

7. Depresión posparto en mujeres atendidas en el Centro de Salud Urbano de Atlixco, Puebla, México



IRVING DANIEL CATALÁN GÓMEZ*

IMELDA SOCORRO HERNÁNDEZ NAVA**

CARLOS ALBERTO CATALÁN GÓMEZ***

YESENIA RAMÍREZ ESPINOBARROS****

JESÚS ALCOCER-CARRANZA*****

MONSERRAT ZACARIAS MARTÍNEZ*****

DOI: <https://doi.org/10.52501/cc.325.07>

Resumen

El puerperio es considerado una etapa importante al término del embarazo, cuyos cambios psicológicos, bioquímicos, hormonales y fisiológicos desencadenan estados de fragilidad psicológica, prevaleciendo mayormente la depresión posparto. Ante esta problemática y el riesgo existente entre el binomio madre e hijo es necesaria la creación de estrategias, herramientas, capacitaciones y protocolos que garanticen un diagnóstico oportuno, a fin de brindar una atención adecuada a través del equipo multidisciplinario. El objetivo es determinar la prevalencia de depresión posparto en mujeres atendidas en el Centro de Salud Urbano de Atlixco, Puebla, México, a través

* Licenciado en Enfermería. Titular estatal de la oficina de Salud Pública de la Asociación Mexicana de Estudiantes de Enfermería en su sede Guerrero, México. ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-6139-0202> ; correo electrónico: danielcatalan0411@gmail.com

** Doctora en Ciencias de Enfermería. Profesora-investigadora de tiempo completo de la Universidad Autónoma de Guerrero, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6718-5367>

*** Doctor en Ciencias de Enfermería. Profesor-investigador de la Universidad Autónoma de Guerrero, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9970-4272>

**** Doctora en Ciencias de Enfermería. Miembro activo del capítulo Tau Alpha de Sigma Theta Tau International en la Universidad Autónoma de Nuevo León, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7877-8689>

***** Maestro en Ciencias de Enfermería. Profesor de asignatura A en la Universidad Autónoma de Nuevo León, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4538-5931>

***** Maestra en Ciencias de Enfermería. Profesora de asignatura en la Universidad Nacional Autónoma de México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7399-5094>

de un estudio correlacional transversal, con una muestra de 46 mujeres de acuerdo al censo proporcionado por el Centro de Salud. Los criterios de inclusión fueron situarse en puerperio inmediato y mediano, así como residir en el municipio de Atlixco. Se utilizó la Escala de depresión posparto de Edimburgo con un alfa de Cronbach de $\alpha = .82$. La captura y análisis de datos fue mediante el programa SPSS Statistics versión 27.0. Para efectos de la investigación se realizó siguiendo los principios bioéticos y la declaración de Helsinki. En los resultados se mostró una prevalencia del 34.8% de mujeres en depresión posparto. La depresión manifestó asociaciones proximales con el grupo de edad ($\chi^2 = 10.644, p = .001$), la escolaridad ($\chi^2 = 8.386, p < .05$), red de apoyo ($\chi^2 = 23.631, p < .001$), violencia intrafamiliar ($\chi^2 = 6.986, p < .05$), problemas familiares ($\chi^2 = 9.583, p < .05$), sentimientos negativos durante el embarazo ($\chi^2 = 25.230, p < .001$), satisfacción corporal después del embarazo ($\chi^2 = 15.352, p < .001$) y el embarazo planeado ($\chi^2 = 11.871, p < .001$). De acuerdo a los datos obtenidos se encontró prevalencia de depresión posparto en las mujeres. Los factores que influyen en el desarrollo de depresión posparto fueron la edad, escolaridad, red de apoyo, violencia intrafamiliar, problemas familiares, sentimientos negativos durante el embarazo, satisfacción corporal después del embarazo y el embarazo no planeado.

