



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE MEDICINA

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN POSTPARTO.

REVISIÓN SISTEMÁTICA

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICA**

AUTOR: MARÍA JOSÉ QUINTEROS SALAZAR

DIRECTOR: PSIC. CLAUDIA KATERINE CANTOS REYES

AZOGUES – ECUADOR

2024

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO



Declaratoria de Autoría y Responsabilidad

María José Quinteros Salazar portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0302407663**. Declaro ser el autor de la obra **“Factores de riesgo asociados a la depresión postparto. Revisión Sistemática”**, 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.

Azogues, **21 de octubre de 2024**.



Firmado electrónicamente por:
**MARIA JOSE
QUINTEROS
SALAZAR**

María José Quinteros Salazar

C.I. 0302407663

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS

Psic. Claudia Katerine Cantos Reyes

DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA.

De mi consideración:

Certifico que el presente trabajo de titulación denominado: "**Factores de riesgo asociados a la depresión postparto. Revisión Sistemática**", realizado por: María José Quinteros Salazar con documentos de identidad: **0302407663**, previo a la obtención del título de medico ha sido asesorado, orientado, revisado y supervisado durante su ejecución, bajo mi tutoría en todo el proceso, por lo que certifico que el presente documento, fue desarrollado siguiendo los parámetros del método científico, se sujeta a las normas éticas de investigación que exige la Universidad Católica de Cuenca, por lo que está expedito para su presentación y sustentación ante el respectivo tribunal.

Azogues, 21 de octubre del 2024



FIRMA

Psic. Claudia Katerine Cantos Reyes

0301511036

DIRECTOR

AGRADECIMIENTO

A Dios quien es el eje de mi vida, él ha oído mis oraciones, visto mis lágrimas, me ha sanado y vendado mis heridas, haciéndome más fuerte y valiente, me ha otorgado calma y sabiduría, gracias por tu infinito amor, este logro existe gracias a que Dios lo hizo posible, el camino ha sido difícil, pero Dios siempre ha sido bueno.

“Salmos 94”.

A mis queridos padres Edgar Quinteros y Greis Salazar gracias por estar en mis inviernos y tempestades amándome siempre, apoyándome incondicionalmente, y sobre todo por creer en mí.

A mi hermana, mi confidente, Verónica Quinteros por ser mi rayo de luz, eres el regalo más lindo que tengo, en medio de mis preocupaciones siempre me diste consuelo y alegría, tu amor y apoyo significan el mundo para mí.

A mi tutora Psic. Katherine Cantos cuya sabiduría, paciencia y guía han sido fundamentales en la realización de este trabajo, gracias por su orientación, estímulo y apoyo constante, su influencia ha sido decisiva en la calidad de este trabajo.

Gracias infinitas a la Universidad Católica de Cuenca por permitirme crecer académica y personalmente, su inversión en mi educación es un testimonio de su compromiso con la excelencia académica y un honor para mí.

DEDICATORIA

Al culminar esta etapa maravillosa de mi vida, con amor y gratitud otorgo este logro a Dios y mis padres, quienes son el pilar fundamental de mi vida y mi inspiración, su amor incondicional y motivación me ha permitido llegar hasta aquí, gracias por formarme con humildad, este trabajo es fruto de su sacrificio y fe.

A mis hermanos Michael y Randy, mis compañeros de aventuras y momentos inolvidables, es un regalo para ustedes, un símbolo de mi amor y gratitud.

A mi querido Cristian F. mi colega, mejor amigo y sine qua non, cuyo amor ha sido mi refugio, todas las veces que pienso en ti, doy gracias a Dios.

“Filipenses 1:3”.

Factores de riesgo asociados a la depresión postparto. Revisión Sistemática

María José Quinteros Salazar, Claudia Katherine Cantos Reyes

Universidad Católica de Cuenca, maria.quinteros@est.ucacue.edu.ec

RESUMEN

La depresión postparto representa un problema de salud pública a nivel mundial, siendo la cuarta causa de muerte materna, se identifica como uno de los trastornos depresivos mayores, según el DSM5, se diagnostica a las dos semanas postparto. El objetivo es identificar los factores de riesgo asociados a la depresión postparto. **Método:** Estudio de tipo cualitativo, descriptivo, basado en la búsqueda exhaustiva de la literatura disponible de las siguientes bases de datos Scielo, Pubmed y Taylor & Francis Online bajo los lineamientos de la declaración Prisma 2020. **Resultados:** los factores de riesgo asociados a la DPP son: estado civil soltera OR: 7.9, índice p: 0.001, dificultad económica OR: 4.7, índice p:<0.001, paridad múltiple OR: 2.85, índice p: <.0001, hipertensión gestacional OR: 2.3, índice p:<0.001, diabetes gestacional OR: 2.26, índice p:<0.001, antecedentes de depresión OR: 1,66 a 10.60, índice de p: <0.001 a 0.00, trastorno bipolar OR: 5, índice p: 0.02, trastorno de estrés postraumático OR: 9.170, índice p: <0.001, antecedes de trastornos mentales familiares OR: 2.97, índice p: <0.001, ansiedad grave OR: 273.00, índice p: 0.00, ansiedad moderada con un OR: 17.38, índice p: <0.001, carga parental alta durante el último mes OR: 12.48, índice p: <.0001, problemas de salud previos OR: 5.33, índice p: 0.002, neonato admitido en UCI OR: 3.88, índice p: <0.001. **Discusión:** Mediante los resultados obtenidos podemos concluir que la información se correlaciona, sin embargo, es importante mencionar que existen pocas investigaciones dentro del país.

Palabras clave: factores de riesgo, depresión, posparto, trastorno depresivo

ABSTRACT

Postpartum depression represents a worldwide public health problem and is the fourth leading cause of maternal death. It is classified as one of the major depressive disorders according to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), diagnosed two weeks after childbirth. This study aims to identify the risk factors associated with postpartum depression. **Method:** A qualitative, descriptive study was conducted following the PRISMA 2020 guidelines. It was based on an exhaustive review of available literature from SciELO, PubMed, and Taylor and Francis Online databases. **Results:** The risk factors associated with postpartum depression (PPD) include single marital status (OR: 7.9, p-value: 0.001), financial difficulties (OR: 4.7, p-value: <0.001), multiple parity (OR: 2.85, p-value: <0.0001), gestational hypertension (OR: 2.3, p-value: <0.001), gestational diabetes (OR: 2.26, p-value: <0.001), history of depression (OR: 1.66 to 10.60, p-value: <0.001 to 0.00), bipolar disorder (OR: 5, p-value: 0.02), post-traumatic stress disorder (OR: 9.170, p-value: <0.001), family history of mental disorders (OR: 2.97, p-value: <0.001), severe anxiety (OR: 273.00, p-value: 0.00), moderate anxiety (OR: 17.38, p-value: <0.001), high parental stress during the last month (OR: 12.48, p-value: <0.0001), previous health problems (OR: 5.33, p-value: 0.002), and having a newborn admitted to the neonatal intensive care unit (NICU) (OR: 3.88, p-value: <0.001). **Discussion:** The results reveal a correlation between the identified risk factors, though it is important to highlight the scarcity of research on this topic within the country.

Keywords: risk factors, depression, postpartum, depressive disorder

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
MÉTODOS	5
RESULTADOS	7
DISCUSIÓN	21
BIBLIOGRAFÍA:	25
ANEXOS	29

INTRODUCCIÓN

La depresión postparto (DPP) es un trastorno del ánimo que afecta con frecuencia a las mujeres en el periodo de puerperio, se logra identificar a las dos semanas postparto. Según “El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Quinta Edición (DSM-5)” se reemplaza el nombre de depresión postparto por depresión perinatal debido a que los síntomas inician desde el embarazo o en las 4 semanas posteriores al nacimiento del producto, no obstante su inicio suele ser de forma gradual (1,2).

La DPP se identifica como uno de los Trastornos Depresivos Mayores (TDM) que se detecta a través de criterios diagnósticos, que debe de cumplir “5 o más de los siguientes síntomas dentro de un lapso de 2 semanas posparto” (3).

Tabla 1. Criterios diagnósticos para depresión mayor según el DSM5.

CRITERIOS	DESCRIPCIÓN
A	<ol style="list-style-type: none">1. “Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días”.2. “Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días”.3. “Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso o disminución o aumento del apetito casi todos los días”.4. “Insomnio o hipersomnia casi todos los días”.5. “Agitación o retraso psicomotor casi todos los días”.6. “Fatiga o pérdida de energía casi todos los días”.7. “Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada casi todos los días”8. “Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días”.9. “Pensamientos de muerte recurrentes, ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo”. <p>“La información puede ser proporcionada de manera subjetiva o de la observación por parte de otras personas”.</p>
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”

Fuente: “Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Quinta Edición”.

