

**UNIVERSIDAD EVANGÉLICA DE EL SALVADOR**

**FACULTAD DE MEDICINA**



**UNIVERSIDAD EVANGÉLICA  
DE EL SALVADOR**

**Revisión bibliográfica**

Situación de depresión postparto, factores asociados y posibles  
complicaciones en mujeres de América

**Presentado por:**

Kathleen Elizabeth Domínguez Jovel

Andrea Carolina Figueroa Jovel

Guillermo Enrique Osorio Sandoval

**Para optar al título de:**

Doctor(a) en Medicina

**Grupo: 32**

**Asesora:** Dra. Susana Margarita Zelaya de Villalobos

Noviembre 2020

San Salvador, El Salvador, Centro América

Lic. César Emilio Quinteros

Rector

Dra. Cristina de Amaya

Vice Rector Académico

Dr. Darío Chávez Silézar

Vice Rector de Investigación y Proyección Social

Ing. Sonia Rodríguez

Secretaria General

Dr. Carlos Mónico

Decano Facultad de Medicina

Dra. Milena de Reyes

Directora escuela de medicina

Dra. Susana Margarita Zelaya de Villalobos

Asesora

San Salvador, noviembre 2020

# CONTENIDO

---

|   |     |
|---|-----|
| DEDICATORIA.....  | ii  |
| AGRADECIMIENTOS.....                                      | iii |
| RESUMEN.....  | iv  |
| I. INTRODUCCIÓN.....                                      | 1   |
| I. METODOLOGÍA.....                                       | 3   |
| Búsqueda Sistemática.....                                 | 3   |
| Criterios de Selección.....                               | 3   |
| Criterios de Exclusión.....                               | 3   |
| Selección de Estudio.....                                 | 4   |
| II. RESULTADOS.....                                       | 5   |
| Epidemiología de depresión postparto en América.....      | 6   |
| Estados Unidos.....                                       | 6   |
| Brasil.....   | 7   |
| Canadá.....   | 7   |
| Colombia.....   | 7   |
| México.....   | 8   |
| El Salvador.....  | 8   |
| Factores de riesgo de Depresión postparto en América..... | 13  |
| Complicaciones de la depresión postparto en América.....  | 16  |
| III. CONCLUSIÓN.....                                      | 19  |
| IV. RECOMENDACIONES.....                                  | 20  |
| V. FUENTES DE INFORMACIÓN CONSULTADAS.....                | 21  |
| VI. ANEXOS.....   | 26  |

---

## **DEDICATORIA**

---

A Dios Todopoderoso quien nos ha regalado la vida y nos ha entregado las herramientas para llegar hasta este punto, en la que finalizamos una etapa muy importante de nuestras vidas, por habernos dado la vocación y por permitirnos ir adquiriendo los conocimientos necesarios para ponerlos al servicio de nuestro prójimo y por ayudarnos a superar obstáculos que presentaron a lo largo de nuestra carrera.

A nuestras familias en general, por el apoyo que siempre nos brindaron, día a día en el transcurso de cada año de nuestra carrera universitaria.

## **AGRADECIMIENTOS**

---

A Dios, quien nos ha mantenido con salud durante la pandemia de COVID-19 y porque su amor y su bondad no tienen fin, nos permite sonreír ante todos nuestros logros que son resultado de su ayuda.

A nuestros seres queridos, quienes nos han dado su apoyo incondicional y especialmente a los que estuvieron presentes en el desarrollo de esta investigación.

A nuestra asesora, Dra. Susana Margarita Zelaya quien siempre estuvo a nuestra disposición, orientándonos, enseñándonos y proporcionándonos las herramientas necesarias para la realización de este trabajo.

A la Universidad Evangélica de El Salvador por contribuir a nuestra conversión en profesionales en lo que tanto nos apasiona.

Al lector, quien ha presentado el interés por nuestra investigación, así como por su valioso tiempo invertido en la lectura de este trabajo.

## RESUMEN

---

**Introducción:** La depresión postparto (DPP) está asociada a diversos factores, así como también a diferentes complicaciones. Actualmente en El Salvador, se conoce poco acerca de este tema. **Objetivo:** Identificar cual es la situación actual de DPP y sus factores asociados, y posibles complicaciones en mujeres en América. **Metodología:** Se realizó una búsqueda sistemática de estudios transversales y cohortes, encontrando un total de 154 artículos relacionados con DPP publicados en los últimos 5 años. Se seleccionaron 21 artículos relacionados con la pregunta de investigación. **Resultados:** El riesgo de DPP en América oscila entre 5.8% y 39.9%; el 90% de las investigaciones utilizó la escala de Edimburgo para estimar este riesgo. Entre los principales factores de riesgo están: historia previa de depresión (OR entre 3.78 a 18.5), fumar durante el embarazo (OR entre 1.80 a 3.30), escolaridad materna menor a 10 años (OR entre 1.99 a 4.09), y clase económica baja (OR entre 1.4 a 5.61). La principal complicación de la DPP en las madres fue la ideación suicida (2% a 11%) y en el hijo/a, el retraso en el desarrollo infantil a corto, mediano y largo plazo (34%). **Conclusión:** En América, entre 5 a 40 de cada 100 mujeres se encuentra en riesgo de desarrollar DPP, los principales factores de riesgo son: historia previa de depresión, fumar durante el embarazo, escolaridad materna baja (<10 años) y clase económica baja. La ideación suicida y retraso en el desarrollo en niños de 18 meses de edad son las principales consecuencias de la DPP.

**Palabras clave:** “Depresión postparto”, “Depresión postnatal”, “Depresión postparto en América”

# I. INTRODUCCIÓN

---

La depresión posparto (DPP) se puede definir de forma sistemática como un episodio de depresión mayor o menor que inicia durante el embarazo o durante los primeros doce meses posteriores al parto<sup>1</sup>.

La DPP está asociada a factores como escaso apoyo social, bajo nivel económico y educativo<sup>2</sup>. Asimismo, afecta la interacción entre madre e hijo y esto se traduce en trastornos de la alimentación, como la lactancia materna; trastornos en horarios de sueño e incluso en cuidados del niño que incluyen vacunación y visitas de niño sano<sup>3</sup>.

A nivel mundial, la DPP varía entre un rango de 10% a un 15%<sup>4,5</sup>. La tasa de DPP en mujeres latinas que residen en Estados Unidos y en México varía de 16% a un 56%, muy superior a la tasa de DPP reportada en mujeres de otros países de Latinoamérica<sup>6</sup>. Según ciertas escalas utilizadas en diferentes países se indica que se presenta aproximadamente un 17% en Colombia<sup>7</sup> y hasta un 35.2% en Chile<sup>8</sup>. Del mismo modo, la tasa de DPP en Brasil oscila entre el 10% y en 20.7%<sup>9,10</sup>; y más recientemente, se presenta en un 17.1% durante los primeros meses después del parto y hasta un 20% a los 6 meses postparto en una muestra en mujeres en México<sup>6</sup>.

A nivel mundial y nacional, el binomio madre e hijo representan mucha importancia dentro del sistema de salud, ya que el cuarto y quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) del Programa para las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) son reducir la mortalidad infantil y mejorar la salud materna, respectivamente.

En El Salvador se conoce poco acerca de este tema; entre las investigaciones que se han realizado a nivel nacional se encuentra un estudio en la Universidad Nacional de El Salvador en los departamentos de Usulután y La Unión, en el año 2013, el cual reporta que la depresión posparto en mujeres adultas representa un 33% y en mujeres adolescentes representa un 27%<sup>11</sup>. Entre los lineamientos del Ministerio de Salud de El Salvador "*Lineamientos técnicos para la atención del embarazo parto y puerperio*"<sup>12</sup> y "*Lineamientos técnicos para la atención integral de pacientes con trastornos mentales y del comportamiento prevalente en el embarazo, parto y*

*puerperio*<sup>13</sup>, se indica realizar búsqueda oportuna de DPP en controles de embarazo y puerperales mediante la identificación de signos y síntomas a toda mujer en estado de embarazo y puerperio; sin embargo, estos lineamientos no abordan a profundidad el instrumento de detección de DPP, mecanismos de referencia, tratamiento farmacológico y no farmacológico y seguimiento a esta población; lo cual representa una brecha de conocimiento que aún no se ha superado y esto contribuye a que alteraciones sugestivas de trastornos mentales pasen inadvertidas por los programas de salud pública, los cuales son de vital importancia para la detección temprana y oportuna de la depresión post parto y a su vez dificulta conocer la situación de este tema en el país.

Por lo anterior, se realizó una revisión bibliográfica con el objetivo de identificar cual es la situación actual de depresión post parto, sus factores asociados y posibles complicaciones en mujeres en América para dotar al personal técnico que dirige los programas de atención materno-infantil de nuevo conocimiento y herramientas que sean de utilidad para la creación o reorientación de las estrategias de detección, tratamiento y seguimiento de las mujeres embarazadas y puérperas.

