienestar emocional. En este sentido, la literatura científica destaca que el embarazo y el puerperio deben analizarse desde un enfoque biopsicosocial que considere la interacción entre los factores biológicos, psicológicos y sociales que influyen en la salud materna.

2.5 Presentación clínica de síntomas depresivos durante embarazo y puerperio

La depresión durante el embarazo y el puerperio constituye una manifestación clínica relevante dentro de los trastornos del estado de ánimo asociados al período perinatal. La presentación clínica de los síntomas depresivos en estas etapas puede variar en intensidad y duración, pero generalmente incluye un conjunto de manifestaciones emocionales, cognitivas, conductuales y somáticas que afectan significativamente el bienestar de la mujer. Estos síntomas pueden aparecer en cualquier momento del embarazo o durante el primer año posterior al parto, y su reconocimiento temprano resulta fundamental para prevenir consecuencias adversas tanto para la madre como para el recién nacido⁴¹.

Desde el punto de vista clínico, los síntomas depresivos durante el embarazo suelen incluir tristeza persistente, pérdida de interés o placer en actividades previamente gratificantes, sentimientos de desesperanza, irritabilidad y disminución de la energía. Asimismo, pueden presentarse alteraciones del apetito, trastornos del sueño y dificultades para concentrarse. En algunas mujeres, estos síntomas pueden confundirse con manifestaciones normales del embarazo, como la fatiga o las alteraciones del sueño, lo que dificulta su identificación temprana. Por esta razón, diversos autores han señalado la importancia de realizar evaluaciones sistemáticas de la salud mental durante los controles prenatales para detectar oportunamente posibles trastornos depresivos⁴².

En el período puerperal, la presentación clínica de los síntomas depresivos puede adquirir características particulares debido a las exigencias físicas y emocionales asociadas al cuidado del recién nacido. Entre las manifestaciones más frecuentes se encuentran la tristeza persistente, el llanto frecuente, la sensación de agotamiento extremo y la dificultad para experimentar placer o satisfacción en la interacción con el bebé. Además, algunas mujeres pueden experimentar sentimientos intensos de culpa o inutilidad, especialmente cuando perciben que no cumplen adecuadamente con las expectativas asociadas al rol materno⁴³.

Otra característica importante de la depresión posparto es la presencia de alteraciones en el vínculo afectivo entre la madre y el recién nacido. Algunas mujeres pueden manifestar dificultades para establecer un apego emocional con el bebé, experimentar indiferencia hacia el cuidado del niño o, en casos más severos, sentir rechazo o temor hacia él. Estas manifestaciones pueden generar importantes repercusiones en el desarrollo emocional y cognitivo del niño, especialmente durante los primeros meses de vida, período crítico para el establecimiento del apego seguro⁴³.

En casos más graves, la depresión perinatal puede asociarse con pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida. Estos síntomas representan una emergencia

clínica que requiere intervención inmediata por parte de profesionales de la salud mental. La evidencia científica indica que el suicidio constituye una de las principales causas de mortalidad materna en algunos países, lo que resalta la importancia de reconocer y tratar oportunamente los síntomas depresivos durante el período perinatal⁴⁴.

2.6 Causas y factores asociados a los síntomas depresivos

La aparición de síntomas depresivos durante el embarazo y el puerperio es un fenómeno complejo que responde a la interacción de múltiples factores biológicos, psicológicos y sociales. La literatura científica ha demostrado que la depresión perinatal no puede atribuirse a una única causa, sino que surge como resultado de la combinación de diversos factores de riesgo que influyen en la vulnerabilidad de la mujer durante estas etapas del ciclo reproductivo⁴⁵.

Desde el punto de vista biológico, uno de los factores más relevantes en el desarrollo de síntomas depresivos durante el período perinatal son las variaciones hormonales que ocurren durante el embarazo y después del parto. Durante la gestación se produce un aumento significativo en los niveles de estrógenos y progesterona, mientras que después del parto estas hormonas disminuyen de forma abrupta. Estas fluctuaciones hormonales pueden afectar los sistemas neurobiológicos involucrados en la regulación del estado de ánimo, particularmente aquellos relacionados con neurotransmisores como la serotonina y la dopamina^{45,46}.

Otro factor biológico importante es la presencia de antecedentes personales o familiares de trastornos psiquiátricos. Las mujeres que han experimentado episodios previos de depresión, ansiedad u otros trastornos del estado de ánimo presentan un mayor riesgo de desarrollar síntomas depresivos durante el embarazo o el puerperio. Asimismo, ciertos factores genéticos pueden aumentar la susceptibilidad individual a desarrollar trastornos depresivos en contextos de estrés o cambios hormonales significativos⁴⁶.

En el ámbito psicológico, diversos factores pueden influir en la aparición de síntomas depresivos durante el período perinatal. Entre ellos se encuentran la baja autoestima, la presencia de estrés crónico, la percepción negativa del embarazo y las dificultades para adaptarse a los cambios asociados con la maternidad. Las mujeres que experimentan altos niveles de ansiedad, preocupaciones excesivas o sentimientos de inseguridad respecto a su capacidad para cuidar del recién nacido pueden presentar mayor vulnerabilidad psicológica durante esta etapa⁴⁶.

En el contexto social, el apoyo social constituye uno de los factores protectores más relevantes frente a la depresión perinatal. Las mujeres que cuentan con el apoyo emocional de la pareja, la familia o la comunidad suelen experimentar una mejor adaptación a los cambios asociados a la maternidad. Por el contrario, la falta de apoyo social, el aislamiento o la presencia de relaciones interpersonales conflictivas pueden aumentar el riesgo de desarrollar síntomas depresivos durante el embarazo y el puerperio⁴⁷.

La descripción de los factores asociados a la depresión perinatal refuerza que su aparición no depende de un único determinante, sino de la convergencia de múltiples dimensiones que interactúan entre sí. Si bien las variaciones hormonales y los antecedentes psiquiátricos constituyen una base biológica relevante, estos factores adquieren mayor peso cuando se combinan con condiciones psicológicas como la baja autoestima o el estrés, y con contextos sociales adversos como la falta de apoyo. Esta interacción sugiere que la vulnerabilidad no es estática, sino dinámica y modulada por el entorno y la historia individual de cada mujer. En consecuencia, el análisis de estos factores desde un enfoque integrado permite comprender mejor la heterogeneidad en la presentación de los síntomas y resalta la necesidad de abordajes preventivos y terapéuticos que consideren simultáneamente todas estas dimensiones.

2.6.1 Factores biológicos

Los factores biológicos desempeñan un papel fundamental en la aparición de síntomas depresivos durante el embarazo y el puerperio. Durante estas etapas del ciclo reproductivo femenino se producen importantes cambios hormonales, neuroquímicos y fisiológicos que pueden influir en la regulación del estado de ánimo. Estos cambios, aunque necesarios para el mantenimiento del embarazo y la preparación del organismo para el parto y la lactancia, pueden generar una mayor vulnerabilidad a trastornos depresivos en algunas mujeres⁴⁸.

Uno de los principales mecanismos biológicos implicados en la depresión perinatal son las variaciones hormonales asociadas al embarazo y al período posparto. Durante la gestación se produce un incremento significativo en los niveles de estrógenos y progesterona, hormonas que participan en el mantenimiento del embarazo y en la regulación de múltiples procesos fisiológicos. Sin embargo, después del parto se produce una disminución abrupta de estas hormonas, lo que puede alterar los sistemas neuroquímicos relacionados con el estado de ánimo. Estas fluctuaciones hormonales influyen especialmente en neurotransmisores como la serotonina, la dopamina y el ácido gamma-aminobutírico (GABA), los cuales desempeñan un papel clave en la regulación emocional⁴⁸.

Otro mecanismo biológico relevante es la alteración del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HHA), que regula la respuesta del organismo frente al estrés. Durante el embarazo, la actividad de este eje aumenta progresivamente como parte de las adaptaciones fisiológicas necesarias para el desarrollo fetal. Sin embargo, en algunas mujeres esta regulación puede alterarse, generando niveles elevados de cortisol que se han asociado con mayor riesgo de desarrollar síntomas depresivos durante el período perinatal⁴⁹.

La genética también puede desempeñar un papel importante en la susceptibilidad a la depresión perinatal. Las mujeres con antecedentes familiares de trastornos depresivos presentan mayor probabilidad de experimentar síntomas depresivos durante el embarazo o el puerperio. Se ha sugerido que ciertas variaciones genéticas relacionadas con la regulación de neurotransmisores y la respuesta al estrés podrían aumentar la vulnerabilidad individual frente a los cambios hormonales y fisiológicos que ocurren durante estas etapas⁴⁹.

2.6.2 Factores psicológicos

Uno de los factores psicológicos más importantes es la presencia de antecedentes personales de trastornos mentales, particularmente depresión o ansiedad. Las mujeres que han experimentado episodios depresivos previos presentan un mayor riesgo de desarrollar síntomas depresivos durante el embarazo o el período posparto. Esto se debe, en parte, a la mayor vulnerabilidad psicológica frente a situaciones de estrés y a los cambios hormonales que caracterizan estas etapas^{49,50}.

Del mismo modo, la baja autoestima y la percepción negativa de la propia capacidad para desempeñar el rol materno, pueden aumentar el riesgo de depresión perinatal. Algunas mujeres experimentan sentimientos de inseguridad respecto a su capacidad para cuidar adecuadamente al recién nacido o para cumplir con las expectativas sociales asociadas a la maternidad. Estos pensamientos pueden generar ansiedad, sentimientos de culpa y autocrítica excesiva, los cuales se relacionan con la aparición de síntomas depresivos⁵⁰.

El estrés psicológico también constituye un factor determinante en la salud mental materna. Situaciones como embarazos no planificados, miedo al parto, preocupaciones sobre la salud del bebé o dificultades para conciliar las responsabilidades familiares y laborales pueden generar altos niveles de estrés emocional. Cuando estas situaciones se prolongan en el tiempo o no se cuenta con

estrategias adecuadas de afrontamiento, pueden contribuir al desarrollo de síntomas depresivos⁵¹.

2.6.3 Factores sociales

Uno de los factores sociales más relevantes es el nivel de apoyo social disponible para la mujer. Diversos estudios han demostrado que la presencia de una red de apoyo sólida, compuesta por la pareja, familiares, amigos o profesionales de la salud, puede actuar como un factor protector frente a la depresión perinatal. El apoyo emocional y práctico durante el embarazo y el puerperio facilita la adaptación a la maternidad y contribuye a reducir el estrés asociado al cuidado del recién nacido⁵².

Por el contrario, la falta de apoyo social o el aislamiento pueden aumentar significativamente el riesgo de desarrollar síntomas depresivos. Las mujeres que enfrentan el embarazo o la maternidad con escaso acompañamiento emocional pueden experimentar sentimientos de soledad, sobrecarga y dificultad para afrontar las demandas del cuidado infantil^{50,52}.

Las condiciones socioeconómicas también influyen en la salud mental materna. Factores como el desempleo, los bajos ingresos económicos, el acceso limitado a servicios de salud o la inestabilidad laboral pueden generar estrés crónico y aumentar la vulnerabilidad a trastornos depresivos. Estas situaciones pueden dificultar la atención adecuada durante el embarazo y limitar el acceso a recursos necesarios para el cuidado del recién nacido⁵³.

Otro factor social importante es la presencia de conflictos de pareja o violencia doméstica. La evidencia científica ha demostrado que las mujeres que experimentan violencia física, psicológica o sexual durante el embarazo presentan mayor riesgo de desarrollar depresión perinatal. Este tipo de situaciones no solo afecta el bienestar emocional de la madre, sino que también puede tener consecuencias negativas para la salud del feto y del recién nacido⁵³.

Igualmente, los cambios en el rol social de la mujer después del nacimiento del hijo pueden generar tensiones adicionales. En muchas culturas, las mujeres enfrentan expectativas sociales relacionadas con el cuidado exclusivo del bebé y la responsabilidad del hogar, lo que puede generar sobrecarga física y emocional. La dificultad para equilibrar las responsabilidades familiares, laborales y personales puede contribuir al desarrollo de estrés y síntomas depresivos^{52,53}.

2.7 Manifestaciones clínicas generales

Entre las manifestaciones emocionales más frecuentes se encuentran la tristeza persistente, el sentimiento de vacío, la irritabilidad y la pérdida de interés o placer en actividades que anteriormente resultaban gratificantes. Estas emociones pueden acompañarse de sentimientos de desesperanza, inutilidad o culpa excesiva, especialmente relacionados con la percepción de no cumplir adecuadamente con el rol materno. En muchas mujeres, estos sentimientos pueden intensificarse debido a las expectativas sociales y personales asociadas con la maternidad^{47,48}.

Las manifestaciones cognitivas también son comunes en la depresión perinatal. Muchas mujeres experimentan dificultades para concentrarse, problemas de memoria y pensamientos recurrentes negativos sobre sí mismas o sobre su capacidad para cuidar del bebé. En algunos casos, estos pensamientos pueden evolucionar hacia preocupaciones excesivas sobre la salud del recién nacido o miedo constante a cometer errores en su cuidado. Estas alteraciones cognitivas pueden interferir con la toma de decisiones y con el desempeño de las actividades cotidianas⁵⁴.

Las manifestaciones conductuales incluyen cambios en los patrones de actividad diaria, aislamiento social y disminución en la participación en actividades familiares o sociales. Algunas mujeres pueden mostrar desinterés por el autocuidado, presentar dificultades para establecer rutinas relacionadas con el cuidado del recién nacido o experimentar una disminución en la motivación para realizar actividades básicas⁵⁴.

Además de las manifestaciones emocionales y conductuales, la depresión perinatal también puede presentar síntomas físicos o somáticos. Entre ellos se encuentran alteraciones del sueño, fatiga persistente, cambios en el apetito y molestias físicas inespecíficas como dolores musculares o cefaleas. Estos síntomas pueden ser particularmente difíciles de identificar, ya que muchas de estas manifestaciones también se presentan de manera fisiológica durante el embarazo o el puerperio⁵¹.

En los casos más graves, pueden aparecer pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida. Estas manifestaciones representan una complicación grave que requiere atención inmediata por parte de profesionales de salud mental. La literatura científica ha señalado que la detección temprana de estas manifestaciones clínicas es fundamental para prevenir consecuencias negativas en la salud materna y en el bienestar del recién nacido⁵⁰⁻⁵².

En conjunto, las manifestaciones clínicas generales de la depresión perinatal reflejan la interacción entre factores emocionales, cognitivos, conductuales y físicos. La identificación temprana de estos síntomas permite implementar intervenciones oportunas que contribuyan a mejorar la salud mental materna y a favorecer el desarrollo saludable del vínculo madre-hijo.

2.8 Diferencias sintomatológicas según su causa

Cuando los síntomas depresivos están asociados principalmente con factores biológicos, suelen observarse manifestaciones relacionadas con alteraciones hormonales y neuroquímicas. En estos casos, los síntomas pueden incluir fatiga intensa, trastornos del sueño, cambios significativos en el apetito y disminución marcada de la energía. También pueden presentarse fluctuaciones emocionales repentinas, irritabilidad y episodios de llanto sin una causa aparente. Estas manifestaciones suelen aparecer en momentos específicos del período perinatal, como durante el tercer trimestre del embarazo o en las primeras semanas posteriores al parto, coincidiendo con los cambios hormonales más pronunciados⁵⁴.

Por otro lado, cuando los síntomas depresivos tienen un origen predominantemente psicológico, suelen estar relacionados con procesos emocionales y cognitivos asociados con la adaptación a la maternidad. En estos casos, es común observar pensamientos negativos persistentes, sentimientos de incapacidad para asumir el rol materno, ansiedad relacionada con el cuidado del bebé y preocupaciones excesivas sobre el futuro. Las mujeres pueden experimentar sentimientos intensos de culpa o autocrítica, especialmente cuando perciben que no cumplen con las expectativas sociales o personales relacionadas con la maternidad⁵⁵.

Es relevante resaltar que en los casos en que los factores sociales desempeñan un papel predominante, los síntomas depresivos pueden estar estrechamente vinculados con situaciones externas que generan estrés emocional. Por ejemplo, la falta de apoyo familiar, los conflictos de pareja, las dificultades económicas o el aislamiento social pueden manifestarse clínicamente como sentimientos de tristeza profunda, desesperanza y sensación de sobrecarga emocional. En estas situaciones, la depresión suele acompañarse de altos niveles de estrés y dificultades para afrontar las demandas del cuidado del recién nacido.

2.9 Diagnóstico y tamizaje

El diagnóstico clínico de la depresión perinatal se basa generalmente en los criterios establecidos en manuales diagnósticos internacionales, como el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5). Estos criterios incluyen la presencia de síntomas como estado de ánimo deprimido, pérdida de interés o placer, alteraciones del sueño, cambios en el apetito, fatiga, sentimientos de culpa excesiva, dificultad para concentrarse y pensamientos recurrentes de muerte o suicidio. Para establecer el diagnóstico, estos síntomas deben persistir durante al menos dos semanas y generar un deterioro significativo en el funcionamiento social o personal de la mujer⁵⁷.

Además del diagnóstico clínico, el tamizaje o cribado sistemático constituye una estrategia ampliamente utilizada para detectar de manera temprana síntomas depresivos durante el embarazo y el puerperio. El tamizaje consiste en la aplicación de instrumentos estandarizados que permiten identificar a mujeres con riesgo de depresión perinatal, incluso cuando los síntomas aún no han sido diagnosticados formalmente^{56,57}.

Uno de los instrumentos más utilizados a nivel mundial es la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo. Esta herramienta consiste en un cuestionario breve diseñado específicamente para detectar síntomas depresivos en mujeres durante el embarazo y el período posparto. La EPDS ha demostrado una alta sensibilidad y especificidad en diversos contextos clínicos y culturales, por lo que se considera uno de los métodos más eficaces para el tamizaje de depresión perinatal⁵⁸.

Otro instrumento frecuentemente utilizado es el Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), una escala que evalúa la presencia y severidad de síntomas depresivos mediante nueve preguntas basadas en los criterios diagnósticos del DSM. Esta herramienta ha sido utilizada en diversos entornos de atención primaria y ha mostrado utilidad para identificar síntomas depresivos durante el embarazo⁵⁸.

Las guías clínicas internacionales recomiendan realizar tamizaje para depresión al menos una vez durante el embarazo y nuevamente durante el período posparto. La detección temprana permite intervenir oportunamente mediante apoyo psicológico, intervenciones psicosociales o tratamiento farmacológico cuando sea necesario⁵⁹.

Es importante resaltar que El diagnóstico y tamizaje de la depresión perinatal reflejan la importancia de combinar la evaluación clínica estructurada con herramientas estandarizadas que faciliten la detección precoz. Si bien los criterios diagnósticos permiten establecer con precisión la presencia del trastorno, en la práctica clínica muchos casos pueden pasar desapercibidos sin la aplicación sistemática de instrumentos de cribado.

También, las escalas como la EPDS y el PHQ-9 no sustituyen el juicio clínico, pero sí actúan como mecanismos complementarios que aumentan la sensibilidad en la identificación de mujeres en riesgo. Esto pone en evidencia que la efectividad del abordaje no depende únicamente del conocimiento diagnóstico, sino también de la implementación consistente de estrategias de detección dentro de la atención rutinaria, especialmente en el primer nivel de atención.

2.9.1 Escala de Depresión postnatal de Edimburgo (EPDS)

La Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS) es uno de los instrumentos de tamizaje más utilizados a nivel internacional para la detección temprana de síntomas depresivos durante el embarazo y el puerperio. Esta herramienta fue desarrollada originalmente por Cox, Holden y Sagovsky en 1987 con el propósito de identificar de forma rápida y sencilla la presencia de síntomas depresivos en mujeres durante el período posnatal. Con el paso del tiempo, la escala ha sido ampliamente validada en diferentes contextos culturales y lingüísticos, convirtiéndose en uno de los instrumentos más recomendados por las guías clínicas para la detección de depresión perinatal⁶⁰.