La DPP es considerada una de las principales causas de suicidio y filicidio; se caracteriza por presentar tristeza persistente, falta de interés, baja autoestima, ansiedad, irritabilidad, culpabilidad propia y sentimientos de humillación. Adicionalmente, se ha reportado cambios en los patrones de sueño y alimentación, dificultad para establecer vínculos con el o los recién nacidos y sentimientos de desesperanza o inutilidad tal como se describe en los criterios diagnósticos del DSM5(4).

Generalmente, la DPP es multifactorial, no obstante, los antecedentes de la depresión perinatal como tristeza o *Baby blues* en anteriores gestaciones, depresión en el actual embarazo, antecedentes familiares de depresión y psicosis, entre otros trastornos del ánimo y de la personalidad son factores de riesgos que ligados a la labilidad bioquímica, hormonal, psicológica y sociales propios del embarazo incrementan las posibilidades a las mujeres puerperales de contraer dicho padecimiento (5).

La depresión postparto es uno de los trastornos mentales que representa un problema de salud pública, debido a la desintegración social, afectación del vínculo entre la madre y el neonato, disminución de las emociones y pérdida del interés por las actividades de forma prolongada. Al no recibir la terapéutica adecuada para este trastorno, se pueden desarrollar actos suicidas o filicidios vulnerando la supervivencia de las pacientes y de los neonatos, es por ello que es de vital importancia conocer la sintomatología para establecer un diagnóstico y brindar el tratamiento oportuno (6).

A nivel mundial la DPP representa una de las causas más importantes de muerte materna, se ubica en el cuarto lugar, con una incidencia del 20%, según la OMS un evento depresivo puede presentarse con mayor incidencia en la mujer (20-25%) que en el hombre (7-12%) debido a la fragilidad emocional a consecuencia de estructuras fisiológicas, sociales y culturales (7,8). Además, el riesgo de padecer depresión en la etapa puerperal es el doble en relación a cualquier edad de la mujer debido a diversos cambios fisiológicos, bioquímicos y hormonales, las mujeres latinas que habitan en México y EE. UU presentan DPP aproximadamente el 56% (9,10).

Por citar algunos autores Leveau-Bartra HR et al. (11) en su estudio realizado a 173 púerperas en Perú detecto una prevalencia de DPP del 18.8% (IC95%:16,3-21,3), Sanabria et al. (5) en

México con una muestra de 713 pacientes determinó que el 14.9% presento esta patología, mientras que, en Ecuador, Cuenca, Santacruz Fernández, M et al. (12) registro una prevalencia cerca de 34,3%, no obstante, esta cifra puede ser una variante no esclarecida debido a la carencia de estudios que avalen el número aproximado.

Con respecto a los factores de riesgos más prevalentes, se establece que es multifactorial, es decir, es el producto de varios factores en conjunto como: psicosociales o sociodemográficos, obstétrico, hormonales y mentales. Las mujeres en etapa de puerperio sufren cambios constantes de los niveles de estradiol y de progesterona desde la gestación, por tanto, se desencadenan fluctuaciones emocionales, alteraciones en el sueño y cambios en el comportamiento (5).

A nivel del eje hipotálamo-hipofisario–adrenal se produce un incremento considerable de cortisol por parte de la corteza suprarrenal. Asimismo, se encuentra disminuido los niveles de arginina o vasopresina (H. antidiurética) por parte del hipotálamo lo que provoca laceración funcional del cerebro. Adicionalmente, la reducción de los ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga ocasiona el deterioro progresivo del estado de ánimo. Igualmente, los decrecientes receptores de serotonina de la hendidura postsináptica podrían estar involucrados (5).

Por lo antes expuesto, esta problemática que envuelve a nivel social, individual y mental, radica en el reconocimiento de la asociación de los factores de riesgo con la finalidad de implementar estrategias que busquen mejorar la calidad en la atención en salud, sobre todo en aquellas mujeres puerperales (13).

Para la garantía del diagnóstico y proceder con la terapéutica adecuada, además de la utilidad del DSM-V se logra implementar la “Escala de Depresión Posparto de Edimburgo” que particularmente la emplean psiquiatras, psicólogos y otros profesionales afines (anexo 1). Este instrumento consta de 10 preguntas con 4 opciones cada una, con la puntuación mayor de 12 se consigue dar un diagnóstico definitivo (14, 15).

Otra opción para el diagnóstico es el “Cuestionario Sobre la Salud del Paciente, el Cuestionario de Depresión de Beck y la Escala de Depresión y Ansiedad”. No obstante, para mejor agilidad y eficacia en la detección de la patología se recomienda el uso solamente de la Escala de Depresión posnatal de Edimburgo (EPDS) (5).

Como uno de los diagnósticos diferenciales son las enfermedades tiroideas entre ellas el hipotiroidismo, ya que esta patología simula todo el cuadro clínico de la depresión. Sin embargo, existen otras entidades patológicas que se requieren descartar como tristeza postparto o tristeza del bebé y la psicosis postparto. En el caso de la tristeza postparto tiene su origen en la primera semana del parto y suele resolverse de forma espontánea a los 10 días (9).

En cuanto a la psicosis postparto, esta patología es la más grave de todos los trastornos del estado de ánimo postparto, debido a que esta combina toda la sintomatología de la depresión con las alucinaciones, raciocinios perturbados y delirios que como consecuencia amenazan la capacidad funcional de cada persona que la padece (16)

Para la terapéutica de este trastorno es necesario una coordinación multidisciplinaria sobre todo entre psiquiatría y psicología. Dentro de la medicación recomendada se encuentran los antidepresivos tricíclicos y los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS), sin embargo, existen argumentos en contra del uso en la lactancia (16).

En la depresión postparto se garantiza la efectividad de los antidepresivos tricíclicos excepto la doxepina. Asimismo, el uso de los ISRS ha demostrado la eficacia, por tanto, se consideran medicamentos de elección para esta enfermedad. Durante la lactancia se contraindica el uso de fluoxetina debido a que podría ocasionar irritabilidad y alteración del sueño los neonatos (17).

Para las pacientes que no toleran la sertralina o la paroxetina se recomienda el uso del escitalopram, ya que ha sido considerado inocuo para su uso durante la lactancia (5).

Se debe prescribir el fármaco que ha sido seleccionado según las necesidades de la paciente, hasta la remisión de los síntomas, además se recomienda mantener el tratamiento durante seis meses más para evitar recurrencias. Dentro del aspecto psicológico, se debe de utilizar como complemento la terapia interpersonal o cognitivo-conductual, mientras que para la profilaxis en pacientes con antecedentes de DPP, se debe utilizar ISRS o el antidepresivo que uso en un episodio previo (5).

Cabe recalcar que en la actualidad las instituciones de salud priorizan las patologías de origen obstétrico tales como preeclampsia, hipertensión arterial, diabetes gestacional, parto prematuro, entre otras. Por tanto, los trastornos del ánimo suelen ser sub diagnosticados sobre todo la DPP que en muchas ocasiones pasa desapercibida (17).

Actualmente, no se sabe con exactitud la causa primordial de la depresión postparto, sin embargo, como se menciona anteriormente, esta patología es multifactorial. Existen diversos mecanismos fisiopatológicos y sociales involucrados que conjuntamente logran desencadenar una serie de eventos emocionales y mentales para el desarrollo de esta entidad patológica en alusión (10).

Por lo expresado, la presente revisión sistemática procura identificar los factores de riesgo asociados a la depresión posparto, la influencia de factores obstétricos en la aparición de depresión posparto, evaluar el impacto de los antecedentes de enfermedades mentales personales y familiares en la depresión posparto a través de una búsqueda exhaustiva de la literatura disponible con el propósito de proveer discernimientos actualizados a la comunidad científica y por consiguiente optimizar la calidad de vida a la colectividad en la etapa de puerperio.

MÉTODOS

El tipo de estudio se trata de una revisión sistemática de carácter cualitativo acerca de los factores de riesgo asociados a la depresión postparto. En específico, este tipo de estudio sigue los lineamientos de acuerdo con la declaración PRISMA 2020 con la integración de su correspondiente diagrama de flujo de búsqueda de la información previo análisis y verificación de los datos involucrados.

Criterios de elegibilidad

Después de una búsqueda exhaustiva con el respectivo escudriñamiento de posters científicos, website, documentos, ensayos clínicos, estudios transversales, casos y controles entre otros de los últimos 5 años de publicación a través de las bases de datos disponibles y artículos en inglés y español. Cada información elegida es completa, de acceso libre y congruente, con la contención estructural IMRD (introducción, método, resultados, discusión).

Se excluyen archivos de más de 5 años de publicación, artículos con información incompleta que carecen de valor científico o incongruente que solicitan remuneración económica.

Fuentes de información

La información seleccionada se la obtiene de los posters científicos, website, documentos, ensayos clínicos, estudios transversales, casos y controles mediante la búsqueda exhaustiva a

través de las bases de datos disponibles como Scielo, Pubmed y Taylor & Francis Online con el designio de determinar los factores de riesgo ligados a la depresión posparto.

