

*Médica residente de tercer año del Curso de Especialización en Medicina Familiar sede Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 32 Pachuca, Hidalgo, México. Instituto Mexicano del Seguro Social. (IMSS). **Profesora Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar. (UMF) No. 32, (IMSS) Pachuca, Hidalgo, México. ***Especialista en Psiquiatría. ****Unidad de Medicina Familiar No. 32, IMSS. Pachuca, Hidalgo, México.

ORCID:

*0009-0002-8143-9754

**0009-0009-4693-3475

***009-009-8634-9492

****0009-0009-0067-9019

El presente es un artículo **open access** bajo licencia:

CC BY-NC-ND

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Recibido: 22-05-2026

Aceptado: 05-09-2026

Correspondencia:

Dra. Nubia Helena Mota Martínez.

Correo electrónico:

nubia.mota@imss.gob.mx

Financiamiento: Ninguno

Conflictos de interés:

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Todas las participantes firmaron consentimiento informado y se garantizó la confidencialidad mediante la codificación de los cuestionarios.

Factores de riesgo asociados a sospecha de depresión posparto en atención primaria

Risk Factors Associated with Suspected Postpartum Depression in Primary Care

Fatores de risco associados à suspeita de depressão pós-parto na atenção primária

Miriam Griselda Acosta Vite,* Nubia Helena Mota Martínez,** María Aída Tovar Pérez,***

Daniela Cruz Murueta.****

DOI: 10.62514/amf.v28i4.270

Resumen

Objetivo: Determinar los factores de riesgo asociados a la presentación de sospecha de depresión posparto. **Métodos:** Estudio observacional, transversal, analítico, prolectivo realizado en la Unidad de Medicina Familiar No. 32 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Pachuca, Hidalgo, de mayo de 2025 a febrero de 2026. Se incluyeron 153 mujeres en puerperio mediato y hasta 12 meses posteriores al parto, seleccionadas mediante muestreo por conveniencia. La sospecha de depresión posparto se evaluó mediante la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo. Se aplicó un cuestionario de factores psicosociales. El análisis incluyó χ^2 , Odds ratio (OR) con IC95% y regresión logística multivariada. **Resultados:** Se identificó asociación significativa con estado civil (OR=2.5; p=0.042), embarazo complicado (OR=2.8; p=0.016), atención familiar centrada más en el bebé (OR=3.0; p=0.002) y embarazo planeado como factor protector (p=0.048). En el modelo multivariado, permanecieron asociados la presencia de acontecimiento estresante (OR=3.89; IC95% 1.53–9.88; p=0.004) y referir sentirse nerviosa (OR=3.29; IC95% 1.28–8.45; p=0.013). **Conclusiones:** Los factores psicosociales identificados pueden ser detectados por el médico familiar mediante un tamizaje adecuado, permitiendo la identificación oportuna de mujeres con sospecha de depresión posparto en atención primaria.

Palabras clave: Depresión posparto; Atención primaria de salud; Salud mental.

Abstract

Objective: To determine the risk factors associated with suspected postpartum depression. **Methods:** An observational, cross-sectional, analytical, and prospective study conducted at Family Medicine Unit No. 32 of the Mexican Social Security Institute in Pachuca, Hidalgo, from May 2025 to February 2026. The study included 153 women in the intermediate postpartum period and up to 12 months after delivery, selected via convenience sampling. Suspected postpartum depression was assessed using the Edinburgh Postnatal Depression Scale. A psychosocial

factors questionnaire was administered. The analysis included the chi-square test (χ^2), odds ratio (OR) with 95% CI, and multivariate logistic regression. **Results:** A significant association was identified with marital status (OR=2.5; p=0.042), complicated pregnancy (OR=2.8; p=0.016), and family attention focused more on the baby (OR=3.0; p=0.002), while a planned pregnancy was identified as a protective factor (p=0.048). In the multivariate model, the presence of a stressful event (OR=3.89; 95% CI 1.53–9.88; p=0.004) and reporting feeling nervous (OR=3.29; 95% CI 1.28–8.45; p=0.013) remained associated. **Conclusions:** The identified psychosocial factors can be detected by family physicians through appropriate screening, enabling the timely identification of women with suspected postpartum depression in primary care.

