



Facultad de Psicología

Carrera de Psicología Clínica

Trastornos emocionales en el posparto

Trabajo de graduación previo a la obtención del título de Licenciada

en Psicología Clínica

Autora:

Ana Patricia Inga Galarza

Directora:

María Verónica Serrano Crespo

Cuenca - Ecuador

2026

Dedicatoria

A mi mamá,

por su ejemplo, su fortaleza y su amor

incondicional.

Tu valentía ha sido mi inspiración y motor, para

llegar hasta aquí.

Agradecimiento

A mi familia y amigos, por creer en mí y brindarme
su apoyo constante en cada paso de este camino.

A mis profesores, por su guía y conocimientos
compartidos.

Resumen

La salud mental en el posparto se ha consolidado como un fenómeno biopsicosocial que impacta tanto el bienestar materno como en el desarrollo del recién nacido, presentando una prevalencia global aproximadamente del 17.7%. El objetivo de este estudio consiste en identificar los principales factores de riesgo y de protección asociados al malestar clínico mediante una revisión de alcance, con el formato PRISMA-ScR. Los resultados reflejaron que el apoyo social es un factor significativo para la estabilidad emocional, siendo mucho más importante que las variables médicas convencionales. Se demostró que la experiencia subjetiva del parto y la predisposición a la ansiedad influyeron en la aparición de la sintomatología, habiendo una mayor vulnerabilidad a los doce meses posparto. Pese a ello, las habilidades de crianza se mantienen íntegras gracias a procesos de reconfiguración neurobiológica y plasticidad cerebral, que actúan como un sistema de compensación funcional. La autoeficacia materna actúa no solo como un factor protector, sino también como un recurso mediador que reduce el impacto del estrés percibido y la fatiga. Ante este escenario, se recomienda implementar protocolos de monitoreo psicológico que trasciendan el primer año posparto, integrando el fortalecimiento de la autoestima y la autoeficacia como recursos internos fundamentales para proteger el bienestar de la diada.

Palabras clave: posparto, trastornos emocionales, vínculo materno filial, factores asociados, apoyo social.

Abstract

Postpartum mental health has become established as a biopsychosocial phenomenon that impacts both maternal well-being and newborn development, presenting a global prevalence of approximately 17.7%. The objective of this study is to identify the main risk and protective factors associated with clinical distress through a scoping review, following the PRISMA-ScR format. The results reflected that social support is a significant factor for emotional stability, proving to be much more important than conventional medical variables. It was demonstrated that the subjective experience of childbirth and a predisposition to anxiety influenced the onset of symptoms, with increased vulnerability observed at twelve months postpartum. Despite this, parenting skills remain intact due to processes of neurobiological reconfiguration and brain plasticity, which act as a functional compensation system. Maternal self-efficacy acts not only as a protective factor but also as a mediating resource that reduces the impact of perceived stress and fatigue. In light of this scenario, it is recommended to implement psychological monitoring protocols that extend beyond the first postpartum year, integrating the strengthening of self-esteem and self-efficacy as fundamental internal resources to protect the well-being of the dyad.

Keywords: postpartum, emotional disorders, mother-infant bond, associated factors, social support networks.

Contenido

Resumen.....	4
Abstract.....	5
Capítulo 1.....	11
Salud Mental en el Posparto	11
Definición de Salud Mental en el Posparto.....	11
Factores asociados a la Salud Mental en el Posparto.....	13
<i>Factores protectores</i>	13
<i>Factores de riesgo</i>	16
Trastornos Emocionales en el Posparto	20
<i>Depresión Posparto</i>	21
<i>Ansiedad Posparto</i>	23
Capítulo 2.....	26
Metodología	26
Tipo de investigación	26
Objetivos.....	26
<i>Objetivo general</i>	26
<i>Objetivos específicos</i>	26
Criterios de elegibilidad.....	27
<i>Criterios de inclusión</i>	27

<i>Criterios de exclusión</i>	27
Fuentes de información.....	27
Estrategia de búsqueda.....	28
Proceso de selección de estudios	28
Proceso y estrategia de extracción de datos	28
Síntesis de resultados	29
Capítulo 3.....	30
Resultados	30
Prevalencia y cronicidad de la sintomatología emocional.....	31
Factores asociados	32
Perfiles de comorbilidad y diagnóstico.....	35
Impacto en el vínculo materno-filial.....	36
Discusión.....	38
Conclusiones	40
Limitaciones y recomendaciones	41
Referencias.....	42
Anexos	55
Anexo 1.....	55

Índice de figuras y tablas

Figura 1	30
Tabla 1	55

Introducción

Los trastornos emocionales en el posparto abarcan un amplio espectro de condiciones psicológicas que afectan a las mujeres durante el puerperio, siendo la depresión y ansiedad las más prevalentes. Estudios recientes han demostrado que la prevalencia de depresión posparto varía entre el 5.5% y el 35.1%, con una media aproximada del 17.7%, mientras que los trastornos que incluyen ansiedad y depresión poseen una prevalencia combinada cercana al 20% (Alcoceba-Herrero et al., 2024). Según Souza et al. (2024) estas cifras ponen en evidencia que una proporción significativa de mujeres sufren estas condiciones, que afectan su bienestar, la vinculación con el recién nacido y pueden prolongarse si no se detectan o se tratan oportunamente. La diversidad en la prevalencia está influenciada por factores socioeconómicos, culturales, antecedentes psiquiátricos, apoyo familiar y las condiciones en las que se dio el embarazo y el parto. Dado el alto impacto en la calidad de vida materna y los efectos a largo plazo en la dinámica familiar y en la sociedad, resulta fundamental realizar un scoping review que sintetice la evidencia actual sobre los trastornos emocionales en el posparto, para identificar vacíos en el conocimiento y promover mejoras en las estrategias clínicas y de salud pública para mejorar su detección temprana, prevención e intervención.

A partir de esta problemática, surge la pregunta de investigación que orienta el presente trabajo: ¿cuáles son los principales factores de riesgo asociados a los trastornos emocionales en el posparto? Al abordar esta interrogante se puede analizar los factores de riesgo que detonan la sintomatología de malestar, así como identificar los factores protectores que pueden aportar en su prevención.

La tesis se estructura de manera que ofrece un análisis integral de los trastornos emocionales en el posparto. En un primer momento, se desarrolla un marco teórico que revisa los

conceptos fundamentales de la salud mental en el posparto, la Teoría Bioecológica del Desarrollo Humano y los modelos explicativos neurobiológicos, como la matrescencia y los cambios a nivel hormonal, que se presentan en esta etapa de transición. Posteriormente, se presenta un análisis de los factores de riesgo y de protección asociados al bienestar emocional, detallando las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales que intervienen en la estabilidad emocional de la madre. A continuación, se detalla la metodología utilizada, desde el enfoque de revisión de alcance, los criterios de selección bajo el formato PRISMA-ScR y los procedimientos de análisis empleados.

En la siguiente sección se exponen los resultados obtenidos, acompañados de una discusión comparada con la literatura existente sobre la prevalencia y los determinantes del malestar clínico. Finalmente, se presentan las conclusiones generales de la investigación, las limitaciones del estudio y las recomendaciones para futuras líneas de trabajo y para el diseño de políticas públicas orientadas al monitoreo psicológico y la protección de la diada.

Capítulo 1

Salud Mental en el Posparto

Definición de Salud Mental en el Posparto

El posparto forma parte de una de las transiciones biopsicosociales en la vida de la mujer, definiendo a la salud mental no solo por la ausencia de una psicopatología, sino por la capacidad del organismo para gestionar el estrés, reconfigurar su identidad y establecer un vínculo afectivo seguro con el recién nacido (Contreras-Carreto et al., 2022). Según Alicia Oiberman et al. (2024) esta etapa va más allá que un diagnóstico clínico tradicional, enfocándose en la adaptación de la mujer frente a las exigencias del entorno familiar y social. Esta perspectiva coincide con la propuesta de Psicología Perinatal Intersaberes de Mirta Videla, expandiendo la dimensión temporal del puerperio de los cuarenta días clínicos a un proceso de reestructuración psíquica que se puede extender hasta los dos años (Torales et al., 2025). Desde una perspectiva sistémica, el equilibrio psicológico de la madre establece los cimientos de la capacidad de respuesta hacia el lactante, siendo necesario fomentar un vínculo temprano saludable y garantizar sistemas de apoyo eficaces para atenuar la vulnerabilidad de la mujer ante los trastornos emocionales (García-Pintor et al., 2024; Giménez et al., 2025).

Para una mejor comprensión, resulta esencial explicar el marco de la Teoría Bioecológica del Desarrollo Humano, la cual postula que el bienestar psíquico es el resultado de la interacción dinámica entre el individuo y múltiples sistemas ambientales interconectados, donde factores como el apoyo social y la autoeficacia juegan un papel protector (Patiño et al., 2024). Este modelo, propuesto originalmente por Bronfenbrenner y adaptado a la clínica perinatal por investigadoras como Ibone Olza, organiza la experiencia de la maternidad en capas que permiten

analizar el entorno de forma integral (Olza et al., 2021). En el nivel más inmediato se sitúa el microsistema, que constituye el núcleo vincular de la díada madre-bebé y la unidad familiar; en este estrato, la salud mental está supeditada a la calidad del apego y a la disponibilidad afectiva, factores críticos para la estabilidad emocional del infante y la consolidación de la identidad materna (Oberman et al., 2024). Por su parte, el exosistema refiere a las interconexiones entre los diversos microsistemas, donde una coordinación interdisciplinar efectiva entre los servicios de obstetricia, neonatología y salud mental es determinante para evitar la fragmentación de la atención y asegurar un acompañamiento sistémico (Contreras-Carreto et al., 2022).

