



UNIVERSIDAD  
CATÓLICA  
DE CUENCA

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**

*Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo*

**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR**

**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**DEPRESIÓN POST PARTO EN MUJERES DESDE  
UN CRITERIO BIOPSICOSOCIAL**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

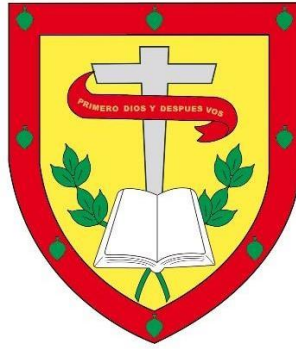
**AUTORA: NINOSKA SAMANIEGO FARFÁN**

**DIRECTOR: PSIC. FABIÁN LEONARDO CASTRO OCHOA MGS.**

**CUENCA – ECUADOR**

**2023**

**DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**

*Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo*

**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR**

**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**DEPRESIÓN POST PARTO EN MUJERES DESDE UN  
CRITERIO BIOPSIICOSOCIAL**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**AUTORA: NINOSKA SAMANIEGO FARFÁN**

**DIRECTORA: PSIC. FABIÁN LEONARDO CASTRO OCHOA MGS.**

**CUENCA-ECUADOR**

**2023**

**DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO**

**Declaratoria de Autoría y Responsabilidad**

**Ninoska Samaniego Farfán** portadora de la cédula de ciudadanía N° **0150287662**. Declaro ser el autor de la obra: **“Depresión post parto en mujeres desde un criterio biopsicosocial”**, sobre la cual me hago responsable sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaro que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximo a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaro finalmente que mi obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también me responsabilizo y eximo a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Cuenca, **23 de noviembre de 2023**

F. 

**Ninoska Samaniego Farfán**

**C.I. 0150287662**

## **CERTIFICACIÓN**

Yo Fabian Leonardo Castro Ochoa, con cédula de identidad N° 0102541216 en calidad de Director del Trabajo de Titulación con el tema: “**Depresión post parto en mujeres desde un criterio biopsicosocial**”, certifico que el presente trabajo fue desarrollado por NINOSKA SAMANIEGO FARFÁN, bajo mi supervisión.



**Psic. Fabián Leonardo Castro Ochoa Mgs.**

**DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN  
DOCENTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

## **Agradecimiento**

En primera instancia se lo agradezco a Dios por brindarme fortaleza, entendimiento y sabiduría para alcanzar este logro junto a mis seres queridos y allegados.

A mí abuelita Rosa Delia Baquerizo, mi abuelito Byron Farfán, mis tíos Freddy y Carlos Julio Baquerizo, por su confianza, dedicación y esfuerzo puesto sobre mí, no los defraudé.

A mi mamá Marola Farfán, mi padrastro Freddy Flores y mi hermana Milla Flores, por regalarme varios momentos de su tiempo para lo requerido.

A mi esposo, Bernardo Lazo, su apoyo incondicional, amor y motivación dieron sus frutos.

A mis amigos: Rosalía Castillo, Jilda Toledo y Aarón Sarango, por nuestra amistad sincera forjada durante todos estos años, ¡lo logramos!

A mis maestros, sin duda alguna su apoyo desde el primer día formó a la gran profesional de hoy.

**Ninoska Samaniego Farfán**

## **Dedicatoria**

A mis hijos:

Thiago Joaquín y Liam Agustín, por su gran compañía en los tiempos de exámenes, paciencia en los momentos de realizar deberes, por su entendimiento cuando mamá tenía que asistir a clases, y dedicación desde principio a fin.

**Ninoska Samaniego Farfán**

## ÍNDICE

RESUMEN.....	8
ABSTRACT.....	9
Introducción .....	10
Método: .....	15
Discusión.....	36
Conclusiones .....	38
Referencias bibliográficas .....	40

## Resumen

La investigación aborda la depresión luego del parto, prevalencia y factores de riesgo, para ello el objetivo trazado es describir la depresión post parto en mujeres desde un criterio biopsicosocial. El estudio corresponde a una revisión sistemática, cuyo protocolo se fundamenta en la metodología PRISMA. Posee un enfoque cualitativo, en el cual se ha procedido a revisar 34 artículos científicos publicados en los repositorios: Web of Science, PubMed, Scopus y Scielo. Los resultados de la investigación permitieron identificar a los factores de riesgo, siendo estos sociales, entre los que priman la edad, nivel socioeconómico, nivel de estudios, zona de procedencia, ocupación, entre otros. También se encontraron factores psicológicos como antecedentes depresivos, de ansiedad, tristeza, ideación suicida, culpabilidad, relacionados con la depresión post parto. Además, existe una prevalencia de dicho trastorno que es variable según las condiciones de las mujeres estudiadas. Se puede concluir entonces que la prevalencia y los factores biopsicosociales característicos de la depresión post parto varían conforme el tamaño de la muestra y en combinación de las distintas condiciones psicosociales que las madres enfrentan antes, durante y luego del embarazo.

**Palabras clave:** Depresión, post parto, prevalencia; biopsicosocial; factores riesgo.

### **Abstract**

The research addresses postpartum depression, its prevalence, and risk factors. This work aims to describe postpartum depression in women from a biopsychosocial perspective. The study is a systematic review; its protocol was based on the PRISMA methodology. It has a qualitative approach, reviewing 34 scientific articles published in repositories such as Web of Science, PubMed, Scopus, and SciELO. The research results identified social risk factors, including age, socioeconomic level, education level, region of origin, and occupation. Psychological factors like depressive history, anxiety, sadness, suicidal ideation, and guilt related to postpartum depression were also found. Additionally, this disorder's variable prevalence depends on the conditions of the research population. In conclusion, the prevalence and biopsychosocial factors characteristic of postpartum depression vary with the sample size and in combination with the different psychosocial conditions that mothers face before, during, and after pregnancy.

**Keywords:** Adolescents, adolescent pregnancy, family environment, Latin America, psychological factors, social factors

## Introducción

La Organización Mundial de la Salud (2013) refiere, respecto a la salud mental como un estado de bienestar de la persona, la cual se encuentra en goce de sus capacidades, ha superado las situaciones estresantes normales en la vida, realiza actividades productivas y contribuye de alguna forma a la sociedad; en tal sentido, se puede afirmar, que es un componente fundamental para tener calidad de vida, siendo su importancia más significativa, pero a la vez más vulnerable, en momentos de transición y cambios drásticos que generan preocupación, incertidumbre y dudas en la persona. En este sentido, uno de los momentos más trascendentales para la mujer es el periodo de post parto que, aunque lleno de alegría y expectativas, también puede presentar estados de vulnerabilidad emocional, pues nuevo ser, implica cambios físicos y emocionales, pero también desafíos psicológicos que a menudo se pasan por alto (García et al., 2020).

El advenimiento abrupto de una responsabilidad tan grande como velar por la vida de otro ser humano, el cual, es además temporalmente incapaz de valerse por sí mismo, unido a la incertidumbre sobre el futuro que se presenta al no saber si la salud del neonato será óptima, además de la inseguridad con respecto a las habilidades propias para afrontar tan monumental reto, así como otras preocupaciones que pueden incluir aspectos económicos, laborales, sociales, entre otros, pueden llegar a desbordar la psiquis de la madre hasta un punto en el que se sienta insuficiente para realizar la tarea que tiene frente a sí (Meléndez et al., 2017).

Se desencadena de esta manera un proceso psicológico complejo que se caracteriza por la depresión, la cual es un detrimento en los intereses y en la sensación de placer que producen las acciones cotidianas, así como el sentirse incompetentes y carentes de confianza en sí mismos (Vergel et al., 2021). Las alteraciones de comportamiento que trae pueden incluir afecciones en la concentración pues esta se ve disminuida, al igual que en la atención, además del desarrollo de sentimientos de culpabilidad, irritabilidad y pesimismo, entre otros (González et al., 2019).

En este orden de ideas, la depresión post parto (DPP), como un trastorno en el estado anímico, que repercute en las madres una vez ocurrido el nacimiento del bebé, es un ejemplo vívido de cómo los aspectos biológicos, psicológicos, sociales, entre otros, pueden interactuar de manera compleja para impactar su salud mental, influyendo en el bienestar de la misma y del recién nacido, además de la dinámica familiar en su conjunto (Solís et al., 2019).

Según Antúnez et al (2022) este trastorno puede presentarse dentro de las primeras cuatro semanas luego del nacimiento del bebé, pudiendo variar desde un leve estado de ánimo alterado temporal hasta serios trastornos depresivos, psicóticos y neuróticos. Para los investigadores, la sintomatología en la DPP implica: alteraciones en el humor, trastornos del sueño, sentimiento de tristeza y desconsuelo, dolor de cabeza y del cuerpo, intranquilidad y preocupación respecto al recién nacido que no son realistas, carencia de interés en el recién nacido, impresión de incapacidad para hacerse cargo del neonato o miedo a causarle daño, culpabilidad, ansiedad, episodios de pánico e ideas autodestructivas o suicidad.

Por su parte, Villegas (2019) indica que existen aspectos importantes que, en este momento clave de la vida de las mujeres, se hacen presentes y constituyen posibles desencadenantes de este tipo de trastornos, entre ellos se puede apuntar los aspectos biológicos, sociales y psicológicos.

Entre los aspectos biológicos que contribuyen a desencadenar esta situación, se puede mencionar desde los que son puramente estéticos, hasta llegar a los funcionales y hormonales, así se tiene, por ejemplo, las secuelas a nivel físico que dejó el periodo de embarazo, tales como flacidez, estrías, cicatrices y demás huellas en el cuerpo de la nueva madre que pueden generar inseguridad e insatisfacción con su propia imagen, de la misma manera, deberá aprender a convivir con la producción de leche materna y lograr que estas nuevas facetas sean compatibles con su vida social, laboral y familiar (Villegas et al., 2019).

Los cambios sociales son más evidentes y están relacionados con el cambio de comportamiento que la llegada del hijo generó en la madre, tales como la dificultad de participar

en reuniones sociales, la restricción para ingerir cierto tipo de alimentos y bebidas, la necesidad de acoplar los horarios a su nueva condición, entre otros. En estos momentos suele presentarse el miedo de que su vida social o laboral pueda verse afectada y sufrir efectos no deseados derivados de su nueva condición. La inseguridad consecuencia de esta situación trae consigo preocupación que al perpetuarse en el tiempo puede desencadenar un trastorno de depresión (Fernández et al., 2023).