La EPDS consiste en un cuestionario autoadministrado compuesto por 10 ítems, cada uno de los cuales evalúa la frecuencia de determinados síntomas emocionales experimentados por la mujer durante los siete días previos a la evaluación. Las preguntas abordan aspectos relacionados con el estado de ánimo, la ansiedad, la capacidad para disfrutar de las actividades cotidianas, la presencia de sentimientos de culpa, alteraciones del sueño y pensamientos autodestructivos. Cada ítem se califica mediante una escala de respuesta de cuatro opciones que reflejan la intensidad o frecuencia del síntoma, generando una puntuación total que oscila entre 0 y 30 puntos⁶⁰.

En términos de interpretación clínica, diferentes estudios han sugerido puntos de corte específicos para identificar posibles casos de depresión perinatal. Generalmente, una puntuación igual o superior a 13 puntos se considera indicativa de

alto riesgo de depresión posparto, aunque algunos programas de salud utilizan valores de corte más bajos para mejorar la sensibilidad del instrumento en contextos de atención primaria. Es importante destacar que la EPDS no constituye una herramienta diagnóstica definitiva, sino un instrumento de tamizaje que permite identificar a mujeres que podrían requerir una evaluación clínica más profunda por parte de profesionales de salud mental⁶¹.

Uno de los principales beneficios de la EPDS es su facilidad de aplicación en entornos clínicos y comunitarios. El cuestionario puede completarse en pocos minutos y no requiere formación especializada para su administración, lo que facilita su uso en consultas prenatales, centros de salud materna y programas de seguimiento posnatal. Además, su enfoque en síntomas emocionales más que en manifestaciones somáticas permite reducir el riesgo de confundir los síntomas depresivos con cambios fisiológicos propios del embarazo o del puerperio^{60,62}.

2.9.2 Inventario de depresión de Beck (BDI-II)

El Inventario de Depresión de Beck, segunda edición (Beck Depression Inventory-II, BDI-II) es uno de los instrumentos psicométricos más utilizados para evaluar la severidad de los síntomas depresivos en población general y clínica. Desarrollado originalmente por Aaron T. Beck, el BDI-II constituye una versión revisada del instrumento clásico diseñado para evaluar la presencia e intensidad de los síntomas depresivos de acuerdo con los criterios diagnósticos contemporáneos de los trastornos del estado de ánimo⁶³.

El BDI-II está compuesto por 21 ítems, cada uno de los cuales evalúa diferentes aspectos relacionados con la depresión, incluyendo síntomas emocionales, cognitivos, conductuales y somáticos. Entre los dominios evaluados se encuentran la tristeza, el pesimismo, el sentimiento de fracaso, la pérdida de placer, los sentimientos de culpa, la autocrítica, los pensamientos suicidas, la fatiga, las alteraciones del sueño y los

cambios en el apetito. Cada ítem presenta cuatro afirmaciones ordenadas según la intensidad del síntoma, con puntuaciones que van de 0 a 3.⁶⁴

La puntuación total del BDI-II puede variar entre 0 y 63 puntos, lo que permite clasificar la severidad de los síntomas depresivos en diferentes categorías. Generalmente, puntuaciones entre 0 y 13 indican ausencia o síntomas mínimos de depresión, entre 14 y 19 sugieren depresión leve, entre 20 y 28 depresión moderada, y puntuaciones superiores a 29 se asocian con depresión severa. Esta clasificación facilita la evaluación clínica del estado emocional del paciente y permite monitorear la evolución de los síntomas a lo largo del tiempo.⁶⁴

En el contexto del embarazo y el puerperio, el BDI-II ha sido utilizado en numerosos estudios para evaluar la presencia y gravedad de los síntomas depresivos. Sin embargo, algunos autores han señalado que ciertos ítems del instrumento relacionados con síntomas físicos, como fatiga o cambios en el apetito, pueden superponerse con manifestaciones fisiológicas propias del embarazo. Por esta razón, algunos investigadores recomiendan interpretar los resultados con cautela cuando se utiliza el BDI-II en mujeres embarazadas o en el período posparto.

2.10 Opciones terapéuticas y estrategias de abordaje

El tratamiento de la depresión durante el embarazo y el puerperio requiere un enfoque integral que considere tanto las necesidades físicas como emocionales de la mujer. Debido a las implicaciones que los síntomas depresivos pueden tener en la salud materna, el vínculo madre-hijo y el desarrollo infantil, es fundamental implementar estrategias terapéuticas eficaces que permitan reducir la sintomatología y mejorar el bienestar general de la madre.⁶⁵

Las intervenciones psicológicas constituyen una de las principales opciones terapéuticas para el manejo de la depresión perinatal, especialmente en casos leves o moderados. Entre las intervenciones más utilizadas se encuentra la terapia cognitivo-

conductual (TCC), la cual se centra en identificar y modificar patrones de pensamiento negativos que contribuyen al mantenimiento de los síntomas depresivos. Diversos estudios han demostrado que la TCC puede reducir significativamente los síntomas depresivos en mujeres durante el embarazo y el posparto⁶⁴.

Otra intervención psicológica ampliamente utilizada es la terapia interpersonal, que se enfoca en mejorar las relaciones interpersonales y fortalecer las redes de apoyo social de la mujer. Esta terapia resulta particularmente útil en el contexto de la depresión perinatal, ya que muchas de las dificultades emocionales asociadas a esta etapa se relacionan con cambios en las relaciones familiares, en la dinámica de pareja y en el rol social de la madre⁶⁵.

En casos de depresión moderada a severa, puede ser necesario recurrir al tratamiento farmacológico. Los antidepresivos, particularmente los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), son los medicamentos más utilizados para el tratamiento de la depresión perinatal. Sin embargo, la decisión de iniciar tratamiento farmacológico durante el embarazo o el puerperio debe realizarse mediante una evaluación cuidadosa de los riesgos y beneficios, considerando tanto la salud materna como la seguridad fetal o neonatal⁶⁶.

Analizando lo anterior, el abordaje terapéutico de la depresión perinatal pone de manifiesto la necesidad de estrategias individualizadas que integren tanto componentes psicológicos como, en casos específicos, farmacológicos. Si bien las intervenciones psicoterapéuticas como la terapia cognitivo-conductual y la terapia interpersonal han demostrado eficacia, su impacto depende en gran medida de factores como la adherencia, el acceso a servicios especializados y el apoyo social disponible.

Por otro lado, el uso de tratamiento farmacológico introduce un componente de complejidad clínica que exige un análisis riguroso del balance riesgo-beneficio, especialmente durante el embarazo y la lactancia. En este sentido, la elección del tratamiento no debe ser estandarizada, sino ajustada a la severidad del cuadro y al

contexto de la paciente, lo que refuerza la importancia de un enfoque multidisciplinario en la atención de la salud mental perinatal.

2.11 Intervenciones sociales y comunitarias

Las intervenciones sociales y comunitarias desempeñan un papel fundamental en la prevención y el manejo de los síntomas depresivos durante el embarazo y el puerperio. Estas estrategias buscan fortalecer los recursos sociales disponibles para las mujeres, mejorar el acceso a servicios de salud mental y promover entornos que favorezcan el bienestar emocional materno. En muchos casos, las intervenciones comunitarias se integran en programas de atención primaria de salud, lo que permite identificar de manera temprana a mujeres en riesgo y ofrecer apoyo oportuno durante el período perinatal⁶⁷.

Una de las principales estrategias comunitarias consiste en el desarrollo de programas de apoyo psicosocial para mujeres embarazadas y madres recientes. Estos programas suelen incluir sesiones educativas, grupos de apoyo y asesoramiento psicológico, con el objetivo de proporcionar información sobre los cambios emocionales asociados al embarazo y al puerperio, así como estrategias para afrontar el estrés y las demandas del cuidado del recién nacido. Diversos estudios han demostrado que la participación en grupos de apoyo puede reducir los niveles de estrés y mejorar el bienestar psicológico de las madres durante el período posnatal⁶⁷.

Otra intervención importante es el acompañamiento comunitario a través de agentes de salud o trabajadores comunitarios. Estos profesionales desempeñan un papel clave en la identificación de síntomas depresivos, en la promoción de la salud mental materna y en la derivación oportuna a servicios especializados cuando es necesario. En muchos países, los programas de visitas domiciliarias realizadas por enfermeras o trabajadores sociales han demostrado ser eficaces para reducir la incidencia de depresión posparto y mejorar los resultados de salud materna e infantil⁶⁸.

Es importante resaltar que Las intervenciones sociales y comunitarias evidencian que el abordaje de la depresión perinatal no puede limitarse al ámbito clínico individual, sino que requiere estrategias integradas que actúen sobre el entorno de la mujer. El fortalecimiento de redes de apoyo, la educación psicosocial y el acompañamiento comunitario no solo facilitan la detección temprana, sino que también funcionan como factores protectores frente al desarrollo o agravamiento de los síntomas depresivos. En este sentido, la efectividad de estas intervenciones radica en su capacidad para acercar los servicios de salud mental a contextos cotidianos, especialmente en poblaciones con barreras de acceso, lo que resalta la importancia de incorporar un enfoque comunitario dentro de los modelos de atención en salud materna.

2.12 Impacto en el vínculo madre-hijo

La presencia de síntomas depresivos durante el embarazo y el puerperio puede tener un impacto significativo en el desarrollo del vínculo afectivo entre la madre y su hijo. Este vínculo, también conocido como apego temprano, constituye un proceso fundamental en el desarrollo emocional y psicológico del niño, ya que establece las bases para la regulación emocional, la seguridad afectiva y la formación de relaciones interpersonales a lo largo de la vida⁶⁸.

Durante el período posnatal, la interacción temprana entre la madre y el recién nacido desempeña un papel esencial en el establecimiento de este vínculo. Sin embargo, cuando la madre experimenta síntomas depresivos, su capacidad para responder de manera sensible y consistente a las necesidades del bebé puede verse afectada. Las mujeres con depresión posparto pueden presentar menor sensibilidad emocional, menor contacto visual y menor participación en interacciones positivas con el recién nacido⁶⁹.

Estas dificultades en la interacción madre-hijo pueden influir en el desarrollo emocional del niño. Diversos estudios han demostrado que los hijos de madres con depresión perinatal presentan mayor riesgo de desarrollar problemas conductuales,

dificultades emocionales y retrasos en el desarrollo cognitivo. Además, la depresión materna puede afectar la calidad del apego infantil, aumentando la probabilidad de que el niño desarrolle patrones de apego inseguros^{69,70}.

En síntesis, de lo descrito anteriormente, el impacto de la depresión perinatal en el vínculo madre-hijo evidencia que sus consecuencias trascienden la esfera individual, afectando procesos fundamentales del desarrollo infantil. Si bien el apego temprano depende de la interacción continua y sensible entre la madre y el recién nacido, la presencia de síntomas depresivos puede interferir en esta dinámica, limitando la capacidad de respuesta emocional y conductual de la madre.

Esta alteración no solo compromete la calidad del vínculo, sino que también puede generar efectos a mediano y largo plazo en el desarrollo emocional, conductual y cognitivo del niño. En este sentido, la depresión perinatal debe entenderse como una condición con implicaciones intergeneracionales, lo que refuerza la importancia de su detección y abordaje oportuno para proteger tanto la salud materna como el adecuado desarrollo infantil.

2.13 Poblaciones específicas (adolescentes, alto riesgo, diversidad cultural)

La depresión perinatal no afecta a todas las mujeres de la misma manera. Existen ciertos grupos poblacionales que presentan mayor vulnerabilidad a desarrollar síntomas depresivos durante el embarazo y el puerperio. Entre estas poblaciones se encuentran las madres adolescentes, las mujeres con embarazos de alto riesgo y aquellas pertenecientes a contextos socioculturales diversos, quienes pueden enfrentar desafíos adicionales que influyen en su salud mental⁷¹.

Las madres adolescentes constituyen uno de los grupos con mayor riesgo de desarrollar depresión perinatal. El embarazo durante la adolescencia suele ocurrir en contextos de vulnerabilidad social, caracterizados por menor nivel educativo,

limitaciones económicas y escaso apoyo social. Además, las adolescentes pueden experimentar mayores dificultades para adaptarse a las responsabilidades de la maternidad, lo que incrementa el riesgo de presentar síntomas depresivos. Diversos estudios han señalado que la prevalencia de depresión posparto en madres adolescentes puede ser significativamente mayor en comparación con mujeres adultas⁷².

Otro grupo vulnerable lo constituyen las mujeres con embarazos de alto riesgo, es decir, aquellos embarazos que presentan complicaciones médicas que pueden afectar la salud de la madre o del feto. Situaciones como enfermedades crónicas maternas, complicaciones obstétricas o antecedentes de pérdidas gestacionales pueden generar altos niveles de estrés y ansiedad, lo que aumenta la probabilidad de desarrollar síntomas depresivos durante la gestación o el puerperio^{72,73}.

En relación con lo anterior, es importante resaltar que variabilidad en la presentación de la depresión perinatal entre distintos grupos poblacionales pone en evidencia que el riesgo no se distribuye de manera homogénea, sino que está condicionado por factores estructurales y contextuales que incrementan la vulnerabilidad. En el caso de las madres adolescentes y las mujeres con embarazos de alto riesgo, la carga emocional asociada a condiciones sociales adversas o a complicaciones médicas actúa como un elemento potenciador del estrés psicológico, superando en muchos casos la capacidad de afrontamiento individual.

CAPÍTULO III- MARCO METODOLÓGICO

3.1 Enfoque metodológico

El enfoque metodológico utilizado en la presente investigación fue cualitativo, debido a que el estudio se orientó hacia la comprensión, interpretación y análisis de un fenómeno de salud complejo: los síntomas depresivos relacionados con el embarazo y el puerperio. Este enfoque permite estudiar la realidad desde una perspectiva amplia, flexible y contextualizada, considerando no solo los datos clínicos o epidemiológicos disponibles, sino también los factores biológicos, psicológicos y sociales que intervienen en la aparición de la depresión perinatal.

Según Hernández-Sampieri et al.⁷⁸, “el planteamiento cualitativo comprende el propósito u objetivo, las preguntas de investigación, la justificación y la viabilidad, una exploración de las deficiencias en el conocimiento del problema, la definición inicial del ambiente o contexto donde se realizará la investigación”. A partir de este planteamiento, el enfoque cualitativo resulta pertinente para la presente revisión bibliográfica, ya que permite analizar la evidencia científica disponible, identificar vacíos de conocimiento, interpretar los hallazgos de distintos autores y establecer relaciones entre los factores asociados a los síntomas depresivos durante el embarazo y el puerperio.

En este sentido, la investigación no busca medir variables de forma estadística ni comprobar hipótesis mediante procedimientos experimentales, sino comprender cómo se manifiesta el fenómeno estudiado de acuerdo con la literatura científica publicada entre los años 2020 y 2025. Por esta razón, el análisis se centró en la interpretación crítica de estudios, revisiones, artículos científicos y documentos académicos relacionados con la depresión perinatal, sus causas, manifestaciones clínicas y estrategias de abordaje.

El enfoque cualitativo también permitió clasificar la información recopilada en categorías de análisis vinculadas con los objetivos específicos de la investigación. Estas categorías incluyen los factores biológicos, psicológicos y sociales asociados a los

síntomas depresivos; las diferencias sintomatológicas según dichos factores; y las opciones terapéuticas o estrategias de intervención reportadas en la evidencia reciente. De esta manera, el estudio logró organizar la información de forma coherente y establecer una relación directa entre los hallazgos encontrados y los objetivos planteados.

Asimismo, este enfoque fue adecuado porque la depresión perinatal no puede ser comprendida únicamente desde una visión biomédica. Al tratarse de una condición multifactorial, resulta necesario valorar el contexto emocional, familiar, social, económico y cultural en el que se encuentra la mujer durante el embarazo y el puerperio. Por ello, la revisión bibliográfica permitió integrar diferentes perspectivas teóricas y científicas, favoreciendo una comprensión más completa del problema.

En consecuencia, el enfoque cualitativo utilizado en esta investigación se fundamentó en la revisión, selección, interpretación y síntesis de literatura científica actualizada. Esto permitió identificar los principales elementos que explican la aparición de síntomas depresivos en el período perinatal, comprender sus implicaciones en la salud biopsicosocial de la madre y aportar información útil para fortalecer la detección temprana, el abordaje integral y la prevención de consecuencias negativas tanto para la mujer como para el recién nacido.

3.2. Tipo de investigación

Una revisión bibliográfica es un análisis de fuentes académicas sobre un tema específico que ofrece una visión general del conocimiento actual. Analiza, sintetiza y evalúa críticamente la investigación existente para brindar una perspectiva clara del estado del conocimiento sobre un tema. Una buena revisión bibliográfica no se limita a resumir las fuentes académicas; identifica las lagunas de investigación y proporciona una visión general del conocimiento actual, las teorías relevantes y los métodos empleados.

Las revisiones bibliográficas narrativas ofrecen un resumen cualitativo y una interpretación de la literatura sobre un tema específico. Son más flexibles y menos estructuradas que las revisiones sistemáticas, lo que las hace útiles para explorar temas nuevos o emergentes.

La presente investigación se caracteriza por realizar un exhaustivo análisis de literatura medico-científica relacionada con causas de síntomas depresivos en embarazo y puerperio, partiendo de esto se sintetiza y analizan los datos de manera crítica, para aportar una visión de esta clara de la presentación clínica de las diferentes causas y además su abordaje óptimo en cada una de las diferentes áreas abarcadas.

3.3. Fuentes de información

Para el desarrollo de la presente revisión bibliográfica se utilizarán fuentes de información secundaria, buscando que la mayor parte de la documentación utilizada se base en artículos médicos- científicos y revistas médicas, que permitan brindar información sólida, que haya pasado previamente por un proceso riguroso de evaluación de pares especializados.

Las fuentes de información secundarias son aquellas que contienen información primaria, sintetizada y reorganizada. Están especialmente diseñadas para facilitar y maximizar el acceso a las fuentes primarias o a sus contenidos. Parten de datos preelaborados, como pueden ser datos obtenidos de estudios estadísticos, de medios de comunicación, de bases de datos científicas procesadas con otros fines, artículos y documentos relacionados.⁵⁸

La presente investigación tendrá un enfoque de investigación de tipo cualitativo, la cual se basará en un análisis de información medico-científica proveniente de diferentes bases de investigación y publicaciones medicas como: Access medicina, Pubmed, Uptodate, ClinicalKey, National Institutes of Health (NIHS), SciELO y bases nacionales como repositorios de universidades.

3.4 Criterios de búsqueda

Dentro de este apartado se definen los criterios de búsqueda que ayudan a delimitar la recopilación de información que se llevará a cabo para completar esta investigación, en donde se puede encontrar los diferentes descriptores, motores de búsquedas o bases a las cuales se accederá para seleccionar la información, además de la delimitación en temporalidad y los idiomas.

