

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE LAS AMÉRICAS

FACULTAD DE MEDICINA Y CIRUGÍA

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

Título de la investigación

**“ANÁLISIS DE LOS MODELOS DE ABORDAJE DE LOS PACIENTES CON
DEPRESIÓN POST PARTO PARA LA GENERACIÓN DE RECOMENDACIONES
IMPLEMENTABLES EN EL SISTEMA DE SALUD COSTARRICENSE”**

Nombre de los estudiantes:

Daniela de los Ángeles Porras Ramírez

Katherine Andrea Salazar Irias

Tutor:

Giancarlo Jiménez Alfaro

Sede San José

2024

I. RESUMEN

La depresión postparto (DPP) es un trastorno de salud mental que afecta significativamente el bienestar de las madres y sus familias, representa un desafío crítico para los sistemas de salud en todo el mundo. Este estudio tiene como objetivo analizar los modelos de abordaje de la DPP en el contexto costarricense, con el fin de generar recomendaciones implementables en el sistema de salud nacional. Para ello, se realizó una investigación de tipo documental, con diseño descriptivo y enfoque cualitativo, basada en una revisión exhaustiva de la literatura científica internacional y el análisis contextual del sistema de salud de Costa Rica. Además, se utilizaron los niveles de evidencia propuestos por Sackett, que permitieron evaluar la calidad y relevancia de las intervenciones analizadas.

Entre los principales hallazgos, se identificó que la DPP es una de las complicaciones más comunes del período puerperal, con una prevalencia global estimada entre el 10 % y el 20 %, es mayor en países en desarrollo. En Costa Rica, aunque no existen datos concretos de prevalencia, se reconocen factores de riesgo como antecedentes de salud mental, estrés socioeconómico y falta de apoyo social. En términos de diagnóstico, herramientas como la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) han demostrado alta eficacia en el tamizaje en atención primaria, aunque su aplicación es limitada en el país. En cuanto a las estrategias terapéuticas, se destacó la eficacia de las intervenciones no farmacológicas, especialmente la Terapia Cognitivo-Conductual, para casos leves y moderados, mientras que los casos graves requieren la combinación con farmacoterapia, recomendándole el uso de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina como la sertralina, que ha demostrado ser segura para mujeres en período de lactancia.

El análisis también reveló que, aunque en Costa Rica existen esfuerzos para la detección y manejo de la DPP, persisten importantes limitaciones, como la falta de protocolos estandarizados, deficiencias en la capacitación del personal de salud y barreras para el acceso equitativo a servicios especializados. A nivel internacional, se identificaron modelos exitosos que enfatizan la detección temprana, la integración de servicios de salud mental en el primer nivel de atención y el fortalecimiento del apoyo comunitario, elementos que podrían ser adaptados al contexto costarricense.

En conclusión, el estudio investigativo resalta la necesidad de un enfoque multidisciplinario para el abordaje de la DPP, con énfasis en la detección temprana, el fortalecimiento de la capacitación profesional y la implementación de estrategias basadas en evidencia. Estas recomendaciones buscan mejorar la calidad de vida de las mujeres que enfrentan esta condición y sus familias, además de contribuir al desarrollo de políticas públicas y protocolos adaptados al sistema de salud costarricense. Este trabajo no solamente aporta al cuerpo de conocimiento sobre la DPP, sino que también brinda una guía práctica para mejorar la atención integral y equitativa en el contexto nacional.

II. AGRADECIMIENTOS

Quiero manifestar mi más sincero agradecimiento a mis padres Yahaira y Raúl, por su amor incondicional, por enseñarme el valor del esfuerzo y por apoyarme en cada paso de este camino.

Quiero darle gracias a la vida, al sol que me despierta cada día con salud y ganas de seguir adelante en busca de mis objetivos.

Agradezco a mis hermanas por el apoyo, por las fuerzas que me dieron para salir adelante, en especial a María Fernanda, todo esto también es por ella porque iniciamos juntas en este proceso.

Agradezco a mi querida abuela Sandra, por recordarme siempre que los sueños se cumplen con perseverancia y tenacidad. A todos mis familiares y amigos que estuvieron a mi lado en momentos de incertidumbre, alegrías y aprendizajes.

A mis profesores y mentores, el Dr. Giancarlo Jiménez Alfaro por compartir su conocimiento y guía invaluable, ellos han sido bases fundamentales en mi crecimiento académico y personal.

Quiero agradecer y darle la Honra y Gloria a Dios que es el único que se lo merece por su inmensa misericordia en toda mi carrera, porque gracias a Él tuve fuerzas, sabiduría, inteligencia y madurez para llevar a cabo todo este proyecto.

Infinitas gracias a mi madre Gloria Irias, mi mejor amiga, que es y será siempre mi apoyo incondicional, por ser mi motivación diaria, por compartirme sus conocimientos al realizar esta tesis, por estar ahí al pie del cañón y no dejarme caer.

A mi padre José Emilio Molina Campos que está en los cielos por creer en mí siempre, apoyarme y decirme lo fuerte y capaz que soy y que sé que desde muy arriba está sumamente orgulloso de la mujer en que me convertí.

A mi padrastro Moisés Alanis, a mis abuelas y abuelo Luz Salas, Selenia Angulo, Issac Irias.

A mi hermano John Salazar y mi padre William Salazar, que siempre han sido alentadores en mis momentos más vulnerables, estresantes, pero siempre son mi apoyo incondicional.

Agradecimiento profundo a Dios por poner a Daniela Porras Ramírez en mi camino, por ser una amiga incondicional y por aceptar embarcarse conmigo y luchar por este tema para ser de ayuda a todas las mujeres que lo necesitan y amar como yo esta hermosa y caótica profesión.

A mis amigos de toda la vida, mis amigos que la universidad me dejó y mis nuevos amigos de internado por apoyarme, alentarme y siempre decirme que crea en mí, en mi inteligencia y en todo lo que voy a lograr de aquí en adelante.

Al Dr. Giancarlo Jiménez Alfaro, porque desde el momento que lo conocí siempre reconoció mi capacidad ante esta demandante carrera y porque desde el momento que le pedí que fuera mi tutor, aceptó y me enseñó a luchar por lo que realmente quería y siempre le voy a estar agradecida por eso.

A todas las mujeres que enfrentan depresión posparto, cuya valentía y lucha han inspirado este trabajo y que podamos ser de gran ayuda para salir adelante con sus propias luchas.

III. DEDICATORIA

Dedicamos este trabajo a quienes han sido nuestro mayor inspiración y fortaleza:

A Dios, por ser guía y luz en nuestro camino, por su infinita misericordia al darnos sabiduría, inteligencia, madurez y perseverancia para superar los retos.

A nuestros padres, por su amor incondicional, sacrificios y por enseñarnos que con esfuerzo y dedicación todo es posible.

A nuestros hermanos y familia, por su apoyo constante, palabras de aliento y por creer en nosotras, incluso en los momentos más difíciles.

A nuestros amigos, por ser nuestro refugio en los días de estrés y por recordarme que siempre hay espacio para la risa.

A todas las mujeres que enfrentan la depresión posparto, en especial a aquellas que me motivaron a emprender este proyecto, con la esperanza de contribuir a un cambio positivo en sus vidas y en el sistema de salud que las acompaña, esperamos que esta investigación contribuya a mejorar la atención y cuidado que todo ser humano merece.

IV. TABLA DE CONTENIDOS

I. RESUMEN	ii
II. AGRADECIMIENTOS	iv
III. DEDICATORIA	vi
V. LISTA DE TABLAS	ix
VI. LISTA DE FIGURAS.....	ix
VII. LISTA DE ABREVIATURAS	x
CAPÍTULO I- INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 Introducción.....	2
1.2 Planteamiento del problema	3
Pregunta de investigación:	4
1.3 Objetivos	5
1.4 Justificación	6
1.5 Antecedentes.....	10
CAPÍTULO II- MARCO TEÓRICO.....	16
2.1 Salud	17
2.2 Salud mental	17
2.3 Salud mental materna	18
2.4. Aspectos emocionales de la maternidad.....	18
2.5 Salud mental infantil.....	19
2.6 Trastorno en el vínculo madre-bebé	20
2.7 Teoría del apego	21
2.8 Puerperio.....	21
2.9 Factores de riesgo para depresión postparto	21
2.10 Prevalencia.....	24
2.11 Patogenia	25
2.11.1 Hormonas	25
2.11.2 Vía Hipotálamo-Hipófisis-Adrenal (HHA).....	26
2.11.3 Neurotransmisores.....	27
2.11.4 Genética.....	29
2.11 Trastorno depresivo mayor	30
2.10 Depresión postparto	31
2.11 Epidemiología.....	32
2.12 Clasificación	32
2.12.1 Tristeza Postparto, tristeza por el recién nacido o Baby Blues (TPP).....	32
2.12.2 Psicosis postparto	33
2.13 Manifestaciones clínicas de la Depresión postparto	33
2.14 Diagnóstico	34
2.15 Diagnóstico diferenciales.....	35

2.16 Tratamiento.....	37
2.17 Manejo de DPP a nivel mundial	39
CAPÍTULO III- MARCO METODOLÓGICO.....	43
3.1 Tipo de Investigación	44
3.1.1 Diseño de la Investigación	44
3.1.2 Descripción de la metodología.....	45
3.1.2 Tipo de investigación	46
3.1.3 Descripción de la revisión bibliográfica.....	46
3.1.3.1. Fases de la revisión bibliográfica	47
3.2 Tipo de alcance.....	48
3.3 Fuentes de información.....	49
3.4 Criterios de inclusión y exclusión	52
3.5. Análisis de la información.....	53
3.6 Clasificación de la información según niveles de evidencia	55
IV CAPÍTULO- ANÁLISIS Y RESULTADOS	57
4.1 Prevalencia y Diagnóstico de la Depresión Postparto	58
4.2 Recomendaciones de Tamizaje para la Depresión Postparto	59
4.3 Generalidades de tratamiento en la Depresión Postparto	74
4.3.1 Terapia No farmacológica.....	75
4.3.1.1 Psicoterapia interpersonal	76
4.3.1.2 Terapia Cognitivo-Conductual (TCC)	77
4.3.1.3 La Activación Conductual (AC)	79
4.3.2 Tratamiento Farmacológico.....	80
4.5 Recomendaciones para el Primer Nivel de Atención	87
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	96
Conclusiones.....	97
Recomendaciones	98
VI. CAPÍTULO- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	100
VII. CAPÍTULO- ANEXOS.....	109

V. LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Criterios de búsqueda de la información.....	50
Tabla 2. Criterios de inclusión y exclusión para la selección de artículos.....	52
Tabla 3. Cantidad de artículos según su nivel de evidencia.....	56
Tabla 4. Recomendaciones más importantes sobre el tratamiento y manejo de la mujer con depresión postparto (DPP).....	60
Tabla 5. Herramientas de Diagnóstico para Depresión Postparto en Atención Primaria.....	73
Tabla 6. Evidencia Científica en el Uso de Tratamiento Farmacológico para la DPP.....	87

VI. LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Proceso de selección de información.....	54
Figura 2. Niveles de evidencia según Sackett.....	55
Figura 3. Escala de Edinburgh para Tamizaje de la Depresión Postparto, instrucciones de uso.....	70
Figura 4. Escala de Edinburgh para Tamizaje de la Depresión Postparto.....	71
Figura 5. CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE-9.....	72
Figura 6. Manejo escalonado de la depresión posparto (DPP).....	76

VII. LISTA DE ABREVIATURAS

AC: Activación Conductual

ACTH: Hormona Adrenocorticotrópica

BDI: Inventario de Depresión de Beck

BDNF: Factor Neurotrófico Derivado del Cerebro

CES-D: Center for Epidemiologic Studies Depression Scale

COMT: Catecol-O-Metiltransferasa

CRH: Hormona Liberadora de Corticotropina

CRHR1: Receptor 1 de la Hormona Liberadora de Corticotropina

CCSS: Caja Costarricense de Seguro Social

DPP: Depresión Postparto

DSM-IV: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Cuarta Edición

DSM-V: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Quinta Edición

EPDS: Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo

HHA: Vía Hipotálamo-Hipófisis-Adrenal

HMCN1: Hemicentina-1

ISRS: Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina

ISRN: Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Noradrenalina

MAO: Monoaminoxidasa

NIC: Nursing Interventions Classification

NOC: Nursing Outcomes Classification

OMS: Organización Mundial de la Salud

PDSS: Postpartum Depression Screening Scale

PHQ-2: Patient Health Questionnaire-2

PHQ-9: Patient Health Questionnaire-9

PRKCB: Proteína Quinasa C Tipo Beta

TCC: Terapia Cognitivo-Conductual

TPH2: Triptófano Hidroxilasa-2

TPP: Tristeza Postparto o Baby Blues

Zung SDS: Zung Self-Rating Depression Scale

CAPÍTULO I-
INTRODUCCIÓN

1.1 Introducción

Se puede definir depresión postparto como el proceso de adaptación desde el momento del parto hasta 6 semanas después. El cuerpo humano sufre cambios fisiológicos, neuroendocrinos, anatómicos y psicosociales donde llega a normalizarse entre 40 a 42 días o puede durar más tiempo. La depresión posparto (DPP) o también conocida como depresión posnatal o Disforia Posparto, habla de un trastorno del estado de ánimo que se asocia a la etapa de embarazo, ocurre generalmente entre una semana y un mes después del parto o aborto espontáneo, pero podría ocurrir en cualquier momento durante el embarazo.

Las consecuencias más frecuentes asociadas a esta condición materna afectarán el funcionamiento de la madre y los hijos, por ejemplo, alteración en la conducta, neurodesarrollo del niño, trastornos afectivos como la falta de iniciativa y de compromiso. Los trastornos depresivos continúan siendo un problema de salud pública que han aumentado durante las últimas décadas porque según la Organización Mundial de la Salud (OMS), alrededor de 300 millones de personas en el mundo son afectadas por la depresión, especialmente la población femenina y alrededor del 20 al 40% de mujeres desarrollan depresión durante el embarazo, o en el posparto, en los países en vías de desarrollo¹

Esta patología se trata de un episodio depresivo mayor que cumple con los criterios establecidos, se presenta: estado de ánimo triste, pérdida del interés por actividades que anteriormente las encontraba gustosas, así como las actividades de vida cotidiana la mayor parte del día, se considera episodio depresivo mayor cuando estos síntomas se presentan por al menos dos semanas y deben ir acompañadas de al menos cinco de los siguientes síntomas: sentimientos de culpa, ideas de muerte, alteración del sueño, dificultad para concentrarse y afectación del funcionamiento.

Se considera que el 80 % de las mujeres sufren algún tipo de alteración durante estas etapas, las cuales pueden variar desde molestias leves y transitorias como la tristeza y el llanto, síntomas como la angustia y la dificultad de vincularse con su bebé, hasta situaciones graves como depresión, ansiedad, psicosis e incluso hasta llegar a presentar ideas suicidas.²

Es de esperarse que la llegada de un hijo genere en la vida de los familiares un proceso de adaptación, pero quien experimente este gran cambio son las madres, quienes sufren diferentes cambios, percepciones en variadas áreas, que van desde el aspecto físico, modificaciones en el entorno laboral, rutina diaria o cambios en la economía, además de rescatar la importancia del rol de pareja, los padres vienen acompañados de miedos, retos y expectativas.

Algunas de las mujeres que presentan DPP, logran la recuperación en pocos meses, sin embargo, la depresión posparto ocurre entre un 15 % y 20 % en mujeres, esto resulta en 600,000 a 800,000 casos aproximados de depresión posparto al año, es una de las complicaciones más comunes en el período posparto³. En algunos casos es posible que esta condición en las pacientes se agrave, por ende, no cuenten con una adecuada evaluación, asesoramiento y muy importante una adecuada intervención.

1.2 Planteamiento del problema

A nivel global la Organización Mundial de la Salud – OMS sostiene que hacia el año 2020 la depresión se constituyó como la segunda mayor causa de morbilidad materna solamente después de la enfermedad isquémica cardíaca⁴. Actualmente, la depresión postparto se trata de un trastorno mental altamente frecuente, con una incidencia mundial de entre el 10 y el 20 %. Ante este porcentaje y teniendo en cuenta la repercusión que esta patología podría tener tanto para la madre como para el bebé⁵.

En Costa Rica no existen al corte estudios sobre la prevalencia de la depresión posparto, sin embargo, en países como México se estima que la prevalencia alcanza el 16 % y en Perú podría rondar el 33 %.⁶ Al ser una de las complicaciones más comunes en periodo puerperal, es un problema de salud pública preocupante a nivel nacional y mundial, debido a su gran prevalencia que cada vez es más alta, es fundamental la detección clínica temprana de esta patología, valorando sus factores de riesgo; sociales, familiares, económicos, patológicos propios de la madre.

Es preciso mencionar que el personal y profesionales vinculados al sector de salud, suelen presentar errores en el reconocimiento, diagnóstico y tratamiento de la depresión durante la gestación, trayendo como consecuencia el desencadenamiento de diferentes efectos negativos y repercusiones durante el embarazo o incluso del feto o más adelante el niño.

La depresión posparto afecta de manera significativa el bienestar no solamente de la madre, sino también el del niño, esto debido a que afecta de manera contundente su desarrollo neuropsicológico, emocional y cognitivo, por ello, es de vital importancia que se lleve a cabo la identificación de los síntomas y manejo oportuno de parte de un personal que se encuentre idóneamente preparado para hacer frente a este tipo de patologías, además de desarrollar tratamientos y programas que puedan ser implementados y socializados en diversas instituciones a fin de promover un acompañamiento más adecuado y propicio en las gestantes⁴.

Esta investigación se centra en la identificación temprana de los principales factores de riesgo, además de conocer cuáles son las medidas de detección utilizadas en los servicios de salud costarricenses y así poder instaurar conductas de vigilancia, prevención o facilitar su detección temprana por medio de sus principales manifestaciones clínicas y con base en esta información comparar los mismos datos con sistemas de salud internacionales. Por lo tanto, con base en lo anteriormene expuesto se plantea esta pregunta:

Pregunta de investigación:

¿Cuáles son los elementos clave de los modelos de intervención para la depresión posparto a nivel internacional que pueden ser implementados de manera efectiva en el sistema de salud de Costa Rica?

1.3 Objetivos

1.3.1 General

- Analizar los modelos de abordaje de las pacientes con depresión post parto, para la generación de recomendaciones implementables en el sistema de salud costarricense.

1.3.2 Específicos

- Identificar los modelos internacionales para el abordaje de la depresión postparto.
- Describir el actual enfoque de intervención para pacientes con depresión postparto en el sistema de salud de Costa Rica, identificando fortalezas y debilidades.
- Determinar los elementos clave de los modelos de intervención para la depresión postparto a nivel internacional que puedan ser adaptados de manera efectiva y factible para su implementación en el sistema de salud costarricense, considerando sus recursos y características únicas.

1.4 Justificación

El National Institutes of Health (NIH) define la depresión postparto como los síntomas que ocurren durante o después del embarazo donde pueden ir de leves a graves y en casos muy extremos pone en peligro la vida de la madre y del bebé, también afecta la vida y el ambiente del entorno familiar, donde al no ser tratado a tiempo los síntomas se pueden alargar más tiempo de lo debido.

La depresión postparto puede ocurrir entre el 15 % y 20 % en las mujeres, es de unos 600,000 a 800,000 casos al año y es una de las complicaciones más comunes después del parto, por eso es de suma importancia poder identificar los síntomas en las pacientes para así darles el tratamiento a tiempo y tener mejoras, tanto para ella como para el bebé.

El periodo de embarazo es un estado donde la progenitora experimenta cambios desde el momento de la concepción, las 40 semanas y el parto, es un gran impacto para la madre todos estos cambios fisiológicos, anatómicos y psicológicos que puede atravesar haciéndola más vulnerable a presentar síntomas depresivos y al no tratarla conlleva a que pueda atentar contra su vida o a la familia alrededor.

Al definir lo que es puerperio o postparto se puede percibir inmediatamente después del parto hasta las seis semanas, lo que la madre apenas puede estar comprendiendo. Todas esas transiciones se pueden entender un poco más de cómo ella se puede estar sintiendo e ir definiendo toda la sintomatología para poder diferenciar de algo normal o algo más allá que pueda estarle afectando.

Los síntomas de la depresión postparto pueden ser similares a una depresión normal y se desarrollan entre los 2 o 3 días después del parto presentando poco afecto hacia la pareja, familia o al propio bebé, llanto constante, alteraciones en el ánimo repentinos, ansiedad, falta de apetito y dificultad para dormir, incapacidad para concentrarse, miedo, sentimiento de culpa, cansancio, baja autoestima, pensamientos perturbadores entre otros.

La causa o causas principales de la depresión post parto se desconocen, pero el incremento hormonal aumenta en el momento del embarazo y después estos disminuyen bruscamente y es por eso que estos cambios afectan a la madre. Se dice que al ocurrir este cambio tan abrupto las hormonas tiroideas también pueden disminuir y es por ello por lo que las madres presentan irritabilidad, falta de sueño y apetito.

Al presentar tantos cambios tan repentinos, se puede también tomar en cuenta como factor de riesgo el que la madre anteriormente haya presentado síntomas depresivos y no hayan sido sanados por completo al igual que no presente mecanismo de apoyo por parte de la pareja o de la propia familia, así incrementando la presencia de una depresión después del parto.

La depresión mayor también puede estar presente en este periodo si no se identifica a tiempo y no se le brinda el tratamiento adecuado, desarrollándose como un trastorno psiquiátrico mayor que presenta una ansiedad más marcada y ataques de pánico donde refieren que pueden observar cosas o escuchar personas que les indican que se auto lesionan, lesionen a un familiar o al propio bebé.

Se ha identificado también que los antecedentes heredados familiares son una de las causas presentes en esta patología, como que la madre haya atentado contra su propia vida, que algún familiar cercano haya cometido suicidio, familiares cercanos con depresión mayor, violencia intrafamiliar durante el embarazo, antecedentes de hospitalizaciones y conflictos de pareja.

La base del tratamiento es la terapia psicológica, donde se puede llevar sola o si la paciente prefiere en compañía de la pareja o algún familiar, llevando a cabo el hablar de cómo se siente, de los cambios que ha sentido en las últimas semanas o cómo se ha sentido con respecto a su bebé, siendo libre de expresarse e irle ayudando en el proceso.

La terapia cognitivo - conductual es también la de mayor preferencia por las pacientes, porque se va corrigiendo lo que son los pensamientos negativos con respecto a ellas mismas, con la pareja, familia o el bebé, como también la terapia conductual que corrige las conductas problemáticas que pueden estar presentando o los patrones que vienen de hace tiempo atrás.

Para pacientes con una depresión mayor donde el comportamiento puede ser el suicidio o alteración de la percepción donde pone en riesgo su vida o la del bebé se recurre a un psiquiatra e inclusive a internamiento en un centro, iniciando el tratamiento lo más pronto posible porque estas pacientes son un poco impredecibles.

La farmacoterapia se utiliza cuando la paciente presenta una depresión mayor que ya se presentaba inclusive desde antes del embarazo, se combina con la terapia cognitivo - conductual dando buenos resultados y saliendo del proceso poco a poco y con la compañía de la pareja y familiares más cercanos.

Los antidepresivos ISRS y IRSN han demostrado una gran eficacia en las pacientes con depresión postparto severa, aunque estén en periodo de lactancia, la sertralina es la primera opción dentro de estos presentando una buena respuesta a los efectos secundarios en los lactantes donde se ha evidenciado que son los más bajos, inclusive indetectables en la sangre de los lactantes presentes.

Lo ideal es continuar con el tratamiento entre 4 a 6 semanas después de que se detectó y se trató para evitar una recaída e igual llevándose junto con la terapia psicológica, si al terminar el periodo se observa que la paciente no está del todo bien, se aconseja llevar el tratamiento de 6 a 9 meses más hasta que se logre una efectividad completa.

Cada vez la depresión postparto es una de las complicaciones más comunes después del nacimiento del bebé es fundamental una detección temprana tomando en cuenta si la paciente antes del embarazo ya presentaba síntomas o si estos son después del parto, teniendo en cuenta de primero los factores de riesgo o los desencadenantes que ella pueda mencionar.

El realizar una buena historia clínica es fundamental junto con el test de edimburgo porque se va clasificando a las pacientes en una depresión postparto leve o severa, para determinar cuál es el tratamiento más adecuado, ya sea terapia psicológica o si es necesario un psiquiatra para un internamiento o la farmacoterapia.

La siguiente revisión bibliográfica tiene como propósito conocer sobre la depresión postparto y entender cómo evoluciona esta patología tomando en cuenta la parte fisiológica, psicológica y biológica, lo que conlleva todos los cambios que la madre pueda sentir. Permitiéndole a las mujeres que pasan este proceso y las personas en el área de la salud a ampliar su conocimiento.

Al conocer más sobre el abordaje del tema hay más rapidez a la hora del diagnóstico, ofreciéndoles terapia psicológica donde hay prueba eficaz de una recuperación rápida, total y en ciertos casos menos tiempo del pactado. Es de suma importancia que la madre esté dispuesta a la ayuda y que alrededor de ella tenga apoyo para que todo sea un trabajo en conjunto.

La expectativa del siguiente análisis es que sea de gran contribución tanto para los profesionales de salud como para la paciente y sus familiares comprendiendo el grado de esta patología, que su diagnóstico sea eficaz, preciso y que las complicaciones no sean tan severas y su tratamiento lo más pronto posible.

1.5 Antecedentes

1.5.1 Antecedentes históricos

Elvira Martínez, Mercedes Toledo, María Pineda, et, al (2001). La depresión postparto: un estudio exploratorio con una muestra de mujeres valencianas. Es su objetivo el conocer la existencia de la depresión postparto en un grupo de mujeres en 2 meses de tiempo y si persisten alteraciones. Se realizó un estudio cuantitativo con 101 donde el 65 % rango normal puede comenzar entre los primeros 10 días con síntomas como tristeza, ansiedad, falta de apetito y seguidamente de sentimientos negativos a ellas mismas o al bebé.