En la parte psicológica, la inseguridad, la incertidumbre y el miedo hacia las propias habilidades como madre, el bienestar del neonato, el apoyo que tendrá la mujer por parte de su pareja, etc., se constituyen en detonantes psicológicos de la depresión, los cuales se presentan con mayor frecuencia en madres primerizas, pero que pueden afectar a todas las mujeres independientemente de su condición, en este sentido se puede afirmar que este trastorno no distingue edad, condición socio económica ni situación sentimental, ya que cualquier persona puede ser presa de un miedo que asalta su mente generando convicciones negativas (Valero et al., 2023).

Ante lo expuesto, es posible indicar que al tratarse de un trastorno que, en sus estados más avanzados, puede llegar a ser incapacitante y que, en todas sus etapas, disminuye la habilidad de la persona para realizar tareas y asumir responsabilidades, el riesgo de la DPP trasciende el bienestar de la progenitora y pone en peligro la vida misma del recién nacido, ya que es evidente que al existir falta de atención y de concentración, así como falta de interés por las actividades, la consecuencia es que los horarios de alimentación, descanso y demás responsabilidades propias del cuidado del menor, pueden verse seriamente afectadas (González et al., 2019).

De lo anotado se desprende que las medidas preventivas y tratamiento de la DPP, necesariamente debe ser preocupación y deber fundamental de las familias e instituciones encargadas de los sistemas sanitarios; en tal caso, las labores de orientación y diagnóstico psicológico son una debilidad del actual sistema de salud y su implementación y mejoramiento deben ser reconocidas como prioridad de las autoridades y de la sociedad ya que se trata de un

riesgo de salud pública cuya presencia pone en peligro las vidas de las puérperas y los recién nacidos. Por lo tanto, al tratar de tener una visión integral de la problemática que desencadena la depresión post parto, no se puede perder de vista el aspecto social, debido a las actitudes vehementes y discriminatorias en contra de las mujeres, pues son aspectos que todavía generan miedo y desconfianza hacia la institucionalidad y el sistema de salud, se espera, por ende, que se hagan los cambios necesarios en el sistema educativo con la finalidad de erradicar comportamientos y prejuicios, generando de esta manera la confianza necesaria para que orientadores y terapeutas realicen acciones preventivas efectivas (Acuña et al., 2021).

Y es que, se ha reconocido que su prevalencia es del 15% en todo el mundo, inclusive se la considera dentro del DSM-V (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) con la descripción “trastorno depresivo durante el período perinatal” (Caparros et al., 2018). Se reconoce que en el embarazo, la mujer presenta alteraciones de orden químico, hormonal, además de los ya mencionados de tipo psicológico y social, los cuales le generan mayor vulnerabilidad ante la presencia de trastornos psíquicos, incluso se menciona que al menos 80% de las mujeres enfrenta alguna variación en dicho periodo, pudiendo variar desde una molestia leve y transitoria hasta complicaciones graves que podrían ocasionarles riesgos para su vida y la del recién nacido (Valero et al., 2023).

La depresión post parto tiene relación con distintas características que incrementan las posibilidades de su desarrollos, a las cuales de las conoce como factores de riesgo. Estos se clasifican según su origen y pueden ser sociales (demográfico) entre los que figuran aspectos como la edad, estado civil, condición socioeconómica (ingresos, empleo, acceso a vivienda, etc.), grado de educación, área de residencia. También existen aquellos de morbilidad como las patologías crónicas que puede presentar la madre, enfermedades del recién nacido, así como las complicaciones de tipo médico durante el embarazo; e incluso los antecedentes obstétricos pudiendo ser una variable importante la condición de primípara o múltipara, el nacimiento por cesárea o parto normal, entre otras consideraciones (Sanabria et al., 2023). Entre los factores

psiquiátricos se identifican condiciones depresivas previas en los familiares o episodios de depresión preliminares en la gestante, mientras que los factores de tipo psicológico implican aquellos referidos a las relaciones de pareja e imagen de madre ideal. A estos se suman los factores psicosociales como el apoyo que percibe la mujer respecto a sus tareas, experiencias con eventos estresantes (Lugo & Aguilar, 2023).

Es así que, el presente trabajo tiene como objetivo explorar la depresión post parto desde un enfoque biopsicosocial, reconociendo que para comprender completamente este fenómeno se debe considerar no sólo los factores biológicos que pueden predisponer a una mujer a esta condición, sino también aquellos de tipo psicológico y social, los cuales de acuerdo con Caparros et al (2018) desempeñan una función crucial durante su desarrollo, pero también en la recuperación. Así para su cumplimiento, se han trazado como objetivos específicos el examinar detenidamente cómo la DPP se manifiesta en la vida de la mujer a través de los distintos factores que los investigadores analizan en sus estudios. Además, el analizar la prevalencia de este trastorno, procurando la comprensión de su relación con las variables psicológicas, sociales, biológicas que pueden ser detonantes del mismo. Y, bajo un criterio clínico comprender la variación porcentual entre las distintas investigaciones.

Es importante referir que esta investigación también sirve como punto de partida para una exploración profunda de la depresión post parto desde una perspectiva biopsicosocial, pues al hacerlo se aspira a proporcionar información valiosa y herramientas útiles para apoyar a las mujeres en esta etapa crucial de sus vidas, reconociendo que la salud mental es un recurso invaluable para el bienestar de la puérpera, el neonato y la sociedad.

**Método:****Protocolo y registro**

La investigación comprende una revisión sistemática, la cual se efectúa tomando en cuenta los distintos aspectos y características del modelo metodológico *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews* o PRISMA diseñada en 2009 y actualizada a 2020, ya que se trata de un listado de comprobación que facilitan la obtención de síntesis sobre el estado de conocimiento en un tema.

**Criterios de inclusión**

Para la actual investigación se toman en cuenta pautas inclusivas que se aplicaron a las publicaciones a ser seleccionadas:

- Artículos publicados que incorporen las palabras definidas como claves, siendo estas: “depresión post parto”, “factores en la depresión post parto”, “prevalencia depresión post parto”, “postpartum depression”, “depression postpartum in womens”, “post partum depression risk factor’s” aplicando los operadores de búsqueda lógica “and”, ”or”, ”not”.
- Artículos publicados cuya publicación se encuentre dentro del rango comprendido entre 2014 a 2023, es decir en la última década
- Artículos publicados individualmente o de forma colectiva con un enfoque cuantitativo y de relevancia en el área psicológica.
- Artículos publicados con resultados fiables que se alineen con los objetivos trazados para la presente investigación.
- Publicaciones de tipo artículo científico que hayan sido previamente validadas por los medios de publicación (revistas).

### **Criterios de exclusión**

- Artículos publicados cuyo desarrollo implique métodos de revisión bibliográfica-documental.
- Artículos cuya publicación no se haya realizado en una revista científica.
- Artículos que no hayan sido validados previo a su publicación, se encuentren incompletos o no correspondan a los años de referencia considerados.
- Documentos de tipo monografía, tesis o trabajo de grado académico.

### **Fuente de consulta**

La búsqueda y filtrado de las publicaciones se llevó a cabo durante el mes de septiembre del año 2023 en diferentes repositorios en los que difunden datos investigativos del tipo artículos científicos, estos son: PubMed (National Library of Medicine), Scielo (Scientific Electronic Library Online), Web of Science (WOS) y Scopus, con la intención de acceder a los recursos necesarios para el estudio de la DPP y los factores de riesgo.

### **Búsqueda**

Para la búsqueda de los artículos científicos se emplearon criterios estratégicos de indagación, los cuales se exponen a continuación:

- La búsqueda de archivos se desarrolló en orden, siguiendo una secuencia lógica y acudiendo a los repositorios antes mencionados de forma que la información sea fiable y válida.
- Las variables consideradas en el tema de investigación planteado se emplearon de forma independiente para ampliar el proceso de búsqueda.
- Las investigaciones ajustadas a los criterios de inclusión o elegibilidad se referenciaron apropiadamente bajo la normativa APA 7ma edición.

– En la búsqueda se emplearon los siguientes operadores lógicos:

- Depresión post parto **or** depresión perinatal
- Prevalencia **or** incidencia
- Depresión post parto **and** prevalencia
- Depresión post parto **and** incidencia
- Depresión post parto **and** factores de riesgo
- Factores de riesgo **and** postparto
- Post partum depression **and** risk factor's
- Factores de riesgo **and** post parto
- Post partum depression **and** risk factor's

### **Selección general de estudios**

El proceso inicia con el ingreso a los repositorios previamente mencionados en donde se procede a la búsqueda de información a través de los distintos operadores lógicos planteados, a partir de ello se obtuvieron diferentes investigaciones, estas se filtraron conforme los criterios considerados para la estrategia de búsqueda. Los primeros artículos considerados fueron los que concordaron con el criterio de año de publicación y con las palabras clave incluidas en estos.

Los artículos resultantes del proceso de filtrado fueron analizados de forma meticulosa tomando en cuenta aspectos relevantes para la investigación como la coherencia del tema planteado, el idioma de publicación, contenido del artículo, metodología aplicada y la fiabilidad de los datos presentados. Las publicaciones catalogadas como idóneas por cumplir con los parámetros para la presente investigación, fueron leídas en dos ocasiones, en

momentos distintos, con ello se garantizó evitar duplicidad de los artículos, así como descartar aquellos con información deficiente o poco clara que no aportara a la concreción del objetivo general y a dar respuesta a la pregunta de investigación.

### **Proceso de extracción de información**

Los artículos seleccionados y que se caracterizaron por cumplir con los parámetros para su elegibilidad, fueron descargados y almacenados para su posterior procesamiento, y resumen de los datos relevantes concordantes con las variables del tema propuesto en la presente investigación.

La información obtenida se organizó considerando los indicadores que conforman la matriz de resultados (Ver Tabla 2), posterior a ello se establecieron las categorías requeridas para elaborar la discusión de los resultados y poder cumplir con la revisión sistemática en torno al tema planteado.

### **Lista de datos**

En la indagación de artículos para fundamentar la revisión sistemática en torno a la depresión post parto desde un criterio biopsicosocial se consideró una lista de datos, esta implicó las variables originales, así como alternativas a estas o modificaciones (Ver tabla 1).