Keywords: Postpartum depression; Primary health care; Mental health.

Resumo

Objetivo: Determinar os fatores de risco associados à suspeita de depressão pós-parto. **Métodos:** Estudo observacional, transversal, analítico e prospectivo, realizado na Unidade de Medicina de Família nº 32 do Instituto Mexicano de Seguro Social, em Pachuca, Hidalgo, de maio de 2025 a fevereiro de 2026. Cento e cinquenta e três mulheres no período pós-parto imediato e até 12 meses após o parto foram incluídas, selecionadas por amostragem de conveniência. A suspeita de depressão pós-parto foi avaliada utilizando a Escala de Depressão Pós-Natal de Edimburgo. Foi aplicado um questionário sobre fatores psicossociais. A análise incluiu χ^2 , razão de chances (OR) com intervalo de confiança de 95% e regressão logística multivariada. **Resultados:** Foi identificada uma associação significativa com o estado civil (OR=2,5; p=0,042), gravidez complicada (OR=2,8; p=0,016), maior cuidado familiar centrado no bebê (OR=3,0; p=0,002) e gravidez planejada como fator de proteção (p=0,048). No modelo multivariado, a presença de um evento estressante (OR=3,89; IC 95% 1,53–9,88; p=0,004) e o relato de sensação de nervosismo (OR=3,29; IC 95% 1,28–8,45; p=0,013) permaneceram associados.

Conclusão: Os fatores psicossociais identificados podem ser detectados por médicos de família por meio de triagem adequada, permitindo a identificação oportuna de mulheres com suspeita de depressão pós-parto na atenção primária.

Palavras-chave: Depressão pós-parto; Atenção primária à saúde; Saúde mental.

Introducción

La depresión posparto es un trastorno del estado de ánimo que se presenta durante el puerperio y que afecta de manera significativa a la salud de la mujer, el vínculo madre-hijo y la dinámica familiar.^{1,2} Su prevalencia reportada oscila entre 10 % y 20 % a nivel mundial, en México se ha reportado entre un 13.9 % y 32.6 %.^{3,4} No obstante estas cifras, continúa siendo subdiagnosticada, especialmente en el primer nivel de atención, donde el seguimiento se centra en la condición física de la madre y del recién nacido.⁵

Las manifestaciones clínicas pueden surgir durante las primeras cuatro a seis semanas posteriores al parto y extenderse hasta los 12 meses. Incluyen tristeza persistente, llanto fácil, fatiga, ansiedad, insomnio, irritabilidad, ataques de pánico y dificultades para la concentración, que pueden generar sentimientos de culpa y desinterés en el vínculo madre-hijo.⁵⁻⁸ Para establecer el diagnóstico, deben cumplirse al menos cinco de los nueve criterios del DSM-5 durante un periodo continuo de dos semanas.⁹⁻¹¹ Esta condición no depende únicamente de factores biológicos, sino que se relaciona estrechamente con factores psicosociales como el apoyo de la pareja, acontecimientos estresantes recientes, complicaciones del embarazo y el entorno laboral y familiar.¹²⁻¹⁴ Estos factores pueden identificarse mediante un interrogatorio dirigido durante la atención médica, lo que permitiría orientar el tamizaje hacia mujeres con mayor riesgo.^{4,15} La Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) ha demostrado ser un instrumento válido, confiable y de fácil aplicación para la detección de sospecha de depresión posparto en atención primaria.¹⁶⁻¹⁹

En México, diversos estudios han descrito la prevalencia de depresión posparto y algunos factores asociados principalmente en población hospitalaria; sin embargo, la evidencia generada en unidades de atención primaria es limitada, a pesar de que en este nivel el médico familiar mantiene un contacto continuo con la mujer durante el embarazo y el puerperio. En las Unidades de Medicina Familiar (UMF) del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) la atención durante el puerperio se enfoca principalmente en el seguimiento del recién nacido, relegando la evaluación emocional de la madre. A pesar del contacto continuo en las consultas de control, no se efectúa de forma sistemática el tamizaje de depresión posparto, lo que favorece que sea subdiagnosticada.^{3,4,20}

