



**Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud
Carrera de Medicina**

**Año 2022
Trabajo Final de Carrera (Tesis)**

**Salud mental y la mujer: Las
manifestaciones clínicas y la afectación
biopsicosocial de la depresión posparto**

**Mental health and women: The clinical
manifestations and biopsychosocial
involvement of postpartum depression**

Alumno:

Priscilla Matias Porpino
Priscilla.MatiasPorpino@Alumnos.uai.edu.ar
Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud
Universidad Abierta Interamericana

Tutor:

Postorivo Nauman, José
jose.postorivonauman@uai.edu.ar
Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud
Universidad Abierta Interamericana.

Salud mental y la mujer: Las manifestaciones clínicas y la afectación biopsicosocial de la depresión posparto

Mental health and women: The clinical manifestations and biopsychosocial involvement of postpartum depression

Autores: Matías Porpino, P, Postorivo Nauman, J

Resumen

Introducción: En los últimos años la depresión posparto (DPP) ha tomado un gran protagonismo, aproximadamente 13% de las mujeres en Latinoamérica fueron diagnosticadas con ese trastorno, esos datos son de relevancia para el estudio de la salud mental femenina y sus impactos en el contexto biopsicosocial de la mujer, ya que ambos se complementan. La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que la depresión será una de las principales causas de cambios drásticos en el área de la salud en los próximos 20 años, eso señala la importancia de los avances científicos de tal temática. **Material y métodos:** Lectura y análisis de artículos científicos publicados utilizando términos MeSH. El presente trabajo consistió en una revisión sistemática del tema, de carácter transversal, analítica y retrospectivo. **Resultados:** 10 artículos estudiaron las afectaciones biopsicosociales; manifestaciones clínicas que presentan como sintomatologías más prevalentes: disforia o irritabilidad, ansiedad, y fatiga; índices de mortalidad y intentos suicidas y calidad de vida, al cual la vitalidad fue el aspecto más afectado. **Conclusión:** Las afectaciones biopsicosociales y manifestaciones fueron temáticas frecuentemente explanadas, todavía se hace necesario profundizar los estudios y estadísticas referentes a la mortalidad por DPP, la frecuencia y riesgos de suicidios, para fomentar la prevención de la DPP y nuevas propuestas de intervenciones.

Palabras Clave: "Depression"[Mesh]; "Depression, Postpartum"[Mesh]; "Mental Health"[Mesh]; "Risk Factors"[Mesh]; "Postpartum Period/prevention and control"[Mesh].

Abstract

Background: In recent years postpartum depression (PPD) has taken a major role, approximately 13% of women in Latin America were diagnosed with this disorder, these data are relevant for the study of female mental health and its impacts in the context biopsychosocial of women, since both complement each other. The World Health Organization (WHO) points out that depression will be one of the main causes of drastic changes in the area of health in the next 20 years, which indicates the importance of scientific advances in this area. **Material and methods:** Reading and analysis of scientific articles published using MeSH terms. The present work consisted of a systematic review of the subject, of a cross-sectional, analytical and retrospective nature. **Results:** 10 articles studied biopsychosocial affectations; clinical manifestations that present as the most prevalent symptoms: dysphoria or irritability, anxiety, and fatigue; mortality rates and suicide attempts and quality of life, to which vitality was the most affected aspect. **Conclusion:** The biopsychosocial affectations and manifestations were topics frequently explained, it is still necessary to deepen the studies and statistics regarding mortality due to PPD, the frequency and risks of suicides, to promote the prevention of PPD and new proposals for interventions.

Keywords: "Depression"[Mesh]; "Depression, Postpartum"[Mesh]; "Mental Health"[Mesh]; "Risk Factors"[Mesh]; "Postpartum Period/prevention and control"[Mesh].

INTRODUCCIÓN

La depresión constituye un problema de salud pública debido a la gravedad, reaparición e impacto negativo sobre la salud. (1) Según la Organización Mundial de la Salud, la depresión es el tercer trastorno discapacitante más común, la prevalencia de por vida de la depresión mayor es del 13%, mientras que la prevalencia de un año es del 4%. Asimismo, las inversiones de presupuestos destinados a la salud mental no corresponden a la demanda, los países desarrollados invierten una media de 5% al año, en cuanto que los países en desarrollo aproximadamente 3%. (2)

La depresión y la ansiedad son demandas comunes que enfrentan los obstetras y ginecólogos. Aunque los trastornos mentales afectan igualmente a hombres y mujeres, las mujeres tienen al menos el doble de probabilidades de sufrir depresión y la mayoría de los trastornos de ansiedad, (3) así como los intentos suicidas y prevalencia de historial familiar. Ello hace necesario un enfoque especial en dicha epidemiología en el género femenino. (4)

Si bien el nacimiento de un niño suele ser recibido con mucha alegría y entusiasmo, a veces puede generar preocupación en los nuevos padres, especialmente las madres. Durante el período perinatal, los padres deben adaptarse a sus nuevos roles, lo que puede generar niveles de estrés, ansiedad o bien depresión por falta de experiencia y necesidad de nuevas adaptaciones. El período perinatal aumenta el riesgo de enfermedades psiquiátricas y los riesgos asociados a morbilidad materno-infantil, (5) esto se debe a los múltiples cambios físicos, hormonales, emocionales y psicosociales que ocurren durante el embarazo. Aunque constituyen un proceso fisiológico, tienen un impacto directo en la salud mental de la mujer. (1)