Estrategia de búsqueda

Con el afán de brindar las garantías en la investigación se procedió a digitalizar el filtro: menos de 5 años, artículos originales y de libre acceso, mediante la búsqueda con palabras claves como: factores de riesgo, depresión postparto, trastorno depresivo.

Proceso de selección de los estudios

Ya recopilada la información se procede a analizar los datos para seleccionarlos siguiendo los lineamientos de la Declaración PRISMA 2020.

Posteriormente, en el cumplimiento de los objetivos específicos se elabora una hoja de datos en Excel en la que se incluyen las variables de estudio tratando de responder las interrogantes del presente trabajo de investigación.

Proceso de extracción de los datos

En la extracción de los datos se procede a confeccionar una matriz de búsqueda en una hoja de Excel en el que contengan estudios relacionados al tema: Factores de riesgo asociados a la depresión posparto. Los datos que constan en la matriz de búsqueda son los siguientes: “autor(es)”, “título”, “revista”, “país”, “año”, “base de datos”, “Diseño de estudio”, “URL-enlace”, “calidad de evidencia”, “características sociodemográficas”, “Descripción”, “prevalencia”, “muestra/población” y “factores de riesgo”.

Lista de datos

Luego de la recopilación y la extracción de los datos se logra realizar una revisión manual minuciosa. La lista de datos escudriñados se ajusta con lo establecido en los objetivos proyectados.

Evaluación del riesgo de sesgo de los estudios individuales

Para dar realce científico se procedió a evaluar cada archivo antes de sustraer los datos principales. Por tanto, se evaluó el riesgo de sesgo de los estudios individuales o ensayos clínicos (18).

Métodos de síntesis

Para la confección de la presente revisión sistemática se realizó un análisis de los resúmenes de cada artículo verificando los datos que respondan a los objetivos planteados. Ulteriormente, la tabulación de los datos en la hoja de Excel proporciona de forma ordenada material necesario para la realización de tablas de resultados y así contestar las interrogantes de la presente revisión sistemática.

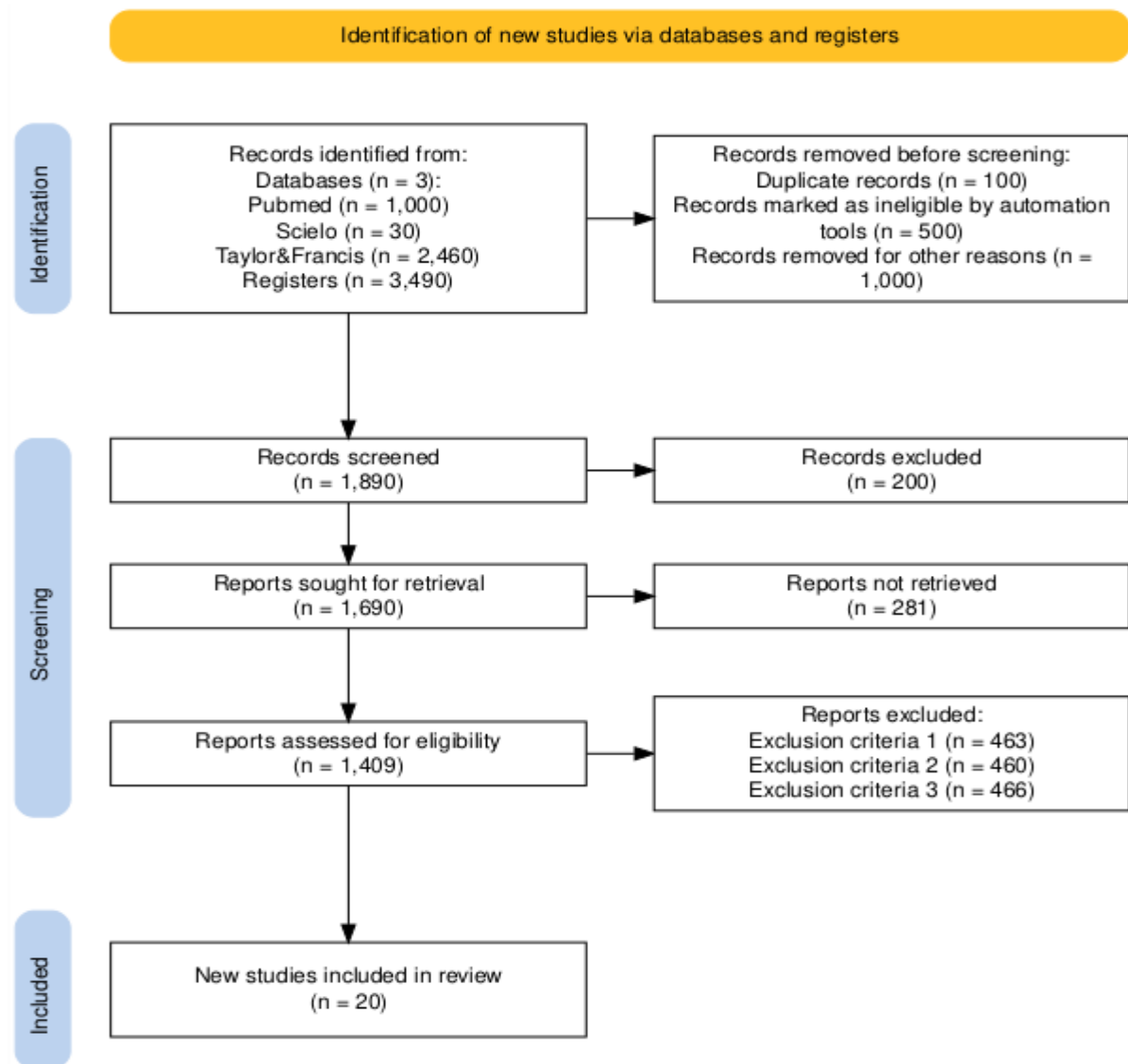
Evaluación de la calidad de la evidencia

Mediante una lectura crítica se procedió a evaluar en cada estudio la calidad, a través de una herramienta para realzar la credibilidad de los resultados expuestos (19).

RESULTADOS

Selección de estudios

Figura 1. Diagrama de flujo de selección de estudios en tres niveles. PRISMA 2020



Fuente: Haddaway, N. R., Page, M. J., Pritchard, C. C., & McGuinness, L. A. (2022). PRISMA2020: An R package and Shiny app for producing PRISMA 2020-compliant flow diagrams, with interactivity for optimised digital transparency and Open Synthesis Campbell Systematic Reviews, 18, e1230. <https://doi.org/10.1002/cl2.1230>

Durante el proceso de identificación, se realizó la búsqueda de artículos mediante palabras claves, obteniendo resultados distribuidos de la siguiente manera: 1,000 en PubMed, 30 en Scielo y 2.460 en Taylor & Francis, con un total de 3,490 registros, luego se excluyeron a los artículos duplicados: 100, se procedió a descartar con el primer filtro: artículos con más de 5 años de publicación, eliminando de esta manera 1500 artículos, quedando un total de 1890 artículos.

En la revisión de los 1890 artículos al aplicar el segundo filtro de artículos en inglés y español, se excluyeron 200 artículos, quedando un total de 1690, tras aplicar el tercer filtro de artículos de libre acceso, se excluyeron 281 artículos quedando un total de 1409, se

excluyen al leer el resumen ya que no cumplen con los objetivos de la investigación: 463, no aportan a la investigación: 460, artículos incompletos: 466, teniendo un total finalmente de 20 artículos.

Los artículos incluidos en total fueron 20, de los cuales 2 corresponde a Scielo, 10 a PubMed y 8 a Taylor&francis, los artículos fueron registrados en la matriz de Excel para evaluar la calidad, los cuales tuvieron calidad media y alta, el presente diagrama de flujo se elaboró a través de una aplicación que crea de forma automática el diagrama de flujo PRISMA 2020.

