

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE MEDICINA  
DOCTORADO EN MEDICINA**



**FACTORES DE RIESGO Y PREVALENCIA DE DEPRESIÓN POSTPARTO EN  
MUJERES EN PUERPERIO EN LA UNIDAD DE SALUD ESPECIALIZADA DE SAN  
JACINTO, JUNIO-SEPTIEMBRE 2025.**

Autores:

Raúl José Gómez Castillo

Alessandra Sofía Gutiérrez Garay

Para optar el grado de:

DOCTOR EN MEDICINA

Asesor:

Dr. Eliseo Antonio Guzmán Cisneros

Ciudad Universitaria "Dr. Fabio Castillo Figueroa", El Salvador, Noviembre 2025

## **AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD**

### **RECTOR**

M. Sc. Juan Rosa Quintanilla

### **VICERRECTORA ACADÈMICA**

Dra. Evelyn Beatriz Farfán

### **VICERRECTOR ADMINISTRATIVO**

M. Sc. Roger Arias

### **SECRETARIO GENERAL**

Lic. Pedro Rosalio Escobar Castaneda

## **AUTORIDADES DE LA FACULTAD**

### **DECANO**

Dr. Saul Diaz Peña

### **VICEDECANO**

M. SC. Franklin Arnulfo Méndez Duran

### **SECRETARIO**

Msp. Roberto Carlos Hernández Marroquín

### **DIRECTOR DE ESCUELA DE MEDICINA**

Dr. Douglas Alfredo Velásquez Raimundo

### **DIRECTORA DE ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD**

M. SC. Mónica Raquel Ventura de Ramos

### **DIRECTOR DE ESCUELA DE POSTGRADO**

Dr. Edwar Alexander Herrera Rodríguez

### **COORDINADORA DE LOS PROGRAMAS DE MAESTRÍAS**

Dra. Blanca Aracely Martínez

### **COORDINADORA DE ESPECIALIDADES MÉDICAS**

Dra. Claudia Margarita de Blanco

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios Todopoderoso y a la Santa Virgen María, por cuya intercesión he llegado hasta este punto de mi formación, colmado de gracia y bendición. A San Ignacio de Loyola, en gratitud por la fortaleza recibida en este proceso académico.

A mi padre, Salvador Gutiérrez, y a mi madre, Delmy Garay de Gutiérrez, cuyo esfuerzo y apoyo me sostuvieron cada día y cada noche de este camino. A mis hermanos, por quienes cada día me esfuerzo en ser el mejor ejemplo, con la esperanza de inspirarlos en sus propios sueños y proyectos.

A la memoria de mi suegro, José Raúl Gómez, cuyo ejemplo de bondad y generosidad nos acompañó hasta el final de sus días y sigue inspirando mi vida. A mi suegra, Carolina de Gómez, por el apoyo que, de diversas formas, ha representado en mi vida y en la de quienes amo.

A mi amado novio y compañero de fórmula, cuyo amor y apoyo me han sostenido a lo largo de este camino; nada hubiera sido igual sin él.

A mis amigos, por ser mis aliados en esta aventura, que sin ellos habría sido imposible. Finalmente, a mis maestros, entre ellos a nuestro asesor, Dr. Eliseo Guzmán, por compartir su conocimiento y experiencia, cuya huella perdurará en nuestra formación profesional y vida académica.

Con gratitud y cariño.

Alessandra Sofía Gutiérrez Garay.

A Dios todopoderoso, por otorgar la salud, la fortaleza y la sabiduría necesarias para alcanzar este logro.

A la memoria de mi padre, José Raúl Gómez Hernández, cuyo ejemplo y apoyo constante durante mi vida y mi formación universitaria fueron fundamentales, aun en medio de las dificultades. A mi madre, Rosa Carolina Castillo de Gómez, por su dedicación y esfuerzo incansable al cuidar de mi padre y por su respaldo, que ha sido esencial en este proceso.

A la familia Gutiérrez Garay, en especial a Salvador de Jesús Antonio Gutiérrez y a Úrsula Delmy Garay de Gutiérrez, por brindarme su apoyo en momentos decisivos de mi carrera y acogerme como parte de su familia. A mi amada novia quien ha estado presente en mi formación académica, por su constante apoyo y amor, por velar por mi bienestar y el de mi padre, y por acompañarme con guía y dedicación tanto en el ámbito universitario como personal.

Al Dr. Elíseo Guzmán, nuestro asesor, por su valiosa orientación, experiencia y conocimientos, que fueron determinantes para la realización de este trabajo de investigación.

Finalmente, al personal de la USE San Jacinto, médicos staff y médicos en año social, quienes con su colaboración hicieron posible la ejecución de las pruebas necesarias para el desarrollo de esta investigación.

Con inmensa gratitud.

Raúl José Gómez Castillo.

## ÍNDICE

I. RESUMEN	vi
II. INTRODUCCIÓN	vii
III. OBJETIVOS	8
A. Objetivo General:	8
B. Objetivos Específicos:	8
IV. MARCO TEÓRICO	9
Concepto y clasificación según DSM-5 y CIE-11	11
Diferencias entre tristeza posparto, depresión posparto y psicosis posparto	11
Epidemiología global, regional y local	12
Prevalencia global	13
Prevalencia en América Latina y El Caribe	13
Situación en El Salvador	14
Factores de riesgo	15
Diagnóstico de la Depresión Posparto	17
Criterios Diagnósticos DSM-5 y CIE-11	18
Diagnóstico Diferencial con Otras Condiciones Psiquiátricas	20
Impacto de la Depresión Posparto	23
Manejo y Tratamiento de la Depresión Posparto	25
V. DISEÑO METODOLÓGICO	31
A. Tipo de investigación	31
B. Área y período de estudio	31
C. Universo, Población y Muestra	31
D. Variables e indicadores	34
E. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	35
F. Procedimientos	35

G. Análisis de los datos	36
VI. CONSIDERACIONES ÉTICAS	37
VII. RESULTADOS	38
Análisis e Interpretación:	59
VIII. DISCUSIÓN	61
IX. CONCLUSIONES	63
X. RECOMENDACIONES	64
XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66
XII. ANEXOS	70
Anexo 1: Cuestionario sobre Depresión Postnatal Edimburgo	70
Anexo 2: Área de Influencia Geográfica USE San Jacinto	71
Anexo 3: Permiso para realizar la investigación por la Región de Salud Metropolitana	72

## I. RESUMEN

La depresión posparto constituye un problema de salud mental de alta prevalencia a nivel mundial, con importantes repercusiones en la calidad de vida de las mujeres y el desarrollo del recién nacido. En El Salvador, pese a su relevancia clínica, existe escasa información epidemiológica sobre esta condición. El presente estudio tiene como objetivo general determinar los factores de riesgo y la prevalencia de la depresión posparto en mujeres en puerperio atendidas en la Unidad de Salud Especializada de San Jacinto, San Salvador, durante el período de junio a septiembre de 2025. Se utilizará un enfoque cuantitativo, observacional y transversal. La población estará compuesta por mujeres en puerperio (hasta seis semanas posteriores al parto) que asistan a consulta posparto en dicha unidad de salud. Para la recolección de datos se aplicará la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS), instrumento psicométrico validado y ampliamente utilizado para el tamizaje de síntomas depresivos en el período posnatal. Los datos serán recolectados mediante el llenado de la escala de Depresión Postnatal de Edimburgo, la cual se realiza durante el control puerperal; dicha investigación se realizó previo consentimiento informado, y analizados mediante frecuencias y cruces de variables, con el objetivo de describir características sociodemográficas, obstétricas y psicosociales asociadas a la depresión posparto. Este estudio busca aportar evidencia local relevante para el abordaje y prevención de este trastorno en el primer nivel de atención.

**Palabras clave:** Depresión posparto; Factor de riesgo; Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS); Prevalencia; Salud Mental.

## II. INTRODUCCIÓN

La salud mental materna es un componente esencial del bienestar general de la mujer durante el ciclo reproductivo, particularmente en el período del puerperio. Entre las afecciones más prevalentes y menos detectadas en esta etapa se encuentra la depresión posparto (DPP), un trastorno del estado de ánimo que puede afectar significativamente la calidad de vida de la madre, el desarrollo del recién nacido y la dinámica familiar. A pesar de su elevada frecuencia, la DPP continúa siendo infradiagnosticada, especialmente en contextos de escasos recursos, donde las limitaciones estructurales del sistema de salud dificultan la detección y el abordaje oportuno.

En países de ingresos bajos y medios como El Salvador, la falta de datos epidemiológicos actualizados, junto con el escaso uso de herramientas validadas de tamizaje en el primer nivel de atención, representa un obstáculo importante para la atención integral de esta problemática. Las mujeres en puerperio, especialmente aquellas en condiciones de vulnerabilidad social, están expuestas a múltiples factores de riesgo que incrementan la probabilidad de desarrollar esta condición, tales como la falta de apoyo emocional, antecedentes de trastornos mentales, violencia intrafamiliar, entre otros.

Este estudio tiene como finalidad determinar la prevalencia de la depresión posparto y los factores de riesgo presentes en mujeres atendidas en la Unidad de Salud Especializada de San Jacinto durante el período de junio a septiembre de 2025. La aplicación de instrumentos estandarizados como la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) permitirá obtener un panorama más preciso sobre la magnitud del problema, así como orientar futuras intervenciones enfocadas en la prevención, detección y manejo oportuno de la DPP en el contexto local.

### **III. OBJETIVOS**

#### **A. Objetivo General:**

Determinar los factores de riesgo y la prevalencia de la depresión posparto en mujeres en puerperio atendidas en la Unidad de Salud Especializada de San Jacinto, durante el período de junio a septiembre de 2025.

#### **B. Objetivos Específicos:**

- Identificar los factores de riesgo a la depresión posparto en las mujeres en puerperio atendidas en la Unidad de Salud de San Jacinto durante el mismo período de junio a septiembre de 2025.
- Establecer la prevalencia de la depresión posparto en mujeres en puerperio atendidas en la Unidad de Salud Especializada de San Jacinto, durante el período de junio a septiembre de 2025.

#### IV. MARCO TEÓRICO

Los trastornos depresivos incluyen diversas condiciones caracterizadas por un estado de ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios cognitivos y somáticos que afectan la funcionalidad del individuo. Estos trastornos se diferencian entre sí por su duración, presentación temporal y posibles causas subyacentes.

Dentro de este grupo, la depresión posparto (DPP) es una afección frecuente, potencialmente incapacitante pero tratable, que afecta a las mujeres después del parto. La quinta edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-5) de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (APA) la define como un episodio depresivo mayor con "inicio en el período periparto", estableciendo que los síntomas pueden manifestarse durante el embarazo o dentro de las seis semanas posteriores al parto. Sin embargo, en la práctica clínica y la investigación, el espectro temporal de la DPP suele ampliarse hasta los 12 meses posparto, reconociendo que incluso los síntomas depresivos subclínicos pueden tener un impacto significativo en la madre, el lactante y la dinámica familiar.

El período posparto representa una etapa única en la vida de la mujer, caracterizada por cambios neuroendocrinos abruptos, ajustes psicosociales significativos y desafíos en la lactancia materna, factores que pueden influir en la aparición y evolución de la DPP. Además, haber experimentado un trastorno del estado de ánimo en esta etapa puede tener implicaciones en la salud mental materna a largo plazo y en la planificación familiar futura, lo que subraya la importancia de su detección y manejo oportuno.<sup>1</sup>

La depresión posparto (DPP) es un problema de salud pública de gran relevancia debido a su alta prevalencia y sus repercusiones en la madre, el recién nacido y la sociedad en general.<sup>2</sup> Se estima que afecta aproximadamente al 17.22%

---

<sup>1</sup> American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed, text rev. Arlington (VA): American Psychiatric Association; 2022.

<sup>2</sup> Woody CA, Ferrari AJ, Siskind DJ, Whiteford HA, Harris MG. A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. *Transl Psychiatry*. 2021;11(1):543.

de las mujeres en el período posparto, con tasas aún mayores en países en desarrollo, donde puede alcanzar el 19.8%.<sup>3</sup>

A pesar de su impacto, la DPP sigue siendo un trastorno subdiagnosticado y subtratado, lo que incrementa el riesgo de complicaciones graves. Entre las principales razones de esta brecha se encuentran la falta de acceso a servicios de salud mental, la estigmatización de los trastornos psicológicos en el embarazo y posparto, y la baja capacitación del personal de salud en su detección y manejo oportuno.

Las repercusiones de la DPP abarcan múltiples niveles:

- Impacto en la madre: La DPP puede afectar significativamente la calidad de vida de la mujer, interferir con su capacidad de cuidado y aumentar el riesgo de suicidio, que en algunos contextos representa una de las principales causas de muerte materna.
- Consecuencias en el recién nacido: Los hijos de madres con DPP pueden presentar alteraciones en el vínculo materno-infantil, retrasos en el desarrollo emocional y cognitivo, así como mayor vulnerabilidad a trastornos psicológicos en la infancia.
- Repercusiones familiares y sociales: La DPP puede generar conflictos en la pareja, afectar la dinámica familiar y aumentar la carga económica y asistencial sobre los sistemas de salud y protección social.

Dado su impacto multidimensional, la detección y el tratamiento oportunos de la DPP son esenciales para prevenir complicaciones y mejorar el bienestar materno-infantil. La OMS enfatiza la necesidad de integrar la atención a la salud mental materna dentro de los servicios de atención primaria, mediante la capacitación del personal de salud y la implementación de estrategias de tamizaje y tratamiento accesibles para todas las mujeres en el período posparto.

---

<sup>3</sup> Organización Mundial de la Salud. *Maternal mental health and child health and development in low and middle-income countries* [Internet]. Geneva: WHO; 2022

## Concepto y clasificación según DSM-5 y CIE-11

La clasificación y criterios diagnósticos de la DPP han sido establecidos en los principales manuales de referencia en salud mental:

- **DSM-5:** Según el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, quinta edición (DSM-5), la DPP no se considera un trastorno independiente, sino un episodio depresivo mayor con el especificador de “inicio periparto”, el cual incluye síntomas que comienzan durante el embarazo o en las seis semanas posteriores al parto<sup>4</sup>.
- **CIE-11:** La *Clasificación Internacional de Enfermedades* en su undécima revisión (CIE-11) clasifica la DPP bajo el código 6E20, denominado “Trastornos mentales o del comportamiento asociados con el embarazo, el parto o el puerperio, sin síntomas psicóticos”. En esta clasificación, se reconoce que los síntomas pueden aparecer en cualquier momento del embarazo o dentro de las primeras seis semanas posparto<sup>5</sup>.

En la práctica clínica e investigación, la DPP se reconoce con un rango más amplio, considerándose su aparición hasta los 12 meses posparto, debido a su impacto prolongado en la salud materno-infantil.<sup>6</sup>

### Diferencias entre tristeza posparto, depresión posparto y psicosis posparto

El período posparto se asocia con múltiples cambios físicos, hormonales y emocionales que pueden afectar el estado de ánimo de la madre. Sin embargo, es fundamental distinguir entre tristeza posparto, depresión posparto y psicosis

---

<sup>4</sup> American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. 5th ed. Arlington (VA): APA; 2013

<sup>5</sup> World Health Organization. *International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11)*. Geneva: WHO; 2019.

<sup>6</sup> O'Hara MW, McCabe JE. Postpartum depression: current status and future directions. *Annu Rev Clin Psychol*. 2013;9:379-407.

posparto, ya que presentan diferencias significativas en cuanto a duración, gravedad y manejo clínico:

- **Tristeza posparto (“baby blues”):** Es una reacción transitoria que afecta entre el 50% y 80% de las mujeres tras el parto. Se caracteriza por llanto fácil, irritabilidad, ansiedad, cambios de humor y fatiga, con una duración de pocos días hasta dos semanas. No requiere tratamiento médico, solo apoyo emocional y monitoreo<sup>7</sup>.
- **Depresión posparto:** Es un trastorno más severo y prolongado, que afecta aproximadamente al 17% de las madres. Se distingue por síntomas depresivos intensos como tristeza persistente, pérdida de interés, fatiga extrema, insomnio o hipersomnia, ansiedad intensa, culpa excesiva y pensamientos suicidas. La duración excede las dos semanas y requiere intervención profesional<sup>8</sup>.
- **Psicosis posparto:** Es una condición psiquiátrica grave y rara, con una incidencia de 1 a 2 casos por cada 1,000 partos. Se caracteriza por alucinaciones, delirios, conducta desorganizada, agitación y riesgo de autolesión o daño al recién nacido. Se considera una emergencia psiquiátrica que requiere hospitalización inmediata<sup>9</sup>.