# I. METODOLOGÍA

---

## **BÚSQUEDA SISTEMÁTICA**

Se realizó una revisión evaluativa para contestar la pregunta “**¿Cuál es la situación de la depresión post parto, sus factores asociados y posibles complicaciones en mujeres de América?**” utilizando los siguientes descriptores (palabras claves): "depression postpartum", "depression postnatal", "risk factors", "epidemiology", "americas", "complications". A través de motores de búsqueda como: PUBMED, epistemonikos y Google Scholar se realizó la búsqueda en MEDILINE y epistemonikos y páginas de literatura gris.

## **CRITERIOS DE SELECCIÓN**

Por la naturaleza de la pregunta de investigación, se incluyeron artículos originales de estudios transversales y cohortes, revisiones sistemáticas y metanálisis, que se publicaron en el período de 2015 a octubre 2020. Se incluyeron estudios en lenguaje inglés, portugués y español que tuvieran como población a mujeres de américa, independientemente de raza o edad. Algunos estudios que se encontraron de manera incidental y que se consideraron relevantes fueron seleccionados para la revisión.

La pregunta PICO que dio origen a la revisión bibliográfica es una pregunta de frecuencia/carga de enfermedad, por lo tanto, para dar respuesta, se hizo necesario buscar estudios con nivel de evidencia la III y IV; es decir, revisiones sistemáticas, estudios de cohorte y estudios transversales.

## **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

No se consideraron para la revisión aquellos estudios realizados con enfoque cualitativo, recomendaciones de expertos, guías de práctica clínica, estudios de conocimientos, aptitudes y prácticas, estudios de intervención o ensayos clínicos.

## **SELECCIÓN DE ESTUDIO**

Posterior a la realización de la estrategia de búsqueda (*ver fuentes consultadas*), se realizaron los siguientes pasos:

- Lectura de títulos de los estudios relacionados con la pregunta de investigación propuesta.
- Aquellos que eran relevantes y contenían los elementos PICO se revisaron a través de una lectura crítica
- Si los estudios revisados cumplían con criterios de calidad y, si sus resultados eran relevantes para contestar la pregunta

## II. RESULTADOS

Según las estrategias de búsqueda implementadas, se encontraron un total de 154 artículos relacionados con depresión postparto publicados en los últimos 5 años, 153 en bases de datos y 1 tesis de pregrado que se encontró de manera incidental en literatura gris; de las búsquedas en bases de datos en PUBMED se encontraron 147 (96.1%) y epistemonikos 6 (3.9%). Relacionados con la pregunta de investigación se encontraron a 35, de los cuales 2 estaban repetidos en dos de las bases utilizadas, se excluyeron 11 por no cumplir con los criterios de selección y al final se seleccionaron 22 artículos para el análisis. (ver Figura 1).

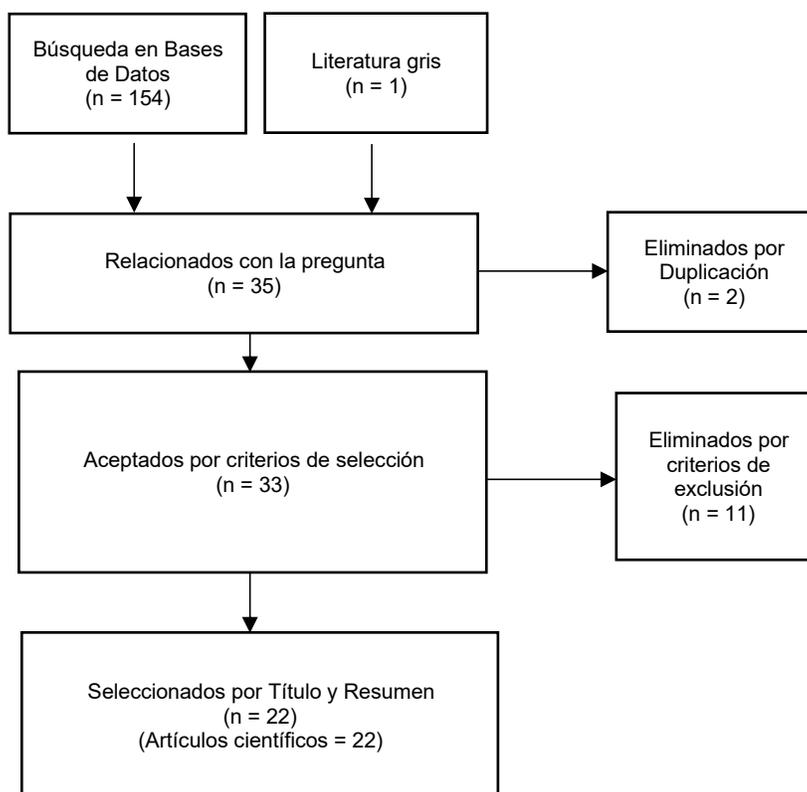


Figura 1. Proceso de selección de estudios para análisis

## **EPIDEMIOLOGÍA DE DEPRESIÓN POSTPARTO EN AMÉRICA**

La tabla 1 contiene los diferentes autores, año y países de publicación, la metodología utilizada y los resultados de los estudios seleccionados para la presente revisión bibliográfica.

Se encontraron 18 investigaciones de las cuales 10 son de tipo transversal (tanto analíticas como descriptivos) y 8 cohortes longitudinales. Según los resultados reportados de prevalencia, en los estudios de América, con respecto a la depresión post parto, se observó que el riesgo de DPP oscila en un rango entre el 5.8% y 39.9%, considerando las diferentes condiciones en las que se basaron las investigaciones seleccionadas. El 90% de las investigaciones utilizó la escala de Edimburgo para estimar este riesgo.

### **Estados Unidos**

En una cohorte se identificaron 2 grupos de mujeres en riesgo. Un grupo de mujeres embarazadas (sin depresión durante embarazo) de las cuales, el 7.92% desarrolló DPP 1 mes posterior al parto y un segundo grupo que durante el embarazo mostraron depresión y la cual la sostuvieron después del parto (18.5%)<sup>14</sup>.

Se llevó a cabo otro estudio el cual incluyó complicaciones como la ideación suicida dentro los primeros 6 meses postparto, encontrando una prevalencia mayor en mujeres que habían presentado complicaciones ante parto, en un 4.7% y en mujeres con historia pasada de depresión en un 3.78%<sup>15</sup>.

También se encontró que no existía mucha diferencia entre madres que sufren de depresión post parto; entre quienes habían dejado de amamantar a las 8 semanas post parto y quienes no. Se demostró también que la condición de inmigrante tiene una estrecha relación con el cese de lactancia materna, siendo este tipo de mujeres quienes tienen mayores probabilidades de cesar la lactancia materna<sup>16</sup>.

Se mostró que la depresión previa al parto tiene una probabilidad del 4.91% de riesgo para desarrollar depresión post parto; y el abuso sexual en la infancia conllevaba a un mayor riesgo del 3.07%<sup>17</sup>. Además de descartar la Diabetes Mellitus como factor de riesgo<sup>18</sup>.

## **Brasil**

La prevalencia de casos probables de depresión fue del 26,3%. Teniendo como factores de riesgo más prevalentes color de piel morena 1.15%, clase económica baja 1.70%, antecedentes de trastornos mentales oscilo entre 3.13%<sup>19</sup> al 39.9%<sup>20</sup>, embarazos nunca deseados en un 1,79%, entre ellos resalto el poco cuidado durante el parto o del recién nacido entre 2,71 y 3,39% respectivamente<sup>19</sup>. Cabe destacar que unas 40 (23,8%) mujeres mostraron síntomas depresivos, entre ellas 25 normotensas y 15 con hipertensión arterial. Las mujeres diagnosticadas con hipertensión arterial eran más propensas a tener síntomas depresivos que sus contrapartes normotensas ( $P = 0.004$ )<sup>21</sup>.

La prevalencia en la región noreste y la región amazónica fue de 19,0% y 20,3%, respectivamente con un valor p de 0,36<sup>22</sup>.

Entre las complicaciones como la ideación suicida se encontró un 4% de los cuales el 70% informó VPI (violencia por pareja íntima) durante el período posparto<sup>23</sup>.

## **Canadá**

Se encontró un estudio que correlaciona la prevalencia de aparición de síntomas de depresión post parto dependiendo de las semanas que han pasado a partir del parto, siendo la prevalencia de un 15,9% a la semana 1; del 12,3% a las 4 semanas y del 10,8% a las 8 semanas posparto<sup>24</sup>. Además, se encontró que el intento y la duración de la lactancia materna no se asociaron con depresión posparto entre cinco y siete meses posparto<sup>25</sup>.