Un estudio en Lima realizado a 261 mujeres con rango de edad de 27 años donde el 24% de ellas presentaba síntomas con base en el DSM IV, los factores principales era estrés, baja autoestima y obtenían poco apoyo social. El estudio de 110 mujeres en Edimburgo entre 24-27 años el 26.5 % a las que se le aplicó el instrumento se les encontró síntomas depresivos y el 15 % depresión postparto. Incluye llanto incontrolable, desánimo, cero afecto a la pareja entre otros.

1.5.2 Antecedentes internacionales

En Singapur, Cherie Sze Min-Sim, Helen Chen, Shu-Ling Chong, et. al (2023) realizaron la investigación “Primary health level screening for postpartum depression during well-child visits: Prevalence, associated risk factors, and breastfeeding”, cuyo objetivo es examinar las tasas de prevalencia de DPP en población de atención primaria, cuáles son las tasas de aceptación y asistencia a la intervención para mujeres con resultados positivos de DPP, cuáles son los factores de riesgo sociodemográficos y maternos de DPP y cuál es el impacto de la DPP sobre la lactancia materna. Durante su investigación se implementó un programa de detección diádica madre-hijo utilizando cuestionario de salud del paciente-2 modificado durante las visitas de rutina de niño sano a los 2 o 3 meses después del parto durante la temporada de julio 2019 y diciembre 2021.

Además de realizar una regresión logística multivariable para identificar factores de riesgo independientes para DPP y describir mediante la utilización de odds ratios (OR) ajustado a sus intervalos de confianza del 95 %. Se utilizó de muestra 5.561 madre con una tasa de prevalencia de DPP probable fue de 2.4 %, aproximadamente la mitad (54.4 %) de las madres dieron positivo en la prueba de cuestionario de salud del paciente-2, aceptaron la intervención y de ellas dos tercios aceptaron derivaciones posteriores a atención terciaria y a servicios comunitarios de salud mental, con mayor asistencia en este último. Como conclusión se obtiene que las madres que tenían DPP tenían más probabilidades de tener más de 35 años y no amamantar. Resalta la importancia de la detección y tratamiento tempranos de la DPP en atención primaria. De acuerdo con esto el modelo de abordaje y detección de la DPP a nivel asiático podría utilizar un cuestionario de salud del paciente-2 de una forma aportar al sistema de detección en pacientes que potencialmente podrían llegar a presentar DPP en Costa Rica, es importante tomar esta medida de abordaje a nivel primario donde es el primer contacto de atención que se tiene sobre estas pacientes.

María Fernanda Rocha, en Puebla, México demuestra con su investigación llamada “Prevalencia de depresión posparto en el hospital de la mujer de la ciudad de Puebla, México”, cuyo objetivo es contribuir a una visión más amplia de la prevalencia de la Depresión posparto en la ciudad de Puebla. Se contó con la participación de 210 mujeres que se encontraban en periodo posparto quirúrgico y fisiológico inmediato, de ellas 9.55 % cursaron sin síntomas depresivos, mientras que un 65.2 % reportó presencia de síntomas leves de depresión obteniendo un puntaje menor a 6 puntos; el 22.3 % de las entrevistadas cumplieron con síntomas compatibles con depresión moderada y un 2.9 % de las madres informaron síntomas compatibles con depresión severa. Dicha información termina concluyendo que hay concordancia con lo reportado por la bibliografía a nivel internacional y nacional sobre la prevalencia de síntomas depresivos moderados en la población embarazada y además demostró la eficacia de la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo para poder detectar psicopatología afectiva de forma temprana y así poder ofrecer un tratamiento oportuno a aquellas mujeres que lo necesiten.

En Santander España, Carolina Agüero realizó una investigación llamada “Plan de cuidados estandarizado para el abordaje de la depresión postparto” entre el 2020-2021, con el objetivo de visibilizar y explicar la patología de la depresión postparto. Esta investigación recoge a través de los lenguajes estandarizados NANDA-I, Nursing Outcomes Classification (NOC) y Nursing Intervention Classification (NIC) un plan de cuidados estandarizados a través del cual proporcionar a las mujeres que sufren depresión postparto, unos cuidados humanizados de la calidad mediante la aplicación del razonamiento crítico enfermero. Mediante una revisión bibliográfica de la patología postparto y la obtención de datos objetivos acerca de las personas que lo padecen, se han realizado evaluaciones holísticas a la mujer durante el periodo postparto. Esta valoración se basa en el modelo de cuidados de Virginia Henderson, que considera a la persona como un todo complejo con 14 necesidades básicas.

Claudia Caicedo y Francisco Viveros en el 2023, publicaron “Aplicación De Instrumentos De Valoración Del Riesgo y Tamizaje De Depresión Postparto En El Hospital Rubén Cruz Vélez De Tuluá (Valle Del Cauca)” teniendo como objetivo determinar el porcentaje de aplicación de los instrumentos para la valoración y detección oportuna de la depresión postparto en las historias clínicas por el personal de Salud del Hospital Rubén Cruz Vélez. Tiene un enfoque cuantitativo bajo un diseño no experimental de corte transversal, fueron seleccionadas 296 historias clínicas de las gestantes que iniciaron y terminaron su control prenatal y postnatal en el año 2021, donde se encontraron maternas con un rango de edad entre menores de 14 y mayores de 36 años, con o sin problemas patológicos, residentes en el municipio de Taluá ya sea en la zona urbana o rural de los distintos estratos sociales de 1 a 6. Se evidenció que del 100 % de las historias clínicas revisadas solamente el 66 % se les aplicó la escala de riesgo biopsicosocial en la semana 28 de gestación y la escala de depresión postnatal de Edimburgo. Concluyen que uno de los obstáculos para la detección temprana de depresión postparto es la falta de cumplimiento de la ruta materno perinatal según la resolución 3280 del 2018 por el Ministerio de Salud Colombiano.

Para el 2023, Catherine Valdés y Natalia Cristoforone en Uruguay realizaron la investigación nombrada “Revisión descriptiva de las herramientas de detección de depresión puerperal en el primer nivel de atención” que tiene como objetivo estudiar las herramientas que existen para detectar la depresión asociada al puerperio. Se realiza una revisión bibliográfica descriptiva que estudia las herramientas de evaluación existentes para la detección de la depresión asociada al puerperio, que es una patología subdiagnosticada por la falta de tamizaje y de oportunidades de consulta en las pacientes que lo padecen. Se obtiene como resultado que, si existen estas herramientas necesarias para el adecuado abordaje de estas pacientes y han sido validadas en diferentes países del mundo, es la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo la herramienta más validada y de mayor uso demostrando una alta eficacia con un procedimiento de diagnóstico sencillo y aplicable en el primer nivel de atención.

En Valladolid, España, Paula Martín, además aportó mediante su investigación “Detección del riesgo y prevención frente a la Depresión Postparto”, en el año 2021-2022. El cual su objetivo es la detección de sus factores de riesgo predisponentes y su abordaje temprano por medio de estrategias preventivas eficaces. Para la realización de este estudio se han seleccionado 16 artículos incluidos en los resultados, que investigan los principales factores de riesgo, las diferentes metodologías y estrategias preventivas que han demostrado efectividad para disminuir la incidencia de la DPP, el método diagnóstico de elección y el papel que desempeña enfermería en todas estas cuestiones. Los resultados de manera general han sido positivos y han demostrado homogeneidad: la figura de la enfermera y/o matrona de AP es clave para desarrollar las intervenciones preventivas, las cuales han demostrado que teniendo en cuenta los factores de riesgo potenciales y que, centrándose en actuar tanto sobre la madre como sobre su hijo, presentan una buena eficacia. Además, los patrones de alimentación infantil tienen mucho que ver con la DPP, especialmente la lactancia materna (LM) por los beneficios que confieren frente a ella. En cuanto al diagnóstico, para ello se emplea fundamentalmente la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS).

1.5.3 Antecedentes nacionales

En el 2021, Adriana Acuña, Estefanía Ramírez y María Azofeifa, realizan su investigación llamada “Depresión postparto” tienen como objetivo realizar una revisión bibliográfica de la depresión posparto para así conocer más a fondo sobre este padecimiento y que haya una mejor valoración y abordaje de estas pacientes de manera temprana. Refieren que la depresión postparto es un padecimiento que puede afectar alrededor de 25 % de la población femenina después de un embarazo. Es un trastorno del estado de ánimo que ocurre en los primeros 12 meses después del parto y que se encuentra dentro de un espectro de diagnósticos psiquiátricos relacionados con el embarazo. Las adaptaciones corporales, psicológicas y sociales, tales como el cambio de rol a nivel familiar, el vínculo con el bebé, la nueva responsabilidad asumida y los cambios en el cuerpo pueden alterar el estado de ánimo y producir una depresión posparto. Es necesario el abordaje y detección inmediata de este tipo de padecimiento para tratar de evitar severidad del trastorno que puede llevar a repercusiones, tanto en la madre como en el bebé.

Para el 2016, Kattia Rojas realizó su investigación llamada “Caracterización sociodemográfica y psicológica de las madres con depresión posparto que han sido internadas en el Hospital Nacional Psiquiátrico entre el año 2010 y el mes de junio de 2015, una aproximación a través de la revisión de expedientes”, el cual como objetivo tiene analizar las características sociodemográficas y psicológicas que tienen las mujeres adultas que han sido hospitalizadas por diagnóstico de depresión posparto en el Hospital Nacional Psiquiátrico desde el año 2010 hasta el mes de junio de 2015, se revisaron los expedientes de todas las mujeres ingresadas en el Hospital Nacional Psiquiátrico, de San José Costa Rica en el periodo que abarca del año 2010 hasta junio de 2015. Se documentó la presencia o ausencia de una serie de características sociodemográficas y psicológicas mediante un instrumento de recolección de datos previamente construido para este estudio, con el objetivo de discernir las características antes mencionadas de la población del estudio. Se dieron 40 ingresos al nosocomio de 39 mujeres, donde se encontró que la edad promedio es de 26.58 años, 65 % proviene de áreas rurales, generalmente alejadas de la capital, 62,5 % no son asalariadas, el 40 % vive en unión libre.

Los síntomas clínicos más frecuentes fueron estados de ánimo depresivo (85 %), alteraciones del sueño (70 %) y síntomas psicóticos en más de la mitad de los casos (67 %). Se concluyó que las mujeres con depresión posparto se constituyen como un grupo que requiere de atención clínica especializada debido a su gran vulnerabilidad biológica, la sintomatología depresiva y al marcado riesgo psicosocial. Por lo anterior se recomienda intervención integral donde se involucre a pareja y familiares.

La Licda. Lady González, para el 2018 aporta su investigación llamada “Las mujeres con depresión postparto presentan mayor disminución de síntomas depresivos cuando hay intervenciones cognitivas conductuales en comparación con otras intervenciones no cognitivas conductuales”, mediante su revisión sistemática se pretende analizar la eficacia que tienen las intervenciones psicológicas desde el modelo cognitivo conductual en la reducción de síntomas depresivos de madres después del parto en comparación con otras intervenciones no cognitivas conductuales porque se requiere conocer cuáles son los tratamientos con mejores resultados para disminuir estas alteraciones y con esto el impacto que puede generar este trastorno afectivo. La metodología utilizada recopila los conocimientos más relevantes y recientes asociados al tema propuesto. Por lo tanto, el procedimiento consistió en identificar bases de datos, de las cuales se seleccionaron las investigaciones que más se ajustaban a los requerimientos para alcanzar los objetivos de interés. Los resultados encontrados presentan evidencia que la TCC como tratamiento de la depresión postparto es un método con resultados positivos a nivel individual, grupal, asistido por internet o mediante visitas domiciliarias, sin embargo, los estudios son limitados y se requieren ampliar. Además, se deben realizar estudios con población costarricense.

CAPÍTULO II-
MARCO TEÓRICO

2.1 Salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades⁶. Este es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin diferencia de raza, religión, ideología política o condición socioeconómica. La salud es de naturaleza fundamental para lograr la paz, seguridad y sobre todo lograr ampliamente la cooperación de las personas y Estados.

2.2 Salud mental

La salud mental es un componente integral y esencial de la salud, es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades; la persona es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad⁷. La salud mental posee un valor intrínseco y fundamental para todas las personas, influyendo en el pensamiento, sentimiento y actuar. Sustenta también la capacidad de tomar decisiones, construir relaciones.

Es importante, además de esto, reconocer que la salud mental aporta al capital humano, social, económico y además a las importantes funciones de la sociedad con el fin de contribuir a la productividad y por consiguiente generar un recurso hacia las familias, comunidades y naciones, asimismo influir en la vida espiritual de cada individuo reflejando una imagen positiva y con esto brindar un mejor bienestar al ser humano y a sus pares. La salud mental significa ser más capaces de relacionarnos, desenvolvernos, afrontar dificultades y prosperar⁸.

La falta de atención y servicios de salud mental tiene efectos sanitarios, sociales y económicos enormes, sino también para las familias, comunidades y sociedad en general. Los problemas de salud mental son algunas de las principales causas de discapacidad que afecta a múltiples personas en ambiente estudiantil, laboral y sobre todo el cuidado de individuos. Los problemas de salud mental también pueden acarrear o aumentar el riesgo de otras patologías de origen.

2.3 Salud mental materna

Es una condición humana que permite el gozo de la vida en condiciones plenas y facultades psíquicas del individuo. Este es un derecho que le atañe al Estado, pero que también debe proteger a la comunidad, familiar y propia personal. La salud mental perinatal está directamente relacionada con el bienestar y armonía/equilibrio psíquico y somático necesario para el óptimo desarrollo personal, mental y social, desde la época periconcepcional hasta la postnatal.⁹

Convertirse en madre, para la mujer es una ardua tarea psicológica, sobre todo si es primigesta, en el momento de pasar a de ser solamente mujer a labor de convertirse activamente en madre. Durante la gestación la mujer sufre cambios psíquicos y conductuales que conllevan a convertir su forma de pensar, sentir y su estilo de vida, y con ello implica el cambio irrevocable del “yo” al “nosotros”, que implica ser un proceso difícil. La gestación conlleva una revolución de sentimientos que van desde la felicidad, el miedo, la incertidumbre y el rechazo hasta la completa ambivalencia¹⁰.

2.4. Aspectos emocionales de la maternidad

En una primera fase del embarazo, aparecen sentimientos de tipo depresivo, como una forma de ajuste a la nueva situación y que incluyen fluctuaciones en el estado de ánimo, hipersensibilidad emocional, labilidad, preocupación y somatizaciones. Al mismo tiempo, existe tristeza por la pérdida del estado anterior, así como por la pérdida de atractivo físico y de la independencia¹¹. Durante este primer trimestre hasta un 80 % de las mujeres presentan además de los síntomas anteriores antojos frecuentes, cansancio, somnolencia, náuseas y vómitos. Posterior a estos síntomas la mujer empieza a tener cambios psicológicos más notables con respecto a su gesta, como lo son las fantasías acerca de la llegada de su hijo, el tratar de comunicarse con él, hablando y compartiendo experiencias de su día a día. Sin embargo, la presión social que la madre recibe sobre su embarazo podría producir sentimientos de inseguridad, baja autoestima, introversión y dependencia.

En el tercer trimestre, el feto ha crecido a tal grado que provoca nuevos síntomas. Se producen cambios en la marcha de la mujer y en la postura corporal y trastornos respiratorios y gastrointestinales por el crecimiento abdominal, entre otras alteraciones. En este periodo, la mujer se visualiza como una unidad con su futuro hijo e inicia el proceso de «preparación del nido»¹⁰, múltiples cambios físicos, fisiológicos y patológicos hacen que algunas mujeres experimenten cambios en el estilo de vida (cambios en rutina diaria y relaciones sociales), además se agrega la responsabilidad del cuidado y la provisión del recién nacido (con mayores sentimientos negativos cuando se suma a la responsabilidad del cuidado de otros hijos o se es madre soltera), así como la disminución de las horas efectivas de descanso y sueño, llevando a un estado de irritabilidad con alteraciones del ciclo circadiano, alteración del estado de ánimo e incluso profundos estados depresivos y psicosis.¹⁰

Estos cambios son de tipo transitorio y terminan con la resolución del embarazo, sin embargo, en algunas mujeres se hace necesaria la intervención terapéutica de apoyo ya que pueden existir conflictos y falta de adaptación ante esta situación que no podrá ser resuelta por ellas mismas.

2.5 Salud mental infantil

Los primeros años de vida de una persona revisten especial importancia por el impacto de las experiencias vividas tempranamente en el resto de las etapas del ciclo vital. Si durante este período se goza de una buena salud mental esto permitirá tener indicadores idóneos de desarrollo y expresión de emociones, ayudando a la adquisición de destrezas sociales y habilidades para las diferentes situaciones que se puedan presentar a lo largo de la vida¹¹.

La niñez constituye una etapa crucial en el desarrollo humano, en ese sentido las experiencias personales influyen de pleno en su desarrollo. Por lo tanto, la interacción del niño, en tanto entiende biológica, su medio ambiente, familiar y sistema social, constituyen unos de los pilares fundamentales para un desarrollo humano saludable.

En este contexto, el reconocimiento del papel en cuanto a salud mental en la infancia constituye un eje de suma prioridad para la mayoría de los países del mundo.

Para la OMS existen tres áreas fundamentales respecto a la salud mental infantil, la primera de ellas corresponde a los trastornos depresivos que cursan tanto en la infancia como en la adolescencia porque se encuentran asociados a un importante desajuste social, relacionándose de manera directa con la segunda área prioritaria destacada por la OMS, a saber, el riesgo suicida siendo este la tercera causa de muerte de adolescentes en el mundo, Por último, el tercer aspecto por destacar por la OMS corresponde a los trastornos conductuales cuyo inicio se dan en la infancia y tienden a persistir en la edad adulta de diferentes formas: abuso de drogas, delincuencia juvenil, conducta antisocial, problemas de relación con los otros (interpersonales y maritales), desempleo y una deteriorada salud física.¹²

2.6 Trastorno en el vínculo madre-bebé

La depresión perinatal cobra relevancia, puesto que genera un impacto en la madre, el niño y la relación entre ellos. En cuanto al niño, las consecuencias van desde bebés con menor peso al nacer, menor desarrollo verbal, un incremento de problemas conductuales y emocionales, entre otros. En cuanto a la madre, se ha observado que las que padecen de esta patología presentan más dificultades para percibir e interpretar las señales de sus bebés, que se expresa en una baja sensibilidad ante sus necesidades. Además, muestran incongruencias en sus comunicaciones, generando altos niveles de confusión en sus bebés.

Se habla, por otro lado, de que durante el periodo perinatal es de suma importancia el desarrollo perinatal porque este depende en gran medida de la relación que posean los adultos, en especial la madre con el bebé.

2.7 Teoría del apego

Esta teoría plantea que la calidad del vínculo establecido con los primeros cuidadores es uno de los factores más importantes para determinar el desarrollo del niño. Este vínculo madre-bebé se refiere a las emociones y pensamientos que tiene una madre hacia su bebe y a ella como madre¹³. A medida en que el/la niño/a conforma progresivamente modelos de representación internos que estructuran su vínculo con el mundo y con los otros significativos, el apego contribuye a la supervivencia física y psíquica del sujeto, generando seguridad y facilitando el conocimiento del entorno.¹⁴

Múltiples investigaciones relacionadas con el apego determinan que existen varios determinantes de la calidad del vínculo madre-bebé desde la propia historia vincular de la madre, hasta la sensibilidad materna. Esta primera relación materno-bebé es de vital importancia porque los niños van creando *internal working models*, es decir, representaciones mentales que de pronto definirán desde la manera de relacionarse con los demás hasta sus experiencias de cuidado, incluye la forma que responderán a las necesidades de sus hijos futuros.

2.8 Puerperio

Según la OMS define Puerperio como el periodo que ocurre desde el nacimiento del bebé hasta las seis semanas posteriores (42 días de este), acontecen todos los cambios que presenta la madre, la pareja, la familia etc., desde la parte física hasta la emocional donde se ha demostrado ser un periodo de alto cuidado porque la carga de morbilidad y mortalidad materna y neonatal sigue siendo muy alta¹⁵.

2.9 Factores de riesgo para depresión postparto

La depresión postparto tiene una causa principalmente hormonal (debido a la caída de los niveles de progesterona y estrógenos en esta etapa), no obstante, la mayoría de evidencia indica que esta no es su causa principal, sino más bien señalan que la mayoría de las causas son de índole psicosocial, es decir, la situación real que esté enfrentando en ese momento la gestante o la mujer posterior al alumbramiento es el que va a determinar si sufre de depresión.

Otros factores que juegan un papel importante son los bioquímicos debido a la disminución abrupta en los niveles de esteroides gonadales. Sin embargo, indican que esta condición, por sí sola, no desencadena la enfermedad, debido a que el padecimiento está influenciado por cambios hormonales y deficiencias sociales.¹⁶Otro de los factores de riesgo importantes por mencionar es el antecedente de trastornos psiquiátricos previamente al embarazo, pacientes que han sufrido de depresión que carecen de mecanismos de apoyo eficaces pueden manifestar esta patología con mayor intensidad, por lo tanto, sufrir de sus consecuencias.

Según el DSM-V se evidencia que: “Estudios prospectivos han demostrado que los síntomas del estado de ánimo y de ansiedad durante el embarazo, así como el desánimo puerperal aumentan el riesgo de un episodio de depresión mayor después del parto”. Además, se ha observado que las mujeres que cursan con episodios de depresión mayor en el periparto, con frecuencia sufren ansiedad grave e incluso ataques de pánico asociados a este trastorno en el posparto³.

Otros trastornos psiquiátricos relacionados que tienen relevancia son los episodios posparto con características psicóticas especialmente en mujeres con antecedentes de trastornos del estado de ánimo durante el puerperio, además de elevarse este riesgo en pacientes con enfermedades mentales que no han sido diagnosticadas previamente y que tengan además antecedentes de un trastornos depresivo o bipolar y estar asociado a enfermedades heredofamiliares (trastornos bipolares). Se considera que una mujer ha tenido un episodio posparto con características psicóticas, el riesgo de recurrencia es del 30 % al 50% de episodios con cada parto posterior³.

La mayor evidencia indica que la principal causa de depresión postparto es de índole psicosocial, como, por ejemplo:

- Una pareja que no ofrezca apoyo emocional a la compañera. Aunque el compañero esté presente en la casa, la mujer no puede hablar con él de cómo se siente, o éste le dice simplemente que no piense en esas cosas y que trate de sentirse mejor.

Muchos hombres no están acostumbrados a hablar de sentimientos y no saben cómo responder cuando su esposa dice sentirse triste, abrumada, incierta sobre cómo cuidar al bebé o con miedo al futuro. Otro factor de riesgo es no tener un compañero o ser madre soltera.

- Antecedentes de pérdidas tempranas. Esto puede involucrar haber perdido a uno de sus padres antes de los 10 años o haber perdido contacto con alguno de ellos por abandono o separación.
- Haber sido objeto de negligencia, maltrato físico, emocional o sexual en la infancia. Estas experiencias predisponen a la mujer a tener depresión en la edad adulta. No se trata de fenómenos tan raros; se piensa que alrededor de 15 a 20 % de mujeres ha sido objeto de alguna forma de abuso sexual antes de alcanzar la edad adulta. Los maltratos crean una vulnerabilidad emocional importante en la persona e incluyen negligencia, abuso psicológico, críticas excesivas por un progenitor, así como maltrato físico y sexual.
- Aislamiento social. Es decir, el hecho de que la mujer no tenga una red de personas que la apoyen emocionalmente. También con poca oportunidad de contar con su familia extendida (su madre, padre, hermanos, otros parientes) o poco contacto con amigas o compañeras que pudieran ayudarla o escucharla.
- Factores de estrés socioeconómico. Dificultades económicas, no poder pagar los diversos servicios esenciales (corriente eléctrica, etc.) o el acceso a servicios como los cuidados médicos. Otros son vivir en un medio habitacional difícil, peligroso, donde haya pocas oportunidades de recreación.
- Atención de otros niños pequeños en su hogar. Los niños pequeños requieren de una gran inversión de tiempo y cuidados y si hay varios de ellos antes del presente embarazo pueden causar que la gestante se sienta abrumada.
- Mala relación con los padres o separaciones prolongadas (pérdida de uno o ambos padres en la infancia). Una mujer que ha tenido falta de relación con sus padres puede tener mayor dificultad para asumir este nuevo papel en su vida cuando ella misma está a punto de hacer la transición a la parentalidad.¹⁶

2.10 Prevalencia

La DPP es un trastorno donde la afectación mental es sumamente alta transformándose en un problema de salud pública mundial, muestra su prevalencia 12 semanas después del puerperio. La prevalencia de la depresión posparto varía del 1,9 % al 82,1 % en los países en desarrollo y del 5,2 % al 74,0 % en los países desarrollados mediante el uso de cuestionario de autoinforme¹².

Se sugiere, además, que la prevalencia en los países en vías de desarrollo es superior si se compara con los países desarrollados (prevalencia >13 % en el 78 % de los estudios). En este sentido, mientras que en los países con más altos ingresos se determinaron factores de riesgo como: la historia de cualquier psicopatología (incluyendo antecedentes de DPP anterior), la falta de apoyo social, la mala relación conyugal o de pareja y los recientes acontecimientos negativos de la vida; en los países con ingresos más bajos, se les suma tasas más altas de pobreza y estrés económico².

Según Mendoza la prevalencia mundial de DPP a lo largo de la vida fluctúa entre 10 y 20 % observándose mayores valores en madres adolescentes (26 %) y en los niveles socioeconómicos más bajos (38,2 %).