Los desórdenes mentales posparto incluyen el "baby blues", la depresión posparto (DPP) y la psicosis posparto. El "baby blues" se desarrolla entre el 3er y el 6to día posparto, y puede durar hasta 2 a 6 semanas. Este síndrome se caracteriza por falta de energía, fatiga física y mental, ansiedad, irritabilidad, llanto y alteraciones del sueño. Aunque el "baby blues" se considera una enfermedad más leve y de menor duración que la depresión posparto, algunos autores creen que los síntomas de la depresión posparto pueden aparecer tan pronto como las primeras dos semanas después del parto. (6).

Con respecto a la psicosis posparto, la confusión profunda y el delirio son reconocidos como los síntomas más sobresalientes, diagnóstico que puede o no estar asociado a la DPP. Es de extrema

importancia el diagnóstico correcto y precoz de los trastornos mentales puerperales, ya que la falla del diagnóstico de la DPP puede ocasionar episodios depresivos recurrentes por toda la vida de la paciente. (7)

No hay consenso total de los autores con respecto a la duración precisa del período que se considera depresión posparto. (8) De acuerdo al Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, cuarta edición (DSM-IV), un episodio de depresión se considera de presentación posparto si comienza dentro de las 4 semanas posparto, con un marco de tiempo para efectos de investigación de hasta 3 meses posparto. La prevalencia descrita internacionalmente fluctúa entre 10% y 20%, siendo mayor en niveles socioeconómicos más bajos y en madres adolescentes. (9)

La depresión posparto (DPP) se diferencia de cualquier otra depresión porque su principal manifestación es en el puerperio, con síntomas incapacitantes como: irritabilidad, enfado, anhedonia, apatía, confusión, olvido, culpa, incapacidad de afrontamiento y ocasionalmente aparecen pensamientos suicidas, que puede verse agravado por la falta de confianza en sí mismo, expectativas poco realistas de la madre y baja autoestima. (10)

Es una condición que se debe tomar seriamente y no solo afecta en el corto plazo, los datos indican que el 25% de las mujeres pueden persistir con síntomas aún al año de evolución. Además, tendrán un mayor riesgo de recurrencia de estos episodios en embarazos subsecuentes (1:3 a 1:4), incluso más severos. (6)

En la actualidad, es imposible distinguir una sola causa que explique la aparición de la enfermedad, lo que respalda su etiología multifactorial. Los factores de riesgo más asociados con la depresión posparto incluyen antecedentes personales de baja autoestima, depresión previa y depresión posparto, dificultades en las relaciones maritales, redes de apoyo insuficientes, ansiedad durante el embarazo, depresión y estrés, disfunción tiroidea, cambios hormonales, alta prematura, parto prematuro, alimentación artificial de bebés, proceso de duelo continuo, edad de la madre, raza, religión y género, vivir en áreas remotas o rurales, dificultades para adaptarse a las madres, antecedentes de abuso sexual en la infancia, tabaquismo y enfermedades maternas. Una de las hipótesis biológicas asociadas al desarrollo de DPP, está relacionada con los niveles séricos de triptófano, los que se encuentran más bajos al final del embarazo e inicio del puerperio al compararlos con las mujeres no embarazadas. (8).

Dentro de la nomenclatura psiquiátrica, la DPP es definida rigurosamente como un trastorno/episodio depresivo de

inicio en el postparto. En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV-TR), la clasificación es la siguiente: F32.x Trastorno depresivo mayor, episodio único (296.2x).

Mientras, en el CIE-10 se clasifica: trastornos mentales y del comportamiento, la categorización aparece como:

F32 Episodio depresivo leve, moderado o grave sin síntomas psicóticos.

F53.0 Trastornos mentales y del comportamiento en el puerperio no clasificados en otro lugar como leves (depresión postnatal/postparto NOS). (11)

Dentro de los criterios diagnósticos, la paciente debe presentar un claro deterioro social o laboral de su funcionamiento, y los síntomas no deben atribuirse a una patología médica de fondo, fármaco o sustancia que consuma el paciente. (12)

Muchos estudios apuntan al Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDA) como un instrumento de tamizaje que ayuda en la detección y cuantificación más específica de la depresión posparto. Es un cuestionario de 10 preguntas, fácil de aplicar. Si la mujer tiene un puntaje de 13 o más puntos indica que existe el criterio de clasificación de depresión posparto. (13)

El EPDA ha demostrado ser un buen método de pesquisa precoz, pues al realizar las encuestas a las madres con test positivos, diagnosticadas con antecedentes de depresión según DSM-IV se les ha confirmado el diagnóstico de la DPP. (14)

Los factores psicosociales asociados a el panorama de sintomatología depresiva en el postparto fueron: estado civil, familiar con depresión, haber sentido tristeza en el embarazo, haber vivido un acontecimiento vital estresante durante el embarazo, consumir alcohol durante el embarazo, presentar problema de salud mental, ansiedad, consumo de alcohol actual, insatisfacción corporal después del parto, percibir mayor atención de la familia hacia el bebé y haber experimentado tristeza en embarazos anteriores. (15)