Evaluación de la calidad de los estudios

Tabla 2. Evaluación de la calidad para estudios observacionales de cohorte y transversales

	ITEMS	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	PUNTOS	CALIDAD
1	Cho H, et al (2022)	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	10/14	MEDIA
2	Santiago S, et al (2023)	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	12/14	ALTA
3	Liu Y, et al (2021)	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	11/14	ALTA
4	Johar H, et al (2020)	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	11/14	ALTA
5	Froeliger A, et al (2024)	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	13/14	ALTA
6	Badiya PK, et al (2020)	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	11/14	ALTA
7	Joshi D, et al (2019)	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	11/14	ALTA
8	Lin YH, et al (2022)	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	11/14	ALTA
9	Bante A, et al (2021)	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	12/14	ALTA
10	Afshari, P., et al (2020)	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	10/14	MEDIA
11	Fu, Y., et al (2023)	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	12/14	ALTA
12	Ferrari, B., et al (2021)	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	10/14	MEDIA
13	Kızıllırmak, A., et al (2020)	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	11/14	ALTA
14	Ammerman RT, et al (2019)	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	10/14	MEDIA

15	Mekey, HK, et al (2019)															12/14	ALTA
16	Okunola, TO, et al (2021)															13/14	ALTA
17	van der Z., et al (2021)															11/14	ALTA
18	Swart, T., et al (2023)															11/14	ALTA
19	Yang, Z., et al (2024)															13/14	ALTA
Herramienta de evaluación de la calidad para estudios observacionales de cohorte y transversales																	
(A) ¿La pregunta o el objetivo de la investigación en este documento se enunciaron claramente?													Aplica	11-14	ALTA		
(B) ¿Se especificó y definió claramente la población del estudio?														Indeterminado	5-10	MEDIA	
(C) ¿La tasa de participación de las personas elegibles fue al menos del 50%?															No aplica	0-5	BAJA
(D) ¿Se seleccionaron o reclutaron todos los sujetos de la misma población o de poblaciones similares (incluido el mismo período de tiempo)? ¿Se especificaron previamente los criterios de inclusión y exclusión para participar en el estudio y se aplicaron de manera uniforme a todos los participantes?																	
(E) ¿Se proporcionó una justificación del tamaño de la muestra, una descripción de la potencia o estimaciones de varianza y efecto?																	
(F) Para los análisis de este documento, ¿se midieron las exposiciones de interés antes de medir los resultados																	
(G) ¿Fue el período de tiempo suficiente para esperar razonablemente ver una asociación entre la exposición y el resultado, si existiera?																	
(H) Para las exposiciones que pueden variar en cantidad o nivel, ¿el estudio examinó diferentes niveles de exposición en relación con el resultado (por ejemplo, categorías de exposición o exposición medida como variable continua)?																	
(I) ¿las variables de independientes estaban claramente definidas, eran válidas, confiables y se implementaron de manera consistente entre todos los participantes del estudio?																	
(J) ¿Se evaluaron las exposiciones más de una vez a lo largo del tiempo?																	
(K) ¿Las medidas de resultados (variables dependientes) fueron claramente definidas, válidas, confiables y se implementaron de manera consistente entre todos los participantes del estudio?																	
(L) ¿Los evaluadores de resultados desconocían el estado de exposición de los participantes?																	
(M) ¿La pérdida de seguimiento después del inicio fue del 20% o menos?																	
(N) ¿Se midieron las principales variables de confusión potenciales y se ajustaron estadísticamente para determinar su impacto en la relación entre exposición(es) y resultado(s)?																	

Interpretación: en la tabla 1 se valora la calidad de cada uno de los estudios de cohorte y transversales incluidos en el presente trabajo. Se observa que un total de 15 (79%) artículos son de alta calidad y 4 (21%) son de calidad media.

Tabla 3. Evaluación de la calidad para estudios de casos y controles

	ITEMS	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	PUNTOS	CALIDAD	
1	Silva, R., et al (2021)	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	12/14	ALTA	
Evaluación de la calidad de los estudios de casos y controles (A) ¿La pregunta o el objetivo de la investigación en este documento fueron claramente enunciados y apropiados? (B) ¿Se especificó y definió claramente la población del estudio? (C) ¿Los autores incluyeron una justificación del tamaño de la muestra? (D) ¿Se seleccionaron o reclutaron controles de la misma población o de una población similar a la que dio lugar a los casos (incluido el mismo período de tiempo)? (E) ¿Las definiciones, los criterios de inclusión y exclusión, los algoritmos o los procesos utilizados para identificar o seleccionar casos y controles fueron válidos, confiables y se implementaron de manera consistente entre todos los participantes del estudio? (F) ¿Los casos fueron claramente definidos y diferenciados de los controles? (G) Si se seleccionaron menos del 100 por ciento de los casos y/o controles elegibles para el estudio, ¿se seleccionaron los casos y/o controles al azar entre los elegibles? (H) ¿Hubo uso de controles concurrentes? (I) ¿Pudieron los investigadores confirmar que la exposición/riesgo ocurrió antes del desarrollo de la condición o evento que definió a un participante como caso? (J) ¿Las medidas de exposición/riesgo estaban claramente definidas, eran válidas, confiables y se implementaron de manera consistente (incluido el mismo período de tiempo) entre todos los participantes del estudio? (K) ¿Los evaluadores de exposición/riesgo estaban cegados al estado de caso o control de los participantes? (L) ¿Se midieron y ajustaron estadísticamente las principales variables de confusión potenciales en los análisis? Si se utilizó el emparejamiento, ¿lo tuvieron en cuenta los investigadores durante el análisis del estudio?													●	Aplica	11-14	ALTA
													●	Indeterminado	5-10	
													●	No aplica	0-5	BAJA

Interpretación: en la tabla 2 se demuestra la valoración de la calidad de un estudio de casos y controles. Se ostenta que es de calidad alta con una puntuación de 12 debido a que no se determina de forma clara la valoración estadística de las variables de confusión.

Características de los estudios

Tabla 4. Factores de riesgo asociados a la depresión postparto y su prevalencia.

Autor	Año	Muestra	País	Prevalencia de DPP	Instrumento de recopilación	Factores de riesgo	OR	Valor p
Cho H, et al. (20).	2022	1.654	Corea	16.1%	“EPDS”	Grado de carga parental durante el último mes: alto	12.48	< .0001
						Diagnóstico previo de depresión	3.58	0,007
						Paridad: múltipara	2.85	< .0001
Santiago-SL, et al. (21).	2023	717	México	14.9%	“EPDS”	Estado civil: soltera	7.6	0.001
						Dificultad económica	4.7	<0.001
						Antecedente Depresión	5.6	<0.001
						Trastorno Bipolar	5	0.02
						Embarazo Complicado	2.8	0.001
						No lactancia	2.9	0.001
						Recién nacido en cuidados intensivos	2.8	0.02
Liu Y, et al. (22).	2021	1136/1200	China	23,50%	“Escala de apoyo social percibido, EPDS y el Cuestionario de estrés postraumático perinatal”	Calidad del sueño bajo	3.640	< 0,001
						Trastorno de estrés postraumático posparto	9.170	< 0,001
Johar H, et al. (23).	2020	1583/2.286	Alemania	7,90%	“EPDS”	IMC previo al embarazo: 25,2 ± 4,8	1,23	0.002
						Nivel educativo bajo	1,41	< 0,05
						Historia prenatal de síntomas de ansiedad/depresión	3,42	< 0.0001
Froeliger A, et al. (24).	2024	2811/3.891	Francia	9,10%	“EPDS”	Aborto previo	1,4	0.05
						Antecedentes psiquiátricos	2,9	<0.01
						El parto inducido	1,5	0.02
							2,4	<0.01

						Malos recuerdos del parto en el posparto inmediato, 2 meses después del parto		
Badiya PK, et al. (25).	2020	347/1200	India	24,50%	“EPDS”	Complicaciones actuales del embarazo	2.57	< 0.001
						Medicamentos para problemas de salud crónicos	2.94	< 0.001
						Problemas de salud importantes en los miembros de la familia	1.92	< 0.001
Joshi D, et al. (26).	2019	143/2500	Nepal	18.2%	“EPDS”	Problemas de salud previos	5.33	0.002
						Consumo de alcohol por parte de la pareja	4	0.003
Ammerman RT, et al. (27).	2019	170/1500	EE. UU	31,80%	“EPDS”	Síntomas previos de trastornos depresivo mayor (TDM)	1,66	0,01
Lin YH, et al. (28).	2022	1197 /1621	Taiwán	2,26%	“EPDS”	Antecedente de aborto espontáneo	1.47	0,001
						Admisión en UCIN (unidad de cuidados intensivos neonatales)	3.88	< 0,001
Bante A, et al. (29).	2021	654/676	Etiopia	10.04%	“Cuestionario de Salud del Paciente de 9 ítems (PHQ-9) y del Trastorno de Ansiedad Generalizada de 7 ítems (GAD-7)”	Antecedente de enfermedad mental	3,56	0,001
						Estado de la seguridad alimentaria de los hogares: inseguro	3,51	< 0,001
Afshari, P., et al. (30).	2020	196/505	Irán	38.8%	“EPDS”	Anormalidades congénitas	2.92	0.003
						Violencia doméstica	1.49	< 0,05
						Antecedente de DPP	2.61	<0.001
						Episodio de depresión que dura toda la vida	3.26	0.001
						Depresión durante el embarazo	1.33	< 0,05
						Evento estresante en el último año	4.13	<0.001