Un estudio antropológico de finales de los años 80, por otro lado, señaló que la depresión posparto en China era prácticamente inexistente, atribuyéndole a la atención especial que se daba a las mujeres y a las fuertes redes de apoyo familiar.

Estudios posteriores con instrumentos de autorreporte han arrojado tasas entre 0 y 18% en poblaciones diversas de ese país. Respecto de su prevalencia en el mundo occidental, se han reportado valores más altos en países emergentes que en los desarrollados. Sin embargo, la evaluación de algunos estudios epidemiológicos en DPP no es fácil debido a las variaciones en sus diseños metodológicos (ej. uso de instrumentos de tamizaje vs detección espontánea de los síntomas), en los tamaños muestrales y en los criterios diagnósticos utilizados.

Otro dato interesante es que la DPP es mayor en China con un 21,4 % que en Estados Unidos (8,6 %) e inclusive Japón (14 %). Estos estudios muestran que las mujeres son cada vez más susceptibles conforme pasan los años de padecer depresión¹⁷.

2.11 Patogenia

La depresión posparto es un trastorno psiquiátrico serio que ha recibido escasa atención tanto en estudios clínicos como experimentales y frecuentemente no se diagnostica adecuadamente. Como la complicación más frecuente del parto, la depresión posparto tiene efectos adversos significativos en la madre, con el suicidio representando aproximadamente el 20 % de las muertes relacionadas con el posparto.

La fisiopatología de la depresión posparto es compleja y aún no está completamente determinada. Sin embargo, existe evidencia de que los factores biológicos, incluidos los hormonales, la genética y la función inmune pueden influir¹⁷ por lo tanto, es fundamental entender estos factores que influyen en la neurobiología subyacente de la DPP.

2.11.1 Hormonas

Los rápidos cambios en las hormonas reproductivas, como el estrógeno y la progesterona, durante el embarazo y justo después del parto han sido un tema de gran interés para los investigadores de la depresión posparto. Estas hormonas son cruciales en la etiología de la depresión posparto porque juegan un papel esencial en el procesamiento de emociones, la excitación, la cognición y la motivación¹⁸

También regulan varios sistemas biológicos implicados en la depresión mayor, como la función tiroidea, las hormonas lactogénicas, el eje hipotalámico-pituitario-suprarrenal, el sistema inmunológico y la expresión genética. Además, los estudios de imágenes cerebrales han demostrado que las hormonas reproductivas modulan los neuro circuitos implicados en los estados afectivos normales y anormales¹⁷.

La rápida caída en los niveles de las hormonas gonadales después del parto ha llevado a varios autores a proponer que esta disminución pudiera estar relacionada con las alteraciones en el estado de ánimo de las mujeres durante el puerperio. Existe evidencia de que las mujeres que sufren depresión posparto pueden tener una sensibilidad diferencial a los efectos de los esteroides gonadales porque la retirada de dosis supra fisiológicas de estradiol y progesterona aumentó los síntomas depresivos solamente en pacientes con antecedentes de depresión posparto¹. Otros autores han señalado que parece haber un subgrupo de mujeres vulnerables que son particularmente susceptibles a los cambios hormonales reproductivos a lo largo de su vida: premenstrual, perinatal y perimenopáusica. Esto sugiere que los cambios en las concentraciones de hormonas reproductivas son capaces de provocar una desregulación afectiva, especialmente en mujeres con susceptibilidad genética.¹⁷

Se habla, por otro lado, del esteroide neuro activo conocido como alopregnanolona como un metabolito de la progesterona con sus efectos ansiolíticos y antidepresivos podría ser un posible biomarcador de la depresión posparto porque los niveles de este neuro esteroide aumentan durante el embarazo caen de manera precipitada durante el postparto, también disminuyen pacientes que padecen de depresión mayor y aumentan después del tratamiento antidepresivo. Varios estudios han documentado niveles reducidos de alopregnanolona asociados con el riesgo de desarrollar DPP, una reducción en el número de mujeres que experimentan tristeza posparto y una correlación negativa de la alopregnanolona sérica con síntomas de depresión posparto¹⁷. Sin embargo, la asociación entre los niveles de alopregnanolona y la DPP sigue sin estar clara.

2.11.2 Vía Hipotálamo-Hipófisis-Adrenal (HHA)

Se han encontrado evidencias que sugieren que el eje HHA juega un papel en la depresión posparto. Además, las variaciones genéticas en los genes MAOA (Monoaminoxidasa A) y COMT (Catecol-O-Metiltransferasa), conocidos por su implicación en la depresión posparto, también están relacionadas con diferencias específicas según el sexo en cómo responden los niveles de cortisol frente a un estresor social.

Se ha demostrado que la proteína quinasa C tipo beta (PRKCB) es un regulador del eje HHA indirectamente a través de los receptores de glucocorticoides (GR) y la señalización de la hormona liberadora de corticotropina (CRH), y las mutaciones en este gen también se han asociado con la depresión posparto. Además, los polimorfismos en los GR y el receptor 1 de la hormona liberadora de corticotropina (CRHR1) también se han asociado con la depresión posparto. Existe evidencia de que la regulación del eje HHA puede ser disfuncional en mujeres con depresión posparto, incluida una menor capacidad de respuesta a la prueba de supresión con dexametasona y una relación alterada entre los niveles de ACTH y cortisol.¹⁸

Interesantemente, las mujeres con historial de depresión posparto muestran un incremento en la estimulación del cortisol, sugiriendo que la disminución de los niveles de esteroides gonadales podría mejorar la función del eje HHA, especialmente en aquellas con antecedentes de depresión posparto, aunado a esto acontecimientos vitales adversos también pueden alterar la función del eje HHA llevando a una mayor vulnerabilidad a los trastornos del estado de ánimo.

De acuerdo con ciertas investigaciones, se ha propuesto que los estrógenos facilitan la actividad del eje HHA, mientras que la progesterona y la testosterona reducen la actividad del eje encargado del estrés. Sin embargo, existen ciertos metabolitos de estas hormonas que, al interaccionar con receptores de estrógenos, facilitan la actividad del eje del estrés. Por ende, nos encontramos ante un delicado balance entre los efectos de activación o inhibición que ejercen las hormonas y sus derivados sobre este importante eje. Aparentemente, los efectos de las hormonas sobre el eje están mediados por receptores GABAérgicos¹⁹

2.11.3 Neurotransmisores

El GABA es el principal neurotransmisor inhibitorio del sistema nervioso central (SNC) y modula el balance inhibitorio-excitatorio en el cerebro maduro. Se involucra aproximadamente en un tercio de las sinapsis en regiones como la corteza cerebral, el hipocampo, el tálamo, los ganglios basales, el cerebelo, el hipotálamo y el tallo cerebral y en circuitos interneuronales como los noradrenérgicos, dopaminérgicos y serotoninérgicos¹⁹.

Hay dos tipos de receptores en el sistema GABAérgico: los receptores ionotrópicos GABA_A y los receptores metabotrópicos GABA_B, en el cerebro adulto, el GABA mayormente ejerce su función activando receptores GABA_A, que son un tipo de receptor ionotrópico. Los receptores GABA_A son ionotrópicos y en su mayoría postsinápticos localizados en la parte apical de las dendritas de las neuronas, ocasionando un rápido potencial postsináptico inhibitorio, los receptores GABA_B median su acción inhibitoria a través de sistemas de segundos mensajeros acoplados a la proteína G que regulan la liberación de neurotransmisores y la actividad de los canales iónicos y de la adenilciclasa, resultando en una respuesta más lenta y tardía del potencial inhibitorio¹⁹.

Los cambios en la señalización GABAérgica durante el período periparto normal se infieren a partir de estudios de unión y evaluación de GABA_A, niveles de proteína R y ARNm¹⁸, sin embargo, aún no está claro, estos cambios en la señalización GABAérgica desempeñan un papel en la depresión postparto.

Se deduce que el efecto que producen el estradiol y progesterona sobre el estado de ánimo y los trastornos del afecto se encuentran ligados a los efectos sobre la actividad del sistema GABAérgico, que consisten en modular la apertura del canal de cloro acoplado a dicho receptor, por lo tanto, modificar la polaridad de la neurona. Debido a esto, un aumento en el tono GABAérgico localizado principalmente en los núcleos paraventriculares del hipotálamo se traduce en una disminución de la actividad en el eje HHA y en consecuencia habla de una región crítica en lo que se refiere al control del estrés¹⁹.

El glutamato, por otro lado, es el principal neurotransmisor excitador del SNC, pocos estudios han investigado los cambios en la señalización del glutamato en depresión postparto, se cree que los niveles de este neurotransmisor se encuentran disminuidos en la corteza prefrontal dorsolateral y curiosamente el tratamiento con progesterona restablece estos niveles. Por lo tanto, las fluctuaciones hormonales durante el período periparto pueden alterar la señalización del glutamato, sin embargo, se requieren más estudios para determinar si las anomalías en la señalización glutamatérgica contribuyen a la depresión postparto¹⁹.

La serotonina también se ha visto implicada en el trastorno depresivo mayor, el triptófano hidroxilasa 2 (TPH2) cataliza el paso limitante de la velocidad en la síntesis de serotonina, se han asociado con la depresión posparto¹⁹. Para investigar posibles cambios en la señalización de la serotonina relacionados con la depresión posparto, se examinó el potencial de unión del receptor 5HT1A utilizando el ligando WAY100635. Se encontró que la unión a los receptores 5HT1A disminuyó significativamente en mujeres con depresión posparto en comparación con mujeres sanas.

Aunque la hipótesis monoaminérgica de la depresión se ha centrado principalmente en la serotonina, también se ha observado evidencia que sugiere un papel de la dopamina en la depresión, con estudios que demuestran cómo el control bidireccional de las neuronas dopaminérgicas puede alterar comportamientos similares a la depresión después de un estrés crónico¹⁹.

2.11.4 Genética

Los factores genéticos también han sido implicados en la fisiopatología de la DPP, han surgido pruebas interesantes de la contribución genética de estudios familiares y de gemelos que sugieren que la depresión posparto se agrupa en familias¹⁷, además se han identificado mismos polimorfismos en genes implicados en depresión no perinatal y DPP.

Los estudios de asociación del genoma completo también han identificado genes candidatos individuales y posibles vías involucradas en la depresión posparto. Las investigaciones de genes candidatos se han centrado principalmente en genes previamente asociados con el trastorno depresivo mayor, como el transportador de serotonina, el triptófano hidroxilasa-2 (TPH2), la catecol-O-metiltransferasa (COMT), la monoaminoxidasa (MAO) y el factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF)¹⁹. Los estudios de ligamiento de todo el genoma de más de 1200 mujeres encontraron variaciones genéticas en los cromosomas 1q21.3–q32.1 y 9p24.3–p22.3 y en la hemicentina-1 (HMCN1), que contiene varios sitios de unión de estrógenos. Todos parecen aumentar la susceptibilidad a la PPD¹⁷.

2.11 Trastorno depresivo mayor

Según el DSM-V el trastorno depresivo mayor se define como:

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

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

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (**Nota:** En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5 % del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (**Nota:** En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo)

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
 9. Pensamientos de muerte recurrentes (no solamente miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
- B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.
- D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.²⁰

2.10 Depresión postparto

Según la Organización Mundial de la Salud, la depresión es uno de los trastornos que ocasiona mayor discapacidad en el mundo y se estima que, para el año 2020 será la principal causa de discapacidad en las mujeres¹⁶. Durante el periodo del embarazo se presentarán periodos de cambios y de nuevos acontecimientos muy relevantes en la vida de las futuras madres y familiares, sin embargo, no olvidar que llegará el periodo postparto y con esto una de las patologías más frecuentes que se desarrollan en esta población.

El puerperio o periodo posparto se define como el período posterior al parto de seis semanas aproximadamente, es el tiempo de adaptación después del parto cuando se revierten los cambios anatómicos, fisiológicos y el cuerpo de la madre regresa al estado previo. Por lo que durante este periodo ocurren diversos cambios a nivel neuroendocrino y psicosocial, pudiendo así generar en la madre una depresión posparto³, este se define como la depresión que inicia dentro de las primeras 4 semanas y primeros 6 meses posterior al parto, donde se presentan síntomas diarios por al menos dos semanas.

2.11 Epidemiología

El problema es reconocido a nivel mundial, donde la depresión posparto es un complejo problema de salud pública (afecta aproximadamente a 500.000 mujeres anualmente en los EE.UU. con una prevalencia del 10 al 15 %) y presenta impactos negativos en la salud de la madre, de la pareja y el desarrollo del bebé¹³, sin embargo, recientemente, se ha considerado que este padecimiento afecta entre un 15 y 20 % de las mujeres en esta etapa, lo cual da como resultado un aproximado de 800 000 casos anualmente. A lo anterior cabe agregar que esta condición es más común en madres adolescentes (26 %) y mujeres de condiciones económicas bajas (38,2 %).¹⁴

El Colegio Americano de Ginecólogos y Obstetras demostró que un 25 % de las mujeres padecen depresión postparto llevándolas muchas veces al suicidio o al atentar contra la vida del bebé⁵.

2.12 Clasificación

Los trastornos que pueden ocurrir durante el periodo perinatal y postnatal son: la tristeza postparto, psicosis y la depresión postparto ya anteriormente descrita, estos trastornos representan una muy alta prevalencia por lo que es importante tomar en cuenta sus principales diferencias porque pueden afectar directamente la salud física y emocional de la familia.

2.12.1 Tristeza Postparto, tristeza por el recién nacido o Baby Blues (TPP)

Estado transitorio, que suele durar de dos a tres días, hasta dos semanas, afectando al 50 % de las mujeres puérperas. De sintomatología leve, destacan episodios de llanto y labilidad emocional, y no requiere tratamiento.⁵

2.12.2 Psicosis postparto

La psicosis postparto ocurre en una de 500 madres, con inicio rápido en las primeras dos a cuatro semanas después del parto. Comparado con los episodios de depresión no psicóticos, las mujeres con psicosis postparto que albergan pensamientos de hacerle daño a sus bebés son más propensas a actuar y llevar a cabo dichos pensamientos¹⁵. Estas pacientes podrían pasar desapercibidas por el personal de salud o cuidadores haciéndoles pensar que están recuperados, pero a medida que avanza el tiempo se presentarán los síntomas depresivos o psicóticos. Representa un trastorno muy severo, pero con muy poca prevalencia, sin embargo, se puede presentar en las primeras 48-72 horas postparto y hasta las 2 semanas, estas pacientes pueden presentar dentro de los síntomas episodios depresivos o estados de euforia, labilidad emocional, ilusiones o alucinaciones, sin embargo, su manejo es mediante tratamiento médico y hospitalización.

2.13 Manifestaciones clínicas de la Depresión postparto

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) la DPP tiene una sintomatología similar a un episodio depresivo mayor que se define por la coexistencia de cinco o más de los siguientes síntomas que deben prevalecer prácticamente todos los días durante un lapso de 2 semanas: 1) ánimo depresivo la mayor parte del tiempo, casi todos los días por dos semanas; 2) pérdida de interés en o de la capacidad de gozar de actividades que la persona habitualmente disfruta, 3) fatiga o falta de energía, 4) sentimientos de culpa o minusvalía, 5) inquietud o sensación de enlentecimiento, 6) dificultad para concentrarse, 7) alteraciones en el sueño y 8) pensamientos recurrentes de muerte o suicidio²⁰ a diferencia de la DPP de que se presenta durante las primeras cuatro semanas postparto. En la edición IV del DSM 6 se describen, muy acertadamente, síntomas propios de la depresión postparto (DPP) como ansiedad extrema, sentimientos de culpa, labilidad emocional, ideación suicida y enorme preocupación por la o el bebé¹⁶, además de presentar autodesvalorización, generalmente relacionada con su competencia como madre, dificultad en el apego con el bebé, sentimientos de ambivalencia hacia el hijo, conductas compulsivas y pensamientos obsesivos, relacionados con el hijo y su cuidado e incluso pensamientos de dañarse a sí misma o al bebé.⁵

2.14 Diagnóstico

Para el diagnóstico de depresión postparto en el DSM-V no hay un apartado en sí que describa los síntomas, pero sí se puede definir depresión mayor y distimia, tomando en cuenta que la depresión puede estar presente desde antes del embarazo inclusive. Se considera depresión a partir de 5 síntomas descritos a continuación²⁰:

- Estado deprimido la mayoría de los días o casi todos.
- Falta de interés en actividades la mayoría del tiempo.
- Pérdida o aumento de peso.
- Insomnio.
- Ansiedad generalizada.
- Cansancio.
- Exceso de culpabilidad.
- Deficiencia en la concentración.
- Pensamientos suicidas.

La depresión postparto es una patología poco diagnosticada en los centros de atención, es el motivo principal la falta de capacitación de los profesionales en salud⁵. La recomendación principal es que el personal conozca el tema y de los factores de riesgo para poder prevenirla¹. Para comenzar un buen diagnóstico es necesario una buena historia clínica y examen físico para ir abordando a la paciente de la mejor manera.

En España recomiendan ciertos test para la detección postparto y dos de esas preguntas son fundamentales que se le pregunten a la madre en la primera cita de control después del parto o en el momento de que consulte⁵:

1. Durante el último mes, ¿se ha sentido triste, deprimida o sin motivación alguna?
2. ¿Se ha sentido con poco interés en realizar actividades que no siente que le llenan?

Si la respuesta a estas dos preguntas es correcta, se le realizaría una tercera: ¿Necesita de apoyo o requiere ayuda en su vida? Otro test que se utiliza mucho y es el que más recomiendan en las guías existentes es el Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), creada hace más de 30 años disponiendo del test en español inclusive, se puede aplicar tanto en el embarazo como después del parto porque se obtuvo una buena respuesta a la aplicación de estas preguntas en mujeres.²¹

El test consiste en diez preguntas y cuatro opciones de respuesta donde se le indica a la paciente que responda con la que más se asemeja al estado de ánimo que ha sentido en los últimos ocho días. Se debe verificar que el test se realizó correctamente y se le indica a la paciente que no debe comentar sus respuestas con alguien más. A la suma de todos los puntos el resultado es de más de doce puntos hay un estado de depresión y si a la pregunta diez la paciente responde que sí, se debe dar aviso al especialista para una ayuda más rápida²⁰.

2.15 Diagnóstico diferenciales

Al igual que sucede con cualquier otro trastorno mental, es importante verificar si los síntomas depresivos están vinculados a condiciones médicas sin tratar o son consecuencia directa del consumo de alcohol u otras drogas. Las afecciones médicas que pueden provocar síntomas de depresión y ansiedad, que son comunes en las mujeres en posparto, incluyen disfunción tiroidea y anemia.

Los trastornos de adaptación, que implican síntomas emocionales o conductuales en respuesta a un factor estresante identificado, suelen estar presentes en el posparto. Los síntomas de un trastorno de adaptación deben aparecer dentro de los tres meses posteriores al factor estresante y lo que es más importante, una vez que se elimina el factor estresante, los síntomas comienzan a disminuir. En todas las mujeres se producen importantes cambios físicos, personales, emocionales y sociales asociados con el embarazo, el parto y el cuidado de un bebé¹. La mujer enfrenta la necesidad de adaptarse a transformaciones corporales, la privación de sueño, el agotamiento, la responsabilidad de la lactancia materna, la falta de tiempo personal y ajustes (también en lo sexual) en su relación de pareja.

El autocuidado materno frecuentemente se relega a un segundo plano, lo cual puede afectar su bienestar general. Además, las expectativas sociales, familiares y laborales respecto a la lactancia pueden generar tensiones adicionales.

El trastorno de adaptación generalmente se puede distinguir de un trastorno depresivo porque los síntomas son menos numerosos y graves y porque la mejora es más rápida cuando se mitigan los factores estresantes¹. También se debe diferenciar del síndrome confusional que sucede en el período posparto y se diferencia por un grado de conciencia o atención fluctuante.

Otros de los diagnósticos diferenciales por considerar son los trastornos psiquiátricos como tristeza posparto (TPP), la cual es conocida como Baby Blues o Maternity Blue, presentada hasta en un 80 % de las mujeres. En esta enfermedad hay una alteración del estado de ánimo producto de los cambios hormonales, sociales y psicológicos que aparecen entre las 48 y 96 horas posparto y pueden durar hasta 3 semanas después del alumbramiento³, es crucial diferenciarla de la Depresión Postnatal (DPP), que afecta hasta al 15 % de las mujeres en los primeros seis meses después del parto y tiene un impacto más significativo en el entorno familiar.

Los trastornos depresivos a menudo son complicados de diferenciar de los trastornos de ansiedad, obsesivo-compulsivos y relacionados con traumas durante el posparto y pueden presentarse simultáneamente con cualquiera de estos problemas. La historia clínica debe buscar síntomas de preocupación excesiva, pánico, pensamientos obsesivos y conductas compulsivas, así como eventos traumáticos remotos o recientes asociados con pesadillas, flashbacks u otros síntomas del trastorno de estrés postraumático (TEPT)¹. Por lo que se recomienda indagar acerca de los casos de violencia de pareja, dado que existe la posibilidad de que aumente el riesgo de episodios violentos después del parto, lo cual podría desencadenar trastorno de estrés postraumático.

Cuando se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor, se debe prestar especial atención a los antecedentes personales o familiares de depresión, trastorno bipolar o psicosis posparto (PPP). La depresión puede ser un síntoma del trastorno bipolar, por lo que se debe preguntar a las mujeres deprimidas si han tenido un episodio de cuatro o más días continuos en los que estuvieron anormalmente elevadas, irritables, expansivas o activas que representaron un cambio de su nivel habitual. La identificación del trastorno bipolar es vital porque la monoterapia con antidepresivos puede precipitar la manía¹.

Es importante además tomar en cuenta diagnósticos de tipo orgánico, como lo son las alteraciones en metabolismo de hormonas tiroideas y el hipotiroidismo, cambios en funciones de neurotransmisores y reducción de algunas citoquinas inflamatorias, como la interleucina 2 en la deficiencia de hierro, podrían ser causas subyacentes del desarrollo de depresión postparto². Recientemente, se ha observado que la anemia por deficiencia de hierro (IDA) puede provocar síntomas de alteración del comportamiento, tales como cambios cognitivos, fluctuaciones emocionales como irritabilidad y apatía, fatiga, así como síntomas depresivos y reducción de la actividad. La prevalencia de esta patología es de un 7.5 % en el embarazo y el retraso en la recuperación de estos depósitos de hierro es frecuentemente experimentado en el período posparto; hace considerar esta patología como importante diagnóstico diferencial de la depresión postparto².

2.16 Tratamiento

La depresión postparto normalmente no se trata o se hace de la manera incorrecta debido a la falta de capacitación a los profesionales del área de salud. El manejo de esta patología debe ser terapéutico integral físico y mental, llevándolo junto con la psicoterapia y la farmacología si así lo amerita.

La implementación de medidas para mejorar la salud se debe ejecutar entre los 3 y 6 días post hospitalarios para evaluar una aparición temprana de los síntomas. Su evaluación inicial se realiza al igual que una paciente con depresión previa al embarazo, con registros médicos, estado mental y físico, pruebas generales de laboratorio para descartar si no es otra patología que pueda estarle afectando.³

Cuando los síntomas están identificados se le realiza a la paciente una valoración de su depresión para determinar la gravedad o si es una amenaza para sí misma o para los que estén alrededor. Si se observan ideas suicidas se realiza una interconsulta urgente a psiquiatría para el internamiento y un tratamiento de prioridad.

En la depresión postparto de leve a moderada normalmente no están presentes las auto lesiones y casi siempre los síntomas se detectan a tiempo, la recomendación que se da en este tipo de depresión es la psicoterapia ambulatoria o también conocida la psicoterapia interpersonal donde se establecen metas para afrontar los problemas y el uso de técnicas para lograr el objetivo.³

También de primera línea en este tipo de depresión está la terapia cognitivo - conductual, donde la idea es modificar los pensamientos disfuncionales que la paciente tiene sobre sí misma y las conductas que genera como respuesta a los síntomas depresivos. En conjunto con la psicoterapia interpersonal se modifica el ambiente personal y familiar, es de apoyo para la paciente.

Las pacientes con depresión severa son cuando presentan ideas suicidas o intentan con la vida de las personas en su entorno o hasta con el propio bebé, presentando inclusive síntomas psicóticos y catatónicos. Acá la principal recomendación es la psicoterapia interpersonal y fármacos antidepresivos como primera línea junto con el internamiento.

La farmacoterapia se utiliza cuando las recomendaciones anteriores no tienen efectividad. Los medicamentos para el tratamiento son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) como lo son la Sertralina y la Paroxetina y los inhibidores de la recaptación de norepinefrina (ISRN) que son el Bupropión y Mirtazapina los cuales son seguros si la paciente da de amamantar, para una mayor efectividad se deben utilizar al menos 6 semanas continuas.²⁶

2.17 Manejo de DPP a nivel mundial

El tratamiento de los trastornos depresivos en mujeres durante el período perinatal representa un desafío médico considerable. Es fundamental evaluar cuidadosamente el equilibrio entre los riesgos de la exposición fetal a los medicamentos, los efectos negativos de no tratar la depresión y los beneficios de su alivio.

La depresión no tratada durante el embarazo se asocia con mala nutrición y atención prenatal insuficiente, además de un mayor riesgo de tabaquismo y abuso de sustancias por parte de la mujer embarazada. También causa un sufrimiento significativo, con síntomas como baja autoestima, insatisfacción con la maternidad y sentimientos de culpa. En casos extremos, puede llevar a intentos de suicidio o infanticidio. Por lo tanto, es esencial tratar la depresión para mejorar el bienestar tanto de la mujer como de su familia.

Muchas mujeres, no obstante, prefieren el tratamiento no farmacológico (terapias psicológicas) a tratamiento farmacológico, esto porque algunas mujeres tienen miedo a los efectos secundarios de las píldoras, el impacto que tienen estos fármacos durante la lactancia materna, la afectación que puede haber en la salud del bebé, la eficacia de los medicamentos y sobre todo en paciente con alto riesgo de adicción a las drogas.