Métodos

Estudio observacional, analítico y transversal en mujeres que se encontraban en el puerperio mediano y hasta 12 meses posteriores al parto que acudieron a consulta a la UMF No. 32 del IMSS, en Pachuca, Hidalgo, **México**; durante el periodo de mayo de 2025 a febrero de 2026. Que aceptaron participar mediante consentimiento informado. Se excluyeron aquellas con diagnóstico previo de depresión durante o antes del embarazo, tratamiento antidepresivo, aborto o muerte fetal. Se eliminaron cuestionarios incompletos o ilegibles.

El tamaño de muestra se calculó mediante la fórmula para poblaciones finitas para variables cualitativas. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia. Donde finalmente, se incluyeron a 153 mujeres. Para la obtención de los datos se aplicaron dos instrumentos: la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EPDS) para identificar sospecha de depresión posparto y un cuestionario de factores psicosociales. La variable dependiente fue la sospecha de depresión posparto (con/sin sospecha) y las independientes los factores psicosociales evaluados. Los datos fueron capturados en una base de datos y exportados al programa JAMOV para el análisis correspondiente.

Se realizó estadística descriptiva, se obtuvieron medias y desviación estándar para variables cuantitativas y frecuencias y proporciones para variables cualitativas. Para identificar asociaciones se utilizó la prueba χ^2 y se calcularon razones de momios (OR), se consideró un valor de $p < 0.05$ como estadísticamente significativo. Posteriormente, se realizó un análisis multivariado mediante regresión logística binaria para identificar los factores asociados de manera independiente a la sospecha de depresión posparto. El protocolo fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación en Salud 1202 y el Comité Local de Investigación en Salud del IMSS, con registro SIRELCIS R-2025-1202-008. Se trató de una investigación con riesgo mínimo. Todas las participantes firmaron consentimiento informado y se garantizó la confidencialidad mediante la codificación de los cuestionarios, conforme a la Declaración de Helsinki, el Informe Belmont y el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.

Resultados

Se incluyeron 153 mujeres con una edad media de 29.4 ± 5.6 años. El 51.6 % de las entrevistadas refirió encontrarse en unión libre, respecto a la escolaridad predominó la licenciatura con el 44.4 %; 52.3 % se dedicaba al hogar (Tabla I) y (Tabla I.I). Las participantes presentaron una mediana de dos embarazos (rango 1-11) y una mediana de un hijo (rango 1-4) (Tabla II). El tiempo transcurrido desde el parto al momento de la aplicación de los instrumentos fue de cuatro meses como mediana fue de 28.8 % (44). En el análisis bivariado

Tabla 1. Características sociodemográficas (n=153)

Variable cualitativa	n (%)	
Estado civil	Unión libre	79 (51.6)
Grado de estudios	Licenciatura	68 (44.4)
Ocupación actual	Hogar	80 (52.3)
Lugar de residencia	Urbana	138 (90.2)
Religión	Católica	127 (83)
Trabaja actualmente	No	79 (51.6)
Riesgo en el trabajo	Ninguno	120 (78.4)
La pareja trabaja	Si	138 (90.2)
Servicio médico	Si	152 (99.3)
Tipo de servicio médico	IMSS	152 (99.3)

Los datos cualitativos se presentan como frecuencias y porcentajes.

Tabla I.I Características sociodemográficas (n=153)

Variable cuantitativa	Mediana (mín-máx)
Edad (años)	29 (16-44)
Ingreso mensual (MXN)	10,000 (2,000-80,000)
Número de embarazos	2 (1-11)
Número de hijos	1 (1-4)
Tiempo desde el nacimiento (meses)	4 (1-18)

Las variables cuantitativas se expresan como mediana y rango mínimo-máximo.