Palabras clave: *embarazo, depresión posparto, puerperio.*

Introducción

La depresión es definida como un trastorno que ocasiona una alta tasa de discapacidad en el mundo, más frecuente en mujeres con cifras de 10.4% y 5.4% para hombres. Sin embargo, para las mujeres la brecha es mayor en periodo reproductivo (Rafful et al., 2012). El puerperio es considerado una de las etapas más importantes del término del embarazo por los cambios psicológicos, bioquímicos, hormonales y fisiológicos que atraviesan las mujeres, que desencadenan estados de fragilidad psicológica, siendo el de mayor prevalencia la depresión posparto (Kroska y Stowe, 2020).

La depresión posparto es una alteración patológica del estado anímico que aparece de forma leve a grave en todas las mujeres posterior al parto y hasta

un año después del mismo, se caracteriza por tener efectos a corto, mediano y largo plazo en la madre y el neonato (Stewart y Vigod, 2019).

Aunque su prevalencia no está debidamente definida de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud se estima que a nivel internacional la depresión postnatal es del 13% en países con ingresos altos, mientras que en países con ingresos bajos y medios es del 20%, en los que se calcula que aquellas mujeres embarazadas o con hijos tienden ser tres veces más vulnerables de presentar depresión que en otra etapa de su vida (Instituto Nacional de Salud Pública, 2016). La prevalencia global de depresión posparto en mujeres, realizado en 80 países, indica que una de cada cinco mujeres desarrolla depresión posparto (Wang et al., 2021).

En México, al analizar datos de 7 187 mujeres recabados en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, se mostró una prevalencia del 19.9% en mujeres con al menos un hijo menor de 5 años, es decir, 1 de cada 5 mujeres presentan un cuadro depresivo. El estudio también reportó la distribución de la depresión posparto entre los estados de la república: Ciudad de México, Guerrero e Hidalgo con una prevalencia menor al 15%, mientras que Chihuahua, Nuevo León, Durango, Zacatecas, Querétaro, Estado de México, Morelos, Puebla, Veracruz, Tabasco, Chiapas, Campeche y Yucatán con más del 20% (Instituto Nacional de Salud Pública, 2016).

La construcción de la maternidad generalmente es idealizada por una postura satisfactoria y positiva que ha dificultado el reconocimiento de la depresión posparto y la aceptación del hecho de que muchas madres experimentan emociones contrarias al entusiasmo y goce esperados. Los factores causales o de riesgos son, entre otros, factores estresantes de la vida diaria (conflictos de pareja, eventos estresantes durante el embarazo, situación económica, estado civil), falta de apoyo, resultados obstétricos negativos previos, problemas con la lactancia, edad gestacional, cambios hormonales, privación del sueño y la susceptibilidad genética (Moldenhaver, 2024). Otros factores que pueden incrementar el riesgo son el estrés, tipo de parto (parto por cesárea), paridad (primiparidad) y antecedentes psiquiátricos positivos (Urbanová et al., 2021).

Las manifestaciones que se presentan se relacionan con síntomas psicológicos y alteración de patrones biológicos, entre los que están un estado emocional triste, altos niveles de cansancio, trastornos del sueño, afectación

en el manejo del estrés, sensación de ser incapaz del rol materno, culpabilidad, ansiedad o ataques de pánico e incluso ideación suicida. (Caparros-González et al., 2017).

Esta problemática y el riesgo existente entre el binomio madre e hijo hacen necesaria la creación de estrategias, herramientas, capacitaciones y protocolos que garanticen un diagnóstico oportuno, a fin de brindar una atención adecuada a través del equipo multidisciplinario. Asimismo es necesario poner en marcha políticas públicas para la prevención y atención efectiva, dirigidas principalmente a grupos vulnerables. El presente estudio tiene como objetivo determinar la prevalencia de depresión posparto en mujeres atendidas en el Centro de Salud Urbano de Atlixco, Puebla, México.

Metodología

Para el estudio correlacional transversal, la muestra estuvo conformada por 46 mujeres de acuerdo al censo proporcionado por el Centro de Salud Urbano de Atlixco, Puebla. Los criterios de elegibilidad fueron situarse en un estado de puerperio inmediato y mediano, residir en el municipio de Atlixco, y que aceptaran participar por medio de un consentimiento informado; el criterio de eliminación fueron las encuestas que no se completaron correctamente.