Tabla 1 Criterios de búsqueda

Objetivos	Descriptor es	Motores de búsqueda	Temporalidad	Idiomas
Identificar y clasificar las causas y factores asociados a los síntomas depresivos durante el embarazo y el puerperio reportados en la literatura (2020–2025).	“Depresión” OR “Síntomas depresivos” AND “Embarazo” OR “Puerperio” AND “Factores de riesgo” OR “Factores asociados.” AND “biológicos” OR “psicológicos” OR “Sociales”	PubMed, Science Direct, Scielo, UpToDate, Cochrane, Elsevier, Access medicine, Clinical Key, National Institutes of Health (NIHS)	2020-2025	Español/inglés/portugués

Examinar las diferencias sintomatológicas según los factores biopsicosociales identificados como causas de síntomas depresivos en embarazo y puerperio, en la literatura (2020–2025).	“Depresión” OR “Síntomas depresivos” AND “embarazo” OR “puerperio” AND “Factores biopsicosociales” OR “Factores psicosociales” OR “Factores biológicos” AND “Características clínicas” OR “sintomatología asociada”	PubMed, Science Direct, Scielo, UpToDate, Cochrane, Elsevier, Access medicine, Clinical Key, National Institutes of Health (NIHS)	2020- 2025	Español/inglés/portugués
---	---	--	------------	--------------------------

Sintetizar evidencia sobre las opciones terapéuticas y estrategias de abordaje para las diferentes causas y factores biopsicosociales de síntomas depresivos en embarazo y puerperio, según la literatura 2020–2025.	“Opciones terapéuticas” OR “estrategias de abordaje” AND “tratamiento farmacológico” OR “tratamiento no farmacológico” AND “factores biopsicosociales” AND “síntomas depresivos” AND “embarazo” OR “puerperio”	PubMed, Science Direct, Scielo, UpToDate, Cochrane, Elsevier, Access medicine, Clinical Key, National Institutes of Health (NIHS)	2020- 2025	Español/inglés/portugués
--	--	---	------------	--------------------------

Fuente: Elaboración propia, 2025

3.5 Criterios de inclusión y exclusión

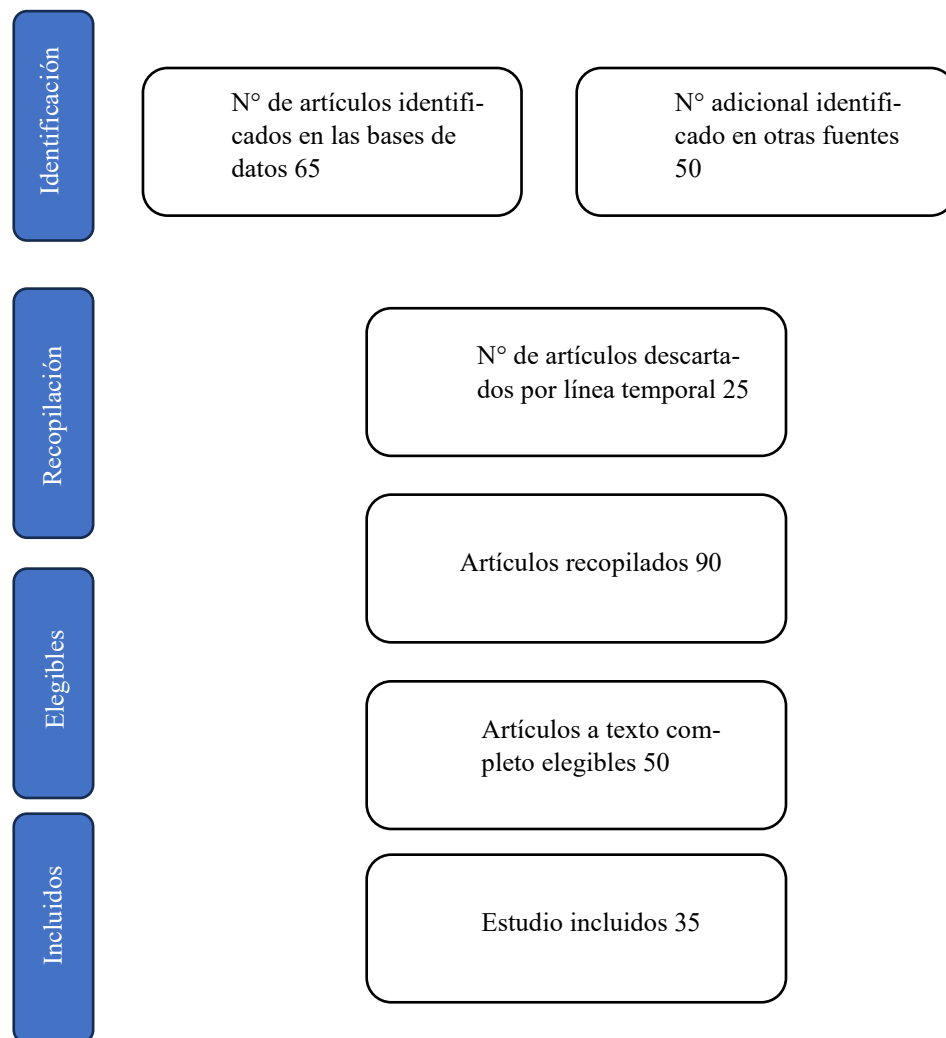
Tabla 2 Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de Inclusión	Criterios de exclusión
Artículos con una vigencia no mayor a 5 años	Artículos con una vigencia mayor a 5 años
Artículos en idioma inglés, español y portugués.	Causas de síntomas depresivos no relacionados al embarazo o puerperio
Aquellos artículos cuya población sea comprendida de mujeres en período de embarazo y puerperio	Aquellos estudios que se encuentren fuera de los idiomas detallados en los criterios de búsqueda
Tipos de estudios basado en revisiones de artículos, ensayos clínicos	Artículos de depresión fuera del período de embarazo o puerperio
Artículos científicos con el manejo interdisciplinario referente al manejo de síntomas depresivos en embarazo o puerperio.	

Fuente: Elaboración propia, 2025

3.6 Algoritmo

Figura 1 Diagrama de flujo o algoritmo de búsqueda



3.7 Clasificación según nivel evidencia

Tabla 3 Clasificación según nivel de evidencia

Nivel de evidencia	Tipo de estudio	Cantidad según tipo de estudio	Cantidad según nivel de evidencia	%
Nivel 1	Revisión sistemática y metaanálisis	20	20	57,14%
Nivel 2	Estudios de cohortes	6	7	20%
	Estudio de casos y controles	1		
Nivel 3	Estudios transversales	7	7	20%
Nivel 4	Estudios retrospectivos	0	0	0
Nivel 5	Estudios de revisión	1	1	2,86%
Total		35	35	100%

Fuente: elaboración propia, 2025

CAPÍTULO IV- ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

4.1 Objetivo 1.

Los trastornos depresivos durante el embarazo y el período posparto constituyen una de las complicaciones psiquiátricas más frecuentes en la salud materna. Este conjunto de alteraciones emocionales, que incluyen síntomas depresivos durante la gestación y la depresión posparto, afecta aproximadamente entre el 10 % y el 20 % de las mujeres a nivel mundial, aunque su prevalencia puede variar dependiendo de factores socioeconómicos, culturales y del sistema de salud⁷⁵.

La literatura científica reciente ha demostrado que la depresión perinatal posee una etiología multifactorial, resultado de la interacción entre factores biológicos, psicológicos, obstétricos y sociales. El reconocimiento y clasificación de estos factores es fundamental para comprender los mecanismos implicados en el desarrollo de la enfermedad, así como para diseñar estrategias preventivas y terapéuticas eficaces.

Diversas revisiones sistemáticas y metaanálisis publicados entre 2020 y 2025 han identificado más de 50 factores de riesgo potenciales asociados con la depresión posparto y los síntomas depresivos durante el embarazo. Entre los más relevantes se encuentran los antecedentes psiquiátricos, el apoyo social insuficiente, la violencia de pareja, los embarazos no planificados y diversas condiciones médicas durante la gestación.

Con base en la evidencia disponible, los factores asociados pueden clasificarse en cinco grandes categorías: factores biológicos y médicos, factores psicológicos, factores obstétricos, factores conductuales y factores socioeconómicos o contextuales.

1. Factores biológicos y médicos

Los factores biológicos desempeñan un papel central en el desarrollo de síntomas depresivos durante el período perinatal. Durante el embarazo y el puerperio ocurren cambios fisiológicos significativos que afectan el sistema endocrino, inmunológico y

neurológico. Estas modificaciones pueden alterar la regulación emocional y aumentar la vulnerabilidad a trastornos del estado de ánimo⁷⁶.

Uno de los factores biológicos más consistentemente asociados con la depresión perinatal es la historia previa de trastornos depresivos o psiquiátricos. Diversos estudios han demostrado que las mujeres con antecedentes de depresión mayor tienen un riesgo significativamente mayor de desarrollar depresión durante el embarazo o en el período posparto⁷⁶.

Este riesgo se incrementa aún más cuando existe depresión activa durante la gestación. En una revisión sistemática reciente, se observó que la presencia de síntomas depresivos durante el embarazo constituye uno de los predictores más fuertes para el desarrollo de depresión posparto^{46,48}.

Además de los antecedentes psiquiátricos, diversos estudios han identificado condiciones médicas durante el embarazo como factores asociados con la aparición de síntomas depresivos. Entre estas condiciones se incluyen:

- Diabetes gestacional
- Anemia durante el embarazo
- Deficiencia de vitamina D
- Complicaciones obstétricas⁷⁷.

Estas patologías pueden generar estrés fisiológico y psicológico adicional, contribuyendo al desarrollo de síntomas depresivos.

Asimismo, investigaciones recientes han señalado la posible influencia de factores genéticos y neurobiológicos en la depresión perinatal. Algunos estudios han explorado la asociación entre variantes genéticas relacionadas con la regulación serotoninérgica y el riesgo de depresión posparto. Aunque los resultados aún son

heterogéneos, se ha sugerido que ciertos polimorfismos genéticos podrían modificar la susceptibilidad individual a los trastornos depresivos durante el período perinatal⁷⁷.

En conjunto, estos hallazgos evidencian que la vulnerabilidad biológica constituye un componente importante en la etiología de los síntomas depresivos asociados al embarazo y al puerperio.

2. Factores psicológicos

Los factores psicológicos representan uno de los componentes más relevantes en el desarrollo de la depresión perinatal. Entre estos factores se incluyen variables relacionadas con la historia emocional de la mujer, su personalidad, su capacidad de afrontamiento y la presencia de estrés psicológico durante el embarazo⁷⁸.

Uno de los factores más estudiados es la ansiedad durante el embarazo, la cual se ha asociado de manera consistente con un mayor riesgo de depresión posparto. La coexistencia de ansiedad y depresión durante el período prenatal puede generar un círculo de vulnerabilidad emocional que incrementa la probabilidad de desarrollar trastornos del estado de ánimo tras el nacimiento del bebé⁷⁸.

Asimismo, los eventos vitales estresantes durante el embarazo representan un factor importante. Experiencias como problemas familiares, dificultades económicas, conflictos de pareja o pérdidas significativas pueden generar altos niveles de estrés emocional, aumentando la probabilidad de síntomas depresivos⁷⁹.

La evidencia científica también ha señalado que las experiencias traumáticas previas, incluyendo abuso físico o sexual, pueden aumentar significativamente el riesgo de depresión perinatal. Estas experiencias pueden influir en la regulación emocional y en la respuesta al estrés durante el embarazo⁷⁹.

Otro aspecto relevante es la autoeficacia materna percibida, es decir, la confianza de la mujer en su capacidad para asumir el rol materno. Las mujeres que experimentan

inseguridad respecto a su capacidad para cuidar a su hijo pueden presentar mayor ansiedad y síntomas depresivos durante el período posparto^{78,79}.

3. Factores obstétricos y relacionados con el embarazo

Las características del embarazo y del parto también influyen en el riesgo de desarrollar síntomas depresivos durante el período perinatal. Entre los factores obstétricos más estudiados se encuentran el tipo de parto, las complicaciones gestacionales y las características del recién nacido⁸⁰.

Uno de los factores que ha sido objeto de investigación es el parto por cesárea, el cual se ha asociado con un mayor riesgo de depresión posparto en comparación con el parto vaginal en algunos estudios. Las mujeres sometidas a cesárea pueden experimentar mayores niveles de estrés, dolor posoperatorio y dificultades en la recuperación física, lo que puede contribuir a la aparición de síntomas depresivos⁷⁸⁻⁸⁰.

Asimismo, diversas complicaciones obstétricas como el parto prematuro, las emergencias obstétricas o las hospitalizaciones neonatales pueden generar elevados niveles de estrés emocional en la madre, aumentando la probabilidad de desarrollar síntomas depresivos⁸¹.

Otro factor obstétrico relevante es el embarazo no planificado o no deseado, el cual se ha identificado como uno de los factores de riesgo más consistentes para la depresión posparto. Las mujeres que experimentan un embarazo inesperado pueden enfrentar mayores dificultades para adaptarse a los cambios asociados con la maternidad⁸¹.

Asimismo, variables relacionadas con el embarazo, como el número de gestaciones previas, la edad materna y el nivel educativo, también han sido asociadas con la aparición de síntomas depresivos durante el período perinatal^{80,81}.

4. Factores conductuales y de estilo de vida

Los hábitos y comportamientos durante el embarazo también pueden influir en la aparición de síntomas depresivos. Entre estos factores destacan el consumo de sustancias, los patrones de sueño y la actividad física⁸⁰⁻⁸².

El consumo de sustancias durante el embarazo, incluyendo tabaco, alcohol y otras drogas, se ha asociado con un aumento significativo en el riesgo de depresión posparto. En una revisión sistemática que incluyó más de 500 000 mujeres, se observó que el consumo de sustancias durante el embarazo se relaciona con un riesgo significativamente mayor de desarrollar depresión después del parto⁸².

Además del consumo de sustancias, los trastornos del sueño representan otro factor relevante. Durante el embarazo y el puerperio, muchas mujeres experimentan alteraciones del sueño debido a cambios hormonales, molestias físicas o las demandas del cuidado del recién nacido. La privación del sueño puede afectar la regulación emocional y aumentar el riesgo de depresión⁸².

La actividad física también ha sido identificada como un factor relevante. La evidencia sugiere que la actividad física regular durante el embarazo puede contribuir a mejorar el bienestar psicológico y reducir el riesgo de síntomas depresivos⁸³.

5. Factores sociales y contextuales

Los factores sociales desempeñan un papel fundamental en la salud mental materna. Entre estos factores se incluyen el apoyo social, las relaciones de pareja, las condiciones socioeconómicas y el acceso a servicios de salud⁷⁷.

Uno de los factores más consistentemente asociados con la depresión perinatal es el apoyo social insuficiente. Las mujeres que perciben un bajo nivel de apoyo por parte de su pareja, familia o entorno social presentan un mayor riesgo de desarrollar síntomas depresivos durante el embarazo y el posparto⁷⁵⁻⁷⁸.

La violencia de pareja también se ha identificado como un factor de riesgo importante. Diversos estudios han demostrado que las mujeres que experimentan violencia física, emocional o sexual tienen una mayor probabilidad de presentar síntomas depresivos durante el período perinatal⁸⁴.

Asimismo, las condiciones socioeconómicas desfavorables, como el desempleo, la pobreza o el bajo nivel educativo, pueden aumentar el estrés psicológico y limitar el acceso a recursos de apoyo, incrementando el riesgo de depresión. Otros factores sociales relevantes incluyen el aislamiento social, las dificultades laborales y las barreras para acceder a servicios de salud mental⁸⁴.

Análisis y discusión

El análisis de la evidencia científica reciente confirma que los síntomas depresivos durante el embarazo y el puerperio no responden a un modelo causal lineal, sino a una interacción compleja y dinámica entre múltiples factores que operan de manera simultánea. Esta naturaleza multifactorial explica, en gran medida, la variabilidad en la presentación clínica, la severidad de los síntomas y la respuesta al tratamiento en las mujeres durante el período perinatal.

Uno de los hallazgos más consistentes en la literatura es el peso significativo de los antecedentes psiquiátricos como factor predictor. La recurrencia de episodios depresivos en mujeres con historia previa sugiere la existencia de una vulnerabilidad biológica y psicológica preexistente que se ve exacerbada por los cambios propios del embarazo y el puerperio. Sin embargo, este factor por sí solo no es suficiente para explicar la aparición del trastorno, lo que refuerza la necesidad de considerar el contexto en el que ocurre la gestación.

En este sentido, los factores sociales, particularmente el apoyo social insuficiente y la violencia de pareja, emergen como determinantes críticos. A diferencia de los factores biológicos, estos elementos son altamente modificables, lo que los convierte

en puntos clave para la intervención. La evidencia muestra que la falta de redes de apoyo no solo incrementa el riesgo de desarrollar síntomas depresivos, sino que también influye negativamente en la evolución del cuadro y en la adherencia al tratamiento. Esto sugiere que la depresión perinatal no debe abordarse exclusivamente desde un enfoque clínico, sino también desde una perspectiva de salud pública.

Por otro lado, los factores psicológicos, como la ansiedad prenatal, el estrés y la baja autoeficacia materna, actúan como mediadores entre los factores externos (sociales y obstétricos) y la respuesta emocional de la mujer. La coexistencia de ansiedad y depresión durante el embarazo evidencia un fenómeno de comorbilidad que incrementa la vulnerabilidad emocional y dificulta la adaptación al rol materno. Esto indica que la evaluación psicológica debe ser integral y no centrarse únicamente en síntomas depresivos aislados.

En relación con los factores obstétricos, aunque su asociación con la depresión perinatal es consistente, su impacto parece estar mediado por la experiencia subjetiva de la mujer. Por ejemplo, eventos como la cesárea o el parto prematuro no necesariamente generan síntomas depresivos por sí mismos, sino por la carga emocional, el estrés y la percepción de riesgo que implican. Esto refuerza la idea de que los factores clínicos deben interpretarse en conjunto con variables psicológicas y sociales.

Los factores conductuales, como el consumo de sustancias y las alteraciones del sueño, destacan por su doble rol: pueden actuar tanto como factores de riesgo como consecuencias de la depresión. La privación del sueño, por ejemplo, es frecuente en el puerperio, pero cuando se combina con otros factores de vulnerabilidad, puede contribuir significativamente al deterioro del estado de ánimo. Esto evidencia la necesidad de intervenciones preventivas centradas en hábitos y estilos de vida.

Un aspecto relevante es la identificación de factores modificables vs. no modificables. Mientras que los antecedentes psiquiátricos o la predisposición genética

no pueden alterarse, factores como el apoyo social, el consumo de sustancias o la educación en salud sí pueden ser intervenidos. Esta diferenciación tiene implicaciones directas en el diseño de estrategias preventivas y programas de atención en salud materna.

Finalmente, la evidencia analizada entre 2020 y 2025 muestra que los factores asociados no actúan de manera aislada, sino que se potencian entre sí. Por ejemplo, una mujer con antecedentes de depresión (biológico), bajo apoyo social (social) y embarazo no planificado (obstétrico) presenta un riesgo significativamente mayor que la suma individual de cada factor. Esta interacción sinérgica refuerza la necesidad de modelos de atención integrales y multidisciplinarios.

Tabla 4. Síntesis comparativa de factores relevantes

Categoría	Factores principales	Nivel de evidencia	Modificabilidad	Impacto clínico
Biológicos	Antecedentes psiquiátricos, genética, cambios hormonales	Alto	Bajo	Alto
Médicos	Diabetes gestacional, anemia, complicaciones	Moderado	Parcial	Moderado
Psicológicos	Ansiedad, estrés, trauma, baja autoeficacia	Alto	Alto	Alto
Obstétricos	Cesárea, parto prematuro, embarazo no planificado	Moderado	Bajo	Moderado

Categoría	Factores principales	Nivel de evidencia	Modificabilidad	Impacto clínico
Conductuales	Consumo de sustancias, alteraciones del sueño	Alto	Alto	Alto
Sociales	Bajo apoyo social, violencia, pobreza	Muy alto	Alto	Muy alto

Fuente: elaboración propia basado en las referencias bibliográficas⁷⁵⁻⁸⁵.

4.2 Objetivo 2.

Los factores biológicos incluyen variables relacionadas con cambios hormonales, predisposición genética, condiciones médicas y características fisiológicas propias del embarazo y el puerperio. Estos factores pueden influir en la forma en que se manifiestan los síntomas depresivos en las mujeres durante el período perinatal⁴⁵⁻⁴⁸.

Durante el embarazo, las fluctuaciones hormonales afectan principalmente la regulación de neurotransmisores implicados en el estado de ánimo, como la serotonina y la dopamina. Estas alteraciones neurobiológicas pueden generar síntomas característicos como fatiga intensa, alteraciones del sueño, irritabilidad y cambios en el apetito. Además, algunos estudios han señalado que los síntomas somáticos suelen ser más frecuentes en mujeres cuya depresión está asociada principalmente con factores biológicos o médicos⁶⁷.

En particular, las mujeres con enfermedades médicas durante el embarazo, como anemia, diabetes gestacional u obesidad, pueden presentar síntomas depresivos acompañados de manifestaciones físicas como cansancio extremo, disminución de energía y dificultades para concentrarse. Estas manifestaciones somáticas pueden

dificultar el diagnóstico diferencial, ya que muchos de estos síntomas también pueden formar parte de los cambios fisiológicos normales del embarazo⁴⁵.

