

# Relación entre depresión postparto y funcionalidad familiar en la unidad médica familiar 01 Puebla

Ruiz Pérez Yolanda<sup>1</sup>, Morgado Hernández Victoria<sup>1</sup>, Méndez Fernández Elizabeth<sup>1</sup>, Sánchez Salmerón Vianey<sup>2</sup>, Vázquez Cruz Eduardo<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Unidad de Medicina Familiar 01, Puebla

<sup>2</sup> Unidad de medicina familiar 12, Puebla

## Resumen

Durante el embarazo y puerperio hay cambios físicos, bioquímicos, psicológicos y sociales secundarios a alteraciones hormonales que afectan los ejes hipotálamo-hipófisis-adrenal y gonadal de las madres. Del total de mujeres con depresión postparto, el 30-50% permanecen con depresión más allá del año postparto, estas coinciden con el periodo más vulnerable del neurodesarrollo infantil. Se identificó la relación entre depresión postparto y funcionalidad familiar a través de un estudio observacional, prospectivo, transversal, unicéntrico, homodémico, realizado en la UMF1 Puebla de diciembre 2021 a junio 2022 en una muestra de 115 mujeres que cumplieron criterios de inclusión; se les aplicó 3 instrumentos: Datos generales, Escala de depresión postnatal de Edimburgo, Escala de FACES III; para su análisis se utilizó medidas de tendencia central y dispersión para variables numéricas, utilizando el programa SPSS V23; al asociar las variables depresión postparto y funcionalidad familiar por medio de la prueba estadística  $\chi^2$ , se encontró una  $\chi^2$  0.574a y un valor de p 0.449.

Resultados: El objetivo de este estudio fue relacionar la depresión postparto, funcionalidad familiar y diferentes variables ligadas al puerperio. Se detectó depresión postparto en 28.69% (n=33), de las cuales el 48.38% (n=15), pertenecían a familias funcionales, 36.84% (n=14) a familias moderadamente disfuncionales y 30.76% (n=4) severamente disfuncionales, siendo frecuente en familias funcionales, además, una de cada dos mujeres con depresión postparto tenía estudios universitarios.

Conclusión: bajo las condiciones del estudio, no se encuentra relación estadística significativa entre depresión postparto y funcionalidad familiar, rechazando la hipótesis alterna y aceptando la hipótesis nula.

## Abstract

During pregnancy and the postpartum period there are physical, biochemical, psychological, and social changes secondary to hormonal alterations that affect the hypothalamic-pituitary-adrenal and gonadal axes of the mothers. Of the total number of women with postpartum depression, 30-50% remain depressed beyond the year postpartum, which coincides with the most vulnerable period of childhood neurodevelopment. The relationship between postpartum depression and family functionality was identified through an observational, prospective, cross-sectional, single-center, homodemic study, carried out at the UMF1 Puebla from December 2021 to June 2022 in a sample of 115 women who met inclusion criteria; 3 instruments were applied: General data, Edinburgh Postnatal Depression Scale, FACES III Scale; For its analysis, measures of central tendency and dispersion were used for numerical variables, using the SPSS V23 program; When associating the variables postpartum depression and family functionality through the  $\chi^2$  statistical test, a  $\chi^2$  0.574a and a p value 0.449 were found. Results: The objective of this study was to relate postpartum depression, family functionality and different variables linked to the puerperium. Postpartum depression was detected in 28.69% (n=33), of which 48.38% (n=15) belonged to functional families, 36.84% (n=14) to moderately dysfunctional families and 30.76% (n=4) severely dysfunctional, being common in functional families, in addition, one in two women with postpartum depression had university studies.

Conclusion: under the conditions of the study, there is no significant statistical relationship between postpartum depression and family functionality, rejecting the alternative hypothesis and accepting the null hypothesis.

**Palabras Clave:** Depresión, postparto y familia

**Keywords:** Postpartum, depression and family

## 1. INTRODUCCIÓN

El parto generalmente se asocia con felicidad, sin embargo, para algunas mujeres, el nacimiento puede ser un detonante para experimentar tristeza y ansiedad, ya que el embarazo y el puerperio implican muchos cambios

físicos, hormonales, psicológicos y sociales secundarios a alteraciones de las hormonas adrenales, placentarias, sexuales y peptídicas que alteran los ejes hipotalámico pituitario adrenal e hipotalámico pituitario gonadal de las madres que pueden tener un impacto directo en la salud mental, afectando tanto a la madre como a su entorno familiar.