Las recomendaciones para el tratamiento de la depresión leve a moderada en el embarazo, basadas en los resultados de metaanálisis, indican la eficacia de la terapia cognitivo-conductual (TCC) o interpersonal (IPT), tanto de forma individual como grupal⁴.

La OMS publicó en 2015 una guía para el tratamiento de la depresión perinatal con el título Thinking Healthy. A manual for psychosocial management of perinatal depression (mhGAP-IG), en la cual se hacen diversas recomendaciones basadas en la evidencia con énfasis en intervenciones psicológicas de baja intensidad para implementar a lo largo del proceso del embarazo y hasta el décimo mes de vida del recién nacido.

En síntesis, la guía mhGAP-IG realiza las siguientes recomendaciones:⁵

- Las intervenciones psicosociales son la primera línea terapéutica, en especial en el caso de la depresión perinatal, que es el TMP (trastorno mental perinatal) con mayor prevalencia.
- El tratamiento psicofarmacológico debe evitarse en la medida de lo posible y en caso de ser necesario debe individualizarse tomando en cuenta los factores farmacológicos, maternos, psicosociales, socioeconómicos y culturales de la mujer, su pareja y el impacto familiar.
- Incorporar a los principios generales del cuidado la comunicación sensible, clara y empática con la mujer y sus familiares y no olvidar la importancia del apoyo social.
- Brindar psicoeducación relacionada con la prevención de la sobremedicación y la mejora del apego terapéutico.
- Se debe iniciar la terapia cognitiva-conductual lo más pronto posible, si este recurso está disponible.
- Iniciar tratamientos complementarios, como actividad física estructurada, relajación y resolución de problemas.
- Se debe reactivar o fortalecer la red familiar, social e institucional para la embarazada.

Teniendo en cuenta la eficacia demostrada de los Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) en el tratamiento de la depresión mayor más allá del período perinatal, se sugieren durante el embarazo fármacos como el citalopram, el escitalopram y la sertralina, basándose en su eficacia y seguridad⁵, como terapia de segunda línea se recomienda la terapia combinada con ISRS y la terapia cognitivo- conductual o interpersonal.

Otros tratamientos, incluida la neuroestimulación y estrategias psicológicas complementarias y alternativas, como la terapia basada en la TCC impartida por Internet, el entrenamiento de la atención basado en la TCC, la terapia de pareja, la psicoterapia de apoyo y la psicoterapia psicodinámica, pueden considerarse intervenciones de tercera línea⁵.

La depresión posparto leve y moderada se puede detectar y reconocer eficazmente en el entorno de atención primaria. Se recomienda la derivación a un psiquiatra en caso de pensamientos suicidas, pensamientos de dañar al niño, cuando se sospecha un episodio grave de depresión, trastorno afectivo bipolar o psicosis⁵.

Según la Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), National Institute for Health and Care Excellence (NICE), American Psychiatric Association (APA) y Beyond Blue recomiendan los siguientes métodos para la depresión posparto de leve a moderada:

- Programas informáticos basados en la terapia conductual y cognitiva (TCC)
- Ejercicio físico
- Intervenciones psicosociales
- Asesoramiento no directivo (escucha activa)
- Terapia TCC
- Terapia interpersonal
- Antidepresivos cuando el paciente no opta por la psicoterapia, cuando la psicoterapia no está disponible o no ha funcionado, o cuando ha habido episodios de depresión severa en el pasado (NICE, APA)⁵

Se sugiere considerar las siguientes opciones de tratamiento para mujeres con antecedentes de depresión grave y que presentan depresión posparto grave o moderada:

- Terapia CBT o terapia interpersonal
- Antidepresivos cuando el paciente no opta por la psicoterapia, o cuando la psicoterapia no ha funcionado (NICE)
- Antidepresivos combinados con psicoterapia si la respuesta al tratamiento farmacológico o psicoterapéutico es insuficiente⁵

El tratamiento farmacológico para la depresión postparto en mujeres que no están amamantando es similar al tratamiento de la depresión no relacionada con el embarazo y el periodo postparto. Sin embargo, los estudios sobre el tratamiento farmacológico de la depresión postparto en mujeres lactantes son insuficientes para hacer recomendaciones definitivas.

Datos recientes de 2019 a 2022 muestran que la exposición a los ISRS no aumenta el riesgo de malformaciones congénitas importantes, sin embargo, se asocian con un riesgo absoluto bajo de preeclampsia, hemorragia posparto, parto prematuro, hipertensión pulmonar persistente del recién nacido e ingresos a la unidad de cuidados intensivos neonatales en comparación con la depresión perinatal no tratada⁷. La ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists) recomienda usar un medicamento en dosis más altas en lugar de múltiples medicamentos para limitar los riesgos, además tener buena práctica, utilizar un medicamento con el que el paciente haya tenido éxito anteriormente.

CAPÍTULO III
MARCO METODOLÓGICO

En este apartado se desarrollará el tipo de metodología que se emplea en esta investigación, así como sus características y descripciones para dicho estudio.

3.1 Tipo de Investigación

El tipo de investigación corresponde al descriptivo porque como explica R. Hernández "consiste en describir fenómenos, situaciones, contextos y sucesos, detallar cómo son y cómo se manifiestan. Se busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis"³³

La siguiente investigación es de tipo observacional descriptiva, adaptándose al ambiente en el que se va a desarrollar, tomando en cuenta aspectos del entorno de la mujer, la cultura, contexto de las circunstancias y planificación a futuro. Al tener en cuenta el problema actual con respecto a la inspección, sentimientos, impresiones, perspectivas y puntos de vista a la hora de aplicar el instrumento de la investigación. ³³

3.1.1 Diseño de la Investigación

En esta investigación se adoptaron aspectos y circunstancias de la mujer en los diferentes escenarios, como mujer independiente, pareja, familia y pensamientos a futuro. Se investigó sobre centros nacionales e internacionales del manejo de la depresión, el seguimiento y cómo se enfrenta el médico general ante una mujer con depresión postparto.

Al ser una investigación observacional descriptiva con un enfoque mixto, se toman en cuenta variables cualitativas y cuantitativas. De esta manera no se sigue un patrón definido, puesto que al principio del planteamiento del problema no se continúa una sucesión tan delimitada porque al investigar y recolectar datos se va produciendo una teoría directamente proporcional con lo que se examina, donde se generan preguntas antes, durante o después de la recolección y análisis de los datos sustraídos ³³.

Este estudio es una investigación observacional descriptiva con enfoque mixto de variables cualitativas y cuantitativas y de revisión bibliográfica, se centró en la investigación de las causas y el manejo de la depresión postparto nacional e internacionalmente, tomando en cuenta el sector público y privado de la atención, con el fin de comprender sus diferencias y limitaciones relacionadas con respecto a este tema. Tomando esto para identificar y recomendar a los profesionales en el abordaje de las pacientes con depresión postparto.

3.1.2 Descripción de la metodología

Algunos autores describen la metodología como una de las etapas en que se divide la realización de un trabajo. En ella, el investigador o los investigadores deciden el conjunto de técnicas y métodos que emplearán para llevar a cabo las tareas vinculadas a la investigación, además las metodologías tienen como finalidad resolver problemas, bajo reglas de validez y aceptación, respaldadas por el método científico, del mismo modo se define como el conjunto de pasos, técnicas y procedimientos que se emplean para formular y resolver problemas.^{28,29}

Se describe, por otra parte, que la metodología debe ser un proceso a través del cual se genere conocimiento de la realidad con la intención de explicarla, comprenderla y transformarla, de acuerdo con las necesidades materiales y socioculturales que cambian vertiginosamente³⁰. Así mismo el Marco Metodológico es el conjunto de acciones destinadas a describir y analizar el fondo del problema planteado, a través de procedimientos específicos que incluye las técnicas de observación y recolección de datos, determinando el “cómo” se realizará el estudio, esta tarea consiste en hacer operativa los conceptos y elementos del problema que se estudian.²⁹

3.1.2 Tipo de investigación

Según R. Hernández, la investigación se define como “conjunto de procesos sistemáticos, críticos y empíricos que se aplican al estudio de un fenómeno o problema con el resultado (o el objetivo) de ampliar su conocimiento.”³¹, la investigación se puede aplicar en diferentes enfoques: cuantitativo, cualitativo y mixto.

En la presente investigación se utilizarán métodos mixtos, de acuerdo con la definición de R. Hernández, donde detalla:

representan un conjunto de procesos sistemáticos, empíricos y críticos de investigación e implican la recolección y el análisis de datos cuantitativos y cualitativos, así como su integración y discusión conjunta, para realizar inferencias producto de toda la información recabada (metainferencias) y lograr un mayor entendimiento del fenómeno bajo estudio³¹.

En síntesis, los métodos mixtos emplean evidencia proveniente de datos numéricos, verbales, textuales, visuales, simbólicos y de otros tipos para comprender problemas en las ciencias.

3.1.3 Descripción de la revisión bibliográfica

Como tipo de recopilación documental este trabajo contará con la revisión bibliográfica, la cual constituye una etapa fundamental de todo proyecto de investigación y debe garantizar la obtención de la información más relevante en el campo de estudio, de un universo de documentos que puede ser muy extenso.³² Así mismo es un texto escrito que tiene como propósito presentar una síntesis de las lecturas realizadas durante la fase de investigación documental, seguida de unas conclusiones o una discusión.

Para esta investigación se realizará una descripción detallada sobre los modelos de abordaje de las pacientes con depresión postparto y a partir de esto generar recomendaciones posiblemente implementables a nivel de los sistemas de salud Costarricense, por lo que para esta investigación no se generarán o analizarán datos originales si no que se tomará información proveniente de otros artículos científicos e investigaciones con el fin de analizar y sintetizar los resultados para la comunidad científica.

3.1.3.1. Fases de la revisión bibliográfica

La metodología que se presenta para la revisión bibliográfica está compuesta de tres fases fundamentales, las cuales deben retroalimentarse a lo largo de la búsqueda, son las siguientes:

Definición del problema: Debe ser lo suficientemente clara para poder realizar una búsqueda bibliográfica que responda a las necesidades del investigador en particular y que además aporte al estado de la técnica, de manera que conduzca a un escenario bastante amplio y permita retroalimentar la investigación.³²

Búsqueda de la información: Para el proceso de investigación bibliográfica se debe contar con material informativo como libros, revistas de divulgación o de investigación científica, sitios Web y demás información necesaria para iniciar la búsqueda. El material que se emplee debe ser “reconocido”, es decir, no puede consistir meramente en conversaciones de pasillo o en archivos descargados de Internet sin mayores referencias.³²

En este apartado la información debe provenir de formatos que sea accesibles, reconocidos y mejor valorados (libros, revistas, actas de congresos, reportes técnicos, normas, tesis e internet).

Organización de la información: Esta fase es de gran importancia en todo proyecto de investigación, consiste en organizar de manera sistemática la documentación encontrada. Se puede realizar tanto de manera básica o detallada.³²

Análisis de la información: Es la tarea que toma más tiempo en la investigación bibliográfica porque con ella se espera identificar el aporte por realizar. En esta fase se debe tener un pensamiento crítico y realizado en paralelo con la primera, dado que es un proceso constante.³² Es un ciclo en el que se refuerzan las ideas propuestas en la formulación del problema; si el problema se comprende adecuadamente, la solución será más accesible.

Se utilizaron inicialmente técnicas empleadas para la búsqueda de palabras clave simplificando la búsqueda de literatura, algunas de las palabras claves fueron: Depresión postparto, Baby Blues, DPP, Depresión perinatal, Escala Edimburgo, abordaje, entre otras. Una vez recolectada la información con las palabras claves, se seleccionaron los artículos científicos, investigaciones, publicaciones en revistas científicas según la fuente de información a la que pertenecen. Finalmente se creó con estos una tabla de Excel con la información obtenida, en la cual se clasifican los artículos que tienen mayor importancia para ser utilizados en esta investigación.

3.2 Tipo de alcance

Aunque el enfoque principal de esta investigación es mixto, dentro de este se sigue una estrategia cuantitativa, la cual tiene cuatro alcances: exploratorio, descriptivo, correlacional y explicativo. Para esta investigación se utiliza el alcance descriptivo.

“Los estudios **descriptivos** pretenden especificar las propiedades, características y perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir, miden o recolectan datos y reportan información sobre diversos conceptos, variables, aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno o problema por investigar”.³¹

En un estudio descriptivo, el investigador elige una serie de aspectos específicos (que se llaman variables) y luego recopila información sobre cada uno de ellos, con el propósito de representar, describir o caracterizar lo que se está investigando.

3.3 Fuentes de información

Se denominan fuentes de información a diversos tipos de documentos que contienen datos útiles para satisfacer una demanda de información o conocimiento”³³. Las fuentes se pueden clasificar de distintas maneras, entre ellas están:

Fuentes primarias: Son aquellas que contienen información nueva y original, que no ha sido sometida a ningún tratamiento posterior (selección, interpretación...) Son documentos primarios las monografías o libros, las publicaciones en serie (periódicos, revistas...) y la literatura gris (documentos que no siguen los canales habituales de difusión o comercialización: actas de congresos, tesis doctorales, trabajos finales de carrera, etc.).³³

Fuentes secundarias: Son el resultado de las operaciones que componen el análisis documental (descripción bibliográfica, catalogación, indización y a veces, resumen). Es decir, alguien ha trabajado sobre el contenido de estas. Permiten el conocimiento de documentos primarios, a partir de diversos puntos de acceso (autor, título, materia...). Son documentos secundarios los catálogos de bibliotecas, bibliografías comerciales, índices de publicaciones periódicas, índices de citas, boletines de sumarios, etc.³³

Fuentes terciarias: Son listados que hacen referencia a documentos secundarios. La manera más sencilla de entenderlo sería pensar en una bibliografía de bibliografías. Son las menos trabajadas y han nacido para poder dar acceso a la gran proliferación de documentos secundarios. Por ejemplo, las guías de bases de datos, guías de obras de referencia, bibliografía de bibliografías.³³

Para sustentar los resultados de esta investigación se utilizaron fuentes de información primarias, secundarias y terciarias. En este rubro se consideran los artículos científicos, publicaciones periódicas, libros digitales, metaanálisis, tesis, trabajos universitarios, que fueron sustraídos de diferentes plataformas como Google Académico, Elvisier, ClinicalKey, SciElo, Pubmed, Science Direct y Springer Link, así como la obtención de material literario por parte de instituciones nacionales públicas como el BINASSS, Biblioteca Médica Hospital Nacional de Salud Mental, Biblioteca del Hospital San Juan de Dios y la Biblioteca del Hospital México.

En este apartado de la investigación se permite identificar cuáles son los criterios de búsqueda de información utilizados, en la Tabla 1 se detallan los objetivos, descriptores, motores de búsqueda y el periodo de estudio, así como el idioma y el año.

Tabla 1. Criterios de búsqueda de la información

Objetivo	Descriptores	Motores de búsqueda	Periodo de estudio	Idioma
Identificar los modelos internacionales para el abordaje de la depresión postparto.	Disponibilidad de modelos de abordaje internacionales sobre la depresión postparto	Google academic, Elvisier, Pubmed, Science Direct y Springer Link, Scielo, ClinicalKey	2019-2024	Español/Inglés

Objetivo	Descriptor	Motores de búsqueda	Periodo de estudio	Idioma
<p>Describir el actual enfoque de intervención para pacientes con depresión postparto en el sistema de salud de Costa Rica, identificando fortalezas y debilidades.</p>	<p>Intervenciones del sistema de salud costarricense privado y público en la población con depresión postparto.</p>	<p>Google academic, Elviesier, Pubmed, Science Direct y Springer Link, Scielo, ClinicalKey</p>	<p>2019-2024</p>	<p>Español/Inglés</p>
<p>Determinar los elementos clave de los modelos de intervención para la depresión postparto a nivel internacional que puedan ser adaptados de manera efectiva y factible para su implementación en el sistema de salud</p>	<p>Adquirir modelos internacionales de depresión postparto para la implementación de estos sobre el sistema de Salud costarricense.</p>	<p>Google academic, Elviesier, Pubmed, Science Direct y Springer Link, Scielo, ClinicalKey</p>	<p>2019-2024</p>	<p>Español/Inglés</p>

Objetivo	Descriptor	Motores de búsqueda	Periodo de estudio	Idioma
costarricense, considerando sus recursos y características únicas.				

Fuente: Elaboración propia, 2025.

3.4 Criterios de inclusión y exclusión

La revisión bibliográfica se lleva a cabo bajo ciertos lineamientos, los cuales se orientan a partir de criterios de inclusión y exclusión para los artículos encontrados en las bases de datos seleccionadas, en la siguiente tabla se detallan los criterios utilizados para la presente investigación.

Tabla 2. Criterios de inclusión y exclusión para la selección de artículos

Criterios de Inclusión	Criterios de Exclusión
Artículos con vigencia no mayor a 5 años	Se excluyeron artículos con vigencia anteriores al año 2018
Artículos basados en población mujeres en periodo posnatal y perinatal, así como mujeres en edades reproductivas	Se excluyeron artículos cuya población fuera adulto mayor, mujeres en periodo posmenopáusico y hombres
Se incluyeron revisiones bibliográficas sobre mujeres con depresión posparto y perinatal	Se excluyeron revisiones bibliográficas sobre mujeres con depresión no causado durante el periodo postparto o perinatal
Artículos sobre manejo de la depresión postparto	Artículos sobre el manejo de trastornos depresivos no relacionados con el periodo postnatal

Fuente: Elaboración propia, 2025

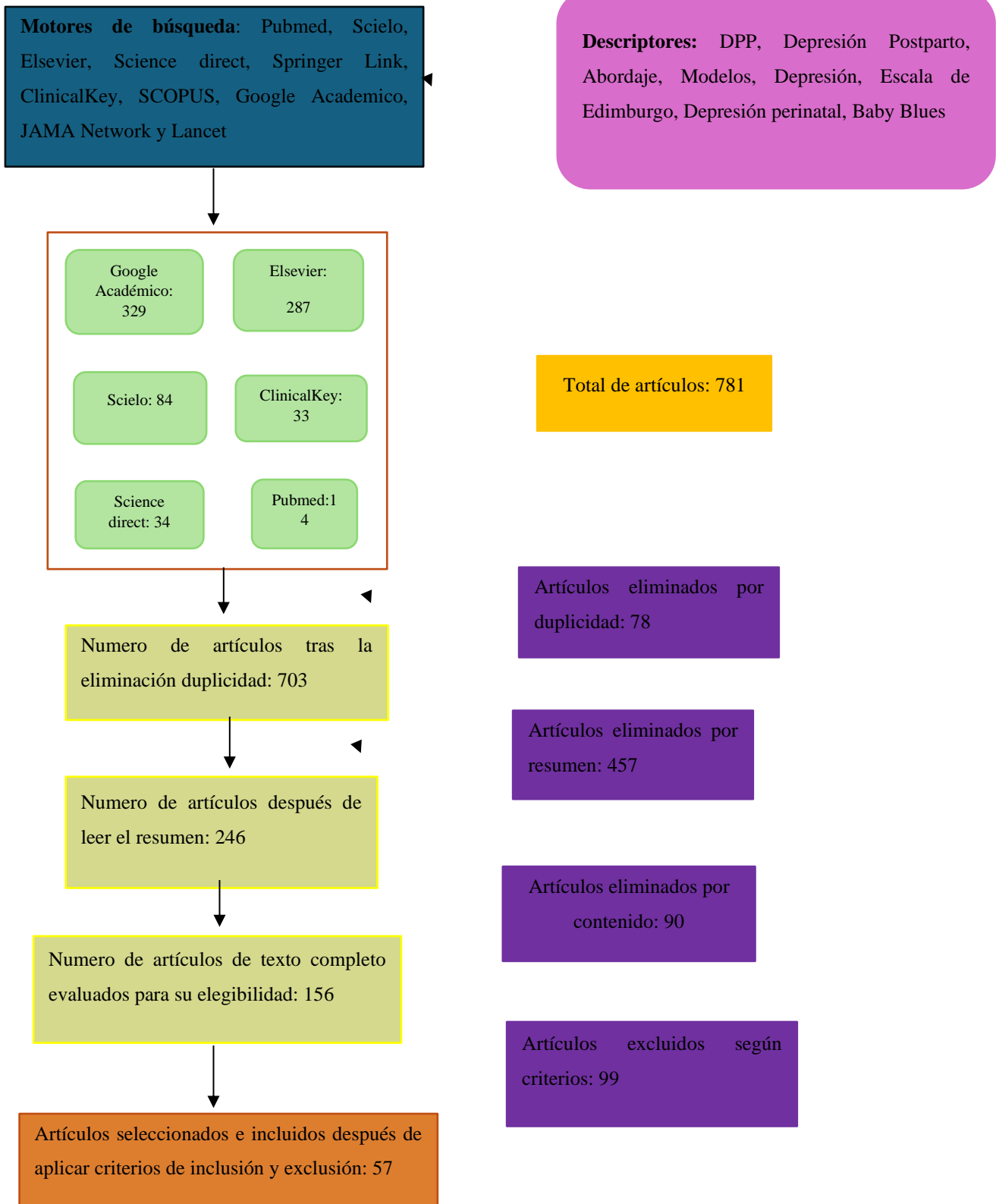
3.5. Análisis de la información

Para la presente investigación, se realizó una búsqueda en la cual se consultaron 781 artículos científicos publicados entre 2019 y 2024, en los idiomas inglés y español. Una vez fijados los criterios y eliminados los artículos por duplicidad se redujo el número a 703, se continuó a la eliminación de artículos por resumen obteniendo 246, al aplicar los criterios de inclusión y exclusión se seleccionó un total de 57 artículos. Los criterios de exclusión utilizados se encuentran artículos sobre características en otras patologías distintas a la mencionada en la presente investigación, artículos sobre el diagnóstico de la depresión según el DMS-V, así como artículos que mencionan poblaciones con depresión posterior a estar en periodo gestante y en pacientes posmenopáusicas y finalmente artículos sobre los distintos trastornos psiquiátricos encontrados durante la gestación.

Estos 43 artículos fueron seleccionados así por su nivel de evidencia y su relación directa con el tema propuesto en la presente revisión bibliográfica. Además, fueron analizados y utilizados para poder responder a la pregunta que se planteó en la investigación además de los Objetivo General y Objetivos Específicos. En la Figura 1 se desglosa la búsqueda realizada y se evidencia el proceso de selección de los artículos.

Se incluyó una totalidad de 57 artículos científicos que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión y que abordaron información consistente para realizar el análisis de los modelos de abordaje de los pacientes con depresión post parto para la generación de recomendaciones implementables en el sistema de salud costarricense.

Figura 1. Proceso de selección de información



Fuente: Elaboración propia, 2025.

3.6 Clasificación de la información según niveles de evidencia

En el siguiente apartado, se pretende realizar la clasificación de la cantidad de artículos según el nivel de evidencia disponible.

Figura 2. Niveles de evidencia según Sackett

GR	NE	Terapia, prevención, etiología y daño	Pronóstico	Diagnóstico	Estudios económicos
A	1a	RS de EC con AA	RS con homogeneidad y Meta-análisis de estudios de cohortes concurrentes	RS de estudios de diagnóstico nivel 1	RS de estudios económicos nivel 1
	1b	EC con AA e intervalo de confianza estrecho	Estudio individual de cohortes concurrente con seguimiento superior del 80% de la cohorte	Comparación independiente y enmascarada de un espectro de pacientes consecutivos, sometidos a la prueba diagnóstica y al estándar de referencia	Análisis que compara los desenlaces posibles contra una medida de costos. Incluye un análisis de sensibilidad
B	2a	RS de estudios de cohortes	RS de estudios de cohortes históricas	RS de estudios de diagnósticos de nivel mayor que 1	RS de estudios económicos de nivel mayor que 1
	2b	Estudios de cohortes individuales. EC de baja calidad	Estudio individual de cohortes históricas	Comparación independiente y enmascarada de pacientes no consecutivos, sometidos a la prueba diagnóstica y al estándar de referencia	Comparación de un número limitado de desenlaces contra una medida de costo. Incluye análisis de sensibilidad
	3a	RS con homogeneidad de estudios de casos y controles			
	3b	Estudio de casos y controles individuales		Estudios no consecutivos o carentes de un estándar de referencia	Análisis sin una medida exacta de costo, con análisis de sensibilidad
C	4	Serie de casos. Estudios de cohortes y de casos y controles de mala calidad	Serie de casos. Estudios de cohortes de mala calidad	Estudios de casos y controles sin la aplicación de un estándar de referencia	Estudio sin análisis de sensibilidad
D	5	Opinión de expertos sin evaluación crítica explícita, o basada en fisiología, o en investigación teórica	Opinión de expertos sin evaluación crítica explícita, o basada en fisiología, o en investigación teórica	Opinión de expertos sin evaluación crítica explícita, o basada en fisiología, o en investigación teórica	Opinión de expertos sin evaluación crítica explícita, o basada en investigación económica

AA: Asignación aleatoria.