En un contexto más actual, la pandemia por el Coronavirus 2019 (COVID-19) en el mundo ha producido un impacto significativo en la Salud Pública Global, que podrían llevar a un aumento en las situaciones de estrés extremo, ansiedad y depresión en mujeres en etapa perinatal. Algunos estudios indican que las gestantes, durante la pandemia, manifestaron diversas preocupaciones, como no acudir a sus controles prenatales por el riesgo percibido de estar expuestas al COVID-19. Además, los autores descubrieron que, debido al estrés y la ansiedad, muchas madres reportaron el uso constante (o incluso sobreuso) de productos basados en hipoclorito de sodio y alcohol que podrían causar intoxicación o incluso

quemaduras. El luto por la pérdida de familiares también aumenta los factores de riesgos de la DPP (5).

De esta manera, debe ser considerada la compleja interacción entre los factores de riesgo biopsicosociales que se asocian a la sintomatología depresiva en el postparto, lo que puede auxiliar en la sospecha de la DPP en la atención primaria y así disminuir las comorbilidades biológicas, sociales y psicológicas de un diagnóstico tardío. Es esencial una intervención profesional multidisciplinar que pueda abarcar todos los aspectos de vida de la paciente y así ofrecer los recursos terapéuticos más adecuados a la demanda individual de cada una. (16)

Como en cualquier otra patología física o emocional, resulta más productivo y menos costoso llevar a cabo una adecuada prevención durante el embarazo o los primeros momentos después del nacimiento, que intervenir tardíamente a través del tratamiento. En muchos casos, y dependiendo de los síntomas, la atención resulta onerosa, prolongada y requiere de un gran esfuerzo por parte de la madre, la pareja y los familiares más cercanos. (11)

Justificación

Como apunta la OMS tanto la depresión como la depresión posparto son trastornos mentales crecientes asociados a el ámbito de la Salud Pública, todavía su investigación no acompaña su avance y tal retraso puede afectar el entendimiento de la problemática y comprometer el diagnóstico precoz, las intervenciones profilácticas y terapéuticas importantes para la asistencia multidisciplinar de la mujer insertada en ese contexto.

Los impactos de la depresión posparto son múltiples y afectan todo el contexto biopsicosocial de la mujer, tales como los conflictos familiares, pérdidas laborales, afección en la relación madre-hijo, alteración en el desarrollo del recién nacido, intentos suicidas, violencia doméstica, entre otras son situaciones de riesgo a las cuales las mujeres con ese tipo de trastorno están sometidas, lo que puede ser incrementado por el contexto actual de la pandemia, que aumentó drásticamente la incidencia de los trastornos mentales.

Por medio de la recolección de la lectura bibliográfica, el presente trabajo tiene como propuesta realizar una revisión sistemática del tema y así auxiliar mujeres, familiares y profesionales con informaciones que ayuden en la detección de la sintomatología y en la disminución de los impactos biopsicosociales ocasionados por la depresión posparto, lo que puede disminuir el riesgo del diagnóstico tardío y/o mal tratado.

La detección de los factores de riesgo, la clínica, control prenatal, manejo multidisciplinar son temáticas abordadas en nuestro estudio y son de relevancia para la formulación de estrategias y propuestas más adecuadas de asistencia a ese grupo, no solo a nivel individual sino poblacional.

Objetivos

Analizar las manifestaciones clínicas y sus relaciones con las afectaciones biopsicosociales más prevalentes en las mujeres diagnosticadas con depresión posparto según escala de Edinburgh, Escala SAD PERSONS. Los criterios diagnósticos de acuerdo con el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, cuarta edición (DSM-IV), CIE-10, durante el período 2 de julio 2021 hasta el 10 de marzo del 2022, mediante revisión sistemática.

MATERIALES Y MÉTODOS

La tesis propuesta consistió en una revisión sistemática, de carácter transversal, analítica, exploratoria y retrospectiva, donde se incluyeron los artículos que correspondieron a la terminología MeSH (Medical Sub Headings) destacados, sin fecha límite de publicación.

El diseño de estudio fue del tipo cuanti-cualitativo, producido en el ámbito académico, donde fue realizada una pesquisa de la literatura publicada e indexada en los tres bancos de datos propuestos: Scielo, Google Académico y LILAC.

La población de estudio corresponde a los artículos científicos que estudiaron mujeres diagnosticadas con depresión posparto y que fueran observadas con el fin de entender como la sintomatología de tal trastorno puede afectar e impactar su contexto biopsicosocial.

Fueron establecidos los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

1. Criterios de Inclusión
• Artículos científicos que estudien relación entre depresión posparto y afectaciones biopsicosociales de la mujer.
• Artículos científicos que estudien relación entre depresión posparto y mortalidad de la mujer.

• Artículos científicos que estudien relación entre depresión posparto e intentos o riesgo suicida de la mujer.
• Artículos científicos que estudien la relación entre depresión posparto y calidad de vida de la mujer.
• Estudios sistemáticos con mujeres en el estadio perinatal, puerperal y pos puerperal; con trastornos mentales previos.
• Estudios sistemáticos de diagnóstico diferencial de depresión posparto en mujeres.
• Estudios sistemáticos sobre factores de riesgo de depresión posparto en mujeres.