En el período posparto, los factores biológicos también pueden influir en la aparición de síntomas específicos. Por ejemplo, la disminución abrupta de hormonas reproductivas después del parto puede desencadenar síntomas como labilidad emocional, episodios de llanto frecuente, irritabilidad y sensación de incapacidad para afrontar las demandas del cuidado del recién nacido⁶⁸.

Además, algunos estudios recientes han explorado la relación entre el microbiota intestinal y la depresión perinatal, sugiriendo que las alteraciones en la composición del microbiota podrían influir en los procesos inflamatorios y en la regulación del estado de ánimo. Estas investigaciones sugieren que las mujeres con determinadas condiciones metabólicas o nutricionales podrían presentar perfiles sintomatológicos específicos asociados con la depresión perinatal⁶⁸.

Diferencias sintomatológicas asociadas a factores psicológicos

Los factores psicológicos representan otro grupo importante de determinantes de la depresión perinatal. Entre ellos se incluyen antecedentes de trastornos mentales, rasgos de personalidad, experiencias traumáticas y niveles elevados de estrés o ansiedad durante el embarazo⁸⁵.

Cuando la depresión perinatal se relaciona principalmente con factores psicológicos, los síntomas suelen manifestarse predominantemente en el ámbito emocional y cognitivo. Las mujeres pueden experimentar sentimientos persistentes de tristeza, desesperanza, culpa excesiva y baja autoestima, así como pensamientos negativos recurrentes sobre su capacidad para desempeñar el rol materno^{84,85}.

Diversos estudios han demostrado que las mujeres con antecedentes de ansiedad o depresión antes del embarazo tienen mayor probabilidad de presentar síntomas

depresivos intensos durante el período perinatal. En estos casos, los síntomas pueden incluir rumiación constante, preocupación excesiva por la salud del bebé y pensamientos intrusivos relacionados con posibles daños al recién nacido⁸⁵.

Otra característica sintomatológica frecuente en estos casos es la presencia de anhedonia, es decir, la incapacidad para experimentar placer en actividades que anteriormente resultaban gratificantes. Esta manifestación puede afectar significativamente la relación de la madre con su entorno social y con su propio hijo. Asimismo, las mujeres con rasgos de personalidad caracterizados por altos niveles de neuroticismo o sensibilidad emocional pueden presentar síntomas depresivos más intensos durante el embarazo y el puerperio. Estos rasgos pueden influir en la forma en que la mujer percibe y afronta los cambios asociados con la maternidad⁸⁶.

Diferencias sintomatológicas asociadas a factores sociales

Los factores sociales incluyen variables relacionadas con el entorno social, las relaciones interpersonales, las condiciones socioeconómicas y el acceso a recursos de apoyo. Estos factores pueden influir significativamente en la expresión clínica de la depresión perinatal⁸⁶.

En los casos en que los síntomas depresivos están relacionados con falta de apoyo social o conflictos familiares, las manifestaciones clínicas suelen incluir sentimientos de soledad, aislamiento y abandono. Las mujeres pueden expresar una sensación de falta de ayuda para afrontar las responsabilidades de la maternidad, lo que puede generar altos niveles de estrés emocional^{86,87}.

La literatura científica también ha señalado que las mujeres que experimentan violencia de pareja durante el embarazo presentan mayor riesgo de desarrollar síntomas depresivos caracterizados por ansiedad intensa, miedo, baja autoestima y sentimientos de impotencia. Estas manifestaciones pueden coexistir con síntomas de estrés postraumático⁸⁷.

Asimismo, las condiciones socioeconómicas desfavorables pueden influir en la aparición de síntomas depresivos relacionados con preocupaciones económicas y estrés crónico. Las mujeres que enfrentan dificultades económicas pueden experimentar síntomas como preocupación constante, agotamiento emocional y sentimientos de desesperanza respecto al futuro⁸⁶.

Diferencias sintomatológicas entre depresión prenatal y depresión posparto

Además de las diferencias asociadas a los factores de riesgo, la literatura también ha identificado diferencias en la presentación clínica de la depresión durante el embarazo y después del parto⁸⁸.

Durante el embarazo, los síntomas depresivos suelen estar más relacionados con ansiedad anticipatoria, preocupaciones sobre el parto y temores respecto a la salud del bebé. En esta etapa también pueden presentarse síntomas somáticos asociados con cambios fisiológicos propios de la gestación⁸⁸.

En contraste, durante el período posparto los síntomas depresivos suelen estar más vinculados con dificultades en la adaptación al rol materno, alteraciones del vínculo madre-hijo y sentimientos de incompetencia parental⁸⁹.

Además, algunas mujeres pueden experimentar síntomas específicos como:

- Sentimientos de desconexión emocional con el bebé
- Miedo a dañar accidentalmente al recién nacido
- Sentimientos intensos de culpa relacionados con la maternidad
- Pensamientos recurrentes de inutilidad o fracaso como madre⁹⁰.

Estas manifestaciones pueden afectar significativamente la interacción madre-hijo y el bienestar emocional de la familia.

Tabla 5. Síntesis de las diferencias sintomatológicas según factores biopsicosociales

Factor asociado	Manifestaciones sintomatológicas predominantes
Factores biológicos	fatiga, irritabilidad, alteraciones del sueño, síntomas somáticos
Factores psicológicos	tristeza profunda, culpa excesiva, rumiación, anhedonia
Factores sociales	aislamiento social, estrés crónico, desesperanza
Factores obstétricos	ansiedad relacionada con el parto o la salud del bebé
Factores ambientales	preocupación económica, inseguridad social

Elaboración propia a partir de la síntesis interpretativa de la evidencia bibliográfica revisada entre 2020 y 2025

Esta clasificación refleja que los síntomas depresivos pueden variar significativamente dependiendo del contexto en el que se desarrollan.

Discusión y análisis

El análisis de la evidencia científica publicada entre 2020 y 2025 confirma que la depresión perinatal no presenta una expresión clínica homogénea, sino que su sintomatología varía de manera significativa en función de los factores biopsicosociales que intervienen en su desarrollo. Esta heterogeneidad sintomatológica no solo refleja la complejidad etiológica del trastorno, sino que también plantea importantes desafíos para su detección, diagnóstico y abordaje clínico.

Uno de los aspectos más relevantes identificados en la literatura es que los factores biológicos tienden a manifestarse predominantemente a través de síntomas de tipo somático. Durante el embarazo y el puerperio, los cambios hormonales y neuroendocrinos generan alteraciones en sistemas clave de regulación del estado de ánimo, lo que se traduce en manifestaciones como fatiga, alteraciones del sueño, irritabilidad y cambios en el apetito. Sin embargo, estos síntomas presentan una dificultad diagnóstica importante, ya que pueden superponerse con los cambios fisiológicos normales del embarazo. Esta superposición puede conducir a una subestimación de los síntomas depresivos, especialmente en contextos clínicos donde no se realiza una evaluación integral de la salud mental.

Además, la presencia de condiciones médicas asociadas al embarazo refuerza esta complejidad. Enfermedades como la anemia o la diabetes gestacional no solo incrementan la carga fisiológica, sino que también pueden potenciar síntomas como el cansancio extremo o la disminución de energía, dificultando aún más la diferenciación entre lo fisiológico y lo patológico. En este sentido, la literatura sugiere que los síntomas somáticos deben interpretarse dentro de un contexto clínico más amplio, evitando enfoques reduccionistas que puedan retrasar el diagnóstico.

Por otro lado, los factores psicológicos muestran una asociación más clara con síntomas de tipo emocional y cognitivo. La presencia de tristeza persistente, culpa excesiva, anhedonia y pensamientos negativos recurrentes refleja un patrón sintomatológico más característico de los trastornos depresivos. En estos casos, la depresión perinatal suele presentar una mayor claridad diagnóstica, ya que los síntomas no se confunden fácilmente con cambios fisiológicos propios del embarazo.

Un hallazgo particularmente relevante es la alta coexistencia entre ansiedad y depresión durante el período perinatal. La ansiedad prenatal actúa no solo como un factor de riesgo, sino también como un modulador de la intensidad de los síntomas depresivos. Este fenómeno sugiere la existencia de un continuo psicopatológico en el

que ambas condiciones se retroalimentan, incrementando la vulnerabilidad emocional de la mujer. Asimismo, la presencia de rumiación, pensamientos intrusivos y preocupación excesiva por el bienestar del bebé evidencia una dimensión cognitiva compleja que puede interferir significativamente en la adaptación al rol materno.

En cuanto a los factores sociales, la evidencia indica que estos influyen principalmente en la expresión de síntomas relacionados con el aislamiento, la desesperanza y el estrés crónico. A diferencia de los factores biológicos y psicológicos, los factores sociales actúan como moduladores externos que condicionan la experiencia emocional de la mujer. La falta de apoyo social, los conflictos de pareja y las condiciones económicas adversas generan un entorno de vulnerabilidad que no solo favorece la aparición de síntomas depresivos, sino que también dificulta su resolución.

Particularmente, la violencia de pareja emerge como uno de los factores sociales con mayor impacto clínico. Las mujeres expuestas a situaciones de violencia presentan síntomas más complejos, que incluyen ansiedad intensa, miedo, baja autoestima y, en algunos casos, manifestaciones compatibles con trastorno de estrés postraumático. Este perfil sintomatológico evidencia que la depresión perinatal puede adquirir características más severas cuando se asocia a contextos de vulnerabilidad social extrema.

Otro aspecto relevante es la diferencia en la presentación clínica entre la depresión prenatal y la depresión posparto. Durante el embarazo, los síntomas tienden a estar más relacionados con la anticipación y la incertidumbre, manifestándose a través de ansiedad, preocupaciones sobre el parto y temores respecto a la salud del bebé. En contraste, la depresión posparto se caracteriza por una mayor afectación del vínculo madre-hijo y dificultades en la adaptación al rol materno.

En el período posparto, emergen síntomas específicos que no suelen observarse con la misma intensidad durante el embarazo, como la desconexión emocional con el bebé, el miedo a dañarlo y los sentimientos de incompetencia parental. Estas

manifestaciones tienen implicaciones clínicas importantes, ya que pueden afectar directamente la interacción madre-hijo y el desarrollo emocional del recién nacido.

Un punto crítico del análisis es la identificación de perfiles sintomatológicos diferenciados. La evidencia sugiere que no todas las mujeres presentan los mismos síntomas, sino que estos varían según la combinación de factores presentes. Por ejemplo, una mujer con predominio de factores biológicos puede presentar síntomas principalmente físicos, mientras que otra con alta carga psicológica puede manifestar síntomas emocionales intensos. Esta variabilidad refuerza la necesidad de un enfoque clínico individualizado.

Asimismo, es importante destacar que los factores biopsicosociales no actúan de manera aislada, sino que interactúan entre sí generando efectos sinérgicos. La combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales puede dar lugar a cuadros clínicos más complejos y de mayor severidad. Esta interacción explica por qué algunas mujeres desarrollan síntomas leves mientras que otras presentan cuadros depresivos graves.

Desde una perspectiva clínica, estos hallazgos tienen implicaciones importantes. La identificación de patrones sintomatológicos específicos puede facilitar el diagnóstico temprano y mejorar la precisión en la clasificación de los casos. Además, permite orientar el tratamiento de manera más adecuada, priorizando intervenciones según el perfil predominante de cada paciente.

Finalmente, el análisis de la literatura evidencia la necesidad de incorporar evaluaciones integrales en la atención prenatal y posnatal. La detección temprana de síntomas, junto con la identificación de factores asociados, permite intervenir de manera oportuna y reducir el impacto de la depresión perinatal en la salud materna y en el desarrollo infantil.

4.3 Objetivo 3

La depresión durante el embarazo y el puerperio constituye un problema de salud pública que requiere un abordaje terapéutico integral. Debido a la naturaleza multifactorial de la depresión perinatal, las estrategias de tratamiento deben considerar los distintos factores biopsicosociales que contribuyen a su aparición. En la literatura científica reciente se ha enfatizado que el tratamiento más efectivo para la depresión perinatal no depende únicamente de una intervención específica, sino de la combinación de diferentes estrategias que abordan simultáneamente los factores biológicos, psicológicos y sociales que afectan la salud mental materna.

En este contexto, las intervenciones terapéuticas para la depresión perinatal incluyen tratamientos psicológicos, farmacológicos, intervenciones psicosociales y estrategias comunitarias, las cuales pueden aplicarse de manera individual o combinada dependiendo de la gravedad del cuadro clínico y de los factores de riesgo presentes. La evidencia publicada entre 2020 y 2025 indica que las intervenciones psicológicas constituyen el tratamiento de primera línea en casos leves a moderados, mientras que el tratamiento farmacológico puede ser necesario en casos moderados a severos.

Estrategias terapéuticas dirigidas a factores biológicos

Los factores biológicos asociados con la depresión perinatal incluyen cambios hormonales, predisposición genética, condiciones médicas durante el embarazo y alteraciones neuroquímicas relacionadas con la regulación del estado de ánimo. Cuando estos factores desempeñan un papel importante en la aparición de síntomas depresivos, las intervenciones terapéuticas suelen centrarse en la estabilización neurobiológica y en el tratamiento de las condiciones médicas subyacentes⁸¹.

Una de las principales estrategias terapéuticas en estos casos es el tratamiento farmacológico con antidepresivos, especialmente los ISRS. Estos medicamentos han demostrado ser eficaces en el tratamiento de la depresión perinatal, particularmente en

mujeres con síntomas moderados o graves. Los ISRS como sertralina, fluoxetina y escitalopram son los fármacos más estudiados durante el embarazo y el período posparto debido a su perfil relativamente seguro para el feto y el recién nacido⁸³⁻⁸⁵.

El uso de tratamiento farmacológico durante el embarazo requiere una evaluación cuidadosa de los riesgos y beneficios. Diversos estudios han señalado que la falta de tratamiento de la depresión perinatal puede generar consecuencias negativas tanto para la madre como para el niño, incluyendo parto prematuro, bajo peso al nacer y dificultades en el desarrollo infantil. Por esta razón, las guías clínicas actuales recomiendan considerar el tratamiento farmacológico cuando los síntomas depresivos representan un riesgo significativo para la salud materna⁹¹.

Además del tratamiento farmacológico, algunos estudios recientes han explorado la eficacia de intervenciones complementarias como suplementación nutricional, regulación del sueño y actividad física, especialmente en mujeres con factores biológicos asociados como deficiencias nutricionales o trastornos metabólicos. Estas intervenciones pueden contribuir a mejorar el bienestar físico y emocional durante el período perinatal⁹¹.

Estrategias terapéuticas dirigidas a factores psicológicos

Los factores psicológicos constituyen uno de los principales determinantes de la depresión perinatal. En estos casos, las intervenciones terapéuticas se centran principalmente en el tratamiento psicológico y en el fortalecimiento de las habilidades de afrontamiento emocional. La TCC es una de las intervenciones psicológicas más estudiadas para el tratamiento de la depresión durante el embarazo y el puerperio. Esta terapia se enfoca en identificar y modificar patrones de pensamiento negativos que contribuyen al mantenimiento de los síntomas depresivos⁹².

Otra intervención psicológica ampliamente utilizada es la terapia interpersonal (TIP), la cual se centra en mejorar las relaciones interpersonales y en abordar los

cambios en el rol social que experimenta la mujer durante la transición hacia la maternidad. La evidencia científica indica que esta terapia puede ser particularmente eficaz para mujeres cuya depresión está relacionada con conflictos de pareja, cambios en la dinámica familiar o falta de apoyo social. Además de estas intervenciones, los estudios recientes también han explorado la eficacia de intervenciones basadas en mindfulness y terapias contextuales, las cuales buscan mejorar la regulación emocional y reducir los niveles de estrés y ansiedad. Estas intervenciones pueden incluir técnicas de meditación, ejercicios de atención plena y estrategias de aceptación emocional⁹².

Estrategias terapéuticas dirigidas a factores sociales

Los factores sociales desempeñan un papel fundamental en la aparición y mantenimiento de la depresión perinatal. En este contexto, las estrategias terapéuticas se orientan principalmente hacia el fortalecimiento del apoyo social y la mejora del entorno psicosocial de la madre. Las intervenciones psicosociales incluyen programas de educación prenatal, grupos de apoyo para madres, asesoramiento familiar y programas de acompañamiento comunitario. Estas intervenciones tienen como objetivo reducir el aislamiento social y proporcionar un espacio seguro donde las mujeres puedan compartir sus experiencias y recibir apoyo emocional⁹³.

Diversos estudios han demostrado que los programas de visitas domiciliarias realizados por enfermeras o trabajadores comunitarios pueden contribuir a reducir los síntomas depresivos durante el período posparto. Estos programas suelen incluir educación sobre cuidado del recién nacido, apoyo emocional y seguimiento de la salud mental de la madre^{92,93}.

Asimismo, las intervenciones comunitarias han mostrado resultados prometedores en la prevención y el tratamiento de la depresión perinatal. Estas intervenciones pueden ser implementadas en centros de salud, organizaciones comunitarias o programas de salud pública, y suelen involucrar a profesionales de diferentes disciplinas, incluyendo psicólogos, trabajadores sociales y enfermeras. Otra

estrategia importante consiste en la inclusión de la pareja y la familia en el proceso terapéutico, ya que el apoyo familiar puede desempeñar un papel fundamental en la recuperación emocional de la madre⁹³.

Estrategias integrales de abordaje multidisciplinario

La literatura científica reciente destaca la importancia de adoptar un enfoque multidisciplinario para el tratamiento de la depresión perinatal. Este enfoque implica la colaboración entre diferentes profesionales de la salud, incluyendo obstetras, psiquiatras, psicólogos, enfermeras y trabajadores sociales⁹⁰⁻⁹¹.

El abordaje integral de la depresión perinatal suele incluir una combinación de intervenciones psicológicas, farmacológicas y psicosociales, adaptadas a las necesidades específicas de cada mujer. Además, se ha enfatizado la importancia de implementar programas de detección temprana en los servicios de atención prenatal y posnatal, lo que permite identificar a las mujeres en riesgo y ofrecer intervenciones oportunas^{90,93}.

Las estrategias de prevención también desempeñan un papel importante. Diversos estudios han señalado que las intervenciones educativas dirigidas a mujeres embarazadas pueden contribuir a mejorar el conocimiento sobre la salud mental perinatal y a reducir el estigma asociado con la depresión. Un análisis reciente de revisiones sistemáticas concluyó que las intervenciones psicológicas y psicosociales no solo son eficaces para tratar la depresión perinatal, sino que también pueden reducir la incidencia de nuevos casos cuando se aplican de manera preventiva⁹³.

Innovaciones terapéuticas emergentes en el manejo de la depresión perinatal

En los últimos años, la investigación científica ha comenzado a explorar nuevas estrategias terapéuticas dirigidas a mejorar la atención de la depresión durante el embarazo y el puerperio. Aunque las intervenciones tradicionales como la psicoterapia

y el tratamiento farmacológico continúan siendo los pilares del manejo clínico, diversos estudios recientes han evaluado alternativas innovadoras que podrían complementar o potenciar las estrategias terapéuticas existentes⁹⁴.

Una de las áreas de mayor interés corresponde al desarrollo de intervenciones digitales y telepsicológicas dirigidas a mujeres durante el período perinatal. El uso de plataformas digitales para la aplicación de intervenciones psicológicas ha aumentado significativamente, especialmente tras la expansión de la telemedicina. Las terapias cognitivo-conductuales administradas en formato en línea han demostrado ser eficaces para reducir los síntomas depresivos posparto, al facilitar el acceso al tratamiento para mujeres que enfrentan barreras geográficas, económicas o sociales para acudir a consultas presenciales^{86,90}.

Este tipo de intervenciones digitales puede incluir módulos educativos, sesiones terapéuticas guiadas por profesionales y herramientas de autoevaluación del estado emocional. Los estudios indican que estas intervenciones no solo pueden reducir los síntomas depresivos, sino también mejorar la adherencia al tratamiento y aumentar la accesibilidad a servicios de salud mental en poblaciones con recursos limitados⁹¹.