La familia es donde se dan las condiciones para el desarrollo de la personalidad, favorable y sano ó por el contrario, el foco principal de sus trastornos emocionales; un funcionamiento familiar saludable es aquel que le posibilita a la familia cumplir exitosamente con los objetivos y funciones que le están socialmente asignados. El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales-5 (DSM-5, 2013) define como depresión postparto al trastorno depresivo mayor sin síntomas psicóticos, con el inicio de su más reciente episodio que ocurre durante el embarazo (prenatal) o dentro de las cuatro semanas después del parto (postnatal). Sin embargo, la investigación existente y los estudios epidemiológicos recomiendan la extensión del período posparto hasta 12 meses después del parto (Wisner et al., 2013; Woody et al., 2017), la denominación posparto sigue siendo válida y debe conservarse con independencia de su inicio.

La depresión es actualmente el trastorno mental más frecuente durante el embarazo y el puerperio, pero la mayoría no son diagnosticadas ni tratadas adecuadamente a pesar de que esta tiene efectos adversos significativos en la salud tanto de la madre como de sus hijos y de la familia.

La incidencia a nivel mundial es del 15%, entre un 3% y 6% de las mujeres experimentarán el inicio de un episodio de depresión mayor en el periparto; la prevalencia de la depresión posparto oscila entre el 10% y el 15%, con un rango entre 30 a 200 casos por cada 1000 nacimientos, pero puede llegar hasta el 30% según los criterios utilizados para el diagnóstico; en primíparas la incidencia puede ser aún mayor (12 a 25%) y en algunos grupos de riesgo puede llegar al 35%; la OMS afirma que en países en desarrollo del 20 a 40% de mujeres padecen depresión durante el embarazo o postparto. En México se han reportado una prevalencia de 21.7% de sintomatología depresiva en el último trimestre de gestación.

Las madres que presentan depresión pueden tener síntomas similares a los de una depresión mayor, con síntomas que se presentan la mayor parte del día observando un deterioro anímico durante al menos dos semanas, manifiestan un sentimiento persistente de tristeza, pérdida de interés, cambios en el apetito, alteraciones del sueño, pérdida o falta de energía para cuidar de sí mismas y para cuidar a sus hijos pequeños, alteraciones neurocognitivas, pérdida de confianza y de autoestima, angustia, labilidad emotiva y tendencia al llanto, suelen presentar ideas de culpa, de insuficiencia (“no sirvo para ser mamá”), la depresión posparto tiene un impacto negativo a largo plazo en las madres y es un fuerte predictor de suicidio después del parto. Es difícil diferenciar el posparto normal de la depresión postparto ya que en el puerperio normal se pueden encontrar cambios en el patrón de sueño, apetito, libido, fatiga y preocupaciones diversas, los cuales también pueden encontrarse en la depresión, por lo que la depresión posparto es habitualmente subdiagnosticada a pesar de que su prevalencia supera a otras patologías obstétricas tales como preeclampsia, parto prematuro y diabetes gestacional, entre otras entidades (Jadresic et al. 2017).

Los trastornos que pueden ocurrir en el periodo perinatal y postparto son:

- Disforia postparto o Baby Blues, es un trastorno leve, autolimitado, no altera el funcionamiento de la madre, se presenta entre el 50 y 80% de las puérperas, se presenta a consecuencia de cambios hormonales, psicológicos y sociales; inicia de forma súbita e inesperada entre los dos y cuatro días después del parto, se prolonga sólo algunas horas hasta tres semanas postparto, se caracteriza por

presentar fatiga, tendencia al llanto, ansiedad, ánimo depresivo, pobre percepción del rol materno, afectando la rutina diaria y el cuidado del bebé. No requiere tratamiento.