Tabla 1. Criterios de Inclusión.

2. Criterios de Exclusión
• Estudios sistemáticos que estudien depresión posparto en población de mujeres institucionalizadas en hospitales psiquiátricos.
• Estudios sistemáticos de depresión posparto en mujeres sin intervención interdisciplinaria.
• Estudios sistemáticos de melancolía o baby blues en mujeres en estadio perinatal, puerperal y pos puerperal.
• Artículos científicos que estudien depresión posparto y delito de infanticidio y neonaticidio.
• Artículos científicos que cumpliendo criterios de inclusión no responden al período de búsqueda indicado.
• Artículos incompletos que no estuvieron disponibles en su totalidad, artículos repetidos y que no se asocian los criterios de inclusión.

Tabla 2. Criterios de Exclusión

Para la contemplación de los objetivos del estudio, fueron analizadas las siguientes variables:

1. Resultados sociodemográficos: que fueran subdivididos en edad (variable cuantitativa continua), nivel educativo (variable cualitativa ordinal) y estado civil (variable cualitativa nominal).

2. Manifestaciones Clínicas de la depresión posparto: De acuerdo con el Diagnostico and Statistical Manual of Mental Disorders, 4ª edición (DSM-IV). (Variable cualitativa polinómica)

3. **Índice de mortalidad de la Depresión Posparto:** Con base en la frecuencia del número de defunciones ocurridas en una población, área geográfica, causa y período determinado; según evaluación o análisis desde manuales de salud mental como DSM-IV. (Variable cuantitativa discreta)

4. **Frecuencia de intentos suicidas en la Depresión Posparto:** Evaluación mediante escala de riesgo suicida, por ejemplo: Escala SAD PERSONS. (Variable cualitativa polinómica)

5. **Calidad de vida:** Percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y sistema de valores al que pertenece, según normas, expectativas y metas particulares. Escala QASys o AVACs. (Variable cualitativa polinómica)

El análisis estadístico se realizó con el software Excel: Fueron establecidos gráficos con las variables propuestas para análisis y resultados de los datos.

RESULTADOS

1. Resultados Sociodemográficos

• Edad

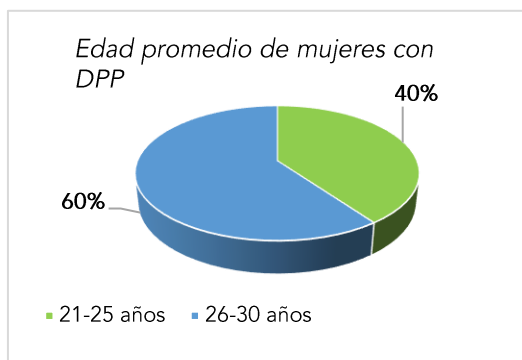


Gráfico 1. Edad promedio de mujeres con DPP

Los 10 artículos que presentaron datos sociodemográficos completos expusieron que la edad promedio de las mujeres participantes de las muestras tenían entre 26-30 años (17,6,18,19,14,15,1,20,21,22), mientras que la edad promedio de dichos datos fue de 25,6 años.

• Nivel educativo

En cuanto al nivel educativo se dispuso lo siguiente (Gráfico 2):

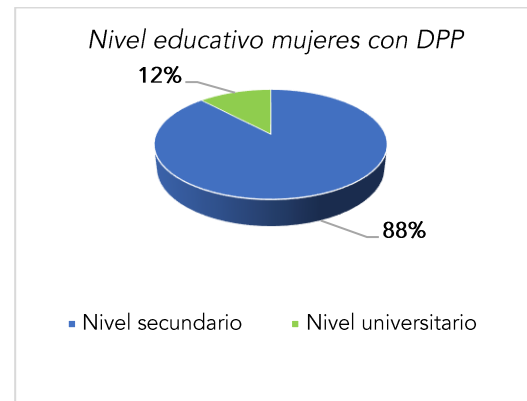


Gráfico 2. Nivel educativo mujeres con DPP

El nivel educativo fue descrito en 8 artículos de 10 que presentaron datos sociodemográficos. De ellos, 7 artículos indicaron que el nivel educativo alcanzado por la mayoría de la muestra participante fue de secundario completo (17,6,18,15,1,20,21), mientras que sólo 1 artículo indicó que la mayoría de la muestra investigada poseía nivel universitario completo (19).

• Estado Civil

En relación con el estado civil, se recopiló lo siguiente (Gráfico 3):

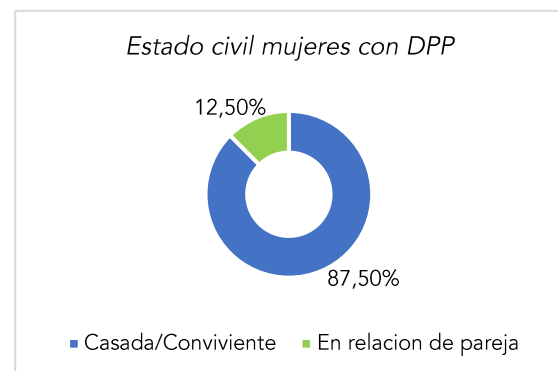


Gráfico 3. Estado civil mujeres con DPP

El estado civil fue expuesto en 8 artículos de 10 que presentaron datos sociodemográficos. Sobre este aspecto, 7 artículos indicaron que la mayoría de las mujeres poseía estado civil casada o conviviente (17,6,18,19,15,1,21), mientras que 1 solo artículo indicó que la mayoría de las mujeres tenían compañero o estaban en relación de pareja (20).