### **Epidemiología global, regional y local**

La depresión posparto (DPP) es una de las principales complicaciones de salud mental en el período perinatal y representa un problema de salud pública a nivel mundial debido a su alta prevalencia y sus efectos adversos en la madre, el recién nacido y la familia. Su distribución epidemiológica varía ampliamente según factores socioculturales, económicos y de acceso a servicios de salud mental.

---

<sup>7</sup> Mughal S, Azhar Y, Siddiqui WJ. Postpartum depression. *StatPearls* [Internet]. 2022

<sup>8</sup> O’Hara MW, McCabe JE. Postpartum depression: current status and future directions. *Annu Rev Clin Psychol.* 2013;9:379-407.

<sup>9</sup> Spinelli M. Postpartum psychosis: detection and management. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2021;48(3):469-83.

## **Prevalencia global**

Estudios epidemiológicos han estimado que la DPP afecta a aproximadamente el 17.22% de las madres a nivel mundial, aunque las tasas pueden oscilar entre 10% y 20%, dependiendo de los criterios diagnósticos utilizados y las poblaciones estudiadas<sup>10</sup>. La variabilidad en la prevalencia puede deberse a múltiples factores, incluidos el nivel de desarrollo del país, el acceso a servicios de salud mental, el grado de apoyo social disponible y las diferencias culturales en la percepción de la enfermedad mental<sup>11</sup>.

Algunos estudios han identificado tasas más altas en países de ingresos bajos y medianos (LMICs, por sus siglas en inglés), donde la prevalencia de DPP puede superar el 25%, en comparación con un promedio del 10-15% en países de altos ingresos<sup>12</sup>.

## **Prevalencia en América Latina y El Caribe**

En América Latina, las tasas de DPP varían entre el 12% y el 20%, aunque en poblaciones con altos niveles de pobreza y violencia de género, la prevalencia puede ser considerablemente mayor. Estudios en países como Brasil, México y Chile han reportado prevalencias superiores al 15%, con un impacto significativo en la salud materno-infantil y el bienestar familiar<sup>13</sup>.

Algunos estudios han mostrado que en poblaciones rurales de América Latina, donde el acceso a servicios de salud mental es limitado, la prevalencia de DPP puede ser incluso mayor, alcanzando hasta un 30% en algunas comunidades indígenas y áreas de difícil acceso<sup>14</sup>.

---

<sup>10</sup> Woody CA, Ferrari AJ, Siskind DJ, Whiteford HA, Harris MG. A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. *Transl Psychiatry*. 2021;11(1):543.

<sup>11</sup> Howard LM, Molyneaux E, Dennis CL, Rochat T, Stein A, Milgrom J. Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *Lancet*. 2014;384(9956):1775–88.

<sup>12</sup> Fisher J, Cabral de Mello M, Patel V, Rahman A, Tran T, Holton S, et al. Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: a systematic review. *Bull World Health Organ*. 2012;90(2):139–49.

<sup>13</sup> Villarroel L, Valdés M, Castillo C, Gajardo A. Prevalencia de depresión posparto en mujeres chilenas y factores de riesgo asociados. *Rev Med Chile*. 2019;147(4):486–95.

<sup>14</sup> Verbeek T, Arjadi R, Vendrik JJ, Pradhan R, Burger H. Postpartum depression in South Asian countries: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2020;259:133–47.

## Situación en El Salvador

En El Salvador, la información sobre la DPP es limitada debido a la falta de estudios epidemiológicos específicos. Sin embargo, datos extrapolados de países con condiciones socioeconómicas similares sugieren que la prevalencia de la DPP podría situarse entre el 15% y el 25% en mujeres salvadoreñas, especialmente en aquellas con antecedentes de depresión, falta de apoyo social y condiciones socioeconómicas adversas<sup>15</sup>.

Algunos factores que pueden influir en la alta prevalencia de DPP en El Salvador incluyen:

- **Altos niveles de violencia de género y estrés psicosocial**, que pueden incrementar la vulnerabilidad de las madres.
- **Acceso limitado a servicios de salud mental en el primer nivel de atención**, lo que dificulta la detección y el tratamiento oportuno.
- **Altas tasas de embarazos en adolescentes**, una población con mayor riesgo de desarrollar DPP.

La ausencia de un registro nacional de salud mental materna en el país representa una barrera para la adecuada cuantificación del problema y el diseño de estrategias de intervención específicas.

La epidemiología de la DPP resalta la necesidad de implementar estrategias de detección temprana y acceso a tratamiento, especialmente en contextos donde la atención en salud mental sigue siendo insuficiente. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la integración de la detección de la DPP dentro de los programas de atención primaria, utilizando escalas de tamizaje como la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) para mejorar el diagnóstico y tratamiento oportuno<sup>16</sup>.

---

<sup>15</sup> Organización Panamericana de la Salud (PAHO). *Salud mental materna en América Latina*. Washington (DC): PAHO; 2021.

<sup>16</sup> Organización Panamericana de la Salud (PAHO). *Salud mental materna en América Latina*. Washington (DC): PAHO; 2021.

En países como El Salvador, donde el acceso a atención especializada es limitado, la formación de los profesionales de salud en la identificación y manejo de la DPP en el primer nivel de atención podría contribuir significativamente a reducir su impacto en la salud materno-infantil.

### **Factores de riesgo**

La depresión posparto (DPP) es un trastorno multifactorial en el que intervienen componentes biológicos, psicológicos y sociales. La interacción entre estos factores determina la vulnerabilidad de una mujer a desarrollar síntomas depresivos en el período posparto.

### **Factores biológicos**

#### **Cambios hormonales y neuroendocrinos**

El período perinatal está marcado por **cambios hormonales abruptos** que pueden desencadenar alteraciones en el estado de ánimo. Tras el parto, los niveles de **estrógenos y progesterona** disminuyen drásticamente, lo que impacta la regulación de neurotransmisores como la **serotonina y la dopamina**, asociados con el control del estado de ánimo y la respuesta al estrés<sup>17</sup>. Además, la **reducción de oxitocina**, hormona clave en el apego materno-infantil, ha sido relacionada con un mayor riesgo de síntomas depresivos<sup>18</sup>.

Junto a los cambios hormonales, existe evidencia de que la predisposición genética influye en la aparición de la DPP. Estudios en gemelos sugieren una **heredabilidad del 40-50%** en los trastornos depresivos perinatales, con un impacto particular de polimorfismos en los genes del sistema serotoninérgico<sup>19</sup>. Asimismo, los antecedentes psiquiátricos personales o familiares, como depresión mayor, trastorno bipolar o ansiedad, aumentan significativamente la probabilidad de desarrollar DPP<sup>20</sup>.

---

<sup>17</sup> Bloch M, Daly RC, Rubinow DR. Endocrine factors in the etiology of postpartum depression. *Psychoneuroendocrinology*. 2003;28(3):77–81.

<sup>18</sup> Miller ES, Rukstalis M. Postpartum depression: etiology, treatment, and consequences. *J Psychiatr Res*. 2021;136:87–94.

<sup>19</sup> Payne JL, Palmer JT, Joffe H. A reproductive subtype of depression: conceptualizing models and moving toward etiology. *Harv Rev Psychiatry*. 2009;17(2):72–86.

<sup>20</sup> Stewart DE, Vigod S. Postpartum depression. *N Engl J Med*. 2019;376(18):1801–10.

Otro mecanismo implicado es la disfunción del **eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HHA)**, el cual regula la respuesta al estrés. Se ha observado que mujeres con DPP presentan una respuesta anómala del cortisol posparto, lo que sugiere una alteración en la modulación del estrés que podría predisponer al trastorno<sup>21</sup>.

### **Factores genéticos y antecedentes familiares**

Más allá de la biología, la historia psicológica de la madre juega un papel clave en la aparición de la DPP. **El estrés y la ansiedad durante el embarazo** son factores de riesgo bien documentados. Un metaanálisis mostró que las mujeres con ansiedad prenatal tienen un **doble riesgo** de desarrollar DPP en comparación con aquellas sin antecedentes ansiosos<sup>22</sup>.

Además, la **historia de depresión previa** se considera el predictor más fuerte de DPP. Se estima que entre **25-50% de las mujeres con antecedentes depresivos** experimentarán DPP en embarazos subsecuentes<sup>23</sup>. La rumiación negativa y la baja autoeficacia materna también han sido identificadas como factores psicológicos relevantes, ya que impactan la percepción de la madre sobre su capacidad para el cuidado del bebé y su adaptación al rol materno<sup>24</sup>.

Asimismo, eventos estresantes en la vida de la madre, como pérdidas recientes, problemas laborales o dificultades con la lactancia, pueden desencadenar o agravar la sintomatología depresiva<sup>25</sup>.

### **Factores sociales y económicos**

El contexto social y económico en el que se encuentra la madre es crucial para determinar el riesgo de DPP. **La falta de apoyo social y emocional**, particularmente

---

<sup>21</sup> Guintivano J, Arad M, Gould TD, Payne JL. Early-life adversity and peripartum mood disorders: an integrative model. *Neurobiol Stress*. 2018;8:82–92.

<sup>22</sup> Biaggi A, Conroy S, Pawlby S, Pariante CM. Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: a systematic review. *J Affect Disord*. 2016;191:62–77.

<sup>23</sup> O'Hara MW, McCabe JE. Postpartum depression: current status and future directions. *Annu Rev Clin Psychol*. 2013;9:379–407.

<sup>24</sup> Beck CT. Theoretical perspectives of postpartum depression and their treatment implications. *Am J Matern Child Nurs*. 2020;45(3):138–44.

<sup>25</sup> Dunkel Schetter C, Tanner L. Anxiety, depression and stress in pregnancy: implications for mothers, children, research, and practice. *Curr Opin Psychiatry*. 2012;25(2):141–8.

de la pareja y la familia, se asocia con una mayor probabilidad de desarrollar DPP<sup>26</sup>. Estudios han mostrado que mujeres con redes de apoyo deficientes tienen **tres veces más riesgo** de padecer depresión posparto en comparación con aquellas que reciben apoyo adecuado<sup>27</sup>.

El **nivel socioeconómico** también influye, ya que las condiciones de pobreza, el desempleo y la inseguridad alimentaria aumentan el estrés materno y reducen el acceso a servicios de salud mental. Investigaciones han encontrado que mujeres con bajos ingresos tienen mayor prevalencia de síntomas depresivos, posiblemente debido a la carga adicional de estrés financiero y limitaciones en el acceso a tratamientos adecuados <sup>28</sup>.

Por otro lado, la **violencia de pareja** es un factor de riesgo crítico. Un metaanálisis reveló que la violencia doméstica durante el embarazo o el posparto **duplica el riesgo de desarrollar DPP**<sup>29</sup>. La exposición a abuso emocional, físico o sexual genera un entorno de estrés crónico que contribuye a la disfunción del eje HHA y agrava los síntomas depresivos.

### **Diagnóstico de la Depresión Posparto**

El diagnóstico de la depresión posparto (DPP) se basa en la identificación precisa de los síntomas y la exclusión de otras condiciones que puedan presentar síntomas similares. Es fundamental diferenciar entre los trastornos del estado de ánimo transitorios, como la tristeza postparto, y una condición clínica como la DPP, que puede afectar la calidad de vida y la funcionalidad de la madre. En este sentido, el diagnóstico de la DPP requiere una evaluación clínica exhaustiva, que considere

---

<sup>26</sup> Apter-Levi Y, Pratt M, Vakart A, Feldman M, Zagoory-Sharon O, Feldman R. Maternal depression across the first years of life compromises child psychosocial adjustment; relations to child HPA-axis functioning. *Psychoneuroendocrinology*. 2016;64:47–56.

<sup>27</sup> Dennis CL, Letourneau N. Global and relationship-specific perceptions of support and the development of postpartum depressive symptomatology. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2007;42(5):389–95.

<sup>28</sup> Goyal D, Gay CL, Lee KA. How much does low socioeconomic status increase the risk of prenatal and postpartum depressive symptoms in first-time mothers? *Women's Health Issues*. 2010;20(2):96–104.

<sup>29</sup> Howard LM, Oram S, Galley H, et al. Domestic violence and perinatal mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*. 2013;10(5):e1001452.

tanto los criterios diagnósticos establecidos en los manuales internacionales como el uso de herramientas de tamizaje eficaces.

### **Criterios Diagnósticos DSM-5 y CIE-11**

Según el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Quinta edición* (DSM-5), la depresión posparto se clasifica bajo el término de "episodio depresivo mayor" (EDM), con inicio durante el período periparto, que abarca desde el embarazo hasta las cuatro semanas posteriores al parto. Los criterios diagnósticos para el EDM según el DSM-5 incluyen la presencia de al menos cinco de los siguientes síntomas durante un período de dos semanas, con al menos uno de ellos siendo *ánimo deprimido o pérdida de interés o placer*:

1. Ánimo deprimido la mayor parte del día.
2. Pérdida de interés o placer en actividades antes placenteras.
3. Cambios en el apetito o el peso.
4. Insomnio o hipersomnía.
5. Fatiga o pérdida de energía.
6. Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva.
7. Dificultad para concentrarse o tomar decisiones.
8. Pensamientos suicidas o autolesivos.

Además, el DSM-5 especifica que los síntomas deben estar presentes durante el período periparto, aunque la condición puede extenderse más allá de las cuatro semanas después del parto, dependiendo de la duración de los síntomas.

El *Clasificador Internacional de Enfermedades, 11ª edición* (CIE-11), por otro lado, agrupa la depresión posparto dentro de los trastornos afectivos, clasificándose bajo "trastornos del estado de ánimo". En términos de diagnóstico, la CIE-11 se alinea en gran medida con los criterios del DSM-5, pero puede presentar ciertas variaciones en el enfoque, especialmente en lo que respecta a los períodos de inicio y duración de los síntomas, además de considerar el contexto de la maternidad.

### **Escala de Tamizaje (EPDS)**

El uso de escalas de tamizaje es una práctica común para la detección temprana de la DPP, especialmente en el contexto del primer nivel de atención. Entre

las herramientas más empleadas se encuentra la *Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo* (EPDS)<sup>30</sup>.

**Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS):** La Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS, por sus siglas en inglés *Edinburgh Postnatal Depression Scale*) constituye una de las herramientas de tamizaje más ampliamente utilizadas y validadas a nivel internacional para la detección temprana de síntomas depresivos en mujeres durante el período posparto. Fue desarrollada por Cox, Holden y Sagovsky<sup>31</sup> en 1987 con el propósito de identificar síntomas depresivos persistentes que excedieran los cambios emocionales transitorios típicos del puerperio inmediato, como el “baby blues”. Es considerada una herramienta útil para la detección temprana en consultas regulares del primer nivel de atención.

La EPDS es un cuestionario autoadministrado conformado por 10 ítems que exploran aspectos emocionales relacionados con la depresión perinatal. Cada ítem está enfocado en síntomas experimentados durante la última semana y se responde en una escala tipo Likert de cuatro opciones, que se puntúan de 0 a 3 según la frecuencia o intensidad del síntoma. El puntaje total varía entre 0 y 30, donde una mayor puntuación refleja una mayor probabilidad de síntomas depresivos clínicamente relevantes<sup>32</sup>.

Un puntaje igual o superior a 13 se considera sugestivo de un episodio depresivo mayor, aunque algunos autores y guías clínicas proponen puntos de corte más bajos (entre 10 y 12) para mejorar la sensibilidad del tamizaje, especialmente en entornos de atención primaria o poblaciones con mayor vulnerabilidad psicosocial.(Cox et al., 1987; ACOG, 2018).

La EPDS no constituye una herramienta diagnóstica en sí misma, sino un instrumento de cribado útil para identificar a las mujeres que requieren una evaluación clínica más detallada. Posee propiedades psicométricas robustas, con

---

<sup>30</sup> American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). *Screening for Perinatal Depression. Committee Opinion No. 757*. *Obstet Gynecol.* 2018;132(5):e208–e212.