- Depresión postparto, oscila entre 10 al 15% en mujeres durante los primeros 6 meses después del parto, sin tratamiento tiende a la cronicidad, no se autolimita.
- Psicosis postparto tiene una incidencia de 0.1 a 0.2%, inicia en las primeras semanas después del parto con duración de dos o tres meses. Más común en primíparas, tiene 90% de probabilidad de recidiva después de nuevos partos. 50% son psicosis depresivas, 20-40% son manías o trastornos esquizoafectivos y solo 10-16% esquizofrenia. Comienza después de un período de latencia asintomático, 2 ó 3 días después del parto se desarrolla un cuadro clínico cambiante. Los desenlaces más temidos incluyen el suicidio y filicidio, que habitualmente están más asociados a la ausencia de tratamiento, se considera una emergencia psiquiátrica. La psicosis postparto debuta con esquizofrenia y trastorno bipolar; los hijos de las madres afectadas tienen probabilidades de padecer problemas emocionales, de comportamiento y psicológicos, así como retrasos en el desarrollo cognitivo y del lenguaje; el infanticidio se asocia la mayoría de las veces a episodios psicóticos posparto que se caracterizan por alucinaciones que ordenan matar al niño o delirios de que el niño está poseído; la salud mental del niño puede verse alterada a corto mediano o largo plazo.

En base a los trastornos aquí descritos, para detectar la depresión es necesario realizar un cribado sistemático de los síntomas durante el embarazo y especialmente durante las primeras semanas tras el parto, en particular en mujeres con factores de riesgo. La detección suele basarse en la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo.

Actualmente en la atención del puerperio mediano y tardío el personal de salud debe proporcionar dos consultas, la inicial dentro de los primeros 15 días y la segunda al final del puerperio, se debe vigilar la involución uterina, los loquios, la presión arterial, la frecuencia cardíaca y la temperatura tan frecuente como sea necesario para prevenir y detectar complicaciones en este periodo; además se debe proporcionar información completa a la madre y a su pareja, sobre los cuidados del recién nacido, el cuadro de inmunizaciones, lactancia materna exclusiva, nutrición de la madre, sin embargo, no se incluye la detección oportuna del estado emocional de la madre. Para ello, durante una visita al consultorio, los médicos deben implementar un enfoque sensible y escuchar a las madres tanto como sea posible; de esta forma podrán detectar cualquier síntoma de salud mental.

Por lo tanto, sería adecuado enseñar a todas las madres a reconocer los síntomas de la depresión posparto y preguntarles sobre la presencia de síntomas que puedan ser causados por la depresión, antes y después del parto. Con estas acciones lo más probable es que se obtengan los mejores resultados posibles mediante una identificación y manejo temprano de la depresión posparto en las primeras semanas.

## 2. METODOLOGÍA

Participantes del estudio: Se incluyeron mujeres que cursaban dentro del primer año postparto que tenían entre 12 a 40 años.

Métodos de cuestionario: El estudio fue aprobado por SIRELCIS, antes de que comenzara la recopilación de datos mediante cuestionarios, las cuales se aplicaron de forma no aleatoria. Se supuso que algunos participantes podrían preferir el anonimato de este método debido a la sensibilidad del tema. La introducción del cuestionario señalaba que la participación era voluntaria y podía suspenderse en cualquier momento.

Procedimiento: Este fue un estudio observacional, descriptivo, transversal, unicéntrico, homodémico, que utilizó un muestreo intencional calculada con formula finita.

Los síntomas de depresión se midieron utilizando la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (Cox et al., 1987) es una encuesta auto aplicable, diseñada específicamente para detectar síntomas depresivos en mujeres que hayan dado a luz recientemente. en México se determinó una sensibilidad del 90%, especificidad del 82% y valores predictivos positivos de 77% y negativos de 94%, con una consistencia interna en mujeres mexicanas, Alfa de Cronbach Subgrupo de pacientes puérperas 0.88 Subgrupo de pacientes embarazadas 0.84 Global 0.86 (Oquendo CM et al. 2008). Este instrumento consta de 10 ítems con cuatro opciones de respuestacada uno; las opciones tienen un puntaje que varía de 0 a 3 puntos, de acuerdo con la severidad de los síntomas, de modo que al final de la prueba, el puntaje varía entre 0 a 30 puntos. La depresión clínica probable se calculó utilizando un punto de corte de 10 en el postparto (Krauskopf V et al. 2020).