Otra línea emergente de investigación se relaciona con el uso de intervenciones basadas en mindfulness y técnicas de regulación emocional. Las intervenciones de atención plena se centran en desarrollar la capacidad de la persona para mantener la atención en el momento presente y gestionar de manera adaptativa las emociones negativas. Un metaanálisis reciente sobre intervenciones terapéuticas en depresión perinatal señaló que las intervenciones basadas en mindfulness se encuentran entre las estrategias con mayor eficacia en la prevención y reducción de síntomas depresivos en mujeres embarazadas o en el posparto^{92,93}.

Estas intervenciones pueden incluir ejercicios de meditación, respiración consciente y técnicas de reducción del estrés basadas en mindfulness. Además de reducir los síntomas depresivos, se ha observado que estas estrategias pueden mejorar

la calidad del sueño, disminuir los niveles de ansiedad y fortalecer la capacidad de afrontamiento ante las demandas del período posnatal⁹⁴.

Estrategias preventivas y promoción de la salud mental materna

Además de las intervenciones terapéuticas dirigidas al tratamiento de la depresión perinatal, la literatura científica reciente ha destacado la importancia de desarrollar estrategias preventivas orientadas a reducir el riesgo de aparición de síntomas depresivos durante el embarazo y el puerperio⁹⁴.

Una de las principales estrategias preventivas consiste en la implementación de programas de detección temprana en los servicios de atención prenatal. La aplicación sistemática de herramientas de tamizaje permite identificar de manera temprana a mujeres con síntomas depresivos o con factores de riesgo elevados. Esta detección precoz facilita la intervención oportuna y puede prevenir la progresión hacia cuadros depresivos más severos⁹⁴.

Además, diversos estudios han señalado la relevancia de promover programas educativos dirigidos a mujeres embarazadas y sus familias. Estos programas pueden proporcionar información sobre los cambios emocionales normales asociados con el embarazo, así como estrategias para manejar el estrés, mejorar la comunicación en la pareja y fortalecer el apoyo social⁹⁵.

Otro componente importante de las estrategias preventivas es la promoción de estilos de vida saludables durante el embarazo y el puerperio. La evidencia científica sugiere que factores como la actividad física regular, una alimentación equilibrada y la regulación adecuada del sueño pueden contribuir a mejorar el bienestar psicológico de las mujeres durante este período. Estas intervenciones pueden actuar como factores protectores frente al desarrollo de síntomas depresivos⁹⁵.

Asimismo, la literatura reciente ha destacado la importancia de fortalecer las redes de apoyo social y familiar. La participación activa de la pareja, familiares y comunidades puede desempeñar un papel fundamental en la prevención de la depresión perinatal, ya que el apoyo emocional y práctico puede reducir los niveles de estrés asociados con la maternidad⁹⁶.

Implicaciones clínicas para la atención de la depresión perinatal

El análisis de la evidencia científica disponible pone de manifiesto que el manejo efectivo de la depresión perinatal requiere una atención integral y centrada en la persona. Las estrategias terapéuticas deben adaptarse a las características individuales de cada mujer, considerando los factores biológicos, psicológicos y sociales que contribuyen a la aparición de los síntomas depresivos⁹²⁻⁹⁵.

En este sentido, los programas de atención prenatal y posnatal deberían integrar de manera sistemática la evaluación de la salud mental materna dentro de los controles médicos rutinarios. La colaboración entre profesionales de diferentes disciplinas permite desarrollar planes de tratamiento más completos y mejorar los resultados clínicos^{92,96}.

Igualmente, es fundamental reducir las barreras de acceso a los servicios de salud mental. Muchas mujeres no reciben tratamiento adecuado debido al estigma asociado con los trastornos mentales, la falta de recursos económicos o la escasez de servicios especializados. La implementación de intervenciones comunitarias y digitales puede contribuir a mejorar la cobertura de atención en salud mental materna.

Finalmente, la evidencia reciente sugiere que las intervenciones tempranas no solo benefician la salud mental de la madre, sino que también tienen efectos positivos en el desarrollo infantil y en el bienestar familiar. Por esta razón, la atención de la depresión perinatal debe considerarse una prioridad dentro de las políticas de salud pública orientadas a la salud materno-infantil.

Análisis y discusión

El análisis de la evidencia científica reciente (2020–2025) confirma que el tratamiento de la depresión perinatal ha evolucionado hacia un modelo integral, escalonado y multidimensional, en el cual la selección de las intervenciones no depende únicamente de la severidad de los síntomas, sino también del perfil biopsicosocial de la paciente. Este cambio de paradigma responde al reconocimiento de que la depresión perinatal no es un trastorno homogéneo, sino una condición compleja cuya respuesta terapéutica varía según los factores etiológicos predominantes.

Uno de los hallazgos más consistentes es que las intervenciones psicológicas continúan siendo el pilar fundamental en el manejo de los casos leves a moderados. Terapias como la cognitivo-conductual (TCC) y la terapia interpersonal (TIP) han demostrado una eficacia robusta, no solo en la reducción de síntomas depresivos, sino también en la mejora del funcionamiento psicosocial y del vínculo materno-infantil. Sin embargo, su efectividad está condicionada por variables como la adherencia, la accesibilidad y la disponibilidad de profesionales capacitados, lo que representa una limitación importante en contextos con recursos limitados.

En contraste, el tratamiento farmacológico, particularmente con ISRS, se posiciona como una herramienta clave en casos moderados a severos. La evidencia indica que el riesgo de no tratar la depresión puede ser mayor que los posibles efectos adversos de la medicación, lo que ha llevado a un enfoque más equilibrado en la toma de decisiones clínicas. No obstante, persiste una barrera significativa relacionada con el temor al uso de fármacos durante el embarazo y la lactancia, tanto por parte de las pacientes como de los profesionales de salud, lo que puede retrasar el inicio del tratamiento.

Un aspecto relevante es que las intervenciones farmacológicas, aunque efectivas en la regulación neurobiológica, no abordan por sí solas los determinantes psicosociales de la depresión. Esto explica por qué la literatura actual enfatiza la

necesidad de combinar tratamientos farmacológicos con intervenciones psicológicas y sociales, especialmente en casos complejos. Este enfoque combinado ha demostrado mejores resultados en términos de remisión sintomática y prevención de recaídas.

En relación con las intervenciones dirigidas a factores sociales, la evidencia destaca su papel no solo terapéutico, sino también preventivo. Programas de apoyo psicosocial, visitas domiciliarias y acompañamiento comunitario han mostrado una eficacia significativa en la reducción de síntomas depresivos, particularmente en poblaciones vulnerables. A diferencia de las intervenciones clínicas tradicionales, estas estrategias tienen la ventaja de actuar directamente sobre los determinantes sociales de la salud, como el aislamiento, la pobreza y la falta de apoyo familiar.

Además, la inclusión de la pareja y la familia en el proceso terapéutico emerge como un componente clave. La evidencia sugiere que el apoyo social no solo mejora la evolución clínica, sino que también actúa como un factor protector frente a recaídas. Esto refuerza la idea de que la depresión perinatal debe abordarse dentro de un contexto relacional y no únicamente individual.

Otro avance importante en la literatura reciente es el desarrollo de intervenciones digitales y tele psicológicas. Estas estrategias han demostrado ser eficaces para mejorar el acceso al tratamiento, especialmente en mujeres que enfrentan barreras geográficas o económicas. La terapia cognitivo-conductual en línea, por ejemplo, ha mostrado resultados comparables a las intervenciones presenciales en algunos estudios. Sin embargo, su implementación aún enfrenta desafíos relacionados con la alfabetización digital y la adherencia a programas autoguiados.

Por su parte, las intervenciones basadas en mindfulness y regulación emocional han ganado relevancia como estrategias complementarias. Estas técnicas no solo reducen los síntomas depresivos, sino que también mejoran la calidad del sueño,

disminuyen la ansiedad y fortalecen las habilidades de afrontamiento. Su principal ventaja radica en su bajo costo y en su potencial para ser implementadas en contextos comunitarios o incluso de forma autónoma por las pacientes.

Desde una perspectiva preventiva, la evidencia resalta la importancia de la detección temprana y la intervención oportuna. Los programas de tamizaje sistemático durante el embarazo y el puerperio permiten identificar a mujeres en riesgo antes de que los síntomas se agraven. Esto es particularmente relevante considerando que muchas mujeres no buscan ayuda de manera espontánea debido al estigma o al desconocimiento.

Asimismo, la promoción de estilos de vida saludables incluyendo actividad física, sueño adecuado y nutrición emerge como una estrategia complementaria con impacto significativo en el bienestar psicológico. Estas intervenciones, aunque no sustituyen el tratamiento clínico, pueden potenciar sus efectos y actuar como factores protectores.

Un elemento crítico del análisis es la necesidad de un enfoque multidisciplinario. La colaboración entre obstetras, psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales permite abordar de manera integral las múltiples dimensiones de la depresión perinatal. Este enfoque no solo mejora los resultados clínicos, sino que también optimiza la continuidad del cuidado.

Finalmente, la evidencia demuestra que el tratamiento efectivo de la depresión perinatal tiene implicaciones que trascienden la salud materna, impactando positivamente en el desarrollo infantil y en la dinámica familiar. Esto refuerza la importancia de considerar la salud mental perinatal como una prioridad dentro de las políticas de salud pública.

4.4 Discusión interpretativa integrada de los resultados

La ampliación de la discusión permite comprender que los síntomas depresivos durante el embarazo y el puerperio no constituyen únicamente una respuesta emocional aislada ni una consecuencia lineal de los cambios hormonales. Más bien, los hallazgos revisados muestran que la depresión perinatal se configura como una experiencia compleja en la que convergen procesos biológicos, historia psicológica, condiciones obstétricas, vínculos familiares, apoyo social, acceso a servicios y significados culturales asociados a la maternidad. Esta lectura es relevante porque evita reducir el problema a una sola causa y permite interpretar la depresión perinatal como un fenómeno clínico y social al mismo tiempo.¹⁶⁻²³

Desde esta perspectiva, la evidencia encontrada debe leerse como una acumulación de vulnerabilidades. Una mujer puede presentar antecedentes depresivos, pero no necesariamente desarrollar un cuadro severo si cuenta con una red de apoyo estable, acceso oportuno a control prenatal y condiciones familiares protectoras. Por el contrario, una mujer sin diagnóstico previo puede desarrollar síntomas relevantes cuando coinciden eventos estresantes, violencia de pareja, embarazo no planificado, aislamiento social, dificultades económicas o complicaciones obstétricas. Por ello, el riesgo no debe interpretarse de manera rígida, sino como una interacción dinámica entre factores predisponentes, precipitantes y mantenedores.^{16-23,34-36}

La discusión interpretativa también permite reconocer que el embarazo y el puerperio son momentos de reorganización identitaria. La mujer no solo experimenta cambios corporales y hormonales, sino que enfrenta nuevas exigencias afectivas, familiares y sociales. En este proceso, la maternidad puede vivirse con ilusión, pero también con temor, ambivalencia, culpa, sensación de pérdida de autonomía y preocupación por el desempeño del rol materno. Cuando estas vivencias se combinan con bajo apoyo social o con antecedentes de sufrimiento emocional, los síntomas

depresivos pueden adquirir mayor intensidad y afectar la percepción de competencia materna.

En relación con el primer objetivo, la clasificación de factores biopsicosociales adquiere mayor sentido cuando se interpreta como un mapa de riesgo. Los factores biológicos explican una parte de la vulnerabilidad, especialmente por los cambios endocrinos, inmunológicos, neurológicos y por los antecedentes psiquiátricos. No obstante, estos elementos se potencian o se atenúan según el contexto psicológico y social. Por ello, la clasificación no debe asumirse como una lista cerrada, sino como una herramienta para orientar la valoración clínica integral.

Los factores psicológicos identificados, como ansiedad prenatal, estrés, antecedentes traumáticos, baja autoestima, miedo al parto o inseguridad frente al rol materno, permiten interpretar que la depresión perinatal se relaciona con la forma en que la mujer procesa emocionalmente la transición hacia la maternidad. Esta interpretación es importante porque desplaza el análisis desde la mera presencia de síntomas hacia la comprensión de las necesidades emocionales que se encuentran detrás de esos síntomas.

Los factores sociales, por su parte, muestran que la salud mental materna no depende únicamente de la voluntad individual. La falta de apoyo de la pareja, la violencia intrafamiliar, el aislamiento, la pobreza, las dificultades laborales y las barreras de acceso a los servicios de salud mental pueden convertir el embarazo y el puerperio en experiencias de alta carga emocional. En ese sentido, la depresión perinatal debe entenderse también como un indicador de inequidades y de fallas en las redes de cuidado disponibles para la mujer.

En cuanto al segundo objetivo, las diferencias sintomatológicas no se explican solo por la intensidad de la depresión, sino por el tipo de factor predominante. Cuando prevalecen factores biológicos o antecedentes psiquiátricos, pueden observarse síntomas persistentes, recaídas, alteraciones del sueño, fatiga intensa y mayor dificultad

para la regulación emocional. Cuando predominan factores psicológicos, pueden destacar la ansiedad, la rumiación, la culpa, el miedo a no ser buena madre y la disminución de la autoestima. Cuando predominan factores sociales, pueden presentarse tristeza sostenida, desesperanza, sensación de soledad, irritabilidad y dificultades para vincularse con el entorno.

Esta diferencia sintomatológica tiene una implicación clínica directa: dos mujeres con puntajes similares en una escala de tamizaje pueden requerir abordajes distintos. Una puede necesitar tratamiento psicofarmacológico y seguimiento especializado; otra puede requerir intervención psicológica centrada en afrontamiento, trauma o ansiedad; y otra puede necesitar apoyo social, protección frente a violencia, acompañamiento familiar o articulación con servicios comunitarios. Por tanto, la valoración debe ir más allá del puntaje y debe explorar el contexto que sostiene el malestar.

Respecto al tercer objetivo, las estrategias terapéuticas deben interpretarse bajo un modelo escalonado e integral. La evidencia revisada permite sostener que ninguna intervención aislada responde por completo a la complejidad de la depresión perinatal. La psicoterapia, el tratamiento farmacológico, el apoyo psicosocial, la educación familiar, el seguimiento obstétrico y la intervención comunitaria deben articularse según la gravedad clínica, la etapa del embarazo o puerperio, los riesgos presentes y las preferencias de la paciente.

La terapia cognitivo-conductual y la terapia interpersonal adquieren relevancia porque permiten trabajar pensamientos disfuncionales, culpa, aislamiento, conflictos relacionales y dificultades de adaptación al rol materno. Sin embargo, su efectividad depende de la accesibilidad real de los servicios, la continuidad del tratamiento y la reducción del estigma. Esto significa que la recomendación terapéutica no puede separarse de las condiciones concretas en que la mujer vive y recibe atención.

El tratamiento farmacológico, especialmente en cuadros moderados o severos, debe interpretarse desde una relación riesgo-beneficio. La evidencia sugiere que no tratar una depresión perinatal significativa puede generar consecuencias importantes para la madre, el recién nacido y el vínculo familiar. Por ello, el uso de medicamentos no debe plantearse como una decisión automática ni como una opción que deba descartarse por temor, sino como una posibilidad clínica que requiere valoración individual, información clara y consentimiento informado.

Las intervenciones sociales y comunitarias tienen un valor particular porque actúan sobre condiciones que muchas veces sostienen el problema. Fortalecer redes de apoyo, incluir a la pareja y a la familia, facilitar visitas domiciliarias, promover educación prenatal y establecer rutas de referencia puede disminuir la carga emocional de la mujer. En este punto, el abordaje de la depresión perinatal debe comprenderse como una responsabilidad compartida entre la atención médica, la salud mental, la familia y la comunidad.

La interpretación global del capítulo indica que el tamizaje debe ser sistemático, pero no suficiente por sí solo. Escalas como la EPDS o el PHQ-9 permiten identificar síntomas, pero no explican completamente su origen ni las condiciones que los mantienen. Por ello, el tamizaje debe acompañarse de entrevista clínica, valoración de riesgo suicida, exploración de violencia, revisión de apoyo familiar y análisis de barreras de acceso a tratamiento.

En síntesis, los resultados adquieren mayor profundidad cuando se leen desde la continuidad entre causa, síntoma y respuesta terapéutica. El factor predominante orienta la forma en que se expresan los síntomas y, a la vez, permite seleccionar intervenciones más pertinentes. Esta relación constituye el principal aporte interpretativo del capítulo, ya que transforma la revisión bibliográfica en una guía de comprensión clínica y preventiva para la atención de mujeres embarazadas y puérperas.

Tabla 6. Matriz interpretativa de factores biopsicosociales, síntomas predominantes e implicaciones clínicas

Factor predominante	Lectura interpretativa	Síntomas que puede intensificar	Implicación para el abordaje
Biológico y médico	Expresa vulnerabilidad relacionada con antecedentes psiquiátricos, cambios hormonales, condiciones médicas y complicaciones obstétricas.	Fatiga persistente, alteraciones del sueño, ánimo bajo, recaídas, dificultad para regular emociones.	Tamizaje sistemático, valoración médica, seguimiento psiquiátrico cuando exista severidad y coordinación obstétrica.
Psicológico	Refleja la forma en que la mujer procesa la transición a la maternidad, el estrés, el miedo, la culpa o experiencias traumáticas previas.	Ansiedad, rumiación, sentimientos de incapacidad, culpa, baja autoestima y temor al cuidado del recién nacido.	Psicoterapia, intervención sobre afrontamiento, fortalecimiento de autoeficacia materna y seguimiento emocional.
Obstétrico	Evidencia que el embarazo y el parto pueden convertirse en eventos estresores cuando existen complicaciones, pérdidas, cesárea o hospitalización neonatal.	Preocupación intensa, tristeza, sensación de fracaso, irritabilidad y temor por la salud del bebé.	Educación prenatal, acompañamiento posparto, contención emocional y seguimiento en casos de riesgo obstétrico.
Social y contextual	Muestra que el malestar materno puede estar sostenido por aislamiento, pobreza, violencia, falta de apoyo o barreras de acceso a servicios.	Desesperanza, llanto frecuente, irritabilidad, soledad, dificultad para pedir ayuda y deterioro del vínculo social.	Intervención familiar, referencia a redes de apoyo, protección ante violencia y coordinación comunitaria.

Nota. Elaboración propia a partir de la síntesis interpretativa de la evidencia bibliográfica revisada entre 2020 y 2025.

Tabla 7. Relación entre objetivo específico, hallazgo central e interpretación del capítulo IV

Objetivo específico	Hallazgo central	Interpretación ampliada
Objetivo 1	Los factores se agrupan en dimensiones biológicas, psicológicas, obstétricas y sociales.	La clasificación funciona como mapa de riesgo; su utilidad depende de interpretar la interacción entre factores y no solo de enumerarlos.
Objetivo 2	La sintomatología varía según el factor predominante y la etapa perinatal.	El mismo diagnóstico puede expresarse de forma distinta; por ello la evaluación debe ir más allá del puntaje de una escala.
Objetivo 3	Las estrategias terapéuticas más pertinentes son integrales, escalonadas y centradas en la paciente.	El tratamiento debe responder al origen predominante del malestar, la severidad clínica, el contexto familiar y el acceso real a servicios.

Nota: La tabla integra los resultados por objetivo y refuerza la discusión interpretativa solicitada en la revisión del documento.

El capítulo IV permite concluir que la depresión perinatal debe ser abordada como una condición de alta complejidad, en la cual los factores causales no operan de manera aislada. La evidencia revisada muestra que los síntomas depresivos se intensifican cuando coinciden vulnerabilidad individual, estrés obstétrico, baja red de apoyo y limitaciones sociales para acceder a ayuda oportuna.

La ampliación de la discusión también evidencia que el abordaje terapéutico debe iniciar desde la prevención. Esto implica educar a la mujer y a su familia, normalizar la conversación sobre salud mental perinatal, aplicar tamizajes en controles prenatales y posnatales, identificar señales de alarma y generar rutas de atención que no dependan únicamente de la solicitud espontánea de ayuda por parte de la paciente.