Más allá del entorno directo, el bienestar perinatal se ve influenciado por el exosistema, que comprende contextos en los que la mujer no participa activamente, pero que ejercen una influencia mediata en su psiquismo, tales como las políticas de licencia de maternidad, la estabilidad laboral y la accesibilidad a servicios de salud comunitaria (Tzitoridou-Chatzopoulou et al., 2024). Estas estructuras operan bajo el manto del macrosistema, el cual engloba los marcos ideológicos, valores y paradigmas socioculturales que rigen la maternidad; es en este nivel donde se dirimen tensiones fundamentales sobre los derechos reproductivos y se identifica el impacto de la violencia obstétrica como una transgresión institucional (Correa- de -Araujo y Yoon, 2021). Finalmente, el cronosistema introduce la dimensión temporal e histórica, permitiendo evaluar cómo eventos de gran escala o transiciones específicas del desarrollo, como la maternidad adolescente, alteran la resiliencia del sistema familiar y la trayectoria de la salud mental a lo largo del tiempo (Patiño et al., 2025).

Desde una perspectiva biológica, la salud mental perinatal radica en la compleja interacción bidireccional entre el sistema endocrino y el sistema nervioso central durante los periodos de transición reproductiva. Las fluctuaciones drásticas en las concentraciones de

estrógenos y progesterona, fenómeno descrito en la literatura como la "montaña rusa de las hormonas ováricas", funcionan como reguladores críticos de procesos fundamentales como la plasticidad sináptica, la neurogénesis, la neuroinflamación y la neuroprotección (Moreno-Arrobo, 2025). Un postulado fundamental en este ámbito es el de la sensibilidad diferencial, el cual sostiene que la susceptibilidad a desarrollar trastornos del estado de ánimo en este período no depende de los valores hormonales absolutos, sino de una respuesta neurofisiológica idiosincrásica y anómala ante variaciones fisiológicas normales (Maguire et al., 2020).

Factores asociados a la Salud Mental en el Posparto

Factores protectores

Durante el posparto, la transición a la maternidad desencadena diversos procesos fisiológicos que actúan como defensas para preservar la integridad psicológica de la madre, ya que el cerebro materno experimenta una fase de extrema neuroplasticidad y reestructuración funcional. Al contrario de un déficit cognitivo, la materia gris optimiza las áreas encargadas del procesamiento social y la empatía, permitiendo a la madre entienda las señales del recién nacido, que además de facilitar el cuidado del infante le ayudan a mediar con las nuevas demandas del entorno (Barba-Muller et al., 2019; Li, 2022)

Por lo tanto, esta adaptación cerebral está vinculada con la regulación del sistema neuroendocrino, mediante la acción de la oxitocina y la estabilización del eje hipotalámico-pituitario-adrenal (HPA). Según la literatura sobre neurobiología materna, la oxitocina es liberada durante el contacto piel con piel y la lactancia, lo cual ejerce efectos ansiolíticos naturales que amortiguan la respuesta al estrés (Olza et al., 2021; Orchard et al., 2023). Al funcionar correctamente, se reduce la respuesta al cortisol, protegiendo a la madre de la ansiedad

patológica y establece una protección fisiológica de calma que favorece el bienestar emocional durante el puerperio (Maguire et al., 2020).

Sin embargo, el funcionamiento adecuado de los mecanismos neurobiológicos y endocrinos depende de un sustento metabólico riguroso provisto por nutrientes esenciales. Las investigaciones en salud colectiva mencionan que la ingesta de compuestos neuroprotectores, como los polifenoles y los ácidos grasos esenciales, son un factor protector determinante contra el estrés oxidativo cerebral, que no solo preservan la integridad de las funciones ejecutivas y la memoria de la madre, sino que influyen en la composición lipídica de la leche materna, estableciendo un sistema de refuerzo biológico que salvaguarda el equilibrio cognitivo de la mujer (Canul-Euan et al., 2024).

Es por lo que, los factores biológicos como la neuroplasticidad adaptativa, la regulación hormonal de la oxitocina y la proporción nutricional, no actúan de forma aislada, sino como un sistema integrado de resiliencia (Moreno-Arrobo, 2025). Una interacción armoniosa entre estos mecanismos permite que el cuerpo y la mente de la madre se recuperen del esfuerzo del parto y se preparen para la crianza. La salud mental posparto se ve protegida cuando los procesos de compensación biológica neutralizan los estresores ambientales (Olza et al., 2021).

Por otro lado, la autoestima y la autoeficacia materna forman parte de los recursos internos y son los predictores psicológicos más importantes para el bienestar materno. La autoeficacia se refiere a la confianza de la madre en su capacidad para realizar de manera adecuada las tareas de cuidado y crianza, actúa como un mecanismo de protección cognitiva reduciendo así la percepción del estrés (Patiño et al., 2024). Según las investigaciones, una alta valoración personal permite que la mujer perciba los desafíos del puerperio no como amenazas,

sino como situaciones gestionables, previniendo así la aparición de la sintomatología depresiva y fortaleciendo la resiliencia emocional (Torales et al., 2025).

Inclusive, el estilo de afrontamiento y la flexibilidad cognitiva orientados a la solución de conflictos se asocia a una reducción significativa de la sintomatología ansiosa, esta capacidad se va fortaleciendo a través de la reestructuración cognitiva, la cual hace que la madre asimile los retos de esta etapa como oportunidades de maduración. Al combinar la disponibilidad optimista y la sensación de competencia respecto a las demandas del neonato, actúan como moderadores psicológicos, protegiendo el equilibrio emocional en ambientes de estrés (Nelhs et al., 2024; Zaman et al., 2025). Además, el establecimiento de un lazo afectivo primario y la estructuración de la identidad materna se consolidan como componentes protectores esenciales en el puerperio. La formación de un apego seguro con el recién nacido no solo favorece el desarrollo infantil, sino que potencia la percepción de valía personal y el bienestar subjetivo de la mujer. Una transición armoniosa hacia el nuevo rol materno genera una sensación de realización que mitiga el desgaste físico. Esta coherencia interna, unida a una visión realista de la maternidad que elude las idealizaciones sociales, actúa como un escudo para la salud mental frente a las expectativas externas (Qi et al., 2025; Sanchez et al., 2025).

Desde una perspectiva socio comunitaria, el apoyo social es un recurso externo importante para la estabilidad emocional de la madre, cabe recalcar que no se limita a la existencia de una red de contactos sino a la calidad y disponibilidad de ayuda emocional y logística que puedan brindar. El acompañamiento de la pareja y la familia extendida actúa como un moderador del estrés y reduce la incidencia de ansiedad, si el entorno valida las experiencias de la mujer y comparte las exigencias de la crianza, permite que la puérpera tenga espacios de

descanso y recuperación esenciales para prevenir el agotamiento materno o burnout (Sanchez et al., 2025).

También, el acceso a los servicios de salud y redes de apoyo institucional constituyen un pilar de protección, ya que la participación en grupos de apoyo de pares y el seguimiento constante por parte de profesionales de la salud facilitan el paso de las crisis vitales que son propias de la etapa del puerperio. Estas redes proporcionan un espacio de seguridad donde la madre puede expresar sus vulnerabilidades sin temor al juicio social, lo que refuerza su sentimiento de pertenencia y disminuye el aislamiento. La evidencia sugiere que la detección temprana y el acompañamiento comunitario son determinantes para mitigar los riesgos derivados de entornos socioeconómicos desfavorables, actuando como un colchón de seguridad ante la precariedad (Contreras-García et al., 2017; Sanchez et al., 2025).

Por último, la calidad de la relación de pareja es tan importante como las anteriores, la corresponsabilidad es un factor de alto impacto, si es que la dinámica de la pareja se basa en la comunicación asertiva y la distribución equitativa de las tareas en el hogar, protegen la salud mental de la mujer al evitar la sobrecarga de roles. Cuando la madre percibe una alianza sólida, se genera un ambiente de seguridad afectiva que favorece la regulación emocional mutua. Este soporte relacional, sumado a un entorno social que promueva políticas de maternidad justas, garantiza una transición hacia la crianza más equilibrada, preservando la integridad psíquica de la madre frente a las presiones de la vida cotidiana (Qi et al., 2025; Romero et al., 2018).

Factores de riesgo

La vulnerabilidad biológica durante este proceso está marcada por la fluctuación de los esteroides gonadales. Según la revisión sobre neurobiología materna, la brusca caída de los niveles de estrógenos y progesterona después del parto puede desestabilizar la sensibilidad de los

receptores de neurotransmisores, particularmente el sistema GABAérgico y serotoninérgico. La inestabilidad neuroquímica es un factor de riesgo alto que puede predisponer a la aparición de depresión posparto, especialmente en mujeres con una sensibilidad hormonal preexistente que puede dificultar la recalibración del sistema nervioso central. A esto se le suma el estrés oxidativo y la inflamación sistémica, ya que el cuerpo de la mujer tras el parto atraviesa un fuerte estrés físico y metabólico. Si no hay suficientes antioxidantes, como los polifenoles, para contrarrestar este proceso, se pueden producir efectos graves, como la carencia de micronutrientes esenciales y o la aparición de compuestos antioxidantes como los polifenoles constituye un riesgo biológico significativo. La falta de estos elementos impide la neutralización de radicales libres generados durante el estrés del parto y el agotamiento del puerperio, lo que puede derivar en un deterioro de las funciones ejecutivas y una mayor labilidad emocional, al no contar el cerebro con los recursos metabólicos necesarios para su protección (Díaz-González, 2024; Olza, 2021).