La funcionalidad familiar se midió utilizando la escala de Evaluación de la Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III) de Olson et al. El estudio actual utilizó el formato original con fiabilidad en su versión en el español que se habla en México, cuenta con un coeficiente de fiabilidad alfa de Cronbach de 0.70 (Ponce Rosas et al México 2002) la cual consta de 20 preguntas planteadas como actitudes; los ítems se calificaron en una escala Likert de 1-5 puntos, las puntuaciones totales de este cuestionario oscilaron entre 10 a 50; posteriormente, se utilizó el baremo, para identificar los valores aproximados tanto de cohesión y adaptabilidad para obtener el tipo de familia, el resultado de esta operación nos permitió ubicarnos en la columna de las 3 posibles categorías de tipo de familia; balanceada, de rango medio o extrema.

Se recopilaron datos demográficos y obstétricos sobre edad, educación, estado civil, gestas, edad del bebe, ocupación, También se recopiló información sobre antecedentes de trastornos psiquiátricos personales y familiares.

## 2.1 Análisis de los datos

Se realizo análisis univariado de las variables de investigación, con medidas de tendencia central y dispersión para las variables numéricas y medición de frecuencias para las variables categóricas mediante el programa SPSS v23. Para el análisis bivariado se realizó chi cuadrada y prueba exacta de Fisher.

## 2.2 Estadísticas descriptivas

Los datos se recogieron entre diciembre del 2021 a junio del 2022, El presente estudio se realizó en la unidad de Medicina Familiar número 1 de la ciudad de Puebla de Zaragoza. De quienes completaron los cuestionarios, excluimos a las mujeres que no cumplieron con los criterios de inclusión, principalmente aquellas que informaron haber tenido su bebé más de un año antes del inicio de la encuesta. Por tanto, se incluyeron a 115 mujeres que cursaban dentro del primer año postparto que tenían entre 12 a 40 años, que aceptaron participar, bajo firma de hoja de consentimiento, pertenecientes a la UMF 1 como área de adscripción y utilizando una puntuación de 10 como punto de corte según la escala de depresión postnatal de Edimburgo.

## 3. RESULTADOS

Se detectó depresión postparto en el 28.69% (n=33).

Al intentar relacionar las variables depresión postparto y funcionalidad familiar por medio de la prueba estadística  $\chi^2$ , se encontró una  $\chi^2$  de 0.574a y un valor de p de 0.449 no encontrando relación estadística significativa.

Con relación a la edad en las mujeres que presentaron depresión postparto la media fue de 28.48, DE 6.08 y se obtuvo una mínima de 18 y una máxima de 40.

La frecuencia entre la ocupación dentro y fuera de casa en mujeres con depresión postparto es similar, encontrando a amas de casa en el 13.04 % (n=15) y en mujeres que trabajan fuera de casa en el 15.65% (n=18).

De las mujeres con depresión postparto que trabajan fuera de casa se observó una mayor frecuencia en mujeres empleadas en un 16.07% (n=9), seguida de mujeres autoempleadas en un 12.50% (n=7) y por último en estudiantes en un 3.57% (n=2).

En las mujeres con depresión postparto se observó que el 24.35% (n=28) tenían pareja, comparado con las mujeres sin pareja que correspondían al 4.34% (n=5).

Respecto a la escolaridad, del total de mujeres con depresión postparto 1 de cada 2 mujeres respondieron tener una licenciatura, 1 de cada 3 con escolaridad media superior y 2 de cada 10 con escolaridad secundaria.

61 mujeres encuestadas fueron primigestas, con una media de 1.61 DE 0.78 se obtuvo una mínima de 1 gesta y una máxima de 3 gestas.

Las familias con adecuada funcionalidad familiar correspondieron al 40.00% (n=46), familias moderadamente disfuncionales 45.22% (n=52), severamente disfuncional en un 14.78% (n=17).

Las mujeres con depresión postparto en familias con adecuada funcionalidad familiar se presentaron en un 45.46% (n=15), en familias moderadamente disfuncionales 42.42% (n=14), severamente disfuncional en un 12.12% (n=4).

Las mujeres sin depresión postparto en familias con adecuada funcionalidad familiar se presentaron en un 37.80% (n=31), en familias moderadamente disfuncionales 46.35% (n=38), severamente disfuncional en un 15.85% (n=13).

Los tipos de familia preponderantes con depresión postparto fueron: separada estructurada 18.18% (n=6), separada flexible 18.18% (n=6), separada caótica 12.12% (n=4), desprendida flexible 9.09 % (n=3).