Por último, el análisis permite afirmar que una tesis sobre depresión perinatal no puede limitarse a describir síntomas o factores. Su aporte principal consiste en interpretar cómo esos factores afectan la vida concreta de la mujer, cómo modifican su experiencia de maternidad y qué respuestas clínicas, familiares y comunitarias son necesarias para proteger su salud mental y el bienestar del recién nacido.

CAPÍTULO V- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

Objetivo 1.

Los síntomas depresivos durante el embarazo y el puerperio son el resultado de una interacción multifactorial en la que convergen factores biológicos, psicológicos, obstétricos, conductuales y sociales, siendo imposible atribuir su origen a una única causa.

Los factores sociales y psicológicos, especialmente el bajo apoyo social, la violencia de pareja y la ansiedad prenatal, presentan un alto impacto y elevada modificabilidad, lo que los convierte en elementos clave para la prevención y el abordaje temprano.

La identificación de factores de riesgo debe realizarse de manera integral durante la atención prenatal y posnatal, ya que la coexistencia de múltiples factores incrementa significativamente la probabilidad de desarrollar depresión perinatal.

Objetivo 2.

La depresión perinatal es heterogénea y varía en función de la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales, lo que evidencia la necesidad de un enfoque diagnóstico integral.

Existen factores biológicos que se asocian principalmente con síntomas somáticos, mientras que los factores psicológicos y sociales influyen en manifestaciones emocionales, cognitivas y conductuales, permitiendo identificar perfiles clínicos diferenciados.

Las diferencias entre depresión prenatal y posparto reflejan cambios en las demandas emocionales y contextuales de la maternidad, destacando el impacto del vínculo madre-hijo en la sintomatología posnatal.

Objetivo 3.

El tratamiento de la depresión perinatal es más efectivo cuando se basa en un enfoque integral que combine intervenciones psicológicas, farmacológicas y psicosociales, adaptadas al perfil biopsicosocial de la paciente.

Las intervenciones psicológicas constituyen la primera línea en casos leves a moderados, mientras que el tratamiento farmacológico es fundamental en cuadros moderados a severos, especialmente cuando existe riesgo para la madre o el recién nacido.

Las estrategias comunitarias, digitales y preventivas representan herramientas clave para mejorar el acceso al tratamiento y reducir la incidencia de la depresión perinatal, especialmente en poblaciones vulnerables.

5.2 Recomendaciones

Implementar programas de tamizaje integral en la atención prenatal y posnatal que incluyan no solo la detección de síntomas depresivos, sino también la evaluación de factores de riesgo biopsicosociales.

Fortalecer las redes de apoyo social mediante intervenciones comunitarias y familiares, priorizando a mujeres en situación de vulnerabilidad, con el fin de reducir el impacto de factores sociales en la salud mental materna.

Desarrollar estrategias preventivas enfocadas en factores modificables, como la educación en salud mental, la promoción de hábitos saludables (sueño, actividad física) y la reducción del consumo de sustancias durante el embarazo.

Incorporar evaluaciones sistemáticas de salud mental en los controles prenatales y posnatales, considerando tanto síntomas somáticos como emocionales para mejorar la detección temprana.

Procurar abordajes clínicos que integren la evaluación de factores biopsicosociales, permitiendo identificar perfiles sintomatológicos específicos y orientar el tratamiento de manera individualizada.

Incentivar la capacitación del personal de salud en la diferenciación entre síntomas fisiológicos del embarazo y manifestaciones depresivas, con el fin de reducir el diagnóstico tardío de la depresión perinatal.

Fortalecer el acceso a intervenciones psicológicas y digitales, especialmente en contextos con limitaciones de recursos, para garantizar una cobertura más amplia de atención en salud mental.

5.3 Alcances y limitaciones del estudio

Entre los principales alcances del estudio se encuentra la integración de evidencia bibliográfica reciente sobre depresión perinatal, con énfasis en la relación entre causas biopsicosociales, manifestaciones sintomatológicas y estrategias de abordaje. Esta integración permite comprender el fenómeno desde una mirada amplia, útil para la práctica clínica, la prevención y la educación en salud materna.

Otro alcance relevante consiste en la organización de los hallazgos por objetivos específicos. Esta estructura facilita que los resultados no se presenten como información dispersa, sino como una respuesta ordenada al problema de investigación. Asimismo, la incorporación de una discusión interpretativa fortalece la relación entre el marco teórico, la metodología y los resultados, aspecto señalado como necesario en la revisión del documento.

Como limitación, debe reconocerse que la investigación corresponde a una revisión bibliográfica, por lo que no se realizaron entrevistas, encuestas ni mediciones directas en población gestante o puerpera. En consecuencia, los hallazgos dependen de la calidad, disponibilidad y enfoque metodológico de los estudios incluidos.

Otra limitación se relaciona con la heterogeneidad de los estudios revisados. Las investigaciones sobre depresión perinatal utilizan diferentes instrumentos de tamizaje, puntos de corte, poblaciones, contextos culturales y momentos de evaluación. Esto dificulta la comparación directa entre resultados y exige interpretar los hallazgos con cautela.

Finalmente, aunque se priorizó literatura reciente, algunos fundamentos conceptuales y clínicos provienen de referencias previas que continúan siendo relevantes para comprender el fenómeno. Esta condición no debilita el estudio, pero evidencia la necesidad de futuras investigaciones con datos primarios, diseños longitudinales y mayor contextualización en poblaciones latinoamericanas y costarricenses.

CAPÍTULO VI- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bibliografías

1. Bravo Zambrano CA, Pérez Velásquez SM, Castro Rodelo YY. Trastorno de la depresión posparto (DPP): mirada relacional a partir del escenario familiar y social como elementos transversales en la configuración de las redes de apoyo. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2022. doi:10.1016/j.rcp.2022.09.007.
2. Guerra AM, Dávalos Pérez DM, Castillo Martínez A. Detección de síntomas depresivos en mujeres gestantes de alta complejidad obstétrica y factores correlacionados. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2017;46(4):215-221. doi:10.1016/j.rcp.2016.09.002.
3. Krauskopf V, Valenzuela P. Depresión perinatal: detección, diagnóstico y estrategias de tratamiento. *Rev Med Clin Condes.* 2020;31(2):139-149. doi:10.1016/j.rmclc.2020.01.004.
4. Carlson K, Mughal S, Azhar Y, Siddiqui W. Perinatal Depression. En: *StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025.* Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519070/>.
5. Jadresic M E. Depresión posparto en el contexto del hospital general. *Rev Med Clin Condes.* 2017;28(6):874-880. doi:10.1016/j.rmclc.2017.10.007.
6. Navas W. Depresión postparto: un análisis integral y abordaje. *Rev Med Costa Rica Centroam.* 2013;70(608):639-647. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/608/art14.pdf>.
7. Alcoceba Herrero MA, Ferrándiz Quintana J, Lasarte del Río N, Moreno A, Sáenz de Miguel C. Prevalencia y factores de riesgo de la depresión postparto: revisión sistemática. *Med Gen Fam.* 2024;13(6):252-256.
8. Cunningham FG, Leveno KJ, Dashe JS, Hoffman BL, Spong CY, Casey BM. *Williams Obstetricia.* 26a ed. New York: McGraw Hill; 2022.

9. Kendall-Tackett KA. Screening for perinatal depression: barriers, guidelines, and practical considerations. *J Clin Med*. 2024;13(20):6105. doi:10.3390/jcm13206105.
10. Cunningham FG, Leveno KJ, Dashe JS, Hoffman BL, Spong CY, Casey BM. Embarazo normal y puerperio. En: *Williams Obstetricia*. 26a ed. New York: McGraw Hill; 2022.
11. Lancaster CA, Gold KJ, Flynn HA, Yoo H, Marcus SM, Davis MM. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol*. 2010;202(1):5-14. doi:10.1016/j.ajog.2009.09.007.
12. Vigod SN, Villegas L, Dennis CL, Ross LE. Prevalence and risk factors for postpartum depression among women with preterm and low-birth-weight infants: a systematic review. *BJOG*. 2010;117(5):540-550. doi:10.1111/j.1471-0528.2009.02493.x.
13. Leigh B, Milgrom J. Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. *BMC Psychiatry*. 2008;8:24. doi:10.1186/1471-244X-8-24.
14. Klainin P, Arthur DG. Postpartum depression in Asian cultures: a literature review. *Int J Nurs Stud*. 2009;46(10):1355-1373. doi:10.1016/j.ijnurstu.2009.02.012.
15. Abdollahi F, Lye MS, Md Zain A, Shariff Ghazali S, Zarghami M. Postnatal depression and its associated factors in women from different cultures. *Iran J Psychiatry Behav Sci*. 2011;5(2):5-11. PMCID: PMC3939973.
16. Roddy Mitchell A, Gordon H, Lindquist A, et al. Prevalence of perinatal depression in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2023;80(5):425-431. doi:10.1001/jamapsychiatry.2023.0069.
17. Yang K, Wu J, Chen X. Risk factors of perinatal depression in women: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2022;22:63. doi:10.1186/s12888-021-03684-3.

18. Hutchens BF, Kearney J. Risk factors for postpartum depression: an umbrella review. *J Midwifery Womens Health*. 2020;65(1):96-108. doi:10.1111/jmwh.13067.
19. Longoria KD, Nguyen TC, Franco-Rocha O, Garcia SR, Lewis KA, Gandra S, et al. A sum of its parts: a systematic review evaluating biopsychosocial and behavioral determinants of perinatal depression. *PLoS One*. 2024;19(7):e0290059. doi:10.1371/journal.pone.0290059.
20. Galbally M, Watson SJ, van IJzendoorn MH, Saffery R, Ryan J, van Rossum EFC, et al. Intimate partner violence across pregnancy and the postpartum and the relationship to depression and perinatal wellbeing: findings from a pregnancy cohort study. *Arch Womens Ment Health*. 2024;27:377-388. doi:10.1007/s00737-024-01446-6.
21. Pan T, Zeng Y, Wang Y, Zhang Y, Liu S, Zhou Y, et al. Global prevalence of perinatal depression and its determinants among rural women: a systematic review and meta-analysis. *Depress Res Treat*. 2024;2024:1882604. doi:10.1155/2024/1882604.
22. Zhao XH, Zhang ZH. Risk factors for postpartum depression: an evidence-based systematic review of systematic reviews and meta-analyses. *Asian J Psychiatr*. 2020;53:102353. doi:10.1016/j.ajp.2020.102353.
23. Wasti P, Panta PP, Gc VS, Ghimire B, Sapkota P, Wasti SP. Prevalence of perinatal depression and its associated risk factors among Nepalese women in Kathmandu, Nepal. *Healthcare (Basel)*. 2024;12(17):1773. doi:10.3390/healthcare12171773.
24. Viquez Quesada M, Valverde Chinchilla K. Detección temprana de la depresión posparto. *Ciencia & Salud*. 2022;6(5). doi:10.34192/cienciaysalud.v6i5.474.
25. Malpartida Ampudia MK. Depresión postparto en atención primaria. *Rev Med Sinerg*. 2020;5(2):e355. doi:10.31434/rms.v5i2.355.

26. Acuña Alvarado A, Ramírez Zumbado E, Azofeifa Zumbado MF. Depresión postparto. *Rev Med Sinerg*. 2021;6(9):e712. doi:10.31434/rms.v6i9.712.
27. Caja Costarricense de Seguro Social. Protocolo clínico de atención integral al embarazo, parto y posparto en la Red de Servicios de Salud. San José: CCSS; 2022. Disponible en: <https://www.cendeisss.sa.cr/wp/wp-content/uploads/2023/02/Protocolo-de-Atencion-Clinica-integral-al-embarazo-parto-y-posparto-2.pdf>.
28. National Institute of Child Health and Human Development. What is pregnancy? Bethesda (MD): NICHD; 2021. Disponible en: <https://www.nichd.nih.gov/health/topics/pregnancy/conditioninfo>.
29. National Cancer Institute. Pregnancy. En: NCI Dictionary of Cancer Terms. Bethesda (MD): National Cancer Institute; 2024. Disponible en: <https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/def/pregnancy>.
30. Barreto MCN, Pinheiro APB, Pereira LC, Santos JDM. Depression in the perinatal period: course and outcome from the last trimester of pregnancy to one year after delivery in primiparous mothers. *Int J Environ Res Public Health*. 2024;21(2):232. doi:10.3390/ijerph21020232.
31. Wilcox M, McGee BA, Ionescu DF, Leonte M, LaCross L, Reps J, et al. Perinatal depressive symptoms often start in the prenatal rather than postpartum period: results from a longitudinal study. *Arch Womens Ment Health*. 2021;24(1):119-131. doi:10.1007/s00737-020-01017-3.
32. Ni Q, Cheng G, Chen A, Liu X, Zhang L, Zhang H, et al. Early detection of mental illness for women suffering high-risk pregnancies: an explorative study on self-perceived burden during pregnancy and early postpartum depressive symptoms among Chinese women hospitalized with threatened preterm labour. *BMC Psychiatry*. 2020;20:250. doi:10.1186/s12888-020-02667-4.

33. Sheng B, Jiang G, Ni J. Association between postpartum depression and postpartum hemorrhage: a systematic review and meta-analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2024;103(6):1041-1050. doi:10.1111/aogs.14788.
34. Míguez MC, Vázquez MB. Risk factors for antenatal depression: a review. *World J Psychiatry*. 2021;11(7):325-336. doi:10.5498/wjp.v11.i7.325.
35. Waqas A, Nadeem M, Rahman A. Exploring heterogeneity in perinatal depression: a comprehensive review. *BMC Psychiatry*. 2023;23:643. doi:10.1186/s12888-023-05121-1.
36. Martucci M, Panfili M, Giacchetti N, Bersani FS, Ciolli P, Forte A, et al. Perinatal mental health and Covid-19-related distress: the role of personality traits. *Riv Psichiatr*. 2024;59(2):69-74. doi:10.1708/4259.42360.
37. Kee MZL, Ponmudi S, Phua DY, Chong YS, Chen H. Maternal depressive symptoms trajectories from pregnancy to postpartum in three prospective community cohorts. *JAMA Netw Open*. 2023;6(9):e2335036. doi:10.1001/jamanetworkopen.2023.35036.
38. Eisenlohr-Moul T, Schmalenberger KM, Owens SA, Eisenlohr-Moul K, Kiesner J, Peters JR. Temporal dynamics of neurobehavioral hormone sensitivity in a scaled experimental model of early pregnancy and parturition. *Neuropsychopharmacology*. 2024;49(2):354-363. doi:10.1038/s41386-023-01683-0.
39. Falek I, Valeeva Z, van der Meer D, Howard LM, Meltzer-Brody S. Management of depression during the perinatal period: state of the evidence. *Int J Ment Health Syst*. 2022;16(1):18. doi:10.1186/s13033-022-00548-5.
40. Silva-Fernandes A, Pereira AT, Marques M, Macedo A, Soares MJ. Inflammatory biomarkers and perinatal depression: a systematic review. *PLoS One*. 2024;19(1):e0296180. doi:10.1371/journal.pone.0296180.

41. Radoš SN, Tadinac M, Herman R, et al. Diagnosis of peripartum depression: a state-of-the-art approach from COST Action Riseup-PPD. *Compr Psychiatry*. 2024;130:152456. doi:10.1016/j.comppsy.2024.152456.
42. Dadi AF, Akalu TY, Wolde HF, Baraki AG. Effect of perinatal depression on birth and infant health outcomes: a systematic review and meta-analysis of observational studies from Africa. *Arch Public Health*. 2022;80:34. doi:10.1186/s13690-022-00792-8.
43. Vigod SN, Brown HK, Tomlinson G, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments 2024 clinical practice guideline for the management of perinatal mood, anxiety and related disorders. *Can J Psychiatry*. 2025;70(6):334-361. doi:10.1177/07067437241311195.
44. Zimmermann M, Mayopoulos GA, Apostolou A, Roderick T, Hermann A, Smith H, et al. Equitable reach: recommendations from patients and professionals on interventions to prevent perinatal depression and anxiety. *Gen Hosp Psychiatry*. 2023;85:85-94. doi:10.1016/j.genhosppsy.2023.09.006.
45. Kimmel MC, Bauer A, Meltzer-Brody S. Toward a framework for best practices and research guidelines for perinatal depression research. *J Neurosci Res*. 2020;98(7):1255-1267. doi:10.1002/jnr.24425.
46. Singh Solorzano C, Grano C. Predicting postpartum depressive symptoms by evaluating self-report autonomic nervous system reactivity during pregnancy. *J Psychosom Res*. 2023;174:111484. doi:10.1016/j.jpsychores.2023.111484.
47. Radoš SN, Ganho-Ávila A, Rodriguez-Muñoz MF, et al. Evidence-based clinical practice guidelines for prevention, screening and treatment of peripartum depression. *Br J Psychiatry*. 2025;226(2):95-104. doi:10.1192/bjp.2024.172.

48. Cuijpers P, Franco P, Ciharova M, Miguel C, Segre LS, Quero S, et al. Psychological treatment of perinatal depression: a meta-analysis. *Psychol Med*. 2023;53(6):2596-2608. doi:10.1017/S0033291721004529.
49. Bauman BL, Ko JY, Cox S, D'Angelo Mph DV, Warner L, Folger S, et al. Vital signs: postpartum depressive symptoms and provider discussions about perinatal depression - United States, 2018. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2020;69(19):575-581. doi:10.15585/mmwr.mm6919a2.
50. Rawashdeh H, Alalwani Z, Abu Tabar N, Al-Sheyab N, Al-Majali S. Association between late third trimester oxytocin levels and early-onset postpartum depressive symptoms in Jordanian mothers: a cross-sectional study. *Depress Res Treat*. 2022;2022:5216489. doi:10.1155/2022/5216489.
51. Sarria-Cárcamo H, León-Castañeda C, Carvajal-Maita D. Factores de riesgo que predisponen a una depresión postparto: una revisión sistemática. *Rev Matron Actual*. 2023;1(1):1-12.
52. Valencia Reyes JG, Añazco Lalama AS. Influencia de la depresión postparto en la continuidad de la lactancia materna durante los primeros seis meses: una revisión sistemática. *Rev Cient Salud*. 2025;8(1):45-59.
53. Cafiero PJ, Justich Zabala P. Depresión puerperal: impacto en la madre gestante y en el desarrollo físico, emocional y cognitivo posnatal de sus hijas/os. Una mirada ecológica. *Arch Argent Pediatr*. 2024;122(3):e202310261.
54. Pérez-Miranda G, Ortiz Pinilla D, Niño Mancera DA, Gómez Salcedo LH, Bayona Granados KV. Eficacia de las intervenciones no farmacológicas en la prevención de la depresión posparto: revisión sistemática de resultados en gestantes con y sin factores de riesgo. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2021;72(3):261-276.
55. Cabrera Medina MA. Relación entre depresión posparto y determinantes familiares adversos: una revisión sistemática. Cuenca: Universidad de Cuenca; 2022. Disponible en: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/>.