Además, las alteraciones en la conectividad estructural y funcional del cerebro pueden representar un riesgo si los procesos de plasticidad no se desarrollan de forma adaptativa. Aunque la "matrescencia" es un proceso protector, se menciona que las desviaciones en estos cambios neuroanatómicos son posiblemente mediadas por un eje hipotálamo-pituitario-adrenal (HPA) crónicamente hiperactivo que pueden aumentar la vulnerabilidad psíquica. Cuando la respuesta biológica al estrés se vuelve disfuncional, se compromete la capacidad de respuesta de la madre, transformando una fase de adaptación natural en un periodo de alto riesgo para el desarrollo de psicopatologías (Orchard et al., 2023).

Por otro lado, uno de los factores de riesgo psicológicos más determinantes es la baja autoeficacia materna y la presencia de expectativas irreales, ya que la percepción de la madre

sobre su propia incapacidad para manejar las demandas del recién nacido genera un estado de vulnerabilidad cognitiva. Este fenómeno se ve agravado por el perfeccionismo y las distorsiones sobre la "maternidad ideal", donde cualquier desviación de la norma autoimpuesta es interpretada como un fracaso personal. Esta rumiación negativa y la falta de confianza en las propias competencias actúan como un motor de ansiedad que erosiona la estabilidad emocional durante el puerperio (Qi et al., 2025).

Asimismo, los estilos de afrontamiento desadaptativos constituyen una vulnerabilidad psicológica crítica. Diversos artículos, señalan que las madres que recurren a la evitación o a la negación ante el estrés tienden a presentar una mayor sintomatología depresiva (Contreras-Carreto et al., 2022). En lugar de procesar los desafíos del posparto de manera proactiva, estas mujeres se ven desbordadas por la carga emocional, lo que impide una regulación afectiva saludable. Esta dificultad se intensifica cuando existen antecedentes de inestabilidad emocional o trastornos del ánimo previos, los cuales sensibilizan la respuesta psíquica frente a los cambios drásticos del entorno tras el parto (Maguire et al., 2020; Andrade-Rebolledo, 2021).

Por lo tanto, la ambivalencia afectiva y la dificultad en la consolidación de la identidad materna representan riesgos significativos para la integridad mental. El surgimiento de sentimientos contradictorios hacia el bebé, sumado a la culpa por no experimentar una gratificación inmediata, puede generar una crisis de identidad profunda. De acuerdo con las investigaciones, este conflicto interno dificulta el establecimiento de un vínculo seguro y promueve un estado de desesperanza. Si la madre no logra integrar su nueva faceta con su autoconcepto previo, se produce un quiebre psicológico que facilita la transición de malestar temporal hacia cuadros clínicos de mayor severidad (Orchard et al., 2023).

Así mismo, el factor de riesgo social mayoritario es el déficit en el apoyo social percibido, entendido no solo como la ausencia de personas cercanas, sino como la falta de ayuda práctica y emocional efectiva. El aislamiento social durante el puerperio es un predictor crítico de ansiedad. La carencia de una red de apoyo (pareja, familia o comunidad) que valide las emociones de la madre y comparta las tareas del cuidado infantil genera una sobrecarga que agota los recursos de afrontamiento, dejando a la mujer en una situación de vulnerabilidad ante la depresión. Inclusive, la disfuncionalidad en la relación de pareja y la ausencia de corresponsabilidad constituyen estresores sociales de alto impacto. Investigaciones señalan que una dinámica relacional caracterizada por el conflicto o por la falta de apoyo instrumental del conviviente incrementa la probabilidad de psicopatología posparto. Cuando la madre asume de forma solitaria las responsabilidades domésticas y de crianza, se produce un fenómeno llamado soledad acompañada, donde la presión por cumplir con múltiples roles sin respaldo externo deriva en un estado de estrés crónico que compromete su integridad psíquica (Andrade-Rebolledo, 2021; Sanchez et al., 2025).

Hablando sobre la falta de apoyo social, la soltería materna puede llegar a ser un estresor psicosocial de alto impacto y alterando la transición biopsicosocial del puerperio. La falta de una pareja estable no es solo una condición civil, sino una carencia de apoyo confidencial y emocional, constituyendo un predictor primario de sintomatología depresiva y ansiosa. Al no contar con una figura de apoyo inmediata para compartir la crianza, se presenta una mayor vulnerabilidad a la activación autonómica constante, como taquicardia e insomnio, porque la madre se mantiene en alerta hasta cuando el neonato duerme (Kim y Kim, 2020).

El riesgo en madres solteras se puede manifestar en tres dimensiones, la primera es el déficit de resiliencia y apoyo social, ya que se asocia la soltería con un estrés parental elevado,

donde la percepción de soledad agota las reservas de neurotransmisores reguladores, transformando la respuesta de protección natural en un obstáculo para la diada. Por otro lado, está la inestabilidad en la reestructuración psíquica al considerar esta etapa como una reconfiguración de la identidad, siendo este proceso más traumático debido a la sobrecarga de responsabilidad única, lo que aumenta el riesgo de pensamientos intrusivos egodistónicos por el miedo paralizante a no poder proteger al infante sin ayuda y como tercer lugar se encuentra la unión entre el bajo nivel educativo y la inestabilidad económica que pueden disparar el cortisol e incrementar la probabilidad de un diagnóstico clínico en comparación de quienes si lo tienen (Kim y Kim, 2020; Andrade-Rebolledo, 2021).

Trastornos Emocionales en el Posparto

Los trastornos emocionales del posparto se definen como una disrupción en los procesos de plasticidad cerebral y adaptación neuroendocrina que caracterizan la transición a la maternidad. No se trata simplemente de una reacción al estrés, sino de un fenómeno psicopatológico derivado de la falla en la recalibración del sistema nervioso central tras el parto. Durante esta etapa, el cerebro materno atraviesa una remodelación estructural profunda, conocida como matrescencia, que se ve interferida por factores estresores, puede derivar en cuadros clínicos donde la regulación del afecto y la respuesta al miedo se vuelven disfuncionales (Orchard et al., 2023).

Desde una perspectiva fisiopatológica, estos trastornos se fundamentan en la vulnerabilidad del eje hipotálamo-pituitario-adrenal (HPA) y la sensibilidad a los esteroides gonadales, ya que la incapacidad de los receptores de neurotransmisores, como el GABA, para adaptarse al retiro brusco de la progesterona y el estrógeno crean un sustrato biológico de inestabilidad. Esta condición se manifiesta clínicamente como un espectro de síntomas que

alteran la capacidad de la madre para procesar estímulos gratificantes y gestionar de manera ineficaz las señales de amenaza, lo que se traduce en estados persistentes de ansiedad o depresión. Es así como, estos trastornos se distinguen de otras patologías psiquiátricas por su carácter relacional y evolutivo. Al ocurrir en un periodo crítico para el desarrollo del neonato, la sintomatología emocional de la madre se caracteriza por la fatiga crónica, el aplanamiento afectivo o la hipervigilancia, que impactan directamente en la calidad del cuidado y la sincronía diádica (Garapati et al., 2023; Orchard et al., 2023).

Depresión Posparto

En el análisis de la salud mental puerperal, es importante diferenciar inicialmente la disforia posparto o baby blues de la depresión clínica. La disforia se define como una respuesta fisiológica y emocional transitoria que afecta aproximadamente al 80% de las mujeres en los días inmediatos al alumbramiento. Según estudios, este estado surge de la drástica fluctuación de los esteroides gonadales, provocando labilidad afectiva, llanto fácil e irritabilidad. A diferencia de la patología depresiva, los baby blues no impiden la funcionalidad de la madre ni el cuidado del neonato, y su resolución suele ser espontánea dentro de las primeras dos semanas posparto, una vez que el sistema endocrino alcanza una nueva homeostasis (Sanabria et al., 2022).

Sin embargo, cuando la sintomatología persiste más allá de los 14 días o aumenta en intensidad, la experiencia transitoria de los baby blues puede evolucionar hacia una Depresión Posparto (DPP) (Garapati et al., 2023). En este punto, el fenómeno deja de ser una respuesta adaptativa para convertirse en un trastorno neurobiológico caracterizado por la desregulación persistente del eje hipotálamo-pituitario-adrenal (HPA). Mientras que en la disforia la madre mantiene la sensibilidad hacia el lactante, en la DPP se presenta una anhedonia profunda y una desconexión afectiva que compromete la sincronía diádica. Esta transición se ve facilitada por la

presencia de inflamación sistémica y estrés oxidativo, factores que cronifican el malestar e impiden la recuperación natural del cerebro materno (Orchard et al., 2023).

En otras palabras, se debe reconocer que la presencia de baby blues intensos es, en sí misma, un factor de riesgo para el desarrollo de una depresión mayor si no se cuenta con un soporte social robusto. La incapacidad del cerebro para transitar de la hipervigilancia inicial, que es típica de la disforia, a una regulación emocional estable sugiere una falla en los procesos de plasticidad neural de la "red materna". Por tanto, la distinción entre ambos es que la disforia es la norma biológica del ajuste posparto, mientras que la depresión es la complicación sistémica que requiere intervención clínica interdisciplinaria para preservar la integridad psíquica de la madre y el desarrollo del infante (Gopalan et al., 2022; Orchard et al., 2023).

Al revés que los baby blues, la depresión posparto se define como un trastorno del ánimo complejo que trasciende la respuesta emocional transitoria, constituyéndose como una falla en los mecanismos de adaptación del sistema nervioso central, este cuadro clínico se origina por una desregulación del eje hipotálamo-pituitario-adrenal (HPA) y una alteración en la sensibilidad de los receptores de neurotransmisores tras el retiro abrupto de los esteroides gonadales. Esta inestabilidad endocrina afecta la plasticidad de regiones cerebrales críticas, como la corteza prefrontal y el hipocampo, lo que deriva en una incapacidad persistente para regular el afecto y gestionar las demandas cognitivas de la crianza (Sanabria et al., 2022).