Esta sistematización propuesta por Sackett (1989) jerarquiza la evidencia, tal como se muestra en la figura 2, en niveles que van de 1 a 5; es el nivel 1 la mejor evidencia y el nivel 5 la peor, o si se prefiere la menos buena. La clasificación de los niveles de evidencia según Sackett se basa en dos escalas, la de grados de recomendación y la de las recomendaciones en apoyo de una intervención que pueden ser generadas con base en cinco niveles de evidencia. En el grado de recomendación A, las conclusiones se generan a partir de las evidencias más potentes en la investigación (1a, 1b, 1c), por tanto, son más contundentes. En el grado B, las conclusiones se basan en pruebas más débiles y solamente son orientativas. Van disminuyendo sucesivamente en función del poder de los diseños de investigación (2a, 2b, 3a, 3b). En el grado C, las conclusiones se basan en pruebas débiles, por lo que son las menos fiables y así sucesivamente. Por tanto, el nivel indica el grado de certeza generado por la fuerza de la evidencia, de manera que se encuentra la desventaja, tal y como ocurre en otras clasificaciones, de que al no existir subcategorías, en algunas situaciones resulta difícil proponer un grado de recomendación. Esta clasificación ha sido precursora de las actuales y ha servido como base para el desarrollo de clasificaciones que han tratado de evitar sus problemas.²⁸

Tabla 3. Cantidad de artículos según su nivel de evidencia

Nivel de evidencia	Tipo de estudio / Descripción	Cantidad según el nivel de evidencia
I	Metaanálisis de ensayos clínicos controlados y aleatorizados (ECCAs).	6
II	Ensayos clínicos controlados y aleatorizados individuales.	12
III	Estudios de cohortes o caso-control con diseño robusto.	14
IV	Series de casos, estudios descriptivos o estudios cualitativos bien diseñados.	15
V	Opiniones de expertos, consensos, guías basadas en experiencia clínica.	10
TOTAL		57

Fuente: Elaboración propia, 2025

IV CAPÍTULO
ANÁLISIS Y RESULTADOS

En este capítulo se presenta un análisis detallado de la depresión postparto (DPP), explorando su prevalencia, factores de riesgo, métodos de diagnóstico y opciones de tratamiento. Además, se proponen recomendaciones específicas para mejorar el abordaje de la DPP en el primer nivel de atención, basadas en la evidencia científica y la práctica clínica actual. Este enfoque busca facilitar una atención integral y humanizada para las madres en el período posparto, promoviendo prácticas de diagnóstico temprano y un manejo adecuado.

4.1 Prevalencia y Diagnóstico de la Depresión Postparto

La depresión postparto es un trastorno de salud mental común, que afecta aproximadamente al 10-15 % de las mujeres en el mundo. Sin embargo, en ciertos contextos de vulnerabilidad, la prevalencia puede ser mayor, superando el 20 % en algunas comunidades¹. Esta variabilidad se atribuye tanto a factores sociales como a la falta de acceso a servicios de salud mental adecuados. En regiones con altos índices de pobreza y limitaciones en servicios de salud, como en ciertas áreas de Latinoamérica, se ha encontrado que hasta el 30 % de las mujeres pueden presentar síntomas de DPP².

Una detección a tiempo de la DPP permite una actuación ágil y efectiva, mejorando la recuperación en la madre y el bebé. Al darle una detección temprana se contribuye a minimizar esta condición, aumentando la comprensión sobre la depresión postparto y así fomentar un ambiente de apoyo para las mujeres afectadas, protegiendo el estado emocional y físico de la madre y del bebé y promover una relación familiar saludable³⁶.

La detección de los trastornos mentales perinatales tiene dos funciones que son la predicción y detección. La predicción lo que va a informar son aquellos factores de riesgo que hay actualmente o en un pasado que lleve a una recaída y la detección lo que permite es identificarlo en ese momento y tratarlo. Al tener estas definiciones en cuenta da a conocer lo que actualmente se llama evaluación psicosocial del riesgo y poder tamizar a una paciente a tiempo, identificando todos los síntomas en la actualidad³⁶.

Se recalca por esto que es en la historia clínica exhaustiva, no solamente de la madre, sino también de la pareja, los familiares y el círculo social más cercano donde se informe su diario vivir y el trato que se tiene hacia el bebé. Se deben tener en cuenta los antecedentes personales patológicos, empezando en el pasado hasta el presente y los no patológicos por alguna adicción o alguna otra enfermedad³⁶.

Se deben tener presente todas las historias clínicas desde el pasado hasta la actualidad, inclusive aquellas que sean psiquiátricas, donde se informe si la paciente estuvo internada, hace cuánto, qué tratamiento recibió, si tuvo ideas suicidas o si se infligió autolesiones a ella misma o alguien más. Una herramienta que se podría utilizar junto con Medicina Comunitaria es un familiograma, donde se exponen todos aquellos factores de riesgo que han llevado a la paciente a esta patología³⁶.

En Singapur, Cherie Sze Min-Sim, Helen Chen, Shu-Ling Chong, et. al (2023) en su investigación examinaron las tasas de prevalencia de esta patología en población de atención primaria, en esta investigación se analizaron un total de 6.306 mujeres elegibles para el examen de detección de depresión posparto durante los tres años y 5.561 (88,2 %) mujeres fueron examinadas para detectar depresión a los 3 meses (n = 3.252) y a los 2 meses (n = 2.309) después del parto. Respectivamente, 73 mujeres (2,2 %) y 63 mujeres (2,7 %) obtuvieron resultados positivos en el PHQ-2 modificado. En total, se identificó que 136 madres tenían probable PPD. Si bien la tasa de prevalencia de PPD probable fue mayor a los 2 meses del posparto, esta diferencia no fue estadísticamente significativa (pág.=0,250).¹⁶

4.2 Recomendaciones de Tamizaje para la Depresión Postparto

La detección precoz de la depresión posparto permite una intervención rápida y efectiva, lo que favorece una mejor recuperación tanto para la madre como para el bebé. Además, identificarla a tiempo contribuye a reducir el estigma asociado, fomentando una mayor sensibilización y comprensión sobre esta condición. Esto ayuda a crear un entorno de apoyo fundamental para las mujeres afectadas, resguardando su bienestar emocional y físico y fortaleciendo los lazos familiares.

El poder identificar si una paciente presenta síntomas de depresión durante el embarazo o después del parto es crucial para los médicos porque muestra el riesgo que pueden estar presentando. Es por esto que existen guías de práctica clínica como lo son: El Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos (ACOG), "Beyondblue" la Guía para Profesionales Sanitarios en Atención Primaria, el Instituto Nacional para la Excelencia en la Salud (NICE) y el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de EE.UU.(USPSTF), Red Escocesa de Directrices intercolegiales (SIGN), donde al basarse en evidencia científica se puede detectar los indicios en cada mujer³⁷(Tabla 4)

Tabla 4. Recomendaciones más importantes sobre el tratamiento y manejo de la mujer con depresión postparto (DPP)

Organización	Recomendaciones
Asociación Estadounidense de Psiquiatría (APA), 2010	Las intervenciones no farmacológicas recomendadas incluyen la TCC y la terapia interpersonal. Se debe tener en cuenta el riesgo de posible exposición del niño al fármaco a la hora de decidir si se debe utilizar un tratamiento farmacológico durante la lactancia.
Instituto Nacional para la Excelencia en la Salud y la Atención (NICE), 2014	Se recomienda un modelo de tratamiento gradual (no se aplica a mujeres con un episodio grave de la enfermedad, que deben ser remitidas inmediatamente a atención psiquiátrica especializada). La DPP de leve a moderada se puede tratar con éxito en el nivel de atención primaria. NICE también enfatiza que se debe preparar un plan integral

Red Escocesa de Directrices Intercolegiales (SIGN), 2012	Se debe considerar la terapia TCC en mujeres con PPD de leve a moderada. Se pueden recomendar tanto los ISRS como los antidepresivos tricíclicos para el tratamiento de episodios moderados a graves de depresión posparto, después de una evaluación cuidadosa del riesgo para el niño amamantado
Beyondblue, Guía para profesionales sanitarios de atención primaria, 2011	Las intervenciones no farmacológicas recomendadas incluyen: apoyo psicológico, terapia CBT, terapia interpersonal y terapia psicodinámica. A la hora de decidir si se debe utilizar un tratamiento farmacológico durante la lactancia, se deben tener en cuenta los riesgos derivados de la posible exposición del niño al fármaco.

Fuente: Dominiak et al, 2021/ Moore Simas et al, 2023

La entrevista clínica es la herramienta más efectiva para evaluar el estado psicológico de la mujer durante el embarazo y el posparto. Este proceso debe incluir no solamente a la madre, sino también a su pareja, su bebé y las dinámicas familiares porque esto proporciona una visión más completa sobre el autocuidado materno y la formación del vínculo desde la gestación. Durante la entrevista, es fundamental recopilar antecedentes médicos personales, tanto actuales como pasados, incluyendo hospitalizaciones recientes o durante embarazos anteriores. Además, se deben considerar factores no patológicos, como el consumo de tabaco, alcohol, drogas u otras adicciones, que podrían influir en la salud materna y el bienestar del bebé.

Son cruciales, asimismo, los datos pertinentes acerca de la historia psiquiátrica propia y de familiares, tratamientos previos recibidos e, incluso, la psicoterapia. Es esencial esclarecer tanto la modalidad terapéutica como cualquier hospitalización previa, además de explorar cualquier pensamiento o intento de suicidio tanto reciente como pasado³⁸.

Los métodos de detección para la depresión postparto tienen como objetivo abarcar a una amplia población no solamente de mujeres, también de sus parejas y familiares, así identificando que está afectando en las áreas de su vida. Aunque todas las pacientes en la mayoría de los estudios obtengan resultados positivos, se debe pedir ayuda a un profesional con más experiencia que pueda analizarla exhaustivamente porque muchas enmascaran sus sentimientos para no ser descubiertos y el propósito es poder tratar a cada paciente a tiempo³⁷.

Los trastornos de salud mental en el periodo de embarazo es la principal causa de muerte materna inevitable, es por ellos que se está trabajando exhaustivamente en tener herramientas al alcance para poder identificar a cada mujer que esté pasando por este proceso, inclusive hasta después del parto, para poder facilitarles una detección temprana, un diagnóstico eficaz y tratamiento adecuado³⁷.

Con respecto a la evaluación de la depresión posparto, las pruebas más utilizadas son Edinburgh Postnatal Depression Scale, Scale and Goldberg's Standardized Psychiatric Interview, Bromley Postnatal Depression Scale, Zerssen Self-Rating Scale, entre otras. Sin embargo, se ha reportado que en Suecia y EE.UU. la prevalencia se ubica en 2 % y 6,3 %, respectivamente, pero cuando se utiliza la escala de Edimburgo, la prevalencia asciende a 35,4 %. En ese sentido, estudios internacionales ubican la prevalencia entre 6 % y 38 %, con cifras muy variables: 32,8 % en Etiopía, 27,37 % en China, 23,2 % en Polonia, 15,4 % en Turquía, y 8,69 % en Canadá. Se ha señalado que en América Latina las cifras son superiores a 20 %³⁹. A pesar de estar basado en evidencia y recomendaciones por muchas sociedades médicas, incluido el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de Estados Unidos (USPSTF), Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG), Academia Estadounidense de Médicos de Familia (AAFP), Academia Estadounidense de Pediatría (AAP), Asociación Médica Estadounidense, Asociación de Enfermeras de Salud de la Mujer, Obstetricia y Neonatología, Colegio Estadounidense de Enfermeras Parteras y el Instituto Nacional para la Excelencia en la Atención Médica, la detección aún no es universal.⁴⁰

El NICE (2014) recomienda realizar al menos dos evaluaciones rutinarias de síntomas depresivos durante el período perinatal. Para ello, sugiere el uso de dos preguntas clave: **¿Ha sentido tristeza, depresión o desesperanza en el último mes?** y **¿Ha notado una disminución en su interés o disfrute de las actividades en el último mes?** Estas recomendaciones se enfocan en la identificación temprana de trastornos mentales graves y en la detección de depresión mediante herramientas estandarizadas. Por su parte, el USPSTF (2016) en su última actualización, ha recomendado la detección sistemática de la depresión en mujeres embarazadas y en el posparto como parte del control rutinario.⁴⁸

De acuerdo con el USPSTF, los programas de detección deben implementarse únicamente cuando existan opciones de tratamiento y seguimiento que sean significativas y efectivas. Por su parte, el USPSTF sugiere no realizar pruebas de detección de depresión utilizando cuestionarios con puntuaciones de corte que determinen resultados positivos o negativos, administrados a todas las personas durante el embarazo y el posparto. Esta recomendación parte de la premisa de que, dentro de la atención habitual, los profesionales de la salud deben estar atentos y abordar el bienestar mental de sus pacientes de manera proactiva.

El ACOG recomienda que la detección de la depresión y la ansiedad perinatales “se realice al menos una vez durante el período perinatal utilizando una herramienta de detección validada. Si una paciente se somete a pruebas de detección durante el embarazo, se deben realizar pruebas adicionales después del parto”. La AAP recomienda realizar pruebas de detección de depresión perinatal en todas las visitas de control del bebé hasta los 6 meses de edad⁴⁰.

El médico encargado del seguimiento durante el embarazo podría no evaluar a la paciente posparto hasta seis semanas después del parto, aunque las recomendaciones más recientes sugieren realizar una visita posparto entre la primera y segunda semana, independientemente de si el embarazo fue de alto riesgo o no. Si el médico sospecha o diagnostica trastornos del estado de ánimo perinatales, puede iniciar el tratamiento, coordinarse con otros profesionales o derivar a la paciente a especialistas en salud mental y al médico de atención primaria.

En algunos casos, los médicos de familia pueden atender tanto a la madre como al bebé, asumiendo el rol de médico principal para ambos. En estos escenarios, la continuidad del cuidado y la colaboración se limitan a involucrar únicamente a un especialista en salud mental. La AAFP y la AAP respaldan modelos colaborativos, integrados y coubicados que incorporan servicios de salud mental en los consultorios de atención primaria. Este enfoque permite ofrecer intervenciones inmediatas cuando los resultados de las pruebas son positivos. La gestión colaborativa se basa en un enfoque de trabajo en equipo, en el que participan el médico de atención primaria, un especialista en salud mental, como un terapeuta y un coordinador de atención. Todos los integrantes del equipo colaboran estrechamente para atender al paciente, aplicando seis componentes clave de atención:

- Herramienta de detección confiable
- Seguimiento y monitoreo sistemático
- Pautas basadas en evidencia para la modificación del tratamiento
- Planes para la prevención de recaídas una vez que los pacientes se “gradúan” de la gestión de atención colaborativa
- Funciones del Administrador de atención para mantener el contacto con el paciente, la educación y la coordinación de la atención.
- Consultor psiquiatra para supervisar a los administradores de atención y elaborar planes de tratamiento según sea necesario⁴⁰.

La guía escocesa SIGN (2012), por otro lado, recomienda la exploración sistemática de antecedentes personales y familiares de trastorno mental severo: esquizofrenia, trastorno bipolar, psicosis puerperal y depresión mayor severa. Recomienda explorar la presencia de síntomas depresivos prenatal y posparto (de las 4 a 6 semanas y de los 3 a 4 meses). Recomienda el uso de la EPDS como instrumento de detección, así como de manera rutinaria al igual que NICE las 2 preguntas iniciales como buena práctica clínica³⁷.

La guía BeyondBlue (2011) se centra en la identificación de factores de riesgo biopsicosociales y síntomas depresivos durante el embarazo y entre las 6 y 12 semanas posparto. Para ello, emplea la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo (EPDS) como herramienta de detección tanto en la etapa prenatal como posnatal.

Estas guías en general enfatizan la importancia de un cribado universal, siempre que el sistema de salud pueda garantizar la confirmación del diagnóstico, el acceso a tratamiento adecuado y un seguimiento efectivo³⁷.

La ACOG recomienda siete pruebas de detección que han sido validadas para su uso durante el embarazo y el período posparto: la EPDS, la Escala de detección de la depresión posparto (Figura 3 y 4), el Cuestionario de salud del paciente-9 (PHQ-9) (figura 5), la Depresión de Beck Inventory (BDI), Beck Depression Inventory II (BDI-II), Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) y Zung Self-Rating Depression Scale (Zung SDS), pero no proporcionan una guía específica sobre qué son más apropiados en entornos particulares o en el mejor marco de tiempo para la detección de la depresión posparto¹⁴.

Son cuestionarios autoadministrados, fáciles de calificar, incluyen preguntas sobre autolesiones y están validados en numerosos idiomas. Una puntuación general de 10 o más suele considerarse positiva. Aunque las puntuaciones totales del PHQ-9 y la EPDS se correlacionan con la gravedad de la depresión (10-14 leve, 15-19 moderada y >19 grave), son herramientas de detección y no de diagnóstico.³⁸

Después de establecer un diagnóstico de depresión, incluso en pacientes cuya depresión existía antes del embarazo, es posible emplear herramientas de detección como el EPDS y el PHQ-9 para seguir de cerca los síntomas. Junto con evaluaciones clínicas, este seguimiento regular de los síntomas puede ser útil para orientar y ajustar el tratamiento³⁸.

En Chile, el Ministerio de Salud ha recomendado el uso de la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EDPE) como instrumento de tamizaje de la depresión en el embarazo y postparto, la cual se encuentra validada en mujeres chilenas desde 1995. En el embarazo se indicó su aplicación en el primer o segundo control gestacional y un puntaje de corte de 13 determina sospecha de depresión. En el postparto, el puntaje de corte es 11 puntos, aconsejando su medición a las ocho semanas y al sexto mes.

La evaluación puede ser completada de manera autónoma por la mujer o con acompañamiento durante el proceso.

Cada ítem se puntúa con valores de 0, 1, 2 y 3, en función de la gravedad de los síntomas, aunque las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9 y 10 se califican en orden inverso (es decir, 3, 2, 1, 0). Un aspecto crucial de esta escala es la última pregunta, que evalúa la presencia de ideación suicida. Cualquier puntuación mayor a cero en este ítem requiere una evaluación inmediata y detallada del riesgo suicida. Existe una validación española de la EPDS cuyo punto de corte recomendado es igual a 11 o superior (depresión mayor y menor) con una sensibilidad y especificidad del 79 % y 95,5 %, respectivamente³⁷.

Dada la utilidad de la EPDS y su amplio respaldo en la investigación, numerosos estudios la han empleado para estimar la prevalencia de la depresión posparto en diversas poblaciones. En este contexto, en el 2020 por los autores Lyubenova et al en el cual realizaron un metaanálisis con el objetivo de determinar si un punto de corte en la EPDS puede estimar de manera precisa y consistente la prevalencia de la depresión en estudios individuales, comparando sus puntuaciones con la entrevista clínica estructurada del DSM para el diagnóstico de depresión mayor (SCID).

La SCID es una entrevista de diagnóstico semiestructurada que debe ser aplicada por un profesional con experiencia. Su formato permite el uso del juicio clínico, la reformulación de preguntas y la profundización en las respuestas. Se ha optado por incluir únicamente estudios que emplean la SCID debido a que este tipo de entrevistas replican con mayor precisión los estándares diagnósticos en comparación con otros métodos. Además, es la herramienta semiestructurada más utilizada en la investigación sobre depresión⁴⁰.

Estas escalas están diseñadas para clasificar la depresión mayor y estimar la prevalencia de esta de manera consistente con los criterios de diagnóstico. A diferencia de la EPDS, algunos elementos presentes en los cuestionarios de autoevaluación abordan síntomas comparables a los evaluados en entrevistas de diagnóstico validadas. Sin embargo, la mayoría de estos cuestionarios no cubren todos los síntomas pertinentes y suelen incluir otros aspectos que no están dentro de los criterios de diagnóstico. No contemplan información histórica esencial para un diagnóstico diferencial, no exploran condiciones médicas ni psiquiátricas que podrían manifestar síntomas similares a los de la depresión, ni evalúan el deterioro funcional relacionado con dichos síntomas. Tampoco verifican si los síntomas pudieran atribuirse a una respuesta esperada ante pérdidas o factores estresantes.⁴⁰

Las herramientas para detectar la depresión están diseñadas para identificar a personas dentro de una amplia población que podrían estar experimentando esta condición. Sin embargo, quienes obtienen un resultado positivo deben ser evaluados en profundidad por un profesional de la salud capacitado para confirmar si cumplen con los criterios diagnósticos. Cuando estas herramientas se emplean para estimar la prevalencia de la depresión en lugar de identificar casos individuales, es posible que los resultados sobrestimen la verdadera prevalencia. Esto se debe a factores como la sensibilidad, especificidad y los puntos de corte establecidos en cada instrumento de evaluación.

El metaanálisis incluyó 7,315 participantes de 29 estudios primarios. Para los puntos de corte de la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo (EPDS) utilizados en estudios recientes (≥ 9 a ≥ 14), las estimaciones de prevalencia variaron desde un 27.8 % para EPDS ≥ 9 (IC 95 %: 22.0 % - 34.5 %, $\tau^2 = 0.71$, $I^2 = 96.5$ %) hasta un 9 % para EPDS ≥ 14 (IC 95%: 6.8 % - 11.9 %, $\tau^2 = 0.66$, $I^2 = 96.3$ %). Se observó una heterogeneidad considerable (I^2 elevado), lo que sugiere que la variabilidad en los tamaños del efecto (prevalencia de depresión estimada por EPDS) se debe a diferencias en los diseños de los estudios y no al azar. Asimismo, el alto valor de Tau² indica una gran dispersión en los diagnósticos basados en EPDS.

Al comparar estos resultados con los obtenidos mediante la entrevista clínica estructurada del DSM (SCID), la prevalencia combinada de depresión mayor fue del 9 % (IC 95 %: 6.5 % - 12.3 %, $\tau^2 = 0.87$, $I^2 = 96.4$ %), reflejando las mismas limitaciones en heterogeneidad y dispersión observadas con la EPDS. Se encontró que un punto de corte en EPDS ≥ 14 proporcionó una prevalencia más cercana a la obtenida con SCID ($D = -0.7$ %, IC 95 %: -3.2 % a 1.9 %, $\tau^2 = 0.004$, $I^2 = 95.8$ %), aunque sin significancia estadística, con una diferencia media absoluta del 5.1 % en estudios individuales.

Estos hallazgos evidencian que la heterogeneidad de los estudios individuales limita la capacidad de la EPDS para estimar de manera precisa la prevalencia de la depresión posparto. Por lo tanto, no se recomienda reportar la proporción de casos por encima de un umbral de corte en la EPDS como prevalencia de depresión.

Para este propósito, es preferible utilizar entrevistas diagnósticas validadas, diseñadas específicamente para clasificar los casos según criterios diagnósticos estándar.

En 2020 se realizó un estudio que tuvo como objetivo evaluar la precisión de la EPDS en la detección de depresión mayor en mujeres embarazadas y en el posparto. Para ello, se realizó un metaanálisis de datos individuales a partir de 58 estudios previos, con un total de 15,557 participantes, de los cuales 2,069 fueron diagnosticadas con depresión mayor mediante entrevistas diagnósticas estructuradas. Se comparó la eficacia de la EPDS con diferentes tipos de entrevistas diagnósticas, incluyendo entrevistas semiestructuradas, estructuradas y la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI).⁴¹

Los resultados mostraron que el punto de corte óptimo para maximizar la sensibilidad y especificidad de la EPDS fue 11 o más. En el caso de las entrevistas semiestructuradas, la sensibilidad fue del 81 % y la especificidad del 88 %, lo que indica un buen equilibrio entre la detección de casos reales y la minimización de falsos positivos. Para un punto de corte de 10 o más, la sensibilidad fue mayor (85 %), aunque con una especificidad ligeramente menor (84 %). En contraste, un punto de corte de 13 o más resultó en una menor sensibilidad (66%), pero una mayor especificidad (95 %), lo que sugiere que este umbral podría ser más útil en casos donde se prefiere minimizar falsos positivos. Además, se observó que la precisión de la EPDS no varía significativamente entre mujeres embarazadas y en el posparto, lo que refuerza su utilidad como herramienta de detección en ambas etapas.

Comparado con estudios previos, este metaanálisis identificó un punto de corte óptimo más bajo (11 o más) en contraste con metaanálisis anteriores, que sugerían un umbral de 12 o más. Esto se debe en parte a la inclusión de un mayor número de estudios y datos, lo que permitió una estimación más robusta de la precisión de la EPDS. A partir de estos hallazgos, se sugiere que un punto de corte de 11 es el más adecuado para equilibrar sensibilidad y especificidad.⁴¹ No obstante, en casos donde la prioridad sea detectar la mayor cantidad posible de casos, podría emplearse un umbral más bajo (como 10 o más), mientras que, si el objetivo es reducir los falsos positivos, se recomienda un punto de corte más alto (como 13 o más).

En conclusión, la EPDS es una herramienta efectiva para la detección de depresión mayor en mujeres embarazadas y en el posparto, con una precisión similar en diferentes poblaciones y tipos de entrevistas diagnósticas. Sin embargo, aunque se ha identificado el punto de corte óptimo para su uso en cribado, sigue siendo necesario investigar si la detección temprana mediante la EPDS tiene un impacto positivo en los resultados de salud mental a largo plazo.

Los problemas de salud mental en el período perinatal constituyen las complicaciones más comunes y una de las principales causas prevenibles de mortalidad materna. En respuesta a esta situación, se han implementado nuevas directrices que sugieren evaluar la depresión perinatal en varias etapas del embarazo y el posparto, con el fin de facilitar su identificación, diagnóstico y tratamiento oportuno. Para garantizar una atención efectiva, es fundamental desarrollar estrategias innovadoras y accesibles que eliminen las barreras al cuidado. La eficacia de los tratamientos en salud mental perinatal depende, en gran medida, de que las mujeres en esta etapa puedan acceder a los servicios de manera oportuna y sin limitaciones.

Figura 3. Escala de Edinburgo para Tamizaje de la Depresión Postparto, instrucciones de uso.

Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgo [EPDS, por sus siglas en inglés]

Obtenido de la British Journal of Psychiatry [Revista Británica de Psiquiatría] Junio de 1987, Volumen 150 por J.L. Cox, J.M. Holden, R. Sagovsky

La Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgo se creó para asistir a los profesionales de la atención primaria de salud en la detección de las madres que padecen de depresión de post-parto; una afección alarmante más prolongada que la "Melancolía de la Maternidad" ["Blues" en inglés] (lo cual ocurre durante la primera semana después del parto) pero que es menos grave que la psicosis del puerperio. Estudios previos demostraron que la depresión de post-parto afecta por lo menos a un 10% de las mujeres y que muchas de las madres deprimidas se quedan sin tratamiento. Estas madres logran sobrellevar la carga de su bebé y las tareas de la casa, pero su placer por la vida se ve gravemente afectado y puede que toda la familia sufra consecuencias a largo plazo. La EPDS se creó en centros de salud en Livingston y Edinburgo. Consiste de diez cortas declaraciones. La madre escoge cuál de las cuatro posibles respuestas es la que más se asemeja a la manera en la que se sintió durante la semana anterior. La mayoría de las madres pueden contestar la escala sin dificultad en menos de 5 minutos. El estudio de validación demostró que las madres que obtienen resultados por encima del umbral del 92.3% es más probable que padezcan de alguna enfermedad depresiva de diferentes niveles de gravedad. No obstante, no se le debe dar más importancia a los resultados de la EPDS que al juicio clínico. Se debe realizar una evaluación clínica prudente para confirmar el diagnóstico. La escala indica la manera en que la madre se sintió durante la semana anterior y en casos dudosos, podría ser útil repetirla después de 2 semanas. La escala no detecta las madres con neurosis de ansiedad, fobias o trastornos de la personalidad.

Instrucciones de uso:

1. Se le pide a la madre que escoja la respuesta que más se asemeje a la manera en que se sintió en los 7 días anteriores.
2. Tienen que responder las diez preguntas.
3. Se debe tener cuidado y evitar la posibilidad de que la madre hable sobre sus respuestas con otras personas.
4. La madre debe responder la escala ella misma, a no ser que sus conocimientos del inglés sean limitados o que tenga problemas para leer.
5. La EPDS se puede usar entre las 6 y 8 semanas para evaluar a las mujeres en la etapa de post-parto. La clínica de pediatría, la cita de control de post-parto o una visita al hogar pueden ser oportunidades convenientes para realizarla.

Pautas para la evaluación:

A las categorías de las respuestas se les dan puntos de 0, 1, 2 y 3 según el aumento de la gravedad del síntoma. Los puntos para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 se anotan en orden inverso (por ejemplo, 3, 2, 1, 0)

Se suman todos los puntos para dar la puntuación total. Una puntuación de 10+ muestra la probabilidad de una depresión, pero no su gravedad. Cualquier número que se escoja que no sea el "0" para la pregunta número 10, significa que es necesario hacer evaluaciones adicionales inmediatamente. La puntuación de la EPDS está diseñada para asistir al juicio clínico, no para reemplazarlo. Se les harán evaluaciones adicionales a las mujeres antes de decidir el tipo de tratamiento.

Los usuarios pueden reproducir esta escala sin necesidad de obtener permisos adicionales siempre y cuando respeten los derechos de autor y citen los nombres de los autores, el título y la fuente del artículo en todas las copias que produzcan.

Fuente: Cox, Holden y Sagovsky, 1987

Figura 4. Escala de Edinburgo para Tamizaje de la Depresión Postparto

Cuestionario Sobre Depresión Postnatal Edimburgo (EPDS)

Nombre: _____

Dirección: _____

Su fecha de Nacimiento: _____

Fecha de Nacimiento del Bebé: _____ Teléfono: _____

Queremos saber cómo se siente si está embarazada o ha tenido un bebé recientemente. Por favor marque la respuesta que más se acerque ha cómo se ha sentido en LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, no solamente cómo se sienta hoy.

Esto significaría: Me he sentido feliz la mayor parte del tiempo durante la pasada semana. Por favor complete las otras preguntas de la misma manera.

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas
Tanto como siempre
No tanto ahora
Mucho menos
No, no he podido | 6. Las cosas me oprimen o agobian
Sí, la mayor parte de las veces
Sí, a veces
No, casi nunca
No, nada |
| 2. He mirado el futuro con placer
Tanto como siempre
Algo menos de lo que solía hacer
Definitivamente menos
No, nada | 7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir
Sí, la mayoría de las veces
Sí, a veces
No muy a menudo
No, nada |
| 3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien
Sí, la mayoría de las veces
Sí, algunas veces
No muy a menudo
No, nunca | 8. Me he sentido triste y desgraciada
Sí, casi siempre
Sí, bastante a menudo
No muy a menudo
No, nada |
| 4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo
No, para nada
Casi nada
Sí, a veces
Sí, a menudo | 9. He sido tan infeliz que he estado llorando
Sí, casi siempre
Sí, bastante a menudo
Sólo en ocasiones
No, nunca |
| 5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno
Sí, bastante
Sí, a veces
No, no mucho
No, nada | 10. He pensado en hacerme daño a mí misma
Sí, bastante a menudo
A veces
Casi nunca
No, nunca |

Los usuarios pueden reproducir el cuestionario sin permiso adicional proveyendo que se respeten los derechos reservados y se mencionen los nombres de los autores, título y la fuente del documento en todas las reproducciones.

Taken from the British Journal of Psychiatry
June, 1987, Vol. 150 by J.L. Cox, J.M. Holden, R. Sagovsky

1/07

Fuente: Cox, Holden y Sagovsky, 1987

Figura 5. CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE-9

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan a menudo le han afectado alguno de los siguientes problemas? (Use «/» para indicar su respuesta)	Para nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer para hacer las cosas				
2. Sentirse triste, deprimido o sin esperanzas				
3. Dificultad para conciliar o mantener el sueño, o dormir demasiado				
4. Sentirse cansado o tener poca energía				
5. Mal apetito o comer en exceso				
6. Sentirse mal sobre sí mismo (o que es un fracaso o se ha decepcionado a usted o a su familia)				
7. Dificultad para concentrarse en actividades, como leer el periódico o ver televisión				
8. Moverse o hablar tan despacio que otras personas pueden haberlo notado. O lo contrario, sentirse tan nervioso e inquieto que ha estado moviéndose más de lo usual				
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto o de lastimarse austed mismo de alguna manera				

Fuente: Cassian. C, et al 2020

Tabla 5. Herramientas de Diagnóstico para Depresión Postparto en Atención Primaria

Herramienta	Sensibilidad (%)	Especificidad (%)	Contexto de Aplicación	Comentarios
Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS)	75-100	76-97	Centros de salud primaria y consultas posparto	Herramienta recomendada por su alta precisión y fácil aplicación en el primer nivel de atención. ³
PHQ-9 (Cuestionario de Salud del Paciente)	75	90	Atención primaria en salud mental	Utilizada también en salud mental general, con adaptaciones para posparto. ⁴
PDSS (Postpartum Depression Screening Scale)	91-94	72-98	Clínicas de especialidad y centros de salud infantil en ciertos países	Escala extendida que permite evaluar la gravedad y el impacto funcional de la DPP. ⁵

Fuente: Elaboración propia, 2025 // Solís. S, et al (2019), Caicedo. CP (2023), Sanclemente. I (2019)

En comparación, el Cuestionario de Salud del Paciente-9 presenta una sensibilidad del 75 % y una especificidad del 90 %, mientras que la Escala de Detección de Depresión Postparto, que consta de 35 preguntas, alcanza una sensibilidad del 91 % al 94 % y una especificidad que varía entre el 72 % y el 98 %. Ambos instrumentos pueden emplearse para evaluar la gravedad de la depresión periparto.

La EPDS es la herramienta de diagnóstico más recomendada para su uso en atención primaria debido a su alta sensibilidad y especificidad³. Su aplicación rutinaria durante las primeras semanas posparto permite una identificación temprana de síntomas depresivos, por lo tanto, la posibilidad de intervención oportuna.³

4.3 Generalidades de tratamiento en la Depresión Postparto

La atención primaria proporciona a las mujeres embarazadas una puerta de entrada directa al sistema de salud mediante las citas de control prenatal, lo que facilita la identificación temprana de signos de depresión y factores de riesgo asociados con trastornos mentales periparto. Esto requiere que el sistema de salud capacite a sus profesionales, incluyendo enfermeras, asistentes técnicos de atención primaria (ATAP) en visitas domiciliarias y médicos en consulta, para reconocer estos síntomas y factores de manera proactiva. La implementación de estas evaluaciones de forma regular en la atención prenatal permite ofrecer un manejo integral de la depresión posparto, derivar a especialistas cuando sea necesario y realizar un seguimiento constante de la evolución del tratamiento. Además, esta estrategia contribuye a desmitificar los problemas de salud mental materna y fomenta una mayor comprensión y concienciación al respecto.

Las mujeres en el período posparto suelen optar por la psicoterapia en lugar de los medicamentos, especialmente cuando están en periodo de lactancia. Afortunadamente, hay una amplia variedad de psicoterapias respaldadas por evidencia científica para tratar la depresión, incluida la depresión posparto. Estas intervenciones están disponibles en formatos individuales o grupales, pueden realizarse en el hogar, mediante plataformas en línea, con o sin acompañamiento, e incluso a través de llamadas telefónicas.

Es fundamental comenzar con una evaluación del estado mental de la madre y, según la gravedad y los riesgos, considerar cada caso de manera individual. Evaluar el apoyo familiar disponible y derivar a la paciente a grupos de apoyo cuando sea necesario. Siempre se debe resaltar los beneficios de la lactancia y proporcionar una capacitación adecuada para reducir el riesgo de un destete temprano.

La certeza de los antidepresivos durante la lactancia es un factor importante por tomar en cuenta en el tratamiento de la depresión posparto. Cinéticamente hablando, los antidepresivos y varios de sus metabolitos son liposolubles y hay transferencia en la leche materna, aunque la exhibición de antidepresivos en mujeres que amamantan es mucho menor que una exposición en el útero, demostrando que los antidepresivos no son contraindicados en la lactancia materna.⁴²

A pesar de que existe buena evidencia procedente de numerosos metaanálisis de que no existen diferencias significativas entre las principales intervenciones psicológicas para la depresión en general y para la depresión posparto en particular, sin embargo, estas son las intervenciones más frecuentemente.

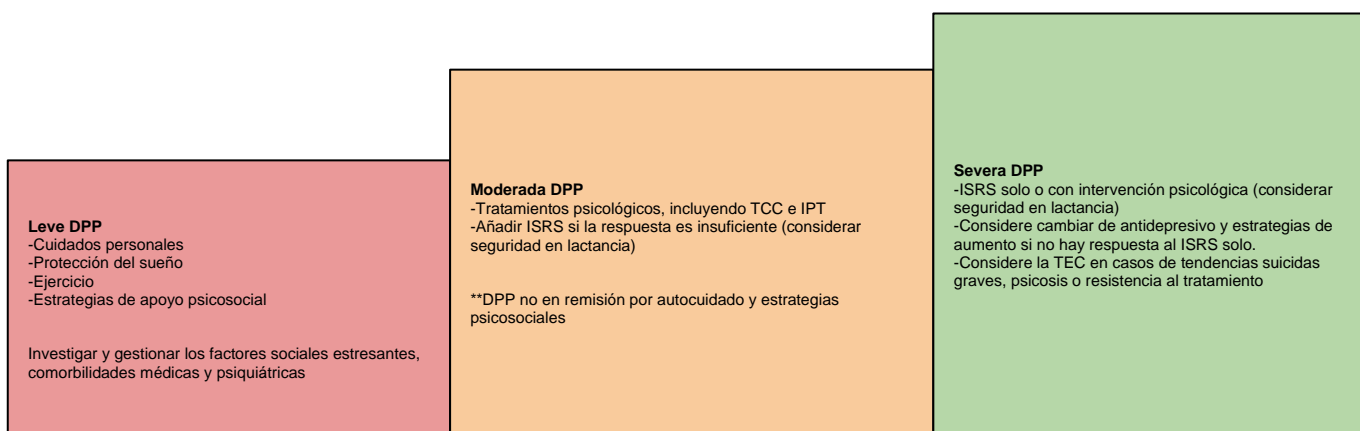
4.3.1 Terapia No farmacológica

Casi todas las terapias psicológicas que se utilizan habitualmente para la depresión posparto son relativamente de corta duración, con una duración que oscila entre 6 y 20 sesiones, con una media de entre 10 y 12 sesiones. Otra característica común es que estas terapias suelen estar estructuradas y suelen seguir un manual de tratamiento⁴². A lo largo de los años, se han documentado hallazgos inequívocos sobre la eficacia de una variedad de enfoques psicológicos y psicosociales aplicados por las intervenciones para tratar y prevenir la DPP en las madres⁴⁴.

El aspecto fundamental que define los enfoques psicológicos ha sido la formación de una alianza terapéutica entre el terapeuta y su cliente, mantenida por un intercambio verbal estructurado regular entre los dos, o a través de un procedimiento documentado bien estructurado y definido. Los clientes en su mayoría pasan por el proceso por sí mismos con una ayuda considerable de un terapeuta o un profesional de la salud capacitado. Los ejemplos incluyen la terapia cognitivo-conductual (TCC), la terapia interpersonal (TIP) y la terapia psicodinámica. Los enfoques psicosociales se han definido como aquellos que requieren trabajar en las relaciones sociales de uno y fortalecer los sistemas de apoyo social. Tienen una estructura más fluida y los ejemplos incluyen psicoeducación, asesoramiento no directivo e interacciones de apoyo. Ambos tipos de enfoques requieren apoyo constante a través de teléfonos, en casa, en línea o en instalaciones, ya sea a través de sesiones individuales o grupales por especialistas o no especialistas.⁴⁴

Una vez que se realiza el diagnóstico de depresión posparto y se abordan los problemas médicos y psiquiátricos comórbidos, se justifican estrategias psicosociales para aumentar el autocuidado, mejorar los apoyos sociales prácticos y emocionales y reducir la aparición y/o el impacto de eventos vitales negativos o factores estresantes para todas las mujeres¹⁷.

Figura 6. Manejo escalonado de la depresión posparto (DPP).



DPP: Depresión Postparto, TCC: Terapia Cognitivo-Conductual, IPT: Terapia interpersonal, ISRS: Inhibidores selectivos de recaptura de serotonina, TEC: Terapia electroconvulsiva.

Fuente: Elaboración propia // Stewart, D.E y Vigod S.N, 2019

Numerosos metaanálisis han demostrado que no existen diferencias significativas entre las principales intervenciones psicológicas para la depresión en general y para la depresión posparto en particular, a continuación, se explicaran algunas de las principales intervenciones que se pueden aplicar como terapia en pacientes con depresión postparto.

4.3.1.1 Psicoterapia interpersonal

Al ser la psicoterapia la más frecuentemente empleada implica fijar objetivos específicos para abordar los problemas que enfrenta la paciente, utilizando técnicas para alcanzar esos objetivos. Esta se subdivide en Terapia Cognitivo-Conductual, Psicoterapia Interpersonal, Asesoramiento No Directivo y Psicoterapia Psicodinámica.

El Asesoramiento No Directivo ayuda a las pacientes a aceptar y entender sus sentimientos y comportamiento, alienta a la madre a hablar sobre lo que le sucede y la Psicoterapia Psicoanalítica pretende el entendimiento de los conflictos y la identificación de los sentimientos y comportamientos por medio de afrontamiento.³

En la Terapia Cognitivo- Conductual se modifican los pensamientos disfuncionales, las conductas problemáticas que ocurren tras síntomas depresivos y estímulos ambientales que sufren las madres. La terapia interpersonal se refiere a la intervención de la situación y los conflictos que existen en el entorno de la madre como familiares, de pareja, laborales y personales. Ambas terapias son consideradas de primera línea de tratamiento por el menor riesgo de efectos secundarios que podrían provocar los fármacos en la lactancia.

La Terapia interpersonal (IPT) se caracteriza la TIP como una terapia estructurada, manualizada, breve, limitada en el tiempo, de poca profundidad, con énfasis en el presente y focalizada en una o dos áreas de conflicto en el funcionamiento interpersonal relacionadas con el episodio depresivo actual; se fundamenta principalmente en resultados empíricos sobre las relaciones recíprocas que existen entre los problemas interpersonales y la aparición o 74 persistencia de los síntomas depresivos, además, se centra en la resolución de los problemas interpersonales y en la red social de apoyo.³⁷

4.3.1.2 Terapia Cognitivo-Conductual (TCC)

La TCC tiene sus raíces en las investigaciones de Aaron Beck, quien desarrolló el modelo cognitivo de la depresión y estableció los fundamentos de la terapia cognitiva. El déficit central en el modelo cognitivo de la depresión es lo que se denomina la tríada cognitiva negativa, las visiones negativas que los individuos tienen de sí mismos, de su mundo y de su futuro. La tríada cognitiva negativa está vinculada a esquemas cognitivos negativos que se postula que se desarrollan temprano en la vida y actúan como filtros de la experiencia y el pensamiento, de modo que, en ciertas circunstancias como la pérdida o el fracaso, los individuos procesan la información de una manera negativa que finalmente conduce a la depresión.⁴³

En las últimas décadas, la TCC ha destacado como la orientación psicoterapéutica, respaldada por una sólida evidencia empírica y experimental que respalda su eficacia y efectividad en una amplia gama de problemas y trastornos psicológicos. Este hecho ha generado una ampliación creciente de sus ámbitos de aplicación no solamente por su capacidad para abordar problemas de manera efectiva, sino también por su eficiencia en términos de intervenciones breves y la posibilidad de llevarse a cabo en entornos grupales, así como su facilidad para integrarse en enfoques interdisciplinarios. En consecuencia, la TCC se presenta como una opción altamente adaptable para abordar las necesidades de intervención psicológica en diversos contextos sociales, que van desde la atención médica general hasta entornos educativos, industriales o comunitarios.⁴⁸

Es un tratamiento psicológico estructurado basado en varios principios básicos: (1) los problemas psicológicos se deben en parte a formas de pensar inútiles, (2) a patrones aprendidos de conducta inútil y (3) que las personas con problemas psicológicos pueden aprender mecanismos de afrontamiento para ayudar a aliviar sus síntomas⁶. Entre las intervenciones adicionales que se utilizan durante las sesiones de terapia cognitiva se encuentran la resolución de problemas, el establecimiento de objetivos y los juegos de roles durante la sesión, la mayoría de los casos hay un enfoque en la relación de la madre con su hijo que va desde un enfoque en la ayuda práctica que una madre podría obtener en el manejo de su nuevo rol hasta el entrenamiento explícito en habilidades parentales⁸.

La terapia cognitiva está diseñada clásicamente para durar de 10 a 20 sesiones durante 12 a 16 semanas, lo que permite más de 1 sesión por semana para pacientes con depresión severa. Las primeras sesiones se centran en ayudar a los pacientes a volverse más activos conductualmente. Las sesiones posteriores abordan directamente las creencias disfuncionales al llevar a los pacientes a un proceso de examen de la evidencia a favor y en contra de una creencia negativa (por ejemplo, soy una madre inadecuada), considerando la posibilidad de que existan explicaciones alternativas para una creencia disfuncional y analizando las implicaciones reales si esa creencia negativa es verdadera. La resolución de problemas, el establecimiento de metas y los juegos de roles en la sesión son algunas de las intervenciones adicionales que se utilizan durante las sesiones de terapia cognitiva.⁴³

4.3.1.3 La Activación Conductual (AC)

Es una terapia estructurada a corto plazo en la que se guía a los pacientes a través de un proceso para ayudarlos a identificar problemas específicos que mantienen su depresión. Cuestiones como los conflictos interpersonales en el contexto de relaciones cercanas o con amigos o en el trabajo se abordan comúnmente.⁸ Esta terapia se basa en la idea de que las dificultades en la vida de personas vulnerables reducen su capacidad para experimentar refuerzos positivos en su entorno, lo que provoca síntomas y comportamientos asociados con la depresión. Además, esta terapia se centra en los factores que impiden la activación, como las conductas de escape y evitación.

Las intervenciones comunes incluyen el desarrollo de tareas de activación que aumentan el dominio y el placer, la resolución de problemas, la división de grandes objetivos en partes más pequeñas y el aprendizaje de habilidades para minimizar el uso de la evitación como método para afrontar problemas difíciles. Al igual que la terapia cognitiva, la AC se encuentra entre los tratamientos para la depresión con un fuerte respaldo de investigación.⁴³

En 2023, Ramírez JC et.al realizaron un metaanálisis de la AC donde se encontró un tamaño de efecto promedio, $Hedgesol = 0,74$ (IC del 95 %, 0,56-0,91; NNT = 2,5). También hubo evidencia de superioridad la Activación Conductual en relación con los medicamentos antidepresivos, en particular los tricíclicos ($Hedgesol = 0,42$; IC del 95 %, 0,00-0,83; NNT = 4,27), sin embargo, este hallazgo se basó en solamente dos estudios. En resumen, hay buena evidencia de que la Activación Conductual es un tratamiento para la depresión mayor.

La Activación Conductual (AC), común en los tratamientos cognitivo-conductuales para la depresión perinatal, ha sido evaluada como intervención independiente en pocos estudios. Un ensayo reciente examinó una versión de AC en línea de 12 sesiones, donde mujeres con depresión posparto recibieron apoyo telefónico semanal. El núcleo consistió en abordar la evitación conductual, priorizar el autocuidado y el cuidado del bebé, y resolver problemas, complementado con módulos opcionales sobre temas como comunicación, ansiedad, sueño y transición de roles.

Los resultados mostraron mejoras significativas en depresión, ansiedad y ajuste social, destaca la accesibilidad y eficacia de las intervenciones en línea para mujeres sin acceso a psicoterapia tradicional.

Numerosos sistemas de salud, departamentos de salud y organizaciones disponen de "líneas telefónicas de atención" dedicadas a la salud mental perinatal, a las que los proveedores pueden recurrir para obtener apoyo en los casos de sus pacientes. Además, existen líneas de ayuda para pacientes en crisis que facilitan el acceso a profesionales de la salud mental.

Apoyo posparto internacional es una organización establecida en 1987 con la misión de "promover la concientización, la prevención y el tratamiento de los problemas de salud mental relacionados con la maternidad". Proporcionan servicios de consulta gratuitos para profesionales de la salud, un directorio de proveedores, capacitaciones y líneas de ayuda para pacientes. La línea directa nacional de salud mental materna proporcionada por el Departamento de Administración de Recursos y Servicios de Salud de EE. UU. es otra línea directa disponible para los pacientes las 24 horas, los 7 días de la semana, que es gratuita y confidencial. Hay materiales promocionales disponibles en su sitio web para tenerlos a disposición de los pacientes que puedan necesitarlos, incluirlo en todos los materiales de asesoramiento previo a la concepción, asesoramiento prenatal y asesoramiento posparto debería ser una mejor práctica para todos los proveedores de atención durante el embarazo.⁷

4.3.2 Tratamiento Farmacológico

Se ha destacado previamente la importancia de los tratamientos no farmacológicos en el manejo de la DPP, subrayando su relativa seguridad como principal ventaja, a pesar de que su eficacia sea limitada. Esto se debe a que la prioridad fundamental en la práctica médica debe ser minimizar al máximo la ocurrencia de efectos adversos graves. Cuando estos llegan a igualar o superar los beneficios de una terapia, dicha intervención debe considerarse inapropiada.

En este contexto y considerando especialmente a las mujeres embarazadas como una población vulnerable en la investigación biomédica, dado el posible riesgo para el binomio madre-hijo⁵⁰, el siguiente apartado se enfoca prioritariamente en la seguridad de las terapias y de manera secundaria, en la eficacia de los fármacos antidepresivos, los cuales tienen amplia evidencia en la población general. No obstante, la evidencia disponible sobre su seguridad y eficacia durante los períodos señalados es limitada y escasa.

Los antidepresivos se clasifican generalmente en tres categorías principales: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), antidepresivos tricíclicos (ATC) e inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO). Además, existen otros antidepresivos que no encajan en estas categorías, como la venlafaxina, un inhibidor de la recaptación de noradrenalina y serotonina (IRSN) y la mirtazapina, un antidepresivo noradrenérgico y serotoninérgico específico (NaSSA). Aunque la eficacia de los antidepresivos entre clases es similar, su elección se basa en antecedentes de respuesta previa y efectos secundarios. En el período perinatal, además, se toma en cuenta la disponibilidad de datos sobre su seguridad para la madre y el bebé.

La seguridad de los antidepresivos durante la lactancia es un factor importante de consideración en el tratamiento de la depresión posparto. Los reportes que se tienen corresponden mayoritariamente a reportes de caso o series de estos. Cinéticamente, los antidepresivos y varios de sus metabolitos son liposolubles y se transfieren en la leche materna, sin embargo, la exposición a antidepresivos en mujeres que amamantan es considerablemente menor (de 5 a 10 veces) que la exposición en el útero⁴⁵.

El tratamiento con antidepresivos es la opción más habitual tanto para la depresión en la población general como entre las mujeres en el posparto. Sus beneficios son evidentes porque, a diferencia de la psicoterapia, el uso de medicamentos implica un menor nivel de interacción directa con el paciente. Cuando los síntomas de DPP son moderados a graves, se considera la introducción de antidepresivos. Los ISRS, como la sertralina y la fluoxetina son los fármacos más estudiados en este contexto y se consideran seguros para su uso durante la lactancia.⁹ Sin embargo, existe actualmente poca evidencia científica acerca de su uso de forma específica para el tratamiento de la depresión posparto y la proporción de pacientes con este trastorno tratadas satisfactoriamente con ISRS varía desde 43-88 %⁴⁵.

La sertralina es el fármaco con más evidencia científica que tiene más efectos positivos en las mujeres con depresión postparto. Los estudios realizados por Molyneux indican que las pacientes tratadas con ISRS tenían una respuesta favorable en la disminución de los síntomas que las que usaban un placebo distinto. Otros recomiendan que el uso de la sertralina sea profiláctico apenas se detecte algún síntoma, pero aún no hay una evidencia profunda de ello.⁴⁴

Un metaanálisis realizado por la iniciativa Cochrane en 2021 examinó la eficacia y seguridad del uso de antidepresivos en comparación con otros enfoques terapéuticos (psicológicos, psicosociales o farmacológicos), placebo o tratamientos habituales para la depresión postparto (DPP). Cabe destacar que, aunque el uso de placebo puede generar dilemas éticos en ciertas poblaciones, es considerado aceptable en grupos con limitada investigación y ausencia de pautas de tratamiento estándar para establecer comparaciones.