<sup>31</sup> Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry.* 1987;150(6):782–6. doi:10.1192/bjp.150.6.782

<sup>32</sup> American College of Obstetricians and Gynecologists. *Screening for perinatal depression. Committee Opinion No. 757*. *Obstet Gynecol.* 2018;132(5):e208–12.

niveles elevados de sensibilidad (hasta 86%) y especificidad (hasta 78%), lo que respalda su utilidad en contextos diversos y multiculturales. Asimismo, la escala ha sido traducida y validada en múltiples idiomas, incluido el español, lo que facilita su aplicación en poblaciones hispanohablantes<sup>33</sup>.

Un aspecto particularmente relevante es el ítem número 10, el cual evalúa la presencia de pensamientos autolesivos. Una respuesta positiva en este ítem exige atención clínica inmediata, independientemente del puntaje total, debido al posible riesgo suicida<sup>34</sup>.

Diversas organizaciones internacionales han incorporado la EPDS como herramienta de referencia para el tamizaje de depresión en el contexto perinatal. La Organización Mundial de la Salud (OMS), el American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) y la U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) recomiendan su aplicación rutinaria tanto durante el embarazo como en el posparto, particularmente entre la cuarta y sexta semana tras el parto<sup>35</sup>. Esta estrategia se enmarca dentro de un enfoque integral para la promoción de la salud mental materna, y busca reducir el subdiagnóstico y las consecuencias negativas de la depresión no tratada en esta etapa crítica.

### **Diagnóstico Diferencial con Otras Condiciones Psiquiátricas**

El diagnóstico diferencial de la **depresión posparto (DPP)** es fundamental, ya que esta condición puede compartir síntomas con otros trastornos psiquiátricos que pueden presentarse en el periodo perinatal. La diferenciación precisa permite una intervención adecuada y evita tratamientos inapropiados que puedan comprometer la salud de la madre y el recién nacido.

Algunas de las principales condiciones a considerar en el diagnóstico diferencial incluyen:

---

<sup>33</sup> US Preventive Services Task Force; Curry SJ, Krist AH, Owens DK, Barry MJ, Caughey AB, et al. Interventions to prevent perinatal depression: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *JAMA*. 2019;321(6):580–7. doi:10.1001/jama.2019.0007

<sup>34</sup> Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*. 1987;150(6):782–6. doi:10.1192/bjp.150.6.782

<sup>35</sup> World Health Organization. Thinking healthy: A manual for psychological management of perinatal depression. Geneva: WHO; 2015.

### **Tristeza Posparto ("Baby Blues")**

El "baby blues" es un estado transitorio de inestabilidad emocional que afecta aproximadamente al **50-80% de las mujeres** en los primeros días después del parto. Se caracteriza por episodios de llanto, irritabilidad, fatiga y cambios en el estado de ánimo, pero sin una disfunción significativa en las actividades diarias. A diferencia de la DPP, este estado suele resolverse espontáneamente en un lapso de **10 a 14 días** sin necesidad de intervención médica. La principal diferencia con la depresión posparto es la duración y la severidad de los síntomas<sup>36</sup>.

### **Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) y Trastorno de Pánico**

Los síntomas de ansiedad son comunes en el posparto, pero en algunos casos pueden representar un **trastorno de ansiedad generalizada (TAG)** o un **trastorno de pánico** en lugar de una DPP. El TAG se caracteriza por una preocupación excesiva y persistente, junto con síntomas somáticos como tensión muscular, fatiga e insomnio. En contraste, el **trastorno de pánico** se manifiesta con episodios súbitos de ansiedad intensa, acompañados de palpitaciones, dificultad para respirar y miedo a perder el control o morir<sup>37</sup>.

Aunque la ansiedad es un componente frecuente de la DPP, en el TAG y el trastorno de pánico la ansiedad es el síntoma predominante, mientras que en la DPP suele presentarse acompañada de tristeza profunda, anhedonia y sentimientos de culpa<sup>38</sup>.

### **Trastorno Obsesivo-Compulsivo Posparto (TOC-P)**

El TOC posparto se distingue de la DPP por la presencia de pensamientos intrusivos y recurrentes relacionados con el bebé, a menudo con contenido de daño o contaminación. A diferencia de la psicosis posparto, donde las ideas de daño pueden

---

<sup>36</sup> O'Hara MW, Wisner KL. Perinatal mental illness: definition, assessment and treatment. *Annu Rev Clin Psychol.* 2014;10:373–98.

<sup>37</sup> Ross LE, McLean LM. Anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: a systematic review. *J Clin Psychiatry.* 2006;67(8):1285–98

<sup>38</sup> Fairbrother N, Janssen P, Antony MM, Tucker E, Young AH. Perinatal anxiety disorder prevalence and incidence. *J Affect Disord.* 2016;200:148–55.

ser delirantes, en el TOC-P la madre reconoce que estos pensamientos son irracionales y los encuentra angustiantes<sup>39</sup>.

Se estima que hasta un 11% de las madres pueden experimentar síntomas de TOC en el posparto, aunque muchas no buscan ayuda por temor a ser malinterpretadas como un peligro para su bebé<sup>40</sup>.

### **Psicosis Posparto**

La psicosis posparto es una condición psiquiátrica grave que ocurre en 1 a 2 mujeres por cada 1,000 partos y se considera una emergencia médica debido al alto riesgo de suicidio e infanticidio<sup>41</sup>. Se caracteriza por alucinaciones, delirios (frecuentemente relacionados con el bebé), agitación severa, insomnio extremo y desorganización del pensamiento.

A diferencia de la DPP, la psicosis posparto tiene un inicio más abrupto, generalmente dentro de las primeras dos semanas posparto, y con síntomas psicóticos marcados que requieren hospitalización y tratamiento inmediato con antipsicóticos y estabilizadores del estado de ánimo<sup>42</sup>.

### **Trastorno Bipolar Perinatal**

El trastorno bipolar puede manifestarse en el período posparto con episodios de depresión mayor o síntomas mixtos (síntomas depresivos combinados con irritabilidad extrema o euforia). Las mujeres con antecedentes de trastorno bipolar tienen un riesgo significativamente mayor de desarrollar psicosis posparto o episodios depresivos graves después del parto<sup>43</sup>.

---

<sup>39</sup> Miller ES, Hoxha D, Wisner KL, Gossett DR. *Obsessional thoughts and compulsive behaviors in postpartum women: Prevalence and correlates*. J Womens Health (Larchmt). 2013;22(8):646-54.

<sup>40</sup> Russell EJ, Fawcett JM, Mazmanian D. *Risk of obsessive-compulsive disorder in pregnant and postpartum women: A meta-analysis*. J Clin Psychiatry. 2013;74(4):377-85.

<sup>41</sup> Spinelli MG. *Postpartum psychosis: Detection of risk and management*. Am J Psychiatry. 2009;166(4):405-8.

<sup>42</sup> Bergink V, Rasgon N, Wisner KL. *Postpartum psychosis: Madness, mania, and melancholy in motherhood*. Am J Psychiatry. 2016;173(12):1179-88.

<sup>43</sup> Wesseloo R, Kamperman AM, Munk-Olsen T, Pop VJ, Kushner SA, Bergink V. *Risk of postpartum relapse in bipolar disorder and postpartum psychosis: A systematic review and meta-analysis*. Am J Psychiatry. 2016;173(2):117-27.

La principal diferencia con la DPP es la presencia de episodios previos de manía o hipomanía, así como una respuesta inadecuada a los antidepresivos si estos se usan sin estabilizadores del estado de ánimo<sup>44</sup>.

### **Impacto de la Depresión Posparto**

La depresión posparto (DPP) tiene efectos significativos en la salud física y emocional de la madre, en el desarrollo del bebé y en la dinámica familiar. Esta condición afecta a la calidad de vida de la madre, influye en el vínculo materno-infantil y puede tener repercusiones en el desarrollo infantil. Además, el impacto de la DPP se extiende más allá de la madre y el niño, afectando la estabilidad de la unidad familiar y generando consecuencias sociales.

### **Efectos en la Madre (Calidad de Vida, Riesgo Suicida)**

La depresión posparto afecta la calidad de vida de las mujeres, manifestándose en la pérdida de interés en las actividades cotidianas, la fatiga extrema y la incapacidad para cuidar de sí mismas y de su bebé de manera adecuada. La fatiga constante, combinada con la ansiedad y los sentimientos de culpa o inutilidad, disminuye significativamente la capacidad de la madre para disfrutar de su rol materno y mantener las relaciones sociales y familiares<sup>45</sup>.

El riesgo suicida en mujeres con DPP es considerablemente más alto que en aquellas que no padecen de esta condición. El impacto psicológico de los pensamientos negativos recurrentes y la desesperanza, sumado a la fatiga emocional, puede desencadenar pensamientos suicidas o conductas autolesivas. El riesgo de suicidio es particularmente elevado en mujeres con antecedentes de trastornos psiquiátricos previos, como la depresión mayor o trastornos de ansiedad, y en aquellas que no reciben un tratamiento adecuado<sup>46</sup>. Según un estudio realizado por Beck (2020), las mujeres con DPP tienen hasta 3 veces más probabilidades de

---

<sup>44</sup> Jones I, Chandra PS, Dazzan P, Howard LM. *Bipolar disorder, affective psychosis, and schizophrenia in pregnancy and the post-partum period*. *Lancet*. 2014;384(9956):1789-99.

<sup>45</sup> Stewart, D. E., & Vigod, S. N. (2011). *Postpartum depression: pathophysiology, treatment, and emerging therapeutics*. *Annual Review of Medicine*, 62, 431-442.

<sup>46</sup> O'Hara, M. W., & McCabe, C. (2013). *Postpartum depression: current status and future directions*. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 379-407.

intentar suicidarse en comparación con aquellas que no padecen de depresión postparto.

### **Consecuencias en el Recién Nacido (Vínculo Materno-Infantil, Desarrollo Infantil)**

El impacto de la DPP en el recién nacido es profundo, especialmente en lo que respecta al establecimiento de un vínculo materno-infantil saludable. La depresión materna puede interferir en la capacidad de la madre para establecer un contacto emocional adecuado con su bebé, lo que a su vez afecta la respuesta emocional del niño. Las madres con DPP suelen mostrar menos sensibilidad y disponibilidad emocional, lo que puede llevar a un apego inseguro entre madre e hijo<sup>47</sup>.

El vínculo temprano entre madre e hijo es fundamental para el desarrollo emocional y psicológico del bebé, y la depresión materna puede alterar este proceso, afectando el desarrollo socioemocional del niño. Además, investigaciones indican que los bebés de madres con depresión posparto tienen mayor riesgo de presentar problemas emocionales, dificultades en el comportamiento y retrasos en el desarrollo cognitivo y motor<sup>48</sup>. La exposición a un ambiente de estrés constante, debido a la depresión materna, puede alterar los sistemas biológicos del bebé, especialmente su sistema nervioso y su capacidad para regular sus emociones.

### **Impacto en la Familia y la Sociedad**

El impacto de la depresión posparto no solo afecta a la madre y al bebé, sino que también repercute en la dinámica familiar y social. Las relaciones de pareja pueden verse gravemente afectadas por la DPP, ya que la madre puede volverse menos receptiva o estar más irritable, lo que genera tensiones y conflictos dentro del

---

<sup>47</sup> Tandon, S. D., et al. (2013). *Maternal depression, parenting, and child health: a review of the literature*. *Journal of Pediatric Health Care*, 27(3), 160-171.

<sup>48</sup> Murray, L., et al. (2010). *The effects of maternal depression on infant development*. *Infant Mental Health Journal*, 31(4), 327-343.

hogar. La comunicación y la cohesión familiar pueden deteriorarse, lo que crea un ambiente de estrés y desconexión que afecta a todos los miembros de la familia<sup>49</sup>.

A nivel social, la DPP puede conducir a una mayor demanda de recursos sanitarios y sociales, ya que las madres afectadas pueden necesitar atención especializada, tanto psicológica como médica. Además, si no se trata, la DPP puede resultar en una mayor pérdida de productividad laboral, lo que contribuye a un impacto económico considerable. Los costos asociados al tratamiento de la depresión y las consecuencias de la falta de apoyo a las mujeres con DPP tienen implicaciones sociales más amplias, afectando tanto a los sistemas de salud como a la economía en general<sup>50</sup>.

### **Manejo y Tratamiento de la Depresión Posparto**

El tratamiento de la depresión posparto (DPP) debe ser integral, abordando tanto los factores biológicos como los psicológicos y sociales que contribuyen a su aparición y mantenimiento. El objetivo principal del manejo es mejorar el bienestar materno, preservar la relación madre-hijo y minimizar las consecuencias negativas en el desarrollo infantil y la dinámica familiar. Para lograrlo, se han identificado diversas estrategias terapéuticas, que incluyen intervenciones psicológicas, farmacológicas y psicosociales, con un énfasis particular en la detección temprana en el primer nivel de atención.

### **Abordaje Psicológico**

Las **terapias psicológicas** han demostrado ser eficaces en el tratamiento de la DPP, especialmente en mujeres con sintomatología leve a moderada. Las intervenciones basadas en la evidencia incluyen:

#### **Terapia Cognitivo-Conductual (TCC)**

La **TCC** es una de las intervenciones más estudiadas y recomendadas para la DPP. Su objetivo es identificar y modificar patrones de pensamiento disfuncionales,

---

<sup>49</sup> Dennis, C. L., & Letourneau, N. (2007). *Global and relationship-specific perceptions of support and the development of postpartum depressive symptomatology. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(5), 389-395.

<sup>50</sup> Goyal, D., Gay, C. L., & Lee, K. A. (2010). *How much does low socioeconomic status increase the risk of prenatal and postpartum depressive symptoms in first-time mothers? Women's Health Issues*, 20(2), 96-104.

promoviendo estrategias adaptativas para afrontar la ansiedad, la desesperanza y la baja autoestima. Diversos estudios han demostrado que la TCC puede reducir significativamente los síntomas depresivos en mujeres posparto<sup>51</sup>.

Además, la TCC puede ser administrada individualmente o en grupo, e incluso a través de plataformas digitales, lo que facilita su accesibilidad en entornos con recursos limitados<sup>52</sup>.

### **Terapia Interpersonal (TIP)**

La terapia interpersonal se enfoca en mejorar las relaciones interpersonales y el apoyo social, elementos clave en la vulnerabilidad de la DPP. Se ha encontrado que la TIP es especialmente beneficiosa en mujeres con historia de conflictos familiares, dificultades de pareja o aislamiento social, con efectos positivos en la reducción de los síntomas depresivos y la mejora de la autoeficacia materna<sup>53</sup>.

### **Apoyo Grupal y Psicoeducación**

El apoyo social es un factor protector importante en la recuperación de la DPP. Los grupos de apoyo permiten a las mujeres compartir experiencias, reducir el estigma y fortalecer redes de apoyo emocional. Estudios han demostrado que la participación en grupos de apoyo mejora los niveles de bienestar materno y reduce la incidencia de depresión persistente<sup>54</sup>.

### **Manejo Farmacológico**

En casos de DPP moderada a grave, o cuando las intervenciones psicológicas no son suficientes, el tratamiento farmacológico es una opción necesaria. Sin embargo, una de las principales preocupaciones en el manejo farmacológico es la seguridad del uso de antidepresivos durante la lactancia.

### **Antidepresivos y Lactancia**

---

<sup>51</sup> Sockol LE, Epperson CN, Barber JP. *A meta-analysis of treatments for perinatal depression*. Clin Psychol Rev. 2011;31(5):839-49.

<sup>52</sup> O'Mahen HA, Richards DA, Lekander M, Parsons CE. *Internet-based CBT for perinatal mood disorders: A systematic review*. J Affect Disord. 2013;150(3):736-46.

<sup>53</sup> Dennis CL, Hodnett E. *Psychosocial and psychological interventions for treating postpartum depression: A systematic review*. Cochrane Database Syst Rev. 2007;(4):CD006116.

<sup>54</sup> Letourneau NL, Dennis CL, Cosic N, Linder J. *The effect of perinatal depression treatment on maternal-child relationship and child outcomes: A systematic review*. Depress Anxiety. 2015;32(10):651-66.

Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), como la sertralina, fluoxetina y escitalopram, son los fármacos de primera línea en el tratamiento de la DPP debido a su perfil de seguridad y eficacia<sup>55</sup>. Se ha encontrado que la sertralina tiene una baja transferencia a la leche materna, lo que la convierte en una de las opciones más seguras para mujeres en periodo de lactancia<sup>56</sup>.