Desde una perspectiva metabólica y sistémica, la DPP está estrechamente vinculada a la neuroinflamación y al estrés oxidativo, porque la carencia de nutrientes neuro protectores, como los polifenoles y ácidos grasos esenciales, permite que las citocinas proinflamatorias atraviesen la barrera hematoencefálica. Esta activación inmunológica en el cerebro interrumpe la síntesis de serotonina y dopamina, provocando síntomas de "conducta de enfermedad" que se manifiestan

como fatiga crónica, anhedonia y una "neblina mental" que dificulta el procesamiento de información y la toma de decisiones básicas (Olza et al., 2021).

En el plano cognitivo, la depresión posparto se distingue por la presencia de rumiación negativa y distorsiones sobre la autoeficacia. La madre experimenta una carga desproporcionada de culpa egodistónica, a menudo acompañada de pensamientos intrusivos de daño que, aunque no se ejecutan, generan altos niveles de angustia e hipervigilancia. Esta alteración en la red de cognición social del cerebro reduce la respuesta ante los estímulos gratificantes del recién nacido, lo que debilita la motivación materna y crea una percepción de insuficiencia que refuerza el ciclo depresivo (Orchard et al., 2023).

Cabe recalcar, que la persistencia de este trastorno compromete la sincronía diádica y el desarrollo del vínculo. Al verse alterada la sensibilidad materna, las interacciones con el neonato pueden volverse erráticas, intrusivas o distantes, lo que interrumpe la comunicación biológica y afectiva entre ambos. Esta ruptura en el sistema de cuidado no solo prolonga el malestar psíquico de la mujer, sino que se considera un factor de riesgo evolutivo para el infante, subrayando la necesidad de un enfoque terapéutico que integre la estabilización neuroquímica con el apoyo psicoterapéutico y nutricional (Weiss y Xu, 2024).

Ansiedad Posparto

La ansiedad en el periodo posparto se conceptualiza como una hiperreactividad patológica de los sistemas de vigilancia biológica, que originalmente están destinados a asegurar la protección y supervivencia del recién nacido (Santiago-Sanabria et al., 2022). Cuando estos mecanismos de alerta operan bajo una desregulación de la amígdala y una falla en los mecanismos de control inhibitorio de la corteza prefrontal, dejan de ser adaptativos, es decir, pueden pasar de una preocupación funcional hacia una respuesta de alerta constante generando

una activación autonómica persistente que, a diferencia de la labilidad emocional transitoria, compromete la estabilidad psíquica de la madre incluso del lactante (Charlo-Saldaña, 2022; Drake et al., 2024).

Dentro de este espectro, el Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) se caracteriza por la presencia de pensamientos intrusivos y recurrentes, u obsesiones, que resultan estrictamente egodistónicos, generando rituales de neutralización como el lavado, el orden y principalmente la verificación o chequeo constante. Hallazgos recientes demuestran una correlación significativa entre los síntomas del TOC y el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), sugiriendo que la exposición previa a eventos traumáticos y los síntomas de estrés actuales predicen la severidad de las obsesiones y las estrategias de control adaptativas en la madre (Drake et al., 2024).

Por su parte, el TEPT vinculado al parto surge tras una experiencia de alumbramiento percibida como una amenaza a la integridad física o emocional, con una prevalencia que oscila entre el 4.6% y el 6.3% en partos a término (Charlo-Saldaña, 2022). Este riesgo se incrementa drásticamente ante situaciones de violencia obstétrica, falta de apoyo social y el uso de procedimientos invasivos o instrumentalizados, factores que actúan como disparadores de reexperimentación o reviviscencia, que también se manifiestan a través de recuerdos intrusivos y dolorosos que irrumpen involuntariamente en la conciencia de la madre. Estas vivencias suelen acompañarse de reacciones disociativa o flashbacks que generan una intensa angustia ante estímulos que recuerdan el evento, comprometiendo la sensibilidad materna y la consolidación del vínculo afectivo (Charlo-Saldaña, 2022; Grasa-Marial y Germano, 2023).

Con respecto a lo mencionado anteriormente, la evidencia destaca que, en poblaciones con antecedentes de trauma reproductivo, o la pérdida gestacional, la vulnerabilidad hacia estos

episodios de evocación involuntaria puede aumentar significativamente, alcanzando una prevalencia del 21,7% (Fernández-Ordoñez et al., 2020).

Capítulo 2

Metodología

Tipo de investigación

El presente estudio corresponde a una revisión de alcance (scoping review), cuyo objetivo es mapear, sintetizar y describir la evidencia científica disponible sobre los trastornos emocionales en el posparto. Las revisiones de alcance son ideales para abordar áreas de estudio extensas, diversas o en desarrollo. Su objetivo principal es mapear conceptos fundamentales, tipos de evidencia y lagunas en el conocimiento, sin buscar medir el impacto de intervenciones ni determinar causas y efectos. Además, la investigación se realizó siguiendo las directrices de la declaración PRISMA-ScR 2020.

Objetivos

Objetivo general

Realizar búsquedas sobre artículos que hablen de los trastornos emocionales en el posparto.

Objetivos específicos

Describir artículos sobre la sintomatología en el posparto y sus factores asociados.

Criterios de elegibilidad

Con el fin de garantizar la pertinencia y calidad de la evidencia incluida en la revisión, se establecieron criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión

- Artículos empíricos y teóricos (cuantitativos, cualitativos o mixtos).
- Publicaciones entre los años 2015 al 2025.
- Publicaciones que abordan explícitamente los trastornos emocionales en el posparto.
- Estudios que describen la sintomatología de los trastornos emocionales en las mujeres en el puerperio y los factores asociados.
- Artículos de acceso libre publicados en revistas científicas indexadas.

Criterios de exclusión

- Documentos que no abordaban el posparto como eje central del análisis.
- Escritos que se centran exclusivamente en la etapa de preconcepción, o gestación.
- Artículos que presentaban como población principal al neonato.

Fuentes de información

Para la identificación de los artículos se utilizó la opción de búsqueda avanzada en las bases de datos PubMed y Web of Science (WOS). Adicionalmente, se consultaron documentos oficiales de organismos internacionales, como la Organización Mundial de la Salud (OMS), por su relevancia en la prevalencia de los trastornos emocionales en el posparto a nivel mundial.

Estrategia de búsqueda

La identificación de los estudios se realizó mediante búsquedas avanzadas utilizando operadores booleanos y términos controlados en español e inglés. La estrategia de búsqueda empleada fue: ("Depression"[Mesh]) AND ("Anxiety"[Mesh]) OR ("Affective Symptoms"[Mesh]) AND ("Postpartum Period"[Mesh]). Los términos se combinaron mediante los operadores AND y OR según las especificidades de cada base de datos. Se aplicaron filtros por año de publicación (2015–2025), tipo de documento (artículos científicos) e idioma (español e inglés). El proceso de búsqueda se llevó a cabo entre octubre y noviembre de 2025.

Proceso de selección de estudios

Los registros obtenidos de la búsqueda en las dos bases de datos seleccionadas se exportaron en formato Bibtex al gestor bibliográfico Zotero. Tras el cotejo de las referencias, se confirmó la ausencia de documentos duplicados, por lo que la totalidad de los artículos fueron exportados a una matriz de Microsoft Excel para iniciar la fase de evaluación.

Proceso y estrategia de extracción de datos

El proceso de extracción de datos se llevó a cabo mediante un procedimiento de cribado estructurado en tres fases consecutivas, ejecutado por dos revisores independientes para garantizar el rigor metodológico y minimizar el riesgo de sesgo de selección. Tras verificar la ausencia de documentos duplicados en la fase previa, la totalidad de las referencias fueron evaluadas técnicamente utilizando una matriz de Microsoft Excel.

En la primera etapa, se realizó una revisión por título, descartando aquellos artículos que no guardaban relación temática con el objeto de estudio. Posteriormente, los registros preseleccionados fueron sometidos a un segundo nivel de análisis mediante la lectura de sus

resúmenes, con el fin de contrastar su contenido con los criterios de inclusión y exclusión establecidos. Finalmente, se procedió a la lectura crítica a texto completo de los documentos restantes para confirmar su elegibilidad definitiva e idoneidad para la revisión.

Durante todo el proceso los revisores trabajaron de manera autónoma, en los casos que se presentaron discrepancias o falta de consenso sobre la inclusión de algún estudio en particular, las diferencias se resolvieron mediante el diálogo técnico y el acuerdo mutuo entre ambos evaluadores, asegurando que la muestra final cumpliera estrictamente con los parámetros del protocolo.

Síntesis de resultados

La síntesis de los resultados se llevó a cabo mediante un análisis descriptivo y narrativo, ordenando la evidencia en ejes temáticos emergentes derivados del contenido de los estudios incluidos detectados en la literatura entre 2015 al 2025. Lo que permitió mapear las lagunas de conocimiento sobre el tema, señalando áreas que requieren mayor investigación en el ámbito de la salud mental en el posparto.