*Tabla 1. Lista de la revisión sistemática*

<b>Variable original</b>	<b>Modificación</b>
Prevalencia	Incidencia Frecuencia
Post parto	Puerperio
Depresión	Trastornos depresivos Factores de depresión Factores de riesgo en la depresión

Los datos del listado expuesto en la tabla 1 se emplearon en combinación con los distintos operadores lógicos expuestos previamente, esto facilitó que la búsqueda fuese más extensa y que se controle el sesgo y la fiabilidad de la información.

### **Medidas de resumen**

Para poder disminuir el número de artículos resultantes luego de la búsqueda general, se emplearon las siguientes medidas: aplicación de los juicios inclusivos y exclusivos, depuración de investigaciones que contenían datos no fiables o inválidos para la consecución del objetivo planteado en el presente estudio.

### **Síntesis de resultados**

Se diseñó un flujograma en el cual se presenta el procedimiento de búsqueda y depuración de los artículos requeridos en la revisión sistemática. Adicional a ello, con la información las publicaciones seleccionadas, se procedió a categorizar los datos de forma que se elaboró una discusión metódica, respondiendo a la pregunta esbozada.

### **Conflicto de sesgo**

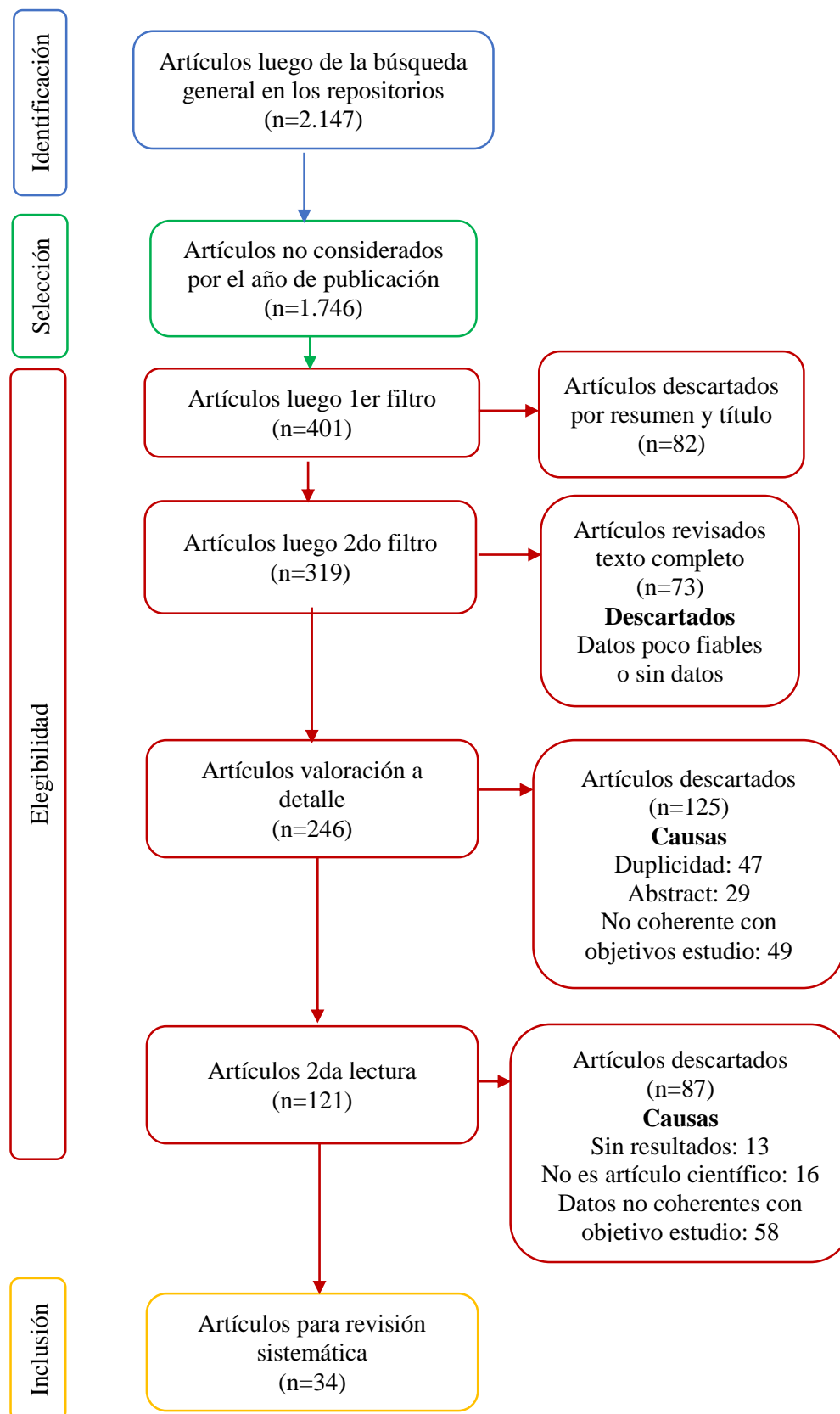
Las publicaciones seleccionadas, fueron valorados numéricamente en base al número de condiciones o características de elegibilidad que estos cumplieran luego de su revisión y análisis. Así, los artículos se organizaron en orden jerárquico, evitando el riesgo de sesgo y enfatizando en los que tuvieron una puntuación y fiabilidad mayor.

### **Análisis adicionales**

Con la aplicación del método PRISMA no se requirió de análisis adicionales en cuanto se pudieron acceder, por medio del proceso, a artículos fiables y validados, los mismos que contribuyeron con información de valor y necesaria para responder a la pregunta de estudio.

## RESULTADOS

**Figura 1.** Proceso de indagación de los artículos



La indagación general de artículos dio como resultado la obtención de 2.147 hallazgos en los repositorios, distribuidos de la siguiente manera: 1.814 en Scopus, 137 en Web of Science, 102 en PubMed, 94 en Scielo. De estos artículos se procedió a descartar, en un primer filtro 1.746 por no corresponder a los años de publicación requeridos en la presente investigación, por lo que se continuó trabajando con 401 registros de los cuales en un segundo filtro se procedió a descartar 82 por presentar inconsistencias en el resumen o problemas con el tema, quedando 319 artículos.

Los artículos restantes se expusieron a un análisis completo que implicó su lectura total a profundidad, así se pudo descartar nuevamente 73 documentos en cuanto no presentaron resultados fiables o carecer de los mismos, dejando un total de 246. A partir de estos artículos se procede con una nueva depuración de 125 documentos debido a duplicidad de los mismos, inconsistencias con el abstract y contenido no coherente con los objetivos del actual estudio, dejando como resultado 121 artículos. Posterior a ello se descartan 87 artículos en cuanto no registraron resultados, no se identificaron como artículos científicos y los datos resultaron incoherentes con el objetivo de estudio, así se obtiene un total de 34 artículos para la revisión sistemática.

### **Caracterización de los artículos**

Para caracterizar los 34 artículos que se seleccionaron luego del proceso de filtrado y revisión, se tomaron en cuenta los indicadores siguientes: Año de publicación, título, autor o autores, metodología aplicada, resultados en los que se consideró la frecuencia de la DPP y los factores biopsicosociales que se relacionan con ésta, además de otros datos de interés (Ver tabla 2).

**Tabla 2.** Caracterización de los artículos: Factores de riesgo y prevalencia

N°	Autor/es	Titulo	Métodos	Resultados		
				Prevalencia DPP	Factores de riesgo	Otros
1	Rincón & Ramírez (2014).	Depresión post parto en mujeres colombianas: análisis secundario de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud-2010.	Transversal secundario. Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS)	12.9%	15.15% área urbana; 13.4% entre 20 a 34 años y 13.1% entre 35 a 49 años; 21.4% educación universitaria; 15.9% nivel socioeconómico bajo y 13.9% medio, 39.5% alto.	Colombia. Relación significativa entre DPP y edad, lugar de residencia, escolaridad, nivel socioeconómico.
2	Fernández, Iturriza, Toro & Valbuena (2014).	Depresión post parto valorada mediante la escala de Edimburgo.	Descriptivo y prospectivo. Escala de Edimburgo.	84.2% adolescentes. 81.5% adultas.	Entre 20-26 años 41% y 13-19 años 28.8%; 62.65% concubinato; 55.42% ama de casa; 32.5% cesárea; 34.3% embarazo no deseado; 21,5% complicaciones en el embarazo; 16,7% antecedentes depresivos; 9,7% bajo nivel educativo.	Caracas, Venezuela. Necesidad de involucramiento de médicos, enfermeras y demás personal paramédico en la detección temprana DPP.
3	Collogo, Romero, Morales Vanegas, López & Guazo (2015).	Factores asociados a síntomas depresivos con importancia clínica en el post parto en adolescentes de Cartagena (Colombia).	Analítico observacional transversal. Escala de Edimburgo. Escala de Duke. Cuestionario de Apgar para funcionalidad familiar.	49.6%	49.5% adolescentes; 52% casada y unión libre, 48% solteras; 56% nivel socioeconómico bajo; 73.5% apoyo social; 78,9% apoyo socioafectivo; 59,7% apoyo social confidencial; 54% función familiar.	Cartagena, Colombia. Relación significativa entre DPP, bajo apoyo afectivo y bajo apoyo confidencial.
4	Barrera & Nichols (2015).	Actitudes y comportamientos de búsqueda de ayuda para la depresión entre una muestra de mujeres perinatales de habla hispana basada en Internet.	Descriptivo, Cuantitativo. Encuesta sobre el estado del ánimo y depresión. Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos.	25.2%	Promedio de edad 28.3 años. 59.8% casadas; 33.1% soltera; 74.1% estudios universitarios; 61.5% con trabajo; 56.1% primíparas; 75.4% tristeza; 42.5% antecedentes familiares depresivos; 75.4% buscó apoyo emocional. 31.6% buscó información en internet sobre depresión.	Estados Unidos. 80.2% pensó que podría enfrentar la depresión; 76.2% creyó que los demás no comprenderían; 60.3% creyó que nadie podría ayudarle; 70.7% no sabía lo que sentía; 52.7% no consideró que fuese tan importante; 68.7% miedo de sus emociones; 54.3% se avergonzó de sus sentimientos.