Otras clases de antidepresivos, como los inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN), han mostrado eficacia en la DPP, aunque su perfil de seguridad en lactancia debe ser evaluado con precaución. La duloxetina y venlafaxina pueden considerarse en casos resistentes, pero requieren un monitoreo más estrecho<sup>57</sup>.

En casos graves de DPP con riesgo suicida o síntomas psicóticos, puede ser necesaria la hospitalización y el uso de antipsicóticos o estabilizadores del ánimo, siempre considerando el riesgo-beneficio en la lactancia materna<sup>58</sup>.

#### **Rol del Primer Nivel de Atención en la Detección y Manejo**

El primer nivel de atención juega un papel crucial en la identificación temprana, intervención oportuna y seguimiento de las mujeres con DPP. Debido a la frecuente subestimación de los síntomas depresivos en el posparto, se recomienda el uso sistemático de herramientas de tamizaje en consultas prenatales y posparto.

#### **Tamizaje y Diagnóstico Temprano**

El uso de escalas validadas como la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) permite identificar a las mujeres en riesgo y referirlas a tratamiento especializado según la severidad de los síntomas.

Las guías clínicas sugieren realizar el tamizaje en el primer mes posparto y repetirlo a los 3 y 6 meses, especialmente en mujeres con antecedentes de

---

<sup>55</sup> Wisner KL, Perel JM, Peindl KS, Hanusa BH. *Effects of childbearing on lithium maintenance therapy*. Am J Psychiatry. 2009;161(7):1062-70.

<sup>56</sup> Weissman AM, Levy BT, Hartz AJ, Bentler S, Donohue M, Ellingrod VL, Wisner KL. *Pooled analysis of antidepressant levels in lactating mothers, breast milk, and nursing infants*. Am J Psychiatry. 2004;161(6):1066-78.

<sup>57</sup> Payne JL, Meltzer-Brody S. *Antidepressant use during pregnancy: Current controversies and treatment strategies*. Clin Obstet Gynecol. 2009;52(3):469-82.

<sup>58</sup> Sharma V, Xie B, Campbell MK, Blanchard R. *A prospective study of bipolar disorder in pregnancy and postpartum: Diagnosis, differential diagnosis and treatment strategies*. J Clin Psychiatry. 2017;78(1):e87-93.

depresión o factores de riesgo como violencia de pareja, estrés financiero o falta de apoyo social<sup>59</sup>.

### **Intervención en el Primer Nivel de Atención**

En el contexto de atención primaria, los profesionales de salud (médicos, enfermeras y psicólogos) pueden desempeñar un papel clave mediante:

- **Educación y psicoeducación** sobre la DPP para reducir el estigma y promover la búsqueda de ayuda.
- **Consejería breve** basada en estrategias de TCC y TIP para pacientes con síntomas leves.
- **Coordinación con servicios especializados** para derivación en casos moderados o graves.
- **Seguimiento y monitoreo** a través de consultas periódicas para evaluar la respuesta al tratamiento y ajustar la intervención según sea necesario.

Estrategias como el **modelo colaborativo de salud mental** han demostrado mejorar la detección y tratamiento de la DPP en el primer nivel de atención, integrando la atención psicológica y psiquiátrica dentro de los servicios materno-infantiles<sup>60</sup>.

### **Situación en El Salvador y Marco Legal**

La depresión posparto (DPP) es un problema de salud pública en El Salvador, pero su abordaje aún enfrenta desafíos debido a la falta de información epidemiológica sistemática y a la limitada integración de la salud mental en los servicios de atención materna. A pesar de ello, existen estudios locales que han documentado la prevalencia de esta afección y se han establecido políticas y normativas para su abordaje dentro del sistema de salud.

### **Prevalencia y Datos en El Salvador**

---

<sup>59</sup> Yonkers KA, Wisner KL, Stewart DE, Oberlander TF, Dell DL, Stotland N, Ramin S, Chaudron L, Lockwood C. The management of depression during pregnancy: a report from the American Psychiatric Association and the American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol.* 2009;114(3):703-13.

<sup>60</sup> Milgrom J, Danaher BG, Gemmill AW, Holt C, Holt CJ, Seeley JR, Tyler MS. **Internet Cognitive Behavioral Therapy for Women With Postnatal Depression: A Randomized Controlled Trial of MumMoodBooster.** *J Med Internet Res.* 2016;18(3):e54. doi:10.2196/jmir.5178.

Los estudios sobre DPP en El Salvador son escasos y, en su mayoría, se han realizado en hospitales nacionales y grupos específicos de mujeres. La prevalencia varía según la población estudiada y los criterios utilizados para su detección.

- Hospital Nacional Zacamil (2013): Un estudio encontró que el 32% de las mujeres puérperas evaluadas presentaban síntomas de depresión posparto.
- Hospital Nacional Zacamil (2018): Se identificó que el 44.4% de las puérperas tenían riesgo de desarrollar DPP, con una fuerte asociación con factores como violencia intrafamiliar, nivel socioeconómico bajo y ausencia de apoyo familiar.
- Hospital Nacional San Juan de Dios (2019): En adolescentes puérperas, la prevalencia de DPP fue del 32.7%, evidenciando la vulnerabilidad de este grupo y el impacto en la salud del recién nacido, ya que el 80% de los bebés de madres con DPP presentaron irritabilidad.

Estos estudios reflejan que la DPP es un problema significativo en el país y que su impacto puede extenderse al bienestar del recién nacido y la dinámica familiar. Sin embargo, la falta de estudios nacionales de mayor escala limita la comprensión exacta de su magnitud.

### **Políticas de Salud Materna y Mental en El Salvador**

El Salvador ha reconocido la importancia de la salud mental materna dentro de su marco legal y ha desarrollado políticas para fortalecer la atención de la salud mental en la población general. Algunas de las más relevantes incluyen:

1. Política Nacional de Salud Mental (2017): Establece estrategias para la prevención, tratamiento y rehabilitación de trastornos mentales, incluyendo la depresión perinatal.
2. Ley de Salud Mental (2017): Garantiza el derecho a la salud mental y establece la responsabilidad del Estado en la provisión de servicios accesibles e integrales.
3. Norma de Atención Integral en Salud a la Mujer (2021): Contempla la atención de la salud mental materna como parte del cuidado integral de la mujer en el embarazo, parto y puerperio.

A pesar de estos avances, la integración de la salud mental en los servicios de atención primaria sigue siendo un reto, ya que muchos centros de salud carecen de personal capacitado para el diagnóstico y tratamiento de la DPP.

#### **Protocolos de Atención en el Primer Nivel de Atención**

El Ministerio de Salud (MINSAL) ha desarrollado lineamientos y protocolos para la atención en el primer nivel de salud, incluyendo aspectos relacionados con la salud mental materna.

- Guía de Práctica Clínica para la Atención Integral de la Mujer en el Embarazo, Parto y Puerperio (MINSAL, 2019): Contempla la detección temprana de la depresión posparto mediante escalas de tamizaje como la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) y la remisión a servicios especializados en casos moderados o graves.

- Lineamientos Técnicos para la Atención Integral en Salud Mental: Especifican el papel del primer nivel en la identificación y manejo de trastornos depresivos en la población general, incluyendo las mujeres en el posparto.

En la práctica, la detección de la DPP en el primer nivel de atención aún es deficiente debido a la falta de protocolos específicos dentro de las consultas prenatales y posnatales de rutina. Además, la disponibilidad de profesionales especializados en salud mental es limitada en las unidades de salud, lo que puede retrasar el diagnóstico y tratamiento adecuado de las mujeres afectadas.

Si bien El Salvador ha avanzado en el reconocimiento de la salud mental materna dentro de su marco normativo, aún existen brechas en la implementación de estrategias para la detección y manejo de la depresión posparto. La falta de estudios epidemiológicos amplios y de programas estructurados en el primer nivel de atención dificulta la atención oportuna de esta condición. Fortalecer la capacitación del personal de salud, promover el uso de herramientas de tamizaje en las consultas de puerperio y mejorar la disponibilidad de servicios de salud mental en la atención primaria son estrategias clave para abordar este problema de manera efectiva.

## V. DISEÑO METODOLÓGICO

### A. Tipo de investigación

Se realizó un estudio con enfoque cualitativo, observacional y transversal.

### B. Área y período de estudio

- a. La investigación se llevó a cabo en la Unidad de Salud de San Jacinto, San Salvador, entre los meses de junio y septiembre de 2025.
- b.

### C. Universo, Población y Muestra

- a. **Universo:** El universo de la presente investigación está constituido por todas las mujeres en puerperio residentes en el municipio de San Salvador, susceptibles de presentar síntomas de depresión posparto.
- b. **Población:** La población del estudio estuvo conformada por mujeres en puerperio que fueron atendidas en la Unidad de Salud de San Jacinto, San Salvador, durante el período comprendido entre junio y septiembre de 2025.

#### Criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión	Criterios de eliminación
1. Mujeres en puerperio (hasta 6 semanas posteriores al parto)	1. Mujeres con antecedentes diagnosticados de trastornos psiquiátricos previos al embarazo, registrados en su expediente clínico.	1. Mujeres quienes hayan revocado el consentimiento para la investigación
2. Que hayan sido atendidas en consulta postnatal o controles de	2. Mujeres que se encuentren bajo tratamiento psiquiátrico o	2. Mujeres quienes su cuestionario de EPDS se encuentre incompleto

crecimiento y desarrollo del RN	psicológico.	
3. Que acepten participar voluntariamente en el estudio mediante consentimiento informado	3. Mujeres con complicaciones obstétricas graves <sup>61</sup> o pérdida del RN.	3. Mujeres quienes su cuestionario de EPDS muestre incongruencias internas.

c. **Tamaño de la muestra:** El tamaño de la muestra se calculó utilizando la fórmula para estudios de prevalencia en poblaciones finitas:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}{d^2(N - 1) + Z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}$$

**Donde:**

- N = 100 (Tamaño poblacional esperado)
- Z = 1.96 (valor correspondiente a un nivel de confianza del 95%).
- p = 0.20 (prevalencia estimada de depresión posparto según literatura en contextos similares)
- d = 0.05 (margen de error)

Sustituyendo los valores:

$$n = \frac{100 \cdot (1.96)^2 \cdot 0.2 \cdot 0.8}{(0.05)^2 \cdot (100 - 1) + (1.96)^2 \cdot 0.2 \cdot 0.8} = \frac{100 \cdot 3.8416 \cdot 0.16}{0.0025 \cdot 99 + 3.8416 \cdot 0.16} = \frac{61.4656}{0.2475 + 0.614656} \approx \frac{61.4656}{0.8622} \approx ** 71.3 *$$

<sup>61</sup> Complicaciones obstétricas graves como: Hemorragia posparto, Preeclampsia/Eclampsia, Sepsis puerperal, Ruptura uterina. Say, L., Chou, D., Gemmill, A., Tunçalp, Ö., Moller, A. B., Daniels, J., ... & Alkema, L. (2014). Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *The Lancet Global Health*, 2(6), e323-e333.

Considerando posibles pérdidas o rechazos del 10%, se aumentó el tamaño a 80 mujeres.

$$n_{ajustada} = 72 + (72 \cdot 0.10) = 72 + 7.2 = ** 79.2 \approx 80mujeres **$$

Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, se seleccionaron a las mujeres en puerperio que acudan a la unidad de salud durante el período del estudio y que cumplieron con los criterios establecidos.

#### D. Variables e indicadores

Objetivo	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador	Tipo de variable	Escala de medición
Identificar los factores de riesgo a la depresión posparto en las mujeres en puerperio atendidas en la Unidad de Salud de San Jacinto durante el periodo de junio a septiembre de 2025.	Factores de riesgo biopsicosociales	Factores que desde una perspectiva biológica, psicológica o social pueden contribuir a la aparición de síntomas depresivos en el posparto	Se medirán a través de los ítems correspondientes de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) aplicados a mujeres en puerperio	Dimensión biológica: Ítems 4, 5 y 8  Dimensión psicológica: Ítems 1, 2, 6, 7, 8, 9 y 10  Dimensión social: Ítems 3, 6 y 7	Cualitativa dicotómica	Nominal
Establecer la prevalencia de la depresión posparto en mujeres en puerperio atendidas en la Unidad de Salud Especializada de San Jacinto, durante el período de junio a septiembre de 2025	Riesgo de depresión posparto	Probabilidad de que una mujer en el posparto presente síntomas depresivos clínicamente significativos según el puntaje de la EPDS	Se evaluará mediante la puntuación total obtenida en la EPDS. Un puntaje $\geq 13$ indica alto riesgo de depresión posparto, $< 13$ indica bajo riesgo	- Clasificación según punto de corte: $\geq 13$ = Alto riesgo $< 13$ = Bajo riesgo	Cualitativa dicotómica	Nominal

## **E. Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

Para la recolección de datos se utilizaron técnicas de tipo cuantitativo, específicamente la aplicación de instrumentos psicométricos validados.

### **Técnicas:**

- **Evaluación psicométrica:** Se realizó mediante la aplicación de la escala estandarizada (EPDS), utilizadas para el tamizaje de síntomas de depresión posparto.

### **Instrumentos**

- **Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS):**
  - Instrumento autoadministrado compuesto por 10 ítems.
  - Evalúa el estado emocional de la madre en las últimas dos semanas.
  - Cada ítem tiene una puntuación de 0 a 3; un puntaje igual o mayor a 10 indica sospecha de depresión posparto.
  - Está validada en español y es ampliamente utilizada en el primer nivel de atención.

Dicho instrumento se aplicó en el mismo momento de la consulta correspondiente al control puerperal; garantizando la privacidad, confidencialidad y el consentimiento informado de las participantes.

## **F. Procedimientos**

El estudio se llevó a cabo en la Unidad de Salud Especializada de San Jacinto, durante el período de junio a septiembre de 2025. En primer lugar, se solicitó la autorización de la Dirección de la Unidad de Salud y del Comité de Ética correspondiente.

La recolección de datos se realizó de manera presencial, abordando a las mujeres en puerperio que acudieron a control puerperal. A cada participante se le explicó el propósito del estudio y se solicitó su consentimiento informado por escrito. Los datos fueron recopilados en fichas individuales y posteriormente digitalizados en una base de datos en Excel, resguardando la confidencialidad de la información mediante el uso de códigos anónimos.

### **G. Análisis de los datos**

La información recolectada se organizó de forma manual en tablas elaboradas en papel o utilizando hojas de cálculo básicas. Se calcularon frecuencias absolutas y porcentajes para describir las características generales de la población en estudio, así como la prevalencia de depresión posparto según los puntos de corte de la escala EPDS.

Para explorar los posibles factores asociados a la depresión posparto, se hicieron cruces de variables (tablas de doble entrada) entre las respuestas obtenidas en las escalas y las distintas variables sociodemográficas, obstétricas y psicosociales. Se observaron y describieron las diferencias entre grupos en términos proporcionales, y se señalaron aquellas relaciones que parezcan más evidentes, aunque no se realizaron pruebas estadísticas por falta de software especializado.

Este análisis permitió identificar tendencias importantes y cumplir con los objetivos del estudio, dentro del enfoque observacional y exploratorio del mismo

## **VI. CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Antes de iniciar la recolección de datos, se solicitó la autorización de la Dirección de la Unidad de Salud Especializada de San Jacinto y del Comité de Ética correspondiente de la Facultad de Medicina de la Universidad de El Salvador.

A cada mujer se le explicó detalladamente en qué consiste el estudio, sus objetivos y que su participación es completamente voluntaria. Solo se incluyeron aquellas que aceptaron participar y firmaron el consentimiento informado. Se dejó claro que pueden retirarse en cualquier momento sin que esto afecte la atención médica que reciben.

La información fue tratada de forma confidencial y anónima. Los datos obtenidos se codificaron y no se incluyeron nombres ni datos personales que puedan identificar a las participantes. Todo el material será usado únicamente con fines académicos y estará resguardado por el equipo investigador.