## **Colombia**

En un análisis que se realizó con un total de 194 puérperas entre enero y junio del 2015, se encontró una prevalencia de tamiz positivo para DPP de un 40,20% (IC 95%; 33%-47%), de las cuales la edad promedio fue de 26 años y raza mestiza en un porcentaje de 81,96%<sup>26</sup>. Otro estudio dio resultado de un 22.3% de mujeres que obtuvieron 12 puntos en la Escala de Edimburgo, lo que las posiciona en riesgo para depresión postparto. Además de esto, se identificó que las ideas suicidas y los intentos de suicidio fueron más frecuentes en el primer trimestre (7.2% y 3.6%)<sup>27</sup>.

### **México**

Se observaron 3 grupos de predictores, los factores demográficos, obstétricos y psicológicos. En los 3 factores predictores fueron comprobados que el riesgo de DPP aumentó a las 6 semanas post parto. Demográficamente resaltan el bajo nivel educativo (OR = 5.61), no tener pareja (OR = 3.15) y bajos ingresos (OR = 4.09). En cuanto los obstétricos, se observaron el embarazo no planeado o no deseado (OR= 2,71; O = 3,87). Y entre los factores psicológicos se encuentran sucesos estresantes de la vida (OR= 5,32; OR= 4,06), síntomas de ansiedad (OR= 6,45; OR= 3,42) y síntomas depresivos (OR= 7,1; OR= 6,52)<sup>28</sup>.

### **El Salvador**

Al momento en El Salvador no se cuenta con suficiente información epidemiológica y a pesar de ser un tema de relevancia no es una patología que haya sido estudiada ni investigada debidamente en este grupo de mujeres. Entre las investigaciones no publicadas está una tesis de postgrado ubicada en el repositorio de la biblioteca de Universidad Evangélica de El Salvador que fue realizada en el Hospital Nacional Zacamil, con una muestra seleccionada de 180 mujeres de cualquier edad que se encontraran 24 horas posterior a verificar parto, ya fuese vaginal o abdominal, y con riesgo obstétrico bajo. En la investigación se utilizó la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) y se encontró una prevalencia de riesgo de depresión postparto y sintomatología depresiva del 44.4%. Además, un 11.7% presentaron signos de alarma ante la detección de ideación y conducta suicida. Los factores de riesgo que se asociaron más a la patología fueron la procedencia rural (OR=3.67, IC= 1.97-6.84), violencia intrafamiliar (OR=16.71, IC= 7.52- 37.15), disminución en los deseos y aspiraciones a futuro (OR=4.36, IC= 1.82-10.45), y sentimientos de culpabilidad (OR= 12.9, IC= 6.06-27.47)<sup>29</sup>.

**Tabla 1. Epidemiología de depresión postparto en América**

| Autor                                 | Año  | País           | Tipo de estudio          | Objetivo   | Metodología   | Riesgo de depresión postparto (Prevalencia)   |
|---------------------------------------|------|----------------|--------------------------|--|---|---|
| <b>McCall-Hosenfeld</b> <sup>14</sup> | 2016 | USA            | Cohorte                  | Analizar trayectorias de depresión y factores de riesgo clave asociados con estas trayectorias en el período periparto y posparto  | 3006 mujeres embarazadas de su primer bebé completaron encuestas telefónicas que midieron la depresión durante el tercer trimestre de la madre y al mes, seis y doce meses después del parto. La depresión se evaluó mediante la escala de depresión posparto de Edimburgo.   | Se identificaron 6 grupos de trayectoria. El grupo 4 se menciona a mujeres embarazadas quienes no mostraron depresión durante el embarazo pero 1 mes posterior mostraron síntomas de depresión post parto (OR 7.92) y grupo 6 en las últimas semanas de embarazo mostraron depresión post parto y esta se mantuvo en el post parto (OR18.5).  |
| <b>Bodnar-Deren</b> <sup>15</sup>     | 2016 | USA            | Cohorte                  | Examinar la asociación entre la ideación suicida (IS), 3 semanas, 3 meses y 6 meses después del parto con factores demográficos, psicosociales, clínicos y síntomas depresivos / de ansiedad (medidos 24-48 horas después del parto), en una cohorte de mujeres posparto | Este estudio incluyó a 1.073 madres que dieron a luz en un gran hospital terciario de la ciudad de Nueva York (2009-2010). Posteriormente, se evaluó la IS auto informada mediante la medida de suicidio de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo y del Cuestionario de Salud del Paciente                            | El 2% de las participantes presentó IS durante los primeros 6 meses posparto. En los análisis bivariados, la raza / etnia, la natividad, el seguro médico y el idioma se correlacionaron significativamente con el SI a las 3 semanas, 3 meses y 6 meses después del parto. El cribado positivo para depresión (p = 0,0245) y ansiedad (0,0454), evaluado 1 a 2 días después del parto, se correlacionó significativamente con el IS posterior en los análisis bivariados, al igual que las complicaciones antes del parto (p= 0,001), los antecedentes depresivos (0,001) y -eficacia (0,045)  |
| <b>Lara-Cinisomo</b> <sup>16(p)</sup> | 2018 | Estados Unidos | Cohorte (estudio piloto) | Explorar las asociaciones entre la depresión posparto, la ansiedad, la lactancia materna y la terapia ocupacional en latinas.  | Treinta y cuatro latinas fueron inscritas durante su tercer trimestre de embarazo y se les dio seguimiento durante las 8 semanas posteriores al parto. La depresión se evaluó mediante la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) en cada momento (tercer trimestre del embarazo, 4 y 8 semanas después del parto). | Hubo una diferencia significativa en la proporción de depresión por estatus de inmigrante (p = 0.011); Las mujeres nacidas en EE. UU. Mostraron proporciones más altas de PPD a las 4 semanas que las mujeres inmigrantes. Además, las mujeres que optaron por ser evaluadas en español tuvieron una menor probabilidad de depresión que las mujeres evaluadas en inglés. A las 4 semanas posparto, el 14% (n = 4) de las madres dejó de amamantar por completo y el 18% (n = 5) lo dejó a las 8 semanas posparto. Los resultados de la prueba exacta de Fisher indicaron que hubo una asociación significativa entre la condición de inmigrante y el cese temprano de la lactancia materna a las 4 y 8 semanas posparto (p = 0,005 y p = 0,011, respectivamente), demostrando que las inmigrantes tienen menos probabilidades de dejar de amamantar. |
| <b>Tebeka</b> <sup>17</sup>           | 2016 | Estados Unidos | Transversal analítico    | Estimar la prevalencia y los determinantes de la depresión periparto.  | Correspondiente a 34,653 participantes. La depresión periparto se evaluó de acuerdo con una entrevista semiestructurada.  | Las mujeres con depresión posparto informaron tasas más altas de abuso sexual en la infancia (OR = 3,07), antecedentes familiares de depresión (OR = 3,27). Un historial de trastorno   |

|                                 |      |        |             |   |   |   |
|---------------------------------|------|--------|-------------|---|---|---|
|                                 |      |        |             |   |   | mental se asoció con una mayor tasa de depresión posparto (OR = 3,43) Cuatro trastornos se asociaron específicamente con una mayor tasa de depresión posparto, incluida la depresión (OR = 4,91), trastorno por uso de sustancias (OR = 2,37), trastorno bipolar (OR <sup>1</sup> /42,39) y antecedentes de intento de suicidio OR <sup>1</sup> /43,79). La depresión posparto se asoció con eventos vitales estresantes en el último año (OR = 3,03) y complicaciones durante el embarazo (OR = 2,15). |
| <b>Miller<sup>18</sup></b>      | 2016 | USA    | Cohorte     | estimar si las mujeres diabéticas tienen más probabilidades de experimentar síntomas de depresión posparto que las mujeres sin diabetes   | 305 mujeres dieron su consentimiento para participar, de las cuales 100 (30,5%) tenían diabetes mellitus gestacional (DMG) y 33 (10,8%) tenían diabetes antes del embarazo.   | En comparación con las mujeres sin diabetes, las mujeres con diabetes (ya sea DMG o diabetes antes del embarazo) tenían tasas similares de depresión prenatal   |
| <b>Theme Filha<sup>19</sup></b> | 2016 | Brasil | Transversal | Examinar el impacto de los factores de riesgo sociodemográficos, individuales y obstétricos en la depresión posparto  | Estudio de 23.894 mujeres en posparto. La información sobre la depresión se obtuvo mediante una entrevista telefónica entre los 6 y los 18 meses posteriores al nacimiento y se midió mediante la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo.   | La prevalencia de casos probables de depresión fue del 26,3%  |
| <b>Hassan<sup>20</sup></b>      | 2016 | Brasil | Transversal | Analizar si la salud mental materna se asocia con el estado nutricional del lactante a los seis meses de edad.  | Estudio transversal con 228 lactantes de seis meses que acudieron a unidades de atención primaria de la ciudad de Río de Janeiro, sureste de Brasil. El peso medio para la talla y el peso medio para la edad se expresaron en puntajes z considerando las curvas de referencia de la Organización Mundial de la Salud de 2006. La salud mental materna se midió mediante el Cuestionario de salud general de 12 ítems. Se utilizaron los siguientes puntos de corte: $\geq 3$ para los trastornos mentales comunes, $\geq 5$ para los trastornos mentales más graves y $\geq 9$ para la depresión. | La prevalencia de trastornos mentales comunes, trastornos mentales más graves y depresión fue del 39,9%, 23,7% y 8,3%, respectivamente.   |
| <b>Strapasson<sup>21</sup></b>  | 2018 | Brasil | Transversal | Identificar posibles relaciones entre la depresión posparto y los trastornos hipertensivos del embarazo (HDP), así como los factores de riesgo asociados para desarrollar depresión posparto. | La cohorte final estuvo compuesta por 168 mujeres. El diagnóstico y la gravedad de la HDP se basaron en las mediciones de la presión arterial (sistólica $\geq 140$ mm Hg o diastólica $\geq 90$ mm Hg), proteinuria, hallazgos clínicos y de laboratorio. También se incluyó un grupo de mujeres   | 40 (23,8%) mujeres mostraron síntomas depresivos (25 normotensas y 15 con HDP). Las mujeres diagnosticadas con HDP eran más propensas a tener síntomas depresivos que sus contrapartes normotensas.   |