El análisis incluyó ensayos controlados aleatorizados (ECA) con diseño paralelo, cruzado o por conglomerados, donde participaron mujeres en etapa postparto de cualquier edad que presentaran DPP, siempre y cuando no estuvieran utilizando antidepresivos al inicio del estudio. Se evaluó un período desde el parto hasta 12 meses posteriores. Los objetivos principales fueron analizar los efectos adversos que pudieran experimentar la madre y/o el bebé, así como la respuesta o remisión de la depresión, evaluada mediante medidas dicotómicas o según las definiciones establecidas por los autores de los estudios⁵¹.

En los resultados del metaanálisis mencionado, se realizó una síntesis cualitativa que incluyó 11 estudios, de los cuales solamente 4 pudieron ser analizados cuantitativamente (metaanálisis propiamente dicho). Cuatro estudios reclutaron mujeres en entornos de Atención Primaria, uno en clínicas ambulatorias, uno en salas de maternidad y tres en combinaciones de estos entornos. Dos estudios no especificaron el ámbito de reclutamiento.

Todos los estudios, excepto uno, establecieron una edad mínima como criterio de elegibilidad: ocho fijaron el límite en 18 años, uno en 16, otro en 15 y uno no reportó este dato. La mayoría de las participantes tenían una media de edad entre 20 y 30 años.

Respecto al inicio de los síntomas depresivos, todos los estudios reportaron que se presentaron dentro de los primeros 6 meses postparto, son los primeros 3 meses el período de mayor incidencia. Ocho estudios diagnosticaron la DPP según los criterios del DSM-4, uno según el CIE-10 y el resto utilizaron herramientas adicionales para el diagnóstico⁵¹.

Aplicando la estrategia PICO, identificaron que todos los estudios, excepto uno, utilizaron un antidepresivo preseleccionado. De estos, un estudio empleó amitriptilina, dos fluoxetinas, seis sertralinas y uno paroxetina. En un único caso, se utilizó una estrategia de “esperar y valorar” para decidir la prescripción del fármaco, recomendando como primera opción un inhibidor de la recaptación de serotonina, en concordancia con la mayoría de los estudios. En los grupos de control, las comparaciones se realizaron con placebo en seis estudios, con intervenciones psicológicas en tres y con tratamientos farmacológicos en dos. Por último, el tratamiento "usual" incluyó estrategias basadas en “esperar y valorar”, intervenciones psicosociales y tratamientos alternativos, cada uno reportado en un estudio respectivo⁵¹.

Para hablar de los resultados, se debe tomar en cuenta que el metaanálisis presenta la limitación de su heterogeneidad. Eso se ve reflejado en el hecho de que solamente fue posible metaanalizar 4 estudios y en un metaanálisis de efectos aleatorios (resultados disímiles). Los autores dividen los hallazgos en 4 grupos:

Placebo vs Antidepresivos

Seis estudios con un total de 482 mujeres compararon el uso de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) con placebo. De estos, solamente cuatro pudieron incluirse en el análisis estadístico. El metaanálisis de efectos aleatorios para la variable de respuesta durante la fase aguda (5 a 12 semanas postparto) mostró que los ISRS podrían estar asociados con un leve aumento en las tasas de respuesta frente al placebo (RR 1,27, IC 95 %: 0,97 a 1,66; $I^2 = 0$ %; 4 estudios, 205 mujeres). Sin embargo, no se reportó el índice Tau², más adecuado para este tipo de análisis. Para la remisión, el metaanálisis indicó un posible incremento en las tasas de remisión con los ISRS en comparación con placebo (RR 1,54, IC 95 %: 0,99 a 2,41; $I^2 = 26$ %, 4 estudios, 205 mujeres), aunque con las mismas limitaciones metodológicas⁵¹.

Los efectos adversos asociados con paroxetina incluyeron disminución del apetito (9% con antidepresivo frente a 6 % con placebo), diarrea (11 % en ambos grupos), mareos (17 % con antidepresivo frente a 9 % con placebo), sequedad de boca (11 % con antidepresivo frente a 0 % con placebo), dolor de cabeza (26 % con antidepresivo frente a 37 % con placebo), náuseas (14 % con antidepresivo frente a 17 % con placebo) y somnolencia (14 % en ambos grupos). Aunque los efectos adversos parecieron ser más frecuentes en el grupo de intervención, no se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos⁵¹.

Con respecto al uso de fluoxetina, se registraron tres abandonos debido a efectos adversos. En el caso de sertralina, se observaron efectos adversos, incluyendo un viraje hacia hipomanía cuando se combinó con intervenciones adicionales, como la psicoterapia dinámica, aunque tampoco se detectó significancia estadística entre los grupos. Es importante destacar que con el uso de sertralina se reportaron efectos graves, entre ellos ideación suicida grave, intentos de suicidio, empeoramiento de síntomas neurovegetativos, 11 hospitalizaciones infantiles y 9 hospitalizaciones de mujeres participantes. Al igual que en los casos anteriores, no hubo diferencias significativas entre los grupos⁵¹.

Un problema relevante en esta información es el sesgo de reporte, evidenciado por la falta de datos sobre el número total de efectos adversos en cada brazo de los estudios. Muchos estudios no informaron cuál grupo presentó mayor riesgo o solamente reportaron efectos adversos en casos de abandono, que fueron minoritarios. Si bien las conclusiones sobre los riesgos de efectos adversos tienen limitaciones similares a las conclusiones de eficacia, se podría argumentar que algunos de estos efectos adversos podrían derivarse de la propia presencia de la DPP. Además, desde un punto de vista bioético, la seguridad de cualquier tratamiento debe considerarse una hipótesis alternativa porque todo medicamento es potencialmente tóxico hasta que se demuestre lo contrario o que su toxicidad no supera los beneficios de la intervención.

El uso de sertralina, por tanto, sola o combinada con terapias cognitivas para la DPP, debe abordarse con precaución. En atención primaria, donde existen otras alternativas, estas pueden ser preferidas.

Tratamiento “usual” vs Antidepresivo

En un estudio realizado con 254 mujeres, se comparó el uso de antidepresivos con el tratamiento habitual (según lo implementado en el lugar de atención) y se evaluaron los resultados a las 4 semanas. En este caso, no se preseleccionó un antidepresivo específico y las pacientes participaron en la elección del medicamento, son los más utilizados citalopram, fluoxetina y sertralina. No se reportaron datos de eficacia en la fase aguda (5 a 12 semanas) porque los resultados fueron registrados a las 4 semanas, lo que se considera una etapa temprana.

Los resultados mostraron una mayor tasa de remisión (definida como una puntuación en la EPDS inferior a 13) en el grupo de antidepresivos en comparación con el tratamiento habitual tras cuatro semanas (RR 2,31; IC del 95 %: 1,50 a 3,54, 1 estudio, 218 mujeres). Sin embargo, no se informaron eventos ni efectos adversos graves relacionados con el tratamiento. Tampoco se incluyeron datos sobre posibles efectos adversos en los bebés o sobre la seguridad durante la lactancia materna⁵¹.

Dado que la calidad de esta evidencia es muy baja, no es posible llegar a conclusiones definitivas. Por tanto, los hallazgos deben interpretarse con precaución y complementarse con otro tipo de evidencia disponible.

Intervenciones psicológicas vs Antidepresivos

En un análisis de tres estudios que incluyeron a 265 mujeres, se evaluaron diferentes intervenciones. Un estudio comparó amitriptilina con terapia grupal de resolución de problemas, mientras que los otros dos estudios tuvieron tres grupos de comparación cada uno: uno evaluó sertralina frente a terapia cognitivo-conductual (TCC) y una combinación de ambas y el otro comparó sertralina, placebo y terapia interpersonal (TIP).

Los resultados fueron difíciles de interpretar debido a importantes limitaciones relacionadas con sesgos de desgaste e información. En la comparación entre sertralina, placebo y TIP se concluyó que no hubo diferencias significativas en las tasas de remisión, aunque no se publicaron cifras exactas⁵¹.

En los otros estudios, no se evaluó la remisión como desenlace. En el grupo que comparó amitriptilina con la terapia grupal de resolución de problemas, solamente se informó la severidad de la depresión según la escala EPDS (DM 2,48, IC 95 %: 0,71 a 4,25; participantes = 49, 1 estudio). En el estudio que incluyó sertralina, TCC y su combinación, la severidad se midió con la escala BDI, donde los valores medios fueron más bajos en el grupo que recibió TCC en comparación con los que recibieron sertralina (DM 6,73, IC 95 %: 1,51 a 11,95, participantes = 29, 1 estudio)⁵¹.

En cuanto a los eventos adversos, tres mujeres (11 %) del grupo de amitriptilina abandonaron el estudio debido a efectos adversos, mientras que no se registraron eventos adversos en las participantes que recibieron terapia grupal de resolución de problemas. Se reportaron efectos adversos graves en 10 de 56 mujeres tratadas con sertralina y 8 de 53 mujeres tratadas con TIP. Entre estos, se mencionaron casos de ideación suicida, intentos de suicidio, empeoramiento de síntomas neurovegetativos (N=5), hospitalizaciones infantiles (N=11) y hospitalizaciones maternas (N=9), aunque no fue posible determinar cuántos ocurrieron en cada grupo⁵¹.

Dado el reporte de eventos adversos, el uso de sertralina frente a placebo o terapias psicológicas debe abordarse con precaución. Considerando que existen otras alternativas en el nivel de atención primaria, estas pueden ser priorizadas.

Antidepresivos vs intervenciones psicosociales

En este caso, se revisó la evidencia basándose en el análisis previo del grupo 2, por lo que las conclusiones permanecen sin cambios.

Tabla 6. Evidencia Científica en el Uso de Tratamiento Farmacológico para la DPP

Medicamento	Clase Farmacológica	Seguridad en Lactancia	Eficacia en DPP	Comentarios
Sertralina	Inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS)	Alta	Alta	Recomendado como primera línea, pocos efectos adversos en lactancia. ⁹
Fluoxetina	ISRS	Moderada	Moderada-Alta	Efectiva, aunque con algunas restricciones en lactancia. ¹⁰
Brexanolona	Modulador de receptores GABA-A	Baja	Alta	Nuevo tratamiento intravenoso específico para DPP, con buenos resultados clínicos ¹¹

*Fuente: Elaboración propia, 2025// de la Familia AHPLASMPY (2022), Contreras. C, et al (2022), Garde MB (2018)

La elección del tratamiento farmacológico debe realizarse considerando tanto los beneficios como los riesgos, especialmente en mujeres en periodo de lactancia. Las intervenciones no farmacológicas deben siempre priorizarse cuando sea posible.¹²

4.5 Recomendaciones preventivas para el Primer Nivel de Atención

Las consecuencias a largo plazo de la depresión posparto resaltan la importancia de implementar estrategias preventivas. La modificación de un solo factor de riesgo podría disminuir la probabilidad de desarrollar esta condición. Una medida clave consiste en minimizar la exposición a un factor de riesgo específico o reducir su impacto y relación con la depresión posparto.

Estudios recientes han sugerido, a partir de revisiones y análisis estadísticos, la actualización de diversas intervenciones enfocadas en la prevención de esta enfermedad.

Durante el período posparto, las mujeres enfrentan múltiples desafíos al adaptarse a los cambios en su vida, por lo que es fundamental promover dicha adaptación mediante intervenciones previamente establecidas.

En una síntesis de evidencia llevada a cabo por el Centro de Práctica Basada en Evidencia de Kaiser Permanente Research Affiliates en Estados Unidos, realizaron una revisión sistemática con metaanálisis sobre diversas intervenciones preventivas para la depresión posparto, elaborada para el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de EE.UU.

Para evaluar la validez de los estudios, se empleó la metodología GRADE, promovida por la iniciativa Cochrane, clasificando las intervenciones en distintas categorías: asesoramiento (enseñanza de habilidades y uso de herramientas terapéuticas para mejorar el estado de ánimo a través de un facilitador), estrategias en el sistema de salud, actividad física, educación (sin asesoramiento o práctica intensiva de habilidades), apoyo (sin desarrollo de habilidades o asesoramiento), sueño infantil (fomento del descanso mediante siestas regulares, establecimiento de horarios de sueño, enseñanza de técnicas para que el bebé concilie el sueño de forma autónoma y reducción de las tomas nocturnas), sesiones informativas (exploración de experiencias y emociones relacionadas con el parto a través de un consejero que brinda educación y normalización del proceso), otras estrategias conductuales, uso de antidepresivos y suplementos.

El estado de la depresión se definió como resultado primario, evaluándose mediante indicadores como la incidencia acumulada, la prevalencia o la puntuación obtenida en escalas de severidad de síntomas.⁵² Los hallazgos se reportaron considerando tanto el estado depresivo como la intensidad de los síntomas, presentándose tanto de manera global como diferenciada por tipo de intervención. Para esta revisión, se destacarán los hallazgos generales y aquellas intervenciones que demostraron mayor impacto. En total, se identificaron 50 ensayos clínicos con una muestra de 22,385 participantes.

Es crucial que el sistema de salud implemente programas de detección y manejo de la DPP en el primer nivel de atención.

La integración de la EPDS en visitas de Control del Niño Sano es una estrategia ideal para identificar a las madres en riesgo durante un momento crítico del período posparto.¹³ Además, se recomienda la formación continua del personal de salud en habilidades de detección y manejo de la DPP, así como la creación de redes de apoyo que incluya a familiares y la comunidad para asegurar una atención integral y sensible.¹⁴

En la categoría de **asesoramiento** se obtuvo que las intervenciones de asesoramiento lograron reducir en un 39 % el riesgo de desarrollar depresión perinatal, además de disminuir los síntomas depresivos hasta seis meses después del parto (RR = 0.61, IC 95 %: 0.47-0.78, k = 17, n = 3094, I² = 39 %). Es importante resaltar la precisión de estos resultados, con un beneficio mínimo estimado del 22 %. La mayoría de las intervenciones se basaron en Terapia Cognitivo Conductual (TCC) y Terapia Interpersonal (TIP), para 4 y 5 estudios respectivamente.

La TCC ha sido una de las intervenciones psicológicas más empleadas en el tratamiento no farmacológico de la depresión posparto. Gracias a su efectividad, se ha reconocido su papel clave en la prevención de esta condición porque contribuye a mejoras significativas tanto en el estado de ánimo como en la conducta. Dentro de estas terapias se habla del curso “Mamás y bebés” constituido por 6 a 12 sesiones grupales que se realizan de manera semanal que constan de 1 a 2 horas durante el período de embarazo y luego 2 a 5 sesiones en período postparto, este curso tuvo como objetivo colaborar un entorno físico, social y psicológico saludable para las madres y sus bebés. En el programa se incluyeron módulos sobre la TCC del estado de ánimo y la salud, los efectos fisiológicos del estrés, la importancia de las actividades placenteras y gratificantes, las distorsiones cognitivas y los pensamientos automáticos, las redes sociales, el apego positivo entre madre e hijo y las estrategias de crianza para promover el desarrollo infantil y el apego seguro en los bebés⁵³.

Otro enfoque para la prevención de la DPP es la TIP, definida como una intervención estructurada y de duración limitada, enfocada en abordar problemas interpersonales que podrían contribuir al desarrollo o mantenimiento de trastornos psicológicos. En el programa ROSE, basado en la TIP para la prevención, se llevaron a cabo entre cuatro y cinco sesiones grupales prenatales con una duración de 60 a 90 minutos, además de una sesión individual postparto de 50 minutos.

Con un contenido de psicoeducación sobre la "tristeza postparto" y la DPP, manejo del estrés, apoyo social, identificación de transiciones de roles y los cambios asociados a este, la discusión de los tipos de conflictos interpersonales comunes en torno al parto, las técnicas para resolverlos y algunos ejercicios de juego de roles con comentarios de otros miembros del grupo⁵³.

Es importante señalar además de la mencionada heterogeneidad entre los estudios incluidos, que la metodología utilizada se basó en un análisis estadístico con modelos aleatorios. En este contexto, el índice I^2 , que ya indicaba una heterogeneidad moderada, puede no ser el más adecuado porque su valor depende de la precisión de los estudios. En poblaciones grandes, tiende a ser menor, lo que podría ocultar una variabilidad real entre los estudios.

Es relevante destacar, por último, que la mayoría de los estudios analizados (excepto 3) se centraron exclusivamente en madres con riesgo de desarrollar depresión postparto. Como resultado, los efectos de estas intervenciones no pueden extrapolarse a la población general de embarazadas. Además, los estudios solamente evaluaron resultados en las madres y sus hijos, por lo que se requiere más investigación para ampliar la evidencia en estos aspectos.

En cuanto a las **intervenciones en el sistema de salud y educativo**, se describen intervenciones en el sistema de salud mediante tres ensayos que capacitan a parteras en la identificación y manejo del estrés materno durante el embarazo y el posparto. Como parte de la estrategia, se les proporcionó una herramienta en línea para evaluar a las mujeres embarazadas, considerando factores como la presencia de estrés y el estado de ánimo. Esta plataforma ofrece recomendaciones para la vida diaria, estrategias de afrontamiento positivo y la posibilidad de intervención por parte de profesionales de la salud para brindar apoyo social y psicológico. Adicionalmente, enfermeras comunitarias especializadas en el cuidado infantil y en el apoyo a las madres realizaron visitas domiciliarias durante un período de 10 a 12 semanas en el posparto.

Este tipo de intervenciones logró reducir en un 40 % la razón de probabilidad de superar el umbral de corte en la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo (EPDS), lo que indica una menor probabilidad de desarrollar depresión perinatal (RR = 0.60, IC 95 %: 0.43-0.83, k = 3, n = 4738, I² = 66 %). Sin embargo, es importante señalar que el número de estudios fue limitado (k = 3) en relación con la cantidad de participantes (n = 4738) y que presentaron una alta heterogeneidad. Para el cálculo de la verosimilitud, se aplicó el método de Máxima Verosimilitud Restringida (REML, por sus siglas en inglés), eliminando posibles distractores. Tras este ajuste, los resultados no mostraron significancia estadística (RR = 0.58, IC 95 %: 0.22-1.53, I² = 66 %).

La implementación de diversas estrategias preventivas dentro del sistema de salud, a pesar de ello, sigue siendo un objetivo clave para mejorar la detección y fortalecer la relación entre los visitantes de salud y las madres. Esto permitiría una identificación temprana de la depresión posparto desde la etapa de captación en el hogar, facilitando una intervención oportuna.

En cuanto a las **intervenciones en actividad física**, pueden desempeñar un papel importante en la reducción del riesgo de desarrollar depresión posparto. Se destacan tres estudios clave: uno realizado en Noruega, que incluyó 12 sesiones de ejercicio grupal de 60 minutos, otro en España, que implementó tres sesiones semanales de 60 minutos durante 30 semanas y un tercero en Australia, que combinó ocho clases de ejercicio grupal de 60 minutos con sesiones de educación para la salud de 30 minutos. En conjunto, estas intervenciones lograron una reducción del 46 % en el riesgo de desarrollar depresión posparto (RR = 0.54, IC 95 %: 0.33-0.87, k = 3, n = 1021, I² = 0 %).

Cabe resaltar que, aunque el valor de I² fue del 0 %, esto no necesariamente implica una ausencia total de heterogeneidad. Sin embargo, debido a la metodología utilizada en los estudios analizados, es probable que la variabilidad entre ellos haya sido baja.

Para contrarrestar lo mencionado anteriormente, en el 2021 se realiza una revisión sistemática sobre los efectos del ejercicio durante el embarazo y el desarrollo de DPP.

Con los datos quedó claro que el ejercicio tenía un efecto pequeño, pero significativo en la reducción de los síntomas depresivos en general 44 (diferencia media estándar [DME] = 0.41, IC 95%: 0.50 a 0.32, $p < 0.001$). En cuanto a las mujeres en período postparto, la reducción en la probabilidad de desarrollar DPP fue moderada (DME = 0.53, IC 95 %: 0.80 - 0.27, $p < 0.001$, Tau2 = 0 %, I2 = 2 %, Z = -9.00). La metodología fue bastante sólida porque se seleccionaron 5 metaanálisis de buena calidad y homogéneos enfocados en la DPP, en los cuales, al establecer una comparación con las intervenciones psicosociales y psicológicas, el ejercicio parece tener un efecto superior sobre los síntomas de la DPP. Debido a todos los beneficios del ejercicio en la salud mental, la condición física y control del dolor, el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología ha recomendado para las mujeres durante el embarazo y el postparto la realización de actividad física con intensidad moderada durante 30 minutos al día. El ejercicio es eficaz como preventivo y también lo es como tratamiento en un episodio de depresión leve o como complemento para un trastorno de DPP. Es probado que no hay efectos perjudiciales, excepto cambios temporales en la composición de la leche materna después del ejercicio máximo; además el ejercicio no fue probado como tratamiento exclusivo⁵⁴.

En otro metaanálisis sobre los efectos de la actividad física como estrategia preventiva para la depresión posparto se analizaron un total de 23 estudios, incluyendo 14 ensayos controlados aleatorizados (ECA) y 9 estudios de cohortes prospectivos. Los resultados mostraron una asociación positiva y estadísticamente significativa entre la actividad física y la prevención de la depresión posparto ($n = 63$, OR = 0.73, IC 95 %: 0.61 - 0.87, $p < 0.001$, $I^2 = 89.6$ %). El estudio también evidenció una relación dosis-respuesta, indicando que al menos 90 minutos de actividad física deportiva por semana podrían reducir el riesgo de desarrollar depresión posparto.

Un hallazgo clave fue la identificación de un patrón en forma de curva “J” en la relación dosis-respuesta, significa que, si no se alcanzaba el tiempo mínimo de ejercicio, el riesgo de desarrollar depresión posparto aumentaba (OR más elevados). Este descubrimiento es altamente relevante para la prescripción de actividad física en mujeres embarazadas y en el posparto porque sugiere que realizar ejercicio en intervalos menores a 90 minutos semanales podría no solamente ser insuficiente, sino incluso agravar los síntomas depresivos.

La comparación de 3 tipos de actividad física durante el embarazo, las cuales fueron catalogadas como: ejercicio físico (subconjunto de actividad física planificada, estructurada y repetitiva, ejercicio aeróbico, ejercicios de estiramiento y respiración, programas de caminata, ejercicios de fuerza, pilates y yoga), actividad física de labores domésticas (cuidado de niños y tareas domésticas), y actividades laborales⁵⁵.

En cuanto a las **intervenciones basadas en el comportamiento**, se realizó un ensayo controlado aleatorio sobre el efecto del Mindfulness para trastornos del ánimo y el estrés de las mujeres embarazadas como una estrategia para prevención, quienes definen Mindfulness un estado de conciencia profunda, caracterizada por la claridad de enfoque, la flexibilidad de la atención y una conciencia no preconcebida de aceptar eventos en el momento presente. Se cree que el entrenamiento de mindfulness promueve la adaptación a través de conexiones mentales, corporales y espirituales influenciadas por la respiración y la meditación⁵⁶.

En un grupo de 102 mujeres embarazadas con posibles síntomas de depresión o ansiedad y una puntuación igual o superior a 10 en la escala EPDS, participó en un programa de mindfulness entre julio de 2021 y marzo de 2022. Se excluyeron aquellas con alto riesgo de complicaciones maternas o fetales, así como aquellas con trastornos psiquiátricos. El programa se basó en la metodología tradicional de mindfulness para el parto y la crianza, desarrollada por Nancy Bardacke, con el objetivo de preparar a los padres para el parto y la crianza de sus hijos. La intervención consistió en sesiones semanales de dos horas durante ocho semanas. Las participantes se dividieron en dos grupos: 51 mujeres en el grupo de intervención y 51 en el grupo de control, el cual recibió únicamente la atención prenatal estándar. Para evaluar el impacto de la intervención, se midieron los niveles de estrés autoinformado, ansiedad relacionada con el embarazo y síntomas de depresión en distintos momentos: antes y después de la intervención, a las 36 semanas de gestación y a los 2 y 4 meses posparto. Los resultados del estudio indican que el grupo de intervención experimentó una reducción significativa en los síntomas de depresión en diferentes momentos de la evaluación: inmediatamente después de la intervención (DM = -0.69, IC 95 %: -0.79 a -0.41, $p < 0.001$), a las 36 semanas de gestación (DM = -0.73, IC 95 %: -0.94 a -0.51, $p < 0.001$), a los 2 meses posparto (DM = -0.99, IC 95 %: -1.22 a -0.77, $p < 0.001$) y a los 4 meses posparto (DM = -0.69, IC 95 %: -0.97 a -0.42, $p < 0.001$).

Se observó, asimismo, una mejora sostenida en los niveles de estrés y ansiedad autoinformados, la cual persistió hasta cuatro meses después del parto. Según los autores, estos hallazgos respaldan la viabilidad, eficacia y aceptabilidad de la intervención basada en mindfulness. Además de mejorar los indicadores de salud mental, esta estrategia proporcionó a las mujeres un enfoque adaptativo y más comprensivo para enfrentar eventos o factores estresantes, en comparación con las evaluaciones cognitivas tradicionales.