## VII. RESULTADOS

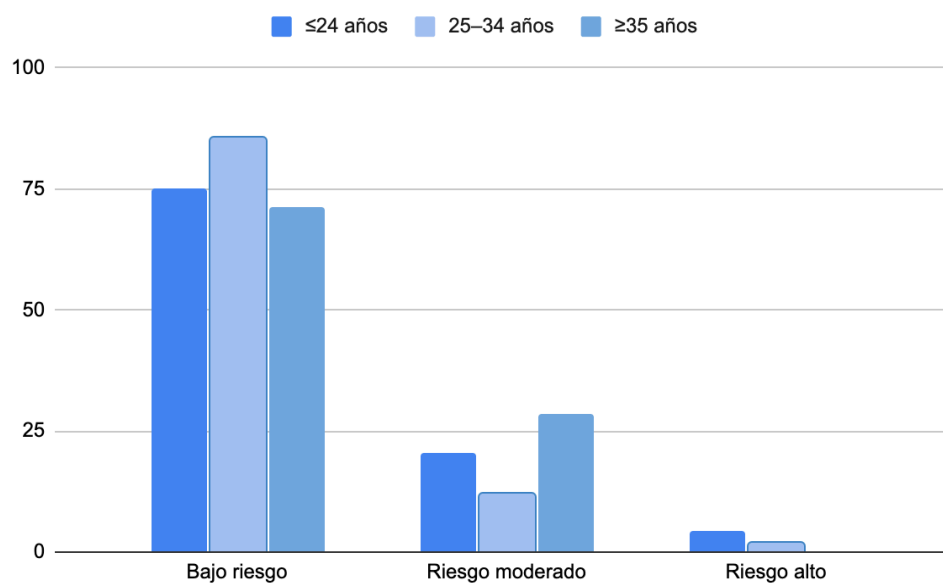
### A. Características sociodemográficas de la muestra

Tabla N°1: Distribución de riesgo de depresión posparto según grupos de edad

	Grupos de edad					
	≤24 años		25–34 años		≥35 años	
	f	%	f	%	f	%
<b>Bajo riesgo</b>	33	75	42	85.7	5	71.4
<b>Riesgo moderado</b>	9	20.5	6	12.2	2	28.6
<b>Riesgo alto</b>	2	4.5	1	2.0	0	0
<b>Total</b>	44	100	49	100	7	100

*Fuente:* Unidad de Salud Especializada de San Jacinto. Factores de riesgo y prevalencia de depresión posparto en mujeres en puerperio, junio–septiembre 2025. *f* = frecuencia absoluta; % = frecuencia relativa.

**Figura 1. Distribución de riesgo según edad**



**Fuente:** Unidad de Salud Especializada de San Jacinto. *Factores de riesgo y prevalencia de depresión posparto en mujeres en puerperio, junio–septiembre 2025.* *f* = frecuencia absoluta; % = frecuencia relativa.

### **Análisis e Interpretación**

Los hallazgos muestran que en todos los grupos etarios predominó el bajo riesgo de depresión posparto. Sin embargo, se observan diferencias relevantes:

- En mujeres menores de 24 años, aunque la mayoría estuvo en bajo riesgo (75%), se concentró la mayor proporción de casos con riesgo alto (4.5%). Esto podría asociarse con menor madurez emocional y apoyo social limitado.
- El grupo de 25–34 años presentó el porcentaje más elevado de bajo riesgo (85.7%), lo que sugiere una etapa de mayor estabilidad personal, social y económica.
- En las mujeres de 35 años y más no se identificaron casos de riesgo alto, pero sí la proporción más elevada de riesgo moderado (28.6%),

posiblemente vinculada con factores biológicos propios de la maternidad en edades más avanzadas.

En conjunto, estos datos subrayan que, aunque el bajo riesgo es predominante, existen grupos vulnerables: las más jóvenes y las de mayor edad, quienes merecen especial atención en la vigilancia preventiva.

### **B. Resultados de la escala de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS)**

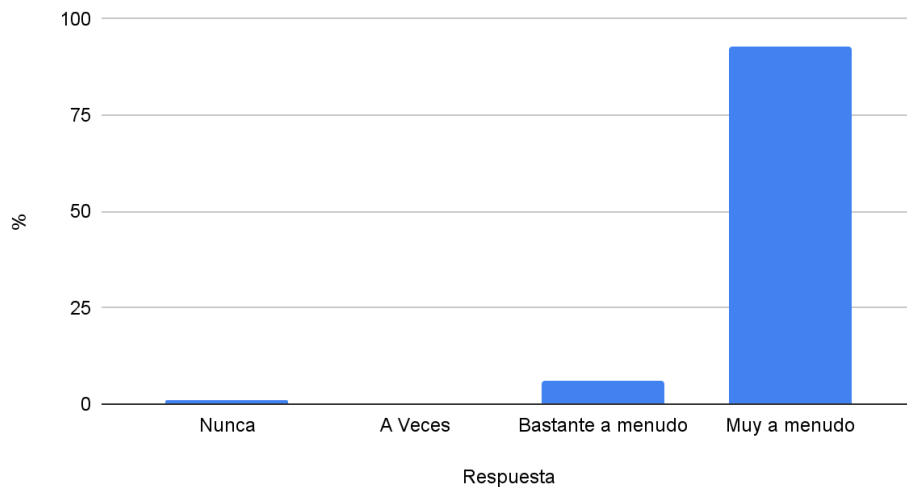
**Tabla N°2. Resultados del ítem 1 de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS): He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas.**

<b>Respuesta</b>	<b>Puntaje</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Nunca</b>	0	1	1
<b>A Veces</b>	1	0	0
<b>Bastante a menudo</b>	2	6	6
<b>Muy a menudo</b>	3	93	93
<b>Total</b>		100	100

**Fuente:** Unidad de Salud Especializada de San Jacinto. *Factores de riesgo y prevalencia de depresión posparto en mujeres en puerperio, junio–septiembre 2025. f = frecuencia absoluta; % = frecuencia relativa.*

**Figura 2. Resultados del ítem 1 de la EPDS**

Ítem 1: He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas.



**Fuente:** Unidad de Salud Especializada de San Jacinto. *Factores de riesgo y prevalencia de depresión posparto en mujeres en puerperio, junio–septiembre 2025.* *f* = frecuencia absoluta; % = frecuencia relativa.

### **Análisis e Interpretación**

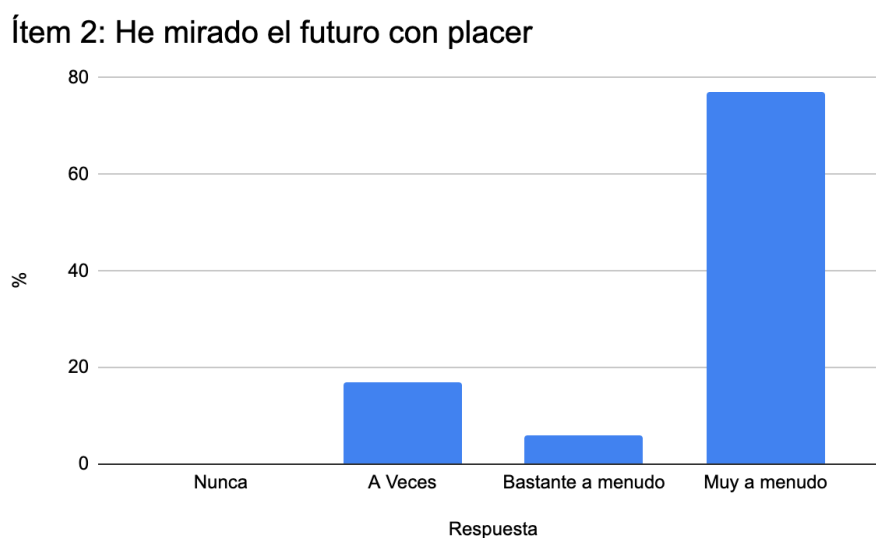
La gran mayoría de las participantes (93%) manifestó que conserva la capacidad de reír y ver el lado positivo de las cosas con frecuencia, lo que sugiere que en este grupo predomina un adecuado nivel de resiliencia emocional y un bajo nivel de anhedonia, síntoma cardinal de los cuadros depresivos. Este hallazgo es consistente con estudios internacionales que señalan que la mayoría de mujeres en el posparto mantienen recursos emocionales protectores frente a la depresión. Sin embargo, el 1% que reportó “nunca” haber tenido esta capacidad merece atención especial, ya que la anhedonia absoluta suele asociarse a mayor severidad clínica y riesgo de cronificación si no se detecta a tiempo.

**Tabla N°3. Resultados del ítem 2 de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS): He mirado el futuro con placer.**

Respuesta	Puntaje	f	%
Nunca	3	0	0
A Veces	2	17	17
Bastante a menudo	1	6	6
Muy a menudo	0	77	77
<b>Total</b>		100	100

**Fuente:** Unidad de Salud Especializada de San Jacinto. *Factores de riesgo y prevalencia de depresión posparto en mujeres en puerperio, junio–septiembre 2025. f = frecuencia absoluta; % = frecuencia relativa.*

**Figura 3. Resultados del ítem 2 de la EPDS**



**Fuente:** Unidad de Salud Especializada de San Jacinto. *Factores de riesgo y prevalencia de depresión posparto en mujeres en puerperio, junio–septiembre 2025. f = frecuencia absoluta; % = frecuencia relativa.*

### **Análisis e interpretación**

La mayoría de las mujeres (77%) expresó que muy a menudo logra mirar el futuro con optimismo, lo cual representa un factor protector frente a la depresión posparto, pues la capacidad de proyectarse positivamente se asocia con resiliencia y mejor adaptación al puerperio. No obstante, un 23% refirió esta percepción de manera menos constante (17% a veces y 6% bastante a menudo), lo que refleja un grupo con mayor vulnerabilidad emocional.

Este hallazgo es relevante porque una visión menos favorable hacia el futuro puede estar vinculada con síntomas tempranos de desesperanza, rasgo frecuentemente descrito en cuadros depresivos. En contextos como el salvadoreño, donde persisten factores de riesgo psicosociales (inseguridad, pobreza, violencia de género), este subgrupo podría tener mayor probabilidad de evolucionar hacia sintomatología clínica si no recibe apoyo oportuno.

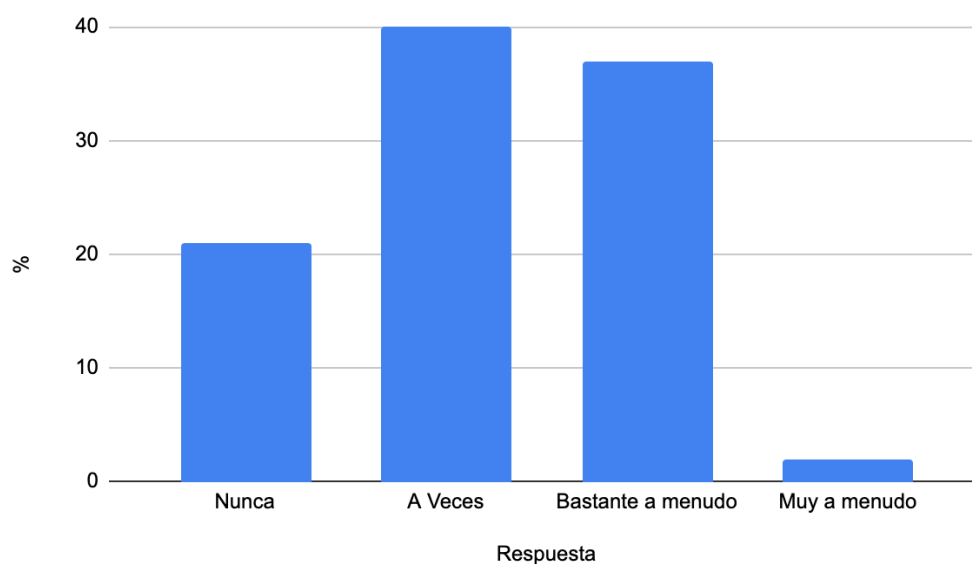
**Tabla N°4. Resultados del ítem 3 de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS): Me he sentido culpable sin motivo.**

<b>Respuesta</b>	<b>Puntaje</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Nunca</b>	0	21	21
<b>A Veces</b>	1	40	40
<b>Bastante a menudo</b>	2	37	37
<b>Muy a menudo</b>	3	2	2
<b>Total</b>		100	100

**Fuente:** Unidad de Salud Especializada de San Jacinto. *Factores de riesgo y prevalencia de depresión posparto en mujeres en puerperio, junio–septiembre 2025.* *f = frecuencia absoluta; % = frecuencia relativa.*

**Figura 4. Resultados del ítem 3 de la EPDS**

**Ítem 3: Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien**



**Fuente:** Unidad de Salud Especializada de San Jacinto. *Factores de riesgo y prevalencia de depresión posparto en mujeres en puerperio, junio–septiembre 2025.* *f = frecuencia absoluta; % = frecuencia relativa.*

### **Análisis e interpretación**

La mayoría de las mujeres encuestadas manifestó haber sentido culpa sin motivo en algún grado (77%). Aunque en su mayoría fue ocasional o moderada, un 2% refirió esta experiencia “muy a menudo”, lo que resulta clínicamente relevante. La culpa injustificada es un síntoma frecuente de depresión posparto, asociado a baja autoestima y percepción negativa del rol materno.

El hecho de que casi ocho de cada diez mujeres experimenten este sentimiento, aunque sea en forma leve, refleja la necesidad de fortalecer intervenciones de apoyo emocional, dado que la persistencia de esta percepción puede impactar en el vínculo madre-hijo y en la dinámica familiar.

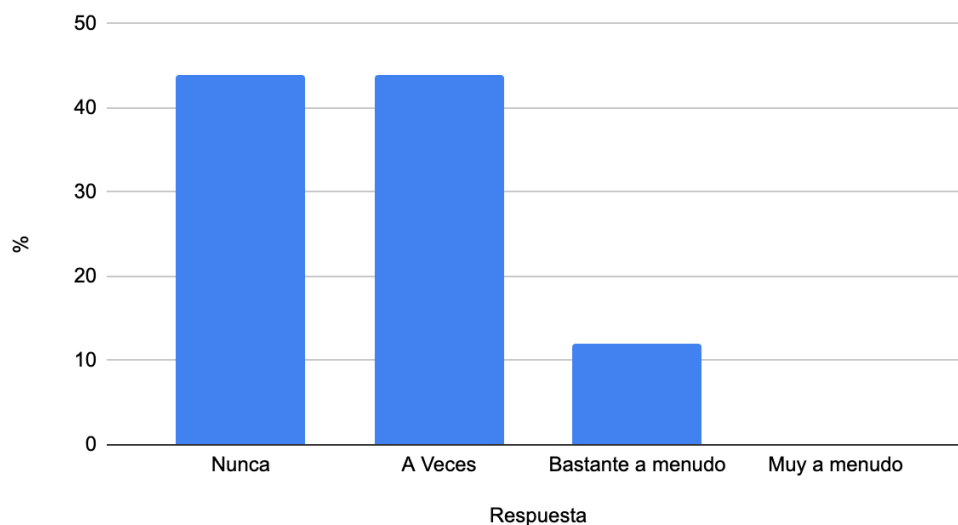
**Tabla N°5. Ítem 4 de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS): He experimentado ansiedad o preocupación excesiva.**

Respuesta	Puntaje	f	%
Nunca	0	44	44
A Veces	1	44	44
Bastante a menudo	2	12	12
Muy a menudo	3	0	0
<b>Total</b>		100	100

**Fuente:** Unidad de Salud Especializada de San Jacinto. *Factores de riesgo y prevalencia de depresión posparto en mujeres en puerperio, junio–septiembre 2025. f = frecuencia absoluta; % = frecuencia relativa.*

**Figura 5. Resultados del ítem 4 de la EPDS**

Ítem 4: He estado ansiosa y preocupada sin motivo



**Fuente:** Unidad de Salud Especializada de San Jacinto. *Factores de riesgo y prevalencia de depresión posparto en mujeres en puerperio, junio–septiembre 2025. f = frecuencia absoluta; % = frecuencia relativa.*

## Análisis e interpretación

Casi la mitad de las participantes (44%) refirió no haber experimentado ansiedad o preocupación excesiva, mientras que un porcentaje similar (44%) indicó sentirlo a veces y un 12% de manera frecuente. Aunque no se identificaron casos graves, este hallazgo resalta que la sintomatología ansiosa es común en el puerperio y puede constituir un factor predisponente a depresión posparto.