Silva, R., et al. (31).	2021	227/270	Brasil	29.1%	“EPDS”	Ansiedad moderada Ansiedad grave	17.38 273.00	0.00 0.00
Fu, Y., et al. (32).	2023	321/344	China	22,10%	“EPDS, El índice de Leiden de sensibilidad a la depresión – revisión revisada – versión china (LEIDS-RR-CV)”	Hipertensión gestacional Diabetes gestacional	2.3 2.26	<0,001 <0,001
Ferrari, B., et al. (33).	2021	454/3.102	Italia	5,50%	“EPDS”	Psicopatología previa Historia familiar de trastornos mentales Empleo: temporal/desempleado	2.76 2.97 1.89	<0,001 <0,001 <0.05
Kızılırmak, A., et al. (34).	2020	51/181	Turquía	28.2%	“EPDS”	Violencia conyugal	4.83	0.002
Meky hk, et al. (35).	2019	412/458	Egipto	10%	“EPDS”	Parto: cesárea	4.6	< 0.001
Okunola TO, et al. (36).	2021	272	Nigeria	6,3%	“EPDS”	Violencia doméstica Complicaciones puerperales Depresión anteparto	3.40 4.33 10.60	0.01 0.03 <0.001
Van der Z, et al. (37).	2021	1406	Holanda	14,7%	“EPDS”	Experimentó >=3 eventos de depresión durante la vida Historial de depresión a lo largo de la vida Mala salud general antes del embarazo Depresión durante el embarazo Complicaciones durante el embarazo El embarazo se vivió de forma	2.38 3,77 1,75 6,96 1,96 3,28 2,65 3,19 3,45 2,49	0.004 <0.001 0.005 <0.001 <0.001 <0.001 <0.001 <0.001 <0.001 <0.001

						negativa	5,75	<0.001
						La entrega se experimentó de forma negativa		
						Experiencia negativa de la primera semana postparto		
						Madre dormida perturbada		
						Apoyo social bajo		
						Madre con mala salud actual		
Swart T, et al. (38).	2023	2.473/4.306	Australia	16,5%	“EPDS”	Nacimientos múltiples	2.28	0,009
						Cesárea de emergencia	1,67	<0,001
						Sufrimiento fetal antes del nacimiento	1,49	0,0002
						Parto inducido	1,55	<0,001
						Placenta previa	2,60	0,002
Yang Z, et al. (39).	2024	314/350	China	8.90%	“EPDS”	Sangrado en el parto (mL)	1.67	0,001
						Constipación	4.781	0,012

Interpretación: La presente tabla muestra la información organizada por autor, año de publicación, muestra, país del estudio, prevalencia de depresión postparto, instrumento de recolección de datos, describe los factores de riesgo asociados a la DPP con su OR e índice p, destacando los factores obstétricos y el impacto de los antecedentes de enfermedades mentales personales y familiares.

En resumen, los factores de riesgo que se asocian a la depresión postparto consisten en factores sociodemográficos, obstétricos y psicosociales, en donde se incluyen los antecedentes de trastornos mentales familiares y personales, a continuación, se describen los factores relevantes.

Los factores sociodemográficos que asocian para el desarrollo de la depresión postparto se presentan en los siguientes artículos: Santiago ST et al. 2023 (21), en su estudio realizado en México a 717 puérperas, con el 14.9% de DPP, a través de la escala de Edimburgo, evidenció que el estado civil soltera es un factor desencadenante ya que presentó un OR: 7.9 y un índice p: 0.001, asimismo la dificultad económica con OR: 4.7 y índice p:<0.001, en cambio Johar et al. 2020 (23), en su investigación realizada en Alemania a 1583 puérperas, con una prevalencia del 7.90% para DPP, demostró que el nivel educativo bajo influye con un OR: 1.41 y índice p: < 0,05 y finalmente Ferrari et al. 2021 (33), en su estudio realizado en Italia a 454 puérperas cuya prevalencia para DPP fue del 5.50%, determinó que el empleo temporal o el estar desempleado influye con un OR: 1.89, índice p:<0.05.

Los factores obstétricos que influyen en la depresión postparto son:

Paridad múltiple tal como se observa en el estudio de Cho H, et al. 2022, Corea (20), realizado a 1.654 puérperas, con una prevalencia 16.1% de DPP, determinó que la paridad: múltipara influye como un factor de riesgo con un OR: 2.85 y índice p: < .0001.

Dos artículos evidenciaron que presentar un aborto previo influye para presentar depresión postparto, tanto el estudio de Froeliger, et al. 2024 (24), realizado en Francia a 2811 puérperas donde el 9,10% presentó DPP y en el estudio de Lin YH, et al. 2022 (28), el cual investigó a 1197 mujeres en Taiwán, con el 2,26% de prevalencia para DPP, teniendo de esta manera un OR: 1.4 a 1.47 y un índice p: 0.001 a 0.05.

El parto inducido como factor de riesgo fue demostrado en dos artículos, en el de Froeliger, et al. 2024 (24), y en el de Swart et al. 2023 (38), presentando un OR: 1.5 a 1,55 y un índice p:<0.01 a 0.02.

Hipertensión gestacional y diabetes gestacional son un factor de riesgo según Fu, Y., et al. 2023 (32), en su investigación realizada en 321 puérperas de China, donde el 22.10% presentó DPP, presentando la hipertensión gestacional un OR: 2.3, índice p:<0.001 y diabetes gestacional un OR: 2.26, índice p:<0.001 siendo así factores desencadenantes de DPP.

Las complicaciones durante el embarazo se destacan como un factor de riesgo en tres artículos que presentan un OR: 1.96 a 2.8 y un índice p: <0.00 a <0.001, demostrando la correlación directa según Santiago ST et al. 2023 (21), Badiya Pk, et al. 2020 (25) y Van der Z. et al. 2021(37).

Las complicaciones puerperales se evidenciaron en dos artículos, los cuales presentan un OR: 1.67 a 4.33 y un índice p: 0.001 a 0.03, demostrando que influyen como desencadenantes de esta patología mental según Okunola, TO, et al.2021 (36) y Yang, Z., et al. 2024 (39).

El parto por cesárea influye como un factor de riesgo en dos artículos cuyo OR va desde 1.76 a 4.6 con un índice p: <0.001, se observa en el estudio de Meky, HK, et al. 2019 (35) y en el de Swart T, et al. 2023 (38).

Swart T, et al. 2023 (38), en su estudio realizado en 2.473 puérperas de Australia, con una prevalencia del 16,5% de DPP, evidenció otros factores obstétricos como: nacimientos múltiples con un OR: 2.280, índice p: 0.009, sufrimiento fetal antes del nacimiento con un OR: 1,490, índice p: 0.002 y placenta previa con un OR: 2,60, índice p: 0,002.

Dentro de los factores de riesgo psicosociales encontramos:

Los antecedentes de depresión se han encontrado en siete artículos donde presentan un OR: 1,66 a 10.60 con un índice de p: <0.001 a 0.007, por lo que se puede decir que tener depresión en el pasado puede incrementar el riesgo de hasta 10 veces de sufrir DPP, este factor de riesgo es descrito en los siguientes estudios: de Cho H, et al. 2022 (20), Santiago ST et al. 2023 (21), Johar et al. 2020 (23), Froeliger, et al. 2024 (24), Afshari, P., et al.2020 (30), Ammerman RT, et al. 2019 (27) y Van der Z. et al. 2021 (37).

El trastorno bipolar como factor de riesgo se ha incluido en un artículo realizado por Santiago et al. 2023 (21), en donde se presenta como un OR: 5, índice p: 0.02 mientras que el trastorno de estrés postraumático se presenta en la investigación de Liu Yh, et al. 2021(22), con un OR: 9.170, índice p: <0.001, evidenciando de esta manera la importancia de estos trastornos para el desarrollo de DPP.

Sufrir de ansiedad grave tiene un riesgo de 273 veces de desencadenar depresión postparto a comparación de la ansiedad moderada que tiene un riesgo de 17 veces, según el estudio realizado por Silva R.et al. 2021(31), en Brasil en 227 puérperas de las cuales el 29.1% presentó DPP, siendo sus factores de riesgo más prevalentes la ansiedad grave con un OR: 273.00, índice p: 0.00 y la ansiedad moderada con un OR: 17.38, índice p: <0.001.

Los antecedentes de trastornos mentales también influyen en el desarrollo de DPP como se observa en el estudio de Ferrari et al. 2021 (33), en donde la historia familiar de trastornos mentales se presenta con un OR: 2.97, índice p: <0.001 y en el estudio de Bante A, et al. (29), donde evidencia que tener un antecedente de trastorno mental personal es un riesgo con un OR:3.56 y un índice p:0.001.

Durante el postparto se ha observado que la mala calidad del sueño y el dormir perturbada es un factor de riesgo, como se aprecia en el artículo de Liu YH, et al. 2021(22), donde la calidad del sueño bajo presenta un OR: 3.640, índice p: <0.001 y en el estudio de Van der Z. et al. 2021(37), realizado a 1406 puérperas de Holanda de las cuales el 14.7% presentó DPP, se observa que dormir perturbada presenta un OR: 3,28, índice p: <0.001.

Cho H et al. 2022 (20), en su estudio refiere que las mujeres que tienen una carga parental alta durante el último mes presentan un factor de riesgo para DPP con OR: 12.48, índice p: <.0001, según Froeliger et al. 2024 (24), otros factores desencadenantes son los antecedentes psiquiátricos con un OR: 2.9, índice p: <0.01 y los malos recuerdos durante el postparto inmediato o dos meses después del parto tienen ya que se presentan con un OR: 2.4, índice p: <0.01.