Para el manejo de información se utilizó la Escala de depresión posparto de Edimburgo, la cual tiene una sensibilidad de 90%, especificidad de 82%, valores predictivos positivos de 77% y negativos de 94%, y un alfa de Cronbach de $\alpha = .82$. Dicha escala consiste en 10 ítems en donde a las categorías de las respuestas se les dan puntos de 0, 1, 2 y 3 según el aumento de la gravedad del síntoma. Los puntos para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 se anotan en orden inverso, por ejemplo, 3, 2, 1 y 0. Una puntuación de 10 o más mostraba la probabilidad de una depresión, pero no su gravedad (Cox et al., 1987).

La captura y análisis de los datos fue llevada a cabo por medio del programa IBM SPSS Statistics versión 27.0. El desarrollo de la investigación se realizó siguiendo los principios bioéticos y la declaración de Helsinki.

Resultados

A continuación se muestran los resultados obtenidos conforme a los datos sociodemográficos.

De acuerdo con la edad de los participantes, el 63% se encontraba en adultez. El estado civil el 63% refirió estar en unión libre. En cuanto a la escolaridad, el 47.8% menciona haber concluido el nivel secundaria. En función a la ocupación el 37% señala desempeñarse como empleada. Asimismo, el 67.4% refiere contar con un estatus económico bajo. En relación a su red de apoyo, el 54.3% la consideró como regular. Se cuestionó acerca de la violencia intrafamiliar, en donde el 78.3% señaló no vivirla; cabe destacar que el 50% indicó tener problemas familiares. Al indagar el consumo de alcohol, el 82.6% mencionó no consumir; en relación del tabaco, el 95.7% no lo consume (tabla 1)

Tabla 1. *Características sociodemográficas*

	<i>f</i>	%
Grupo de edad		
Adolescencia	17	37.0
Adultez	29	63.0
Estado civil		
Soltera	4	8.7
Unión libre	29	63.0
Casada	23	28.3
Escolaridad		
Primaria	2	4.3
Secundaria	22	47.8
Preparatoria	14	30.4
Universidad	8	17.4
Ocupación		
Hogar	13	28.3
Empleada	17	37.0
Desempleada	1	2.2
Profesionista	8	17.4
Estudiante	7	15.2

Estatus económico		
Bajo	31	67.4
Medio	15	32.6
Red de apoyo		
Buena	7	15.2
Regular	25	54.3
Mala	14	30.4
Violencia intrafamiliar		
Sí	10	21.7
No	36	78.3
Problemas familiares		
Sí	23	50.0
No	23	50.0
Alcoholismo		
Sí	8	17.4
No	38	82.6
Tabaquismo		
Sí	2	4.3
No	44	95.7

Nota: f = frecuencia, % = porcentaje.
Fuente: elaboración propia con datos obtenidos de la aplicación de encuesta, 2024.

Seguidamente se describen factores relacionados al embarazo de los participantes.

En cuanto a la paridad, el 58.7% mencionó ser primigesta. Al explorar acerca de la posición de las entrevistadas, el 56.5% refirió no presentar sentimientos negativos durante el embarazo. El 54.3% indicó estar insatisfecha con su cuerpo después del embarazo. Al cuestionar acerca de la planeación de su embarazo, el 67.4% comentó no haberlo estado. El 87.0% señaló tener antecedentes de abortos, mientras que el 87.0% no presentó distocias previas o durante el parto. El total de la muestra mencionó no haber tenido ninguna complicación con el recién nacido al momento del nacimiento (tabla 2).

Tabla 2. Factores relacionados al embarazo de la mujer.