**Tabla II. Características sociodemográficas y obs-
tétricas de las participantes (n=153)**

Variable	n (%) / Media $\pm$ DE / Mediana (rango)
Edad (años)	29.4 $\pm$ 5.6
Estado civil (unión libre)	79 (51.6)
Escolaridad (licenciatura)	68 (44.4)
Ocupación (hogar)	80 (52.3)
Residencia urbana	138 (90.2)
Religión católica	127 (83.0)
No trabaja actualmente	79 (51.6)
Embarazos	2 (1-11)
Hijos	1 (1-4)
Tiempo posparto (meses)	4 (0-12)

DE: desviación estándar

mediante prueba de χ^2 y en caso necesario por frecuencias esperadas bajas, la prueba exacta de Fisher. Se identificaron asociaciones estadísticamente significativas entre la sospecha de depresión posparto y el estado civil (OR=2.5; IC95 % 1.1-5.7; p=0.042), sentirse nerviosa (OR=4.87; p<0.001), antecedente de enfermedad mental en la familia (OR=3.94; p=0.04) y tristeza durante el embarazo (OR=3.63; p<0.001).

La presencia de acontecimientos estresantes recientes mostró la asociación más fuerte (OR=6.2; p<0.001), el embarazo planeado se comportó como factor protector (OR=0.48; p=0.048). También se observó asociación con embarazo complicado (OR=2.8; IC95% 1.2-6.5; p=0.016), la percepción de que la atención familiar es mayor hacia el bebé que hacia la madre (OR=3.0; IC95% 1.4-6.4; p=0.002) y el antecedente de tristeza en embarazos anteriores (OR=3.6; p=0.002). En el modelo de regresión logística binaria, las variables que permanecieron asociadas de manera independiente fueron la presencia de acontecimientos estresantes (ORa=3.89; IC95% 1.53-9.88; p=0.004) y sentirse nerviosa (ORa=3.29; IC95% 1.28-8.45; p=0.013).

Discusión

Las variables sociodemográficas no mostraron asociación significativa con la sospecha de depresión posparto en esta población. En contraste, los factores psicosociales inmediatos, particularmente la presencia de acontecimientos estresantes recientes y el autorreporte de sentirse nerviosa, mostraron las asociaciones más fuertes y permanecieron como variables independientes en el modelo multivariado. La prevalencia de sospecha de depresión posparto encontrada (28.8 %) fue superior a la reportada en investigaciones mexicanas realizadas en población hospitalaria, como la descrita por Santiago-Sanabria et al.³ (14.9 %) y cercana a la observada por Chávez-Tostado et al.²¹ (27.1 %) durante la pandemia por COVID-19. A diferencia de dichos estudios, el presente trabajo se desarrolló en atención primaria, donde el contacto continuo con la mujer durante el puerperio favorece identificar manifestaciones emocionales que con frecuencia no son exploradas de manera sistemática.^{3,4}

Desde el punto de vista clínico, los hallazgos observados en este estudio son congruentes con lo descrito en la literatura internacional reciente. Diversas revisiones sistemáticas han señalado que la exposición a acontecimientos estresantes durante el embarazo y el puerperio se asocia con una activación sostenida de la respuesta al estrés y con alteraciones del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, lo que incrementa la vulnerabilidad emocional en una etapa caracterizada por intensos cambios biológicos y psicosociales, tal como lo describen Zhao y Zhang y Alshikh Ahmad et al.¹³ De manera similar, Dekel et al.²² han documentado que las respuestas emocionales posteriores al parto comparten mecanismos clínicos con la sintomatología depresiva, mientras que Manzanos et

al.²³ señalan que la ansiedad y el estrés percibido actúan como facilitadores de depresión en este periodo.

Desde el punto de vista clínico, estos hallazgos son de gran importancia para la actividad médica. La exposición a eventos estresantes durante el embarazo y el puerperio se ha relacionado con una activación sostenida de la respuesta al estrés y alteraciones en el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, lo que incrementa la vulnerabilidad emocional en una etapa caracterizada por intensos cambios biológicos y psicosociales.^{13,20} De forma paralela, la **sensación persistente de nerviosismo** se ha descrito como una manifestación de ansiedad que puede preceder y facilitar la aparición de sintomatología depresiva en el periodo perinatal. Así, ambos elementos pueden considerarse indicadores clínicos tempranos de riesgo para depresión posparto.^{22,23}