|                              |      |        |             |  |   |   |
|------------------------------|------|--------|-------------|--|---|---|
|                              |      |        |             |  | normotensas. Se utilizó la Escala de depresión posparto de Edimburgo para evaluar el riesgo de depresión posparto.  |   |
| <b>Correa</b> <sup>22</sup>  | 2016 | Brasil | Transversal | Investigar la prevalencia de la depresión posparto en región amazónica y noreste de Brasil.  | Administramos la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo a un total de 3060 mujeres que utilizaban el sistema de salud pública brasileña y habían dado a luz entre uno y tres meses antes de la entrevista. Se utilizó una puntuación de corte $\geq 11$ para indicar síntomas de depresión posparto.  | La prevalencia en la región noreste y la región amazónica fue de 19,0% y 20,3%, respectivamente ( $p = 0,36$ ).   |
| <b>Tabb</b> <sup>23</sup>    | 2018 | Brasil | Transversal | Examinar el riesgo de ideación suicida (IS) entre las mujeres posparto expuestas a la VPI (Violencia de pareja íntima).  | Se incluyó en el análisis un total de 701 mujeres en el posparto. La SI posparto se evaluó mediante el programa de entrevistas clínicas revisado. La VPI se evaluó mediante un cuestionario estructurado previamente validado en poblaciones brasileñas.  | La prevalencia de IS (ideación suicida) posparto fue del 4%. Entre aquellos con IS posparto, el 70% informó VPI (intimate partner violence) durante el período posparto.  |
| <b>Hassani</b> <sup>24</sup> | 2016 | Canada | Cohorte     | Los objetivos de este estudio fueron estimar la prevalencia de sintomatología depresiva comórbida y ansiedad durante las primeras 8 semanas posparto e identificar factores de riesgo.   | Muestra de 522 mujeres completaron cuestionarios enviados por correo a la 1, 4 y 8 semanas posparto. La presencia de sintomatología depresiva posparto comórbida y ansiedad se definió como tener una puntuación de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) de $\geq 10$ y una puntuación de ansiedad estatal en el Inventario de Ansiedad de Rasgos del Estado (STAI) de $\geq 40$ en el mismo momento.                 | La prevalencia de sintomatología depresiva fue del 29,6% a la semana 1, del 23,0% a las 4 semanas y del 20,4% a las 8 semanas posparto. La prevalencia de ansiedad fue del 20,1% a la semana 1, del 18,0% a las 4 semanas y del 14,6% a las 8 semanas posparto. El 52% de las mujeres con sintomatología depresiva posparto también experimentaron ansiedad posparto. La prevalencia de sintomatología depresiva posparto comórbida y ansiedad fue del 15,9% a la semana 1, del 12,3% a las 4 semanas y del 10,8% a las 8 semanas posparto.   |
| <b>Pope</b> <sup>25</sup>    | 2016 | Canadá | Transversal | Evaluar la asociación entre las variables relacionadas con la lactancia materna y la depresión posparto (según los criterios de umbral de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo) en el contexto de otros factores de riesgo conocidos. | La información sobre la lactancia materna, la información demográfica y los puntajes en la Escala de depresión posparto de Edimburgo se examinaron a partir de la Encuesta canadiense sobre experiencias de maternidad. Esta encuesta contiene datos recopilados de 6421 madres canadienses entre octubre de 2006 y enero de 2007, y en los análisis actuales se incluyeron 2848 mujeres entre cinco y siete meses después del parto. | 203 (7,2%) las mujeres cumplieron con los criterios de umbral de EPDS que sugieren depresión (puntuación $> 12$ ), 233 (8,3%) puntuaciones respaldadas que sugieren niveles subclínicos de depresión (puntuación 10–12), y 2381 (84,5%) puntuado en un rango que indica que no estaban luchando con la depresión (puntuación 10). Los análisis de regresión logística revelaron que cuando se considera en el contexto de otros factores de riesgo, el intento y la duración de la lactancia materna no se asociaron con depresión posparto entre cinco y siete meses posparto. Factores que se asociaron con la depresión posparto incluyeron ingresos más bajos, mayor estrés percibido, menor apoyo social percibido, sin antecedentes |

|                                     |      |          |                       |   |  |  |
|-------------------------------------|------|----------|-----------------------|---|--|--|
|                                     |      |          |                       |   |  | de depresión o sin antecedentes recientes de abuso.  |
| <b>Ortiz Martínez</b> <sup>26</sup> | 2016 | Colombia | Transversal           | Determinar la prevalencia DPP en el hospital Universitario San José de Popayán (HUSJ) y explorar que posibles factores asociados están relacionados con el desarrollo de la misma             | Estudio de corte transversal en el que se incluyeron madres en puerperio de un parto sea vaginal o cesárea, con edades gestacional mayor a 24 semanas atendidos en el HUSJ de Popayán (Colombia) en el periodo comprendido entre enero a junio 2015.   | El análisis final se realizó con un total de 194 púerperas entre enero a junio del 2015, se encontró una prevalencia de tamiz positivo para DPP de un 40,20% IC 95%; 33%-47%. La edad promedio fue 26 años, el 81,96% se identificó como raza mestiza, el 50,52% procede de área urbana, el 85,57% pertenece a estratos bajos, el 68,56% pertenece al régimen subsidiado, el 57,73% son amas de casa y en promedio tienen 9 años de escolaridad, con respecto a las patologías obstétricas de alto riesgo, tenemos que el 51,03% presento alguna de estas, la más frecuente tenemos el trastorno hipertensivo del embarazo (41,34%), la ruptura prematura de membranas (18,26%), la Corioamnionitis y restricción del crecimiento intrauterino con 7,73% y 5,15% respectivamente |
| <b>Vergel</b> <sup>27</sup>         | 2017 | Colombia | Transversal           | Determinar los factores de riesgo psicosocial presentes en mujeres con alto riesgo obstétrico hospitalizadas  | Estudio que incluyó 112 mujeres embarazadas o en posparto inmediato, evaluadas a través de una escala diseñada por las investigadoras y la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo   | 22.3% tuvieron más de 12 puntos en la Escala de Edimburgo, lo que las posiciona en riesgo para depresión postparto. Las ideas suicidas y los intentos de suicidio fueron más frecuentes en el primer trimestre (7.2% y 3.6%)   |
| <b>Lara</b> <sup>28</sup>           | 2016 | México   | Cohorte               | Identificar los predictores prenatales de PPD y síntomas depresivos posparto en madres mexicanas a las 6 semanas y 6 meses posparto.  | Doscientas diez mujeres fueron entrevistadas utilizando la Entrevista Clínica Estructurada (SCID-I), el Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9) y varias escalas de factores de riesgo.   | Se observaron 3 grupos de predictores, los factores demográficos, obstétricas y psicológicos. Demográficamente se mostró que el riesgo de DPP es mayor 6 semanas post parto, en los que resaltan el bajo nivel educativo (OR = 5.61), no tener pareja (OR = 3.15), bajos ingresos (OR = 4.09). En cuanto los obstétricos se observaron que el embarazo no planeado o no deseado (OR = 2,71; O = 3,87). Y entre los factores psicológicos se encuentran sucesos estresantes de la vida (OR = 5,32; OR = 4,06), síntomas de ansiedad (OR = 6,45; OR = 3,42) y síntomas depresivos (OR = 7,1; OR = 6,52)  |
| <b>Liu</b> <sup>30</sup>            | 2016 | USA      | Transversal analítico | Este estudio determinó el riesgo de síntomas centrales de depresión según los dominios de estrés de la vida durante el embarazo y si los factores estresantes variaron según la raza / etnia. | Se dividieron 3 grupos de factores estresantes en los cuales se incluyen los de relación: Separación o divorcio, discusiones en casa, esposo no quiere embarazo, peleas físicas, problemas de drogas entre familia o amigos. Factores Financieros que incluyen: mudanza, pérdida de trabajo de parte | En lo que respecta a mujeres hispanas se encontró un OR de 2.8% en cuanto a el grupo relacional con 2 o más factores antes mencionados. Y el ámbito financiero se encontró igualmente un OR de 2.8%, ambos con un valor de p<00  |

