



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE MEDICINA

DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO

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

AUTOR: DIANA ELIZABETH NAULA PUCHA

DIRECTOR: JEANNETH PATRICIA TAPIA CARDENAS

CUENCA –ECUADOR

2021

*Yo me gradué en
los 50 años de La Cato!
... y sostuve la Universidad*



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE MEDICINA

DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO

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

AUTOR: DIANA ELIZABETH NAULA PUCHA

DIRECTOR: JEANNETH PATRICIA TAPIA CARDENAS

CUENCA - ECUADOR

2021

*Yo me gradué en
los 50 años de La Cato!
... y sostuve la Universidad*

DECLARACIÓN

Yo, **DIANA ELIZABETH NAULA**; declaro bajo juramento que el presente trabajo de investigación es de mi autoría que no ha sido previamente presentado para ningún grado o calificación profesional; y, que he consultado la totalidad de las referencias bibliográficas que se incluyen en este documento; y eximo expresamente a la **UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA** y sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. La **UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**, puede hacer uso de los derechos correspondientes a este trabajo, según lo establecido por la ley de propiedad intelectual, por su reglamento y normatividad institucional vigente.



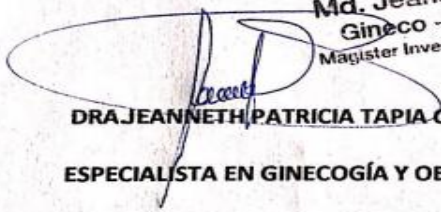
Diana Elizabeth Naula Pucha

CARTA DE ACEPTACIÓN COMO DIRECTOR DE REVISIÓN BIBLIOGRAFICA

Yo, **JEANNETH PATRICIA TAPIA CÁRDENAS.** con C.C. **01044577767:** docente de Medicina de la Carrera de Medicina de la Universidad Católica de Cuenca, acepto asesorar el trabajo de Titulación- Revisión Bibliográfica **“DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO”**, perteneciente al estudiante. **DIANA ELIZABETH NAULA PUCHA**

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente;



Md. Jeanneth Tapia
Gineco - Obstetra
Magister Investigación Salud

DRA. JEANNETH PATRICIA TAPIA CÁRDENAS.
ESPECIALISTA EN GINECOGÍA Y OBSTETRICIA
CATEDRÁTICA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Manuel Vega y Pio Bravo Teléfonos: 830752 – 4123175

www.ucacue.edu.ec

DEDICATORIA

EL presente trabajo lo dedico a Nuestro Creador por concederme la vida e inspirarme a estudiar, tan noble carrera y haberme permitido llegar a cumplir mi formación profesional. A mi padre por brindarme su amor, y sacrificio, por convertirse en mi gran pilar a lo largo de todo este camino. A mi madre por su cariño y esfuerzo, sus consejos que han sabido guiarme. A mi hijo que se convirtió en mi principal inspiración y mi fuerza para cumplir mi más grande sueño, A mis hermanos y tíos quienes fueron una guía importante e incondicional a lo largo de esta trayectoria A mis profesores por haberme compartido sus conocimientos y sabiduría en el transcurso de mi formación académica. A mi directora de tesis por ser mi guía y apoyarme durante todo el desarrollo de este proyecto.

AGRADECIMIENTO

Mi extensivo agradecimiento a la Universidad Católica de Cuenca, especialmente a la Unidad Académica de Salud y Bienestar quienes me abrieron sus puertas para ser mejores personas y excelentes profesionales con calidad y calidez

Mi gratitud y agradecimiento a la Dra. Patricia Tapia Cárdenas quien me oriento y siempre estuvo presta a ayudarme a través sus conocimientos, su apoyo incondicional como mi asesora y directora de Tesis

Muchas gracias a todos

RESUMEN

ANTECEDENTES: la depresión es un fenómeno frecuente en mujeres durante la etapa puerperal, por ello resulta oportuno y necesario un diagnóstico y tratamientos tempranos de esta patología.

OBJETIVO GENERAL: identificar la prevalencia, factores de riesgo, diagnóstico y manejo terapéutico de la depresión posparto.

METODOLOGÍA: estudio observacional, revisión bibliográfica. Se incluyeron artículos catalogados entre el cuartil 1-4 en el ranking de calidad de Scimago, publicados en un periodo de los últimos 5 años, con diseños descriptivos, transversales, retrospectivos y prospectivos, analíticos y ensayos clínicos controlados, en idioma inglés, español y/o portugués, Pubmed fue la base electrónica más frecuentemente consultada. La información fue registrada por medio de tablas personalizadas.

RESULTADOS: la prevalencia de depresión posparto (DPP) fluctuó entre un 14% al 56,9%. Las madres adolescentes, solteras, el bajo nivel socio-económico y educativo, la primiparidad, embarazo no planificado y antecedentes previos de depresión fueron considerados como factores de riesgo de DPP. La escala de Edimburgo mostró altos niveles de sensibilidad y especificidad en la detección DPP. La psicoterapia y la terapia cognitivo conductual se consideraron como los tratamientos más efectivos en el manejo de la DPP, aunque la sertralina, también mostró un impacto positivo.

CONCLUSIONES: la prevalencia de DPP mostró frecuencias importantes, se asoció a diversos factores sociodemográficos, obstétricos y antecedentes previos de depresión. La escala de Edimburgo fue un test muy sensible y específico en el diagnóstico de DPP; el manejo de dicha patología mostró buenos resultados con psicoterapia y terapia cognitivo conductual.

PALABRAS CLAVE: depresión posparto, diagnóstico, epidemiología, tratamiento

ABSTRACT

BACKGROUND: depression is a frequent phenomenon in women during the puerperal stage, for this reason an early diagnosis and treatment of this pathology is opportune and necessary.

GENERAL OBJECTIVE: to identify the prevalence, risk factors, diagnosis and therapeutic management of postpartum depression.

METHODOLOGY: observational study, bibliographic review. Articles cataloged between quartile 1-4 were included in the Scimago quality ranking, published in a period of the last 5 years, with descriptive, cross-sectional, retrospective and prospective designs, analytical and controlled clinical trials, in English, Spanish and Spanish or Portuguese, Pubmed was the most frequent electronic database consulted. The information was recorded by means of personalized tables.

RESULTS: the prevalence of postpartum depression (PPD) ranged from 14% to 56.9%. Adolescent, single mothers, low socio-economic and educational level, primiparity, unplanned pregnancy and a previous history of depression were found as risk factors for PPD. The Edinburgh scale showed high levels of sensitivity and specificity in the detection of PPD. Psychotherapy and cognitive behavioral therapy were considered the most effective treatments in the management of PPD, although sertraline also showed a positive impact.

CONCLUSIONS: the prevalence of PPD showed significant frequencies, it was associated with various sociodemographic and obstetric factors and a previous history of depression. The Edinburgh scale is a very sensitive and specific test in the diagnosis of PPD and the management of this pathology showed good results with psychotherapy and cognitive behavioral therapy.

KEY WORDS: postpartum depression, diagnosis, epidemiology, treatment

CONTENIDO

DECLARACIÓN	3
CARTA DE ACEPTACIÓN COMO DIRECTOR DE REVISIÓN BIBLIOGRAFICA	4
DEDICATORIA	5
AGRADECIMIENTO	6
RESUMEN	7
ABSTRACT	8
INTRODUCCIÓN	11
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
JUSTIFICACIÓN.....	14
FUNDAMENTO TEÓRICO	15
Puerperio y depresión posparto.....	15
Fisiopatología.....	15
Cuadro clínico	16
Diagnóstico:	16
Factores de riesgo.....	17
Tratamiento	17
OBJETIVOS.....	18
OBJETIVO GENERAL:.....	18
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	19
METODOLOGÍA.....	20
Diseño metodológico.....	20
Criterios de elegibilidad.....	20
Fuentes de información	20
Estrategia de búsqueda	20
Selección de estudios.....	20
Proceso de recopilación de la información:.....	20
Lista de datos	21
Síntesis de resultados.....	21
Aspectos éticos	21

Financiamiento:	21
DECLARATORIA DE AUTORÍA Y RESPONSABILIDAD	29
AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL	30

INTRODUCCIÓN

La depresión es un trastorno generalizado que se puede presentar en cualquier etapa de la vida de una persona, sin embargo, las mujeres tienen una mayor predisposición a desarrollar dicha patología en comparación con los varones, pues la depresión puede asociarse a periodos reproductivos y/o hormonales, entre los que se incluyen: el embarazo, parto, puerperio y menopausia (1).

No obstante, la presencia de depresión durante la fase de la maternidad, es sin duda una instancia patológica cuyas consecuencias se manifiestan no solamente en la madre sino también en su hijo y en el entorno familiar, evidenciándose conflictos que tienen serias repercusiones a corto y largo plazo tales como: trastornos en el desarrollo psicomotor del niño, alteraciones conductuales, violencia intrafamiliar, suicidios, entre otros (2).

La Depresión Posparto (DPP), conocida también como puerperal, es un estado transitorio donde florecen en las madres múltiples reacciones emocionales (3), que se experimentan a partir de la cuarta semana del puerperio, con síntomas como: labilidad emocional, insomnio, llanto, depresión, ansiedad e irritabilidad (4,5).

El diagnóstico prematuro de la DPP, sin duda es uno de los pilares fundamentales en rehabilitación y prevención de diferentes complicaciones en el binomio madre e hijo, así como en su entorno familiar como consecuencia de esta patología (3). Sin embargo, lamentablemente los episodios de DPP se pierden o son mal diagnosticados (6,7), debido a que la sintomatología de la DPP puede confundirse erróneamente con comportamientos relacionados con un estado adaptativo “normal” durante el puerperio (1).

Ante la necesidad de la evaluación de los síntomas depresivos en el puerperio, la Escala de Edimburgo, es sin duda la herramienta más utilizada en atención primaria, pues es un test fácilmente aplicable con alta sensibilidad y especificidad, que permite clasificar en tres estados de DPP a las mujeres sometidas a dicha medición (8). No obstante, en este punto los expertos especifican claramente que el juicio clínico prevalece sobre dicho instrumento, pues se debe

diferenciar de patologías como: bipolaridad, fobias, neurosis, trastornos de personalidad, entre otros (9–11).

En la presente revisión bibliográfica pretendemos poner en evidencia información actualizada en relación a la depresión posparto, con la finalidad de aportar con evidencia de alta calidad referente a la detección, factores de riesgo y manejo de dicha patología.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Durante el embarazo y el puerperio la mujeres experimentan diversas modificaciones físicas y hormonales que podrían facilitar el desencadenamiento de alteraciones de orden psicológico que podrían categorizarse desde molestias leves y/o transitorias como: el llanto, tristeza, angustia, falta de adaptabilidad y vinculación al recién nacido, hasta alteraciones más graves como ideas suicidas (12) (13).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha estimado que entre un 20% a un 40% de mujeres en países de desarrollo padecen depresión durante su etapa gestacional y luego del parto; con un prevalencia mundial aproximada de entre un 10% a un 20%, con amplia predominancia en púerperas categorizadas en niveles socioeconómicos bajos (14) (15), desempleadas, con menor formación académica (16), residentes en áreas urbanas (17).

Se estima que alrededor del 7 al 19% de mujeres presentará síntomas clínicamente evidentes relacionados con DPP (9), además aproximadamente un 10 a 15% de madres con síntomas de orden psicológico desarrollará una enfermedad depresiva (18), aunque se ha nombrado también que la melancolía o tristeza posparto (baby blues) relacionada con la maternidad, es una condición transitoria que puede visibilizarse en una prevalencia variable de entre un 30% al 80% de mujeres (9).

Los trastornos afectivos durante el puerperio han sido categorizados según el consenso de expertos en tres grupos principales, en primera instancia, se ha enunciado la disforia o baby blues, la cual se manifiesta por síntomas de labilidad emocional y tristeza, evidenciada aproximadamente desde el tercer día del puerperio, pero que se caracteriza por una duración de hasta quince días (11).

En segunda instancia, se ha incluido la DPP, que es un punto intermedio entre la disforia y la psicosis, la cual se presenta luego de la cuarta semana del puerperio, pudiendo instaurarse lentamente por semanas o meses después del alumbramiento con una frecuencia de presentación que oscila entre un 10 a un 25% (19) (20).

Uno de los problemas principales que pueden enmascarar esta patología es que la sintomatología atribuida a DPP puede entenderse como una adaptación normal del puerperio, por lo que alrededor del 50% de casos de depresión posparto no se diagnostican y por ende no se tratan de manera oportuna (21). Aunque es importante subrayar el cuadro clínico de DPP puede ser breve y remitir espontáneamente, alrededor del 30% de mujeres que experimentaron de DPP continúan deprimidas incluso años después del parto (22).