Estos resultados coinciden con lo reportado por Paz-Pascual et al.²⁴ quien durante el periodo de pandemia identificó que el bajo apoyo social, los eventos estresantes y la ansiedad fueron predictores importantes de depresión perinatal. De manera similar, Suárez Rico et al.²⁵ documentó que los eventos vitales adversos, como conflictos familiares, dificultades económicas y pérdidas significativas, incrementan el riesgo de sintomatología depresiva durante el embarazo y el puerperio, lo anterior respalda que el estrés percibido y la respuesta emocional inmediata son elementos determinantes en la génesis de los síntomas depresivos en esta etapa. Aunque en el análisis bivariado las variables como estado civil, embarazo complicado, antecedente de enfermedad mental en la familia, percepción de menor atención hacia la madre y un embarazo no planeado mostraron asociación estadística- no obstante, estas perdieron significancia en el modelo ajustado. Esto indica que su efecto puede estar mediado por la presencia de eventos estresantes y síntomas de ansiedad, lo que refuerza la idea de que los factores emocionales actuales funcionan como variables integradoras del riesgo.

Estos hallazgos tienen implicaciones directas para el médico familiar. La evidencia sugiere que un interrogatorio clínico dirigido hacia la identificación de acontecimientos estresantes recientes y síntomas de ansiedad puede orientar de manera más eficiente la aplicación del tamizaje con la EPDS, optimizando el tiempo de consulta y favoreciendo la detección oportuna de mujeres en riesgo. Los presentes resultados deben interpretarse considerando posibles sesgos inherentes al diseño transversal, particularmente el sesgo de memoria y el autorreporte de variables emocionales, así como la imposibilidad de establecer temporalidad causal entre los factores identificados y la sospecha de depresión posparto. No obstante, los hallazgos aportan evidencia clínica útil en un contexto de atención primaria poco explorado.

Esta investigación presenta aciertos metodológicos como son; el empleo de la (EPDS), un instrumento altamente confiable y validado con un 93 % de especificidad y 75 % de sensibilidad en la población mexicana, así como el empleo de un análisis estadístico robusto mediante regresión logística multivariada que permitió aislar factores independientes clave. Aun así, presenta limitaciones ya que, al tratarse de un diseño transversal, resulta imposible determinar una relación de causalidad temporal directa, el autorreporte de las pacientes puede inducir sesgos de memoria y subjetividad, y el tamaño muestral de 153 mujeres reclutadas en una sola unidad médica (UMF No. 32) limita la generalización de los resultados. En conjunto, este estudio sugiere que la sospecha de depresión posparto en atención primaria puede anticiparse mediante la identificación de indicadores clínicos simples, como la presencia de acontecimientos estresantes y el nerviosismo persistente, lo que permite al médico familiar priorizar el tamizaje de forma más estratégica y oportuna.

Referencias

1. Inés Blasco Lázaro, María del Carmen Caballero Rodríguez, Andrea Fernández Sancho, Mónica Gregorio Jordán, Claudia Salet García, Marina Becas Azagra. Cambios psicológicos en la gestación, parto y puerperio. Influencias culturales: el significado y la repercusión del embarazo en la pareja y en el entorno familiar y social. *Revista Sanitaria de Investigación* 2024;5(3): 32. Disponible: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9430749>
2. Carrizo E, Domini J, Quezada RYJ, Serra SV, Soria EA, Miranda AR. Variaciones del estado cognitivo en el puerperio y sus determinantes: una revisión narrativa [Variations of the cognitive status in the puerperium and their determinants: a narrative review]. *Cien Saude Colet*. 2020 Aug 5;25(8):3321-3334. Spanish. doi: 10.1590/1413-81232020258.26232018. PMID: 32785563
3. Santiago-Sanabria Leopoldo, Ibarra-Gussi Pamela María, Rendón-Macías Mario Enrique, Treviño-Villarreal Paulina, Islas-Tezpa David, Porras-Ibarra Gina Daniela et al. Depresión posparto: prevalencia y factores de riesgo asociados en una muestra de población mexicana. *Ginecol. obstet. Méx.* [revista en la Internet]. 2023 [citado 2024 Sep 12]; 91(4): 227-240. Epub 31-Ago-2023. <https://doi.org/10.24245/gom.v91i4.8456>.
4. Genchi-Gallardo Francisco Javier, Paredes-Juárez Sergio, Solano-González Norma Luz, Ríos-Rivera Claudia Erika, Paredes-Solís Sergio, Andersson Neil. Prevalencia de depresión posparto y factores asociados en usuarias de un hospital público de Acapulco, Guerrero, México. *Ginecol. obstet. Méx.* [revista en la Internet]. 2021 [citado 2024 Jun 04]; 89(12): 927-936. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412021001200003&lng=es. Epub 23-Mayo-2022. <https://doi.org/10.24245/gom.v89i12.6947>.
5. Vicent R N, Herrero C. Evaluación del impacto del parto mediante cesárea frente al parto vaginal en mujeres con depresión posparto: revisión sistemática cualitativa. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia* 2021;4:100684.