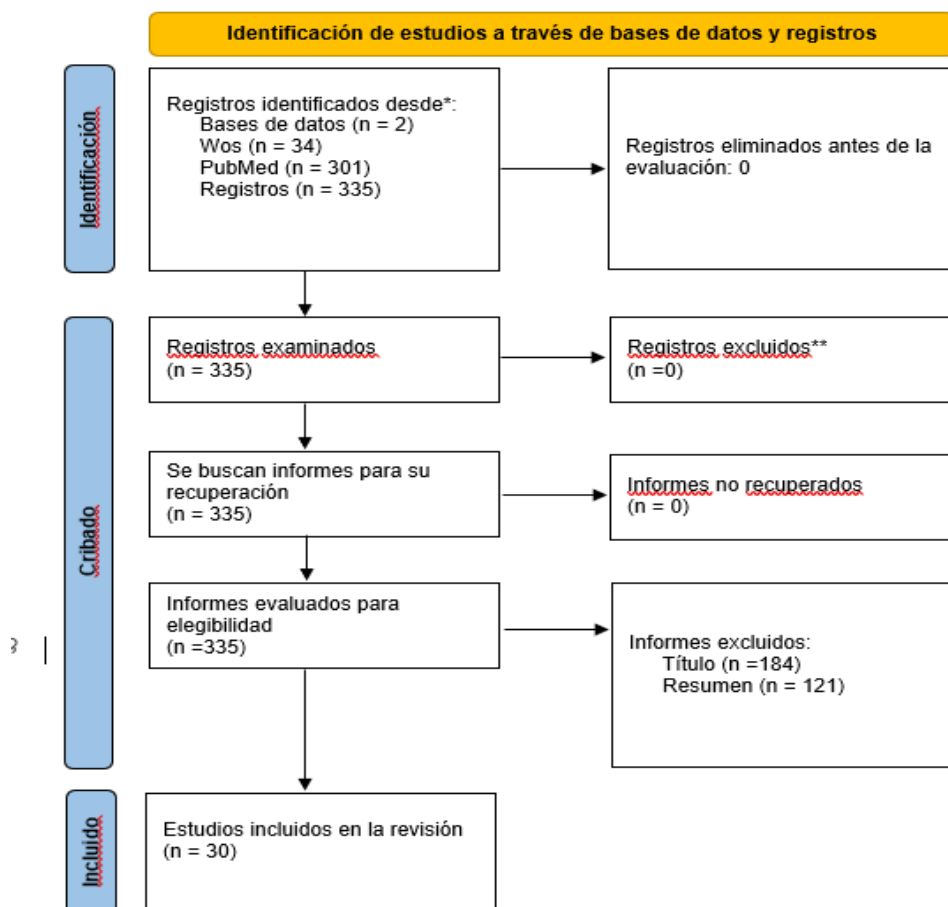
Capítulo 3

Resultados

El presente capítulo expone los principales resultados obtenidos a partir de la revisión de alcance de literatura científica sobre los trastornos emocionales en el posparto. El análisis se realizó sobre un total de 30 artículos empíricos y teóricos, publicados entre 2015 y 2025, seleccionados conforme a los lineamientos del protocolo PRISMA-ScR (Figura 1).

Figura 1

Diagrama de Flujo PRISMA-ScR



Nota. Elaboración propia, basada en PRISMA-ScR, Tricco et al., 2018

Los resultados se organizan en cuatro ejes principales: (a) prevalencia y cronicidad de la sintomatología emocional, (b) factores asociados, (c) perfiles de comorbilidad y diagnóstico e (d) impacto en el vínculo maternofilial. Todos los artículos derivados de esta investigación se encuentran recogidos en el apartado de Anexos (Ver anexo 1).

Prevalencia y cronicidad de la sintomatología emocional

Los hallazgos científicos actuales revelan que los trastornos emocionales durante el puerperio son procesos dinámicos cuya incidencia fluctúa drásticamente según el contexto geográfico y el tiempo transcurrido desde el parto. A nivel mundial la prevalencia de depresión y ansiedad posparto van a la par, los picos pueden ocurrir tanto en el primer como el tercer trimestre de embarazo y los primeros seis meses posparto. Además, se habla que el riesgo psicopatológico puede persistir o intensificarse al año del parto e incluso extenderse hasta los ocho años tras el nacimiento (Yeo y Park et al., 2022; Ou Lu et al., 2025; Raina et al., 2024).

En países como México y Perú, la prevalencia de la DPP alcanza niveles preocupantes, situándose entre el 13.9% y el 21.3% de las púerperas (Genchi-Gallardo et al., 2021; Leveau-Barta et al., 2024). Estos datos reflejan que la salud mental en esta etapa esta atravesada por desigualdades estructurales, como una mayor vulnerabilidad en países de bajos ingresos y transiciones de salud que condicionan la experiencia de la púerpera (Ameyaw et al., 2024). Mientras tanto, un estudio que comparó la sintomatología depresiva en el posparto en tres continentes distintos destacó que Vietnam tiene la prevalencia más alta de síntomas con un 33%, duplicando las cifras de Dinamarca y Tanzania (Wesselhoeft et al., 2020). Por otro lado, un estudio en EE. UU. que indagó la sintomatología emocional durante el embarazo y posparto en mujeres latinas presenta una prevalencia en el primer trimestre del 13.6% bajando su prevalencia en el posparto mientras que en las mujeres afroamericanas los niveles son estables y rodean el

6%. En cambio, la depresión no varió, demostrando así la importancia de un cribado desde el primer trimestre de embarazo (Wenzel et al., 2021).

Cabe recalcar que en EE. UU. la prevalencia de la sintomatología ansiosa es mayor con una incidencia del 25.4%, mientras que en China el porcentaje es menor rondando en un 15.2%, por su parte la DPP tiene los mismos porcentajes en ambos países aproximadamente el 23%, a esto se le suma que la incidencia de estrés postraumático en el país norte americano es del 5.1%. Sin embargo, en Australia el porcentaje de madres que presentan comorbilidad de ansiedad y depresión es de un 13.4%, presentando síntomas más severos que quienes solo padecían un trastorno (Howard et al., 2023; Ramakrishna., 2019).

Factores asociados

La aparición y persistencia de la psicopatología en el posparto responde a una interacción compleja entre variables biopsicosociales. En el campo neuroendocrino existe una relación recíproca entre los niveles de oxitocina y la severidad de los síntomas depresivos, sugiriendo que esta hormona actúa como un modulador del estado de ánimo tras el parto, mientras que los bajos niveles se asocian a una mayor presencia de síntomas depresivos (Thul et al., 2020). Con respecto a la respuesta fisiológica del estrés, los resultados muestran una diferenciación clara en función del cuadro psicopatológico presentado. Por un lado, está la sintomatología depresiva que se vincula con niveles de cortisol más elevados, mientras que la ansiedad se asocia con una producción de cortisol total reducida. Esta diferencia sucede porque el eje hipotalámico-hipofisiario-adrenal no es uniforme en el puerperio, sino que manifiesta perfiles hormonales desiguales para la depresión y la ansiedad (Weiss y Xu, 2024).

A esto se le suma los antecedentes del neurodesarrollo, como el historial de TDAH, que se identifica como un factor de riesgo significativo que puede permanecer activo durante la

transición a la maternidad, esta conexión se explica por el nivel de las demandas del posparto, ya que el cuidado del recién nacido requiere organización, atención y gestión del tiempo, siendo áreas que representan desafíos en personas con esta condición. También, está presente la desregulación emocional en las personas con TDAH, que al coexistir con los cambios hormonales correspondientes del posparto el riesgo de que sobrepase al umbral clínico es mayor (Andersson et al., 2023; Fanjul et al., 2024).

No obstante, la estabilidad emocional a largo plazo puede anticiparse mediante indicadores detectados en etapas tempranas, un factor determinante es que la ansiedad-rasgo que es evaluada a los tres meses después del parto, posicionándose como un predictor importante de la psicopatología posparto al cumplirse el primer año de vida del infante. Este componente tiene una capacidad predictiva mayor a las variables medicas o sociodemográficas tradicionales, demostrando la importancia de evaluar la sintomatología ansiosa previa de la mujer para prevenir cuadros crónicos a los 12 meses tras el alumbramiento (Molgora et al., 2022; Bina y Harrington, 2017).

Con respecto a la respuesta fisiológica del estrés, los resultados muestran una diferenciación fisiológica clara en función del cuadro psicopatológico presentado. Mientras que la sintomatología depresiva se vincula a niveles de cortisol más elevados, la ansiedad se asocia con una producción de cortisol total reducida. Como se menciona anteriormente, esta diferencia sucede porque el eje hipotalámico-hipofisario-adrenal no es uniforme en el puerperio, sino que manifiesta perfiles hormonales desiguales tanto para la depresión como para la ansiedad (Weiss y Xu, 2024).

Se puede señalar, que la experiencia subjetiva del nacimiento se posiciona como un predictor determinante, una vivencia de parto percibida como negativa o traumática se vincula a

la aparición de la sintomatología ansiosa y TEPT, superando en relevancia a las variables médicas o sociodemográficas (Bdier et al., 2020; Ogallar et al., 2025). Estos cuadros se ven alterados a causa de la falta de apoyo familiar y social, dificultades en la lactancia, el tabaquismo previo, la precariedad económica, la separación del neonato y las diferencias en la atención primaria limitan la capacidad de recuperación de la madre (Ameyaw et al., 2024; Baena, 2018; Bohren et al., 2024).

En cuanto a los factores protectores, la autoestima y el apoyo social se consolidan como los mediadores más importantes entre el estrés y la salud mental de la madre, porque un sistema de apoyo sólido reduce la probabilidad de desarrollar sintomatología depresiva facilitando la diferenciación de las trayectorias de recuperación. No obstante, se ha identificado un fenómeno particular denominado la "paradoja de la resiliencia", donde niveles extremadamente altos de resiliencia medidos durante la etapa prenatal pueden influir inesperadamente en la aparición de síntomas de TEPT si la realidad del nacimiento no cumple con las expectativas previas de la mujer (Bdier et al., 2023; Yeo y Park, 2022). A estos recursos internos se suma la importancia del entorno inmediato, donde la estabilidad familiar y una adecuada calidad del sueño operan como recursos críticos que permiten gestionar la transición del posparto, mitigando el riesgo de que los síntomas iniciales evolucionen hacia una patología clínica (Santos y Rattner, 2025; Okun et al., 2018).