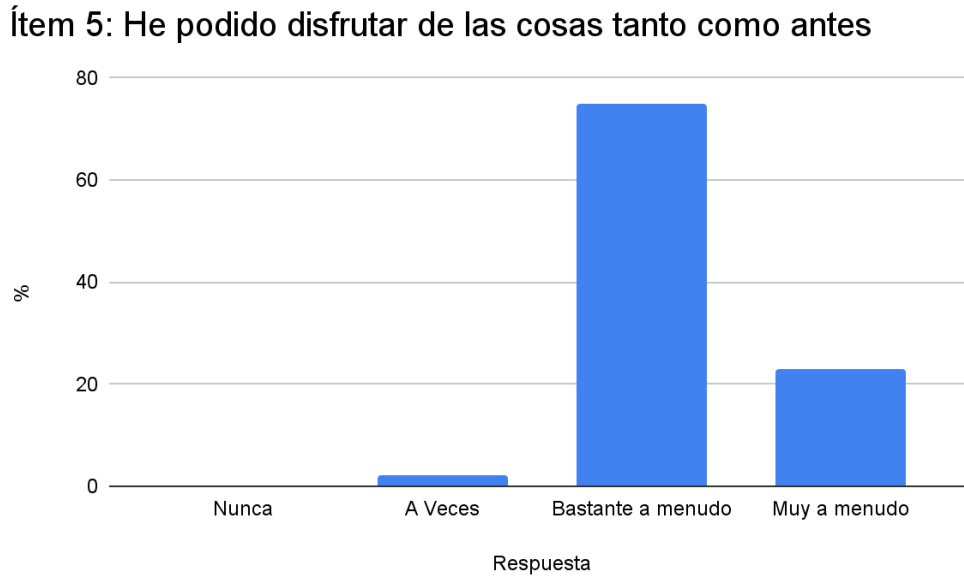
En el contexto local, donde las mujeres enfrentan múltiples cargas emocionales y sociales, la ansiedad leve no debe desestimarse, ya que puede cronificarse o intensificarse en ausencia de apoyo.

**Tabla N°6. Resultados del ítem 5 de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS): He podido disfrutar de las cosas tanto como antes.**

<b>Respuesta</b>	<b>Puntaje</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Nunca</b>	3	0	0
<b>A Veces</b>	2	2	2
<b>Bastante a menudo</b>	1	75	75
<b>Muy a menudo</b>	0	23	23
<b>Total</b>		100	100

**Fuente:** Unidad de Salud Especializada de San Jacinto. *Factores de riesgo y prevalencia de depresión posparto en mujeres en puerperio, junio–septiembre 2025.* f = frecuencia absoluta; % = frecuencia relativa.

**Figura 6. Resultados del ítem 5 de la EPDS**



**Fuente:** Unidad de Salud Especializada de San Jacinto. *Factores de riesgo y prevalencia de depresión posparto en mujeres en puerperio, junio–septiembre 2025.* *f* = frecuencia absoluta; % = frecuencia relativa.

### **Análisis e interpretación**

El 98% de las mujeres manifestó conservar la capacidad de disfrutar de las actividades cotidianas, ya sea bastante a menudo o muy a menudo, lo que evidencia bajos niveles de anhedonia en la población. Este hallazgo es positivo, ya que la pérdida de interés o placer es uno de los síntomas más característicos y discapacitantes de la depresión.

El reducido grupo (2%) que refirió esta dificultad solo de manera ocasional merece atención, ya que la disminución del disfrute puede ser un signo temprano de deterioro emocional.

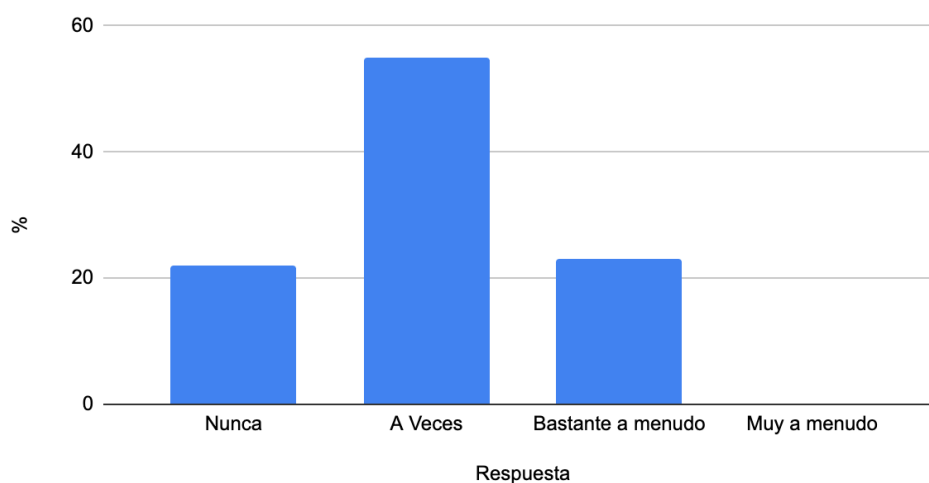
**Tabla N°7. Resultados del ítem 6 de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS): Me he sentido incapaz de afrontar los problemas cotidianos.**

Respuesta	Puntaje	f	%
Nunca	0	22	22
A Veces	1	55	55
Bastante a menudo	2	23	23
Muy a menudo	3	0	0
<b>Total</b>		<b>100</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Unidad de Salud Especializada de San Jacinto. *Factores de riesgo y prevalencia de depresión posparto en mujeres en puerperio, junio–septiembre 2025.* f = frecuencia absoluta; % = frecuencia relativa.

**Figura 7. Resultados del ítem 6 de la EPDS**

Ítem 6: Me he sentido incapaz de afrontar los problemas cotidianos



**Fuente:** Unidad de Salud Especializada de San Jacinto. *Factores de riesgo y prevalencia de depresión posparto en mujeres en puerperio, junio–septiembre 2025.* f = frecuencia absoluta; % = frecuencia relativa.

## Análisis e interpretación

Más de tres cuartas partes de las mujeres (78%) señalaron haberse sentido incapaces de afrontar los problemas cotidianos en algún grado, principalmente “a veces” (55%). Un 23% lo experimentó con mayor frecuencia, lo que refleja una limitación importante en la percepción de autoeficacia.

Este resultado es clínicamente significativo porque la sensación de incapacidad para resolver situaciones diarias puede incrementar la vulnerabilidad a la depresión, especialmente en contextos donde las mujeres asumen múltiples responsabilidades familiares sin redes de apoyo suficientes.

**Tabla N°8. Ítem 7 de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS): Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir.**

Respuesta	Puntaje	f	%
Nunca	0	71	71
A Veces	1	26	26
Bastante a menudo	2	2	2
Muy a menudo	3	1	1
Total		100	100

**Fuente:** Unidad de Salud Especializada de San Jacinto. *Factores de riesgo y prevalencia de depresión posparto en mujeres en puerperio, junio–septiembre 2025.* f = frecuencia absoluta; % = frecuencia relativa.

**Figura 8. Resultados del ítem 7 de la EPDS**



**Fuente:** Unidad de Salud Especializada de San Jacinto. *Factores de riesgo y prevalencia de depresión posparto en mujeres en puerperio, junio–septiembre 2025.* *f* = frecuencia absoluta; % = frecuencia relativa.

### **Análisis e interpretación**

La mayoría de las mujeres (71%) refirió no haber tenido dificultades de sueño asociadas a sentimientos de infelicidad, lo cual es alentador. Sin embargo, casi un tercio (29%) sí experimentó esta dificultad en distintos grados, lo que sugiere que la tristeza ocasional interfiere con el descanso en una proporción significativa de la muestra.

Este hallazgo cobra relevancia porque la alteración del sueño no solo agrava el malestar emocional, sino que también puede afectar la capacidad de cuidado del recién nacido, generando un círculo de mayor vulnerabilidad psicológica.

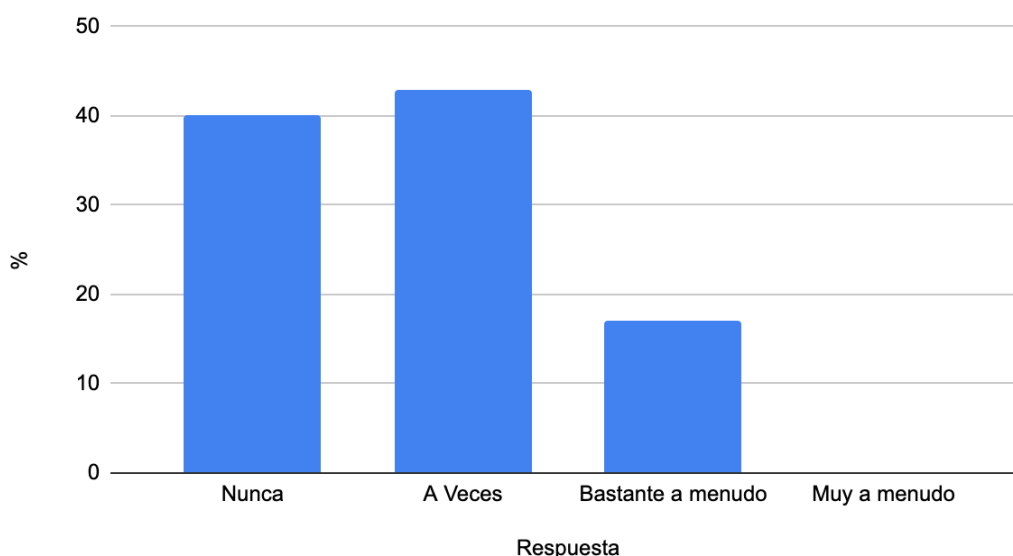
**Tabla N°9. Resultados del ítem 8 de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS): He tenido dificultades para dormir por preocupación.**

Respuesta	Puntaje	f	%
Nunca	0	40	40
A Veces	1	43	43
Bastante a menudo	2	17	17
Muy a menudo	3	0	0
<b>Total</b>		100	100

**Fuente:** Unidad de Salud Especializada de San Jacinto. *Factores de riesgo y prevalencia de depresión posparto en mujeres en puerperio, junio–septiembre 2025. f = frecuencia absoluta; % = frecuencia relativa.*

**Figura 9. Resultados del ítem 8 de la EPDS**

**Ítem 8: Me he sentido triste y desgraciada**



**Fuente:** Unidad de Salud Especializada de San Jacinto. *Factores de riesgo y prevalencia de depresión posparto en mujeres en puerperio, junio–septiembre 2025. f = frecuencia absoluta; % = frecuencia relativa.*

### **Análisis e interpretación**

Un 43% de mujeres indicó haber tenido problemas de sueño por preocupación de manera ocasional y un 17% con mayor frecuencia. Aunque no se reportaron casos graves, estos datos confirman que la preocupación es un síntoma presente en una parte importante de la muestra y que puede contribuir a fatiga, irritabilidad y riesgo de depresión.

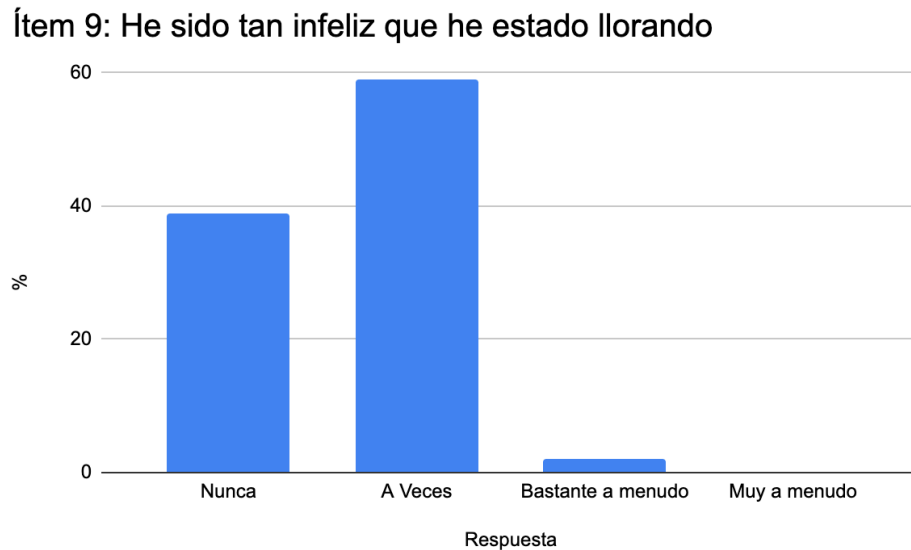
En sociedades donde las madres enfrentan sobrecarga de responsabilidades, la preocupación persistente puede convertirse en un factor de desgaste emocional significativo, por lo que su detección temprana resulta clave.

**Tabla N°10. Resultados del ítem 9 de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS): He sido tan infeliz que he estado llorando**

<b>Respuesta</b>	<b>Puntaje</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Nunca</b>	0	39	39
<b>A Veces</b>	1	59	59
<b>Bastante a menudo</b>	2	2	2
<b>Muy a menudo</b>	3	0	0
<b>Total</b>		100	100

**Fuente:** Unidad de Salud Especializada de San Jacinto. *Factores de riesgo y prevalencia de depresión posparto en mujeres en puerperio, junio–septiembre 2025.* f = frecuencia absoluta; % = frecuencia relativa.

**Figura 10. Resultados del ítem 9 de la EPDS**



**Fuente:** Unidad de Salud Especializada de San Jacinto. *Factores de riesgo y prevalencia de depresión posparto en mujeres en puerperio, junio–septiembre 2025.* *f* = frecuencia absoluta; % = frecuencia relativa.

### **Análisis e interpretación**

Casi la mitad de las mujeres (43%) manifestó haber llorado por tristeza ocasionalmente, mientras que un 17% lo experimentó con mayor frecuencia. Estos resultados muestran que la tristeza profunda es un síntoma presente en una proporción considerable de la muestra.

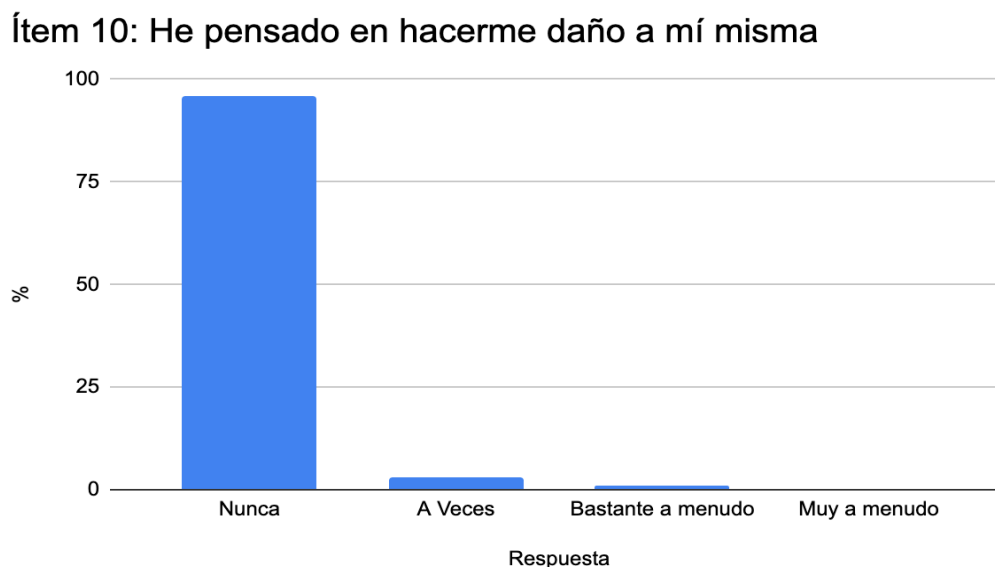
Aunque ninguna refirió experimentarlo de manera constante, el hallazgo es relevante porque el llanto frecuente en el puerperio puede indicar desregulación emocional y riesgo de evolución hacia depresión clínica si no se ofrece acompañamiento oportuno.