2. Manifestaciones Clínicas de la DPP

Del total de artículos seleccionados, sólo 4 se orientaron a desarrollar la temática de manifestaciones clínicas o sintomatología de la depresión posparto, de las cuales se precisaron los siguientes datos específicos (Gráfico 4).



Gráfico 4. Manifestaciones clínicas de la DPP

Se observó que la prevalencia de sintomatología de depresión posparto en mujeres participantes refirió a fatiga, tristeza, ansiedad y disforia o irritabilidad (15,23,24,25), mientras que otros síntomas de menor predominancia fueron la anhedonia, el trastorno del sueño y sentimientos de culpa (15,23,25). Por su parte, se mencionaron en los artículos seleccionados, la existencia de tendencias suicidas y de elevación de apetito, además de ideas de minusvalía por parte de las mujeres diagnosticadas con depresión posparto, pero dichas manifestaciones resultaron ser infrecuentes o de frecuencia nula (23,24,25).

3. Índice de mortalidad de Depresión Posparto

Los artículos referidos presentaron escaso enfoque con relación al índice de mortalidad de mujeres diagnosticadas con DPP. Apenas dos artículos expusieron los índices de la siguiente manera: (Gráfico 5):

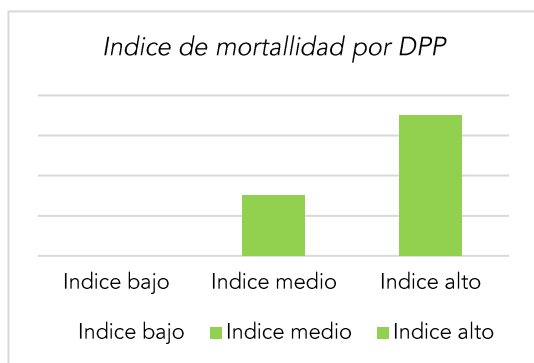


Gráfico 5. Índice de mortalidad por DPP

El resultado referido al índice medio de mortalidad por depresión posparto detalló que la causa de dicho índice se basó en el suicidio, y que la concreción del suicidio fue la cuarta causa de muerte materna (25).

Por su parte, el artículo que estableció un índice alto de mortalidad por depresión posparto especificó que el aumento del índice dependía del nivel de depresión diagnosticado, siendo la depresión mayor el diagnóstico con mayor probabilidad de cometer este acto, y que suponía aumento de morbilidad y mortalidad tanto de madre como de hijo (14). No fueron apuntados datos para la constatación de los bajos índices de mortalidad.

4. Frecuencia de intentos suicidas en la Depresión Posparto

Los artículos orientados a la frecuencia de intentos suicidas se asociaron al enfoque del riesgo suicida y su índice, siendo en total 3 investigaciones referidas específicamente que arrojaron los siguientes datos (Gráfico 6):

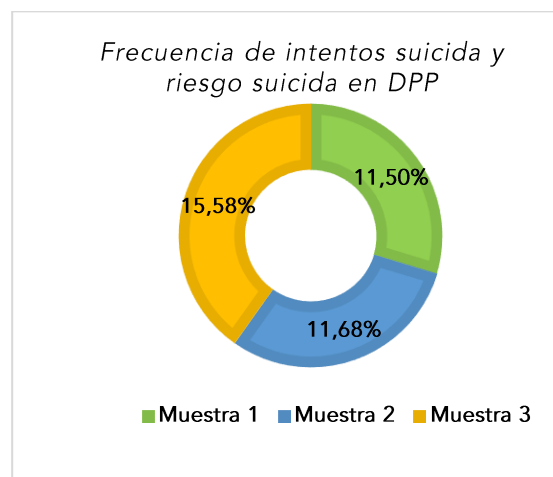


Gráfico 6. Frecuencia de intentos y riesgo suicidas en la DPP.

Las investigaciones que refirieron al intento suicida estimaron muestras de diverso tamaño: Muestra 1 de 919 mujeres 11,50% (27); Muestra 2 de 154 mujeres 11,68% (26); Muestra 321 mujeres 15,58%. Entre las muestras no se establecieron diferencia significativa en el porcentaje de intentos suicidas aún ante la distancia en cantidad de mujeres participantes.