Por el contrario, existen factores de riesgo transversales que agravan la vulnerabilidad materna, destacando la ansiedad experimentada durante el embarazo como uno de los predictores de riesgo clínico severo. La evidencia señala que la sintomatología ansiosa prenatal no solo antecede a los trastornos del posparto, sino que se posiciona como un predictor significativo de la

ideación suicida tras el nacimiento. Asimismo, el bienestar emocional se ve condicionado por el estado físico y el entorno social (Schafer et al., 2024).

Perfiles de comorbilidad y diagnóstico

Los resultados demuestran que tras el nacimiento la manifestación predominante de vulnerabilidad es la comorbilidad entre ansiedad y depresión (CAD), que alcanza una tasa global del 9.5%. De acuerdo con Nylen et al. (2020), el perfil de riesgo se define por una interacción entre los distintos cuadros clínicos, donde la presencia de ansiedad multiplica por 26 la probabilidad de desarrollar depresión, riesgo que aumenta 44 veces en mujeres que experimentan estrés postraumático vinculado al parto, demostrando que la carga psicológica del nacimiento y la ansiedad operan como los primeros ejes de la desregulación materna.

La trayectoria diagnóstica durante esta etapa revela que la ansiedad suele emerger como una respuesta temprana, pero la sintomatología depresiva puede alcanzar su pico de severidad a los 12 meses después del parto (Bina y Harrington, 2017). No obstante, los cuadros tienden a la cronicidad, entre los 3 a 4 años posteriores, e incluso extenderse a los 8 años posteriores (Raina et al., 2024; Ou et al., 2025). Confirmando así la necesidad de utilizar herramientas válidas como la escala EPDS, mediante su estructura de dos factores que separa el espectro ansioso del afectivo, bajo este modelo, la aparición de la sintomatología depresiva tiene una relación significativa con la carencia de apoyo social, mientras que la ansiedad responde a los problemas de salud física y la experiencia del parto (Bina y Harrington, 2017; Raina et al., 2024; Ou et al., 2025).

La precisión diagnóstica se completa al integrar antecedentes del neurodesarrollo y marcadores biológicos. El historial de TDAH se confirma como un factor crítico de vulnerabilidad que aumenta cinco veces el riesgo de depresión y ansiedad debido a la

desregulación emocional inherente (Fanjul et al., 2024). Este riesgo guarda relación con la dimensión neuroendocrina, donde existe una correlación inversa entre los niveles naturales de oxitocina y la aparición de síntomas, así como la depresión se vincula con niveles de cortisol elevados, mientras que la ansiedad se asocia a una producción reducida (Weiss y Xu, 2024). La persistencia de esta comorbilidad durante el primer año posparto eleva los problemas de salud física, tal como lo documentan. En otras palabras, la historia clínica y el entorno social son tan determinantes como la respuesta biológica individual para llegar a un diagnóstico (Fallon et al., 2021).

Impacto en el vínculo materno-filial

Al analizar el impacto de los trastornos emocionales en el posparto sobre la diada se revela una dinámica donde la sintomatología materna condiciona la calidad de la interacción y el desarrollo del neonato. Nylén et al. (2020) sostiene una distinción cualitativa entre como los síntomas afectan el apego; mientras que la depresión muestra un patrón lineal de impacto negativo, niveles moderados de ansiedad activan mecanismos neurobiológicos adaptativos, ubicados en la amígdala y el surco temporal, brindando un cuidado más cálido y participativo ante la percepción de amenaza. Pero, esta capacidad de respuesta puede verse afectada cuando el estrés parental se cronifica, dificultando la transición funcional de la madre (Sanabria et al., 2022).

La estabilidad del vínculo está supeditada tanto a los factores biológicos como los del neurodesarrollo que aumentan la reactividad materna. El historial previo de TDAH puede quintuplicar el riesgo de desregulación emocional, lo que altera la sensibilidad en el cuidado (Fanjul et al., 2024). Por otro lado, la presencia de rasgos autistas en la madre se asocia con puntuaciones más bajas en las escalas de apego y mayor vulnerabilidad de presentar la

sintomatología depresiva, sugiriendo que las dificultades preexistentes en la comunicación pueden obstaculizar la interpretación de las demandas emocionales del lactante; sin embargo, el desarrollar una mayor atención a los detalles puede actuar como un recurso positivo para mejorar la calidad del vínculo (Fukui et al., 2023). Dentro del ámbito biológico cabe señalar que el 66% de los estudios confirman que una relación inversa entre los niveles de oxitocina y el malestar afectivo, debilitando la base química fundamental en la vinculación. Es así como, la prevalencia regional del 21.3% y el contraste en los entornos de bajos ingresos demuestran que el entorno socioeconómico es un determinante para conservar un buen vínculo maternofilial (Leveau-Bartra, 2024; Nguyen et al., 2021).

La calidad del apego se consolida a través de mediadores psicológicos y ambientales, donde la autoestima materna y un sistema de apoyo sólido son amortiguadores que favorecen el vínculo seguro. Por el contrario, la falta de estos recursos más las dificultades persistentes en la lactancia, no solo aumentan los índices de ansiedad, sino que limita las formas de interacción (Hua, 2023; Bdier et al., 2023). Ante esta situación, la resiliencia materna emerge como el mediador principal para preservar el apego a pesar del trauma del parto, pero también la relación de pareja actúa como un escudo contra la desatención afectiva y por último, la estabilidad familiar se posiciona como un recurso adaptativo para atenuar la carga de morbilidad física que suelen presentar las madres en el primer año y así garantizando un entorno seguro para el desarrollo del recién nacido (Fallon et al., 2021; Yeo y Park, 2022).

Discusión

Al contrastar los resultados obtenidos, se mantiene que la vulnerabilidad emocional en el posparto no es un evento simple ni transitorio, sino un proceso de transformación a largo plazo, hallando sustento en el concepto de matrescencia, que describe la transición a la maternidad como una reestructuración cognitiva permanente (Orchard et al., 2023). Desde la neurociencia, se plantea que el cerebro atraviesa cambios en áreas como la corteza prefrontal y la amígdala, por lo que la salud mental materna representa una transformación permanente, la ventana de plasticidad es adaptativa para la crianza. Se debe considerar que el posparto es un periodo de fragilidad prolongada, a pesar de que el sistema de salud actual lo limita al primer año de vida del infante, como se observa en los resultados, la severidad de los síntomas puede alcanzar su pico a los 12 meses y puede persistir hasta los 8 años (Moreno-Arrobo, 2025).

En este contexto se determinó que la comorbilidad entre ansiedad y depresión (CAD) es una norma más que una excepción, con una tasa del 9.5%, que se vuelve alarmante al observar como el trauma del parto actúa como un factor predisponente que puede elevar el riesgo de depresión hasta 44 veces más, revelando una naturaleza multiplicativa donde la ansiedad y el estrés postraumático no solo acompañan al malestar afectivo, sino que lo definen y lo potencian (Fallon et al., 2021; Nylén et al., 2020). Frente a estos resultados, la escala EPDS en su estructura bidimensional es indispensable para la precisión del diagnóstico, porque, aunque ambos espectros coexistan responden a etiología diferentes, la ansiedad se dispara por complicaciones obstétricas y el deterioro físico y la depresión depende del apoyo social. Si bien la biología establece la predisposición de cambios cerebrales, el entorno social es el principal factor protector contra la cronicidad afectiva (Bina y Harrington, 2017; Fallon et al., 2021).

Con respecto, a la capacidad de la madre para preservar la relación con su hijo tras un parto traumático no es un evento aislado, sino depende de la solidez de sus amortiguadores psicológicos. Por eso, la resiliencia individual y la armonía con la pareja son los factores que determinan si la vulnerabilidad emocional se puede tornar en distanciamiento, estos resultados con lo mencionado en el marco teórico confirman que la estabilidad del hogar es la herramienta de supervivencia más potente para la diada, como última instancia la familia atenúa la carga física al cumplirse el año del parto, demostrando que la recuperación materna es indispensable de la calidad de su entorno inmediato (Fallon et al., 2021; Santos y Rattner, 2025).

Conclusiones

El análisis de la literatura científica permite concluir que los trastornos emocionales en el posparto constituyen una realidad clínica compleja que demanda, no solo una mirada técnica, sino humana desde la psicología. A pesar de los avances en salud pública, el malestar emocional sigue siendo un fenómeno muy poco abordado, cuya detección puede mitigar los riesgos psicosociales y asegurar que la transición a la maternidad sea más llevadera.

Los resultados evidencian que variables como la experiencia subjetiva del parto, la predisposición a la ansiedad y la percepción de autoeficacia actúan como los indicadores más importantes para el equilibrio de la salud mental materna, teniendo un impacto mayor que los factores médicos. Se confirma que la vulnerabilidad emocional no es un estado transitorio de las primeras semanas, sino un proceso que puede presentar picos de inestabilidad a los doce meses posparto y extenderse hasta los 8 años posparto, lo que refuerza la necesidad de entender esta etapa como una reconfiguración cerebral que requiere un acompañamiento profesional especializado y sostenido.

Finalmente, se concluye que el abordaje de la salud mental en el puerperio requiere estrategias integrales que trasciendan el abordaje convencional, por lo que es importante el diseño de protocolos de monitoreo psicológico prolongado, la formación de equipos interdisciplinarios y la implementación de grupos de apoyo que sostengan y validen la experiencia de la madre.

Limitaciones y recomendaciones

Una de las principales limitaciones de este estudio fue la restricción en el acceso a la literatura de alto impacto, debido a que un número considerable de artículos no contaban con la modalidad de Open Access, esta barrera limitó la profundidad del análisis de ciertos artículos que se encontraban bajo revistas de pago indexadas. También, se identificó una escasez de evidencia científica centrada específicamente en el contexto nacional, lo que limita la posibilidad de generalizar los resultados de manera directa a la realidad sociocultural del país.