|                                |      |        |         |   |   |   |
|--------------------------------|------|--------|---------|---|---|---|
|                                |      |        |         |   | de esposo o de la mujer. y por último los factores físicos que incluyen familiar enfermo o muerte de algún familiar o amigo cercano. Se considera de alto riesgo a sufrir depresión post parto cuando el grupo relacional obtenga más de dos o más factores, al igual que la financiera, y psicólogo al menos 1 factor. |   |
| <b>Ahmed</b> <sup>31</sup>     | 2019 | Canada | Cohorte | Identificar subgrupos de mujeres que exhiben patrones únicos de trayectoria longitudinal de síntomas depresivos y de ansiedad desde el embarazo hasta los 5 años posparto y los predictores prenatales asociados con estos grupos maternos  | El estudio utilizó datos longitudinales recopilados de 615 mujeres en Saskatchewan desde el embarazo hasta 5 años posparto  | Las puntuaciones de depresión para las mujeres asignadas al grupo de moderada-aumentada fueron ligeramente más altas que las del grupo de moderada-estable durante el embarazo; sin embargo, sus puntuaciones EPDS aumentaron significativamente después del parto n= 32 siendo la prevalencia de depresión post parto fue de 5,2%. |
| <b>Venkatesh</b> <sup>32</sup> | 2017 | USA    | Cohorte | Examinar nuevos enfoques para mejorar la capacidad de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) para estratificar el riesgo de depresión posparto, incluidos puntos de corte alternativos, uso de una medida continua e incorporación de otros factores de riesgo putativos. | Un estudio de cohorte observacional de 4939 mujeres sometidas a cribado antes y después del parto con una prueba de detección de EPDS negativa antes del parto (es decir, EPDS <10).  | 287 mujeres (5,8%) resultaron positivas para depresión posparto.  |

**Fuente:** elaboración a partir de documentos revisados

## **FACTORES DE RIESGO DE DEPRESIÓN POSTPARTO EN AMÉRICA**

En la tabla 2, se han colocado un total de quince estudios, los cuales son correspondientes a factores de riesgo para DPP, están distribuidos de acuerdo con el país, su OR, intervalo de confianza de 95% y valor de p.

Dentro de los cuatro principales factores de riesgo que se encontraron en los diferentes estudios de América fueron, historia previa de depresión, fumar durante el embarazo, escolaridad materna menor a 10 años y clase económica baja. Al analizar los factores de riesgo que se presentan en diferentes publicaciones de América, la historia previa de depresión es el factor de riesgo que más frecuentemente se encontró en las publicaciones, el riesgo reportado (OR) oscila entre 3.78 a 18.5, es decir, que las mujeres que tenían historia previa de depresión, tienen al menos cuatro veces más riesgo de padecer DPP que las otras mujeres que no presentan este antecedente.

El segundo factor de riesgo que se encontró con mayor frecuencia en las publicaciones es fumar durante el embarazo, el riesgo reportado (OR) oscila entre 1.80 a 3.30, es decir, que las mujeres que fumaron durante el embarazo, tienen tres veces más riesgo de padecer DPP que las otras que no fumaron durante el embarazo.

El tercer factor de riesgo identificado con mayor frecuencia en las publicaciones es clase económica baja, el riesgo reportado (OR) oscila entre 1.99 a 4.09, es decir, que las mujeres que tienen clase económica baja, tienen cuatro veces más riesgo de padecer DPP que las otras que no tienen clase económica baja.

El cuarto factor de riesgo que se encontró con mayor frecuencia en las publicaciones es escolaridad materna menor de 10 años, el riesgo reportado (OR) oscila entre 1.4 a 5.61, es decir, que las mujeres que cursaron menos de 10 años de escolaridad presentan 5 veces más riesgo de padecer DPP que las que cursaron más de 10 años de escolaridad.

## Descripción de factores de riesgo en países de América.

En Estados Unidos, se incluyen cinco estudios, en los cuales, el factor de riesgo que tuvo mayor frecuencia en las publicaciones de América fue, historia previa de depresión; otro factor de riesgo descrito son los niveles bajos de vitamina D, estos se han asociado con riesgo para presentar depresión postparto, con un OR de 1.43.

En Canadá, se incluyen dos estudios, en los cuales se describe que el factor de riesgo con mayor frecuencia es historia previa de depresión.

En Brasil, se incluyen tres estudios, en los cuales se describe que los factores de riesgo con mayor frecuencia es escolaridad menor de 10 años, clase económica baja y fumar durante el embarazo.

En México, se incluye un estudio, el cual reporta que los factores de riesgo con mayor frecuencia son escolaridad menor a 10 años y clase económica baja.

En Colombia, se incluye un estudio, el cual reporta como los factores con mayor frecuencia a historia previa de depresión y clase económica baja.

En el resto de los países de América, incluyendo El Salvador, no se encontraron estudios publicados que analicen factores de riesgo en los últimos 5 años.

**Tabla 2. Factores de Riesgo de DPP**

| Autor                                 | Año  | País | Factores de riesgo DPP   | OR    | IC 95%         | p     |
|---------------------------------------|------|------|--|-------|----------------|-------|
| <b>McCall-Hosenfeld</b> <sup>14</sup> | 2016 | USA  | Trayectoria de Grupo 4: Quienes desarrollaron DPP                          |       |                |       |
|                                       |      |      | Historia de Depresión post parto   | 7.92  | 3.59–17.4      | —     |
|                                       |      |      | No viviendo con pareja   | 7.82  | 3.08–19.8      | —     |
|                                       |      |      | Trayectoria de Grupo 6: Quienes ya mostraban Depresión durante el embarazo |       |                |       |
|                                       |      |      | Historia de Depresión post parto   | 18.5  | 7.58–45.1      | —     |
|                                       |      |      | No viviendo con pareja   | 5.95  | 1.3–27.36      | —     |
| <b>Bodnar-Deren</b> <sup>15</sup>     | 2016 | USA  | Historia pasada de depresión   | 3.78  | (1.514–9.441)  | —     |
|                                       |      |      | Complicaciones ante parto  | 4.681 | (1.994–10.986) | —     |
| <b>Theme Filha</b> <sup>19</sup>      |      |      | Clase económica baja   | 1.99  | —              | 0.001 |
|                                       |      |      | Historia de enfermedad crónica   | 1.23  | —              | 0.005 |