N°	Autor/es	Titulo	Métodos	Resultados		
				Prevalencia DPP	Factores	Otros
5	Bailey, Malyuta, Semenenko, Townsend, Cortina & Thorne (2016).	Prevalencia de síntomas depresivos en mujeres VIH positivas embarazadas y posnatales en Ucrania: una encuesta transversal.	Transversal, estudio colaborativo. Cuestionario de salud del paciente (PHQ).	25%	Edad promedio de 28 años; 12% antecedentes consumo de drogas ilícitas; 30% embarazo no planeado; 58% vive sola; 40% se sintió molesta con efectos secundarios; 82% consideraron requerir ayuda para sus síntomas depresivos.	Ucrania.
6	Ortiz, Gallego, Buitron, Meneses, Muñoz & Gonzáles (2016).	Prevalencia de tamiz positivo para depresión post parto en un hospital de tercer nivel y posibles factores asociados.	Trasversal. Escala de Edimburgo. Escala de apoyo social.	40.20%	Edad promedio 25.5 años. 2.56% historia enfermedad psiquiátrica. 53.85% Cesárea emergencia; 46.15% patología neonatal; 65.38% patología obstétrica de alto riesgo. 57.69% área rural; 85.57% estrato bajo; 57.73% ama de casa. 65.38% educación básica; 61.54% no planeó el embarazo; 76.92% apoyo social.	Popayán, Colombia. Relación significativa entre escolaridad baja, nivel socioeconómico bajo, patología obstétrica de alto riesgo con la DPP.
7	García, González, Rodríguez, Jiménez & Zouain (2016).	Incidencia de Depresión Post parto en adolescentes y adultas.	Longitudinal, prospectivo. Escala para la Valoración de la Depresión de Hamilton.	52.1%	Edad entre 15 a 44 años. 75% multigestas y 25% primigestas; 50% con 38 semanas de gestación.	Moca, República Dominicana. No se identifica asociación entre DPP y las semanas de embarazo.
8	Meléndez, Díaz, Bohorjas, Cabaña, Casas, Castrillo & Corbino (2017).	Depresión post parto y los factores de riesgo.	Prospectivo, no experimental, correlacional. Escala Graffar; Escala de Edimburgo.	34.46%	Edad 13-20 años 49%; 21-30 años 35%, 31-40 años 16%; primíparas 36% y multíparas 64%; desempleadas 84%; complicaciones obstétricas 80%; nivel socioeconómico bajo 75%; embarazo no deseado 55%.	Carabobo, Venezuela. Relación significativa entre DPP y desempleo, nivel socioeconómico, embarazo no deseado, complicación obstétrica.

N°	Autor/es	Titulo	Métodos	Resultados		
				Prevalencia DPP	Factores	Otros
9	Gómez, Gómez, Molina, Castro & León (2017).	Prevención de la depresión post parto en madres adolescentes atendidas en el Hospital General Ambato; 2017.	Cuantitativo, no experimental, transversal, descriptivo. Encuesta y análisis de historias clínicas.	22%	72% solteras; 58% entre 14-16 años y 36% entre 17-19 años; 38% buena relación con la familia y 28% relación regular; 48% rara vez violencia intrafamiliar y 28% frecuentemente; 56% ansiedad y 22% sentimiento de culpa, 14% tristeza; 39% no conoce la depresión post parto.	Ambato, Ecuador.
10	Romero, Orozco, Ybarra & Gracia (2017).	Sintomatología depresiva en el post parto y factores psicosociales asociados.	Ex post facto de tipo retrospectivo. Escala de Edimburgo. Cuestionario de Factores Psicosociales.	16%	56% amas de casa; 42.2% tristeza en el embarazo; 18.2% familiar con depresión; 30.5% evento estresante en la gestación; 44.2% no planeó el embarazo; 40.3% cesárea.	Santiago, Chile. Sentimientos de culpa, ansiedad, disforia, problemas de concentración, ideas suicidas.
11	Masías & Arias (2018).	Prevalencia de la depresión post parto en Arequipa, Perú.	Descriptivo. Escala de Edimburgo.	45%	47.78% conviviente y 28.31% casadas; 58.4% estudios secundarios y 27.4% estudios universitarios; 38.05% cesárea.	Arequipa, Perú. Relación significativa entre DPP y nivel de educación.
12	Zhuzhingo, Peñaloza, Ajila & Aguirre (2018).	Tamizaje para depresión post parto aplicado a la población puérpera del primer nivel de atención en salud.	Analítico, transversal y correlacional. Escala de Edimburgo.	27%	28% madre soltera; 18% adolescente; 86% primigesta; 84% cesárea; 16% analfabeta; 4% violencia intrafamiliar; 8% antecedente de alteración estado de ánimo; 78% enfermedades en el embarazo; 86% hospitalización del recién nacido.	Pasaje, Ecuador. Relación significativa entre DPP, madre primigesta y hospitalización del recién nacido.

N°	Autor/es	Titulo	Métodos	Resultados		
				Prevalencia DPP	Factores	Otros
13	Zúñiga, Guerra & Castillo (2018).	Prevalencia de depresión mayor en pacientes con preeclampsia en una clínica de cuarto nivel en Cali, Colombia.	Descriptivo transversal. Escala de Edimburgo.	26%	46% entre 18-25 años y 26% entre 31-35 años; 68% nivel socioeconómico bajo; 68% unión libre; 52% trabaja y 48% ama de casa; 46% post bachillerato; 54% familia normo funcional y 30% disfunción familiar leve; 20% diagnóstico de episodio depresivo. 44% primípara; 58% embarazo no planeado; 24% abortos previos.	Cali, Colombia.
14	Anokye, Acheampong, Budu, Obeng & Akwasi (2018).	Prevalencia de la depresión post parto e intervenciones utilizadas para su manejo.	Descriptivo transversal, cuantitativo. Cuestionario de Salud del Paciente para la depresión. Cuestionario estructurado que incluía preguntas cerradas.	7%	Promedio de edad 27 años, 54% casadas, 83% trabajadoras informales. 34% apoyo psicosocial, 28% psicoterapia personal.	Kumasi, Ghana.
15	Gaviria, Duque, Vergel & Restrepo (2019).	Síntomas depresivos perinatales: prevalencia y factores psicosociales asociados.	Descriptivo transversal a partir de información secundaria. Escala de Edimburgo.	22.36%	Edad promedio 24.8 años; 68% escolaridad incompleta y 32% bachillerato; 72% ama de casa; 52% con pareja y 48% sin pareja; 60% sostén económico por sí misma y 40% familia/estado. 48% muerte de familiar; 68% problemas económicos; 48% problemas familiares; 72% problemas pareja; 44% problemas físicos.	Medellín-Colombia. Relación significativa entre DPP y no tener pareja, fallecimiento ser amado, situación económica grave, violencia física, conflictos de familia durante el embarazo y relación de pareja regular o mala en el embarazo.
16	González, Casado, Molero, Santos & López. (2019).	Factores asociados a depresión post parto.	Cuantitativo de corte transversal. Escala de Edimburgo.	12.23%	64.7% antecedentes de depresión; 41.18% antecedentes de violencia; 76.4% aborto previo; 82.3% soltera; 52.9% entre 20-29 años. Ideación suicida 61.91%.	Granma, Cuba. Relación significativa entre ideación suicida y depresión post parto.

N°	Autor/es	Título	Métodos	Resultados		
				Prevalencia DPP	Factores	Otros
17	Macedo, Marquina, Corrales & Mejía (2019).	Factores asociados a síntomas depresivos en madres con hijos hospitalizados en unidades de pediatría y neonatología en Perú: estudio de casos y controles.	Observacional, analítico, tipo caso-control. Escala de Edimburgo.	42.6%	71% menor de 30 años; 66,7% soltera; 57.6% secundaria y 42.4% superior; 57.1% urbana y 42.9% rural; 88.4% sin trabajo; 63.4% múltipara y 36.6% primípara; 25% antecedentes aborto; 67.3% no planificó el embarazo; 51.9% cesárea.	Huancayo, Perú. Relación significativa entre DPP y condición laboral, estado civil, embarazo no planificado.
18	García, Romero & Mauquí (2020).	Factores desencadenantes de la depresión post parto en las adolescentes: estudio piloto.	No experimental, descriptivo y trasversal. Escala de Edimburgo.	70%	90% entre 15-19 años; 80% nivel socioeconómico medio; 40% abandono escolar; 50% relación de pareja regular; 70% solteras; 20% cesárea.	Paján, Ecuador.
19	Nunton, Alvarado & Pérez (2020).	Impacto psicológico de la pandemia del Covid-19, en gestantes de un establecimiento de salud nivel III-2, Lima-2020.	Cuantitativo, descriptivo y de corte trasversal. Escala de Edimburgo.	77.2%	15-43 años (Media 27.7 años). 62% sentimientos depresivos; 81.4% ansiedad cognoscitiva; 53.6% primípara; 61.6% estudios secundarios; 66.2% conviviente; 51.5% familia nuclear y 20.3% familia ampliada.	Lima, Perú. 11.8% de mujeres se encuentra con riesgo de DPP.
20	Jiménez, Peña, Ortega & Gil (2020).	Factores asociados a depresión posnatal en puérperas de Antioquia, según escala de Edimburgo.	Descriptivo de corte trasversal. Escala de Edimburgo.	20.3%	Edad promedio 26.5 años; 70% área urbana; 74% secundaria; 65% no trabaja; 52% pareja estable y 35% casadas; 87% nivel socioeconómico bajo; 61% problemas convivencia durante embarazo; 39% problemas psicológicos; 48% historial de depresión; 43% historial familiar depresión; 52% abortos anteriores; 35% complicaciones durante gestación y parto.	Antioquia-Colombia. Relación significativa entre DPP y antecedentes de trastornos psicológicos e historial de depresión.