Los problemas de salud también son factores de riesgo asociados a la DPP, según Badiya Pk et al (25), en su estudio tomar medicamentos para enfermedades crónicas se asocia con un OR: 2.94, índice p: <0.001, así como problemas de salud en miembros importantes de la familia se considera un riesgo con un OR: 1.92, índice p: <0.001, mientras que en el estudio de Joshi D. et al. 2019 (26), detalla que tener problemas de salud previo presentan un riesgo con un OR: 5.33, índice p: 0.002, Lin Yh, et al. 2022 (28), manifiesta que si el neonato tiene problemas de salud y es admitido en UCI existe un riesgo de DPP con un OR: 3.88, índice p: <0.001 y finalmente el estudio de Van Der Z, et al. 2021 (37), manifiesta que tener mala salud antes del embarazo influye con un OR: 1.75, índice p: 0.005.

DISCUSIÓN

La presente revisión sistemática pretende identificar los factores de riesgo asociados a la depresión postparto mediante una exhaustiva búsqueda de la literatura científica actualizada, así como conocer la influencia de los factores de riesgo obstétricos y el impacto de los antecedentes de enfermedades mentales personales y familiares, para lo cual se recopiló información de artículos científicos con el fin de dar un mayor realce a la investigación y cumplir con los objetivos planteados.

La depresión postparto o perinatal se caracteriza por ser un trastorno multifactorial debido a los diversos cambios psicológicos y físicos que sufre la mujer durante el puerperio, consecuentemente, en la presente revisión sistemática se destaca la influencia de factores obstétricos, sociodemográficos y los antecedentes personales y familiares de trastornos mentales en la aparición de depresión postparto.

De esta manera podemos decir que los factores de riesgo socio demográficos influyen pero han sido poco descritos en los estudios, ya que en la mayoría no presentaban evidencia científica o su índice p no se correlacionaba quedando nula su participación como factor de riesgo, los estudios que evidencian los factores sociodemográficos son: Santiago ST et al. 2023 (21), describe que el estado civil soltera es un factor desencadenante con un OR: 7.9 y un índice p: 0.001, asimismo la dificultad económica con OR: 4.7 y índice p:<0.001, correlacionándose con otras investigaciones no incluidas en esta revisión como la de Urdaneta., et al (42), con la participación 50 puérperas de las cuales el 22% presento DPP, se observa que la influencia del estado civil soltera/separada se reporta en un OR 1.30, IC 95% 0,49-3,40, asimismo en el estudio realizado por Tsai J-M et al (41), en 12.198 puérperas de Taiwán donde el 10,2% (1244) desarrollaron DPP presentando un OR = 1,52, IC95%: 1,18-1,99, por lo que podemos concluir que el estar soltera puede desencadenar DPP.

Johar et al. 2020 (23), demostró que el nivel educativo bajo influye con un OR: 1.41 y índice p: < 0,05, se correlaciona con un estudio realizado por Beingolea M, et al. 2021 (40), en Perú en 36 mujeres, el 72% sufrió de DPP en donde la escolaridad baja se presenta con un OR: 5.991, índice p: 0.05 y Ferrari et al. 2021 (33), determinó que el empleo temporal o el estar desempleado influye con un OR: 1.89, índice p:<0.05.

Dentro de los factores obstétricos podemos destacar que las pacientes que presentaron complicaciones durante el embarazo OR: 1.96 a 2.8 y un índice p: <0.00 a <0.001, tiene menor

riesgo de presentar DPP frente a las pacientes que presentaron complicaciones puerperales con un OR: 1.67 a 4.33 y un índice p: 0.001 a 0.03, demostrando que ambos influyen como desencadenantes sin embargo las complicaciones en la etapa del puerperio tienen un mayor riesgo para desencadenar esta patología mental (21), (25), (36), (37), (39).

Se ha observado además que el parto por cesárea desarrolla con mayor frecuencia DPP frente a los partos inducidos, el parto por cesárea presentó un OR de 1.76 a 4.6 con un índice p: <0.001 mientras que inducción del parto presentó un OR: 1.5 a 1,55 y un índice p:<0.01 a 0.02 (24), (35), (38).

Según Cho H, et al. 2022, Corea (20), en su estudio realizado a 1.654 puérperas, con una prevalencia 16.1% de DPP, presento que la paridad: múltipara influye como un factor de riesgo con un OR: 2.85 y índice p: < .0001, mientras que Swart T, et al. 2023 (38), en su estudio realizado en 2.473 puérperas de Australia, con una prevalencia del 16,5% de DPP, detalla que los nacimientos múltiples presentan un OR: 2.280, índice p: 0.009, de esta manera podemos interpretar que tener nacimientos múltiples tiene un riesgo de presentar DPP de 2.280 veces a comparación de tener paridad múltiple que tiene 2.85 veces.

Lin Yh, et al. 2022 (28), manifiesta que si el neonato es admitido en UCI existe un riesgo de desencadenar DPP con un OR: 3.88, índice p: <0.001 mientras que Swart T, et al. 2023 (38), en su estudio realizado en 2.473 puérperas de Australia, con una prevalencia del 16,5% de DPP, evidenció que si existe sufrimiento fetal antes del nacimiento con un OR: 1,490, índice p: 0.002 las mujeres pueden desarrollar DPP.

Según Fu, Y., et al. 2023 (32), en su investigación realizada en 321 puérperas de China, donde el 22.10% presento DPP, la hipertensión gestacional con un OR: 2.3, índice p:<0.001 y diabetes gestacional con un OR: 2.26, índice p:<0.001 influyen como desencadenantes de DPP, sin embargo, el estudio realizado por Joshi D. et al. 2019 (26), en 143 puérperas en Nepal con una prevalencia del 18.2% de DPP a través de la “Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo” detalla que tener problemas de salud previo presentan un riesgo con un OR: 5.33, índice p: 0.002, asimismo, el estudio de Van der Z. et al. 2021(37), realizado a 1406 puérperas de Holanda de las cuales el 14.7% presentó DPP manifiesta que tener mala salud antes del embarazo influye con un OR: 1.75, índice p: 0.005, por lo que es más riesgoso tener problemas de salud antes del embarazo que en el embarazo.

Con respecto al impacto que generan los antecedentes de enfermedades mentales personales y familiares en la depresión se evidencia según el estudio de Froeliger, et al. 2024 (24), realizado en Francia a 2811 puérperas donde el 9,10% presento DPP que tener antecedentes psiquiátricos es un riesgo con un OR: 2.9, índice p: <0.01 mientras que Ferrari et al. 2021 (33), en su estudio realizado en Italia a 454 puérperas cuya prevalencia para DPP fue del 5.50% afirma que la historia familiar de trastornos mentales se presenta con un OR: 2.97, índice p: <0.001, por lo que los antecedentes personales y familiares pueden predisponer una DPP.

El haber sufrido de ansiedad grave según el estudio de Silva R. et al. 2021 (31), realizado en Brasil en 227 puérperas de las cuales el 29.1% presentó DPP, es un factor de riesgo predisponerte con un OR: 273.00, índice p: 0.00, mientras que el haber sufrido de depresión según el estudio de Okunola TO, et al. 2021(36), realizado en 272 puérperas de Nigeria, donde el 6,3% hizo DPP se presenta con un OR: 10.60, índice p: <0.001, determinando de esta manera que sufrir de ansiedad grave en el pasado tiene un riesgo de 273 veces en comparación de tener un antecedente de depresión cuyo riesgo es de 10 veces.

El trastorno bipolar como factor de riesgo se ha incluido en el artículo realizado por Santiago et al. 2023 (21), en México a 717 puérperas, con el 14.9% de DPP, a través de la escala de Edimburgo evidencio que se presenta como un OR: 5, índice p: 0.02, mientras que el trastorno de estrés postraumático se presenta en la investigación de Liu Yh, et al. 2021(22), realizado 1136 puérperas de China, cuya prevalencia de DPP fue del 23,50%, se presenta con un OR: 9.170, índice p: <0.001, evidenciando de esta manera la importancia de estos trastornos para el desarrollo de DPP, sin embargo sufrir de un trastorno de estrés postraumático influye 9.170 veces más que sufrir de un trastorno bipolar.

Durante el postparto se ha observado que la mala calidad del sueño y el dormir perturbada es un factor de riesgo, como se aprecia en el artículo de Liu YH, et al. 2021(22), donde la calidad del sueño bajo presenta un OR: 3.640, índice p: <0.001 y en el estudio de Van der Z. et al. 2021(37), realizado a 1406 puérperas de Holanda de las cuales el 14.7% presentó DPP, se observa que dormir perturbada presenta un OR: 3,28, índice p: <0.001, por lo que se debe cuidar de las horas de sueño de la puérpera y brindar ayuda psicológica durante esta etapa de puerperio.