**Tabla N°11. Resultados del ítem 10 de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS): He pensado que podría hacerme daño a mí misma.**

Respuesta	Puntaje	f	%
Nunca	0	96	96
A Veces	1	3	3
Bastante a menudo	2	1	1
Muy a menudo	3	0	0
<b>Total</b>		<b>100</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Unidad de Salud Especializada de San Jacinto. *Factores de riesgo y prevalencia de depresión posparto en mujeres en puerperio, junio–septiembre 2025. f = frecuencia absoluta; % = frecuencia relativa.*

**Figura 11. Resultados del ítem 10 de la EPDS**



**Fuente:** Unidad de Salud Especializada de San Jacinto. *Factores de riesgo y prevalencia de depresión posparto en mujeres en puerperio, junio–septiembre 2025. f = frecuencia absoluta; % = frecuencia relativa.*

### **Análisis e interpretación**

Aunque la gran mayoría negó haber tenido pensamientos autolesivos, un pequeño grupo sí lo reportó, lo que resulta altamente significativo desde el punto de vista clínico. Aun porcentajes mínimos de este síntoma ameritan atención inmediata, dado el riesgo de suicidio materno, que constituye una de las principales causas de mortalidad en el posparto a nivel mundial.

Este hallazgo confirma la importancia de que en la práctica clínica cualquier respuesta positiva en este ítem sea considerada una señal de alarma que requiere evaluación psicológica y psiquiátrica urgente.

### C. Prevalencia de riesgo de depresión posparto

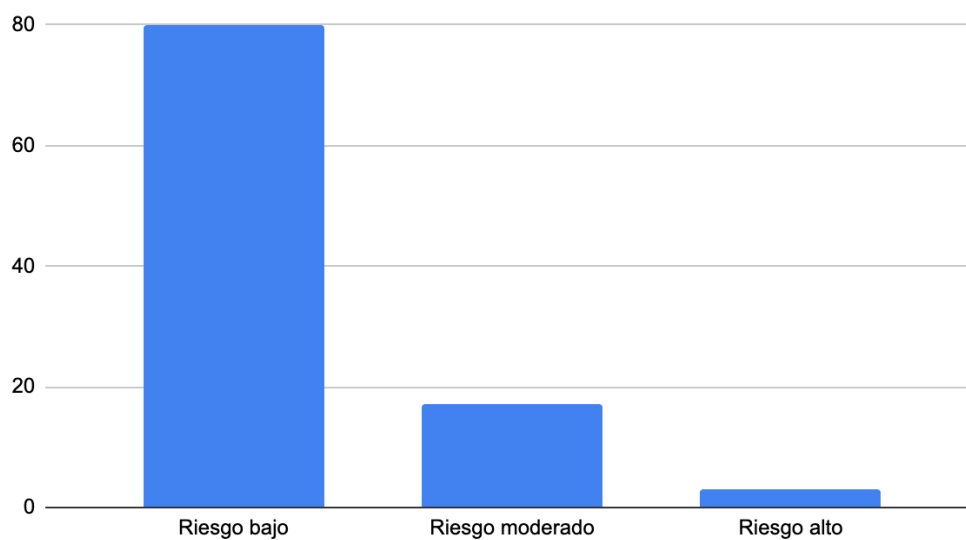
Tabla N°12. Prevalencia de riesgo de depresión posparto

	f	%
Riesgo bajo	80	80
Riesgo moderado	17	17
Riesgo alto	3	3
Total	100	100

**Fuente:** Unidad de Salud Especializada de San Jacinto. *Factores de riesgo y prevalencia de depresión posparto en mujeres en puerperio, junio–septiembre 2025.* f = frecuencia absoluta; % = frecuencia relativa.

Figura N.º12. Prevalencia de riesgo de depresión posparto

Prevalencia de riesgo de depresión posparto



**Fuente:** Unidad de Salud Especializada de San Jacinto. *Factores de riesgo y prevalencia de depresión posparto en mujeres en puerperio, junio–septiembre 2025.* f = frecuencia absoluta; % = frecuencia relativa.

## **Análisis e interpretación**

Los resultados obtenidos muestran que la mayoría de las mujeres evaluadas (80%) se encuentra en riesgo bajo de depresión posparto, lo que refleja la existencia de factores protectores que favorecen el bienestar emocional durante el puerperio. Este hallazgo es alentador, pues indica que gran parte de la población conserva recursos biopsicosociales que les permiten afrontar los cambios físicos, psicológicos y sociales propios de esta etapa. Sin embargo, un 20% de las participantes presentó riesgo clínico, distribuido en 17% con riesgo moderado y 3% con riesgo alto. Esto significa que una de cada cinco puérperas se encuentra en situación de vulnerabilidad emocional que amerita atención prioritaria.

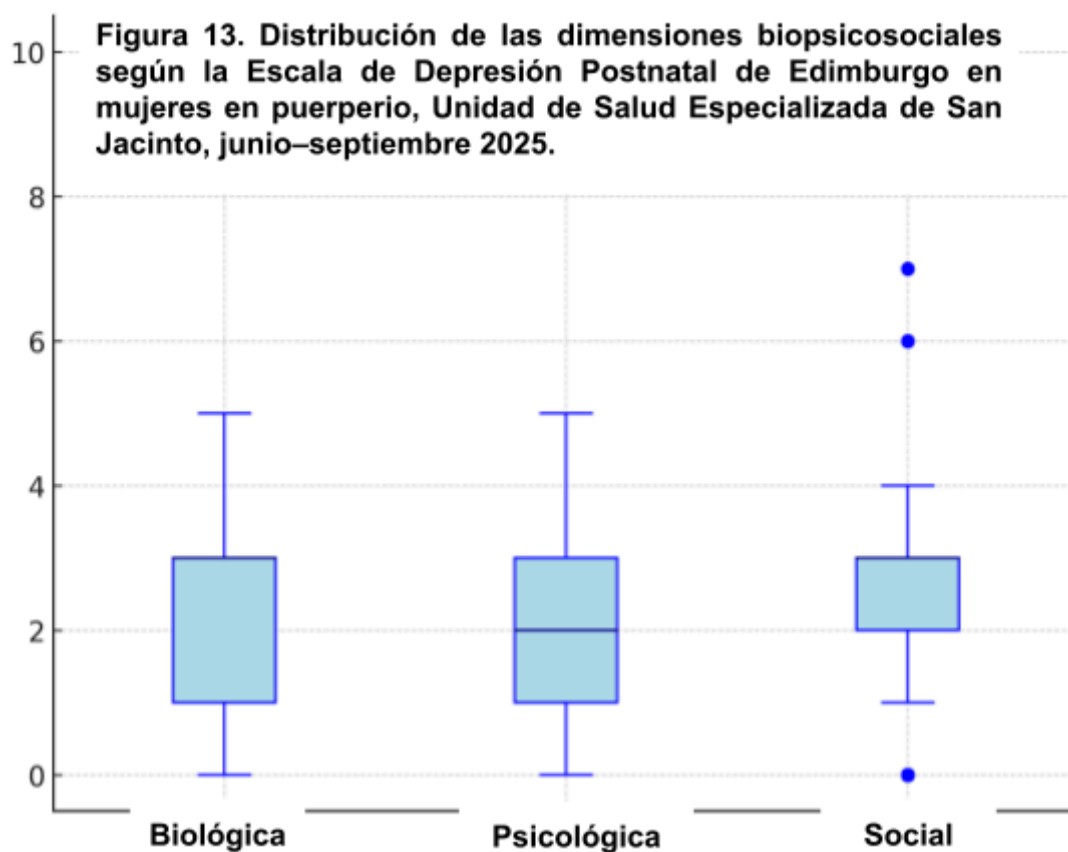
Las mujeres en riesgo moderado constituyen un grupo de alerta, dado que sus síntomas, aunque no son graves, pueden intensificarse si no reciben acompañamiento oportuno. En contraste, las clasificadas en riesgo alto representan una minoría, pero su condición demanda intervención inmediata, pues es probable que ya cursen con sintomatología depresiva marcada. En conjunto, los resultados evidencian la importancia de la detección temprana, el seguimiento cercano y la implementación de programas de apoyo integral en salud mental materna. El gráfico de barras refuerza esta tendencia, mostrando un predominio claro del riesgo bajo frente a las demás categorías.

#### D. Factores de riesgo de depresión posparto según modelo biopsicosocial

Tabla N°13: Distribución de las dimensiones biopsicosociales

Dimensión	Media	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo
<b>Biológica</b>	2.22	3.0	3.0	0	5
<b>Psicológica</b>	2.18	2.0	2.0	0	10
<b>Social</b>	2.54	3.0	3.0	0	7

**Fuente:** Unidad de Salud Especializada de San Jacinto. *Factores de riesgo y prevalencia de depresión posparto en mujeres en puerperio, junio–septiembre 2025. f = frecuencia absoluta; % = frecuencia relativa.*



**Fuente:** Unidad de Salud Especializada de San Jacinto. *Factores de riesgo y prevalencia de depresión posparto en mujeres en puerperio, junio–septiembre 2025. f = frecuencia absoluta; % = frecuencia relativa.*

### **Análisis e Interpretación:**

Los resultados muestran que la dimensión psicológica fue la más prevalente entre las mujeres puérperas evaluadas, alcanzando el mayor porcentaje en comparación con las dimensiones biológica y social. Este hallazgo refleja que, más allá de los cambios fisiológicos propios del posparto, los factores emocionales como ansiedad, tristeza, sentimientos de culpa o inseguridad respecto al rol materno constituyen los principales determinantes del riesgo de depresión en esta población.

En segundo lugar, la dimensión social ocupó un lugar relevante, lo que indica que aspectos como el nivel de apoyo familiar, la relación de pareja y las condiciones económicas también influyen de forma significativa en la salud mental materna. Aunque la dimensión biológica se presentó en menor proporción, no debe subestimarse, ya que los cambios hormonales, las complicaciones obstétricas y el estado físico posterior al parto actúan como factores desencadenantes que pueden potenciar los riesgos psicológicos y sociales.

En conjunto, estos hallazgos confirman la pertinencia del enfoque biopsicosocial, evidenciando que la depresión posparto no responde a un único factor, sino a la interacción dinámica entre la esfera biológica, psicológica y social. El predominio de la dimensión psicológica subraya la necesidad de fortalecer la atención emocional en el puerperio, sin descuidar las intervenciones médicas y el acompañamiento social que permitan reducir la vulnerabilidad en las mujeres en riesgo.

## **E. Resumen de hallazgos**

El análisis realizado permitió evidenciar que la mayoría de las mujeres en puerperio evaluadas se ubicaron en la categoría de bajo riesgo de depresión posparto, lo cual configura un escenario relativamente favorable en términos de salud mental materna. Sin embargo, el desglose por grupos de edad mostró variaciones relevantes: las mujeres menores de 24 años concentraron los casos de riesgo alto, lo que podría asociarse a menor madurez emocional y redes de apoyo más limitadas; mientras que en el grupo de 35 años y más no se observaron casos de riesgo elevado, pero sí un porcentaje considerable de riesgo moderado, posiblemente vinculado a factores biológicos y psicosociales propios de la maternidad en edades avanzadas.

La aplicación de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) puso en evidencia que gran parte de la muestra mantiene recursos emocionales protectores, tales como la capacidad de reír, disfrutar de actividades cotidianas y mirar con optimismo el futuro. No obstante, también se identificaron síntomas de carácter vulnerable en una proporción importante de las participantes. Destacan la frecuencia de sentimientos de culpa sin motivo aparente, la presencia de ansiedad y preocupación excesiva, y la percepción ocasional de incapacidad para afrontar los problemas diarios. Asimismo, se documentaron alteraciones emocionales leves relacionadas con el sueño, reflejadas en dificultades para descansar por tristeza o preocupación, aunque los casos de mayor severidad fueron poco frecuentes.

Estos hallazgos confirman que, aun cuando la mayoría de las mujeres no presentó un cuadro sugestivo de depresión clínica, sí existen indicadores emocionales que revelan un nivel de vulnerabilidad significativo. La coexistencia de factores protectores y síntomas leves sugiere que la población estudiada se encuentra en un punto intermedio: con predominio de bienestar, pero con la posibilidad de desarrollar complicaciones si no se implementan medidas preventivas y de apoyo oportuno.

## VIII. DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en este estudio muestran que la mayoría de las mujeres en puerperio evaluadas se encuentran en bajo riesgo de depresión posparto, lo cual coincide con lo reportado en estudios internacionales que señalan prevalencias promedio cercanas al 15-20% para este trastorno (O'Hara & McCabe, 2013). Sin embargo, la presencia de casos con riesgo moderado y alto, particularmente en mujeres jóvenes, confirma que la depresión posparto constituye una condición de relevancia clínica y que afecta de manera diferencial según factores sociodemográficos y biológicos, como limitaciones en el apoyo social y preocupación que conduce a la fatiga e irritabilidad.

La identificación de mayor vulnerabilidad en mujeres de  $\leq 24$  años concuerda con investigaciones realizadas en América Latina, donde la juventud materna se asocia con mayor riesgo de sintomatología depresiva debido a factores sociodemográficos como limitaciones en el apoyo social, condiciones económicas precarias y menor preparación para la maternidad (Lara-Cinisomo et al., 2016). De igual forma, el predominio de riesgo moderado en mujeres de 35 años o más ha sido documentado en estudios que atribuyen esta condición al incremento de complicaciones obstétricas y al peso de responsabilidades familiares y laborales acumuladas en esa etapa de la vida (Dennis & Dowswell, 2013).

En cuanto a los síntomas evaluados por la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo, se observó que gran parte de las mujeres mantiene factores protectores, como la capacidad de disfrutar de la vida diaria y mantener una visión optimista hacia el futuro. No obstante, la frecuencia de sentimientos de culpa, preocupación excesiva y dificultades para el afrontamiento cotidiano resalta la dimensión psicológica y social como componentes críticos en el riesgo de depresión posparto. Este hallazgo se alinea con estudios regionales que subrayan la importancia del entorno familiar y comunitario en el curso de la salud mental materna (Alvarado et al., 2019).

El hecho de que una proporción significativa de mujeres reportó alteraciones emocionales leves relacionadas con el sueño, aunque sin llegar a niveles clínicos graves, reafirma la necesidad de considerar síntomas subclínicos dentro de la vigilancia en salud materna. Diversos autores han planteado que estos síntomas, si no son atendidos, pueden evolucionar hacia cuadros depresivos más severos o afectar el vínculo madre-hijo (Stein et al., 2014).

En términos de salud pública, los hallazgos confirman que la depresión posparto es un problema de naturaleza multifactorial que requiere intervenciones integrales. La persistencia de síntomas emocionales en un grupo no menor de mujeres sugiere la necesidad de reforzar los programas de tamizaje en el primer nivel de atención y de promover el acompañamiento psicosocial. La aplicación de la EPDS se muestra como una herramienta útil y viable para el contexto local, lo cual coincide con las recomendaciones de la OMS y de estudios que han validado su utilidad en entornos de recursos limitados (Cox et al., 1987; ACOG, 2018).

Finalmente, entre las limitaciones del presente estudio se encuentra el tamaño de la muestra, que restringe la posibilidad de generalizar los resultados a la totalidad de la población materna del país. Además, el diseño transversal no permite establecer causalidad entre los factores de riesgo identificados y la depresión posparto, lo que señala la necesidad de investigaciones longitudinales futuras. A pesar de ello, el estudio aporta información relevante y contextualizada que contribuye a visibilizar una problemática aún poco explorada en El Salvador, y abre la puerta a fortalecer políticas y prácticas de salud orientadas a la detección temprana y apoyo integral de las mujeres en el puerperio.

## IX. CONCLUSIONES

1. La mayoría de las mujeres en puerperio atendidas en la Unidad de Salud Especializada de San Jacinto durante el período junio–septiembre 2025 se ubicaron en la categoría de bajo riesgo de depresión posparto, lo cual refleja un panorama globalmente favorable en cuanto a salud mental materna.
2. No obstante, se identificaron diferencias relevantes según la edad: las mujeres menores de 24 años presentaron los casos de riesgo alto, mientras que en las de 35 años o más predominó el riesgo moderado. Este hallazgo confirma que la edad materna constituye un factor a considerar en la detección y prevención de la depresión posparto.
3. La aplicación de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo permitió reconocer tanto factores protectores —como la capacidad de disfrute, optimismo y resiliencia— como la presencia de síntomas vulnerables en una proporción significativa de la muestra, especialmente sentimientos de culpa, preocupación excesiva y dificultad ocasional para afrontar los problemas cotidianos.
4. Aunque la prevalencia de depresión posparto en la muestra no alcanzó niveles críticos, la presencia de síntomas subclínicos evidencia la necesidad de fortalecer el abordaje preventivo, dado que estas manifestaciones pueden afectar la calidad de vida de la madre, el vínculo materno-infantil y la dinámica familiar.
5. El estudio confirma que la depresión posparto es un fenómeno de origen multifactorial, donde confluyen determinantes biológicos, psicológicos y sociales, y resalta la importancia del primer nivel de atención en la detección temprana y el acompañamiento integral a las mujeres en el puerperio.