Al relacionar depresión postparto y funcionalidad familiar no se encontró significancia estadística, sin embargo, se observó que la depresión postparto se presentó en una de cada dos mujeres de familias con adecuado funcionamiento familiar.

#### 4. DISCUSIÓN

En el estudio “Recursos personales y familiares relacionados con la sintomatología depresiva y ansiosa en mujeres durante el puerperio”, realizado por David Feligreras et al. en el Hospital Materno Infantil de Jaén, España (20), se estudió a 212 mujeres mayores de 19 años que dieron a luz entre marzo y septiembre de 2019

con una edad media de 32 años, una edad mínima de 19 y máxima de 47 años, a diferencia de la presente investigación donde la edad media fue de 28 con una edad mínima de 18 y una máxima de 40; la mayoría de las mujeres estaban casadas en un 78.3% (n=166) y en situación laboral activa por cuenta propia o ajena en un 69.4% (n=147) y trabajo doméstico en el 7.10% (n=15), en contraste al presente estudio donde el 91.31% (n=105) son casadas y respecto a su situación laboral el 51.31% (n=59) son amas de casa. Además, el 47.6% (n=101) de las participantes españolas tenían estudios universitarios, similar a la presente investigación donde el 40% (n=46) tiene estudios universitarios y de posgrado. De acuerdo con el número de embarazos en el estudio realizado por David Feligreras se obtuvo una media de 1.835 DE 0.98, semejante a la presente investigación, donde se obtuvo una media de 1.61 DE 0.78.

Para la evaluación de depresión posparto se utilizó el punto de corte de 10 en el cuestionario “escala de depresión postnatal de Edimburgo” la cual se presentó en un 26.9% en las mujeres estudiadas en Jaén, España, similar al presente estudio, donde se manejó el mismo punto de corte y se presentó depresión posparto en un 28.69%.

La función familiar se midió utilizando APGAR familiar a diferencia de la presente investigación que utilizamos la escala de FACES III, ya que en el estudio de David Feligreras et al. no se encontró asociación estadística entre depresión posparto y funcionamiento familiar, pero se encontró una asociación negativa entre los síntomas depresivos y el funcionamiento familiar; al aplicar la escala de FACES III observamos que la relación entre depresión posparto respecto a los tipos de familia se hallaron con adecuada funcionalidad familiar a un 48.38% (n=15), familias moderadamente disfuncionales 36.84% (n=14), severamente disfuncional en un 30.76% (n=4), evidenciando que la depresión posparto se presenta en mayor proporción en familias con adecuada funcionalidad familiar en la población encuestada de la unidad médica familiar 01, la cual coincide con el estudio realizado por David Feligreras et al.

En otro estudio “Depresión posparto y función familiar en mujeres chinas dentro de 1 año después del parto: un estudio transversal”, realizado por Ziyao Guan de enero a junio de 2019 en seis comunidades de Changsha, China (21), donde se encuestaron a 633 participantes, de las cuales, las mujeres de 18 a 25 años de edad correspondieron al 9.2% (n=58), a diferencia del presente estudio que fueron el 30.43% (n= 35), de las participantes chinas de 26 a 35 años fue del 76.5% (n=482), a diferencia de las participantes de la presente investigación que fue del 58.26% (n=67), en mujeres de más de 36 años de Changsha fue del 14.3% (n=90) a diferencia de las mujeres de la UMF 1 que fue del 11.3% (n=13). Se observó una mayor frecuencia de depresión posparto en las mujeres chinas de 26 a 35 años en el 75.97% (n=177), al igual que en nuestro estudio, pero con una proporción de 57.57% (n=19).

Las participantes de las comunidades de Changsha, China con escolaridad de secundaria o menos fueron del 16.8% (n= 106), similar a las participantes de la UMF No 1, Puebla que fue del 20.86% (n=24), las participantes con educación universitaria o licenciatura fue del 72.4% (n=456), a diferencia de nuestra población que fue del 33.91% (n= 39), mujeres con Maestría y superior fue del 10.8% (n= 68), comparada con las mujeres encuestadas en la UMF 1 que correspondió al 6.08% (n=7); en el estudio de Ziyao Guan et al. no se mencionaron las mujeres con escolaridad de bachillerato, pero en la presente investigación fue del 39.13% (n=45). Se encontró que las mujeres con depresión posparto tenían una educación universitaria en el 76.39% (n=178), comparado con el presente estudio manifestándose en un 48.48% (n=16).