Diversas intervenciones han sido estudiadas para la prevención de la depresión posparto (DPP), entre ellos se encuentran los suplementos dietéticos los cuales fueron evaluados en un estudio en el 2021 en el cual valoraron el efecto preventivo de los ácidos grasos poliinsaturados omega-3, encontrando que su consumo durante el embarazo o posparto podría reducir algunos síntomas depresivos. Se recomienda una ingesta de 500 mg/día en mujeres embarazadas y lactantes.⁵⁷ Otra estrategia es el uso de portabebés porque el contacto piel con piel entre padres e hijos favorece la liberación de oxitocina y disminuye los niveles de estrés. Se realizó un ensayo en el que las madres que utilizaron portabebés presentaron menos síntomas depresivos a las seis semanas posparto. Aunque el estudio es pequeño, se sugiere que esta intervención, al ser inocua y de uso común, podría brindar beneficios psicológicos y fisiológicos.⁵⁸

El uso de tecnología también ha sido explorado como estrategia preventiva. En el 2023 se analizaron 16 estudios sobre aplicaciones móviles con intervenciones psicosociales para la DPP, encontrando mejoras en la puntuación de la EPDS. Estas aplicaciones permiten a las madres acceder a asesoramiento, apoyo social, mindfulness y terapia cognitivo-conductual (TCC) sin necesidad de desplazarse.⁵⁹ Otros autores desarrollaron un estudio con la aplicación “CareMom”, basada en TCC para la prevención de la DPP en el posparto temprano. El programa incluía videos breves, cuestionarios y monitoreo del estado de ánimo.⁶⁰ Las madres que usaron la aplicación mostraron una reducción significativa en los síntomas depresivos en comparación con el grupo de control, destacando la aceptación y utilidad del programa.

Aunque algunas de estas estrategias aún requieren mayor evidencia, su implementación es segura y puede contribuir a la prevención de la DPP.

La adopción de un enfoque integral que combine educación prenatal, apoyo emocional y recursos accesibles es clave para reducir la incidencia y gravedad de este trastorno, promoviendo el bienestar de las madres y sus bebés.

Según Brenes Fernández P. en su investigación sobre el análisis de las estrategias de abordaje integral para el manejo de la depresión postparto aplicables en atención primaria para su implementación en el Sistema de Salud de Costa Rica en el 2024, relata que la depresión postparto (DPP) representa un desafío significativo para la atención primaria en Costa Rica, dada su alta prevalencia y las consecuencias negativas en la salud materna e infantil. A pesar de la limitada información nacional, se han identificado estrategias clave para abordar esta condición en el sistema de salud costarricense. Entre ellas, destacan el cribado universal con herramientas como la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) para una detección temprana, el fortalecimiento de intervenciones no farmacológicas como la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) y programas comunitarios que promuevan la actividad física. Asimismo, es esencial integrar redes de apoyo psicosocial y capacitar al personal de atención primaria en un enfoque multidisciplinario y centrado en la paciente. La implementación de estas estrategias podría mejorar significativamente la calidad de vida de las madres, sus familias y la dinámica social en general, subrayando la importancia de una atención primaria sólida como pilar en la prevención y manejo de la DPP, por lo que generó un algoritmo diagnóstico y tratamiento (Anexo 1) basado en literatura y evidencia científica sobre el manejo adecuado que podría ser beneficio para el sistema de salud costarricense, específicamente en el primer nivel de atención.

V. CONCLUSIONES

Y

RECOMENDACIONES

Conclusiones:

1. Modelos internacionales efectivos:

Los modelos internacionales más efectivos para el abordaje de la depresión postparto, como los basados en terapia cognitivo-conductual, intervenciones psicosociales y la integración de servicios de salud mental en atención primaria, han demostrado ser altamente exitosos al priorizar un enfoque multidisciplinario y accesible para las pacientes.

2. Fortalezas y debilidades del sistema costarricense:

El sistema de salud costarricense presenta fortalezas significativas, como su acceso universal y la integración de redes de salud comunitarias. Sin embargo, también enfrenta debilidades en términos de recursos humanos especializados en salud mental, la falta de programas específicos para depresión postparto y limitaciones en la detección temprana y el seguimiento continuo de las pacientes afectadas.

3. Viabilidad de adaptación:

La implementación de elementos clave de modelos internacionales en el sistema costarricense es factible, siempre que se adapten considerando los recursos disponibles. Elementos como la capacitación del personal de atención primaria, el uso de herramientas de detección simples y la educación a la comunidad son particularmente aplicables y realistas para el contexto nacional.

Recomendaciones

1. Para la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS):

- Implementación de protocolos estandarizados: Desarrollar y adoptar guías clínicas específicas para la detección, diagnóstico y manejo de la depresión postparto (DPP), basadas en evidencia científica, como el uso sistemático de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) en el primer nivel de atención.
- Capacitación continua: Establecer programas de formación y actualización dirigidos al personal médico, de enfermería y otros profesionales de salud para mejorar la identificación y manejo de la DPP.
- Fortalecimiento del acceso a servicios especializados: Ampliar la oferta de servicios de salud mental, con énfasis en zonas rurales y de difícil acceso, para garantizar la equidad en la atención.
- Promoción de campañas de sensibilización: Difundir información en centros de salud y medios de comunicación para aumentar la conciencia sobre la DPP, sus síntomas y la importancia de buscar atención temprana.
- Creación de equipos multidisciplinares: Fomentar el trabajo conjunto de médicos, enfermeros, psicólogos y trabajadores sociales en el manejo integral de pacientes con DPP.

2. Para el personal de salud en general:

- Detección temprana: Incorporar el tamizaje para DPP como parte de las evaluaciones de rutina durante el puerperio, con énfasis en los factores de riesgo y las manifestaciones clínicas.
- Enfoque humanizado: Priorizar la empatía y el respeto en la atención a las madres con DPP, reconociendo las particularidades de cada caso y garantizando un ambiente de confianza y apoyo.
- Intervenciones integrales: Ofrecer tratamientos que combinen terapias no farmacológicas, como la Terapia Cognitivo-Conductual y farmacoterapia cuando sea necesario, según las mejores prácticas.

- Promoción del apoyo comunitario: Orientar a las pacientes sobre la importancia de redes de apoyo familiares y comunitarias y facilitar el acceso a recursos disponibles en sus comunidades.

3. Para la universidad:

- Fortalecimiento de los programas académicos: Incluir en los planes de estudio de las carreras de Medicina al contenido específico sobre salud mental perinatal y el manejo de la DPP.
- Fomento de la investigación: Incentivar a los estudiantes y docentes a realizar investigaciones en el Área de Salud Mental Materna, con énfasis en el desarrollo de estrategias adaptadas al contexto nacional.
- Prácticas profesionales: Establecer convenios con centros de salud para que los estudiantes participen activamente en el tamizaje, diagnóstico y manejo de la DPP, permitiéndoles aplicar conocimientos teóricos en escenarios reales.
- Sensibilización estudiantil: Impulsar talleres, seminarios y jornadas educativas para sensibilizar a los futuros profesionales sobre la importancia de un enfoque integral y empático en la atención de mujeres con DPP.

Estas recomendaciones buscan promover un abordaje integral y efectivo de la depresión postparto, adaptado a las necesidades del sistema de salud costarricense, el personal médico y las instituciones académicas responsables de formar a futuros profesionales.

CAPÍTULO VI.
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Villegas Loaiza N, Paniagua Dachner A, Vargas Morales JA. Generalidades y diagnóstico de la depresión posparto. Rev Méd Sinerg [Internet]. 2019 Jun 18 [citado 2024 Sep. 29]4(7):e261. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/261>
2. Méndez LG. Las mujeres con depresión posparto presentan mayor disminución de síntomas depresivos cuando hay intervenciones cognitivas conductuales en comparación con otras intervenciones no cognitivas conductuales. [San José]: Universidad de Costa Rica; 2018.
3. Solís Solano M, Pineda Mejía AL, Chacón Madrigal J. Abordaje clínico y manejo de la depresión posparto. Rev Méd Sinerg [Internet]. 2019 Jun. 1 [citado 2024 Sep 29],4(6):90-99. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/248>
4. Caicedo CP, Vivero FV. Aplicación de instrumentos de valoración del riesgo y tamizaje de depresión posparto en el Hospital Rubén Cruz Vélez de Tuluá (Valle del Cauca), 2021. [Tuluá, Colombia]: Unidad Central del Valle del Cauca, 2023.
5. Sanclemente Vinué I, ACC. Plan de cuidados estandarizado para pacientes con depresión posparto [Internet]. Unizar.es. [citado 2024 Sep. 30]. Disponible en: <https://zaguan.unizar.es/record/85827/files/TAZ-TFG-2019-505.pdf>
6. Organización Mundial de la Salud (OMS). Documentos básicos/ Constitución de la Organización Mundial de la Salud [Internet]. 2014. Disponible en: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf?ua=1#page=7>
7. Maitta Rosado IS, Cedeño Párraga MJ, Escobar García MC. Factores biológicos, psicológicos y sociales que afectan la salud mental. Rev Caribeña de Ciencias Sociales [Internet]. 2018 Mar. Disponible en: <https://www.eumed.net/rev/caribe/2018/03/factores-salud-mental.html>
8. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe mundial sobre salud mental: transformar la salud mental para todos. Panorama general. Ginebra: OMS; 2022.
9. Asociación de La Familia AHPLASMPY. Mejorar el cuidado de la salud mental perinatal: fundamentos, propuestas y peticiones [Internet]. 2022. Disponible en: https://conectaperinatal.com/pdf/ASMI_Memoradum_13sep2022_.pdf

10. Contreras-Carreto N, Moreno-Sánchez P, Márquez-Sánchez E, Vázquez-Solares V, Pichardo M, Ramírez-Montiel M, et al. Salud mental perinatal y recomendaciones para su atención integral en hospitales ginecoobstétricos. *Cir Cir*. 2022;90. doi:10.24875/CIRU.21000003.
11. Garde MB. Gestación subrogada: aspectos emocionales y psicológicos en la mujer gestante [Internet]. 2018. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6694792>
12. León KFR. Caracterización sociodemográfica y psicológica de las madres con depresión posparto internadas en el Hospital Nacional Psiquiátrico entre 2010 y junio de 2015, una aproximación a través de la revisión de expedientes. [San José]: Universidad de Costa Rica; 2016.
13. Lara MA, Patiño P, Navarrete L, Nieto L. Depresión posparto, un problema de salud pública que requiere de mayor atención en México [Internet]. *Gob.mx*. [citado 2024 Sep 30]. Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/280078/2-depresionpostparto.pdf>
14. Valdés C, Cristoforone N. Revisión descriptiva de las herramientas de detección de depresión puerperal en el primer nivel de atención [Internet]. *Sumefac.uy*. [citado 2024 Sep. 30]. Disponible en: https://sumefac.uy/wp-content/uploads/2023/09/Revision-Bibliografica_depresion-posparto_final.pdf
15. Organización Mundial de la Salud (OMS). Recomendaciones de la OMS sobre cuidados maternos y neonatales para una experiencia posnatal positiva: resumen ejecutivo [Internet]. *Who.int*. 2022 Mar 28 [citado 2024 Sep. 30]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240044074>
16. Liu X, Wang S, Wang G. Prevalence and risk factors of postpartum depression in women: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Nurs* [Internet]. 2021;31(19–20):2665–77. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.16121>
17. Stewart DE, Vigod SN. Postpartum depression: Pathophysiology, treatment, and emerging therapeutics. *Annu Rev Med* [Internet]. 2019;70(1):183–96. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1146/annurev-med-041217-011106>

18. Payne JL, Maguire J. Pathophysiological mechanisms implicated in postpartum depression. *Front Neuroendocrinol* [Internet]. 2018;52:165–80. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.yfrne.2018.12.001>
19. Flores-Ramos M, Salinas M, Carvajal-Lohr A, Rodríguez-Bores L. El papel del ácido gamma-aminobutírico en la depresión de la mujer. *Gac Med Mex* [Internet]. 2017;153(4). Disponible en: https://www.anmm.org.mx/GMM/2017/n4/GMM_153_2017_4_486-495.pdf
20. Acuña Alvarado A, Ramírez Zumbado E, Azofeifa Zumbado MF. Depresión posparto. *Rev Méd Sinerg* [Internet]. 2021 Sep 1 ;6(9):e712. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/712>
21. Waldrop J, Ledford A, Perry LC, Beeber LS. Developing a postpartum depression screening and referral procedure in pediatric primary care. *J Pediatr Health Care* [Internet]. 2018;32(3):e67–73. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0891524517304595>
22. Víquez Quesada M, Valverde Chinchilla K. Detección temprana de la depresión posparto. *Rev Cienc Salud Integr Conoc* [Internet]. 2022 ;6(5):37–44. Disponible en: <https://revistacienciaysalud.ac.cr/ojs/index.php/cienciaysalud/article/view/474>
23. Ambriz-López R, Flores-Venegas SR, Soria-López JA, Guerrero-González G, Kawas-Morales A, Álvarez-Lozada LA. Depresión posparto durante la pandemia de COVID-19. *Ginecol Obstet Méx* [Internet]. 2022;90(1):8-20. <https://doi.org/10.24245/gom.v90i1.6985>.
24. Urdaneta MJ, Rivera SA, García IJ, Guerra VM, Baabel ZN, Contreras BA. Prevalencia de depresión posparto en primigestas y multíparas valoradas por la Escala de Edimburgo. *Rev Chil Obstet Ginecol* [Internet]. 2010;75(5):312-320. Disponible en: doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262010000500007>
25. Delgado MM. Depresión posparto y tratamiento [Internet]. *Medigraphic.com*. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2016/rmc163q.pdf>
26. Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría; 2013.

27. Ferrer MG. Revisión bibliográfica sobre la detección y prevención de la depresión posparto. Universidad de Zaragoza; 2021. Disponible en: <https://zaguan.unizar.es/record/109006/files/TAZ-TFG-2021-326.pdf>
28. Polanía RCL, Cardona OFA, Castañeda GGI, et al. Metodología de investigación cuantitativa y cualitativa. UCV; 2020.
29. Azuero Azuero ÁE. Significatividad del marco metodológico en el desarrollo de proyectos de investigación. Rev Arbitr Interdiscip Koin [Internet]. 2019 [citado 2024 Sep 30];4(8):110. Disponible en: <https://fundacionkoinonia.com.ve/ojs/index.php/revistakoinonia/article/view/274>
30. Sánchez Molina AA, Murillo Garza A. Enfoques metodológicos en la investigación histórica: cuantitativa, cualitativa y comparativa. Debates por la Historia [Internet]. 2021;9(2):147–81. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2594-29562021000200147
31. Gómez-Luna E, Fernando-Navas D, Aponte-Mayor G, Betancourt-Buitrago LA. Metodología para la revisión bibliográfica y la gestión de información de temas científicos, a través de su estructuración y sistematización. Dyna (Medellín) [Internet]. 2014;81(184):158–63. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=49630405022>
32. Sampieri RH, Mendoza TCP. Metodología de la investigación, rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. Ciudad de México: McGraw Hill; 2018. Disponible en: https://campusvirtual.icap.ac.cr/pluginfile.php/236322/mod_resource/content/1/Metodología%20de%20la%20Investigación.pdf
33. Méndez MC. Introducción a las fuentes de información. 2010, Available from: <https://riunet.upv.es/bitstream/handle/10251/7580/introduccion%20a%20las%20fuentes%20de%20informaci3n.pdf>
34. Hernández R, Fernández C, Baptista L. Metodología de la investigación. 6ta ed. México: McGraw Hill Interamericana; 2014. Capítulo 5, Definición del alcance de la investigación que se realizará: exploratorio, descriptivo, correlacional o explicativo, p. 87-101.

35. Martín Aragón P. Detección del riesgo y prevención frente a la depresión postparto. Una revisión sistemática. Universidad de Valladolid; 2022.
36. Fernández DPB. Análisis de las estrategias de abordaje integral para el manejo de la depresión postparto aplicables en atención primaria para su implementación en el Sistema de Salud de Costa Rica. Revisión bibliográfica [Internet]. [San José, Costa Rica]: Universidad de Costa Rica; 2024. Disponible en: <https://www.kerwa.ucr.ac.cr/items/67d004a1-c201-4eb5-93cc-4fdb68eefd6d/full>
37. García-Esteve L, Miyar VM, coordinadores. Manual de psiquiatría perinatal: Guía para el manejo de los trastornos mentales durante el embarazo, posparto y lactancia. Madrid: Panamericana M; 2017.
38. Moore Simas TA, Whelan A, Byatt N. Postpartum depression—New screening recommendations and treatments. *JAMA*. 2023;330(23):2295–2296. doi: 10.1001/jama.2023.21311.
39. Zeballos Gonzales EP, Arias Gallegos WL, Muñoz del Carpio Toia A, Rivera R, Luna Condori M. Depresión postparto en mujeres víctimas de violencia doméstica en la ciudad de Arequipa, Perú. *Rev Cubana Obstet Ginecol*. 2020;46(1):e502.
40. Lyubenova A, Neupane D, Levis B, Wu Y, Sun Y, He C, et al. Depression prevalence based on the Edinburgh postnatal depression scale compared to structured clinical interview for DSM disorders classification: Systematic review and individual participant data meta-analysis. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2020;30(1). doi: 10.1002/mpr.1860.
41. Waldrop J, Ledford A, Perry LC, Beeber LS. Developing a postpartum depression screening and referral procedure in pediatric primary care. *J Pediatr Health Care*. 2018;32: e67-e73
42. Mendoza B, Saldivia S. Actualización en depresión postparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. *Rev Med Chile*. 2015;143:887-894.
43. O'Hara MW, Engeldinger J. Treatment of postpartum depression: Recommendations for the clinician. *Clin Obstet Gynecol*. 2018;61(3):604-614.

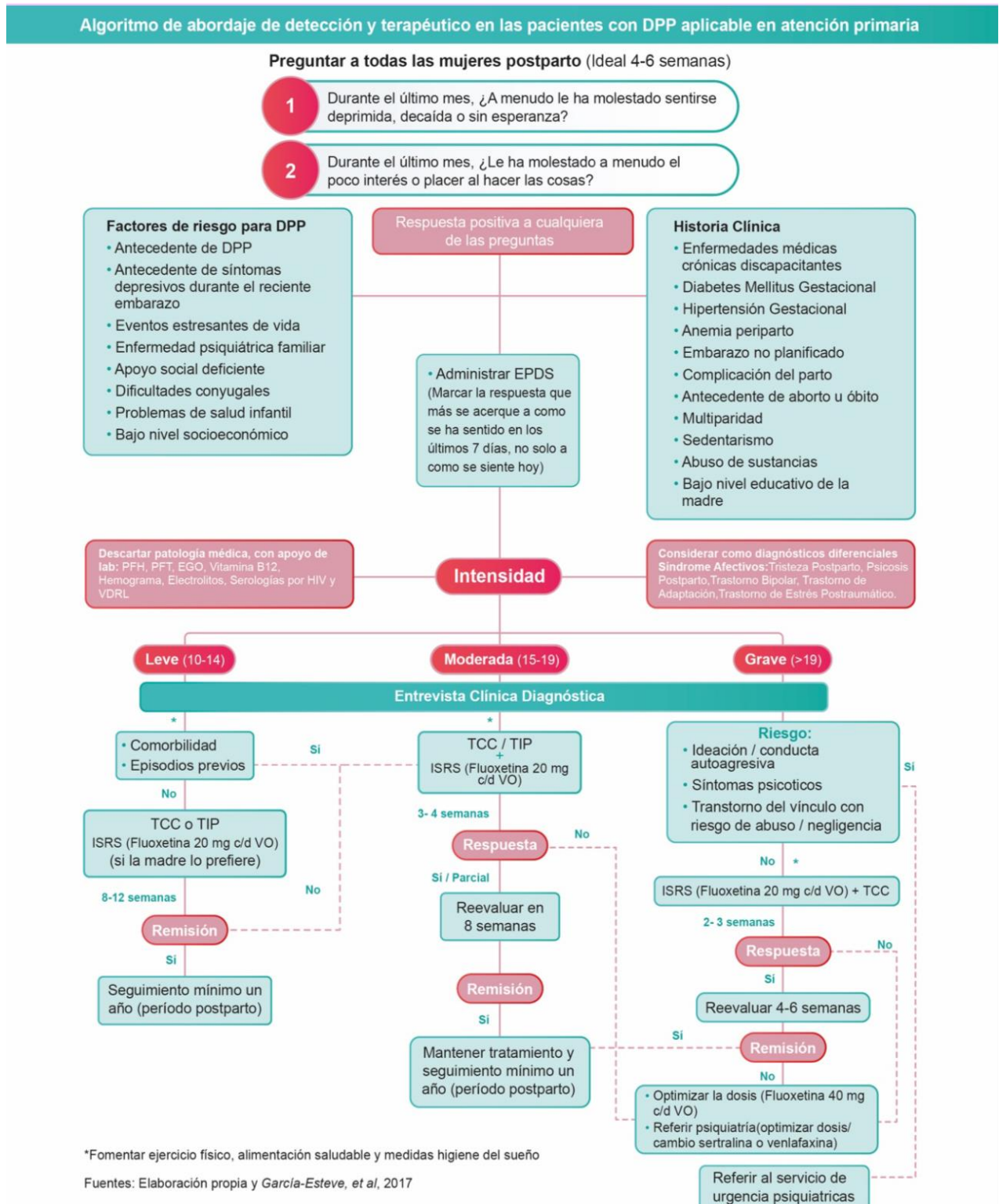
44. Kumar D, Hameed W, Avan BI. Comparing the effectiveness of mother-focused interventions to that of mother-child focused interventions in improving maternal postpartum depression outcomes: A systematic review. *PLOS ONE*. 2023;18(12):e0295955. doi: 10.1371/journal.pone.0295955.
45. McAllister-Williams RH, Baldwin DS, Cantwell R, Easter A, Gilvarry E, Glover V, et al. British Association for Psychopharmacology consensus guidance on the use of psychotropic medication preconception, in pregnancy and postpartum 2017. *J Psychopharmacol* [Internet]. 2017;31(5):519–52. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/0269881117699361>.
46. Marco LT. Evaluación del tratamiento hormonal en la depresión postparto: Una revisión sistemática. [España]: Universitat Jaume I; 2021.
47. Valdés C, Cristoforone N. Revisión descriptiva de las herramientas de detección de depresión puerperal en el primer nivel de atención. *Rev Primer Nivel*. 2023;1(1):17-22.
48. Díaz MI, Ruiz MA, Villalobos A. Manual de técnicas y terapias cognitivo-conductuales. 2017.
49. Dominiak M, Antosik-Wojcinska AZ, Baron M, Mierzejewski P, Swiecicki L. Recommendations for the prevention and treatment of postpartum depression. *Ginekol Pol*. 2021;92(2):153-164. doi: 10.5603/GP. a2020.0141. Epub 2021 Jan 15. PMID: 33448014.
50. Carreño Rimaudo S, Llobeta Bartolomé E. Vulnerabilidad y sujeto en investigación con seres humanos: una reflexión. *Rev Bioética y Derecho* [Internet]. 2021. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872021000100014&lng=es.
51. Brown JV, Wilson CA, Ayre K, Robertson L, South E, Molyneaux E, et al. Antidepressant treatment for postnatal depression. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021;2:CD013560. doi: 10.1002/14651858.CD013560.pub2.

52. Brenes Fernández P. Análisis de las estrategias de abordaje integral para el manejo de la depresión postparto aplicables en atención primaria para su implementación en el Sistema de Salud de Costa Rica. Revisión bibliográfica. San José, Costa Rica: Universidad de Costa Rica, Sistema de Estudios de Posgrado, Programa de Posgrado en Especialidades Médicas; 2024. Disponible: <https://www.kerwa.ucr.ac.cr/items/67d004a1-c201-4eb5-93cc-4fdb68eefd6d>
53. O'Connor E, Senger CA, Henninger ML, Coppola E, Gaynes BN. Interventions to prevent perinatal depression: Evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA*. 2019;321(6):588-601. doi: 10.1001/jama.2018.20865. PMID: 30747970.
54. Marconcin P, Peralta M, Gouveia ÉR, Ferrari G, Carraça E, Ihle A, Marques A. Effects of exercise during pregnancy on postpartum depression: A systematic review of meta-analyses. *Biology (Basel)*. 2021;10(12):1331. doi: 10.3390/biology10121331. PMID: 34943246; PMCID: PMC8698776.
55. Yuan M, Chen H, Chen D, Wan D, Luo F, Zhang C, et al. Effect of physical activity on prevention of postpartum depression: A dose-response meta-analysis of 186,412 women. *Front Psychiatry*. 2022,13:984677. doi: 10.3389/fpsy.2022.984677. PMID: 36405921; PMCID: PMC9672674.
56. Pan WL, Lin LC, Kuo LY, Chiu MJ, Ling PY. Effects of a prenatal mindfulness program on longitudinal changes in stress, anxiety, depression, and mother-infant bonding of women with a tendency to perinatal mood and anxiety disorder: A randomized controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2023;23(1):547. doi: 10.1186/s12884-023-05873-2. PMID: 37525110; PMCID: PMC10388457.
57. Nagayasu Y, Fujita D, Daimon A, Nunode M, Sawada M, Sano T, Ohmichi M. Possible prevention of postpartum depression by intake of omega-3 polyunsaturated fatty acids and its relationship with interleukin 6. *J Obstet Gynaecol Res*. 2021;47(4):1371-1379. doi: 10.1111/jog.14592. PMID: 33590576.
58. Little EE, Bain L, Hahn-Holbrook J. Randomized controlled trial to prevent postpartum depressive symptomatology: An infant carrier intervention. *J Affect Disord*. 2023,340:871-876. doi: 10.1016/j.jad.2023.08.044. PMID: 37586649.

59. Miura Y, Ogawa Y, Shibata A, Kamijo K, Joko K, Aoki T. App-based interventions for the prevention of postpartum depression: A systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2023;23(1):441. doi: 10.1186/s12884-023-05749-5. PMID: 37316768.
60. Qin X, Liu C, Zhu W, Chen Y, Wang Y. Preventing postpartum depression in the early postpartum period using an app-based cognitive behavioral therapy program: A pilot randomized controlled study. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(24):16824. doi: 10.3390/ijerph192416824. PMID: 36554704; PMCID: PMC9779776.

CAPÍTULO VII.
ANEXOS

Anexo 1. Algoritmo de Abordaje de Detección y Terapéutico en las pacientes con DPP aplicable en Atención Primaria.



Tomado de: Brenes Fernández P. Análisis de las estrategias de abordaje integral para el manejo de la depresión postparto aplicables en atención primaria para su implementación en el sistema de salud de Costa Rica, 2024.