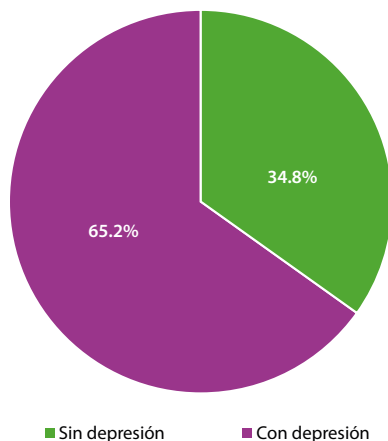
	<i>f</i>	%
Paridad		
Primigesta	27	58.7
Multigesta	19	41.3
Sentimientos negativos durante el embarazo		
Sí	20	43.5
No	26	56.5
Satisfacción corporal después del embarazo		
Sí	21	45.7
No	25	54.3
Embarazo planeado		
Sí	15	32.6
No	31	67.4
Antecedentes de aborto		
Sí	6	13.0
No	40	87.0
Distocias previas o durante el parto		
Sí	4	13.0
No	42	87.0
Complicaciones con el recién nacido (condiciones, enfermedades, etc.)		
No	46	100.0

Nota: *f* = frecuencia, % = porcentaje.

Fuente: elaboración propia con datos obtenidos de la aplicación de encuesta, 2024.

A continuación se describen los resultados en conformidad a la presencia de depresión posparto de acuerdo a la escala de Edimburgo, en donde el 65.2% se mostró sin depresión (ver gráfica 1).

Gráfica 1. Resultados de la escala de depresión posparto de Edimburgo



Fuente: elaboración propia con datos obtenidos de la aplicación de escala "Depresión posparto de Edimburgo" (2024):

A continuación se describen las asociaciones proximales entre los resultados obtenidos de la escala de depresión posparto de Edimburgo y las características sociodemográficas.

A través de una prueba de chi-cuadrado se logró identificar la asociación con la variable del grupo de edad ($\chi^2 = 10.644$, $p = .001$) lo cual indica que a mayor edad los niveles de depresión son menores. En cuanto a la escolaridad de las participantes se encontró una correlación de ($\chi^2 = 8.386$, $p < .05$), lo que muestra que a mayor grado de escolaridad los niveles de depresión también son menores. Respecto a la red de apoyo se encontró una asociación significativa de ($\chi^2 = 23.631$, $p < .001$), lo que sugiere que aquellas personas que demostraron niveles de depresión tuvieron una red de apoyo mala, mientras que los que no manifestaron depresión tuvieron una red entre buena o regular. Conforme a la violencia intrafamiliar se mostró un valor de ($\chi^2 = 6.986$, $p < .05$), aludiendo que al existir violencia en la familia los niveles de depresión son mayores.

De acuerdo con la variable que refiere a los problemas familiares se tuvo una asociación de ($\chi^2 = 9.583$, $p < .05$), identificando que aquellos que reportaron problemas familiares evidenciaron síntomas depresivos (tabla 3).

Tabla 3. *Asociaciones proximales entre los resultados de la escala de depresión posparto de Edimburgo y las características sociodemográficas*

	χ^2	p
Grupo de edad	10.644	-.001
Estado civil	3.121	.210
Escolaridad	8.386	.039
Estatus económico	.646	.421
Red de apoyo	23.631	< .001
Violencia intrafamiliar	6.986	.008
Problemas familiares	9.583	.002
Alcoholismo	2.120	.145
Tabaquismo	1.115	.291

Nota: χ^2 = valor de chi-cuadrado, p = valor de significancia.

Fuente: elaboración propia con datos obtenidos de la aplicación de encuesta, 2024.

Del mismo modo, se presentan las asociaciones proximales entre los resultados obtenidos de la escala de depresión posparto de Edimburgo y los factores relacionados al embarazo de las participantes.

Se identificó una asociación significativa de la variable de sentimientos negativos durante el embarazo ($\chi^2 = 25.230$, $p < .001$), lo cual expone que aquellas que reportan sentimientos negativos experimentaron depresión. En cuanto a la satisfacción corporal después del embarazo se mostró un valor de ($\chi^2 = 15.352$, $p < .001$), lo que muestra que aquellas que indicaron sentirse insatisfechas con su imagen corporal percibieron depresión. Respecto a la variable de embarazo planeado se mostró una asociación de ($\chi^2 = 11.871$, $p < .001$), lo cual expone que aquellas que señalaron no haber planeado su embarazo muestran mayores niveles de depresión (tabla 4).