La psicosis puerperal, es un cuadro clínico que se puede visibilizar generalmente a partir del tercer mes hasta los doce meses posteriores al parto, sin embargo, afortunadamente tiene una baja prevalencia que fluctúa entre 0,1% a un 0,2% (11), y se diferencia de la DPP, debido a que además del cuadro clínico de ansiedad y fatiga, se presentan afirmaciones obsesivas e irracionales y alucinaciones, que representan un peligro latente en la madre y en el recién nacido (23).

La DPP tiene sin duda consecuencias negativas, no solamente en la madre con la consecuente sintomatología que se instaura como consecuencia de dicha patología, sino que además puede afectar el desarrollo neuronal del recién nacido, pues este nuevo ser puede verse profundamente influenciado por las actitudes positivas y/o negativas de su cuidador, en este caso de su madre, lo cual como es evidente podría generar secuelas bio-psicosociales en el niño durante su etapa posnatal (14) (17). Eso sin contar con los efectos sobre la vinculación madre e hijo, con repercusiones sobre todo en torno a la lactancia materna (24) (25).

Ante los argumentos expuestos consideramos que la depresión posparto es sin duda un grave problema de salud que como hemos evidenciando repercute no solo en la salud materna sino también en el niño y su entorno familiar, por lo que a la luz de los hechos nos hemos planteado la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la prevalencia, el diagnóstico y el manejo terapéutico de la depresión posparto?

JUSTIFICACIÓN

Al ser la depresión posparto un trastorno que puede presentarse en cualquier mujer durante su etapa reproductiva, además de ser una patología con repercusiones importantes en una población tan vulnerable como lo son la madre y su hijo, que genera indudablemente efectos de salud debilitantes, conflictos familiares, psicológicos, sociales, conductuales, entre otros, consideramos importante abordar esta problemática, con la finalidad poner en evidencia información actualizada y de alta calidad sobre todo enfocada en el diagnóstico y tratamiento de dicha patología durante la etapa puerperal.

Debido a la relevancia del tema en mención el Ministerio de Salud Pública (MSP), ha posicionado a la depresión dentro de los temas prioritarios de investigación en nuestro país, en el área de salud mental, línea de depresión y distimia, sublínea de grupos vulnerables.

La información expuesta en la presente revisión bibliográfica será de mucha utilidad para los profesionales de salud de atención obstétrica, pues los datos expuestos referentes a depresión posparto, sobre todo en lo referente a diagnóstico y manejo terapéutico actualizado de DPP. Además, indirectamente se beneficiarán las pacientes atendidas por estos galenos pues se podrán establecer procedimientos de promoción, prevención y rehabilitación en torno a la problemática planteada.

La difusión de la presente investigación se realizará por medio de las plataformas virtuales de la Universidad Católica de Cuenca, además de que se pretende divulgar los resultados del presente estudio por medio de una publicación en una revista indexada.

FUNDAMENTO TEÓRICO

Puerperio y depresión posparto

El puerperio es la etapa posterior parto que tiene una duración de aproximadamente seis a doce semanas, y consiste en la restitución de los cambios fisiológicos y hormonales que se dan durante la gestación (26,27).

Durante este periodo se pueden provocar alteraciones mentales como la “depresión posparto”, la cual se define como un estado depresivo o trastorno emocional materno que evidencia múltiples reacciones emocionales experimentadas por las mujeres (4) (5) (10), que ocurre durante las primeras cuatro semanas pudiendo aparecer incluso a los doce meses después del parto. Esta afección se encuentra en el “Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V” y es definida según esta instancia como: “trastorno depresivo durante el período perinatal esto es justificado ya que se ha demostrado que este estado psíquico se produce en la etapa gestacional” (26,27).

Fisiopatología

Son varias las hipótesis atribuidas a la presencia de depresión posparto (DPP), se nombra por el ejemplo que en el puerperio una reducción de hormonas gonadales como lo son los estrógenos y la progesterona, repercuten en una elevación de serotonina que influye en una alteración en el estado de ánimo de las puérperas (28).

Por otro lado, se intuye también que podría presentarse durante el puerperio una alteración del eje hipotálamo-pituitario-adrenal, lo que repercute en la hipersecreción de cortisol por parte de la hormona corticotropa, produciéndose como efecto resultante un mayor estrés materno (29). Además, el triptófano que es un precursor de serotonina, se eleva durante el puerperio, por lo que podría generarse cuadros depresivos durante el periodo posparto (30).

Cuadro clínico

De acuerdo al Manual de Diagnóstico estadístico de los trastornos mentales (DSM-V), las manifestaciones clínicas de la DPP pueden ser similares a una depresión mayor (31) (32). En este contexto, las diversas alteraciones identificadas en el campo de la DPP puede visibilizarse con diferentes rangos de gravedad, que de cualquier forma repercuten de manera negativa en las madres, recién nacidos y el entorno familiar (33). La DPP se caracteriza por presentar irritabilidad, falta de motivación e interés en actividades cotidianas, desánimo, sentimientos de fracaso y culpabilidad, falta de concentración, fatiga, labilidad emocional, insomnio, alteraciones ponderales e ideas suicidas (23) (22) (34), también se pueden evidenciar graves cuadros de angustia, ataque de pánico y cuadros obsesivos compulsivos (10).

Es importante subrayar que la sintomatología de la DPP puede confundirse con comportamientos asociados a adaptación normal del puerperio o con otros trastornos del estado de ánimo relacionados con la tristeza en el posparto denominados baby blues y/o la psicosis puerperal, pero es trascendental diferenciarlos en la gravedad, tiempo y persistencia de la sintomatología (35).

Diagnóstico:

La herramienta de detección más utilizada para detectar DPP, es la Escala de Depresión de Edimburgo (EPDS), el cual es un instrumento de fácil aplicación y de bajo costo, que detecta la depresión puerperal, pues se ha detectado que presenta un alta sensibilidad y especificidad (9) (10) (11)., sin embargo, el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia, recomienda que no hay datos suficientes para recomendar la aplicación del EPDS de manera sistemática para la detección sistemática de DPP (4).

Se recomienda aplicar el EPDS, entre la sexta y octava semana posparto ya que se ha demostrado que en estas semanas se presenta con mayor prevalencia esta patología, dicho instrumento “está constituido por diez ítems, cada uno presenta cuatro probables respuestas, las mismas que tienen una puntuación que fluctúa entre 0 al 3 dependiendo si presenta o no esta sintomatología y cuando marcada se presenta, una calificación mayor o igual a 12 indica que esta mujer presenta una depresión posparto y debe ser tratada” (33).

Por otro lado, es importante subrayar que la aplicabilidad del EPDS y sus resultados no superan de ninguna forma el juicio clínico del galeno pues, este no detecta casos de neurosis, fobias o trastornos de personalidad, por lo que es sumamente importante el establecimiento de diagnósticos diferenciales en los casos en los que se consideren pertinentes (9) (10) (11).

Factores de riesgo

Se han detallado múltiples factores de riesgo relacionados con la DPP, entre los que se destacan determinantes demográficos, psicológicos y emocionales tales como (36):

- “Los dos extremos de la edad: madre adolescentes y jóvenes (< 19 – 25 años) así como también añosas > 33 años”.
- “Estado civil: solteras, separada, viuda, desertión del padre del niño/a”.
- “Falta de comprensión y problemas con la pareja sentimental”.
- “Nivel socioeconómico bajo”.
- “Instrucción educativa baja”.
- “Problemas relacionados con la autoestima”.
- “Poca accesibilidad a salud pública”.
- “Maltrato intrafamiliar”.
- “Primigestas”.
- “Antecedentes de aborto”.
- “Antecedentes de depresión o problemas emocionales”.
- “Embarazo no planificado”.
- “Complicaciones durante la etapa gestacional”.
- “Complicaciones en los recién nacidos que provoquen hospitalizaciones”.

Tratamiento

El manejo de la DPP requiere evidentemente de un manejo multidisciplinario, que incluye dependiendo de cada paso en particular, alternativas farmacológicas y no farmacológicas (10).

En primer lugar, se requiere una evaluación clínica precoz, con la exploración de los efectos de la depresión durante la gestación y el puerperio, ello permitirá la elección de la mejor opción terapéutica, no obstante, todavía hay una amplia discusión en cuanto a las alternativas de

tratamiento de la DPP, lo cual requiere una cauta actualización por la frecuencia de dicha patología (10) (23).

Al ser la depresión posparto es un grave problema de salud en las mujeres, esta patología debe ser manejada de manera oportuna e inmediata, con la finalidad de evitar situaciones que podrían conllevar a las puérperas a provocarse daños así mismas o filicidios, por lo que en la actualidad se han propuesto dos tipos de terapias:

- Terapia no farmacológica: la cual es considerada de primera elección en casos leves y moderados, proponiéndose la psicoterapia y la terapia cognitiva conductual (37).

La psicoterapia, consiste en el cambio de pensamientos sentimientos y conductas de la madre hacia ella misma y hacia su hijo (37). La terapia cognitivo – conductual, tiene como objetivo modificar actitudes que causan conflictos provocados por pensamientos disfuncionales, además promueve actividades y comportamientos agradables ayudando así a las mujeres a mejorar su habilidad de resolución de problemas y conductas que provocan evitación (37).

- Terapia farmacológica: no existe una óptima seguridad en cuanto a la administración de farmacoterapia durante la etapa posparto, por lo que antes de aplicarla se debe evaluar riesgo y beneficio. Se ha considerado que el tratamiento de primera elección farmacológico es a base de “antidepresivos tricíclicos inhibidores de la recaptación de serotonina” entre los cuales destacan la “sertralina” y “paroxetina” ya que su excreción durante la lactancia es mínima, por su parte la “fluoxetina no es recomendada debido a que según estudios se excreta por la leche materna provocando en el lactante llanto, irritabilidad y alteraciones en el sueño” (38).

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Identificar la prevalencia, factores de riesgo, diagnóstico y manejo terapéutico de la depresión posparto.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Describir la prevalencia de depresión posparto.
- Evaluar los factores de riesgo relacionados con la depresión posparto.
- Identificar la validez del test de Edimburgo en la detección de depresión posparto.
- Detallar el manejo terapéutico actualizado de la depresión posparto.

METODOLOGÍA

Diseño metodológico: estudio observacional, revisión bibliográfica.

Criterios de elegibilidad: para la inclusión de artículos en el capítulo de resultados de la presente investigación estos documentos debieron cumplir con los siguientes requisitos: calidad de evidencia entre cuartil uno a cuatro de Scimago Journal y Country Rank, publicados en un rango de tiempo de 5 años, en idioma y prospectivos, analíticos y ensayos clínicos controlados.

Fuentes de información: para la búsqueda de información en función a los criterios de elegibilidad antes expuestos se utilizaron buscadores bibliográficos virtuales tales como: Pubmed, Cochrane, Scielo, Scopus, entre otros.

Estrategia de búsqueda: en primera instancia para proceder a la búsqueda de artículos que se incluyeron en el capítulo de resultados de esta investigación, se procedió a la revisión exhaustiva de los criterios de inclusión, así como el cumplimiento de objetivos propuestos. Posteriormente se eligió una base de datos electrónica, por ejemplo Pubmed, y de acuerdo a descriptores clave en español (depresión posparto, diagnóstico, epidemiología, tratamiento) y/o inglés (depression postpartum, puerperal disorders, depressive disorder) se inició la búsqueda de los estudios. Adicionalmente se aplicaron buscadores booleanos (and, or o not) para centrar la exploración de la información.

Selección de estudios: los artículos se seleccionaron de acuerdo a los criterios de elegibilidad expuestos en párrafos anteriores, no obstante, serán excluidos estudios con metodología cualitativa, análisis e informes de casos, artículos duplicados y aquellos que no tengan acceso a texto completo.

Proceso de recopilación de la información: para la recopilación de la información concerniente a los artículos seleccionados, se aplicó la estrategia PICO de la Guía Prisma, lo que incluyó el registro de cada artículo del número de participantes, intervenciones, comparaciones, resultados y diseño de investigación. Además, se registraron datos de los autores, año, lugar y cuartil de Scimago.

Lista de datos: las variables se recolectaron según los objetivos de investigación de cada uno de los artículos fueron: prevalencia, sintomatología, factores de riesgo y tratamiento de la depresión posparto.

Síntesis de resultados: los resultados de la investigación fueron sintetizados en tablas personalizadas para el efecto, las cuales se presentaron en orden los objetivos de investigación.

Aspectos éticos: la autora especifica que no presenta conflictos de interés.