Cho H et al. 2022 (20), en su estudio refiere que las mujeres que tienen una carga parental alta durante el último mes presentan un factor de riesgo para DPP con OR: 12.48, índice p: <.0001,

según Froeliger et al. 2024 (24), presentar malos recuerdos durante el postparto inmediato o dos meses después del parto influyen ya que se presenta con un OR: 2.4, índice p: <0.01.

Los problemas de salud también son factores de riesgo asociados a la DPP, según Badiya Pk et al. 2020 (25), en su estudio realizado a 347 puérperas de la India, el 24,50% sufrió de DPP, mediante la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo se evidenció que tomar medicamentos para enfermedades crónicas se asocia con un OR: 2.94, índice p: <0.001, así como problemas de salud en miembros importantes de la familia se considera un riesgo con un OR: 1.92, índice p: <0.001, mientras que en el estudio de Joshi D. et al. 2019 (26), realizado a 143 puérperas en Nepal con una prevalencia del 18.2% de DPP, a través de la “Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo” detalla que tener problemas de salud previo presentan un riesgo con un OR: 5.33, índice p: 0.002, Lin Yh, et al. 2022 (28), en su estudio realizado a 1197 mujeres en Taiwán, con el 2,26% de prevalencia para DPP manifiesta que si el neonato tiene problemas de salud y es admitido en UCI existe un riesgo de DPP con un OR: 3.88, índice p: <0.001 y finalmente el estudio de Van der Z. et al. 2021(37), realizado a 1406 puérperas de Holanda de las cuales el 14.7% presentó DPP manifiesta que tener mala salud antes del embarazo influye con un OR: 1.75, índice p: 0.005.

En el presente estudio llama la atención ciertas limitaciones que es necesario colocar en énfasis. Por medio de la búsqueda exhaustiva se ha logrado encontrar publicaciones que sugerían remuneración para su acceso a la información, además, la mayoría de los estudios incluidos muestran son heterogéneos en sus resultados. Asimismo, se encontró algunos artículos incongruentes e incompletos que no aportaban a la investigación. Adicionalmente, al ser una patología mental poco considerada, los estudios son escasos dentro del país.

Mediante los resultados de la presente revisión sistemática se logra evidenciar que la Depresión Postparto es un grave problema de salud pública a nivel mundial, donde participan factores obstétricos y antecedentes psiquiátricos que lamentablemente no se pueden modificar, sin embargo, se puede brindar psicoeducación con el fin de que las mujeres tengan un acompañamiento individualizado desde el embarazo para que puedan identificar esta patología y buscar ayuda profesional, debido a que, muchas veces no es diagnosticada ni recibe el tratamiento oportuno, de esta manera disminuiríamos los suicidios y filicidios.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Carlson K, Mughal S, Azhar Y, Siddiqui W. Postpartum Depression. StatPearls [Internet]. 2024 Aug 12 [cited 2024 Aug 30];1–3. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519070/>
2. Enrique Jadresic M. Depresión perinatal: Detección y tratamiento. *Rev Médica Clínica Las Condes*. 2014 Nov 1;25(6):1019–28.
3. Gebregziabher NK, Netsereab TB, Fessaha YG, Alaza FA, Ghebrehiwet NK, Sium AH. Prevalence and associated factors of postpartum depression among postpartum mothers in central region, Eritrea: a health facility-based survey. *BMC Public Health* [Internet]. 2020 Dec 1 [cited 2024 Aug 30];20(1):1–10. Available from: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-020-09676-4>
4. Fiala A, Švancara J, Klánová J, Kašpárek T. Sociodemographic and delivery risk factors for developing postpartum depression in a sample of 3233 mothers from the Czech ELSPAC study. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2017 Mar 21 [cited 2024 Aug 30];17(1):1–10. Available from: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-017-1261-y>
5. Sanabria, L. S., Tezpa, D. I., & Ramos MF. Trastornos del estado de ánimo en el postparto. *Acta médica Grup Ángeles* [Internet]. 2022; 20:173–7. Available from: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=104280>
6. ¿Qué es la depresión posparto? | Portal sobre crianza [Internet]. [cited 2024 Aug 30]. Available from: <https://www.unicef.org/parenting/es/salud-mental/que-es-la-depresion-posparto>
7. Organización Mundial de la Salud. Depresión [Internet]. 2023. Available from: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression?gad_source=1&gclid=Cj0KCQjw-r-vBhC-ARIsAGgUO2Dxi9EZcRZesaY90en0SsGmbMryAKinaiFVJ0mre89iXSh3sqyD5tkaAg9sEALw_wcB
8. Stewart DE VS. Postpartum Depression: Pathophysiology, Treatment, and Emerging Therapeutics. *Annu Rev Med* [Internet]. 2019; Available from: <https://www.annualreviews.org/deliver/fulltext/med/70/1/annurev-med-041217-011106.pdf?itemId=/content/journals/10.1146/annurev-med-041217-011106&mimeType=application/pdf>
9. Caparros-Gonzalez RA, Romero-Gonzalez B, Peralta-Ramirez MI. Depresión posparto, un problema de salud pública mundial. *Rev Panam Salud Publica*;42, jun 2018 [Internet]. 2018 [cited 2024 Aug 30];42. Available from: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49117>
10. Barrera AZ NA. Depression help-seeking attitudes and behaviors among an Internet-based sample of Spanish-speaking perinatal women - PubMed [Internet]. *Rev Panam Salud Publica*. 2015 [cited 2024 Aug 30]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25988251/>
11. Leveau-Bartra HR, Chávez-Navarro JR, Calle-Vilca LA, Guerrero-Ortiz HA, Mejía-Lengua CE, Luján-Divizzia BM, et al. Factores asociados a la depresión posparto en puérperas de un hospital peruano. *Clin Invest Ginecol Obstet* [Internet]. 2024;51(4):100986. Disponible en:

<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0210573X24000492>

12. Santacruz Fernández, M et al. Depresión posparto. Prevalencia y factores de riesgo en madres atendidas en el Hospital José Carrasco Arteaga, Cuenca 2014. Universidad de Cuenca; 2015.
13. DIPRECE. Protocolo de detección de la depresión durante el embarazo y posparto y apoyo al tratamiento - [Internet]. 2014 [cited 2024 Aug 31]. Available from: <https://diprece.minsal.cl/protocolo-de-deteccion-de-la-depresion-durante-el-embarazo-y-posparto-y-apoyo-al-tratamiento-2/>
14. Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE. Antenatal risk factors for postpartum depression: A synthesis of recent literature. *Gen Hosp Psychiatry* [Internet]. 2004 [cited 2024 Aug 30];26(4):289–95. Available
15. American Psychiatric Association. *Psiquiatría.org - DSM* [Internet]. 2024 [cited 2024 Aug 31]. Available from: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>
16. Secretaría de Salud. Gobierno de México. Prevención, diagnóstico y manejo de la depresión prenatal y posparto en el primer y segundo niveles de atención [Internet]. 2021 [cited 2024 Aug 30]. Available from: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262004000300005
17. Gentile S. Use of contemporary antidepressants during breastfeeding: a proposal for a specific safety index. *Drug Saf* [Internet]. 2007 [cited 2024 Aug 30];30(2):107–21. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17253877/>
18. Ciapponi A. Herramientas ROBINS para evaluar el riesgo de sesgo de estudios no aleatorizados. *Evidencia, Actual en la práctica ambulatoria* [Internet]. 2022 Aug 24 [cited 2024 Aug 31];25(3): e007024–e007024. Available from: <https://www.evidencia.org.ar/index.php/Evidencia/article/view/7024>
19. Berra S, Josep /, Elorza-Ricart M, Estrada M-D, Sánchez E. Instrumento para la lectura crítica y la evaluación de estudios epidemiológicos transversales. *Gac Sanit* [Internet]. 2008 [cited 2024 Aug 31];22(5):492–7. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112008000500015&lng=es&nrm=iso&tlng=es
20. Cho H, Lee K, Choi E, Cho HN, Park B, Suh M, et al. Association between social support and postpartum depression. *Sci Rep* [Internet]. 2022;12(1):3128. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1038/s41598-022-07248-7>
21. Santiago-Sanabria L et al. Depresión posparto: prevalencia y factores de riesgo asociados en una muestra de población mexicana [Internet]. *scielo*. 2023 [citado el 17 de septiembre de 2024]. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0300-90412023000400002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
22. Liu Y, Zhang L, Guo N, Jiang H. Postpartum depression and postpartum post-traumatic stress disorder: prevalence and associated factors. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2021 Dec 1 [cited 2024 Aug 31];21(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34610797/>
23. Johar H, Hoffmann J, Günther J, Atasoy S, Stecher L, Spies M, et al. Evaluation of antenatal risk factors for postpartum depression: a secondary cohort analysis of the cluster-randomised GeliS trial. *BMC Med* [Internet]. 2020 Jul 24 [cited 2024 Aug 31];18(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32703266/>