Tabla 4. *Asociaciones proximales entre los resultados de la escala de depresión posparto de Edimburgo y factores relacionados al embarazo de la mujer*

	<i>x</i> ²	<i>p</i>
Paridad	.146	.702
Sentimientos negativos durante el embarazo	25.230	< .001
Satisfacción corporal después del embarazo	15.352	< .001
Embarazo planeado	11.871	< .001
Antecedentes de aborto	3.092	.079
Distocias previas o durante el parto	.447	.504

Nota: *x*² = valor de chi-cuadrado, *p* = valor de significancia.
Fuente: elaboración propia con datos obtenidos de la aplicación de encuesta, 2024.

Discusión

De acuerdo con los resultados se mostraron relevantes los datos del grupo de edad y la escolaridad de las participantes, lo que indica que entre mayor sea la edad y educación mayores son las capacidades de resiliencia en cuanto a la depresión. Esto coincide con Kariuki (2022), quien destaca en su estudio la importancia del nivel educativo e indica que las adolescentes con educación secundaria o mayor tenían menor probabilidad de desarrollar DPP, a diferencia de quienes tenían un nivel académico inferior. Romero et al. (2017) también resaltan que tener mayor grado de escolaridad puede convertirse en un factor protector en contra de la depresión posparto. Por el contrario, un bajo nivel de escolaridad se ha asociado con depresión prenatal, lo que a su vez puede explicarse por su relación con el bajo nivel adquisitivo o de empleos poco remunerados.

Por otro lado, llamó la atención que la mayoría de las encuestadas señalaron tener una mala red de apoyo y fueron estas mismas quienes se distinguían por tener mayor depresión, lo que indica la importancia que tiene el apoyo de la pareja y la familia en el desarrollo del embarazo y puerperio. Esto es congruente con Vallecampo (2021), quien expone que contar con redes de apoyo sólidas durante el embarazo y puerperio es un factor protector significativo para el desarrollo de la enfermedad. Asimismo, Adeyemo et al. (2020) establecen como factor de riesgo psicosocial la ausencia

de apoyo por parte de la pareja después del parto como principal predictor de la depresión posparto, con más del doble de probabilidades de desarrollarla en comparación con de quienes sí recibieron ayuda.

En relación con lo anterior, la presencia de los problemas y violencia intrafamiliar en su mayoría eran factor clave para desarrollar depresión, lo cual manifiesta la importancia del medio en el que se desarrolla, ya que fortalece o deprime el área psicosocial y biológica de la madre; de igual manera, Míguez y Vázquez (2021) mencionan que los problemas familiares tuvieron una sólida significación estadística como claros factores de riesgo de depresión posparto. También De la Orta (2018) concluye que los principales factores de riesgo que contribuyen al desarrollo de DPP son los psicosociales como embarazo no deseado, antecedentes de depresión y violencia intrafamiliar. Un hallazgo relevante de Tachibana et al. (2015) fue la percepción de falta de cohesión familiar como un importante factor de riesgo psicosocial para la depresión.

Otros datos que mostraron mucha relevancia fueron los sentimientos negativos durante el embarazo y su relación con la falta de planeación de este, lo que puede referir a la falta de preparación psicológica y socioeconómica para esta etapa. Por su parte, Fiala et al. (2017) exponen la presencia de sentimientos de infelicidad relacionados al embarazo. Del mismo modo, Kikuchi et al. (2021) señalan que los sentimientos negativos y la percepción de un embarazo no intencional están estrechamente ligados a un mayor riesgo de desarrollar síntomas depresivos durante el periodo posparto. Al respecto, Walker et al. (2021) mencionan que las mujeres que experimentan emociones negativas relacionadas con su embarazo o que perciben su embarazo como no planeado pueden enfrentar desafíos adicionales en su bienestar emocional durante el periodo posparto.