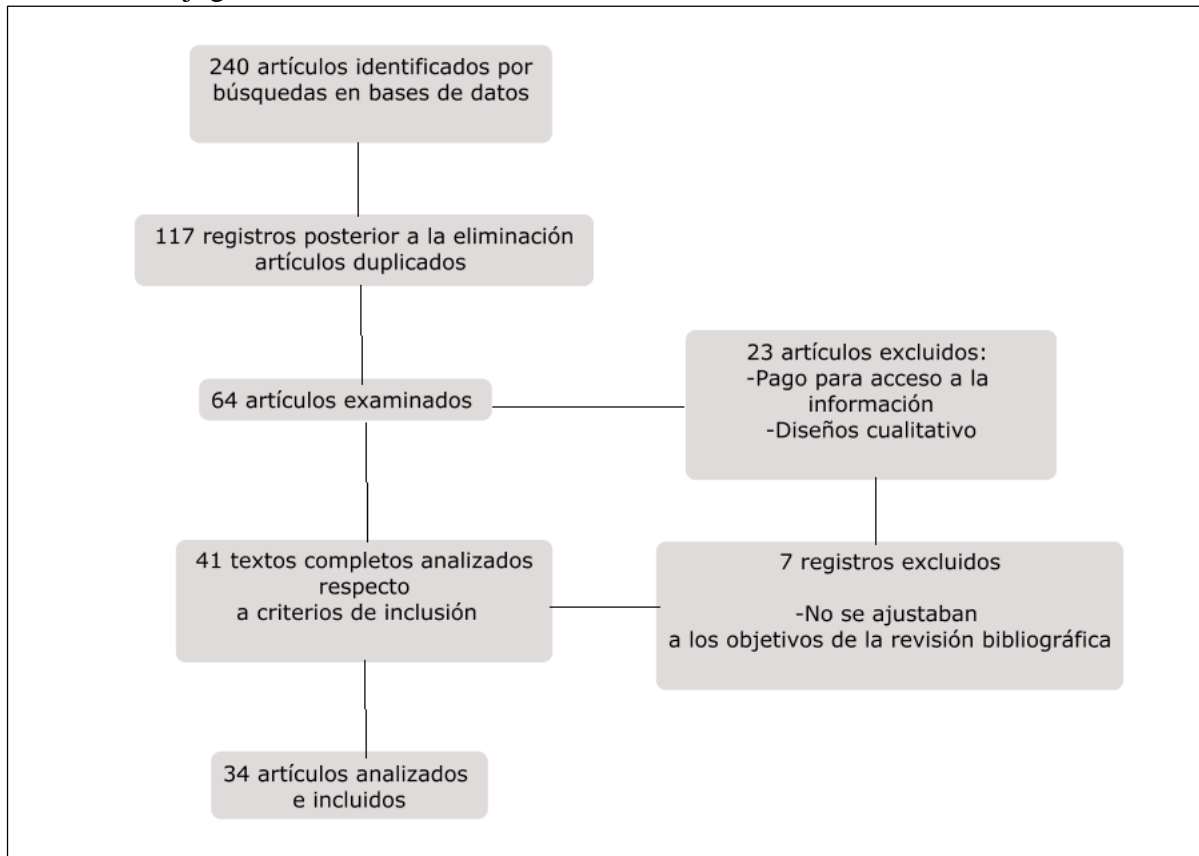
Financiamiento: autofinanciado por la autora de la investigación.

RESULTADOS

CARACTERIZACIÓN DE ARTÍCULOS CIENTÍFICOS

Se incluyeron 34 artículos en el análisis de los resultados de la presente investigación, en su mayoría se trataron de estudios en idioma inglés obtenidos de la base de datos Pubmed, con calidad de evidencia cuartil uno y dos (gráfico 1).

Gráfico 1: Flujograma de recolección de información



PREVALENCIA DE DEPRESIÓN POSPARTO

Se analizaron doce artículos donde se reportaron cifras de prevalencia de Depresión Posparto (DPP), los cuales en función de los autores y las diferentes áreas geográficas mostraron resultados variables. En este contexto, diversos autores coincidieron en prevalencias globales de esta patología en puérperas, con cifras que oscilaron entre un 14% al 38,8% (39–46), sin embargo, Xiong et al., (47) y An et al., (48) identificaron frecuencias de 56,20% y 56,90% respectivamente (tabla 1).

En cuanto a la categorización de DPP, Liang et al., (42) observaron que el 14,8% de mujeres presentaron DPP leve durante su etapa puerperal, el 10,80% moderada y un 4,4% severa. Igualmente, Singh et al., (44) distribuyeron el grado de DPP en función a aquellas mujeres que presentaron un rango leve en un 22.41%, moderado con el 5,78% y severo con el 5,54% (tabla 1).

A su vez otros autores identificaron la prevalencia de DPP según el periodo de tiempo en el que se presentó dicha patología luego del alumbramiento, es así que Oztora et al., (49) y Kubota et al., (50) evidenciaron frecuencias de DPP del 14% y 24,1% después de las seis semanas posparto y de 17% y 10,5% posterior a la doceava semana del puerperio respectivamente (tabla 1).

Tabla 1: prevalencia de depresión posparto.

AUTOR	AÑO	LUGAR	DISEÑO	PUÉRPERA S	VARIABLE	PREVALENCIA (%)
Pradhananga et al (40)	2020	Nepal	Transversal	348	DPP ^a	14,7
An et al (48)	2021	China	Transversal	209	DPP ^a	56,9
Hartmann et al (39)	2017	Brasil	Transversal	2867	DPP ^a	14
Wubetu et al (41)	2020	Etiopia	Transversal	308	DPP ^a	15,6
Xiong et al (45)	2020	China	Transversal	1230	DPP ^a	34
Phukuta et al (46)	2020	Sudáfrica	Transversal	227	DPP ^a	38,8
Doe et al (43)	2017	Estados Unidos	Transversal	314	DPP ^a	32,26
Xiong R et al (47)	2018	China	Transversal	468	DPP ^a	56,2
Liang et al (42)	2020	China	Transversal	864	DPP ^a	30
					DPP ^a leve	14,8
					DPP ^a moderada	10,8
					DPP ^a severa	4,4
Singh et al (44)	2021	Nepal	Transversal	415	DPP ^a	33,7
					DPP ^a leve	22,41
					DPP ^a moderada	5,78
					DPP ^a severa	5,54
Oztora et al (49)	2019	Turquía		111	DPP ^a sexta semana posparto	14

			Retrospectivo		DPP ^a doceava semana posparto	17
					DPP ^a sexta semana posparto	24,1
Kubota et al (50)	2018	Japón	Transversal	152	DPP ^a doceava semana posparto	10,5

Abreviaturas: DPP^a: Depresión Posparto

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DEPRESIÓN POSPARTO

Identificamos once artículos donde se abordaron diferentes factores de riesgo asociados a DPP. En primera instancia, en torno a la edad, las madres adolescentes fueron las que presentaron una mayor probabilidad de padecer DPP, pues algunos autores encontraron un denominador común en el análisis de esta variable, con una razón de probabilidades superior a la unidad, intervalos de confianza concluyentes y una p valor estadísticamente significativo (valor $p < 0.05$) (39,51–54). Por su parte, Wubetu et al.,(41) y Xiong R et al.,(47) especificaron que un rango de una edad ≥ 30 y ≥ 35 años respectivamente, fue un factor asociado que influyó con relación estadística (valor $p < 0.05$) con esta patología (tabla 2).

En cuanto al estado civil, Wubetu et al.,(41) Phukuta et al., (46) Fan et al.,(53) identificaron que en puérperas solteras existió mayor probabilidad de presentar depresión posparto, además Xiong et al.,(45) Ganann et al.,(55) Doaud et al.,(51) Do et al.,(54) y Ribo et al.,(56) demostraron en sus respectivas investigaciones que la inestabilidad matrimonial se consideró como un factor de riesgo para DPP, pues la razón de momios en todos estos estudios fue mayor a la unidad, con una relación estadística (valor $p < 0.05$), así como intervalos de confianza concluyentes (tabla 2).

El bajo nivel socioeconómico, fue identificado en seis artículos como un claro factor asociado a DPP, pues la relación de riesgo identificada por estos autores evidenció una razón de probabilidades superior a la unidad con asociación estadística (valor $p < 0.05$) (41,47,51,52,55). A su vez, en cuanto al nivel de instrucción, Doaud et al., (51) evidenciaron que las puérperas con bajo nivel de instrucción, también mostraron una razón de productos cruzados de riesgo con significancia estadística para DPP (tabla 2).

En referencia a variables obstétricas, la primiparidad fue sin duda uno de los factores más relevantemente discutidos por múltiples investigadores, quienes coincidieron que las mujeres con esta condición presentaron una razón de probabilidades de riesgo con significancia estadística con la DPP, con la consecuente ratificación de sus intervalos de confianza (39,45,47,52,54–56). En cuanto, a la planificación o no del embarazo Hartmann et al., (39) Wubetu et al., (41) Xiong et al., (45) Phukuta et al., (46) y Xiong R et al., (47) identificaron que aquellas mujeres con embarazos no planificados presentaron mayor probabilidad en la ocurrencia de DPP considerándose un potencial factor de riesgo (tabla 2).

Finalmente, Hartmann et al., (39) Ganann et al., (55) Doaud et al.,(51) Nakano et al.,(52) Fan et al., (53) concluyeron que los antecedentes previos de depresión fue un factor de riesgo relacionado con la aparición de depresión posparto, estos investigadores expusieron en sus artículos que la razón de momios superó a la unidad, con intervalos de confianza que ratificaron dicho riesgo y una relación estadísticamente significativa ($p > 0.05$) (tabla 2).

a) **Tabla 2: factores de riesgo asociados con depresión posparto**

AUTOR	AÑO	LUGAR	DISEÑO	PUÉRPERAS	VARIABLE	OR	IC	VALOR P
Hartmann et al (39)	2017	Brasil	Transversal	2867	≤ 18 años	1,52	1,20 1,94	<0.001
					Primíparas	1,64	1,28 2,09	<0.001
					Antecedentes de depresión	1,48	1,2 1,81	<0.001
					Embarazo no planificado	1,93	1,58 2,35	<0.001
Wubetu et al (41)	2020	Etiopia	Transversal	308	≤ 30 años	2,33	1,25 4,36	<0.001
					Solteras	4,28	1,81 10,13	<0.001
					Bajo nivel socioeconómico	5,11	1,51 26,18	<0.001
					Embarazo no planificado	2,39	1,15 4,95	<0.001
Xiong et al (45)	2020	China	Transversal	1230	Primíparas	2,01	1,11 2,84	0,9
					Embarazo no planificado	1,21	0,83 1,6	0,06
					Bajo nivel socioeconómico	1,15	0,67 1,62	0,13
					Inestabilidad matrimonial	2,31	1,91 2,73	<0.001
Phukuta et al (46)	2020	Sudáfrica	Transversal	227	Solteras	1,45	1,78 2,71	<0.001
					Embarazo no planificado	2,05	1,12 3,73	<0.001
					Antecedentes de depresión	1,27	0,67 2,4	0,46
Xiong R et al (47)	2018	China	Transversal	468	≤ 35 años	3,12	2,98 3,35	<0.001
					Embarazo no planificado	2,34	1,72 3,31	<0.001
					Bajo nivel socioeconómico	3,14	2,92 3,35	<0.001
					Primíparas	3,00	1,72 4,93	<0.001
Ganann et al (55)	2016	Canadá	Prospectivo	519	Inestabilidad matrimonial	6,25	1,68 23,32	0,006
					Antecedentes de depresión	2,24	1,01 4,96	0,047
					Bajo nivel socioeconómico	1,9	1,72 2,1	<0.001
					Primíparas	7,72	7,68 7,76	<0.001
Doaud et al (51)	2019	Canadá	Retrospectivo	74.231	≤ 18 años	1,63	1,29 2,07	<0.001
					Bajo nivel de instrucción	1,7	1,18 2,45	<0.001
					Bajo nivel socioeconómico	1,89	1,47 2,44	<0.001
					Inestabilidad matrimonial	1,29	1,9 1,86	0,09

					Antecedentes de depresión	1,28	1,02	1,63	0.001
Nakano et al (52)	2020	Japón	Transversal	1050	Primíparas	2,01	1,31	3,35	<0.001
					< 18 años	2,43	1,37	4,3	<0.001
					Antecedentes de depresión	4,84	2,09	11,9	<0.001
					Bajo nivel socioeconómico	2,43	1,37	4,3	<0.001
Fan et al (53)	2020	Asia	Transversal	1349	≤ 18 años	3,39	2,08	5,51	<0.001
					Solteras	1,16	1,65	2,08	<0.001
					Primíparas	1,14	0,66	1,98	0,12
					Antecedentes de depresión	1,85	1,18	2,9	<0.001
Do et al (54)	2018	Vietnam	Transversal	116	≤ 18 años	4,4	1,8	10,6	<0.001
					Primíparas	2,5	1,1	6,00	0,03
					Inestabilidad matrimonial	1,5	1,6	3,5	0,34
Ribo et al (56)	2020	China	Transversal	1124	Primíparas	2,62	1,85	3,54	<0.001
					Madres con RN ^a mujeres	3,1	2,34	3,65	<0.001
					Inestabilidad matrimonial	3,3	2,91	3,66	<0.001

Abreviaturas: RN^a: recién nacido

VALIDEZ DE ESCALA DE EDIMBURGO EN LA DETECCIÓN DE DPP

Identificamos diez artículos donde los investigadores evaluaron la validez de la escala de Edimburgo como método de detección de la DPP. En este contexto, Bushal et al., (57) Ing et al.,(58) Albuquerque et al.,(59) y Gollan et al.,(60), concluyeron en sus diferentes investigaciones que el test de Edimburgo fue sin duda un instrumento de fácil aplicabilidad y de bajo costo que evidenció cifras elevadas de sensibilidad y especificidad en la detección de DPP, con valores que superaron el 91%, lo cual se tradujo con el hecho de que dicho test tuvo la capacidad de detectar con alta probabilidad de que una madre con DPP tenga un test positivo; a su vez, la alta especificidad de dicho cuestionario concluida en estos estudios, identificó con certeza una gran proporción de mujeres sanas confirmadas como tales por el resultado negativo del test (tabla 3).