N°	Autor/es	Titulo	Métodos	Resultados		
				Prevalencia DPP	Factores	Otros
21	Genchi, Paredes, Solano, Ríos, Paredes & Andersson (2021).	Prevalencia de depresión post parto y factores asociados en usuarias de un hospital público de Acapulco, Guerrero, México.	Prospectivo, observacional y transversal de serie de casos. Escala de Edimburgo.	16.0%.	73% apoyo económico; 97% control prenatal; 35% tristeza durante gestación; 69% apoyo emocional; 15% antecedentes aborto; 34% primípara; 54% ya tuvo cesárea; 39% complicaciones durante la gestación; 60% parto prolongado. 27.6% ingesta alcohol antes del embarazo.	Acapulco, México. Relación significativa entre DPP, consumo de alcohol previo al embarazo y complicación del parto.
22	Vallecampo (2021).	Relación entre riesgo y factores asociados a depresión post parto del puerperio inmediato de mujeres con bajo riesgo obstétrico.	Cuantitativo, correlacional, transversal y prospectivo. Escala de Edimburgo y Cuestionario de factores de riesgo.	44.4%	Edad entre 19-22 años; 63.7% solteras; 60% área rural; 58.9% amas de casa; 38.9% bachillerato; 65% violencia intrafamiliar; 61.3% sin red de apoyo social; 63.7% culpabilidad en el embarazo; 50% no emplean métodos de planificación familiar; 70% no han planificado el embarazo.	San Salvador, El Salvador. Relación significativa entre DPP y violencia intrafamiliar, estado civil, nivel de educación, procedencia (rural), culpabilidad, red de apoyo.
23	Loor, Lobo, Quiroz & Magallanes (2021).	Prevalencia y factores de riesgo de la evaluación precoz de la depresión post parto por medio del Test de Edimburgo en el Hospital de Especialidades Mariana de Jesús en el periodo del 1 marzo al 15 abril del 2016.	Descriptivo, correlacional, no experimental, diseño transversal prospectivo. Escala de Edimburgo.	39.3%	Edad de 15 a 24 años; 71.4% mantiene unión libre; 62.5% estudios secundarios; 84.8% no trabaja; 68.8% cesárea; 55.4% no planeó el embarazo; 23.2% no deseó el embarazo; 25% pensamientos autoagresión.	Guayaquil, Ecuador. 27% parto prematuro; antecedentes familiares hipertensión arterial 18%, diabetes 8%; desconocimiento de la DPP 81.3%. Relación significativa entre pensamiento de autoagresión y DPP.

N°	Autor/es	Titulo	Métodos	Resultados		
				Prevalencia DPP	Factores	Otros
24	Coo, Mira, García & Zamudio (2021).	Salud mental en madres en el período perinatal	Cuantitativo. Escala de Edimburgo. Escala de Ansiedad Perinatal.	44.3%	61% entre 25-34 años; 40.1% conviviente y 26.8% casada; 31% educación técnica y 17.1% educación media; 58.9% trabaja; 39.8% primípara; 20.3% antecedente aborto; 18.4% antecedentes depresivos; 52.9% cesárea. 60.7% personas significativas en su vida.	Santiago y Concepción, Chile.
25	Motrico, Domínguez, Rodríguez, Gómez, Rodríguez & Gómez (2022).	Impacto del Covid-19 en la Depresión y Ansiedad Perinatal: un amplio estudio transversal en España.	Transversal, descriptivo-correlacional. Escala de Edimburgo. Cuestionario de Ansiedad Generalizada. Escala de Edimburgo.	47.2%	Edad promedio 33.7 años. 62.1% primípara; 33.3% ansiedad; 42% antecedentes depresión.	España.
26	Domeyko, Aracena, Vergés & Gómez (2022).	Antecedente de depresión, síntomas de estrés postraumático, apoyo social percibido: prediciendo la depresión post parto.	Longitudinal, Escala de Edimburgo, Escala de Estrés Postraumático, Escala de Apoyo Social Percibido	17.7%.	Edad promedio 31 años. Factor protector: apoyo social percibido. Factor de riesgo: Antecedente de depresión 27%. Pareja 95%, Primípara 52%, educación universitaria 55%, embarazo planeado 52%.	Santiago-Chile. El apoyo social no revierte los síntomas del TEPT.
27	Cordero & Martínez (2022).	Incidencia de depresión en mujeres embarazadas y puérperas mediante la aplicación de la Escala de Edimburgo en el Hospital de la mujer de la ciudad de La Paz, entre los meses de noviembre y diciembre de 2020 en el contexto de la pandemia de la enfermedad por Sars Cov 2	Descriptivo, observacional de corte transversal. Escala de Edimburgo.	37%	39% entre 16-25 años; 55% unión libre; 77% área urbana; 34% educación básica y 34% bachillerato; 82% amas de casa; 23% antecedentes depresivos; 86% pertenecen a familia nuclear; 14% violencia intrafamiliar; 7% abuso alcohol; 11% enfermedad crónica diagnosticada.	La Paz, Bolivia. 93% llanto; 66% tristeza; 64% trastorno sueño; 82% desesperanza; 89% pánico; 95% ansiedad; 82% culpabilidad; 14% ideas suicidas.

N°	Autor/es	Titulo	Métodos	Resultados		
				Prevalencia DPP	Factores	Otros
28	Cunha, Ferreira, De Paula, Fraga, & Costa (2022).	Síntomas de depresión post parto y su asociación con características socioeconómicas y de apoyo social.	Analítico transversal. Escala de Depresión Postnatal. Escala de Edimburgo. Medical Outcomes Study (MOS).	29.7% .	58% entre 14-24 años; 80.3% casada o unión libre; 64.2% primaria; 58.2% clase económica baja. Factor protector: 46.7% apoyo social; 28.5% apoyo afectivo; 45.8% apoyo emocional. Interacción social positiva alta 54.2%.	Brasil. Los síntomas de DPP generan gran influencia en la relación madre e hijo, durante los 3 a 5 primeros meses luego del nacimiento. Sentimientos en la madre de culpa, desprecio y dificultades en la lactancia.
29	Ramos & Rivera (2022).	Asociación entre depresión post parto y apoyo de la pareja en un centro materno infantil de Lima.	Observacional, descriptivo correlacional, de corte transversal; Escala de Edimburgo; Escala de Apoyo de la Pareja.	20.5%.	Factor protector: El 63.1% apoyo regular de la pareja. 64% educación primaria, 84% ama de casa; edad promedio 28 años.	Lima-Perú. Relación positiva significativa entre apoyo de pareja y DPP.
30	Fernández, Matos, Beirigo, Arena, Pires & Da Silva (2023).	Ocurrencia y factores asociados con la depresión post parto en un área urbana de Brasil.	Descriptivo-exploratorio, transversal, enfoque cuantitativo. Escala de Edimburgo.	19.51%	31% entre 36-44 años y 20% entre 18-26 años. 29.41% con 4 o más hijos y 26.31% con 2 hijos; 32% convivencia mutuo acuerdo y 27% solteras; 30% educación primaria y 17% bachillerato.	Minas Gerais, Brasil. Relación significativa entre DPP y edad de la madre, número de hijos, unión por mutuo acuerdo.
31	Paolantonio, Victoria & Faas (2023).	Incidencia de la depresión post parto y factores de riesgo asociados en madres cordobesas (Argentina).	Transversal, descriptivo-correlacional. Escala de Edimburgo.	42.4%	72% casada/conviviente y 20% separada; 76% estudios secundarios y 24% universitarios. 52% no planificó el embarazo; 92% problemas psicológicos en el embarazo; 76% problemas físicos en el embarazo; 32% conflictos en la infancia; 12% antecedentes psiquiátricos maternos; 16% antecedentes psiquiátricos familiares; 76% sufrió impacto ante el nacimiento.	Córdoba, Argentina. Relación significativa de DPP con conflicto en la infancia; impacto en el nacimiento, problemas físicos durante el embarazo y nivel educativo.

N°	Autor/es	Título	Métodos	Resultados		
				Prevalencia DPP	Factores	Otros
32	Villanueva (2023).	Factores asociados al riesgo de depresión post parto valorada por la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo en púerperas adultas atendidas por teleconsulta en un Instituto Especializado del Perú, 2020.	Cuantitativo, observacional, analítico, transversal. Escala de Edimburgo.	29.9%	54.5% madre joven, 45.5% madre adulta; 75.5% conviviente y 12.7% casada; 76.4% ama de casa; 36.4% primípara y 32.7% múltipara; 16.4% aborto recurrente; 43.6% complicaciones obstétricas; 85.5% violencia familiar; 78.2% antecedentes depresivos.	Lima, Perú. Relación significativa entre DPP y violencia familiar.
33	Sanabria, Ibarra, Rendón, Treviño, Islas, Porras & Van (2023).	Depresión post parto: prevalencia y factores de riesgo asociados en una muestra de población mexicana.	Observacional, transversal, relacional y analítico. Escala de Edimburgo.	14.9%	Promedio 26 años; 66% unión libre, 18% soltera y 16% casada; 71% secundaria y 19% primaria; 86% ama de casa; 15% violencia intrafamiliar; 52% dificultades económicas; 26% problemas familiares. Antecedentes depresivos, ansiedad, tristeza, trastorno bipolar, familiar con enfermedad psiquiátrica, embarazo complicado, recién nacido en cuidado intensivos, cuidados médicos especiales.	México D.F., México. Relación significativa entre DPP y enfermedad psiquiátrica, antecedentes depresivos, problemas económicos y condición civil de soltería.
34	Alves, Oliveira, Gonçalves, Rodrigues & Dos Santos (2023).	Trastorno depresivo en mujeres en el período post parto: análisis según raza/color auto declarado.	Transversal. Escala de Edimburgo.	60.8%	81.7% raza negra, 17.8% blanca; 53.3% educación básica; 53.3% trabajo remunerado; 84.4% pareja; 33.3% no tiene asistencia para recién nacido; 64.4% no planificó el embarazo; 100% cesáreas.	Brasil, Sao Paulo. DPP tiene relación significativa con embarazo no planificado, tipo de parto.

## Discusión

La DPP es un trastorno de origen psicológico que puede repercutir en la madre, así como en el entorno familiar y claramente en el recién nacido, su prevalencia se asocia con distintas variables o factores que pueden ser biológicos, psicológicos o sociales, pero también se han analizado algunos de tipo médico o relativos a la salud. En cada uno de los casos se presentan distintas condiciones que los diferentes estudios han podido documentar.

Entre los aportes más relevantes, se encuentra el estudio de Rincón & Ramírez (2014) quienes caracterizaron a las mujeres con DPP por provenir del área urbana, con edades entre los 20 a 34 años, de nivel socioeconómico alto. Además, las mujeres con su primer embarazo exhiben una frecuencia superior de DPP reflejada en el 15.4%, consiguiente a puérperas multíparas con un índice de 12.5%. Además, identificaron una asociación significativa entre los factores sociales y la DPP.

En esta misma línea de estudio se encuentran los aportes de Fernández et al (2014) quienes identifican otro tipo de factores de índole social en las madres con DPP, como el estado civil concubinato con el 62.5%, además la mayoría eran amas de casa. Los autores encontraron factores médicos como el procedimiento de cesárea en el 32.5% de mujeres y complicaciones del embarazo 34.3%. La prevalencia de DPP se caracterizó en el segmento de mujeres adolescentes con el 28.8% y adultas 41.0%.