En último lugar, al explorar la satisfacción corporal después del embarazo la mayoría mencionó estar en desacuerdo con su imagen y fueron ellas mismas quienes mostraron depresión, es de gran importancia el rol que juega la salud mental tras este proceso fisiológico; lo que coincide con Chan et al. (2020), quien refiere a la gestación como un periodo vulnerable en relación con las emociones y el cuerpo, tiene como factor común la insatisfacción corporal, esto provoca sentimientos negativos que podrían volverse patológicos. A su vez, Micanti (2017) lo manifiesta como un proceso complejo, en el que

la mujer experimenta cambios tanto físicos como a nivel psicológico (falta de autoestima, desmotivación, ansiedad, depresión y estrés).

Conclusión

A través del presente estudio se encontró la prevalencia de depresión posparto en las mujeres. Los factores sociodemográficos que mostraron mayor relevancia fueron el grupo de edad, nivel de escolaridad, la red de apoyo, violencia intrafamiliar y problemas familiares. Aunado a ello, los factores propios del embarazo como lo fueron los sentimientos negativos al embarazo, embarazo no deseado y satisfacción corporal en el puerperio. Ante este panorama se expone la necesidad de implementar estrategias que brinden acompañamiento en el embarazo, parto y puerperio, enfatizando las herramientas necesarias para el personal de salud que permitan un diagnóstico oportuno de factores que contribuyan al desarrollo de depresión posparto. Al mismo tiempo, señala la necesidad de implementar y reforzar políticas públicas que garanticen el bienestar psicosocial, la educación y el acceso a programas de salud sexual y reproductiva, dirigidas prioritariamente a grupos vulnerables.

Referencias

- Adeyemo, E. O., Oluwole, E. O., Kanma-Okafor, O. J., Izuka, O. M. y Odeyemi, K. A. (2020). Prevalence and predictors of postpartum depression among postnatal women in Lagos, Nigeria. *African Health Sciences*; 20(4). <https://doi.org/10.4314/AHS.V20I4.53>
- Caparros Gonzalez R. A., Romero-Gonzalez B. y Peralta-Ramirez, M. I. (2018). Depresión posparto, un problema de salud pública mundial. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42.
- Caparros-Gonzalez, R., Romero-Gonzalez, B., Strivens-Vilchez, H., Gonzalez-Perez, R., Martinez-Augustin, O. y Peralta-Ramirez, M. I. (2017). Hair cortisol levels, psychological stress and psychopathological symptoms as predictors of postpartum depression. *PloS one*, 12(8).
- Chan, C. Y., Lee, A. M., Koh, Y. W., Lam, S. K., Lee, C. P., Leung, K. Y. y Tang, C. S. K. (2020). Associations of body dissatisfaction with anxiety and depression in the pregnancy and postpartum periods: A longitudinal study. *Journal of affective disorders*, 263, 582-592.