En seis investigaciones (61–66) se evidenciaron cifras variables de sensibilidad y especificidad, valores predictivos negativos y positivos, no obstante, en el análisis global de dichos artículos podemos concluir que los valores de probabilidad y de validez no son nada despreciables, pues en su mayoría superan el 77%, lo cual corroboró efectivamente la utilidad del test de Edimburgo en la detección de DPP (tabla 3).

b) Tabla 3: Validez de la Escala de Edimburgo en la detección de DPP

AUTOR	AÑO	LUGAR	DISEÑO	PUÉRPERAS	SENSIBILIDAD	ESPECIFICIDAD	VPP^a	VPN^b
Joshi et al (61)	2020	India	Transversal	100	95,38%	79,73%	53,13%	86,7%
Vázquez et al (62)	2020	Chile	Longitudinal	569	92,4%	79,3%	18,2%	97,8%
Smith et al (63)	2018	Dinamarca	Retrospectivo	324	77%	96%	49,5%	98,8%
Lydsdottir et al (64)	2019	Islandia	Longitudinal	2512	80%	89%	44%	97,6%
Bushal et al (57)	2016	Nepal	Transversal	343	92%	95,6%	77%	99,3%
Ing et al (58)	2017	Tailandia	Transversal	670	100%	96,7%	-	-
Levis et al (65)	2020	Estados Unidos	Retrospectivo	1557	81%	88%	-	-
Cheung et al (66)	2020	China	Transversal	234	79%	83%	-	-
Albuquerque et al (59)	2017	Brasil	Transversal	3891	92,7%	95,8%	-	-
Gollan et al (60)	2017	Chicago	Retrospectivo	15172	95%	91%	-	-

Abreviaturas: VPP^a: valor predictivo positivo; VPN^b: valor predictivo negativo

MANEJO TERAPEÚTICO EN DEPRESIÓN POSPARTO

En referencia al manejo terapéutico DPP, encontramos seis ensayos clínicos controlados con diferentes grupos de intervención y comparación, en dichas investigaciones los autores compararon la psicoterapia, la terapia cognitivo conductual y el uso de fármacos inhibidores de la recaptación de serotonina, y evaluaron su impacto en el tratamiento de la depresión durante el periodo puerperal (tabla 4).

Dennis et al.,(67) demostraron que la aplicabilidad de psicoterapia en puérperas mostró un efecto protector en la reducción de DPP, evidenciándose una razón de probabilidades con características protectores', ratificado por los intervalos de confianza y una relación estadísticamente significativa ($p < 0.001$). Por su parte, Milgrom et al., (68) a pesar de que expusieron una razón de momios con intervalos de confianza inferiores a la unidad referentes a la disminución de depresión posparto, no identificaron una relación estadística al comparar grupos de intervención que recibieron psicoterapia versus aquellos que no expusieron a dicho manejo ($p: 0,47$) (tabla 4).

Así mismo, Zlotnick et al., (69) determinaron que el 84% de puérperas que fueron sometidas a psicoterapia presentaron una reducción en la frecuencia de DPP con una relación estadísticamente significativa ($p < 0.05$). Ohara et al., (70) observaron valores porcentuales similares en la reducción de DPP al comparar grupos de puérperas a las cuáles se les administró sertralina con aquellas que no recibieron dicho fármaco, identificando una disminución de cuadros de DPP de 52,6% versus el 47,4% (tabla 4).

En cuanto a la terapia cognitivo conductual, Jannati et al., (71) y Dimidjian et al., (72) identificaron que la aplicabilidad de dicha terapia en comparación con puérpera que no recibieron dicho manejo, presentó una elevada efectividad del 91,82% y el 82,1% respectivamente, al evaluar la reducción de la depresión posparto como variable de resultado (tabla 4).

Tabla 4: manejo terapéutico en depresión posparto

AUTOR	AÑO	LUGAR	DISEÑO	PUÉRPERAS	INTERVENCIÓN	COMPARACIÓN	VARIABLES					VALOR P	
							RESULTADO	GI ^c %	GC ^d %	OR	IC 95%		
Dennis et al (67)	2020	Canadá	EC A ^a	241	Con psicoterapia	Sin psicoterapia	Reducción DPP ^b	89,4	65	0,22	0,10	0,46	<0.001
Milgrom et al (68)	2016	Australia	EC A ^a	43	Con Psicoterapia	Sin psicoterapia	Reducción DPP ^b	79	18	0,83	0,20	0,45	0,47
Ohara et al (70)	2018	Canadá	EC A ^a	109	Sertralina	Con psicoterapia	Reducción DPP ^b	52,6	47,4	-	-	-	-
Zlotnick et al (69)	2016	Estados Unidos	EC A ^a	205	Con Psicoterapia	Sin psicoterapia	Reducción DPP ^b	84	69	-	-	-	<0.05
Jannati et al (71)	2020	Irán	EC Aa	75	Terapia cognitivo conductual	Sin terapia cognitivo conductual	Reducción DPP ^b	91.8	84.9	-	-	-	<0.001
Dimidjian et al (72)	2016	Estados Unidos	EC A ^a	86	Terapia cognitivo conductual	Sin terapia cognitivo conductual	Reducción DPP ^b	82.1	17.8	-	-	-	4.3

Abreviaturas: ECA^a: Ensayo clínico controlado; DPP^b: Depresión Posparto; GI^c: Grupo de intervención; GC^d: Grupo control

DISCUSIÓN

La depresión posparto es una patología que se presenta en mujeres posparto, su diagnóstico se realiza a partir de cuatro semanas del inicio del puerperio hasta la incluso doce meses después de dicho periodo; se caracteriza por la aparición de síntomas compatibles con anhedonia, insomnio o hipersomnias, ansiedad, entre otros efectos que no solo repercuten en la madre sino también en el recién nacido y el entorno familiar y social (73).

En el presente trabajo de investigación identificamos en términos generales que la prevalencia global de depresión posparto fue muy variable, no obstante, a pesar de dicha variabilidad a la luz de las conclusiones de los diferentes artículos consultados, la DPP se consideró como un problema de salud muy latente, encontrando valores inferiores a 38,8% (39–46), en contraste con las conclusiones de Xiong R et al., (47) y An et al., (48), quienes resaltaron frecuencias de DPP de 56,2% al 56,9% respectivamente. En este contexto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) sostiene que el 56% en las mujeres durante el puerperio presentan DPP, considerándose que durante los tres meses de puerperio esta patología se presenta en un 40% al 70% de puérperas (74).

En cuanto a la categorización de DPP, Singh et al., (44), evidenciaron que el subtipo encontrado con mayor frecuencia en las puérperas fue la DPP leve con un 22,41%, a diferencia de Liang et al., (42), que observaron un 14,80% de este tipo de depresión. Teóricamente, es importante subrayar que según lo descrito por la “Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10)”, para considerarse un episodio depresivo leve debe demostrarse al menos dos síntomas durante un periodo de al menos dos semanas que cumpla con las siguientes características: “estado de ánimo depresivo en un grado que no es normal para la persona presente durante la mayor parte del día e influenciada en gran medida por las circunstancias, pérdida de interés o placer en actividades que normalmente son placenteras y disminución de la energía o el aumento de la fatigabilidad” (26).

Evidentemente la DPP leve fue sin duda por lo expuesto en párrafos anteriores como el tipo más común de depresión durante la etapa del puerperio, sin embargo, Liang et al., (42) concluyeron una prevalencia importante de DPP moderada en un 10,80% y Singh et al., (44) en un 5,78%, así mismo ambos autores identificaron cuadros graves de mujeres con depresión posparto en un 4,4% y el 5,54% respectivamente.

De acuerdo al periodo puerperal, constatamos que esta patología fue identificada con mayor frecuencia entre la sexta y doceava semana del puerperio, conclusiones expuestas por Oztora et al., (49), con cifras de entre un 14% al 17% respectivamente. Resultados que discrepan con Kubota et al., (50) quienes evidenciaron valores superiores en la sexta semana posparto con un 24,1%, no así en la doceava semana con un 10,50% de madres con DPP. En este punto, es necesario especificar que conforme avanza la evolución fisiológica del puerperio, se da la restitución de la mayor parte de cambios físicos y hormonales previos a la gestación tales como: reducción de estrógenos, progesterona y/o serotonina, eventos que sumados a otros factores podrían generar trastornos en el estado de ánimo y estados depresivos durante el puerperio (26).

La escala de Edimburgo se identificó en diversas investigaciones como un método de detección de DPP con gran validez, pues Bushal et al., (57), Ing et al., (58), Albuquerque et al., (59) y Gollan et al., (60), coincidieron una alta sensibilidad y especificidad de dicho instrumento en el diagnóstico de DPP. Resultados que discrepan con Joshi et al., (61) y Vázquez et al., (62), quienes observaron una alta sensibilidad pero una baja especificidad. Al contrario de lo expuesto Smith et al., (63), Cheung et al., (66), que determinaron que este método diagnóstico fue bastante específico pero muy poco sensible.

Fueron múltiples los factores de riesgo que se asociaron a DPP; en cuanto a los determinantes sociodemográficos varios autores coincidieron en que las mujeres con edades ≤ 18 años, tuvieron más probabilidad de presentar esta patología (39,51–54). Una explicación teórica de este fenómeno podría deberse al hecho de que las puérperas adolescentes se encuentran en una etapa en la cual no han alcanzado un desarrollo psicológico y biológico apropiado, sumado a la falta de apoyo familiar, lo cual evidentemente se traduce con una seria dificultad para sortear los cambios que se producen durante la gestación y mucho menos en el puerperio, impidiéndoles cumplir adecuadamente con su rol materno desencadenando así la depresión (75,76).

En cuanto al estado civil Wubetu et al., (41), Phukuta et al., (46), Fan et al., (53), identificaron que en puérperas solteras existió mayor probabilidad de presentar depresión posparto, pues la literatura indica que la maternidad llevada por una madre sin apoyo por parte de una pareja, genera elevados niveles de estrés resultantes no sólo de la deficiencia del componente afectivo, sino también del económico y/o familiar (77).

La inestabilidad matrimonial, se considera un factor de riesgo para la aparición de la DPP (45,51,54–56), esto es debido a que la llegada de un nuevo integrante a la familia causa una serie de cambios que requieren una mayor atención al recién nacido, lo que consecuentemente obliga a la madre a dejar de lado las actividades cotidianas con su pareja, esto sumado a los cambios psicológicos que experimentan las puérperas, puede desembocar en la falta de apoyo y comprensión con la pareja, provocando que se presente o se acentúe un cuadro de depresión (78).

El nivel socioeconómico también fue considerado un factor confluyente con significancia estadística relacionado con la DPP, resultados en los que coincidieron múltiples autores que identificaron que tener baja disponibilidad de recursos económicos aumentó las probabilidades de presentar depresión posparto (41,45,47,51,52,55). Este fenómeno resulta evidente, pues que el tener un menor ingreso de recursos económicos para cubrir las necesidades básicas de un recién nacido es una condición que incide negativamente y aumenta la vulnerabilidad de las puérperas de sufrir alteraciones emocionales que conllevan a depresión (79).