5. Calidad de vida

La calidad de vida fue tratada como temática en escasos artículos, y en las investigaciones seleccionadas no fue evaluada mediante AVAC o QALY, por lo que se indicaron resultados específicamente sobre calidad de vida en la depresión posparto. Tal precisión generó datos de 5 artículos, a saber:

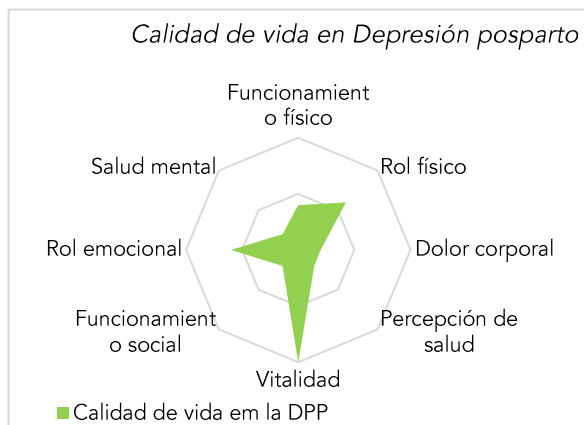


Gráfico 7. Calidad de vida en la DPP

La totalidad de los 5 artículos indicaron que la calidad de vida de las mujeres con diagnóstico de depresión posparto se vio afectada en el aspecto de la vitalidad (28,29,30,31,32), lo cual fue más notorio en muestra donde hubo predominancia de mujeres con hijos pequeños y que estaban casadas (32).

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos denotan la dificultad de profundizar en la temática de las manifestaciones clínicas y las afectaciones biopsicosociales en mujeres con depresión posparto, y en la particularidad de cada aspecto asociado a esta relación. No obstante, se evidencian intenciones de avances en el área de salud mental principalmente por los resultados presentes con relación a las manifestaciones clínicas o sintomatología de la depresión posparto.

Tanto los resultados de la revisión sistemática como una investigación (10) concordaron en que el síntoma de mayor recurrencia es la anhedonia, la disforia o irritabilidad, la tristeza y el sentimiento de culpa (15,23,24,25).

No obstante, se encuentra cierta discordancia en cuanto a otros síntomas como la tendencia y pensamientos suicidas, que emergen ocasionalmente en otros hallazgos (10).

Si bien se menciona en la revisión realizada, a las ideas de minusvalía, los artículos en cuestión no le otorgan relevancia como síntoma predominante (23,24,25), aunque para otro hallazgo, la minusvalía y baja autoestima aumenta la probabilidad de los pensamientos suicidas (10).

En relación con la sintomatología de mayor riesgo, (el suicidio), el índice de mortalidad asociado a la depresión postparto es un aspecto de escasa indagación por investigaciones revisadas. Ante la ausencia de

profundización, los artículos referidos al tema establecen la existencia de índice de mortalidad de consideración en la población de mujeres con el diagnóstico de depresión posparto (14,25), lo cual concuerda con otras investigaciones (5,1). En lo comparativo puede notarse que es el periodo posterior al parto, el momento de mayor tendencia a riesgos suicidas e incluso de frecuencia de intentos suicidas, como lo ha expresado la investigación contrastada entre mujeres embarazadas y mujeres en período perinatal (27).

Aunque estas concordancias refieren el suicidio, como una posible consecuencia de la depresión posparto, desde la revisión sistemática se especifica que esta probabilidad existe ante diagnóstico de depresión mayor, mientras que en otros hallazgos no se destaca esa consideración diagnóstica, sino que se fundamenta la tendencia a ideación suicida y posible mortalidad, a los cambios biológicos y sociopsicológicos de las mujeres en dicho periodo (5,1).

También vale destacar que, el índice de mortalidad por suicidio particularmente es una de las principales causas de muerte de la madre (25) pero también ocasiona mortalidad infantil (14), distinciones que no han podido precisarse estadísticamente en otros hallazgos.

Estos aspectos de preocupación aumentan las investigaciones que se orientan a la prevención de la depresión posparto y a su detección precoz, lo cual también se vale del estudio de la calidad de vida de mujeres con dicho diagnóstico con el objetivo de reconocer las afecciones consecuentes de la DPP.

La calidad de vida, según la revisión sistemática, se encuentra notablemente afectada en términos de falta de energía y vitalidad en el periodo perinatal (28,29,30,31,32), y de manera secundaria se encuentra afección en el rol emocional y físico (28,29,32), pero estos datos no pueden ser constatados con otras investigaciones o autores ya que no se han enfocado los estudios en torno a la calidad de vida ante diagnóstico de DPP.

En el desarrollo de la revisión sistemática se admiten ciertas dificultades metodológicas en torno a la accesibilidad de artículos referidos al tema elegido, lo cual obstaculiza la riqueza de los datos comparados y evidencia la ausencia de estadísticas de precisión de varios aspectos que se pretenden revisar. Como limitaciones notorias, se menciona principalmente la falta de fuentes suficientes para la revisión sistemática, especialmente en relación con

índice de mortalidad y frecuencia de intentos de suicidio en la DPP, además de la ausencia de estudios de calidad de vida mediante escala QALYS o AVAC. En este sentido, la selección de artículos para la revisión sistemática enfrenta cierta restricción en resultados y en conclusiones derivadas del instrumento de revisión.

Ante estos desafíos, surgen igualmente conclusiones que muestran aportes novedosos sobre la temática, enfocados en la identificación de las consecuencias de la depresión posparto en su calidad de vida, y las dificultades que atraviesan las mujeres en período perinatal acorde a los factores psicosociales asociados. Además, se comprende que los causantes de la DPP pueden ser variados, pero, en la emergencia de la enfermedad mental, la sintomatología resulta consistente, independientemente de la amplitud de la muestra estudiada en las investigaciones.