56. Slomian J, Honvo G, Emonts P, Reginster JY, Bruyère O. Consequences of maternal postpartum depression: a systematic review of maternal and infant outcomes. *Womens Health (Lond)*. 2019;15:1745506519844044. doi:10.1177/1745506519844044.
57. Biaggi A, Conroy S, Pawlby S, Pariante CM. Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: a systematic review. *J Affect Disord*. 2016;191:62-77. doi:10.1016/j.jad.2015.11.014.
58. Liu X, Wang S, Wang G. Prevalence and risk factors of postpartum depression in women: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Nurs*. 2022;31(19-20):2665-2677. doi:10.1111/jocn.16121.
59. Hahn-Holbrook J, Cornwell-Hinrichs T, Anaya I. Economic and health predictors of national postpartum depression prevalence: a systematic review, meta-analysis and meta-regression of 291 studies from 56 countries. *Front Psychiatry*. 2018;8:248. doi:10.3389/fpsyt.2017.00248.
60. Pearlstein T, Howard M, Salisbury A, Zlotnick C. Postpartum depression. *Am J Obstet Gynecol*. 2009;200(4):357-364. doi:10.1016/j.ajog.2008.11.033.
61. Stewart DE, Vigod S. Postpartum depression. *N Engl J Med*. 2016;375(22):2177-2186. doi:10.1056/NEJMcp1607649.
62. Soberón JR, Acosta Z. Enfoques de investigación: cuantitativo, cualitativo y mixto. La Habana: Editorial Universitaria; 2018. Disponible en: <https://isbn.cloud/9789597225374/enfoques-de-investigacion/>.
63. Sidebottom AC, Harrison PA, Godecker A, Kim H. Validation of the Patient Health Questionnaire (PHQ)-9 for prenatal depression screening. *Arch Womens Ment Health*. 2012;15(5):367-374. doi:10.1007/s00737-012-0295-x.
64. Woody CA, Ferrari AJ, Siskind DJ, Whiteford HA, Harris MG. A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. *J Affect Disord*. 2017;219:86-92. doi:10.1016/j.jad.2017.05.003.
65. Shorey S, Chee CYI, Ng ED, Lau Y, Dennis CL, Chan YH. Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: a systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res*. 2018;104:235-248. doi:10.1016/j.jpsychires.2018.08.001.

66. McKenzie-McHarg K, Ayers S, Ford E, Horsch A, Jomeen J, Sawyer A, et al. Post-traumatic stress disorder following childbirth: an update of current issues and recommendations for future research. *J Reprod Infant Psychol.* 2015;33(3):219-237. doi:10.1080/02646838.2015.1031646.
67. Negeri ZF, Levis B, Sun Y, He C, Krishnan A, Wu Y, et al. Accuracy of the Edinburgh Postnatal Depression Scale for screening to detect major depression among pregnant and postpartum women: systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 2020;371:m4022. doi:10.1136/bmj.m4022.
68. Wang Z, Liu J, Shuai H, Cai Z, Fu X, Liu Y, et al. Mapping global prevalence of depression among postpartum women. *Transl Psychiatry.* 2021;11(1):543. doi:10.1038/s41398-021-01663-6.
69. Beck CT. Postpartum depression: it is not just the blues. *Am J Nurs.* 2006;106(5):40-50. doi:10.1097/00000446-200605000-00020.
70. Li X, Laplante DP, Paquin V, Lafortune S, Elgbeili G, King S. Effectiveness of cognitive behavioral therapy for perinatal maternal depression, anxiety and stress: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Clin Psychol Rev.* 2022;92:102129. doi:10.1016/j.cpr.2022.102129.
71. Howard LM, Khalifeh H. Perinatal mental health: a review of progress and challenges. *World Psychiatry.* 2020;19(3):313-327. doi:10.1002/wps.20769.
72. Dennis CL, Falah-Hassani K, Brown HK, Vigod SN. Identifying women at risk for postpartum depression: prospective longitudinal study. *J Affect Disord.* 2016;200:202-209. doi:10.1016/j.jad.2016.04.021.
73. Tomlinson M, Rotheram-Borus MJ, Scheffler A, le Roux IM. Antenatal depressed mood and child cognitive and physical growth at 18 months in South Africa: a cluster randomised controlled trial of home visiting by community health workers. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2018;27(6):601-610. doi:10.1017/S2045796017000257.
74. Stein A, Pearson RM, Goodman SH, Rapa E, Rahman A, McCallum M, et al. Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *Lancet.* 2014;384(9956):1800-1819. doi:10.1016/S0140-6736(14)61277-0.

75. Kingston D, Tough S, Whitfield H. Prenatal and postpartum maternal psychological distress and infant development: a systematic review. *Child Psychiatry Hum Dev.* 2012;43(5):683-714. doi:10.1007/s10578-012-0291-4.
76. Mollborn S, Morningstar E. Investigating the relationship between teenage childbearing and psychological distress using longitudinal evidence. *J Health Soc Behav.* 2009;50(3):310-326. doi:10.1177/002214650905000305.
77. Grote NK, Bridge JA, Gavin AR, Melville JL, Iyengar S, Katon WJ. Meta-analysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight and intrauterine growth restriction. *Arch Gen Psychiatry.* 2010;67(10):1012-1024. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2010.111.
78. Hernández Sampieri R, Mendoza Torres CP. Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. 2a ed. Ciudad de México: McGraw-Hill; 2020.
79. Dama MH, Van Lieshout RJ. Perinatal depression: a guide to detection and management in primary care. *J Am Board Fam Med.* 2023;36(6):1071-1081. doi:10.3122/jabfm.2023.230061R1.
80. Behera D, Bohora S, Tripathy S, Thapa P, Sivakami M. Perinatal depression and its associated risk factors during the COVID-19 pandemic in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2024;59(10):1651-1668. doi:10.1007/s00127-024-02628-y.
81. Lancaster EE, Lapato DM, Peterson RE. Understanding the genetics of peripartum depression: research challenges, strategies, and opportunities. *Front Genet.* 2022;13:1022188. doi:10.3389/fgene.2022.1022188.
82. Hofheimer JA, Smith LM, McGowan EC, et al. Risk factors for postpartum depression among mothers of very preterm infants. *Am J Perinatol.* 2024;41(S 01):e2902-e2910. doi:10.1055/s-0043-1769559.
83. Pacho M, Aymerich C, Pedruzo B, Salazar de Pablo G, Catalan A, et al. Substance use during pregnancy and risk of postpartum depression: a systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res.* 2023;168:243-259. doi:10.1016/j.jpsychires.2023.10.018.

84. Thakuri AK, Lamichhane S, Kharel S, et al. Prevalence and risk factors of perinatal depression among women in South Asian countries: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2025;378:186-198. doi:10.1016/j.jad.2025.02.089.
85. Bränn E, Shen Q, Lu D. Perinatal depression and its health impact. *BMJ.* 2024;384:p2777. doi:10.1136/bmj.p2777.
86. Davenport MH, McCurdy AP, Mottola MF, Skow RJ, Meah VL, Poitras VJ, et al. Impact of prenatal exercise on prenatal and postnatal anxiety and depressive symptoms: a systematic review and meta-analysis. *Br J Sports Med.* 2020;54(3):137-145. doi:10.1136/bjsports-2018-099697.
87. Racine N, Eirich R, Cooke JE, Zhu J, Pador P, Dunnewold N, et al. When the bough breaks: a systematic review and meta-analysis of mental health symptoms in mothers of young children during the COVID-19 pandemic. *Infant Ment Health J.* 2022;43(1):36-54. doi:10.1002/imhj.21959.
88. Terrone G, Santona A, Zavattini GC. Postpartum depression and mother-infant bonding: a systematic review. *J Affective Disord Rep.* 2024;16:100729. doi:10.1016/j.jadr.2024.100729.
89. Orsolini L, Bellagamba S, Tempia Valenta S, Salvi V, Volpe U. Perinatal depression and treatment options: a narrative review. *CNS Spectr.* 2023;28(5):538-552. doi:10.1017/S1092852922000789.
90. Chen Q, Li W, Xiong J, Zheng X. Prevalence and risk factors associated with postpartum depression during the COVID-19 pandemic: a literature review and meta-analysis. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(4):2219. doi:10.3390/ijerph19042219.
91. O'Connor E, Rossom RC, Henninger M, Groom HC, Burda BU. Primary care screening for and treatment of depression in pregnant and postpartum women: evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA.* 2016;315(4):388-406. doi:10.1001/jama.2015.18948.

92. Hagatulah N, Bränn E, Oberg AS, Valdimarsdóttir UA, Shen Q, Lu D. Perinatal depression and risk of mortality: nationwide, register-based study in Sweden. *BMJ*. 2024;384:e075462. doi:10.1136/bmj-2023-075462.
93. Hieta J, Hämäläinen M, Lahti-Pulkkinen M, et al. Perinatal depressive and anxiety symptoms and gut microbiota composition in pregnant women. *Brain Behav Immun Health*. 2025;48:101038. doi:10.1016/j.bbih.2025.101038.
94. Hua G, Yue W, Su M, Zhang Y, Wu Y, Ma H, et al. Different psychological interventions for perinatal depression: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Psychiatry*. 2025;25:831. doi:10.1186/s12888-025-07462-3.
95. Jiang X, Li H, Wang D, Shan L, Wang F, Kang Y. Efficacy of nondrug interventions in perinatal depression: a meta-analysis. *Psychiatry Res*. 2022;317:114916. doi:10.1016/j.psychres.2022.114916.
96. Scroggins L, Jiménez-Shahed J. Pharmacologic and nonpharmacologic management of perinatal depression. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2024;51(2):293-308. doi:10.1016/j.ogc.2024.01.006.

ANEXO A

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
Roddy Mitchell A, Gordon H, Lindquist A, et al. National Library of Medicine, 2023	16	Prevalence of Perinatal Depression in Low- and Middle-Income Countries	Revisión sistemática y un metaanálisis	1	N/A	La búsqueda se relacionó con perinatal, los trastornos de salud mental y la prevalencia, y se restringió a estudios realizados en países de ingresos bajos y medios según la definición del Banco Mundial. Se limitó el estudio al período perinatal. Se revisaron bases de datos MEDLINE, Embase, PsycINFO, CINAHL, Web of Science y Cochrane Library	La depresión perinatal fue frecuente en países de ingresos bajos y medianos (PIBM). Una cuarta parte de las personas que viven en PIBM reportaron haber experimentado depresión durante el embarazo y en el primer año posterior. Asimismo, se asocia con múltiples consecuencias negativas para las mujeres y sus bebés.
Yang, K., Wu, J. y Chen, X. <i>Psiquiatría BMC</i> 22, 2022.	17	Risk factors of perinatal depression in women: a systematic review and meta-analysis	Revisión sistemática y un metaanálisis	1	N/A	Se realizó una búsqueda bibliográfica sistemática computarizada en Cochrane Library, PubMed, Web of Science y EMBASE desde enero de 2009 hasta octubre de 2021. Todos los artículos incluidos se publicaron en inglés, que evaluaron los	Un menor nivel educativo, una situación económica precaria de las familias, antecedentes de enfermedades mentales, violencia doméstica, tabaquismo o consumo de alcohol

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
						factores que influyen en la depresión perinatal en las mujeres	durante el período perinatal y la multiparidad constituyen factores de riesgo de depresión perinatal en las mujeres.
Hutchens, B. F., & Kearney, J. Journal of Midwifery & Women's Health, 2023	18	Risk Factors for Postpartum Depression: An Umbrella Review	Revisión tipo umbrella (revisión de revisiones). Revisión sistemáticas y metaanálisis	1	N/A	Se realizaron búsquedas en ocho bases de datos en octubre de 2016, incluidas PubMed, CINAHL, MEDLINE, PsycINFO, Embase, SCOPUS, PsycEXTRA y Cochrane. Los estudios se incluyeron si eran revisiones que examinaban uno o más factores de riesgo para la PPD	Dado que la DPP no tratada deja a las mujeres y a sus hijos vulnerables a numerosas consecuencias negativas a corto y largo plazo, una mejor comprensión de los factores de riesgo de la DPP contribuye a mejorar los resultados materno-infantiles y a limitar el daño causado por esta afección que afecta la maternidad

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
Longoria, Kayla D et al. Pubmed, 2024	19	A sum of its parts: A systematic review evaluating biopsychosocial and behavioral determinants of perinatal depression	Revisión Sistemática	1	N/A	Se realizaron búsquedas sistemáticas en cuatro bases de datos (es decir, PubMed, CINAHL, APA PsycInfo, Web of Science) para identificar estudios que examinaran los determinantes de la depresión perinatal en personas perinatales adultas (≥ 18 años).	Diversas interacciones entre distintos determinantes y el metabolismo del triptófano (TRP) pueden ofrecer una comprensión más profunda de los factores que contribuyen a la fisiopatología de la depresión perinatal o al riesgo de padecerla.
Galbally, Megan et al. Pubmed, 2024	20	Violencia de pareja íntima durante el embarazo y el posparto y la relación con la depresión y el bienestar perinatal: hallazgos de un estudio de cohorte	Estudio de cohorte	2	La población se basó en 505 mujeres embarazadas del Estudio de Embarazo y Bienestar Emocional de Mercy (MPEWS)	Datos recopilados durante el embarazo hasta los 12 meses después del parto. La depresión prenatal materna se midió mediante la Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV con medición repetida de los síntomas depresivos perinatales utilizando la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS). El trauma	Las mujeres que sufrieron violencia de pareja durante el período perinatal tuvieron una probabilidad significativamente mayor de obtener una puntuación superior a 13 en la EPDS ($p < .001$) en cada momento del

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
		de embarazo				se midió mediante el Cuestionario de Trauma Infantil y las experiencias de violencia física y emocional de pareja íntima utilizando ítems de la Escala de Eventos Estresantes de la Vida.	embarazo y el posparto. La violencia de pareja física se asoció con depresión clínica. Además, los antecedentes de trauma infantil y otros eventos vitales estresantes actuales se asociaron significativamente con la notificación de violencia de pareja durante el período perinatal.
Ting Pan, YiZeng. Et al. 2024	21	Global Prevalence of Perinatal Depression and Its Determinants Among Rural Women: A Systematic Review and Meta-Analysis	Revisión sistemática metaanálisis	1	N/A	Búsqueda electrónica exhaustiva en ocho bases de datos en inglés (por ejemplo: PubMed, Embase, CINAHL, PsycINFO, Scopus, Web of Science, Cochrane Library y Google Scholar).	Se concluyó que la depresión posparto es frecuente entre las mujeres de zonas rurales. Diversos factores de riesgo, incluida la inseguridad alimentaria, influyen en la prevalencia de la

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
							depresión posparto.
Zhao, Xiao-Hu y Zhi-Hua Zhang “. Revista <i>asiática de psiquiatría</i> vol. 53 (2020):	22	Factores de riesgo para la depresión posparto: una revisión sistemática basada en evidencia de revisiones sistemáticas y metaanálisis	Revisiones sistemáticas y metaanálisis	1	N/A	Se realizaron búsquedas en las bases de datos PubMed, EMBASE y PsycINFO desde su inicio hasta julio de 2019 para recopilar datos sobre los factores de riesgo depresión post parto	Los factores de riesgo se concentran principalmente en los siguientes aspectos: violencia y abuso, estatus migratorio, diabetes gestacional, cesárea, antecedentes de depresión, deficiencia de vitamina D, obesidad y sobrepeso, trastornos del sueño posparto y mala calidad del sueño posparto, falta de apoyo social, patrones dietéticos tradicionales partos múltiples, bebés prematuros y con bajo peso al nacer, anemia posparto y experiencias de parto

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
							negativas. Los factores controvertidos son el nivel sérico de cortisol, el estado de los autoanticuerpos contra la peroxidasa tiroidea, la aculturación y las prácticas tradicionales de parto.
Wasti, P., Panta, P. P., Gc, V. S., Ghimire, B., Sapkota, P. y Wasti, S. P. Healthcare 12 (2024)	23	Prevalencia de la depresión perinatal y sus factores de riesgo asociados entre las mujeres nepalesas en Katmandú, Nepal	Transversal analítico	3	Mujeres de 18 años o más durante su período perinatal (embarazo y posparto)	La evaluación de la depresión de este estudio se llevó a cabo utilizando la versión nepalí de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS, un cuestionario ampliamente utilizado para detectar síntomas de depresión en mujeres perinatales	La falta de apoyo familiar, el período posnatal, las complicaciones durante el parto, los antecedentes de violencia de pareja y la edad temprana de la madre en su primer embarazo se identificaron como factores de riesgo clave para la depresión perinatal. Estos hallazgos sugieren que

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
							los centros de salud deberían incluir un programa de detección de salud mental para mujeres embarazadas, además de promover un estilo de vida saludable y brindar mayor apoyo familiar y social.
Viquez Quesada M, Valverde Chinchilla K. Ciencia & Salud. 2022	24	Factores psicosociales que determinan la depresión postparto en la ciudad de Jerez, Zacatecas, México	Observacional, analítico y transversal	3	180 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión: mujeres que se encontraban en la etapa gestacional con 12 o más semanas de gestación y mujeres en período de puerperio tardío	Se aplicó un cuestionario definido por secciones, con variables sociodemográficas, datos clínicos de la madre y del recién nacido, antecedentes de ansiedad valorada con la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) y la violencia obstétrica a través del Test para denunciar la violencia obstétrica en hospitales extremeños y LA EPDS	La depresión postparto como la principal patología mental de la mujer gestante y del puerperio, debe abordarse por medio de estrategias preventivas, diagnósticas y terapéuticas oportunas y apropiadas a las nuevas formas sociales

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
Oliviera Zikic. et. al, S/ MDPI journals/2024	30	Depression in the Perinatal Period: Course and Outcome of Depression in the Period from the Last Trimester of Pregnancy to One Year after Delivery in Primiparous Mothers	Prospectivo, longitudinal, observacional	2	188 mujeres primíparas, embarazo único, sanas, sin antecedentes psiquiátricos, seguidas desde 3er trimestre hasta 12 meses posparto	Evaluaciones en 4 momentos; uso de EPDS + entrevista clínica para depresión; TAS-20, BAI, MDQ; cuestionario sociodemográfico; análisis estadístico con chi-cuadrado	Depresión posparto genuina, es fundamental clasificarla entre los casos de inicio reciente y los que persisten del período de observación anterior. Algunos casos de depresión se inician en el período prenatal y continúan después del parto. Una cuarta parte de las mujeres presenta depresión posparto genuina sin antecedentes de sintomatología depresiva. Nuestros resultados sugieren que la depresión de inicio reciente es más intensa durante los

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
							primeros seis meses y, posteriormente, esporádica.
Wilcox, M., McGee, B., Ionescu, DF <i>et al</i> , s/Archives of Women's Mental Health 2020	31	Los síntomas depresivos perinatales suelen comenzar en el período prenatal en lugar del posparto: resultados de un estudio longitudinal.	Longitudinal, observacional, de cohortes, con medidas repetidas	2	1179 mujeres embarazadas (18+ años), reclutadas online en EE. UU. Que se encontraban 1er trimestre (858) y 3er trimestre (321), seguidas hasta 3 meses posparto	Encuestas online seriadas, múltiples escalas psicométricas, análisis estadístico, se utilizaron diferentes herramientas como: (EPDS), (GAD-7), DSM-5 Anxious Distress Specifier, State-Trait Anxiety Index (STAI), Patient Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS), Perceived Stress Scale (PSS): Obsessive-Compulsive Inventory–Revised (OCI-R), para evaluar a las pacientes	Se sugiere que el cribado (screening) de salud mental debería iniciarse temprano en el embarazo y continuar durante toda la gestación, no solo enfocarse en el período posnatal. Se apunta a la necesidad de desarrollar y plantear intervenciones seguras y eficaces durante el embarazo (y no postparto únicamente) para prevenir, mitigar o retrasar la aparición de síntomas depresivos en madres y potencialmente reducir el impacto adverso

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
							sobre los hijos
Ni, Q., Cheng, G., Chen, A. <i>et al</i> , s/BMC Psychiatry 2020	32	Early detection of mental illness for women suffering high-risk pregnancies: an explorative study on self-perceived burden during pregnancy and early postpartum depressive symptoms among Chinese women hospitalized with threatened preterm labour	Observacional, descriptivo, transversal, comparativo	3	Mujeres embarazadas en control prenatal, hospital universitario, sin diagnóstico psiquiátrico previo; 200-400 participantes, divididas según presencia de síntomas depresivos	Aplicación de cuestionarios sociodemográficos y escalas validadas (EPDS), análisis estadístico descriptivo y comparativo (chi-cuadrado, t de Student / U de Mann-Whitney, posible regresión logística)	La carga emocional percibida durante la hospitalización por PTE fue un factor predictivo de trastornos depresivos en el período posparto temprano. Al explorar la influencia de factores demográficos y clínicos en los síntomas depresivos pospartos tempranos, nuestro estudio demostró que la edad materna, el empleo, la presencia de cicatrices uterinas y el tipo de parto son factores predictivos de trastornos depresivos pospartos tempranos.