|   |      |                         |  |        |              |        |
|---|------|-------------------------|--|--------|--------------|--------|
|   |      |                         | Historia de enfermedad mental                      | 2.65   | —            | 0.001  |
|   |      |                         | Fumar durante el embarazo                          | 1.8    | —            | 0.001  |
|   |      |                         | Consumo de alcohol                                 | 1.63   | —            | 0.001  |
|   |      |                         | 3 o más partos                                     | 2.57   | —            | 0.001  |
|   |      |                         | Nunca quiso estar embarazada                       | 1.79   | —            | 0.001  |
|   |      |                         | Compañía durante labor de parto                    | 1.59   | —            | 0.001  |
|   |      |                         | Mortinato  | 2.91   | —            | 0.011  |
|   |      |                         | Muerte neonatal                                    | 2.3    | —            | 0.004  |
|   |      |                         | Mala atención durante el parto                     | 2.71   | —            | 0.001  |
|   |      |                         | Mal cuidado del recién nacido                      | 3.39   | —            | 0.001  |
| <b>Strapasson</b> <sup>21</sup>                     | 2018 | Brasil                  | Trastorno hipertensivo del embarazo                | 0.219* | —            | 0.004  |
| <b>Correa</b> <sup>22</sup>                         | 2016 | Brasil                  | Escolaridad materna < 10 años                      | 1.4    | 1.12 - 1.74  | 0.003  |
| <b>Hassani</b> <sup>24</sup>                        | 2016 | Canada                  | Inmigración en los últimos 5 años vs otras mujeres | 8.03   | 3.43–18.77   | 0.05   |
|   |      |                         | Estrés percibido a la semana, aumento de 1 DS      | 3      | 2.01–4.47    | 0.05   |
| <b>Ortiz Martinez</b> <sup>26</sup>                 | 2016 | Colombia                | Patología Obstétrica de Alto Riesgo                | 2,67   | 1,41-5,07    | 0,001  |
|   |      |                         | Lactancia Materna                                  | 2,34   | 1,02-5,44    | 0,02   |
|   |      |                         | estado civil estable                               | 2,03   | 1,02-4,06    | 0,02   |
|   |      |                         | Estrato Socio Económico Bajo                       | 3,61   | 1,25-12,68   | 0,02   |
| <b>Lara</b> <sup>28</sup>                           | 2016 | México                  | Escolaridad menor a secundaria                     | 5.61   | 1.87 - 16.83 | —      |
|   |      |                         | Bajos ingresos familiares                          | 4.09   | 1.65 - 10.10 | —      |
|   |      |                         | Desempleo  | 3.57   | 1.55 - 8.19  | —      |
| <b>Ahmed</b> <sup>31</sup>                          | 2019 | Canada                  | Depresión pasada                                   | 4,67   | 2.01–10.82   | 0.001  |
| <b>Venkatesh</b> <sup>32</sup>                      | 2017 | USA                     | Uso de tabaco durante el embarazo                  | 3.3    | 2.49 - 4.37  | <0.001 |
|   |      |                         | Raza negra   | 1.74   | 1.17 - 2.58  | 0.006  |
|   |      |                         | IMC > 30 kg/m2                                     | 1.66   | 1.39 - 2.00  | <0.001 |
| <b>Accortt</b> <sup>33</sup>                        | 2020 | Los Angeles, California | Raza latina/ Hispana                               | 3.83   | 1.44-10.92   | 0.007  |
|   |      |                         | Niveles bajos de Vitamina D (marcador)             | 1.43   | 1.10–1.86    | 0.007  |
| <b>Nieto</b> <sup>34</sup>                          | 2017 | Nueva York              | Bajo apoyo social prenatal                         | 2.82   | 1.26–6.32    | ≤ 0.05 |
|   |      |                         | síntomas prenatales de depresión                   | 2.5    | 1.26–6.53    | ≤ 0.05 |
|   |      |                         | No apoyo de la pareja                              | 3.38   | 1.33–8.57    | ≤ 0.05 |
|   |      |                         | Abuso sexual infantil                              | 2.47   | 1.12–5.40    | ≤ 0.05 |
| <b>Factores predictores en niñez y adolescencia</b> |      |                         |  |        |              |        |
| <b>Tebeka</b> <sup>17</sup>                         | 2016 | Estados Unidos          | Primer episodio de depresión antes de los 15 años  | 3.83   | —            | <0.05  |
|   |      |                         | Antecedente familiar de depresión                  | 3.27   | —            |        |
|   |      |                         | Abuso sexual                                       | 3.07   | —            |        |
|   |      |                         | Baja autoestima                                    | 3.07   | —            |        |
| <b>Factores predictores en el último año</b>        |      |                         |  |        |              |        |
| <b>Tebeka</b> <sup>17</sup>                         | 2016 | Estados Unidos          | violencia psicológica por parte de la pareja       | 4.5    | —            | <0-05  |
|   |      |                         | Hipercolesterolemia                                | 3.98   | —            |        |
|   |      |                         | Cualquier evento estresante                        | 3.03   | —            |        |
|   |      |                         | Duelo  | 1.93   | —            |        |
|   |      |                         | Complicación en el embarazo                        | 2.1    | —            |        |

\*Coeficiente de correlación de Spearman

Fuente: elaboración a partir de documentos revisado

## COMPLICACIONES DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO EN AMÉRICA

A continuación, se presenta una tabla resumen de los artículos donde se evidencian algunas complicaciones o consecuencias asociadas a la DPP en América (tabla 3). En total, se encontraron publicados, en los últimos 5 años, un total de 5 investigaciones las cuales abordan en sus resultados algunas de las complicaciones que se pueden presentar en la DPP. De estas investigaciones se mencionan 2 estudios de cohortes, 1 de tipo revisión y 2 estudios de tipo transversales. Cabe destacar, que los únicos países que han reportado, en sus estudios, estos tipos de resultados son USA y Brasil.

Entre las principales consecuencias que se encontraron asociadas a la DPP está la ideación suicida, como una de las principales y más peligrosas relacionada a la mujer. En los estudios que se seleccionaron, se puede evidenciar que el porcentaje de mujeres con DPP que pueden presentar ideas suicidas va desde el 2%<sup>15</sup> hasta el 11.1%<sup>23</sup>.

Además, otros estudios han demostrado que el antecedente de DPP es el principal factor de riesgo para el desarrollo de la DPP en un nuevo embarazo (ver tabla 2). La DPP no solo puede afectar la salud de la mujer que la padece, sino que, además puede afectar las relaciones de la mujer para con su pareja y su entorno familiar como tal, por lo consecuente, puede verse afectada la relación con el recién nacido lo que puede acarrear otras consecuencias en cuanto a su desarrollo. Dentro de las consecuencias por DPP que se describen en los estudios seleccionados, que pueden afectar a los hijos, se encuentran: disminución del indicador de peso por longitud<sup>20</sup>, aumento de enfermedades a los niños en edades tempranas<sup>35</sup>, disminución de estimulación temprana, tasas más bajas de lactancia materna y aumento de retraso en el desarrollo hasta en un 34%<sup>36</sup>

Las consecuencias asociadas a los hijos de madre con DPP están directamente relacionadas entre sí, afectando directamente desde la primera infancia para poder repercutir en la juventud y adolescencia de este. Al presentarse disminución de tasas de lactancia materna debido a la insatisfacción que la madre<sup>36</sup> presenta para con el

niño se ven directamente disminuidos los puntajes Z promedio de peso por longitud<sup>20</sup>, lo que puede generar el aumento de enfermedades en niños de entre 24 a 48 meses de edad<sup>35</sup>. Además, las madres con DPP pueden presentar rechazo hacia su hijo, lo cual puede llevar a una ruptura del vínculo madre e hijo que, en última instancia, se asocia con el retiro de actividades diarias y la disminución de la interacción entre madre e hijo, lo cual provocaría una inadecuada estimulación temprana que puede conllevar a un retraso en el desarrollo del niño hasta en un 34% que se acompaña de un detrimento en el desarrollo psicomotor y del coeficiente intelectual, así como problemas de atención del niño, los cuales pueden verse reflejados en niños de hasta 11 años de edad, ya que estos factores están directamente ligados a la cercanía e intimidad de la relación madre – hijo<sup>36</sup>.

**Tabla 3. Complicaciones de DPP reportada en estudios de mujeres en América**

| <b>Autor</b>                     | <b>Año</b> | <b>País</b>    | <b>Tipo de estudio</b> | <b>Complicaciones DPP</b>  |
|----------------------------------|------------|----------------|------------------------|--|
| <b>Bodnar-Deren<sup>15</sup></b> | 2016       | USA            | Cohorte                | Ideación Suicida (2%)  |
| <b>Hassan<sup>20</sup></b>       | 2016       | Brasil         | Transversal            | Se asociaron trastornos mentales más graves y depresión con puntajes z promedio de peso por longitud más bajos, (> 5 puntos) p = 0.019 Depresión (>9 puntos) p = 0.011   |
| <b>Tabb<sup>23</sup></b>         | 2018       | Brasil         | Transversal            | Ideas suicidas (11.1 % (p = 0.000))  |
| <b>Barcelos<sup>35</sup></b>     | 2017       | Brasil         | cohorte                | La incidencia de lesiones fue mayor entre los niños cuyas madres presentaron síntomas depresivos durante el embarazo y a los 12 y 24 meses en comparación con aquellos cuyas madres no presentaron ningún síntoma.<br>En el análisis ajustado, el riesgo de lesiones de causa externa en niñas cuyas madres presentaron síntomas depresivos durante el embarazo y EPDS $\geq$ 13 a los 12 y 24 meses fue de 1.31 (IC 95% 1.15-1.50); y, entre los niños, 1.18 (IC95% 1.03–1.36)  |
| <b>Rafferty<sup>36</sup></b>     | 2019       | Estados unidos | Revisión               | En un estudio se encontró que la depresión materna prenatal aumento en un 34% la probabilidad de un retraso en el desarrollo en niños de 18 meses de edad. Se sugiere que la regulación emocional, así como posiblemente el físico del niño, cognitivo y social, depende en gran medida de la cercanía, la intimidad relaciones entre padres e hijo. Hijos de madres con depresión perinatal han sido documentados para tener puntuaciones estandarizadas más bajas de mentales y el desarrollo motor, más pobre autocontrol y ajuste social dificultades de hasta 5 años de edad. Hijos de madres con depresión también tenía un menor coeficiente intelectual con más problemas de atención y dificultad con razonamiento matemático hasta 11 años. La depresión perinatal también reduce la posibilidad de continuar amamantando debido a la disminución de la satisfacción, complicaciones más reportadas, y menor autoeficacia. Madres y padres que están deprimidos son menos propensos a participar en el enriquecimiento actividades con su hijo, incluyendo leer, cantar y contar historias. Madres con depresión perinatal también demuestran menos interacción recíproca; percepciones distorsionadas del comportamiento del bebé, en particular rechazo; atribución menos positiva, llevando al niño a la irritabilidad; Menos |

---

sensibilidad y afinación; apatía; y tasas más bajas de lactancia materna. En última instancia, la madre-hijo insegura apego se asocia con retiro de las actividades diarias y menos interacción, los bebés de madres con antecedentes de depresión perinatal no tratada tienden a demostrar un comportamiento deficiente, menos juego exploratorio, y niveles de actividad más bajos. Los bebés tienen habilidades de mala orientación y seguimiento, menor nivel de actividad y temperamento irritable. Hay un mayor riesgo de alimentación y sueño.