Resulta de importancia destacar que aún es necesaria la indagación de la morbilidad y mortalidad de las mujeres con diagnóstico de DPP puesto que índices al respecto se omiten y las estadísticas son uno de los elementos de prevención e información a la sociedad imperativos. También es de significancia profundizar en los aspectos asociados a los intentos de suicidio en la población de mujeres diagnosticadas con depresión, tanto posparto como durante el embarazo, en consideración que los síntomas de depresión posparto usualmente emergen durante la gestación e incluso pueden presentarse antes del embarazo. Finalmente, se considera de necesidad realizar una revisión precisa de los factores psicosociales que influyen en la DPP, puesto que existe diversos datos que generan contradicciones, y ello es desfavorable para la concreción de modelos preventivos futuros.

CONFLICTOS DE INTERÉS

No se declararon conflictos de interés por parte de la autora, preservando la transparencia de la revisión sistemática realizada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Anelise de Toledo Bonatti et al., «Do Depressive Symptoms among Pregnant Women Assisted in Primary Health Care Services Increase the Risk of Prematurity and Low Birth Weight?», *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 29 (3 de septiembre de 2021), [https://doi.org/10.1590/1518-](https://doi.org/10.1590/1518-8345.4932.3480)

2. Tânia Maria de Araújo, Paloma de Sousa Pinho, y Maura Maria Guimarães de Almeida, «Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico», *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil* 5 (septiembre de 2005): 337-48, <https://doi.org/10.1590/S1519-38292005000300010>.
3. C. S. Brown, «Depression and Anxiety Disorders», *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America* 28, n.o 2 (junio de 2001): 241-68, [https://doi.org/10.1016/s0889-8545\(05\)70199-6](https://doi.org/10.1016/s0889-8545(05)70199-6).
4. David Rincón-Pabón y Robinson Ramírez-Vélez, «Depresión posparto en mujeres colombianas: análisis secundario de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud-2010», *Revista de Salud Pública* 16 (agosto de 2014): 534-46, <https://doi.org/10.15446/rsap.v16n4.40673>.
5. Fredy R. Bermejo-Sánchez et al., «Depresión perinatal en tiempos del COVID-19: rol de las redes sociales en Internet», *Acta Médica Peruana* 37, n.o 1 (enero de 2020): 88-93, <https://doi.org/10.35663/amp.2020.371.913>.
6. Cynthia Inés Paolini, Alicia Juana Oiberman, y Silvia Balzano, «Factores psicosociales asociados a un alto, medio y bajo riesgo de síntomas depresivos en el posparto inmediato», *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil* 12, n.o 1 (marzo de 2012): 65-73, <https://doi.org/10.1590/S1519-38292012000100007>.
7. P. J. González-Castro et al., «Psicosis puerperal. Panorama general sobre su diagnóstico, etiología e interpretación», *Perinatología y Reproducción Humana* 30, n.o 1 (1 de enero de 2016): 24-30, <https://doi.org/10.1016/j.rprh.2016.03.005>.
8. Maria de Lima Salum e Morais et al., «Fatores psicossociais e sociodemográficos associados à depressão pós-parto: Um estudo em hospitais público e privado da cidade de São Paulo, Brasil», *Estudos de Psicologia (Natal)* 20 (marzo de 2015): 40-49, <https://doi.org/10.5935/1678-4669.20150006>.
9. Carla Castañón S y Javier Pinto L, «Mejorando la pesquisa de depresión posparto a través de un instrumento