Hartmann et al (39)., Ganann et al., (55), Doaud et al., (51) Nakano et al., (52), Fan et al., (53), coincidieron en las conclusiones de sus investigaciones que aquellas pacientes con antecedentes previos de depresión presentaron mayor riesgo relacionado con la aparición de esta patología durante la etapa del puerperio, pues en la mayoría de casos descritos en la literatura aquellas mujeres con episodios depresivos que no fueron atendidos y/o tratados correctamente, y en el caso de que su sintomatología no remita antes de la gestación, estas madres presentarán mayores probabilidades de desarrollar DPP (80).

En referencia a la paridad, diversos autores fueron enfáticos en coincidir que las mujeres primíparas, fueron el grupo de mujeres que estuvieron predominantemente expuestas a presentar depresión posparto (39,45,47,52–56). Hecho que podría atribuirse a que ser madre es sin duda una nueva etapa en la que existen una serie de cambios radicales, sumado a la falta de conocimientos en el establecimiento de un vínculo adecuado y el cuidado especial con su primogénito genera una serie de pensamientos negativos que pueden conllevar a depresión (81).

Un embarazo que no planificado es muy probable que provoque sentimientos de culpa y fracaso en la vivencia de una nueva etapa para la cual no han sido previamente preparadas (82); por lo que

basados en esta premisa, Hartmann et al., (39), Wubetu et al., (41), Xiong et al., (47), Phukuta et al., (46), Xiong R et al., (47), plantearon en sus investigaciones una hipótesis de estudio con la cual corroboraron que aquellos embarazos no planificados presentaron una mayor probabilidad de aparición de DPP comparadas con aquellas mujeres que planificaron su gestación.

En la revisión del manejo terapéutico de la DPP, la psicoterapia entendida como un tratamiento psicológico encaminado a permitir a las puérperas enfrentar y resolver situaciones donde se visibilizan síntomas de ansiedad y depresión que debilitan mentalmente a las mujeres (83), es según estudios un tratamiento efectivo en la DPP, es así que autores como Dennis et al., (67) y Zlotnick et al., (69), demostraron que la aplicabilidad de psicoterapia en puérperas tuvo un efecto protector en la reducción de DPP con relación estadísticamente significativa, contrariamente a lo expuesto por Milgrom et al., (68) quienes no identificaron dicha relación (p: 0,47).

Según Jannati et al., (71) y Dimidjian et al., (72), evidenciaron que aquellas puérperas expuestas a terapia cognitiva conductual como opción terapéutica para el manejo de DPP, presentaron alta efectividad en el manejo de dicha patología, pues teóricamente que dicha terapia permite en esencia comprender los pensamientos y emociones negativas que presentan la puérperas sobre ellas mismas o sus bebés, ayudándolas a identificarlos y manejarlos adecuadamente, incidiendo positivamente en la incidencia de la depresión posparto (83).

La administración de sertralina, medicamento que cuenta con un rango óptimo de seguridad durante la lactancia, según Ohara et al., (70), provocó una reducción del 52,6% de dicha patología en el grupo de intervención, pues al ser este fármaco un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina, es considerado como un medicamento de primera línea en el tratamiento de la DPP ya que elevan los niveles de serotonina a nivel cerebral, facilitando la disponibilidad de dicho neurotransmisor para mejorar las transmisión de mensajes a nivel interneuronal (84).

LIMITACIONES

La limitación más importante en la presente revisión bibliográfica fue que la dificultad en el acceso libre a los artículos consultados por los importantes rubros económico requeridos, además pese a que se revisaron bases de datos electrónicas científicas, algunos artículos no contaban con una adecuada calidad de evidencia científica.

IMPLICACIONES

Este trabajo tiene gran relevancia en el área de salud pública principalmente en el campo obstétrico debido a que provee al personal de salud información actual, clara y de buena calidad respecto a la depresión posparto, tomando en consideración que esta es una patología muy frecuente en el puerperio que si no es diagnosticada y corregida adecuadamente puede tener efectos nocivos en el binomio madre e hijo y en el entorno familiar y social.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- La prevalencia de depresión de posparto fue muy variable en función a los diferentes autores y áreas geográficas, sin embargo, a pesar de esta variabilidad la frecuencia de dicha patología fue muy representativa.
- Las madres adolescentes, el estado civil solteras, bajo nivel socio-económico y educativo, fueron los factores de riesgo sociales y demográficos más frecuentemente mencionados por los diferentes autores como determinantes en la DPP. En cuanto a variables obstétricas, la primiparidad y el embarazo no planificado también mostraron una asociación con la DPP. Por último, los antecedentes previos de depresión también fueron considerados como un factor de riesgo de dicha patología.
- La escala de Edimburgo según diversos autores mostró altos niveles de sensibilidad y especificidad en la detección de depresión posparto.
- La psicoterapia y la terapia cognitivo conductual se consideraron por algunos autores como los tratamientos efectivos en el manejo de la DPP, no obstante, en cuanto al manejo farmacológico, la sertralina, también mostró un impacto positivo.

RECOMENDACIONES

- Tomando en consideración la elevada frecuencia de DPP, así como los factores relacionados a esta patología, consideramos que es recomendable incentivar un cumplimiento y vigilancia estricta de controles no solo durante la gestación sino también durante el periodo puerperal, pues como se ha expuesto en la revisión de la literatura, muchos casos de DPP no son detectados y/o tratados a tiempo, pudiendo generar serias repercusiones en el binomio madre e hijo.
- Es fundamental un diagnóstico oportuno y precoz de la DPP, por ello a la luz de los resultados respecto a la sensibilidad y especificidad del test de Edimburgo, sumado al hecho de que es un instrumento de fácil aplicación y bajo costo, recomendamos emplear dicho cuestionario sobre todo en mujeres que presenten factores de riesgo que puedan desencadenar DPP.

- Finalmente en cuanto al manejo de la DPP, recomendamos la valoración individual de cada caso, no obstante, al ser la psicoterapia y la terapia conductual tratamientos que ha demostrado grandes ventajas en la recuperación de mujeres con DPP recomendamos que los profesionales de atención obstétrica estimulen la difusión y aplicabilidad de dichos tratamientos en puérperas con DPP, de manera que se pueda ofrecer un apoyo, seguimiento y asesoramiento temprano y oportuno a mujeres con dicha afectación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tel H, Pinar SE, Daglar G. Effects of Home Visits and Planned Education on Mothers' Postpartum Depression and Quality of Life. *Journal of Clinical & Experimental Investigations / Klinik ve Deneysel Arastirmalar Dergisi* [Internet]. septiembre de 2018 [citado 19 de abril de 2021];9(3):119-25. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=131724352&lang=es&site=ehost-live>
2. Ordoñez C. Experiencia de madres que han participado en programas de prevención del desarrollo de depresión postparto. Propuesta de implementación para madres adolescentes Ecuatorianas [Internet]. 2016. Disponible en: <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/6277/1/128674.pdf>
3. Zanardo V, Giliberti L, Volpe F, Parotto M, de Luca F, Straface G. Cohort study of the depression, anxiety, and anhedonia components of the Edinburgh Postnatal Depression Scale after delivery. *Int J Gynecol Obstet* [Internet]. 1 de junio de 2017 [citado 28 de abril de 2021];137(3):277-81. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijgo.12138/abstract>
4. Cunningham G, Leveno K, Bloom S. *Williams Obstetricia*. 24.^a ed. Mc Graw Hill; 2014.
5. Vélez H, Rojas W, Borrero J, Restrepo J. *Psiquiatría*. 5.^a ed. Colombia: Corporación para investigaciones biológicas; 2010.
6. García M, González P, Rodríguez D, Jiménez M, Zouain J. *Incidencia de Depresión Postparto en adolescentes y adultas*. 2016;
7. Horowitz JA, Murphy C, Gregory K, Wojcik JD, Pulcini J, Solon L. Relación entre la detección de Depresión Postparto, síntomas, severidad y periodos de tratamiento. *Revista Horizonte de Enfermería* [Internet]. 14 de septiembre de 2016 [citado 29 de abril de 2021];27(1):48-58. Disponible en: <http://publicaciones.horizonteenfermeria.uc.cl/index.php/rhe/article/view/11>
8. Ahmad M, Butt MS, Umar B, Arshad HS, Iftikhar N, Maqsood U. Prevalence of postpartum depression in an urban setting. *Biomedical Research (0970-938X)* [Internet]. octubre de 2015 [citado 25 de abril de 2021];26(4):765-70. Disponible en:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=111382714&lang=es&site=ehost-live>

9. Jones I, Shakespeare J. Postnatal depression. *BMJ* [Internet]. 14 de agosto de 2014 [citado 28 de abril de 2021];349(aug14 2):g4500-g4500. Disponible en: <http://www.bmj.com/cgi/doi/10.1136/bmj.g4500>
10. Perez A, Donoso A. *Obstetricia*. 4.^a ed. Chile: Mediterraneo; 2011.
11. Vera F, Karina J, Iturriza Natale AT, Toro Merlo J, Valbuena R. Depresión posparto valorada mediante la escala de Edimburgo. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*. 2014;74(4):229-43.
12. Medina-Serdán E. Diferencias entre la depresión posparto, la psicosis posparto y la tristeza posparto. *Perinatología y reproducción humana*. 2013;27(3):185-93.
13. Calachahuin P, Christian R. Utilidad de la escala de edimburgo en el diagnóstico de depresión posparto en madres que acuden a consultorios de atención integral del niño en el hospital Goyeneche de Arequipa, 2016. 2016;
14. Mendoza C, Saldivia S. Actualización en depresión posparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. *Revista médica de Chile*. 2015;143(7):887-94.
15. Rahman A, Fisher J, Bower P, Luchters S, Tran T, Yasamy MT, et al. Interventions for common perinatal mental disorders in women in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Bull World Health Organ* [Internet]. 1 de agosto de 2013 [citado 28 de diciembre de 2017];91(8):593-601I. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3738304/>
16. Míguez M, Fernández V, Pereira B. Depresión posparto y Factores Asociados en mujeres con embarazos de riesgo. 2017 [citado 29 de abril de 2021];25(1):47-64. Disponible en: <https://search.proquest.com/openview/c0df7132e50aeb6c8d6c07210c8e7192/1?pq-origsite=gscholar&cbl=966333>
17. Do TKL, Nguyen TTH, Pham TTH. Postpartum Depression and Risk Factors among Vietnamese Women. *BioMed Research International* [Internet]. 18 de septiembre de 2018 [citado 19 de abril de 2021];2018:1-5. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=131823925&lang=es&site=ehost-live>

18. Jadresic E M. Depresión perinatal: Detección y tratamiento. *Revista Médica Clínica Las Condes* [Internet]. 1 de noviembre de 2014 [citado 29 de abril de 2021];25(6):1019-28. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864014706510>
19. Vázquez J. *Psiquiatría en Atención Primaria*. Libros Princeps;
20. Dennis C-L, Falah-Hassani K, Shiri R. Prevalence of antenatal and postnatal anxiety: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2017;210(5):315-23.
21. Dois A, Uribe C, Villarroel J, Contreras A. Factores de riesgo asociados a síntomas depresivos post parto en mujeres de bajo riesgo obstétrico atendidas en el sistema público. *Rev Médica Chile*. junio de 2012;140(6):719-25.
22. Pope CJ, Mazmanian D. Breastfeeding and Postpartum Depression: An Overview and Methodological Recommendations for Future Research. *Depress Res Treat* [Internet]. 2016 [citado 28 de abril de 2021];2016. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4842365/>
23. Sadock B, Sadock V, Ruiz P. *Psinopsis de Psiquiatría*. 11.^a ed. Barcelona: Wolters Kluwer; 2015. 1469 p.
24. Olhaberry M, Escobar M, San Cristóbal P, Santelices MP, Farkas C, Rojas G, et al. Intervenciones psicológicas perinatales en depresión materna y vínculo madre-bebé: una revisión sistemática. *Terapia psicológica* [Internet]. julio de 2013 [citado 29 de diciembre de 2017];31(2):249-61. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0718-48082013000200011&lng=es&nrm=iso&tlng=es
25. González G, Moraes M, Sosa C, Umpierrez E, Duarte M, Cal J, et al. Depresión materna postnatal y su repercusión en el neurodesarrollo infantil: estudio de cohorte. *Revista chilena de pediatría* [Internet]. junio de 2017 [citado 7 de mayo de 2021];88(3):360-6. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0370-41062017000300008&lng=es&nrm=iso&tlng=es
26. Ampudia MKM. Depresión postparto en atención primaria. *Rev.méd.sinerg* [Internet]. 2020 [citado 17 de mayo de 2021];5(2):e355-e355. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/355>
27. González G, Moraes M, Sosa C, Umpierrez E, Duarte M, Cal J, et al. Depresión materna postnatal y su repercusión en el neurodesarrollo infantil: estudio de cohorte. *Rev chil pediatr*