6. Prevención, diagnóstico y manejo de la depresión prenatal y postparto en el primer y segundo niveles de atención. Guía de Práctica Clínica: Evidencias y Recomendaciones. México, CENETEC; 2021 [fecha de consulta]. Disponible en: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-SS-666-21/ER.pdf>
7. Ramos Cárdenas Mayra Alejandra, Rivera Felix Lauro Marco antonio. Asociación entre depresión postparto y apoyo de la pareja en un centro materno infantil de Lima. An. Fac. med. [Internet]. 2022 ene [citado 2025 Abr 11]; 83(1): 19-24. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832022000100019&lng=es. Epub 17-Mar-2022. <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v83i1.20562>.
8. Del Río Ripoll, Sabina. «Cesárea, lactancia materna y depresión postparto: entre lo biológico y lo emocional». Naciendo, 2021/1 N° 1, 2021. p.55-67. Cairn.info, shs.cairn.info/revista-naciendo-2021-1-page-55?lang=es.
9. Contreras-Carreto Nilson A., Villalobos-Gallegos Luis, Mancilla-Ramírez Javier. Análisis epidemiológico de la depresión perinatal. Cir. cir. [revista en la Internet]. 2022 Feb [citado 2024 Jun 03]; 90(1): 128-132. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2444-054X2022000100128&lng=es. Epub 14-Feb-2022. <https://doi.org/10.24875/ciru.20001246>.
10. Morillas RM, López PL, Iglesias J. Depresión posparto: detección, prevención y manejo. Parainfo Digital [Internet]. 2015 [acceso el 28 de febrero de 2023]; Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n22/pdf/111.pdf>.
11. Coe Calcagni S, Mira Olivos A, García Valdés M, Zamudio Berrocal P. Salud mental en madres en el período perinatal. Andes pediátr. [Internet]. 2021 Oct [citado 2024 Jun 02]; 92(5): 724-732. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2452-60532021000500724&lng=es. <http://dx.doi.org/10.32641/andespediatr.v92i5.3519>
12. Dubey, Amresh; Chatterjee, Kaushiki; Chauhan, Vinay Singh; Sharma, Rachit; Dang, Ankit; Adhvariyu, Arka. Risk factors of postpartum depression. Industrial Psychiatry Journal 30(Suppl 1): p S127-S131, October 2021. | DOI: 10.4103/0972-6748.32880
13. Xiao-hu Zhao, Zhi-hua Zhang, Risk factors for postpartum depression: An evidence-based systematic review of systematic reviews and meta-analyses, Asian Journal of Psychiatry, Volume 53, 2020, 102353, ISSN 1876-2018, <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020>
14. Romero R Daniela, Orozco R Luz Adriana, Ybarra S José Luis, Gracia R Blanca Irene. Sintomatología depresiva en el post parto y factores psicosociales asociados. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2017 Abr [citado 2025 Abr 11]; 82(2): 152-162. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262017000200009&lng=es.
15. Ambríz-López R, Flores-Venegas S, Soria-López J, Guerrero-González G, Kawas-Morales A, Álvarez-Lozada L. Depresión posparto durante la pandemia de COVID-19. Ginecol. obstet. Méx. [revista en la Internet]. 2022 [citado 2024 Jun 03]; 90(1): 8-20. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412022000100003&lng=es. Epub 30-Mayo-2022. <https://doi.org/10.24245/gom.v90i1.6985>.