Para la evaluación de depresión posparto se utilizó el punto de corte de 9 o más a diferencia del realizado en la UMF No1 Puebla donde se tomó como punto de corte 10, obteniendo el 28.69% (n=33) de mujeres que presentaban síntomas de depresión, la cual fue ligeramente menor al estudio realizado por Ziyao Guan et al.

donde el 37% (n=233) de las mujeres presentaban depresión postparto.

La función familiar en el presente estudio se midió a través de la escala de Faces III a diferencia del estudio realizado por Ziyao Guan et al. utilizando el Dispositivo de evaluación familiar (FAD), la cual se ha utilizado ampliamente con personas que tienen diferentes trastornos mentales y diferentes antecedentes culturales, donde se encontró una influencia significativa en depresión postparto entre cuatro de las dimensiones de FAD: comunicación, capacidad de respuesta afectiva, roles y funcionamiento general.

## 5. CONCLUSIONES

Se encontró depresión postparto en una de cada 3 pacientes, con un promedio de edad de 28.48, DE 6.08.

En cuestión del número de gestas la media fue de 1.61 DE 0.78.

Una de cada dos pacientes detectadas con depresión postparto realiza trabajo doméstico. De las mujeres con depresión postparto, ocho de cada diez tenían pareja.

Respecto a la escolaridad, del total de mujeres con depresión postparto la mitad respondió tener una licenciatura, una de cada tres con escolaridad media superior y dos de cada diez con escolaridad secundaria.

Bajo las condiciones del estudio al intentar relacionar las variables depresión postparto y funcionalidad familiar no se encontró relación estadística significativa, rechazando la hipótesis alterna y aceptando la hipótesis nula.

## REFERENCIAS

- [1] Urdaneta J., Rivera A., García J., Guerra M., Baabel N. CA. PREVALENCIA DE DEPRESIÓN POSPARTO EN PRIMIGESTAS Y MULTÍPARAS VALORADAS POR LA ESCALA DE EDIMBURGO. *REV CHIL Obs GINECOL.* 2010;12(2):312–20.
- [2] Payne JL, Maguire J. Pathophysiological mechanisms implicated in postpartum depression. *Front Neuroendocrinol* [Internet]. 2019;52(August 2018):165–80. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.yfrne.2018.12.001>
- [3] Gaytán-Jiménez E, García-Vargas G, Gaytán-Hernández D, Rosales-González M, Reyes-Hernández H, Sánchez-Armass Capello O, et al. Sintomatología depresiva, estrés y funcionamiento familiar en madres adultas del norte de México. *Acta Univ.* 2019;29:1–11.
- [4] López-León S, Rosales-Mariscal K, Ayuzo Del Valle C, Villegas-Pichardo LO, Huante-Salceda A. Depresión en madres médicas en México: un estudio transversal. *Depress among physicians who are mothers Mex a transversal study* [Internet]. 2019;24: s3–7. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=141267710&lang=es&site=ehost-live>
- [5] Brummelte S, Galea LAM. Postpartum depression: Etiology, treatment, and consequences for maternal care. *Horm Behav* [Internet]. 2016; 77:153–66. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.yhbeh.2015.08.008>
- [6] Rodríguez Leis P, Flores Gallegos R. Relationship between social support, stress, anxiety, and depression during pregnancy in a specific mexican population. *Ansiedad y Estres* [Internet]. 2018;24(2–3):67–72. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2018.03.003>
- [7] Malpartida Ampudia MK. Depresión postparto en atención primaria. *Rev Medica Sinerg.* 2020;5(2):e355.
- [8] Jadresic M. E. Depresión Posparto En El Contexto Del Hospital General. *Rev Médica Clínica Las Condes* [Internet]. 2017;28(6):874–80. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmclc.2017.10.007>
- [9] Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2/1993 “Atención a la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido.” Doc extraído la base Norm y políticas del SITEAL [Internet]. 2018;1–23. Available from: [https://www.siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit\\_accion\\_files/siteal\\_mexico\\_0090.pdf](https://www.siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/siteal_mexico_0090.pdf)
- [10] Mendoza B C, Saldivia S. Actualización en depresión postparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. *Rev Med Chil.* 2015;143(7):887–94.
- [11] Ganho-Ávila A, Poleszczyk A, Mohamed MMA, Osório A. Efficacy of rTMS in decreasing postnatal depression symptoms: A systematic review. *Psychiatry Res.* 2019;279(May):315–22.