- [Internet]. 2017 [citado 17 de mayo de 2021];88(3):360-6. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062017000300008&lng=en&nrm=iso&tlng=en
28. Brummelte S, Galea LAM. Postpartum depression: Etiology, treatment and consequences for maternal care. *Hormones and Behavior* [Internet]. enero de 2016 [citado 28 de abril de 2021];77:153-66. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0018506X15300428>
 29. Yim IS, Glynn LM, Schetter CD, Hobel CJ, Chiciz-DeMet A, Sandman CA. Risk of postpartum depressive symptoms with elevated corticotropin-releasing hormone in human pregnancy. *Archives of general psychiatry*. 2009;66(2):162-9.
 30. Dois Castellón A. Actualizaciones en depresión posparto. *Revista cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2012;38(4):0-0.
 31. Berenzon S, Lara MA, Robles R, Medina-Mora ME. Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *salud pública de méxico*. 2013;55(1):74-80.
 32. MOREIRA EC, FIUZA HF, FECURY AA, OLIVEIRA E de. Incidencia de psiquiátrico trastornos durante el embarazo y puerperio en mujeres de 18 a 35 años en el Charity Hospital Portuguesa de Belém/Pa, Brasil. *Revista Multidisciplinar Científica Centro de Conocimiento-Vol*. 2016;2:81-93.
 33. Krauskopf V, Valenzuela P. Depresión perinatal: detección, diagnóstico y estrategias de tratamiento. *Revista Médica Clínica Las Condes* [Internet]. 1 de marzo de 2020 [citado 17 de mayo de 2021];31(2):139-49. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864020300183>
 34. Barbosa MAR da S, Ângelo M. Experiencias y significados de la depresión posparto de mujeres en el contexto de la familia. *Enfermería Global* [Internet]. abril de 2016 [citado 29 de abril de 2021];15(42):232-55. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1695-61412016000200009&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 35. Postpartum mood disorders - Update 2012 (PDF Download Available) [Internet]. [citado 28 de diciembre de 2017]. Disponible en:

https://www.researchgate.net/publication/265905828_Postpartum_mood_disorders_-_Update_2012

36. Vega-Dienstmaier JM. Depresión postparto en el Perú. *Revista Medica Herediana* [Internet]. octubre de 2018 [citado 17 de mayo de 2021];29(4):207-10. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1018-130X2018000400001&lng=es&nrm=iso&tlng=es
37. Solano MS, Mejía ALP, Madrigal JC. Abordaje clínico y manejo de la depresión posparto. *Rev.méd.sinerg* [Internet]. 2019 [citado 17 de mayo de 2021];4(6):90-9. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/248>
38. Delgado MM. DEPRESIÓN POSTPARTO Y TRATAMIENTO. 2016 [citado 17 de mayo de 2021];73(620):511-4. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2016/rmc163q.pdf>
39. Hartmann JM, Mendoza-Sassi RA, Cesar JA. [Postpartum depression: prevalence and associated factors]. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2017 [citado 17 de mayo de 2021];33(9):e00094016. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29019521/>
40. Pradhananga P, Mali P, Poudel L, Gurung M. Prevalence of Postpartum Depression in a Tertiary Health Care. *JNMA J Nepal Med Assoc* [Internet]. 2020 [citado 17 de mayo de 2021];58(223):137-40. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32347816/>
41. Wubetu AD, Engidaw NA, Gizachew KD. Prevalence of postpartum depression and associated factors among postnatal care attendees in Debre Berhan, Ethiopia, 2018. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2020 [citado 17 de mayo de 2021];20(1):189. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32228500/>
42. Liang P, Wang Y, Shi S, Liu Y, Xiong R. Prevalence and factors associated with postpartum depression during the COVID-19 pandemic among women in Guangzhou, China: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2020 [citado 17 de mayo de 2021];20(1):557. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33238927/>
43. Doe S, LoBue S, Hamaoui A, Rezai S, Henderson CE, Mercado R. Prevalence and predictors of positive screening for postpartum depression in minority parturients in the South Bronx. *Arch Womens Ment Health* [Internet]. 2017;20(2):291-5. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28025705/>

44. Singh DR, Sunuwar DR, Adhikari S, Singh S, Karki K. Determining factors for the prevalence of depressive symptoms among postpartum mothers in lowland region in southern Nepal. *PLoS One* [Internet]. 2021 [citado 17 de mayo de 2021];16(1):e0245199. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33481863/>
45. Xiong R, Deng A. Prevalence and associated factors of postpartum depression among immigrant women in Guangzhou, China. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2020 [citado 17 de mayo de 2021];20(1):247. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32334564/>
46. Phukuta NSJ, Omole OB. Prevalence and risk factors associated with postnatal depression in a South African primary care facility. *Afr J Prim Health Care Fam Med* [Internet]. 2020;12(1):e1-6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33354984/>
47. Xiong R, Deng A, Wan B, Liu Y. Prevalence and factors associated with postpartum depression in women from single-child families. *Int J Gynaecol Obstet* [Internet]. 2018 [citado 17 de mayo de 2021];141(2):194-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29412451/>
48. An R, Chen X, Wu Y, Liu J, Deng C, Liu Y, et al. A survey of postpartum depression and health care needs among Chinese postpartum women during the pandemic of COVID-19. *Arch Psychiatr Nurs* [Internet]. 2021 [citado 17 de mayo de 2021];35(2):172-7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33781396/>
49. Oztora S, Arslan A, Caylan A, Dagdeviren HN. Postpartum depression and affecting factors in primary care. *Niger J Clin Pract* [Internet]. 2019 [citado 17 de mayo de 2021];22(1):85-91. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30666025/>
50. Kubota C, Okada T, Morikawa M, Nakamura Y, Yamauchi A, Ando M, et al. Postpartum depression among women in Nagoya indirectly exposed to the Great East Japan Earthquake. *Sci Rep* [Internet]. 2018 [citado 17 de mayo de 2021];8(1):11624. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30072799/>
51. Daoud N, O'Brien K, O'Campo P, Harney S, Harney E, Bebee K, et al. Postpartum depression prevalence and risk factors among Indigenous, non-Indigenous and immigrant women in Canada. *Can J Public Health*. agosto de 2019;110(4):440-52.
52. Nakano M, Sourander A, Luntamo T, Chudal R, Skokauskas N, Kaneko H. Early risk factors for postpartum depression: A longitudinal Japanese population-based study. *J Affect Disord*

- [Internet]. 2020 [citado 17 de mayo de 2021];269:148-53. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32339130/>
53. Fan Q, Long Q, De Silva V, Gunarathna N, Jayathilaka U, Dabrera T, et al. Prevalence and risk factors for postpartum depression in Sri Lanka: A population-based study. *Asian J Psychiatr.* enero de 2020;47:101855.
 54. Do TKL, Nguyen TTH, Pham TTH. Postpartum Depression and Risk Factors among Vietnamese Women. *Biomed Res Int* [Internet]. 2018 [citado 17 de mayo de 2021];2018:4028913. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30320133/>
 55. Ganann R, Sword W, Thabane L, Newbold B, Black M. Predictors of Postpartum Depression Among Immigrant Women in the Year After Childbirth. *J Womens Health (Larchmt)* [Internet]. 2016 [citado 17 de mayo de 2021];25(2):155-65. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26447838/>
 56. Ribo X, Deng A. Incidence and risk factors associated with postpartum depression among women of advanced maternal age from Guangzhou, China. *Perspect Psychiatr Care* [Internet]. 2020 [citado 17 de mayo de 2021];56(2):316-20. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31364779/>
 57. Bhusal BR, Bhandari N, Chapagai M, Gavidia T. Validating the Edinburgh Postnatal Depression Scale as a screening tool for postpartum depression in Kathmandu, Nepal. *Int J Ment Health Syst* [Internet]. 2016 [citado 17 de mayo de 2021];10:71. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27785152/>
 58. Ing H, Fellmeth G, White J, Stein A, Simpson JA, McGready R. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) on the Thai-Myanmar border. *Trop Doct* [Internet]. octubre de 2017 [citado 17 de mayo de 2021];47(4):339-47. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28699396/>
 59. Albuquerque MR, Corrêa H, Couto TCE, Santos W, Romano-Silva MA, Santos LMP. A proposal for a new Brazilian six-item version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Trends Psychiatry Psychother* [Internet]. marzo de 2017 [citado 17 de mayo de 2021];39(1):29-33. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28403320/>
 60. Gollan JK, Wisniewski SR, Luther JF, Eng HF, Dills JL, Sit D, et al. Generating an efficient version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in an urban obstetrical population. *J*

- Affect Disord [Internet]. 15 de enero de 2017 [citado 17 de mayo de 2021];208:615-20. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27823853/>
61. Joshi U, Lyngdoh T, Shidhaye R. Validation of hindi version of Edinburgh postnatal depression scale as a screening tool for antenatal depression. Asian J Psychiatr [Internet]. febrero de 2020 [citado 17 de mayo de 2021];48:101919. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31927197/>
 62. Vázquez MB, Míguez MC. Validation of the Edinburgh postnatal depression scale as a screening tool for depression in Spanish pregnant women. J Affect Disord [Internet]. 1 de marzo de 2019 [citado 17 de mayo de 2021];246:515-21. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30599376/>
 63. Smith-Nielsen J, Matthey S, Lange T, Væver MS. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale against both DSM-5 and ICD-10 diagnostic criteria for depression. BMC Psychiatry [Internet]. 2018 [citado 17 de mayo de 2021];18(1):393. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30572867/>
 64. Lydsdottir LB, Howard LM, Olafsdottir H, Thome M, Tyrfingsson P, Sigurdsson JF. The psychometric properties of the Icelandic version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) when used prenatal. Midwifery [Internet]. 2019 [citado 17 de mayo de 2021];69:45-51. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30396159/>
 65. Levis B, Negeri Z, Sun Y, Benedetti A, Thombs BD, DEPRESSion Screening Data (DEPRESSD) EPDS Group. Accuracy of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for screening to detect major depression among pregnant and postpartum women: systematic review and meta-analysis of individual participant data. BMJ [Internet]. 2020;371:m4022. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33177069/>
 66. Cheung HN, Chan SWY, Williams JM. Validation of Chinese Multidimensional Depression Assessment Scale (MDAS) in Inner Mongolia pregnant women and risk factors of antenatal depression in Inner Mongolia in the era of one-child policy. PLoS One [Internet]. 2020 [citado 17 de mayo de 2021];15(3):e0227944. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32196492/>
 67. Dennis C-L, Grigoriadis S, Zupancic J, Kiss A, Ravitz P. Telephone-based nurse-delivered interpersonal psychotherapy for postpartum depression: nationwide randomised controlled

- trial. *Br J Psychiatry* [Internet]. 2020 [citado 17 de mayo de 2021];216(4):189-96. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32029010/>
68. Milgrom J, Danaher BG, Gemmill AW, Holt C, Holt CJ, Seeley JR, et al. Internet Cognitive Behavioral Therapy for Women With Postnatal Depression: A Randomized Controlled Trial of MumMoodBooster. *J Med Internet Res* [Internet]. 7 de marzo de 2016 [citado 17 de mayo de 2021];18(3):e54. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26952645/>
 69. Zlotnick C, Tzilos G, Miller I, Seifer R, Stout R. Randomized controlled trial to prevent postpartum depression in mothers on public assistance. *J Affect Disord* [Internet]. 2016 [citado 17 de mayo de 2021];189:263-8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26454186/>
 70. O'Hara MW, Pearlstein T, Stuart S, Long JD, Mills JA, Zlotnick C. A placebo controlled treatment trial of sertraline and interpersonal psychotherapy for postpartum depression. *J Affect Disord* [Internet]. 2019 [citado 17 de mayo de 2021];245:524-32. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30447565/>
 71. Jannati N, Mazhari S, Ahmadian L, Mirzaee M. Effectiveness of an app-based cognitive behavioral therapy program for postpartum depression in primary care: A randomized controlled trial. *Int J Med Inform* [Internet]. 2020 [citado 17 de mayo de 2021];141:104145. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32480319/>
 72. Dimidjian S, Goodman SH, Felder JN, Gallop R, Brown AP, Beck A. Staying well during pregnancy and the postpartum: A pilot randomized trial of mindfulness-based cognitive therapy for the prevention of depressive relapse/recurrence. *J Consult Clin Psychol* [Internet]. 2016 [citado 17 de mayo de 2021];84(2):134-45. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26654212/>
 73. Caparros-Gonzalez RA, Romero-Gonzalez B, Peralta-Ramirez MI. Depresión posparto, un problema de salud pública mundial. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2018 [citado 19 de mayo de 2021];42(1). Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2018.v42/e97/>
 74. Ortiz Martinez RA, Gallego Betancourt CX, Buitron Zuñiga EL, Meneses Valdés YD, Muñoz Fernandez NF, Gonzales Barrera MA. Prevalencia de tamiz positivo para Depresión Postparto en un Hospital de tercer nivel y posibles factores asociados. *Revista Colombiana de Psiquiatría* [Internet]. 2016 [citado 17 de mayo de 2021];45(4):253-61. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0034745016300026>