---

**Fuente: elaboración a partir de documentos revisados**

Entre las limitantes que se pudieron encontrar en la revisión bibliográfica, se encuentra los escasos estudios publicados a nivel latinoamericano, ya que solamente México y Colombia han publicado artículos relacionados con la DPP. En Centroamérica no se encontró ningún artículo publicado en los últimos 5 años, lo cual, limita el poder tener un panorama general del riesgo de desarrollo de DPP y los factores predictores asociados en la mujer Latinoamericana.

### III. CONCLUSIÓN

---

La depresión postparto es una patología de origen multifactorial invisibilidad que afecta a las mujeres de América de forma potencial. En ésta condición se involucran factores socioeconómicos, biológicos, psicológicos y estilo de vida que predisponen a un grupo de mujeres a encontrarse en mayor riesgo de desarrollarla; según la evidencia actual, aquellas mujeres con: historia previa de depresión, que han fumado durante el embarazo, con escolaridad materna menor a 10 años y clase económica baja la cual son las que pudieran verse afectadas en un moderado porcentaje. Es importante la detección precoz de dicho padecimiento ya que afecta en gran medida al binomio madre hijo e incluso a las relaciones interpersonales de la mujer. De acuerdo a lo encontrado, la ideación suicida y el retraso psicomotor de niños son las complicaciones más frecuentes de la DPP, pero también se mencionan otras como: apatía, madres menos involucradas en el enriquecimiento de actividades con su hijo, y tasas más bajas de lactancia materna.

## **IV. RECOMENDACIONES**

---

Debido a la complejidad y a las implicaciones de la depresión postparto, para tener un acercamiento a la realidad de las mujeres salvadoreñas, es necesario contar con información actualizada y de calidad que permita conocer cuál es el riesgo de depresión postparto en nuestra sociedad. Realizar investigaciones en función de conocer cuál es el riesgo de desarrollar DPP en las mujeres salvadoreñas y los factores de riesgo y predictores asociados, permitirá tomar decisiones basadas en la evidencia, además de sensibilizar acerca del problema a través de la detección temprana de DPP y su manejo oportuno.

Es imperante realizar una búsqueda activa de mujeres en puerperio implementando herramientas certificadas para la detección de factores de riesgo de depresión en mujeres tanto en el embarazo como en el puerperio; de tal manera, obtener información epidemiológica de dicha patología para futuras investigaciones a nivel nacional. Esto a su vez, ayudará a promover programas encaminados a educación poblacional sobre la importancia de esta patología, los factores de riesgo involucrados y las complicaciones.

## V. FUENTES DE INFORMACIÓN CONSULTADAS

---

1. Ortiz RA, Gallego CX, Buitron EL, Meneses YD, Muñoz NF, Gonzales MA. Prevalencia de tamiz positivo para Depresión Postparto en un Hospital de tercer nivel y posibles factores asociados. Rev. Colomb. Psiquiatr. [Internet]. Abr 2016 [consultado 12 ago 2020];45(4):253–261. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0034745016300026> DOI:10.1016/j.rcp.2016.03.002
2. Dadi AF, Miller ER, Mwanri L. Postnatal depression and its association with adverse infant health outcomes in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. BMC Pregnancy Childbirth. [Internet]. Dic 2020 [consultado 12 ago 2020];20(1):416. Disponible en: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-020-03092-7> DOI:10.1186/s12884-020-03092-7
3. Field T. Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: A review. Infant Behav. Dev.[Internet]. Feb 2010 [consultado 12 ago 2020];33(1):1–6. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0163638309000976> DOI:10.1016/j.infbeh.2009.10.005
4. Lusskin SI, Pundiak TM, Habib SM. Perinatal Depression: Hiding in Plain Sight. Can. J. Psychiatry. [Internet]. Ago 2007 [consultado 12 ago 2020]; 52(8):479–488. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/070674370705200802> DOI:10.1177/070674370705200802
5. Le Strat Y, Dubertret C, Le Foll B. Prevalence and correlates of major depressive episode in pregnant and postpartum women in the United States. J. Affect. Disord. [Internet]. Dic 2011 [consultado 12 ago 2020];135(1–3):128–138. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165032711004174> doi:10.1016/j.jad.2011.07.004
6. Lara MaA, Le H-N, Letechipia G, Hochhausen L. Prenatal Depression in Latinas in the U.S. and Mexico. Matern. Child Health J. [Internet]. Jun 2008 [consultado 14 ago 2020];13(4):567. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10995-008-0379-4> DOI:10.1007/s10995-008-0379-4
7. Bonilla-Sepúlveda ÓA. Depresión y factores asociados en mujeres adolescentes embarazadas y no embarazadas en Medellín (Colombia) 2009. Estudio de corte transversal. Rev. Colomb. Obstet. Ginecol. [Internet]. Sep 2010[consultado 14 ago 2020];61(3):207–213. Disponible en: <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/266> DOI:10.18597/rcog.266
8. Jadresic E, Nguyen DN, Halbreich U. What does Chilean research tell us about postpartum depression (PPD)? J. Affect. Disord. [Internet]. Sep 2007; [consultado 15 ago 2020];102(1–3):237–243. Disponible en:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032706004332?via%3Dihub> DOI:10.1016/j.jad.2006.09.032

9. Melo EF, Cecatti JG, Pacagnella RC, Leite DFB, Vulcani DE, Makuch MY. The prevalence of perinatal depression and its associated factors in two different settings in Brazil. *J. Affect. Disord.* [Internet]. Feb 2012 [consultado 15 ago 2020];136(3):1204–1208. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032711007403?via%3Dihub> DOI:10.1016/j.jad.2011.11.023
10. Tannous L, Gigante LP, Fuchs SC, Busnello ED. Postnatal depression in Southern Brazil: prevalence and its demographic and socioeconomic determinants. *BMC Psychiatry.* [Internet]. Dic 2008; [consultado 15 ago 2020];8(1):1. Disponible en: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-8-1> doi:10.1186/1471-244X-8-1
11. Chicas E, Martínez L, Ortiz H. Incidencia de depresión postparto en mujeres de 10 a 45 años que asisten a su control puerperal a las unidades comunitarias de salud familiar Jucuarán departamento de Usulután, Bobadilla San Alejo y El Sauce en el departamento de La Unión; periodo de septiembre a noviembre de 2013. San Miguel, El Salvador: Nacional de El Salvador; 2013. [ Tesis en Internet ]. San Miguel, El Salvador: Universidad Nacional de El Salvador, 2013 [ consultado 15 ago 2020 ]. Disponible desde: <http://ri.ues.edu.sv/id/eprint/7180/1/50108034.pdf>
12. Ministerio de Salud de El Salvador. Lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el período preconcepcional, parto, puerperio y al recién nacido [Internet]. El Salvador; c2011 [ consultado 16 ago 2020 ] Disponible desde; [http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos\\_prenatal\\_parto\\_post\\_parto\\_recien\\_nacido.pdf](http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos_prenatal_parto_post_parto_recien_nacido.pdf)
13. Ministerio de Salud de El Salvador Lineamientos Técnicos para la Atención Integral de Pacientes con Trastornos Mentales y del Comportamiento Prevalentes en el Embarazo, Parto y Puerperio [Internet]. El Salvador; c2019 [consultado 16 ago 2020] Disponible desde: [http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientospacientestrastornosmentalesprevalentesembarazopartopuerperio2019\\_v2.pdf](http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientospacientestrastornosmentalesprevalentesembarazopartopuerperio2019_v2.pdf)
14. McCall-Hosenfeld JS, Phiri K, Schaefer E, Zhu J, Kjerulff K. Trajectories of Depressive Symptoms Throughout the Peri- and Postpartum Period: Results from the First Baby Study. *J. Womens Health.* [Internet]. Nov 2016 [consultado 8 sep 2020];25(11):1112–1121. Disponible en: <http://www.liebertpub.com/doi/10.1089/jwh.2015.5310> DOI:10.1089/jwh.2015.5310
15. Bodnar-Deren S, Klipstein K, Fersh M, Shemesh E, Howell EA. Suicidal Ideation During the Postpartum Period. *J. Womens Health.* [Internet]. Dic 2016[consultado 8 sep 2020];25(12):1219–1224. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5175420/> DOI:10.1089/jwh.2015.5346