16. Macías-Cortés Emma del C., Lima-Gómez Virgilio, Asbun-Bojalil Juan. Exactitud diagnóstica de la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo: consecuencias del tamizaje en mujeres mexicanas. Gac. Méd. Méx [revista en la Internet]. 2020 Jun [citado 2024 Jun 04]; 156(3): 202-208. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-38132020000300202&lng=es. Epub 27-mayo 021. <https://doi.org/10.24875/gmm.19005424>.
17. Oliveira TA, Luzetti GGCM, Rosalém MMA, Mariani Neto C. Screening of Perinatal Depression Using the Edinburgh Postpartum Depression Scale. Rev Bras Gineco Obstet. 2022 May; 44(5):452-457. doi: 10.1055/s-0042-1743095. Epub 2022 Mar 4. PMID: 35253138; PMCID: PMC994803.
18. Viquez Quesada, M., & Valverde Chinchilla, K. Detección temprana de la depresión posparto. Revista Ciencia Y Salud, 6(5). https://doi.org/10.34192/ciencia_y_salud.v6i5.474
19. Vania Krauskopf, Paula Valenzuela, Depresión perinatal: detección, diagnóstico y estrategias de tratamiento, Revista Médica Clínica Las Condes, Volume 31, Issue 2, 2020, Pages 139-149, ISSN 0716-8640, <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2020.01.004>.
20. Alshikh Ahmad, H., Alkhatib, A. & Luo, J. Prevalence and risk factors of postpartum depression in the Middle East: a systematic review and meta-analysis. BMC Pregnancy Childbirth 21, 542 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04016>
21. Chávez-Tostado M, Chávez-Tostado KV, Cervantes-Guevara G, Cervantes-Cardona G, Hernández-Corona DM, González-Heredia T, Méndez-Del Villar M, Corona-Meraz FI, Guzmán-Ornelas MO, Barbosa-Camacho FJ, Álvarez-Villaseñor AS, Cervantes-Pérez E, Fuentes-Orozco C, Barrera-López NG, López-Bernal NE, González-Ojeda A. Prácticas de lactancia materna y depresión posparto en mujeres mexicanas durante la pandemia de COVID-19: un estudio transversal. Medicina (Kaunas). 19 de julio de 2023; 59(7):1330. doi: 10.3390/medicina59071330. PMID: 37512141; PMCID: PMC10385480
22. Dekel, S., Ein-Dor, T., Dishy, G.A. et al. Beyond postpartum depression: posttraumatic stress-depressive response following childbirth. Arch Womens Ment Health 23, 557-564 (2020). <https://doi.org/10.1007/s00737-019-01006-x>
23. Manzanos Inés, Martino Pablo, Audisio Eduardo, Bonet José. Vitamina D: entre el brillo del sol y la oscuridad de la depresión. rev.colomb.psiquiatr. [Internet]. 2022 Sep [cited 2024 Sep 12];51(3): 199-205. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-745020220003000199&lng=en. Epub Nov 19, 2022. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.08.002>.
24. Paz-Pascual C, Artieta-Pinedo I, Bully P, García-Álvarez A, ema-Q Group, Espinosa M. Ansiedad y depresión en el embarazo. Variables asociadas durante el período de pandemia COVID-19. Enferm Clin [Internet]. 2024;34(1):23-33. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2023.11.005>
25. Suárez-Rico, B.V.; Estrada-Gutiérrez, G.; Sánchez-Martínez, M.; Perichart-Perera, O.; Rodríguez-Hernández, C.; González-Leyva, C.; Osorio-Valencia, E.; Cardona-Pérez, A.; Helguera-Repetto, A.C.; Espino y Sosa, S.; et al. Prevalence of Depression, Anxiety, and Perceived Stress in Postpartum Mexican Women during the COVID-19 Lockdown. Int. J. Environ. Res. Public Health 2021, 18, 4627. <https://doi.org/10.3390/ijerph18094627>.