Por su parte, Collogo et al (2015) reconocieron los siguientes factores: mujeres adolescentes entre los 10 a 19 años, con relación de pareja sea casada o unión libre, de nivel socioeconómico bajo, además como factor psicosocial se evaluó la función familiar disfuncional con el 67.2% de casos. La prevalencia de DPP fue del 49.6%. También se reconocieron factores de apoyo para la mujer siendo el 78.9% de tipo socio afectivo bajo y 59.7% social confidencial bajo.

Existe también el estudio de Barrera & Nichols (2015) en donde se identificó una prevalencia de DPP de 25.2% en un grupo etario cuya edad promedio fue de 28.3 años, mientras que los factores estudiados fueron el nivel de estudios siendo estos de nivel universitario en el 74.1%; con trabajo el 61.5%, primer embarazo 56.1%; además 75.4% sentimientos de tristeza. Se destaca la consideración de las referencias de miembros de la familia con depresión, cuya prevalencia en las madres estudiadas fue del 42.5%, dicha variable es considerada como de herencia o genética. Los autores también indagaron sobre comportamientos de las mujeres, entre ellos, la búsqueda de apoyo emocional por el 75.4% y la búsqueda de información en internet sobre depresión por el 31.6%.

Otro aporte relevante es el de Bailey et al (2016) en el cual se trabajó con mujeres VIH positivo, cuya edad promedio fue de 28 años, en el caso de esta muestra se destacan antecedentes de consumo de drogas ilícitas en el 12%, además 30% con embarazo no planeado, más de la mitad vivían solas. Dentro de los factores psicológicos, el 82% de las informantes indicó requerir ayuda para síntomas depresivos; mientras que, en relación a los factores médicos el 40% indicó sentirse molesta con los efectos secundarios del embarazo. La prevalencia general de DPP fue del 25%.

En cambio Ortiz et al (2016) trabajaron con un grupo cuyo promedio de edad fue de 25.5 años; entre los factores psicológicos se destaca el historial de enfermedad psiquiátrica solamente en el 2.56%. Los factores sociales identificados corresponden a la procedencia, siendo generalmente mujeres del área rural y de estrato bajo casi en su mayoría; 57.73% son amas de casa, con educación básica, además el 61.54% no planeó el embarazo. En este estudio también se evaluaron factores médicos como el procedimiento de cesárea de emergencia, patología neonatal y patología obstétrica de alto riesgo, todos estos con elevados porcentajes de incidencia. Los investigadores concluyentes al identificar una relación significativa de variables entre escolaridad baja, nivel socioeconómico bajo y patología obstétrica de alto riesgo con la DPP.

Mientras que, en la investigación de García et al (2016) efectuado con mujeres 25% primigestas y 75% multigestas, con edades entre 15 hasta los 44 años, no se observó una asociación notable entre las semanas de embarazo y la DPP. Sin embargo, la prevalencia de la DPP fue de 52.1%, es decir que corresponde a un

indicador alto. Por su parte, Meléndez et al (2017) en su estudio realizado con mujeres en un rango similar de edad, identificaron que la DPP es más frecuente en mujeres multíparas pues se refleja el 64%, y que las adolescentes entre 13 a 20 años son quienes más la presentan con el 49% de prevalencia. Entre los factores sociales se destacan el desempleo, el nivel socioeconómico bajo, embarazo no deseado, y el factor médico identificado fue las complicaciones obstétricas.

Algo similar se presenta en los hallazgos de Gómez et al (2019) en cuyo caso se trabajó con mujeres adolescentes entre 14 y 19 años, siendo más propensas a presentar DPP con un 22% de prevalencia. Entre los factores que las caracterizan, se encuentran el estado civil de solteras en su mayoría, la presencia de violencia intrafamiliar física y psicológica frecuente en un 28%. Además, entre los factores psicológicos se encontraron 56% de casos con ansiedad, 22% sentimientos de culpa, 14% tristeza. Un indicador adicional surge al valorar el conocimiento respecto a la DPP, pues el 39% refirió no conocerla.

Así mismo, Romero et al (2017) pudieron corroborar que los factores psicológicos de mayor frecuencia en las madres fueron la tristeza con el 42.2%; evento estresante en la gestación en el 30.5% de casos, mientras que como factor genético o hereditario se consideran los antecedentes familiares con depresión con una prevalencia del 18.2%. El factor social más importante fue la no planeación del embarazo en el 44.2% de mujeres y como factor médico, la cesárea del 40.3% de madres. La prevalencia de la DPP en su estudio registró un 16%.

En efecto, Masías & Arias (2018) identificaron que uno de los factores sociales está asociado significativamente con la DPP, específicamente el nivel de educación secundario cuya prevalencia fue del 58.4%. En dicha investigación la frecuencia de DPP fue alta con el 45%, además se caracterizó por que la gran mayoría de mujeres tenía pareja y el 38.05% se realizó el procedimiento de cesárea.

Por otro lado, en el análisis de Zhuzhingo et al (2018) los investigadores observaron que, dentro de los factores sociales, ser madre primigesta está asociado con la DPP, al igual que la condición de hospitalización del neonato. Al respecto, se registró al 86% de mujeres primigestas y 86% de casos que requirieron hospitalización del recién nacido. Además, 28% de mujeres eran madres solteras, a 84% se les practicó cesárea, 78% de ellas presentaron enfermedades en el embarazo. Como antecedentes psicológicos se registró un 8% con alteraciones en el estado de ánimo. La DPP general fue del 27%.

Zúñiga et al (2018) también realizan aportes al trabajar con mujeres de 18 a 35 años pertenecientes, en su gran mayoría, a un nivel socioeconómico bajo (68%), además reconocieron niveles de escolaridad baja,

ocupación ama de casa, con problemas familiares y de pareja. Identificaron también que un 20% fue diagnosticada con episodios depresivos. En esta investigación se analiza a la familia, siendo el 54% normo funcional y 30% disfuncional leve. La frecuencia de DPP fue del 26%.

Otros aspectos relevantes se encuentran en la indagación de Anokye et al (2018) para quienes los registros de la incidencia de DPP fue baja con el 7%, sin embargo se identificó un 54% de mujeres casadas, 83% con trabajo informal, siendo su promedio de edad de 27 años. Los factores sociales relevantes fueron el apoyo psicosocial presente en el 34% de casos y que el 28% acudió a psicoterapia personal.

De la misma forma, Gaviria et al (2019) tuvieron hallazgos importantes, así lo más destacado es la relación significativa entre DPP y las variables: no tener pareja (48%), fallecimiento de una persona cercana (48%), situación económica complicada (68%), enfrentar violencia de tipo físico durante el embarazo (24%), conflictos en el entorno familiar en el periodo de gestación (48%) y relación de pareja regular o mala de igual forma durante los meses del embarazo (72%). La prevalencia de la DPP fue del 22.36%, en mujeres con edad promedio de 24.8 años, con escolaridad incompleta, amas de casa.

Se agrega también el estudio de González et al (2019) en el cual la DPP fue apenas del 12.23% en la muestra. Sin embargo los factores psicológicos denotaron en un 64.7% antecedentes depresivos en las madres y 61.91% con ideación suicida, mientras que sus condiciones sociales indicaron antecedentes de violencia en el 41.18%; 82.3% solteras con edades entre los 20 a 29 años y con una condición de aborto previo del 76.4%. La relación más significativa fue entre ideación suicida y DPP.

Igualmente Macedo et al (2019) encontraron una relación significativa entre DPP y variables sociales como condición laboral (88.4% sin trabajo), estado civil (66.7% soltera), embarazo no planificado (67.3%), en mujeres menores de 30 años (71%), con formación secundaria y superior, generalmente provenientes del área urbana, multíparas que no planificaron el embarazo, con prevalencia de parto por cesárea e incluso un 25% con riesgo de aborto.

Ahora bien, en otro segmento etario, caracterizado entre los 15 a 19 años, estudiado por García et al (2020) se estableció una frecuencia del 70% de la DPP. Los factores analizados fueron de tipo social, siendo mujeres de nivel socioeconómico medio en un 80%, con abandono de sus estudios el 40%, solteras el 70% y como condición médica, la práctica de la cesárea se presentó en el 20% de casos.

Una prevalencia similar de DPP se encontró en la investigación de Nunton et al (2020) la cual fue del

77.2%. La edad promedio fue de 27.76 años, siendo el 53.6% primípara con estudios secundarios y cuya condición de pareja se detalló como en convivencia, además el 51.5% procedente de familia nuclear. A estos resultados se agrega que se identificó un 11.8% de mujeres en riesgo de presentar DPP.

Respecto a la edad, en un promedio aproximado al estudio anterior se encuentra la investigación de Jiménez et al (2020) con mujeres cuya media de años fue de 26.5 en las cuales la prevalencia de la DPP fue del 20.3%. Su procedencia generalmente fue del área urbana, con estudios secundarios, sin trabajo, 52% con pareja estable y 87% de ellas con nivel socioeconómico bajo. Los factores psicológicos de demostraron estar relacionados con DPP fueron los antecedentes de trastornos psicológicos (39%) e historial de depresión (48%), además otros factores estuvieron presentes como 43% historial familiar depresión; 61% con problemas convivencia durante embarazo y 52% abortos anteriores.

En esta misma línea de análisis se encuentra el estudio de Genchi et al (2021) cuyo aporte evidencia la relación significativa entre DPP con el consumo de alcohol previo al embarazo (27.6%) y complicaciones con el parto (60%). Los factores psicológicos prevalentes fueron la tristeza durante gestación con el 35% y que el 69% contó con apoyo emocional durante el embarazo (madre o pareja), el primero corresponde a un factor de riesgo y el segundo se reconoce como protector ante la depresión. La incidencia de la DPP fue del 16%.

Vallecampo (2021) también encontró relaciones significativas entre la DPP y factores desencadenantes tales como la violencia intrafamiliar (65%), estado civil solteras del 63.7%, nivel de educación (38.9% bachilleres), procedencia (rural 60%), con sentimiento de culpabilidad en el embarazo en el 63.7% de madres, y sin red de apoyo social (61.3%). La muestra se conformó por mujeres entre 19 a 22 años en las cuales la prevalencia de la DPP fue del 44.4%, otros factores relevantes fueron que el 70% de ellas no ha planificado su embarazo y el 50% no usó métodos anticonceptivos, además 58.9% eran amas de casa.