16. Lara-Cinisomo S, McKenney K, Di Florio A, Meltzer-Brody S. Associations Between Postpartum Depression, Breastfeeding, and Oxytocin Levels in Latina Mothers. *Breastfeed. Med.* [Internet]. Sep 2017[consultado 9 sep 2020];12(7):436–442. Disponible en: <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/bfm.2016.0213> DOI:10.1089/bfm.2016.0213
17. Tebeka S, Strat YL, Dubertret C. Developmental trajectories of pregnant and postpartum depression in an epidemiologic survey. *J. Affect. Disord.* [Internet]. Oct 2016 [consultado 9 sep 2020]; 203:62–68. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165032716304414> DOI:10.1016/j.jad.2016.05.058
18. Miller ES, Peri MR, Gossett DR. The association between diabetes and postpartum depression. *Arch. Womens Ment. Health.* [Internet]. Feb 2016 [consultado 10 sep 2020];19(1):183–186. Disponible en: <http://link.springer.com/10.1007/s00737-015-0544-x> DOI:10.1007/s00737-015-0544-x
19. Theme Filha MM, Ayers S, Gama SGN da, Leal M do C. Factors associated with postpartum depressive symptomatology in Brazil: The Birth in Brazil National Research Study, 2011/2012. *J. Affect. Disord.* [Internet]. Abr 2016 [consultado 20 sep 2020]; 194:159–167. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165032715306789> DOI:10.1016/j.jad.2016.01.020
20. Hassan BK, Werneck GL, Hasselmann MH. Maternal mental health and nutritional status of six-month-old infants. *Rev. Saúde Pública.* [Internet]. Mar 2016[consultado 11 sep 2020]; 50(0). Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102016000100206&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102016000100206&lng=en&tlng=en) DOI:10.1590/S1518-8787.2016050006237
21. Strapasson MR, Ferreira CF, Ramos JGL. Associations between postpartum depression and hypertensive disorders of pregnancy. *Int. J. Gynecol. Obstet.* [Internet]. Dic 2018 [consultado 11 sep 2020];143(3):367–373. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1002/ijgo.12665> DOI:10.1002/ijgo.12665
22. Corrêa H, Castro e Couto T, Santos W, Romano-Silva MA, Santos LMP. Postpartum depression symptoms among Amazonian and Northeast Brazilian women. *J. Affect. Disord.* [Internet]. Nov 2016[consultado 11 sep 2020]; 204:214–218. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165032716306127> DOI:10.1016/j.jad.2016.06.026
23. Tabb KM, Huang H, Valdovinos M, Toor R, Ostler T, Vanderwater E, Wang Y, Menezes PR, Faisal-Cury A. Intimate Partner Violence Is Associated with Suicidality Among Low-Income Postpartum Women. *J. Womens Health.* [Internet]. Feb 2018; [consultado 11 sep 2020];27(2):171–178. Disponible en: <http://www.liebertpub.com/doi/10.1089/jwh.2016.6077> DOI:10.1089/jwh.2016.6077
24. Falah-Hassani K, Shiri R, Dennis C-L. Prevalence and risk factors for comorbid postpartum depressive symptomatology and anxiety. *J. Affect. Disord.* [Internet]. Jul 2016 [consultado 11 sep 2020];198:142–147. Disponible en:

<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165032715303839>  
DOI:10.1016/j.jad.2016.03.010

25. Pope CJ, Mazmanian D, Bédard M, Sharma V. Breastfeeding and postpartum depression: Assessing the influence of breastfeeding intention and other risk factors. *J. Affect. Disord.* [Internet]. Ago 2016 [consultado 12 sep 2020];200:45–50. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165032715313999>  
doi:10.1016/j.jad.2016.04.014
26. Vergel J, Gaviria SL, Duque M, Restrepo D, Rondon M, Colonia A. Gestation-related psychosocial factors in women from Medellín, Colombia. *Rev. Colomb. Psiquiatr.* [Internet]. Ene 2019 [consultado 12 sep 2020];48(1):26–34. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0034745017300744>  
doi:10.1016/j.rcp.2017.06.003
27. Lara MA, Navarrete L, Nieto L. Prenatal predictors of postpartum depression and postpartum depressive symptoms in Mexican mothers: a longitudinal study. *Arch. Womens Ment. Health.* [Internet]. Oct 2016 [consultado 12 sep 2020];19(5):825–834. Disponible en: <http://link.springer.com/10.1007/s00737-016-0623-7>  
DOI:10.1007/s00737-016-0623-7
28. Vallecampo AM. Relación Entre El Riesgo Y Factores Asociados A Depresión Postparto En El Puerperio Inmediato De Mujeres Con Bajo Riesgo Obstétrico [Tesis en Internet]. San Salvador, El Salvador: Universidad Evangélica de El Salvador, 2020 [consultado 15 oct 2020]. Disponible desde: <http://biblioteca.uees.edu.sv/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=51959>
29. Liu CH, Giallo R, Doan SN, Seidman LJ, Tronick E. Racial and Ethnic Differences in Prenatal Life Stress and Postpartum Depression Symptoms. *Arch. Psychiatr. Nurs.* [Internet]. Feb 2016 [consultado 15 oct 2020];30(1):7–12. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0883941715002563>  
DOI:10.1016/j.apnu.2015.11.002
30. Ahmed A, Feng C, Bowen A, Muhajarine N. Latent trajectory groups of perinatal depressive and anxiety symptoms from pregnancy to early postpartum and their antenatal risk factors. *Arch. Womens Ment. Health.* [Internet]. Dic 2018 [consultado 16 oct 2020];21(6):689–698. Disponible en: <http://link.springer.com/10.1007/s00737-018-0845-y> DOI:10.1007/s00737-018-0845-y
31. Venkatesh KK, Kaimal AJ, Castro VM, Perlis RH. Improving discrimination in antepartum depression screening using the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *J. Affect. Disord.* [Internet]. May 2017[consultado 16 oct 2020];214:1–7. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165032717302173>  
doi:10.1016/j.jad.2017.01.042
32. Accortt EE, Arora C, Mirocha J, Jackman S, Liang R, Karumanchi SA, Berg AH, Hobel CJ. Low Prenatal Vitamin D Metabolite Ratio and Subsequent Postpartum Depression Risk. *J. Womens Health.* [Internet]. Oct 2020. [consultado 16 oct 2020]; jwh.2019.8209 Disponible en: <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/jwh.2019.8209>  
doi:10.1089/jwh.2019.8209

33. Nieto L, Lara MaA, Navarrete L. Prenatal Predictors of Maternal Attachment and Their Association with Postpartum Depressive Symptoms in Mexican Women at Risk of Depression. *Matern. Child Health J.* [Internet]. Jun 2017 [consultado 17 oct 2020];21(6):1250–1259. Disponible en: <http://link.springer.com/10.1007/s10995-016-2223-6> DOI:10.1007/s10995-016-2223-6
34. Siqueira Barcelos R, da Silva dos Santos I, Matijasevich A, Anselmi L, Barros FC. Maternal depression is associated with injuries in children aged 2–4 years: the Pelotas 2004 Birth Cohort. *Inj. Prev.* [Internet]. Jun 2019 [consultado 17 oct 2020];25(3):222–227. Disponible en: <http://injuryprevention.bmj.com/lookup/doi/10.1136/injuryprev-2017-042641> doi:10.1136/injuryprev-2017-042641
35. Rafferty J, Mattson G, Earls MF, Yogman MW. Incorporating Recognition and Management of Perinatal Depression Into Pediatric Practice. [Internet]. *m Ene* 2019 [consultado 17 oct 2020];143(1):31. Disponible en: <https://pediatrics.aappublications.org/content/143/1/e20183260> DOI:10.1542/peds.2018-3260

## VI. ANEXOS

---

### Estrategia de Búsqueda

| Search number | Query  | Results |
|---------------|--|---------|
| 1             | Search: ((( <b>"depression postpartum"</b> [All Fields]) OR ( <b>"depression postnatal"</b> [All Fields]) AND (y_5[Filter])) AND (( <b>risk factors</b> ) AND ( <b>"risk factors"</b> [All Fields]) AND (y_5[Filter]))) AND ( <b>americas</b> AND (y_5[Filter])) Filters: <b>in the last 5 years</b> | 79      |
| 2             | (( <b>"depression postpartum"</b> [All Fields]) OR ( <b>"depression postnatal"</b> [All Fields]) AND (y_5[Filter])) AND ( <b>americas</b> AND (y_5[Filter]))) AND ( <b>"complications"</b> [All Fields] AND (y_5[Filter])) Filters: <b>in the last 5 years</b>                                       | 62      |

---