- [12] Romero R D, Orozco R LA, Ybarra S JL, Gracia R BI. Sintomatología depresiva en el post parto y factores psicosociales asociados. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2017;82(2):63–73.
- [13] Krauskopf V, Valenzuela P. Depresión perinatal: detección, diagnóstico y estrategias de tratamiento. *Rev Médica Clínica Las Condes* [Internet]. 2020;31(2):139–49. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2020.01.004>
- [14] Hill M, Pašková A, Kančeva R, Velíková M, Kubátová J, Kancheva L, et al. Steroid profiling in pregnancy: A focus on the human fetus. *J Steroid Biochem Mol Biol.* 2014; 139:201–22.
- [15] Shimao M, Matsumura K, Tsuchida A, Kasamatsu H, Hamazaki K, Inadera H, et al. Influence of infants' feeding patterns and duration on mothers' postpartum depression: A nationwide birth cohort —The Japan Environment and Children's Study (JECS). *J Affect Disord* [Internet]. 2021;285(September 2020):152–9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.02.011>
- [16] Lee Y, Kim KH, Lee BH, Kim YK. Plasma level of brain-derived neurotrophic factor (BDNF) in patients with postpartum depression. *Prog Neuro-Psychopharmacology Biol Psychiatry* [Internet]. 2021;109(January):110245. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2021.110245>
- [17] Julian M, Le HN, Coussons-Read M, Hobel CJ, Dunkel Schetter C. The moderating role of resilience resources in the association between stressful life events and symptoms of postpartum depression. *J Affect Disord* [Internet]. 2021; 293:261–7. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.05.082>
- [18] van der Zee-van den Berg AI, Boere-Boonekamp MM, Groothuis-Oudshoorn CGM, Reijneveld SA. Postpartum depression and anxiety: a community-based study on risk factors before, during and after pregnancy. *J Affect Disord* [Internet]. 2021;286(February):158–65. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.02.062>
- [19] Vega-Dienstmaier JM. Depresión postparto en el Perú. *Rev Medica Hered.* 2019;29(4):207.
- [20] Feligreras-Alcalá D, Frías-Osuna A, Del-Pino-casado R. Personal and family resources related to depressive and anxiety symptoms in women during puerperium. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(14):1–14.
- [21] Guan Z, Wang Y, Hu X, Chen J, Qin C, Tang S, et al. Postpartum depression, and family function in Chinese women within 1 year after childbirth: A cross-sectional study. *Res Nurs Heal.* 2021;44(4):633–42.
- [22] C MO, B TL, González-pacheco I, Méndez C. Validez y seguridad de la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgo como prueba de tamiz para detectar depresión perinatal. *Perinatol y Reprod Humana.* 2008;22(3):195–202.
- [23] Ahmed A, Bowen A, Feng CX, Muhajarine N. Trajectories of maternal depressive and anxiety symptoms from pregnancy to five years postpartum and their prenatal predictors. 2019;1–10.
- [24] Juárez IR, Santos García R, Lara A, Almanza Muñoz J de J. Consistencia interna y análisis factorial de la Escala de Depresión Postparto de Edinburgo en mujeres mexicanas embarazadas y puérperas. Reporte preliminar. *Neurol Neurocir y Psiquiatr.* 2017;42(1–4):1–6.
- [25] Ponce Rosas ER, Gómez Clavelina FJ, Terán Trillo M, Irigoyen Coria AE, Landgrave Ibáñez S. Validez de constructo del cuestionario FACES III en español (México). *Aten Primaria.* 2002;30(10):624–30.
- [26] Schmidt V, Barreyro JP, Maglio AL. ESCALA DE EVALUACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR FACES III: ¿MODELO DE DOS O TRES FACTORES? (Family Functioning Evaluation Scale FACES III: Model of two or three factors?). *Escritos Psicol.* 2010;3(2):30–6.

Correo de autor de correspondencia: [yolitatepochcalli@outlook.com](mailto:yolitatepochcalli@outlook.com)