Se recomienda que futuras investigaciones gestionen convenios que permitan el acceso a repositorios y revistas indexadas, garantizando así una revisión más exhaustiva de la evidencia científica de alto impacto. Ante la escasez de la literatura centrada en el entorno nacional, es importante fomentar la ejecución de estudios y proyectos de investigación dentro del contexto ecuatoriano, además de investigaciones que delimiten el periodo perinatal del posparto. Se requiere de estudios longitudinales que permitan comprender esta etapa como un proceso de transformación biopsicosocial aportando evidencia sólida para la creación de programas de prevención y guías de atención oportuna.

Referencias

- Adhikari, K., Racine, N., Hetherington, E., McDonald, S., y Tough, S. (2023). Women's Mental Health up to Eight Years after Childbirth and Associated Risk Factors: Longitudinal Findings from the All Our Families Cohort in Canada. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 68(4), 269–282. <https://doi.org/10.1177/07067437221140387>
- Adynski, H., Zimmer, C., Thorp, J., Jr, y Santos, H. P., Jr (2019). Predictors of psychological distress in low-income mothers over the first postpartum year. *Research in nursing y health*, 42(3), 205–216. <https://doi.org/10.1002/nur.21943>
- Alcoceba-Herrero, M. A., Quintana, J. F., del Río, N. L., Moreno, A., y de Miguel, C. S. (2024). Prevalencia y factores de riesgo de la depresión postparto: revisión sistemática. *Medicina general*, 13(6), 3.
- Alhasanat, D., Fry-McComish, J., y Yarandi, H. N. (2017). Risk For Postpartum Depression Among Immigrant Arabic Women in the United States: A Feasibility Study. *Journal of midwifery y women's health*, 62(4), 470–476. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12617>
- Ameyaw, E. K., Agbadi, P., y Dawson, A. (2023). Maternal mental health and its associated factors in low-income and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *eClinicalMedicine*, 66, 102348. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2023.102348>
- Andersson, A., Garcia-Argibay, M., Viktorin, A., Ghirardi, L., Butwicka, A., Skoglund, C., Bang Madsen, K., D'onofrio, B. M., Lichtenstein, P., Tuvblad, C., y Larsson, H. (2023). Depression and anxiety disorders during the postpartum period in women diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of affective disorders*, 325, 817–823. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.01.069>

- Andrade Rebolledo, D. (2021). Factores psicosociales asociados al estado completo de salud mental de la mujer durante el puerperio [Tesis de doctorado, Universidad de Concepción]. Repositorio Institucional UdeC. <https://repositorio.udec.cl/handle/11594/5537>[cite: 1, 3]
- Araya Villavicencio, S., y Barrantes Ortiz, I. (2020). Trastornos psiquiátricos frecuentes en el periodo postparto. *Revista Médica Sinergia*, 5(12), e618.
<https://www.revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/618>
- Ayala, N. K., Lewkowitz, A. K., Whelan, A. R., y Miller, E. S. (2023). Perinatal Mental Health Disorders: A Review of Lessons Learned from Obstetric Care Settings. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 19, 427–432. <https://doi.org/10.2147/NDT.S292734>
- Barba-Müller, E., Craddock, S., Carmona, S., y Hoekzema, E. (2019). Brain plasticity in pregnancy and the postpartum period: links to maternal caregiving and mental health. *Archives of women's mental health*, 22(2), 289–299. <https://doi.org/10.1007/s00737-018-0889-z>[cite: 1, 3]
- Barreto, K., et al. (2025). Endocrinología del embarazo, parto y puerperio. Revisión narrativa. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 85(1), 75–87. <https://doi.org/10.51288/00850112>
- Bdier, D., Mahamid, F., Fallon, V., y Amir, M. (2023). Posttraumatic stress symptoms and postpartum anxiety among palestinian women: the mediating roles of self-esteem and social support. *BMC women's health*, 23(1), 420. <https://doi.org/10.1186/s12905-023-02567-x>
- Bina, R., y Harrington, D. (2017). Differential Predictors of Postpartum Depression and Anxiety: The Edinburgh Postnatal Depression Scale Hebrew Version Two Factor Structure Construct Validity. *Maternal and child health journal*, 21(12), 2237–2244. <https://doi.org/10.1007/s10995-017-2345-5>

- Bohren, M. A., Iyer, A., Barros, A. J. D., Williams, C. R., Hazfiarini, A., Arroyave, L., Filippi, V., Chamberlain, C., Kabakian-Khasholian, T., Mayra, K., Gill, R., Vogel, J. P., Chou, D., George, A. S., y Oladapo, O. T. (2024). Towards a better tomorrow: Addressing intersectional gender power relations to eradicate inequities in maternal health. *eClinicalMedicine*, 67, Artículo 102180. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(23\)00468-0](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(23)00468-0)[cite: 4]
- Bryson, H., Perlen, S., Price, A., Mensah, F., Gold, L., Dakin, P., y Goldfeld, S. (2021). Patterns of maternal depression, anxiety, and stress symptoms from pregnancy to 5 years postpartum in an Australian cohort experiencing adversity. *Archives of women's mental health*, 24(6), 987–997. <https://doi.org/10.1007/s00737-021-01145-0>
- Canul Euan, A. A., Martínez Medina, S., y Suárez Rico, B. V. (2024). La salud mental perinatal y el desarrollo del cerebro infantil. *Ciencia*, 76(1), 1–8.[cite: 1, 3]
- Charlo Saldaña, M. (2022). Desarrollo de trastorno de estrés postraumático como consecuencia del parto [Trabajo Fin de Grado, Universidad Pontificia Comillas]. Repositorio Comillas. <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/handle/11531/61244>[cite: 1, 3]
- Contreras-Carreto, N. A., Moreno-Sánchez, P., Márquez-Sánchez, E., Vázquez-Solares, V., Pichardo-Cuevas, M., Ramírez-Montiel, M. L., Segovia-Nova, S., González-Yóquez, T. A., y Mancilla-Ramírez, J. (2022). Salud mental perinatal y recomendaciones para su atención integral en hospitales ginecoobstétricos. *Cirugía y Cirujanos*, 90(4), 564–572. <https://doi.org/10.24875/CIRU.21000003>[cite: 1, 3]
- Contreras-García, Y., Rodríguez, P. S., y Manríquez-Vidal, C. (2017). Caracterización del apoyo social percibido durante el posparto y la presencia de depresión materna. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 43(1), 1-13.

- Correa-de-Araujo, R., y Yoon, S. S. S. (2021). Clinical Outcomes in High-Risk Pregnancies Due to Advanced Maternal Age. *Journal of women's health (2002)*, 30(2), 160–167.
<https://doi.org/10.1089/jwh.2020.8860>[cite: 1, 3]
- DeJong, H., Fox, E., y Stein, A. (2016). Rumination and postnatal depression: A systematic review and a cognitive model. *Behaviour research and therapy*, 82, 38–49.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.05.003>
- Díaz, A. B. (2025). Lactancia y salud mental: acompañamientos posibles en contextos diversos. Una revisión teórico-clínica desde la psicología perinatal con perspectiva de género e interseccional [Ponencia]. XVII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.
<https://www.aacademica.org/000-004/662>
- Díaz González, C. I. (2025). Matrescencia: la neuroplasticidad mediada por las hormonas que vincula los cambios morfométricos y funcionales cerebrales con el comportamiento conductual de las mujeres gestantes.
- Drake, M. H., Friesen-Haarer, A. J., Ward, M. J., y Miller, M. L. (2024). Obsessive-compulsive disorder symptoms and intrusive thoughts in the postpartum period: Associations with trauma exposure and PTSD symptoms. *Stress and health : journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 40(2), e3316. <https://doi.org/10.1002/smi.3316>[cite: 1, 3]
- Drozdowicz-Jastrzębska, E., Mach, A., Skalski, M., Januszko, P., Jabiry-Zieniewicz, Z., Siwek, M., Wawrzyniak, Z. M., y Radziwoń-Zaleska, M. (2023). Depression, anxiety, insomnia and interleukins in the early postpartum period. *Frontiers in psychiatry*, 14, 1266390.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1266390>

- Fallon, V., Davies, S. M., Silverio, S. A., Jackson, L., De Pascalis, L., y Harrold, J. A. (2021). Psychosocial experiences of postnatal women during the COVID-19 pandemic. A UK-wide study of prevalence rates and risk factors for clinically relevant depression and anxiety. *Journal of psychiatric research*, 136, 157–166. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.01.048>
- Fanjul, R., et al. (2024). Depression and anxiety disorders during the postpartum period in women diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Affective Disorders*, 347, 526-531. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.11.082>
- Farina, A. S. J., Kremer, K. P., Caldera Wimmer, S., Villarreal-Otálara, T., Paredes, T., y Stuart, E. (2021). Anxiety, Depression, and Trauma Among Immigrant Mexican Women up to Two-Years Post-partum. *Journal of immigrant and minority health*, 23(3), 470–477. <https://doi.org/10.1007/s10903-020-01096-1>
- Fernández Ordóñez, E., Rengel Díaz, C., Morales Gil, I. M., y Labajos Manzanares, M. T. (2020). Post-traumatic stress disorder after subsequent birth to a gestational loss: An observational study. *Salud Mental*, 43(3), 129-136. 10.17711/SM.0185-3325.2020.018[cite: 1, 3]
- Fleischman, EK, Connelly, CD y Calero, P. (2022). Depresión y ansiedad, estigma y apoyo social entre mujeres en el período posparto. *Enfermería para la salud de la mujer*, 26(2), 95-106.
- Fukui, N., Watanabe, Y., Motegi, T., Hashijiri, K., Ogawa, M., Egawa, J., Enomoto, T., y Someya, T. (2023). Relationships among autistic traits, depression, anxiety, and maternal-infant bonding in postpartum women. *BMC psychiatry*, 23(1), 463. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04970-y>
- Galea L. A. M. (2025). Translational perspectives on women's mental health. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 226(6), 331–333. <https://doi.org/10.1192/bjp.2025.35>