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
Bo Sheng, Guoguo Jiang, Juan Ni, s/ Acta obstetricia et Gynecologica Scandinavica 2024	33	Asociación entre depresión posparto y hemorragia posparto: una revisión sistemática y metaanálisis	Revisión sistemática y metaanálisis.	1	N/A	Revisión se registró en la base de datos PRÓSPERO, realizaron de forma independiente una búsqueda bibliográfica en las bases de datos PubMed, Embase y Web of Science para encontrar artículos	Las mujeres con HPP presentaron un porcentaje de riesgo atribuible de DPP un 24 % mayor que las mujeres sin HPP; este porcentaje es mucho mayor que la incidencia del 7,48 % al 12,00 % reportada en estudios previos con madres sanas. Del mismo modo las mujeres con HPP deben ser monitorizadas estrechamente; la detección y el manejo precoces de estas pacientes mejorarán los resultados del tratamiento, la salud materna y el desarrollo neonatal.

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
M. C. Míguez & M. B. Vázquez, 2021	34	Risk factors for antenatal depression: A review	Revisión sistemática de la literatura	1	N/A	Búsqueda de literatura en bases de datos, en particular en PubMed y PsycINFO, para identificar artículos sobre factores de riesgo de depresión antenatal publicados entre enero de 2010 y diciembre de 2020. Revisión mediante criterios de exclusión	Los factores de riesgo pueden identificarse desde el inicio del embarazo, lo cual sugiere la importancia de realizar screening (cribado) temprano para identificar a mujeres en riesgo Dado que algunos de los factores de riesgo son <i>modificables</i> (por ejemplo, interviniendo en ansiedad, estrés, fortaleciendo apoyo social), existe una oportunidad real de intervención preventiva para reducir la aparición de depresión durante el embarazo.

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
Waqas A, Nadeem M, Rahman A. BMC Psychiatry. 2023	35	Explorando la heterogeneidad en la depresión perinatal: una revisión exhaustiva	Revisión sistemática	1	N/A	Realizaron búsquedas en PubMed y Web of Science y utilizó el método PRISMA y el MOOSE para revisiones sistemáticas	La depresión perinatal (embarazo más posparto) no debe considerarse una entidad única y homogénea: se identifican múltiples fenotipos (trayectorias de síntomas, perfiles de severidad, momentos de aparición) lo que exige un enfoque más matizado.
Longoria KD, Nguyen TC, Franco-Rocha O, Garcia SR, Lewis KA, Gandra S, Cates F, Wright ML. Pubmed .2024	36	La suma de sus partes: una revisión sistemática que evalúa los determinantes biopsicosociales y conductuales de la depresión perinatal	Revisión sistemática	1	N/A	Se realizaron búsquedas sistemáticas en cuatro bases de datos (PubMed, CINAHL, APA PsycInfo y Web of Science) para identificar estudios que examinaran los determinantes de la depresión perinatal en personas adultas perinatales (≥ 18 años).	La depresión perinatal tiene una etiología multifactorial, involucrando determinantes biológicos, conductuales, sociales y ambientales, pero sólo el 32 % de los estudios revisados consideraron más de

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
							un dominio al mismo tiempo. Se observó un patrón emergente de interacción entre factores externos (como nivel socioeconómico, apoyo social, estrés) y la vía del triptófano (tryptophan pathway) como mecanismo biológico relevante para el riesgo de depresión perinatal.
Kee, Michelle Z L et al. AMA network open vol. 6. 2023	37	Trayectorias perinatales de los síntomas depresivos maternos en cohortes comunitarias prospectivas de	Estudio de cohorte	2	11,563 mujeres embarazadas en distintas Los datos incluyeron muestras de viviendas comunitarias reclutadas ya sea	En cada cohorte se midieron los síntomas depresivos maternos (utilizando escalas como Edinburgh Postnatal Depression Scale – EPDS o Center for Epidemiologic Studies Depression Scale – CES-D) en múltiples	Los síntomas depresivos se mantuvieron estables desde el embarazo hasta el período perinatal, hallazgo que contradice el énfasis constante en la

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
		tres continentes			en pre concepción o embarazo, y seguidas hasta 2 años tras el parto. Edad alrededor de 29 años	momentos: durante el embarazo, y en varios tiempos tras el parto	aparición de la depresión posparto o post natal.
Eisenlohr-Moul, Tory et al. Neuropsychopharmacology: official publication of the American College of Neuropsychopharmacology vol. 49, 2024	38	Dinámica temporal de la sensibilidad hormonal neuroconductual en un modelo experimental a escala reducida de embarazo temprano y parto	Estudio observacional longitudinal	2	Mujeres sanas de entre 22 a 45 años con o sin diagnóstico de DPP, todas tenían al menos un hijo biológico y habían dado a luz al menos 1 año antes.	Las participantes fueron evaluadas en distintos momentos: durante el embarazo, al parto o poco después, y en el período posparto, para capturar la dinámica temporal de hormonas y síntomas. Se midieron niveles hormonales en cada momento clave del ciclo perinatal y se registraron síntomas depresivos/neuroconductuales.	Los trastornos del estado de ánimo periparto que experimentan la aparición de síntomas emocionales y conductuales <i>durante</i> el Embarazo son neurobiológicamente sensibles a los aumentos hormonales, y que estas personas también podrían presentar síntomas psiquiátricos que no son síntomas clásicos

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
							de depresión.
Falek, Idan et al. international journal of mental health systems vol. 16,1 2022,	39	Manejo de la depresión durante el período perinatal: estado de la evidencia	Revisión sistemática	1	N/A	Se identificaron a través de una búsqueda bibliográfica y una discusión con expertos en el campo de la depresión perinatal, mientras que la evidencia se examinó a través de una búsqueda bibliográfica de revisiones y posteriormente estudios experimentales.	Se reveló una falta de consenso entre las guías sobre cuestiones específicas relacionadas con el manejo de la depresión durante el período perinatal. Esto es lamentable, dado el alto impacto de la falta de atención durante este período tanto para las madres como para los bebés.
Silva-Fernandes, Anabela et al.” <i>PloS one</i> vol. 19. 2024	40	Biomarcadores inflamatorios y depresión perinatal: una revisión sistemática	Revisión sistemática	1	N/A	Se evaluaron los niveles analíticos de moléculas inflamatorias (niveles de proteína) en fluidos biológicos en mujeres, con un diagnóstico de depresión utilizando los criterios diagnósticos de la CIE/DSM o	La revisión respalda la hipótesis de que varios marcadores inflamatorios podrían estar asociados con los síntomas depresivos periparto. Las asociaciones fueron

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
						síntomas depresivos evaluados mediante instrumentos psicométricos estandarizados, durante el embarazo y/o el posparto.	ligeramente diferentes al considerar el embarazo en comparación con el parto y el puerperio, y se refirieron principalmente al aumento de los niveles de IL-6, IL-8, PCR y TNF- α en pacientes con depresión.
Radoš S.N. et al., Comprehensive Psychiatry. 2024	41	Diagnóstico del trastorno de depresión periparto: un enfoque de vanguardia de COST Action Riseup-PPD	Revisión narrativa	5	N/A	Los autores realizaron una búsqueda de bases de datos utilizando términos generales relacionados con “peripartum depression (PPD)”, “major depressive disorder (MDD)”, diagnóstico, criterios clínicos	Los criterios diagnósticos deben modificarse, en particular: añadiendo síntomas específicos (p. ej., ansiedad); ampliando el especificador de inicio al primer año posterior al parto; y cambiando el especificador de inicio periparto a «inicio durante el embarazo» o «inicio

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
							posparto». Se analizan con mayor detalle los criterios diagnósticos para la depresión posparto.
Dadi, AF, Akalu, TY, Wolde, HF et al. Arch Public Health 80 , 34 (2022).	42	Efecto de la depresión perinatal en el nacimiento y los resultados de salud infantil: una revisión sistemática y metanálisis de estudios observacionales de África	Revisión sistemática y metaanálisis	1	N/A	Se realizó revisión sistemática y metaanálisis (PRISMA) al realizar este estudio. Se realizaron búsquedas en bases de datos como CINAHL (EBSCO), MEDLINE (a través de Ovid y PubMed), PsycINFO, Emcare, Psychiatry Online y Scopus. Además, se exploraron Google Scholar y las referencias de una lista de estudios elegibles.	Asociación significativa entre la depresión prenatal y resultados adversos del parto, como el bajo peso al nacer y el parto prematuro. Asimismo, se observó un efecto significativo de la depresión perinatal en resultados adversos de la salud infantil, concretamente, la desnutrición y las enfermedades febriles.
Vigod, Simone N et al. <i>Canadian journal of psychiatry. Revue</i>	43	Red Canadiense de Tratamientos del Estado de Ánimo y la	Guía de práctica clínica	2	mujeres en el período perinatal (incluyendo embarazo y	Se realizaron búsquedas sistemáticas de revisiones sistemáticas de intervenciones de prevención y tratamiento	Brexanolona (IV) y zuranolona (oral) son análogos sintéticos de alopregnanolona que

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
<i>canadienne de psychiatrie</i> vol. 70,6 (2025)		Ansiedad Guía de práctica clínica de 2024 para el tratamiento del estado de ánimo, la ansiedad y los trastornos relacionados perinatales: Guía de práctica 2024 de la Red Canadiense de Tratamientos del Estado de Ánimo y la Ansiedad para el tratamiento de los problemas de humor, de los problemas de ansiedad y de las conexiones perinatales			posparto) que presenten o estén en riesgo de trastornos del estado de ánimo, ansiedad u otros trastornos relacionados	para trastornos perinatales del estado de ánimo, ansiedad u otros (desde enero 2013 hasta octubre 2023) en la población perinatal	han mostrado eficacia en ensayos controlados aleatorios para tratar la depresión posparto en aquellas que desarrollaron depresión en el tercer trimestre del embarazo o en las primeras 4 semanas posparto

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
Zimmermann, Martha et al. General hospital psychiatry vol. 85 (2023)	44	Alcance equitativo: Recomendaciones para pacientes y profesionales sobre intervenciones para prevenir la depresión y la ansiedad perinatal	Cualitativo exploratorio	3	12 mujeres embarazadas o en el posparto que han experimentado depresión o ansiedad perinatal, y que además se encuentran en situación de marginalización económica y estas trabajaron con 12 profesionales en salud prenatal y perinatal	Las participantes fueron entrevistadas de manera individual con un guion semiestructurado que exploró: barreras y facilitadores para alcanzar intervenciones preventivas en salud mental perinatal.	Aprovechar las diversas opciones de enfoques y contenidos para la prestación de intervenciones en salud mental podría llegar a las personas en situación de marginación económica durante el período perinatal y abordar las consideraciones de recursos asociadas con las intervenciones preventivas.
Kimmel, Mary C et al. <i>Journal of neuroscience research</i> vol. 98,7 (2020)	45	Hacia un marco de mejores prácticas y directrices de investigación para la investigación de la depresión	Revisión de la literatura de tipo narrativa/analítica	3	N/A	Se examinó diferentes fuentes bibliográficas con datos epidemiológicos, ensayos clínicos y datos biológicos relacionados con la depresión perinatal	Se identifica que la depresión perinatal es una condición heterogénea, que cuenta con múltiples etiologías

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
		perinatal					Se concluye que hay una mayor presión diagnóstica cuando se usan guías médicas, porque da un abordaje más integral y homogéneo a la paciente
Singh Solorzano C, Grano C. Revista de investigación psicosomática. 2023	46	Predicción de síntomas depresivos posparto mediante la evaluación de la reactividad del sistema nervioso autónomo autoinformada durante el embarazo	longitudinal observacional	2	Mujeres embarazadas, específicamente en el segundo o tercer trimestre. La muestra: 170 mujeres. Se realizó un seguimiento hasta 1 mes después del parto para evaluar síntomas posparto.	Se midió la reactividad autonómica autorreportada, mediante el cuestionario Body Perception Questionnaire – Short Form (BPQ-SF) que evalúa dos subdimensiones: reactividad supradiafragmática (órganos por encima del diafragma) y subdiafragmática (órganos por debajo del diafragma). Del mismo modo durante el embarazo y en el posparto se midieron los síntomas depresivos mediante el Patient	Se concluye que una mayor reactividad autonómica autorreportada supradiafragmática durante el embarazo predice niveles más altos de síntomas depresivos en el posparto, incluso después de ajustar por síntomas prenatales

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
						Health Questionnaire-9 (PHQ-9).	
Radoš SN, Ganho-Ávila A, Rodriguez-Muñoz MF, et al The British Journal of Psychiatry. 2025	47	Evidence-based clinical practice guidelines for prevention, screening and treatment of peripartum depression	umbrella reviews” (revisiones de revisiones) de Sistemática	1	N/A	145 revisiones sistemáticas sobre intervenciones de prevención, detección y tratamiento de la depresión periparto. Cambridge University Press & Assessment Las búsquedas se hicieron en cinco bases de datos (desde 2010 hasta 2023) para abarcar la evidencia más actualizada.	Se concluye que las intervenciones y abordajes biopsicosociales están fuertemente relacionados y recomendados para la prevención de la depresión del periparto en mujeres con o sin síntomas depresivos
Cuijpers, Pim et al. “Psychological medicine vol. 53,6 (2023)	48	Psychological treatment of perinatal depression: a meta-analysis	Metaanálisis	1	Mujeres en el período perinatal: tanto en el embarazo (antenatal) como en el posparto (postnatal) con depresión	Se recopilaron estudios desde bases de datos científicas internacionales que evaluaban intervenciones psicológicas para depresión perinatal. Criterios de inclusión: Ensayos aleatorizados en	Las intervenciones psicológicas son probablemente eficaces en el tratamiento de la depresión perinatal, con efectos que duran al menos hasta 6 a 12

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
					diagnóstica o elevada sintomatología.	mujeres embarazadas o posparto con depresión	meses y probablemente también tienen efectos sobre el apoyo social, la ansiedad, el deterioro funcional, el estrés parental
Bauman, Brenda L et al. Morbidity and mortality weekly report vol. 69,2020	49	Signos vitales: Síntomas depresivos posparto y conversaciones de los profesionales sanitarios sobre la depresión perinatal - Estados Unidos, 2018	Observacional transversal	3	Mujeres con un recién nacido (live birth) en Estados Unidos en 2018, que respondieron la encuesta PRAMS en 31 sitios (estados/territorios).	Se analizaron datos de la encuesta PRAMS 2018. Esta encuesta pregunta a mujeres que recientemente dieron a luz sobre múltiples factores de salud, incluido un ítem sobre “síntomas depresivos posparto (PDS, postpartum depressive symptoms)”.	La prevalencia excedió el 20% entre mujeres que: tenían ≤19 años de edad, eran indígenas americanos/Alaska Native, fumaban durante o tras el embarazo, habían experimentado violencia de pareja antes o durante el embarazo, se auto-reportaron depresión antes o durante el embarazo

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
Rawashdeh, Hasan , Alalwani, Zahra et al. Investigación y tratamiento de la depresión , 2022	50	Asociación entre los niveles de oxitocina al final del tercer trimestre y la aparición temprana de síntomas de depresión posparto en madres jordanas: un estudio transversal	Revisión tipo umbrela (revisión de revisiones). Revisión sistemática	1	La población objetivo de la guía son mujeres en el período periparto (embarazo y hasta al menos 4 semanas tras el parto, aunque la guía también discute hasta el primer año posparto en la práctica clínica) que presentan o están en riesgo de presentar depresión periparto.	Se realizaron búsquedas en bases de datos para identificar las diferentes revisiones sistemáticas de intervenciones, cribado y tratamientos relacionados con la depresión periparto.	una de cada tres mujeres en Jordania sufre depresión posparto. Por lo tanto, se deben implementar intervenciones activas de inmediato, incluyendo la detección de la depresión posparto durante el embarazo y el posparto.
Sarria-Cárcamo H, León-Castañeda C, Carvajal-Maita D. Revista	51	Factores de riesgo que predisponen a una depresión postparto: una revisión sistemática año	Revisión sistemática	1	N/A	Revisión sistemática de la literatura disponible sobre los factores que predisponen a la depresión posparto, siguiendo las directrices del método PRISMA (Preferred	Los resultados obtenidos revelan una serie de factores de riesgo consistentes que han sido identificados en la

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
Matronería Actual. 2023		2023				Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) y utilizando palabras claves como: depression, postpartum, sick factor, puericultum, pregnancy y systematic review.	literatura científica, entre los que destacan la falta de apoyo de la pareja, antecedentes de depresión o problemas de salud mental previos al embarazo, multiparidad, nivel socioeconómico bajo, falta de apoyo social, nivel de escolaridad, dificultad con la lactancia, violencia obstétrica, tipo de parto, entre otros.
Valencia Reyes JG, Añazco Lalama Ángel S. Valencia Reyes JG, Añazco Lalama Ángel S. 2025	52	Influencia de la Depresión Post Parto en la Continuidad de la Lactancia Materna Durante los Primeros Seis Meses. Una Revisión Sistemática	Revisión sistemática	1	N/A	Realizaron una búsqueda en bases de datos electrónicas para identificar estudios que evaluaran tanto la depresión posparto como la continuidad de la lactancia materna en los primeros seis meses. Se aplicaron criterios de inclusión/exclusión propios de una revisión sistemática	Concluye que la depresión posparto influye negativamente en la continuidad de la lactancia materna durante los primeros seis meses. Es decir, las madres con síntomas de depresión posparto tienen mayor

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
						(aunque en el resumen no se detallan todos los ítems, la designación “revisión sistemática” indica que hubo identificaciones, selecciones, extracción de datos y síntesis).	probabilidad de abandonar la lactancia antes de los seis meses.
Cafiero P.J. & Justich Zabala P., 2024, <i>Archivos Argentinos de Pediatría</i> 122(3): 2023	53	Depresión puerperal: impacto en la madre gestante y en el desarrollo físico, emocional y cognitivo posnatal de sus hijas/os. Una mirada ecológica	Estudio descriptivo	3	Madres gestantes y púerperas que han experimentado depresión posparto, y sus hijos/as (recién nacidos, lactantes) en relación con su desarrollo físico, emocional, cognitivo y del vínculo madre-hijo.	Se realizó una revisión identificando factores de riesgo para depresión, antecedentes psicopatológicos, dinámica familiar y entornos que favorecían la aparición de manifestaciones clínicas de síntomas depresivos	DP representa un problema prevalente de salud pública, con potenciales consecuencias negativas sobre la madre y el RN/infante. Su abordaje debe ser oportuno y preventivo, orientado a los efectos negativos sobre la madre y su hijo

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
Pérez-Miranda G., Ortiz Pinilla D., Niño Mancera D.A., Gómez Salcedo L.H., Bayona Granados K.V. Scielo. 2021	54	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	Revisión sistemática	1	N/A	Búsqueda en bases de datos (MEDLINE, SCOPUS, CINAHL, EMBASE, LILACS) de artículos en inglés y español. Identificación inicial de 484 artículos, de los cuales, tras aplicación de criterios de elegibilidad y calidad metodológica, se incluyeron finalmente 13 ensayos clínicos controlados	Los resultados sugieren que las intervenciones preventivas no farmacológicas son más eficaces para prevenir la depresión cuando se aplican a mujeres con factores de riesgo y en el período posparto
Cabrera Medina, María Augusta, Universidad de Cuenca, 2022	55	Relación entre depresión posparto y determinantes familiares adversos: una revisión sistemática.	Revisión sistemática	1	N/A	Se emplearon cuestionarios estandarizados o validados (por ejemplo, EPDS, PHQ-9, GAD-7, o cuestionarios propios). Se incluyeron variables sociodemográficas, clínicas y psicológicas.	Existe asociación estadísticamente significativa entre depresión posparto y determinantes familiares adversos. La presente revisión encontró gran variabilidad en la prevalencia de este problema según el área

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
							geográfica. La disfunción familiar está relacionada con la presentación de depresión en el posparto. Los estudios demuestran relación entre depresión posparto y diferentes tipos de violencia intrafamiliar.