De igual forma Loor et al (2021) encontraron una relación significativa entre DPP y pensamiento de autoagresión, el cual estuvo presente en el 25% de mujeres. La edad de las puérperas se estimó desde los 15 hasta los 24 años con una prevalencia de la DPP del 39.3% caracterizándose por que el 71.4% se encontró en unión libre, en gran medida tenían estudios secundarios y la mayoría no trabajaba. Además, el 55,4% no planificó el embarazo y el 23.2% reconoció no desearlo. Como procedimiento médico se destaca una alta frecuencia de cesáreas (68.8%) y partos prematuros en el 27% de casos. Se encuentra también que el 81.3% desconocía sobre la DPP.

En otra investigación desarrollada por Coe et al (2021) también se analizaron factores sociales como la edad, comprendida entre los 25 a 34 años (61%), con pareja el 66.9% (en convivencia o casadas), más de la mitad trabajando y el 39.8% primíparas. En lo psicológico se evidencia el 18.4% con antecedentes de depresión y 60.7% cuenta con personas significativas en su vida (apoyo social). Prevalece el procedimiento médico de cesárea con el 52.9%. En general se valoró una frecuencia de DPP del 44.3%.

Por su parte, Motrico et al (2022) efectuaron una indagación durante la pandemia, identificando un 33.3% de ansiedad en las madres y 42% de casos con antecedentes depresivos, ambos factores relacionados con la DPP cuya prevalencia general fue del 47.2% en mujeres con edad promedio de 33.7%. Los factores que influyeron en la ansiedad identificados por los investigadores, fueron la muerte de seres queridos por Covid-19, riesgo de contagio del recién nacido con el virus, además de la situación económica del momento.

Incluso Domeyko et al (2022) fueron concluyentes al encontrar en su investigación que los antecedentes depresivos, con el 27% de prevalencia, se constituyen en una condición riesgosa para el desarrollo de la DPP. Las mujeres en su estudio se caracterizaron por una edad media de 31 años, 95% tenía pareja, más de la mitad era primípara con educación universitaria y su embarazo fue planificado. Los investigadores determinaron también que el factor protector de apoyo social no revierte los síntomas del desorden por estrés postraumático o TEPT. La DPP estuvo presente en el 17.7% de mujeres.

Continuando con los estudios, se encuentra el de Cordero & Martínez (2022) destacable por aportar con diferentes indicadores para la comprensión de la DPP. Así se registra que en su investigación el rango etario prevalente fue entre los 16 a 25 años con el 39%, además 55% de las mujeres estuvieron en unión libre, la mayoría proveniente del área urbana cuya ocupación era ama de casa. Pero sin duda, los factores psicológicos destacan por su prevalencia y es que se registró 93% de mujeres que presentaron llanto; 66% tristeza; 64% trastorno del sueño; 82% desesperanza; 89% pánico; 95% ansiedad; 82% culpabilidad; 23% antecedentes depresivos y 14% ideas suicidas. La DPP fue del 37% en esta investigación.

Cunha et al (2022) adicionan en cambio que, los síntomas de la DPP generan un gran impacto en la diada madre e hijo en el transcurso de los primeros tres a cinco meses posterior al alumbramiento. Los factores protectores relevantes son el apoyo social, emocional y la interacción social positiva, en menor grado se percibe el apoyo afectivo (28,5%). El rango etario predominante de las mujeres se estableció desde los 14 hasta los 24 años (58%) siendo en su mayoría casadas o con unión libre, más de la mitad con educación

primaria y clase económica baja, mientras que la prevalencia de la DPP fue del 29.7%.

En otro análisis efectuado por Ramos & Rivera (2022) con mujeres cuya edad promedio fue de 28 años, en su mayoría amas de casa y con nivel educativo primario, se encontró que apoyo brindado por la pareja, pese a ser un factor protector, mantiene una relación significativa con la DPP, entendiéndose que este es deficiente o regular en 63.1% de mujeres indagadas. La DPP en este estudio fue del 20.5%.

También cabe destacar los hallazgos de Fernández et al (2023) pues encontraron una asociación significativa de la DPP con la edad de la madre (31% entre 36 a 44 años), número de hijos (29.41% con 4 hijos o más) y unión por mutuo acuerdo (32%), factores de tipo social a los cuales se agrega que el 30% de mujeres posee un nivel educativo primario y registraron una DPP del 19.51%.

A los hallazgos expuestos se suman los de Paolantonio et al (2023) cuya relación de la DPP fue con los factores conflicto en la infancia (32%); impacto en el nacimiento (76%), problemas físicos durante el embarazo (76%) y nivel educativo secundario (76%). Se reconoce una DPP del 42.4% en mujeres casadas o en convivencia con su pareja, 92% de ellas con problemas psicológicos durante el embarazo, de antecedentes psiquiátricos maternos y familiares bajos (12% y 16% respectivamente).

Villanueva (2023) por su parte encontró una relación importante entre DPP y violencia familiar (85.5%). La prevalencia de la DPP fue del 29.9%, las mujeres eran madres jóvenes en un 54.5% en su mayoría en convivencia con la pareja, amas de casa y 78.2% de ellas presentó antecedentes depresivos, además el 43.6% tuvo complicaciones obstétricas.

Igualmente, en la investigación de Sanabria et al (2023) efectuada con mujeres cuyo promedio de edad fue los 26 años, se encontró una asociación entre DPP y problemas psiquiátricos, antecedentes depresivos, problemas económicos y cuyo estado civil declarado fue de solteras. La DPP estuvo presente en el 14.9% y las madres se caracterizaron por tener unión libre, estudios secundarios, ser amas de casa, 52% con problemas económicos y 15% experimentó violencia intrafamiliar.

Finalmente, se refiere el aporte de Alves et al (2023) quienes encontraron que la DPP mantuvo una asociación significativa con la no planificación de los embarazos (64.4%) y el procedimiento de cesárea (100%). La prevalencia general de la DPP fue del 60.8% siendo mayor en madres de raza negra, con educación básica, que poseen trabajo remunerado, en su mayoría con pareja, además el 64.4% no planificó su embarazo y el 33.3% no cuenta con asistencia para su bebé.

## Conclusiones:

En coherencia con el objetivo trazado en el cual se plantea el describir la DPP en desde un criterio biopsicosocial es posible indicar que los factores de riesgo identificados como sociales corresponden a la edad, estado civil o situación de pareja, nivel de estudios, condición socioeconómica, zona de procedencia (rural-urbana), ocupación de la madre, tipo de familia, planificación del embarazo y número de parto. Estos factores son considerados por los investigadores, al analizar la DPP ya que en algunos estudios se ha podido comprobar que tienen una relación significativa con la misma, sin embargo, no existe una constante para establecer que uno o más de ellos este presente siempre en la condición estudiada.

Lo expuesto se comprende ya que los factores de tipo social que representan riesgo en la DPP son variables según el contexto social donde se realiza el estudio y en combinación con otros factores pueden presentar mayor o menor prevalencia. Sin embargo en las investigaciones analizadas existe un dato que puede aportar como referencia a nuevos estudios y se relaciona con la edad de las madres, siendo generalmente en edades jóvenes donde se han registrado los casos de DPP, con mayor frecuencia en mujeres de nivel socioeconómico bajo, mientras que en el caso de los estudios estos han sido variables, pero si se puede tener presente que la variable relación de pareja o estado civil también son relevantes en la presencia del trastorno depresivo post parto.

Por otra parte, respecto a los factores psicológicos, se encontraron antecedentes depresivos de la madre, condiciones psiquiátricas previas, al igual que ansiedad, tristeza, culpabilidad, ideación suicida, problemas psicológicos en el embarazo y pensamientos de autoagresión. Pero también se evalúan factores de apoyo tales como el acompañamiento sean de pareja o familia (apoyo emocional-afectivo), relaciones sociales o apoyo social, funcionalidad de la familia y la búsqueda de ayuda para superar sus problemas depresivos. Es preciso mencionar que se identifica una prevalencia de antecedentes depresivos en diferentes estudios, al igual que la ansiedad, mientras que los factores de apoyo generalmente corresponden al apoyo social, afectivo y emocional. Las relaciones entre estos factores y la DPP suelen ser significativas en asociación con los factores sociales, así como con psicológicos hereditarios como antecedentes familiares con depresión o enfermedades psiquiátricas.

Ahora bien, en el caso de los factores biológicos que corresponden a cambios o alteraciones en las gestantes y luego del embarazo, en el nivel hormonal, así como en el de cortisol, en plasma, saliva y orina, o incluso elevación de AMP cíclico urinario, por ejemplo, durante los primeros días luego del parto, no se han

podido validar en la presente revisión en cuanto los estudios generalmente se enfocan en analizar los componentes psicosociales y algunos de carácter médico como las complicaciones de salud de la madre o el bebé durante el embarazo o luego del parto, abortos previos, el procedimiento de cesárea o parto natural, e incluso el número de semanas de gestación, los cuales pueden repercutir en la DPP igualmente en asociación con otros factores sean sociales o psicológicos.

Del mismo modo, en los análisis de prevalencia de DPP, tomando en cuenta las evidencias objetivas, se presentan variaciones representativas entre los estudios, esto se comprende por los tamaños muestrales y los sesgos de los mismos. Sin embargo, en una estimación global de la depresión post parto que consideró a 80 países se estimó una prevalencia entre el 10 al 15% de las mujeres (1 por cada 5 la presenta).

En efecto, la DPP puede presentarse en cualquier etapa luego del parto y hasta un año luego del mismo, repercutiendo en la madre, el neonato, e incluso el entorno inmediato. Considerando esto, los procesos de intervención inician con la detección del trastorno, ya sea en su etapa inicial o con la presencia de signos de alarma, por lo que la madre será valorada por el especialista de salud mental para recibir el debido tratamiento pudiendo ser de tipo terapéutico mediante terapia individual o grupal, acompañado o no de medicación según sea el caso.