75. Dinwiddie KJ, Schillerstrom TL, Schillerstrom JE. Postpartum depression in adolescent mothers. *J Psychosom Obstet Gynaecol* [Internet]. 2018 [citado 19 de mayo de 2017];39(3):168-75. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28574297/>
76. Gomez N, Gomez N, Molina Y. Prevención de la depresión posparto en madres adolescentes atendidas en el Hospital General Ambato; 2017 | *Enfermería Investiga*. 2019 [citado 19 de mayo de 2021];4(1):26-32. Disponible en: <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/view/479>
77. Agnafors S, Bladh M, Svedin CG, Sydsjö G. Mental health in young mothers, single mothers and their children. *BMC Psychiatry* [Internet]. 11 de abril de 2019 [citado 19 de mayo de 2021];19(1):112. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30975129/>
78. Desta M, Memiah P, Kassie B, Ketema DB, Amha H, Getaneh T, et al. Postpartum depression and its association with intimate partner violence and inadequate social support in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* [Internet]. 15 de enero de 2021 [citado 19 de mayo de 2021];279:737-48. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33234282/>
79. Bondoc EN, Marinescu I, Marinescu D. Psychological and Biological Markers of the Suicidal Behavior in Post-Partum Depressive Disorder. *Curr Health Sci J* [Internet]. junio de 2019 [citado 19 de mayo de 2021];45(2):210-7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31624650/>
80. Romero R D, Orozco R LA, Ybarra S JL, Gracia R BI. Sintomatología depresiva en el parto y factores psicosociales asociados. *Revista chilena de obstetricia y ginecología* [Internet]. 2017 [citado 19 de mayo de 2021];82(2):152-62. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-75262017000200009&lng=es&nrm=iso&tlng=es
81. *la-depresion-de-la-mujer-en-torno-al-parto.pdf* [Internet]. [citado 19 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.inspilip.gob.ec/wp-content/uploads/2020/06/la-depresion-de-la-mujer-en-torno-al-parto.pdf>
82. González-González A, Casado-Méndez PR, Molero-Segrera M, Santos-Fonseca RS, López-Sánchez I, González-González A, et al. Factores asociados a depresión posparto. *Revista Archivo Médico de Camagüey* [Internet]. 2019 [citado 19 de mayo de 2021];23(6):770-9.

Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1025-02552019000600770&lng=es&nrm=iso&tlng=es

83. González RA, Tello VL, Salán MM, Fernández PF, Hernández V del CA del R, Díaz MNF. Actualización en depresión postparto. TIEMPOS DE ENFERMERÍA Y SALUD [Internet]. 2017 [citado 19 de mayo de 2021];1(3):18-22. Disponible en: <https://tiemposdeenfermeriaysalud.es/journal/article/view/50>
84. Villegas Loaiza N, Paniagua Dachner A, Vargas Morales JA. Generalidades y diagnóstico de la depresión posparto. Rev.méd.sinerg [Internet]. 2019 [citado 19 de mayo de 2021];4(7):e261. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/261>

ANEXO 1: matriz de búsqueda de la información

Base datos/ autor	Revista	Año	Lugar	Diseño	Participantes	Resultados
Pub Med Pradhanan ga et al (40)	Journal of the Nepal Medical Association Q4	2020	Nepal	Transversal	348 Puérperas	Se realizó un estudio transversal con 348 puérperas, el objetivo fue describir la prevalencia de depresión posparto, los resultados fueron: prevalencia de depresión posparto en un 14,7% (40).
Pub Med An et al (48)	Arch Psychiatr Nurs Q2	2021	China	Transversal	209 puérperas	Se realizó un estudio transversal con 209 puérperas, el objetivo fue determinar la prevalencia de depresión posparto de las mujeres chinas durante la pandemia Covid 19 los resultados fueron: que la prevalencia de depresión posparto fue del 56,9% (48).
Pub Med Hartmann et al (39)	Cad Saude Publica Q2	2017	Brasil	Transversal	2867 puérperas	Se realizó un estudio transversal con 2867 puérperas, el

						<p>objetivo fue describir la prevalencia de depresión postparto y los factores de riesgo asociados para la presentación de esta patología, los resultados fueron:</p> <p>prevalencia de depresión postparto en un 14%, en cuanto a los factores asociados los resultados fueron: edad <18 años (OR:1,64; IC95%:1,28-2,09;p <0.001), primíparas (OR:1,64; IC95%:1,28-2,09;p <0.001), antecedentes previos de depresión (OR:1,48; IC95%:1,2-1,81;p <0.001), embarazo no planificado (OR:1,93; IC95%:1,58-2,35;p <0.001)_(39).</p>
Pub Med Wubetu et al (41)	BMC pregnancy and childbirth	2020	Etiopia	Transversal	308 puérperas	Se realizó un estudio transversal con 308

	Q1					<p>puérperas, el objetivo fue describir la prevalencia de depresión postparto y los factores de riesgo asociados para la presentación de esta patología, los resultados fueron: prevalencia de depresión postparto en un 15,6%, en cuanto a los factores asociados los resultados fueron: edad 30 años (OR:2,33; IC95%:1,25-4,36;p <0.001), solteras (OR:4,28; IC95%:1,81-10,13;p <0.001), nivel socioeconómico bajo (OR:5,11; IC95%:1,51-26,18;p <0.001), embarazo no planificado (OR:2,39; IC95%:1,15-4,95;p <0.001) (41).</p>
Pub Med Xiong et al	BMC Pregnancy Childbirth	2020	China	Transversal	1.230 puérperas	Se realizó un estudio transversal

(45)	Q1					<p>con 1230 puérperas, el objetivo fue describir la prevalencia de depresión posparto y los factores asociados a esta patología, los resultados fueron:</p> <p>prevalencia de depresión posparto fue de un 34%, en cuanto a los factores de riesgo asociados se describió que:</p> <p>primigestas (OR:2,01; IC95%:1,11-2,84;p 0,9), embarazo no planificado (OR:1,21; IC95%:0,83-1,60;p: 0,06), nivel socioeconómico bajo (OR:1,15; IC95%:0,67-1,62;p: 0,13), inestabilidad matrimonial (OR:2,31; IC95%:1,91-2,73;p <0.001)(45).</p>
Pub Med Phukuta et al (46)	Afr J Prim Health Care Fam Med Q2	2020	Sudáfrica	Transversal	227 puérperas	Se realizó un estudio transversal con 227 puérperas, el objetivo fue

						<p>describir la prevalencia de depresión posparto y los factores asociados a esta patología, los resultados fueron:</p> <p>prevalencia de depresión posparto fue de un 38,8% y en cuanto a los factores de riesgo asociados a esta patología fueron:</p> <p>solteras (OR:1,45; IC95%:1,78-2,71;p <0.001), embarazo no planificado (OR:2,05; IC95%:1,12-3,73;p <0.001), antecedentes previos de depresión (OR:1,27; IC95%: 0,67-2,40;p: 0,46) (46).</p>
Pub Med Doe et al (43)	Arch Womens Ment Health Q1	201 7	Estados Unidos	Transversa l	314 puérperas	Se realizó un estudio transversal con 314 puérperas, el objetivo fue describir la prevalencia de depresión posparto, los resultados

						fueron: prevalencia de depresión posparto entre la sexta y doceava semana fue de un 32,26% (43).
Pub Med Xiong R et al (47)	Int J Gynaecol Obstet Q1	2018	China	Transversal	468 puérperas	Se realizó un estudio 468 puérperas, el objetivo fue determinar la prevalencia de depresión posparto así como también los factores de riesgo relacionados con esta patología los resultados fueron: que la prevalencia de depresión posparto fue del 56,2% y en cuanto a los factores de riesgo tenemos que fueron: edad 35 años : (OR:3,12; IC95%:2,98-3,35;p <0.001), embarazo no planificado (OR:2,34; IC95%:1,72-3,31;p <0.001), bajo nivel socioeconómico

						(OR:3,14; IC95%:2,92-3,35;p <0.001), primigestas (OR:3,00; IC95%:1,72-4,93;p <0.001) (47).
Pub Med Liang et al (42)	BMC Psychiatry Q1	2020	China	Transversal	864 puérperas	Se realizó un estudio transversal con 864 puérperas, el objetivo fue describir la prevalencia de depresión posparto, los resultados fueron: prevalencia de depresión posparto fue de un 30,0%, y de estas depresión posparto leve 14,8%, depresión posparto moderada 10,8%, depresión posparto severa 4,4% (42).
Pub Med Singh et al (44)	PLOS ONE Q1	2021	Nepal	Transversal	415 puérperas	Se realizó un estudio transversal con 415 puérperas, el objetivo fue describir la prevalencia de depresión posparto, los resultados fueron: prevalencia

						de depresión posparto fue de un 33,7%, y de estas depresión posparto leve 22,41%, depresión posparto moderada 5,78%, depresión posparto severa 5,54% (44).
Pub Med Oztora et al (49)	Medical and Dental Consultants ' Association of Nigeria Q3	2019	Turquía	Retrospectivo	111 puérperas	Se realizó un estudio retrospectivo con 111 puérperas, el objetivo fue determinar la prevalencia de depresión posparto los resultados fueron que la prevalencia de depresión posparto a las 6 semanas fue del 14% y a las 12 semanas del 17% (49).
Pub Med Kubota et al (50)	SCIENTIFIC REPORTS Q3	2018	Japón	Transversal	152 puérperas	Se realizó un estudio transversal con 152 puérperas, el objetivo fue determinar la prevalencia de depresión posparto los resultados fueron que la prevalencia de depresión posparto a las

						6 semanas fue del 24,1% y a las 12 semanas del 10,5% (50).
Pub Med Ganann et al (55)	Journal of women's health Q1	2016	Canadá	Prospectivo	519 puérperas	Se realizó un estudio prospectivo con 519 puérperas sobre los factores de riesgo asociados con depresión posparto, los resultados fueron: inestabilidad matrimonial (OR:6,25; IC95%:1,68-23,32; p: 0,006), antecedentes previos de depresión (OR:2,24; IC95%:1,01-4,96;p 0,047), nivel socioeconómico bajo (OR:1,9; IC95%:1,72-2,10;p <0.001), primigestas (OR:7,72; IC95%:7,68-7,76;p <0.001) (55).
Pub Med Doaud et al (51)	Canadian Journal of Public Health Q2	2019	Canadá	Retrospectivo	74.231 puérperas	Se realizó un estudio retrospectivo con 74.231 puérperas sobre los

						factores de riesgo asociados con depresión posparto, los resultados fueron: madres adolescentes (OR:1,63; IC95%:1,29-2,07; p: <0.001), bajo nivel de instrucción (OR:1,70; IC95%:1,18-2,45; p: <0.001), bajo nivel socioeconómico (OR:1,89; IC95%:1,47-2,44; p: <0.001), inestabilidad matrimonial (OR:1,29; IC95%:1,90-1,86; p: 0.09), antecedentes previos de depresión (OR:1,28; IC95%:1,00-1,63; p: <0.001) (51).
Pub Med Nakano et al (52)	BMJ open Q1	2020	Japón	Transversal	1050 puérperas	Se realizó un estudio transversal con 1050 puérperas el objetivo fue identificar los factores de riesgo

						asociados con depresión posparto los resultados fueron: primíparas (OR:2,01; IC95%:1,31-3,35; p: <0.001), madres adolescentes (OR:2,43; IC95%:1,37-4,30; p: <0.001), antecedentes previos de depresión (OR:4,84; IC95%:2,09-11,90; p: <0.001), bajo nivel socioeconómico (OR:2,43; IC95%:1,37-4,30; p: <0.001) (52).
Pub Med Fan et al (53)	Asian J Psychiatr Q2	2020	Asia	Transversal	1349 puérperas	Se realizó un estudio transversal con 1349 puérperas, el objetivo fue determinar los factores de riesgo asociados con depresión posparto, los resultados fueron: edad <18 años (OR:3,39; IC95%:2,08-