- Cox, J. L., Holden, M. J y Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 150, 782–786. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3651732/>
- De la Orta, M. (2018). Factores psicosociales que intervienen en el desarrollo de la depresión post parto en usuarias de 16 a 24 años atendidas en el Centro de Salud No. 3. *Elsevier*, 6(3).
- Fiala, A., Švancara, J., Klánová, J. y Kašpárek, T. (2017). Sociodemographic and delivery risk factors for developing postpartum depression in a sample of 3233 mothers from the Czech ELSPAC study. *BMC Psychiatry*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/S12888-017-1261-Y/TABLES/7>
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2016). *Analizan la depresión posparto y la depresión materna en México*. Secretaría de Salud. <https://www.insp.mx/avisos/4137-depresion-posparto-mx.html>
- Kariuki, K., Kuria, M. W., Were, F. N. y Ndeti, D. M. (2022). Predictors of postnatal depression in the slums Nairobi, Kenya: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 22(242). <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03885-4>
- Kikuchi, S., Murakami, K., Obara, T., Ishikuro, M., Ueno, F., Noda, A., Onuma, T., Kobayashi, N., Sugawara, J., Yamamoto, M., Yaegashi, N., Kuriyama, S. y Tomita, H. (2021). One-year trajectories of postpartum depressive symptoms and associated psychosocial factors: findings from the Tohoku Medical Megabank Project Birth and Three-Generation Cohort Study. *Journal of Affective Disorders*, 295, 632-638. <https://doi.org/10.1016/J.JAD.2021.08.118>
- Kroska, E. y Stowe, Z. (2020). Postpartum Depression: Identification and Treatment in the Clinic Setting. *Obstet Gynecol Clin North Am*, 47(3), 409–19.
- Micanti, F., Iasevoli, F., Cucciniello, C., Costabile, R., Loiarro, G. y Pecoraro, G. (2017). The relationship between emotional regulation and eating behaviour: a multidimensional analysis of obesity psychopathology. *Eat Weight Disord*, 22(1), 105-115.
- Míguez, M. y Vázquez, M. (2021). Risk factors for antenatal depression: A review. *World J Psychiatry*, 11(7), 325-336. doi:10.5498/wjp.v11.i7.325
- Moldenhauer, J. S. (2024). *Depresión posparto*. Manual MSD. <https://www.msdmanuals.com/es/professional/ginecología-y-obstetricia/atención-posparto-y-trastornos-asociados/depresión-posparto?query=depresión%20posparto>
- Rafful, C., Medina-Mora, M. E., Borges, G., Benjet, C. y Orozco, R. (2012). Depression, gender and the treatment gap in Mexico. *Journal of affective disorders*, 138(1-2), 165-169.
- Romero R, Daniela, Orozco R, Luz Adriana, Ybarra S, José Luis, & Gracia R, Blanca Irene. (2017). Sintomatología depresiva en el post parto y factores psicosociales asociados. *Revista chilena de obstetricia y ginecologia*, 82(2), 152-162. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262017000200009>
- Stewart, D. E., y Vigod, S. N. (2019). Postpartum depression: pathophysiology, treatment, and emerging therapeutics. *Annual review of medicine*, 70, 183-196. <https://doi.org/10.1146/annurev-med-041217>

- Tachibana, Y., Koizumi, T., Takehara, K., Kakee, N., Tsujii, H., Mori, R., Inoue, E., Ota, E., Yoshida, K., Kasai, K., Okuyama, M. y Kubo, T. (2015). Antenatal Risk Factors of Postpartum Depression at 20 Weeks Gestation in a Japanese Sample: Psychosocial Perspectives from a Cohort Study in Tokyo. *PLoS ONE*, 10(12). <https://doi.org/10.1371/JOURN.PONE.0142410>
- Urbanová, E., Škodová, Z. y Bašková, M. (2021). The association between birth satisfaction and the risk of postpartum depression. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(19). <https://doi.org/10.3390/ijerph181910458>
- Vallecampo, A. (2021). Relación entre riesgo y factores asociados a depresión postparto del puerperio inmediato de mujeres con bajo riesgo obstétrico. *Crea ciencia*, 4(1), 12-24. <https://doi.org/10.5377/creaciencia.v14i1.13200>
- Walker, A. L., de Rooij, S. R., Dimitrova, M. V., Witteveen, A. B., Verhoeven, C. J., de Jonge, A., Vrijkotte, T. G. M. y Henrichs, J. (2021). Psychosocial and peripartum determinants of postpartum depression: Findings from a prospective population-based cohort. The ABCD study. *Comprehensive Psychiatry*, 108. <https://doi.org/10.1016/J.COMPPSYCH.2021.152239>
- Wang, Z., Liu, J., Shuai, H., Cai, Z., Fu, X., Liu, Y., Xiao, X., Zhang, W., Krabbendam, E., Liu, S., Liu, Z., Li, Z., & Yang, B. X. (2021). Mapping global prevalence of depression among postpartum women. *Translational psychiatry*, 11(1), 543. <https://doi.org/10.1038/s41398-021-01692-1>