- de tamizaje, la escala de depresión posparto de Edimburgo», *Revista médica de Chile* 136, n.o 7 (julio de 2008): 851-58, <https://doi.org/10.4067/S0034-98872008000700005>.
10. Angelina Dois Castellón, «Actualizaciones en depresión posparto», *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología* 38, n.o 4 (diciembre de 2012): 0-0.
 11. Erica Medina-Serdán, «Diferencias entre la depresión posparto, la psicosis posparto y la tristeza posparto», *Perinatología y reproducción humana* 27, n.o 3 (enero de 2013): 185-93.
 12. Natalia Villegas Loaiza, Arabela Paniagua Dachner, y Johnny Alejandro Vargas Morales, «Generalidades y diagnóstico de la depresión posparto», *Revista Medica Sinergia* 4, n.o 7 (18 de junio de 2019): e261-e261, <https://doi.org/10.31434/rms.v4i7.261>.
 13. Lilia Cristina et al., «[Multidisciplinary approach to postpartum depression]», *Ginecología y obstetricia de México* 76 (1 de julio de 2008): 341-48.
 14. José Urdaneta M et al., «PREVALENCIA DE DEPRESIÓN POSPARTO EN PRIMIGESTAS Y MULTÍPARAS VALORADAS POR LA ESCALA DE EDIMBURGO», *Revista chilena de obstetricia y ginecología* 75, n.o 5 (2010): 312-20, <https://doi.org/10.4067/S0717-75262010000500007>.
 15. Daniela Romero R et al., «Síntomatología depresiva en el post parto y factores psicosociales asociados», *Revista chilena de obstetricia y ginecología* 82, n.o 2 (abril de 2017): 152-62, <https://doi.org/10.4067/S0717-75262017000200009>.
 16. Clara Burguera Campillo, «Depresión materna y complicaciones biopsicosociales del niño», s. f., 34.
 17. Matilde Lena Luna Matos; Joel Salinas Piélagoll; Antonio Luna Figueroa, «Depresión mayor en embarazadas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú», *Revista Panamericana de Salud Pública* (2008), SciELO, <https://www.scielo.org/article/rpsp/2009.v26n4/310-314/#ModalArticles>
 18. Sánchez-Tapia Fernando R, Ostolaza-Vite Angie R, Peña-López Estefanía A, Ruiz-Grosso Paulo J, Vega-Dienstmaier Johann M. «Frecuencia de tendencias suicidas (suicidalidad) y factores asociados en mujeres durante el primer año posparto». *Rev Neuropsiquiatr* [Internet]. 2017 Jul [citado 2022 Feb 01]; 80(3): 172-180. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972017000300004&lng=es
 19. Coe Calcagni, Soledad, et al., «Salud mental en madres en el período perinatal», *Andes pediátr.*, 92(5): 724-732. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2452-60532021000500724&lng=es.
 20. Oliveira Isabela Cristina Beskow, Silva Rosane Meire Munhak da, Ferreira Helder, Ferrari Rosangela Aparecida Pimenta, Zilly Adriana. INFLUÊNCIA DE FATORES EPIDEMIOLÓGICOS NO SEGUIMENTO E APARECIMENTO DE PROBLEMAS PUERPERAIS. *Rev. baiana enferm.* [Internet]. 2020 [citado 2022 Feb 01]; 34: e35763. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-86502020000100318&lng=pt.
 21. Rafaela Santi Dell'Ossel, Maria Luisa de Oliveira Gregoletto, Cleber Cremonese, Síntomas depressivos em gestantes da atenção básica: prevalência e fatores associados, *ABCS Health Sciences*, DOI: <https://dx.doi.org/10.7322/abcshs.v44i3.1241>
 22. Monteiro Ka, et al. Evidencias de sintomatología depresiva no posparto imediato. *RBCS* [Internet]. 27º de junho de 2018 [citado 1º de fevereiro de 2022];22(4):379-88. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/33808-12>
 23. Vega-Dienstmaier Johann M. Estructura de la sintomatología depresiva en una muestra de mujeres con menos de un año postparto: Structure of the depressive symptomatology in a sample of women with less than 1 year postpartum. *Rev Neuropsiquiatr* [Internet]. 2015 Oct [citado 2022 Feb 01]; 78(4): 221-231. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972015000400005&lng=es.
 24. Melo, Synara Barbosa de et al. Depressive symptoms in postpartum women at Family Health Units. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*

- [online]. 2018, v. 18, n. 1 [Accessed 1 February 2022] , pp. 163-169. Available from: <<https://doi.org/10.1590/1806-93042018000100008>>. ISSN 1806-9304.
25. Caparros-Gonzalez, Rafael A., Romero-Gonzalez, Borja y Peralta-Ramirez, María Isabel Depresión posparto, un problema de salud pública mundial. *Revista Panamericana de Salud Pública* [online]. 2018, v. 42 [Accedido 1 Febrero 2022] , e97. Disponible en: <<https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.97>>.
 26. Gressier F, Guillard V, Cazas O, Falissard B, Glangeaud-Freudenthal NM, Sutter-Dallay AL. Risk factors for suicide attempt in pregnancy and the post-partum period in women with serious mental illnesses. *J Psychiatr Res.* 2017 Jan;84:284-291. doi: 10.1016/j.jpsychires.2016.10.009.
 27. Tavares D, Quevedo L, Jansen K, Souza L, Pinheiro R, Silva R. Prevalence of suicide risk and comorbidities in postpartum women in Pelotas. *Rev Bras Psiquiatr.* 2012; 34(3): 270-6.
 28. Rojas C Graciela, Fritsch M Rosemarie, Solís G Jaime, González A Marcos, Guajardo T Viviana, Araya B Ricardo. Calidad de vida de mujeres deprimidas en el posparto. *Rev. méd. Chile* [Internet]. 2006 Jun [citado 2022 Feb 01] ; 134(6): 713-720. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872006000600006&lng=es.
 29. Dennis CL. Influence of depressive symptomatology on maternal health service utilization and general health. *Arch Women Ment Health* 2004; 7: 183-91.
 30. Markowitz JS, Weissman MM, Ouellette R, Lish JD, Klerman GL. Quality of life in panic disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46: 984-92.
 31. Rojas G, Gaete J, Fritsch R, Rojas M, Araya R. Mujer, depresión y calidad de vida en la atención primaria. *Rev Psiqu Clin* 2002; 39: 36-42.
 32. Canaval, Gladys Eugenia, González, Martha Cecilia, Martínez Schallmoser, Lucy, Tovar, María Clara, Valencia, Celmira, Depresión posparto, apoyo social y calidad de vida en mujeres de Cali, Colombia. *Colombia Médica* [Internet]. 2000;31(1):4-10. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28331102>