						5,51;p:<0,01), solteras (OR:1,16; IC95%:1,65-2,08; p:<0,001), primigestas (OR:1,14; IC95%:0,66-1,98; p: 0,12), antecedentes previos de depresión (OR:1,85; IC95%:1,18-2,90; p:<0.001) (53).
Pub Med Do et al (54)	Biomed Res Int Q2	2018	Vietnam	Transversal	116 puérperas	Se realizó un estudio transversal con 116 puérperas, el objetivo fue determinar los factores de riesgo relacionados con depresión posparto, los resultados fueron: edad <18 años (OR:4,4; IC95%:1,8-10,6; p:<0,01), primigestas (OR:2,5; IC95%:1,1-6,0; p: 0,03), inestabilidad matrimonial (OR:1,5; IC95%:1,6-3,5; p: 0,34) (54).
Pub Med	Perspectives in	2020	China	Transversal	1124 puérperas	Se realizó un estudio

Ribo et al (56)	psychiatric care Q2					transversal con 1124 puérperas, el objetivo fue explorar los factores de riesgo que aumentan la probabilidad de presentar depresión posparto, los resultados fueron: primíparas (OR:2,62; IC95%:1,85-3,54; p: <0.001), recién nacidos de sexo femenino (OR:3,1; IC95%:2,34-3,65; p: <0.001), inestabilidad matrimonial (OR:3,3; IC95%:2,91-3,66; p: <0.001) (56).
Pub Med Dennis et al (67)	The British journal of psychiatry Q1	2020	Canadá	Ensayo clínico aleatorizado	241 puérperas	Se realizó un ensayo clínico aleatorizado con 241 puérperas diagnosticadas con depresión posparto, el objetivo fue determinar si la psicoterapia impartida ayudo a disminuir la

						<p>sintomatología de la depresión posparto, se dividieron dos grupos aquellas a las que se les impartió psicoterapia (120 puérperas) frente a las que no recibieron psicoterapia como parte del tratamiento (121 puérperas), los resultados fueron que aquellas que recibieron psicoterapia presentaron una reducción significativa de los síntomas depresivos el 89,4% (OR: 0,22; IC: 95%: 0,10-0,46; p: <0.001), comparado con aquellas que no recibieron psicoterapia ya que permanecían deprimidas en un 65% (67).</p>
--	--	--	--	--	--	---

<p>Pub Med Milgrom et al (68)</p>	<p>Journal of medical Internet research Q1</p>	<p>2016</p>	<p>Australia</p>	<p>Ensayo clínico aleatorizado</p>	<p>43 puérperas</p>	<p>Se realizó un ensayo clínico aleatorizado con 43 puérperas diagnosticadas con depresión posparto, el objetivo fue probar la eficacia de la intervención con psicoterapia en mujeres posnatales con diagnóstico de depresión posparto, se utilizaron dos grupos aquellas a las que se les impartió psicoterapia (21 puérperas) frente a las que no recibieron psicoterapia como parte del tratamiento (22 puérperas), los resultados fueron que aquellas mujeres que recibieron psicoterapia ya no cumplían los criterios de diagnóstico</p>
---	--	-------------	------------------	--	-------------------------	--

						de depresión 79% (OR: 0,83; IC: 95%: 0,20-0,45; p: 0.47), contrastado con aquellas que no recibieron psicoterapia y en las que esta patología remitió únicamente en un 18% (68).
Pub Med Ohara et al (70)	Journal of affective disorders Q1	2018	Canadá	Ensayo clínico aleatorizado	109puérperas	Se realizó un ensayo clínico aleatorizado con 109 puérperas diagnosticadas con depresión posparto, el objetivo fue probar la eficacia de la intervención con psicoterapia y sertralina en puérperas con diagnóstico de depresión posparto, se utilizaron dos grupos aquellas a las que se les trato con psicoterapia (53 puérperas) frente a las que

						<p>recibieron sertralina como parte del tratamiento (56 puérperas), los resultados fueron que aquellas puérperas que recibieron tratamiento farmacológico o a base de sertralina tuvieron una mejoría en cuanto a los síntomas de depresión posparto 52,6, contrastado con aquellas que recibieron psicoterapia y en las que esta patología remitió únicamente en un 47,4% (70).</p>
Pub Med Zlotnick et al (69)	Journal of affective disorders Q1	2016	Estados Unidos	Ensayo clínico aleatorizado	205 puérperas	<p>Se realizó un ensayo clínico aleatorizado con 205 puérperas diagnosticadas con depresión posparto, el objetivo fue examinar la eficacia de la</p>

						<p>psicoterapia para reducir la depresión posparto, se utilizaron dos grupos aquellas a las que se les trato con psicoterapia (104 puérperas) frente a las que no recibieron psicoterapia como parte del tratamiento (105 puérperas), los resultados fueron que aquellas puérperas que recibieron psicoterapia tuvieron una mejoría en cuantos a los síntomas de depresión posparto 84%, contrastado con aquellas que no recibieron psicoterapia y en las que esta patología remitió únicamente en un 69% con un valor de p: <0.05 (69).</p>
--	--	--	--	--	--	---

Pub Med Jannati et al (71)	International journal of medical informatics Q1	2020	Irán	Ensayo clínico aleatorizado	75 puérperas	Se realizó un ensayo clínico aleatorizado con 75 puérperas diagnosticadas con depresión posparto, el objetivo fue examinar el efecto de la terapia cognitivo conductual (TCC) sobre la depresión posparto, se utilizaron dos grupos aquellas a las que se les trató con terapia cognitivo conductual (38 puérperas) frente a las que no recibieron terapia cognitivo conductual como parte del tratamiento (37 puérperas), los resultados fueron que aquellas puérperas que recibieron terapia cognitivo conductual
-------------------------------	--	------	------	-----------------------------	--------------	---

						tuvieron una mejoría en cuantos a los síntomas de depresión posparto 91.82%, contrastado con aquellas que no recibieron terapia cognitivo conductual y en las que esta patología remitió únicamente en un 84.95% con un valor de p: <0.001 (71).
Pub Med Dimidjian et al (72)	Journal of consulting and clinical psychology Q1	2016	Estados unidos	Ensayo clínico aleatorizado	86 puérperas	Se realizó un ensayo clínico aleatorizado con 86 puérperas diagnosticadas con depresión posparto, el objetivo fue examinar el efecto de la terapia cognitivo conductual (TCC) sobre la depresión posparto, se utilizaron dos grupos aquellas a las que se les trato con terapia cognitivo conductual

						(43 puérperas) frente a las que no recibieron terapia cognitivo conductual como parte del tratamiento (43 puérperas), los resultados fueron que aquellas puérperas que recibieron terapia cognitivo conductual tuvieron una mejoría en cuantos a los síntomas de depresión posparto 82.17%, contrastado con aquellas que no recibieron terapia cognitivo conductual y en las que esta patología remitió únicamente en un 17.83% con un valor de p: 4.3 (72).
Pub Med Joshi et al (61)	Asian J Psychiatr Q2	2020	India	Transversal	100 puérperas	Se realizó un estudio transversal con 100

						puérperas en las que se utilizó como detección de depresión posparto, la escala de depresión posnatal de Edimburgo (EPDS), a su vez este estudio evidencio que esta escala demostró una sensibilidad del 95,38% y una especificidad del 79,73%, valor predictivo positivo 53,13% y valor predictivo negativo 86.76% (61).
Pub Med Vázquez et al (62)	Journal of clinical psychology Q1	2020	Chile	Longitudinal	569 puérperas	Se realizó un estudio longitudinal con 569 puérperas en las que se utilizó como detección de depresión posparto, la escala de depresión posnatal de Edimburgo (EPDS), a su vez este estudio evidencio que esta escala demostró una

						sensibilidad del 92,4% y una especificidad del 79,3%, valor predictivo positivo 18,2% y valor predictivo negativo 97,8% (62).
Pub Med Smith et al (63)	BMC psychiatry Q1	2018	Dinamarca	Retrospectivo	324 puérperas	Se realizó un estudio retrospectivo con 324 puérperas en las que se utilizó como detección de depresión posparto, la escala de depresión posnatal de Edimburgo (EPDS), a su vez este estudio evidencio que esta escala demostró una sensibilidad del 77% y una especificidad del 96%, valor predictivo positivo 49,5%, valor predictivo negativo 98,8% (63).
Pub Med Lydsdottir et al (64)	Midwifery Q1	2019	Islandia	Longitudinal	2512 puérperas	Se realizó un estudio longitudinal con 2512

						puérperas en las que se utilizó como detección de depresión posparto, la escala de depresión posnatal de Edimburgo (EPDS), a su vez este estudio evidencio que esta escala demostró una sensibilidad del 80% y una especificidad del 89%, valor predictivo positivo 44%, valor predictivo negativo 97,6% (64).
Pub Med Bushal et al (57)	Int J Ment Health Syst Q1	2016	Nepal	Transversal	343 puérperas	Se realizó un estudio transversal con 343 puérperas en las que se utilizó como detección de depresión posparto, la escala de depresión posnatal de Edimburgo (EPDS), a su vez este estudio evidencio que esta escala demostró una

						sensibilidad del 92% y una especificidad del 95,6%, valor predictivo positivo 77%, valor predictivo negativo 99,3% (57).
Pub Med Ing et al (58)	Tropical doctor Q4	2017	Tailandia	Transversal	670 puérperas	Se realizó un estudio transversal con 670 puérperas en las que se utilizó como detección de depresión posparto, la escala de depresión posnatal de Edimburgo (EPDS), a su vez este estudio evidencio que esta escala demostró una sensibilidad del 100% y una especificidad del 96,7% (58).
Pub Med Levis et al (65)	British medical journal / British Medical Association Q1	2020	Estados Unidos	Retrospectivo	1557 puérperas	Se realizó un estudio retrospectivo con 1557 puérperas en las que se utilizó como detección de depresión posparto, la escala de

						depresión posnatal de Edimburgo (EPDS), a su vez este estudio evidencio que esta escala demostró una sensibilidad del 81% y una especificidad del 88% (65).
Pub Med Cheung et al (66)	PLOS ONE Q1	2020	China	Transversal	234 puérperas	Se realizó un estudio transversal con 234 puérperas en las que se utilizó como detección de depresión posparto, la escala de depresión posnatal de Edimburgo (EPDS), a su vez este estudio evidencio que esta escala demostró una sensibilidad del 79% y una especificidad del 83% (66).
Pub Med Albuquerque et al (59)	Trends in psychiatry and psychotherapy Q2	2017	Brasil	Transversal	3891 puérperas	Se realizó un estudio transversal con 3891 puérperas en las que se utilizó como detección de depresión

						posparto, la escala de depresión posnatal de Edimburgo (EPDS), a su vez este estudio evidencio que esta escala demostró una sensibilidad del 92,7% y una especificidad del 95,8% (59).
Pub Med Gollan et al (60)	Journal of affective disorders Q1	2017	Chicago	Retrospectivo	15172 puérperas	Se realizó un estudio retrospectivo con 15172 puérperas en las que se utilizó como detección de depresión posparto, la escala de depresión posnatal de Edimburgo (EPDS), a su vez este estudio evidencio que esta escala demostró una sensibilidad del 95% y una especificidad del 91% (60).

DIAGNOSTICO Y MANEJO DEPRESION

INFORME DE ORIGINALIDAD

1

%

INDICE DE SIMILITUD

%

FUENTES DE INTERNET

%

PUBLICACIONES

1

%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

 <p>Universidad Católica de Cuenca</p>	<p>DECLARATORIA DE AUTORÍA Y RESPONSABILIDAD</p>	<p>CÓDIGO: F – DB – 34 VERSION: 01 FECHA: 2021-04-15 Página 38 de 39</p>
---	---	--

DECLARATORIA DE AUTORÍA Y RESPONSABILIDAD

DIANA ELIZABETH NAULA PUCHA portadora de la cédula de ciudadanía No **0302553086**. Declaro ser el autor de la obra: “**DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO**”, 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, 9 de junio del 2021



DIANA ELIZABETH NAULA PUCHA

CI:0302553086

AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Yo, **DIANA ELIZABETH NAULA PUCHA**, portador(a) de la cédula de ciudadanía No. **030255308**. En calidad de autor/a y titular de los derechos patrimoniales del trabajo de titulación “**DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO**” de conformidad a lo establecido en el artículo 114 del 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. Así mismo, autorizo a la Universidad 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, 9 de junio de 2021



DIANA ELIZABETH NAULA PUCHA

CI:0302553086