## Referencias bibliográficas

1. Acuña, A., Ramírez, E., & Azofreifa, M. (2021). Depresión postparto. *Revista Médica Sinergia*, 6(9), 1-6. <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/712>
2. Alves, R., Oliveira, L., Gonçalves, N., Rodrigues, A., & Dos Santos, J. (2023). Trastorno depresivo en mujeres en el período posparto: análisis según raza/color auto declarado. *Acta Paulista de Enfermagem*, 1(36), 1-9. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2023AO03451>
3. Anokye, R., Acheampong, E., Budu, A., Obeng, E., & Akwasi, G. (2018). Prevalencia de la depresión posparto e intervenciones utilizadas para su manejo. *Anales de psiquiatría general*, 1(17), 1-8. <https://10.1186/s12991-018-0188-0>
4. Antúnez, M., Martín, N., Casilari, J., & Mérida, F. (2022). Depresión posparto, análisis de los factores de riesgo y la intervención de Enfermería. Revisión bibliográfica. *Enfermería cuidándote*, 5(3), 19-29. <https://doi.org/10.51326/ec.5.3.2558670>
5. Bailey, H., Malyuta, R., Semenenko, I., Townsend, C., Cortina, U., & Thorne, C. (2016). Prevalencia de síntomas depresivos en mujeres VIH positivas embarazadas y posnatales en Ucrania: una encuesta transversal. *Reproductive Health*, 13(27), 1-10. <https://10.1186/s12978-016-0150-z>
6. Barrera, A., & Nichols, A. (2015). Actitudes y comportamientos de búsqueda de ayuda para la depresión entre una muestra de mujeres perinatales de habla hispana basada en Internet. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 37(3), 148-153. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/9237/v37n3a04.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
7. Caparros, R., Romero, B., & Peralta, M. (2018). Depresión posparto, un problema de salud pública mundial. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42(97). <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.97>

8. Collogo, Z., Romero, Y., Morales, M., Vanegas, J., López, V., & Guazo, D. (2015). Factores asociados a síntomas depresivos con importancia clínica en el posparto en adolescentes de Cartagena (Colombia). *Revista Salud Uninorte*, 31(2), 234-244.  
<http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v31n2/v31n2a05.pdf>
9. Coo, S., Mira, A., García, M., & Zamudio, P. (2021). Salud mental en madres en el período perinatal. *Andes Pediátrica*, 92(5), 1-9. <https://dx.doi.org/10.32641/andespediatr.v92i5.3519>
10. Cordero, Y., & Martínez, R. (2022). Incidencia de depresión en mujeres embarazadas y puérperas mediante la aplicación de la Escala de Edimburgo en el Hospital de la mujer de la ciudad de La Paz, entre los meses de noviembre y diciembre de 2020 en el contexto de la pandemia. *Revista Médica La Paz*, 28(2), 31-38.  
[http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-89582022000200031](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582022000200031)
11. Cunha, M., Ferreira, J., De Paula, R., Fraga, D., & Costa, F. (2022). Síntomas de depresión posparto y su asociación con características socioeconómicas y de apoyo social. *Pesquisa*, 1(26), 1-8. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0265>
12. Domeyko, M., Aracena, M., Verges, Á., & Gómez, L. (2022). Antecedente de depresión, síntomas de estrés postraumático, apoyo social percibido: prediciendo la depresión posparto. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 87(5), 325-332.  
<https://dx.doi.org/10.24875/rechog.22000063>
13. Fernández, M., Matos, A., Beirigo, G., Arena, C., Pires, F., & Da Silva, T. (2023). Ocurrencia y factores asociados con la depresión posparto en un área urbana de Brasil. *Enfermería Global*, 22(69), 156-166. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.525191>

14. Fernández, J., Iturriza, A., Merlo, J., & Valbuena, R. (2014). Depresión posparto valorada mediante la escala de Edimburgo. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 74(4), 229-243. [https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0048-77322014000400003](https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322014000400003)
15. García, G., Romero, H., & Mauquí, G. (2020). Factores desencadenantes de la depresión post parto en las adolescentes: estudio piloto. *Más Vita*, 2(2), 22-35. <https://doi.org/10.47606/ACVEN/MV0033>
16. García, M., González, P., Rodríguez, D., Jiménez, M., & Zouain, J. (2016). Incidencia de Depresión Postparto en adolescentes y adultas. *Anales de Medicina PUCMM*, 6(1), 78-93. [http://investigare.pucmm.edu.do:8080/xmlui/bitstream/handle/20.500.12060/1762/AMP\\_20160601\\_78-93.pdf?sequence=1](http://investigare.pucmm.edu.do:8080/xmlui/bitstream/handle/20.500.12060/1762/AMP_20160601_78-93.pdf?sequence=1)
17. Gaviria, S., Duque, M., Vergel, J., & Restrepo, D. (2019). Síntomas depresivos perinatales: prevalencia y factores psicosociales asociados. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 48(3), 166-173. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2017.09.002>
18. Genchi, F., Paredes, S., Solano, N., Ríos, C., Paredes, S., & Andersson, N. (2021). Prevalencia de depresión posparto y factores asociados en usuarias de un hospital público de Acapulco, Guerrero, México. *Ginecología y Obstetricia de México*, 89(12), 927-936. <https://doi.org/10.24245/gom.v89i12.6947>
19. Gómez, N., Gómez, N., Molina, J., Castro, F., & León, L. (2019). Prevención de la depresión posparto en madres adolescentes atendidas en el Hospital General Ambato; 2017. *Enfermería Investiga, Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión*, 4(1), 20-32. <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/view/479>
20. González, A., Casado, P., Molero, M., Santos, R., & López, I. (2019). Factores asociados a depresión posparto. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 23(6), 770-779. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-)



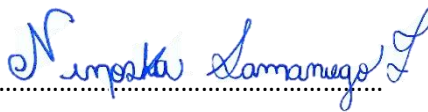
28. Nuton, J., Alvarado, V., & Pérez, A. (2020). Impacto psicológico de la pandemia del Covid-19, en gestantes de un establecimiento de salud nivel III-2, Lima-2020. *Ágora*, 7(2), 94-100.  
<https://doi.org/10.21679/arc.v7i2.174>
29. Organización Mundial de la Salud. (2013). *Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013 - 2030*. Organización Mundial de la Salud.  
<https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240031029>
30. Ortiz, R., Gallego, C., Buitrón, E., Meneses, Y., Muñoz, F., & González, M. (2016). Prevalencia de tamiz positivo para Depresión Postparto en un Hospital de tercer nivel y posibles factores asociados. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45(4), 253-261.  
<https://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2016.03.002>
31. Paolantonio, M., Victoria, M., & Faas, A. (2023). Incidencia de la depresión postparto y factores de riesgo asociados en madres cordobesas (Argentina). *Revista de Psicología*, 1(1), 1-20.  
<https://10.24215/2422572Xe166>
32. Ramos, M., & Rivera, L. (2022). Asociación entre depresión postparto y apoyo de la pareja en un centro materno infantil de Lima. *Anales de la Facultad de Medicina*, 83(1), 19-24.  
<https://dx.doi.org/10.15381/anales.v83i1.20562>
33. Rincón, D., & Ramírez, R. (2014). Depresión posparto en mujeres colombianas: análisis secundario de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud-2010. *Revista de Salud Pública*, 16(4), 587-599. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-735160>
34. Romero, D., Orozco, L., Ybarra, J., & Gracia, B. (2017). Sintomatología depresiva en el post parto y factores psicosociales asociados. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 82(2), 152-162. [dx.doi.org/10.4067/S0717-75262017000200009](https://doi.org/10.4067/S0717-75262017000200009)

35. Sanabria, L., Ibarra, P., Rendón, M., Treviño, P., Islas, D., Porras, G., & Van, X. (2023). Depresión posparto: prevalencia y factores de riesgo asociados en una muestra de población mexicana. *Ginecología y Obstetricia de México*, *91*(4), 227-240.  
[doi.org/10.24245/gom.v91i4.8456](https://doi.org/10.24245/gom.v91i4.8456)
36. Solís, M., Pineda, A., & Chacón, J. (2019). Abordaje clínico y manejo de la depresión posparto. *Revista Médica Sinergia*, *4*(6), 90-99. <https://doi.org/10.31434/rms.v4i6.248>
37. Valero, A., León, I., Martín, N., Santos, P., Monzón, S., & Guillén, J. (2023). Revisión bibliográfica: factores de riesgo depresión posparto. *Revista Sanitaria de Investigación*, *1*(1), 1-10. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/revision-bibliografica-factores-de-riesgo-depresion-posparto/>
38. Vallecampo, A. (2021). Relación entre riesgo y factores asociados a depresión posparto del puerperio inmediato de mujeres con bajo riesgo obstétrico. *Crea Ciencia*, *14*(1), 12-24.  
<https://doi.org/10.5377/creaciencia.v14i1.13200>
39. Vergel Hernández, J., & Barrera Robledo, M. (23 de Mayo de 2021). Manejo del trastorno depresivo ¿Qué tratamiento elegir? *Revista médica Risaralda*, *27*(1).  
<https://doi.org/10.22517/25395203.24637>
40. Villanueva, A. (2023). Factores asociados al riesgo de depresión posparto valorada por la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo en puérperas adultas atendidas por teleconsulta en un Instituto Especializado del Perú, 2020. *Revista Internacional de Salud Materno Fetal*, *8*(3), 1-11.  
<http://ojs.revistamaternofetal.com/index.php/RISMF/article/view/274#:~:text=Conclusiones%3A%20La%20presencia%20de%20violencia,Perinatal%20en%20el%20a%C3%B1o%202020.>
41. Villegas, N., Paniagua, A., & Vargas, J. (2019). Generalidades y diagnóstico de la depresión posparto. *Revista médica Sinergia*, *4*(7), 1-9. <https://doi.org/10.31434/rms.v4i7.261>

42. Zhuzhingo, C., Peñaloza, Y., Ajila, J., & Aguirre, C. (2018). Tamizaje para depresión postparto aplicado a la población puérpera del primer nivel de atención en salud. *Psicología UNEMI*, 2(3), 21-29. <https://doi.org/10.29076/issn.2602-8379vol2iss3.2018pp21-29p>
43. Zúñiga, M., Guerra, A., & Castillo, A. (2018). Prevalencia de depresión mayor en pacientes con preeclampsia en una clínica de cuarto nivel en Cali, Colombia. *CES Medicina*, 32(2), 98-106. <https://doi.org/10.21615/cesmedicina.32.2.3>

**Ninoska Samaniego Farfán** portadora de la cédula de ciudadanía N° **0150287662**. En calidad de autora y titular de los derechos patrimoniales del trabajo de titulación **“Depresión post parto en mujeres desde un criterio biopsicosocial”** de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos y no comerciales. Autorizo además a la Universidad Católica de Cuenca, para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, **23 de noviembre de 2023**

F. 

**Ninoska Samaniego Farfán**

**C.I. 0150287662**