24. Froeliger A, Deneux-Tharaux C, Loussert L, Bouchghoul H, Madar H, Sentilhes L. Prevalence and risk factors for postpartum depression 2 months after a vaginal delivery: a prospective multicenter study. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2024 Mar 1 [cited 2024 Aug 31];230(3S):S1128-S1137.6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38193879/>
25. Badiya PK, Siddabattuni S, Dey D, Javvaji SK, Nayak SP, Hiremath AC, et al. Identification of clinical and psychosocial characteristics associated with perinatal depression in the south Indian population. *Gen Hosp Psychiatry*. 2020 Sep 1; 66:161–70.
26. Joshi D, Shrestha S, Shrestha N. Understanding the antepartum depressive symptoms and its risk factors among the pregnant women visiting public health facilities of Nepal. *PLoS One* [Internet]. 2019 Apr 1 [cited 2024 Aug 31];14(4). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30947251/>
27. Ammerman RT, Scheiber FA, Peugh JL, Messer EP, Van Ginkel JB, Putnam FW. Interpersonal trauma and suicide attempts in low-income depressed mothers in home visiting. *Child Abuse Negl* [Internet]. 2019 Nov 1 [cited 2024 Aug 31];97. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31473381/>
28. Lin YH, Chen CP, Sun FJ, Chen CY. Risk and protective factors related to immediate postpartum depression in a baby-friendly hospital of Taiwan. *Taiwan J Obstet Gynecol* [Internet]. 2022 Nov 1 [cited 2024 Aug 31];61(6):977–83. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36428001/>
29. Bante A, Mersha A, Zerdo Z, Wassihun B, Yeheyis T. Comorbid anxiety and depression: Prevalence and associated factors among pregnant women in Arba Minch zuria district, Gamo zone, southern Ethiopia. *PLoS One* [Internet]. 2021 Mar 1 [cited 2024 Aug 31];16(3). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33690693/>
30. Afshari P, Tadayon M, Abedi P, Yazdizadeh S. Prevalence and related factors of postpartum depression among reproductive aged women in Ahvaz, Iran. *Health Care Women Int* [Internet]. 2020 Mar 3 [cited 2024 Aug 30];41(3):255–65. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30924721/>
31. Silva RS, Junior RA, Sampaio VS, Rodrigues KO, Fronza M. Postpartum depression: a case-control study. *J Matern Fetal Neonatal Med* [Internet]. 2021 [cited 2024 Aug 30];34(17):2801–6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31581862/>
32. Fu Y, Lin X, Li Y, Zhang M, Chen WT, Huang F. Trajectories of cognitive reactivity and its predictive value on postpartum depression in Chinese women: a latent class growth modeling analysis. *J Psychosom Obstet Gynaecol* [Internet]. 2023 [cited 2024 Aug 30];44(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37747284/>
33. Ferrari B, Mesiano L, Benacchio L, Ciulli B, Donolato A, Riolo R. Prevalence and risk factors of postpartum depression and adjustment disorder during puerperium - retrospective research. *J Reprod Infant Psychol* [Internet]. 2021 [cited 2024 Aug 30];39(5):486–98. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32584147/>
34. Kızılırmak A, Calpbınici P, Tabakan G, Kartal B. Correlation between postpartum depression and spousal support and factors affecting postpartum depression. *Health Care Women Int* [Internet]. 2021 [cited 2024 Aug 30];42(12):1325–39. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32407210/>
35. Meky HK, Shaaban MM, Ahmed MR, Mohammed TY. Prevalence of postpartum depression regarding mode of delivery: a cross-sectional study. *J Matern Fetal Neonatal*

- Med. 2020 Oct;33(19):3300-3307. doi: 10.1080/14767058.2019.1571572. Epub 2019 Jan 31. PMID: 30704328.
36. Okunola, TO, Awoleke, JO, Olofinbiyi, B., Rosiji, B., Olubiyi, AO y Omoya, S. (2021). Predictores de depresión posparto en una población obstétrica del suroeste de Nigeria. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 40 (4), 420–432. <https://doi.org/10.1080/02646838.2021.1886259>
 37. Van der Zee-van den Berg AI, Boere-Boonekamp MM, Groothuis-Oudshoorn CGM, Reijneveld SA. Postpartum depression and anxiety: a community-based study on risk factors before, during and after pregnancy. *J Affect Disord* [Internet]. 2021; 286:158–65. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2021.02.062>
 38. Swart T, Shandley K, Huynh M, Brown CM, Austin DW, Bhowmik J. Pregnancy complications and their association with postpartum depression symptoms: a retrospective study. *Aust J Psychol* [Internet]. 2023;75(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/00049530.2023.2247088>
 39. Yang, Z., Shao, C. y Tang, C. (2024). Factores de riesgo del estado de ánimo negativo perinatal y su influencia en el pronóstico: un estudio de cohorte retrospectivo. *Psychology Research and Behavior Management*, 17, 853–865. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S451843>
 40. Beíngolea MI, Quispe PB, Fajardo AB. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN POSPARTO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REFERENCIAL DE AYACUCHO; 2020. Investigación [Internet]. 2021 Jul 1 [cited 2024 Aug 30];29(2):277–84. Available from: <https://revistas.unsch.edu.pe/index.php/investigacion/article/view/348>
 41. Tsai J-M, Tsai L-Y, Tsay S-L, Chen Y-H. The prevalence and risk factors of postpartum depression among women during the early postpartum period: a retrospective secondary data analysis. *Taiwan J Obstet Gynecol* [Internet]. 2023;62(3):406–11. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S102845592300075X>
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262010000500007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 42. José Urdaneta M, Ana Rivera S, José García I, Mery Guerra V, Nasser Baabel Z, Alfi Contreras B. PREVALENCIA DE DEPRESIÓN POSPARTO EN PRIMIGESTAS Y MULTÍPARAS VALORADAS POR LA ESCALA DE EDIMBURGO. *Rev Chil Obstet Ginecol* [Internet]. 2010 [cited 2024 Aug 31];75(5):312–20. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262010000500007&lng=es&nrm=iso&tlng=es

ANEXOS

Escala de depresión postnatal de Edimburgo

Esta escala con frecuencia utilizada para la detección de la depresión postparto por parte de profesionales especializados en la salud mental. Este instrumento consta de 10 agregados cada uno con 4 opciones y con las respectivas calificaciones que van de 0-3 puntos.

El cuestionario o escala se lo utiliza dentro de la etapa puerperal, considerándose como fin de puntuación mayor o igual a 10 como posible depresión postparto. En caso contrario, si se usa esta misma herramienta en etapa gestacional se discurre la puntuación final mayor o igual a 13 para diagnóstico de depresión gestacional (15).

Cuestionario Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) (17)

Nombre.....

Dirección..... Teléfono.....

Su fecha de Nacimiento..... Fecha de Nacimiento del bebé.....

Ahora que está embarazada o ha tenido un bebé recientemente, queremos saber cómo se ha sentido los últimos 7 días. Por favor, seleccione la respuesta que más se asemeje a sus sentimientos:

- | | |
|--|---|
| 1) He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas:
0 Tanto como siempre
1 No tanto ahora
2 Mucho menos ahora
3 No, nada | 6) Las cosas me han estado abrumando:
3. Sí, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto
2. Sí, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre
1. No, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien
0. No, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre |
| 2) He disfrutado mirar hacia delante:
0 Tanto como siempre
1 Menos que antes
2 Mucho menos que antes
3 Casi nada | 7) Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir:
3. Sí, la mayor parte del tiempo
2. Sí, a veces
1. No con mucha frecuencia
0. No, nunca |
| 3) Cuando las cosas han salido mal, me he culpado a mí misma innecesariamente:
3. Sí, la mayor parte del tiempo
2. Sí, a veces
1. No con mucha frecuencia
0. No, nunca | 8) Me he sentido triste o desgraciada:
3. Sí, la mayor parte del tiempo
2. Sí, bastante a menudo
1. No con mucha frecuencia
0. No, nunca |
| 4) He estado nerviosa o inquieta sin tener motivo:
0 No, nunca
1 Casi nunca
2 Sí, a veces
3 Sí, con mucha frecuencia | 9) Me he sentido tan desdichada que he estado llorando:
3. Sí, la mayor parte del tiempo
2. Sí, bastante a menudo
1. Sólo ocasionalmente
0. No, nunca |
| 5) He sentido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo:
3. Sí, bastante
2. Sí, a veces
1. No, no mucho
0. No, nunca | 10) Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño:
3. Sí, bastante a menudo
2. A veces
1. Casi nunca
0. Nunca |

María José Quinteros Salazar portador(a) de la cédula de ciudadanía N.º **0302407663**. En calidad de autor y titular de los derechos patrimoniales del trabajo de titulación **“Factores de riesgo asociados a la depresión postparto. Revisión Sistemática”** 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 éste trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Azogues, **21 de octubre de 2024**



Firmado electrónicamente por:
**MARIA JOSE
QUINTEROS
SALAZAR**

María José Quinteros Salazar

C.I. 0302407663