## **X. RECOMENDACIONES**

### **Al Ministerio de Salud:**

1. Integrar de manera prioritaria la salud mental materna dentro de las políticas nacionales de salud reproductiva, reconociendo la depresión posparto como un problema de salud pública que afecta no solo a la mujer, sino también al recién nacido, la familia y la sociedad.
2. Garantizar la aplicación sistemática de instrumentos de tamizaje como la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) en las consultas de control prenatal y posparto, como parte de los protocolos nacionales de atención.
3. Fortalecer la formación continua del personal de salud en detección temprana, consejería y derivación de casos de riesgo, asegurando que la salud mental sea abordada con la misma relevancia que la salud física en el puerperio.
4. Ampliar la cobertura de servicios de apoyo psicológico y psiquiátrico en el primer nivel de atención, priorizando unidades de salud de zonas vulnerables, y garantizar recursos para la atención oportuna de las mujeres en riesgo.
5. Impulsar campañas nacionales de sensibilización que promuevan la importancia de la salud mental materna en todos los grupos etarios y sociales, combatiendo el estigma y fomentando la búsqueda temprana de ayuda.

### **A los proveedores de salud:**

1. Incorporar la evaluación rutinaria de síntomas emocionales en las consultas de control prenatal y posparto, entendiendo que la detección temprana es clave para prevenir complicaciones mayores.
2. Desarrollar habilidades de consejería breve, escucha activa y acompañamiento psicosocial, con especial atención a grupos más

vulnerables, como mujeres adolescentes y aquellas con condiciones sociales adversas.

3. Promover la participación activa de la pareja y la familia en el proceso de atención, de modo que se fortalezcan las redes de apoyo y se reduzca la carga emocional de la madre.
4. Documentar y dar seguimiento a los casos que presenten síntomas de ansiedad, culpa o alteraciones del sueño, incluso cuando no cumplan criterios diagnósticos de depresión, ya que estos indicadores pueden evolucionar hacia cuadros clínicos más severos.
5. Reconocer la salud mental como un componente integral del bienestar materno-infantil y priorizar su abordaje de manera sistemática en todos los grupos atendidos en el primer nivel de salud.

## XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jackson M. Melancholia and depression: from Hippocratic times to modern times. Oxford: Oxford University Press; 1986.
2. Marcé L-V. Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices. Paris: Baillière; 1858.
3. Jonsdottir H, Luntamo M, et al. The broader determinants of maternal health and the consequences for postpartum outcomes. *Lancet Glob Health*. 2023; 11 (9):e1235-46
4. Sartorius N, et al. The impact of postpartum depression on women's health: a review of literature. *Rev Panam Salud Publica*. 2019;43:e29. doi:10.26633/RPSP.2019.29
5. Vallecampo de Magaña AM. Relación entre riesgo y factores asociados a depresión postparto del puerperio inmediato de mujeres con bajo riesgo obstétrico.
6. Vallecampo de Magaña AM. Relación entre riesgo y factores asociados a depresión postparto del puerperio inmediato de mujeres con bajo riesgo obstétrico [Internet]. Hospital Nacional Zacamil; 2019 [citado 2025 feb 25].
7. Vallecampo de Magaña AM. Relación entre riesgo y factores asociados a depresión postparto del puerperio inmediato de mujeres con bajo riesgo obstétrico [Internet]. Hospital Nacional Zacamil; 2019 [citado 2025 feb 25]. Dirksen L, Lundgren MC, Renwick S, et al. Postpartum depressive symptoms in low-income Latinas: rates reach as high as 56%. *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. 2019
8. Dirksen L, Lundgren MC, Renwick S, et al. Postpartum depressive symptoms in low-income Latinas: rates reach as high as 56%. *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. 2019
9. World Health Organization. *More than a third of women experience lasting health problems after childbirth: new research shows* [Internet]. Geneva: WHO; 2023 Dec 7
10. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed, text rev. Arlington (VA): American Psychiatric Association; 2022.
11. Woody CA, Ferrari AJ, Siskind DJ, Whiteford HA, Harris MG. A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. *Transl Psychiatry*. 2021;11(1):543.
12. Organización Mundial de la Salud. *Maternal mental health and child health and development in low and middle-income countries* [Internet]. Geneva: WHO; 2022
13. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. 5th ed. Arlington (VA): APA; 2013
14. World Health Organization. *International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11)*. Geneva: WHO; 2019.
15. O'Hara MW, McCabe JE. Postpartum depression: current status and future directions. *Annu Rev Clin Psychol*. 2013;9:379-407.
16. Mughal S, Azhar Y, Siddiqui WJ. Postpartum depression. *StatPearls* [Internet]. 2022
17. O'Hara MW, McCabe JE. Postpartum depression: current status and future directions. *Annu Rev Clin Psychol*. 2013;9:379-407.
18. Spinelli M. Postpartum psychosis: detection and management. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2021;48(3):469-83.
19. Woody CA, Ferrari AJ, Siskind DJ, Whiteford HA, Harris MG. A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. *Transl Psychiatry*. 2021;11(1):543.
20. Howard LM, Molyneaux E, Dennis CL, Rochat T, Stein A, Milgrom J. Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *Lancet*. 2014;384(9956):1775-88.

21. Fisher J, Cabral de Mello M, Patel V, Rahman A, Tran T, Holton S, et al. Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: a systematic review. *Bull World Health Organ.* 2012;90(2):139–49.
22. Villarroel L, Valdés M, Castillo C, Gajardo A. Prevalencia de depresión posparto en mujeres chilenas y factores de riesgo asociados. *Rev Med Chile.* 2019;147(4):486–95.
23. Verbeek T, Arjadi R, Vendrik JJ, Pradhan R, Burger H. Postpartum depression in South Asian countries: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2020;259:133–47.
24. Organización Panamericana de la Salud (PAHO). *Salud mental materna en América Latina.* Washington (DC): PAHO; 2021.
25. Organización Panamericana de la Salud (PAHO). *Salud mental materna en América Latina.* Washington (DC): PAHO; 2021.
26. Bloch M, Daly RC, Rubinow DR. Endocrine factors in the etiology of postpartum depression. *Psychoneuroendocrinology.* 2003;28(3):77–81.
27. Miller ES, Rukstalis M. Postpartum depression: etiology, treatment, and consequences. *J Psychiatr Res.* 2021;136:87–94.
28. Payne JL, Palmer JT, Joffe H. A reproductive subtype of depression: conceptualizing models and moving toward etiology. *Harv Rev Psychiatry.* 2009;17(2):72–86.
29. Stewart DE, Vigod S. Postpartum depression. *N Engl J Med.* 2019;376(18):1801–10.
30. Guintivano J, Arad M, Gould TD, Payne JL. Early-life adversity and peripartum mood disorders: an integrative model. *Neurobiol Stress.* 2018;8:82–92.
31. Biaggi A, Conroy S, Pawlby S, Pariante CM. Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: a systematic review. *J Affect Disord.* 2016;191:62–77.
32. O'Hara MW, McCabe JE. Postpartum depression: current status and future directions. *Annu Rev Clin Psychol.* 2013;9:379–407.
33. Beck CT. Theoretical perspectives of postpartum depression and their treatment implications. *Am J Matern Child Nurs.* 2020;45(3):138–44.
34. Dunkel Schetter C, Tanner L. Anxiety, depression and stress in pregnancy: implications for mothers, children, research, and practice. *Curr Opin Psychiatry.* 2012;25(2):141–8.
35. Apter-Levi Y, Pratt M, Vakart A, Feldman M, Zagoory-Sharon O, Feldman R. Maternal depression across the first years of life compromises child psychosocial adjustment; relations to child HPA-axis functioning. *Psychoneuroendocrinology.* 2016;64:47–56.
36. Dennis CL, Letourneau N. Global and relationship-specific perceptions of support and the development of postpartum depressive symptomatology. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2007;42(5):389–95.
37. Goyal D, Gay CL, Lee KA. How much does low socioeconomic status increase the risk of prenatal and postpartum depressive symptoms in first-time mothers? *Women's Health Issues.* 2010;20(2):96–104.
38. Howard LM, Oram S, Galley H, et al. Domestic violence and perinatal mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med.* 2013;10(5):e1001452.
39. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). *Screening for Perinatal Depression. Committee Opinion No. 757.* *Obstet Gynecol.* 2018;132(5):e208–e212.
40. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry.* 1987;150(6):782–6. doi:10.1192/bjp.150.6.782
41. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Screening for perinatal depression. Committee Opinion No. 757.* *Obstet Gynecol.* 2018;132(5):e208–12.
42. US Preventive Services Task Force; Curry SJ, Krist AH, Owens DK, Barry MJ, Caughey AB, et al. Interventions to prevent perinatal depression: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *JAMA.* 2019;321(6):580–7. doi:10.1001/jama.2019.0007
43. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry.* 1987;150(6):782–6. doi:10.1192/bjp.150.6.782
44. World Health Organization. *Thinking healthy: A manual for psychological management of perinatal depression.* Geneva: WHO; 2015.

45. O'Hara MW, Wisner KL. Perinatal mental illness: definition, assessment and treatment. *Annu Rev Clin Psychol*. 2014;10:373–98.
46. Ross LE, McLean LM. Anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: a systematic review. *J Clin Psychiatry*. 2006;67(8):1285–98
47. Fairbrother N, Janssen P, Antony MM, Tucker E, Young AH. Perinatal anxiety disorder prevalence and incidence. *J Affect Disord*. 2016;200:148–55.
48. Miller ES, Hoxha D, Wisner KL, Gossett DR. *Obsessional thoughts and compulsive behaviors in postpartum women: Prevalence and correlates*. *J Womens Health (Larchmt)*. 2013;22(8):646-54.
49. Russell EJ, Fawcett JM, Mazmanian D. *Risk of obsessive-compulsive disorder in pregnant and postpartum women: A meta-analysis*. *J Clin Psychiatry*. 2013;74(4):377-85.
50. Spinelli MG. *Postpartum psychosis: Detection of risk and management*. *Am J Psychiatry*. 2009;166(4):405-8.
51. Bergink V, Rasgon N, Wisner KL. *Postpartum psychosis: Madness, mania, and melancholy in motherhood*. *Am J Psychiatry*. 2016;173(12):1179-88
52. Wesseloo R, Kamperman AM, Munk-Olsen T, Pop VJ, Kushner SA, Bergink V. *Risk of postpartum relapse in bipolar disorder and postpartum psychosis: A systematic review and meta-analysis*. *Am J Psychiatry*. 2016;173(2):117-27.
53. Jones I, Chandra PS, Dazzan P, Howard LM. *Bipolar disorder, affective psychosis, and schizophrenia in pregnancy and the post-partum period*. *Lancet*. 2014;384(9956):1789-99.
54. Stewart, D. E., & Vigod, S. N. (2011). *Postpartum depression: pathophysiology, treatment, and emerging therapeutics*. *Annual Review of Medicine*, 62, 431-442.
55. O'Hara, M. W., & McCabe, C. (2013). *Postpartum depression: current status and future directions*. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 379-407.
56. Tandon, S. D., et al. (2013). *Maternal depression, parenting, and child health: a review of the literature*. *Journal of Pediatric Health Care*, 27(3), 160-171.
57. Murray, L., et al. (2010). *The effects of maternal depression on infant development*. *Infant Mental Health Journal*, 31(4), 327-343.
58. Dennis, C. L., & Letourneau, N. (2007). *Global and relationship-specific perceptions of support and the development of postpartum depressive symptomatology*. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(5), 389-395
59. Goyal, D., Gay, C. L., & Lee, K. A. (2010). *How much does low socioeconomic status increase the risk of prenatal and postpartum depressive symptoms in first-time mothers?* *Women's Health Issues*, 20(2), 96-104.
60. Sockol LE, Epperson CN, Barber JP. *A meta-analysis of treatments for perinatal depression*. *Clin Psychol Rev*. 2011;31(5):839-49.
61. O'Mahen HA, Richards DA, Lekander M, Parsons CE. *Internet-based CBT for perinatal mood disorders: A systematic review*. *J Affect Disord*. 2013;150(3):736-46
62. Dennis CL, Hodnett E. *Psychosocial and psychological interventions for treating postpartum depression: A systematic review*. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;(4):CD006116.
63. Letourneau NL, Dennis CL, Cosic N, Linder J. *The effect of perinatal depression treatment on maternal-child relationship and child outcomes: A systematic review*. *Depress Anxiety*. 2015;32(10): 651-66
64. Wisner KL, Perel JM, Peindl KS, Hanusa BH. *Effects of childbearing on lithium maintenance therapy*. *Am J Psychiatry*. 2009;161(7):1062-70.
65. Weissman AM, Levy BT, Hartz AJ, Bentler S, Donohue M, Ellingrod VL, Wisner KL. *Pooled analysis of antidepressant levels in lactating mothers, breast milk, and nursing infants*. *Am J Psychiatry*. 2004;161(6):1066-78.
66. Payne JL, Meltzer-Brody S. *Antidepressant use during pregnancy: Current controversies and treatment strategies*. *Clin Obstet Gynecol*. 2009;52(3):469-82.
67. Sharma V, Xie B, Campbell MK, Blanchard R. *A prospective study of bipolar disorder in pregnancy and postpartum: Diagnosis, differential diagnosis and treatment strategies*. *J Clin Psychiatry*. 2017;78(1):e87-93.

68. Yonkers KA, Wisner KL, Stewart DE, Oberlander TF, Dell DL, Stotland N, Ramin S, Chaudron L, Lockwood C. The management of depression during pregnancy: a report from the American Psychiatric Association and the American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol.* 2009;114(3):703-13.
69. Milgrom J, Danaher BG, Gemmill AW, Holt C, Holt CJ, Seeley JR, Tyler MS. **Internet Cognitive Behavioral Therapy for Women With Postnatal Depression: A Randomized Controlled Trial of MumMoodBooster.** *J Med Internet Res.* 2016;18(3):e54. doi:10.2196/jmir.5178.

## XII. ANEXOS

### Anexo 1: Cuestionario sobre Depresión Postnatal Edimburgo

#### Cuestionario Sobre Depresión Postnatal Edimburgo (EPDS)

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Su fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Bebé: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

1/07

## Anexo 2: Área de Influencia Geográfica USE San Jacinto



## Anexo 3: Permiso para realizar la investigación por la Región de Salud Metropolitana



MINISTERIO  
DE SALUD

### REGIÓN DE SALUD METROPOLITANA COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

OFICIO NO. 2025-CLEIS-RSM-037  
San Salvador, 26 de agosto de 2025

Br. Raúl José Gómez Castillo  
Br. Alessandra Sofía Gutiérrez Garay  
Universidad de El Salvador  
Presente.

Deseándole un feliz día y éxito en sus actividades laborales, por este medio hago de su conocimiento que se ha realizado la revisión de protocolo de investigación presentado y denominado: **"FACTORES DE RIESGO Y PREVALENCIA DE DEPRESIÓN POSTPARTO EN MUJERES EN PUERPERIO EN LA UNIDAD DE SALUD ESPECIALIADA DE SAN JACINTO, JUNIO-SEPTIEMBRE 2025"**.

Con base al análisis realizado **Se da por aceptado** dicho protocolo ya que **si cumple** con los requisitos suficientes de buenas prácticas de investigación siguiendo siempre los principios éticos establecidos en el **Manual de Procedimientos de Investigación en Salud** del Instituto Nacional de Salud y respetar las consideraciones éticas y demás condiciones establecidas para un protocolo de Investigación

Se solicita enviar el trabajo de investigación final a esta Dirección Regional.

Atentamente.

**Dra. Allysson Virginia Manzano Reyes**  
Presidente Comité de Ética de  
Investigación en Salud Región de Salud Metropolitana



**Dr. Dagoberto Antonio Molina Hernandez**  
Director Región de Salud Metropolitana