- Garapati, J., Jajoo, S., Aradhya, D., Reddy, L. S., Dahiphale, S. M., y Patel, D. J. (2023). Postpartum Mood Disorders: Insights into Diagnosis, Prevention, and Treatment. *Cureus*, *15*(7), e42107. <https://doi.org/10.7759/cureus.42107>[cite: 1, 3]
- García Conti, F. L. (1978). Endocrinología del embarazo, parto, puerperio y lactancia. *Revista Colombiana De Obstetricia Y Ginecología*, *29*(1), 12–36. <https://doi.org/10.18597/rcog.2167>
- Genchi-Gallardo, F. J., Paredes-Juárez, S., Solano-González, N. L., Rios-Rivera, C. E., Paredes-Solís, S., y Andersson, N. (2021). Prevalencia de depresión posparto y factores asociados en usuarias de un hospital público de Acapulco, Guerrero, México. *Ginecología y obstetricia de México*, *89*(12), 927-936.
- Giménez, Y., Fatjó, F., Mallorquí, A., Sanvicente, A., Figueras, F., y Arranz, A. (2025). Progresión posparto de los niveles de ansiedad y depresión en madres de recién nacidos prematuros [Postpartum progression of anxiety and depression levels in mothers of premature newborns]. *Atencion primaria*, *57*(3), 103085. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2024.103085>
- González MF, Mattioli M. Salud mental perinatal y cuidados. Intersecciones y reconfiguraciones en contexto de pandemia por Covid-19, en Argentina. *Interface (Botucatu)*. 2024; 28: e230068 <https://doi.org/10.1590/interface.230068>
- Gopalan, P., Spada, ML, Shenai, N., Brockman, I., Keil, M., Livingston, S., ... y Glance, JB (2022). Depresión posparto: identificación de riesgos y acceso a la intervención. *Current Psychiatry Reports*, *24*(12), 889-896. [cite: 1, 3]
- Guo, C., Moses-Kolko, E., Phillips, M., Swain, J. E., y Hipwell, A. E. (2018). Severity of anxiety moderates the association between neural circuits and maternal behaviors in the postpartum

period. *Cognitive, affective y behavioral neuroscience*, 18(3), 426–436.

<https://doi.org/10.3758/s13415-017-0516-x>

Gutierrez-Baena, B., Gilart, E., y Romero-Grimaldi, C. (2024). Factors Associated with and Predictive Model for Resilience in Family Caregivers of Care-Dependent Adults. *Nursing reports (Pavia, Italy)*, 14(4), 3476–3487. <https://doi.org/10.3390/nursrep14040253>

Hannon, S., Gartland, D., Higgins, A., Brown, S. J., Carroll, M., Begley, C., y Daly, D. (2022). Maternal mental health in the first year postpartum in a large Irish population cohort: the MAMMI study. *Archives of women's mental health*, 25(3), 641–653. <https://doi.org/10.1007/s00737-022-01231-x>

Howard, S., Witt, C., Martin, K., Bhatt, A., Venable, E., Buzhardt, S., Chapple, A. G., y Sutton, E. F. (2023). Co-occurrence of depression, anxiety, and perinatal posttraumatic stress in postpartum persons. *BMC pregnancy and childbirth*, 23(1), 232. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05555-z>

Hunter, T. R., Chiew, B. A., McDonald, S., y Adhikari, K. (2024). The Prevalence of Maternal Depression and Anxiety Beyond 1 Year Postpartum: A Systematic Review. *Maternal and child health journal*, 28(8), 1283–1307. <https://doi.org/10.1007/s10995-024-03930-6>

Johann, A., y Ehlert, U. (2022). Similarities and differences between postpartum depression and depression at other stages of female life: a systematic review. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology*, 43(3), 340–348. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2021.1962276>

Kim, G. E., y Kim, E. J. (2020). Factors affecting the quality of life of single mothers compared to married mothers. *BMC psychiatry*, 20(1), 169. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02586-0>

Leveau-Bartra, H. R., Chávez-Navarro, J. R., Calle-Vilca, L. A., Guerrero-Ortiz, H. A., Mejía-Lengua, C. E., Luján-Divizzia, B. M., ... y Medina-Vásquez, F. K. (2024). Factores asociados a la

depresión posparto en puérperas de un hospital peruano. *Clinica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*, 51(4), 100986.

Li, H. Affective Instability, Depression, and Anxiety Symptoms in a Community Sample of Pregnant and Postpartum Women: A Cross Sectional Study. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2022, 19, 3171. <https://doi.org/10.3390/ijerph19063171>

Liu, Y., Guo, N., Li, T., Zhuang, W., y Jiang, H. (2020). Prevalence and Associated Factors of Postpartum Anxiety and Depression Symptoms Among Women in Shanghai, China. *Journal of affective disorders*, 274, 848–856. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.05.028>

Maguire, J., McCormack, C., Mitchell, A., y Monk, C. (2020). Neurobiology of maternal mental illness. *Handbook of clinical neurology*, 171, 97–116. <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-64239-4.00005-9>

Mairal, E. G., y Germano, G. (2025). Violencia obstétrica y trastorno de estrés postraumático en el postparto de mujeres: una revisión: Obstetric violence and postpartum post-traumatic stress disorder in women: a review. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 18(3), 29-47.

Molgora, S., Saita, E., Barbieri Carones, M., Ferrazzi, E., y Facchin, F. (2022). Predictors of Postpartum Depression among Italian Women: A Longitudinal Study. *International journal of environmental research and public health*, 19(3), 1553. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031553>

Moreno Arrobo, D. E. (2025). *Reestructuración cerebral durante el embarazo en mujeres primigestas de edad avanzada. Revisión bibliográfica* (Master's thesis, Quito: Universidad de las Américas, 2025).

- Mróz, M., Marcewicz, A., Rezwow, M., Ciastek-Majtyka, K., Cybulski, M., Iwanowicz-Palus, G., y Pięta, B. (2026). Perinatal Mood Disorders in Polish Women: A Cross-Sectional Study. *Journal of clinical medicine*, 15(5), 2067. <https://doi.org/10.3390/jcm15052067>
- Nath, S., Pearson, RM, Moran, P., Pawlby, S., Molyneaux, E., Challacombe, FL, y Howard, LM (2019). La asociación entre los trastornos de ansiedad materna prenatal y la calidad de la relación madre-bebé percibida y observada posparto. *Journal of anxiety disorders*, 68, 102148.
- Nguyen, CTT, Truong, TQ, Nguyen, ATL, Vu, HT, Nguyen, LTK, Nguyen, TM y Kuo, SY (2025). Depresión y ansiedad en el período posparto temprano: un estudio comparativo entre padres de bebés a término y prematuros en Vietnam. *Midwifery*, 147, 104443.
- Oiberman, A. J., Santos, M. S., y Misic, M. I. (2011). Dispositivos de intervención perinatales (DIP): instrumentos en salud mental perinatal.
- Okun, M. L., Mancuso, R. A., Hobel, C. J., Schetter, C. D., y Coussons-Read, M. (2018). Poor sleep quality increases symptoms of depression and anxiety in postpartum women. *Journal of behavioral medicine*, 41(5), 703–710. <https://doi.org/10.1007/s10865-018-9950-7>
- Olza, I., Fernández Lorenzo, P., González Uriarte, A., Herrero Azorín, F., Carmona Cañabate, S., Gil Sanchez, A., ... y Dip, M. E. (2021). Propuesta de un modelo ecosistémico para la atención integral a la salud mental perinatal. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 41(139), 23-35.
- Orchard, E. R., et al. (2023). Matrescence: Lifetime impact of motherhood on cognition and the brain. *Trends in Cognitive Sciences*, 27(3), 302–316.

- Ou, L., Shen, Q., Xiao, M., Wang, W., He, T., y Wang, B. (2025). Prevalencia de ansiedad y depresión comórbidas durante el embarazo y el posparto: una revisión sistemática y metaanálisis. *Psychological medicine*, 55, e84.
- Patiño, P., Asunción Lara, M., Benjet, C., Alvarez-del Río, A., y Bartolo Solís, F. (2024). Depresión posparto en madres adolescentes antes y durante la COVID-19 y el papel de la autoestima, la autoeficacia materna y el apoyo social. *Salud mental*, 47(1), 23-33.
- Qi, W., Wei, Z., Lv, H., Zhao, J., Hu, Y., Wang, Y., Guo, Q., y Hu, J. (2025). Postpartum depression and maternal-infant bonding: the mediating role of mentalizing and parenting self-efficacy. *BMC pregnancy and childbirth*, 25(1), 667. <https://doi.org/10.1186/s12884-025-07762-2>
- Ramakrishna, S., Cooklin, A. R., y Leach, L. S. (2019). Comorbid anxiety and depression: a community-based study examining symptomology and correlates during the postpartum period. *Journal of reproductive and infant psychology*, 37(5), 468–479. <https://doi.org/10.1080/02646838.2019.1578870>
- Romero, D., Orozco, L. A., Ybarra, J. L., y Gracia, B. I. (2017). Sintomatología depresiva en el parto y factores psicosociales asociados. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 82(2), 152-162.
- Sanchez, K., Wiley, P., Nicholson, J., Brooks, K. M., Seruya, F. M., and Trenz, R. (2025). Parenting self-efficacy and maternal mental health: the implications of cultural considerations for family-focused practice in the U.S. *Front. Psychiatry* 16:1704371. doi: 10.3389/fpsy.2025.1704371
- Santiago Sanabria, L., Islas Tezpa, D., y Flores Ramos, M. (2022). Trastornos del estado de ánimo en el posparto. *Acta Médica Grupo Ángeles*, 20(2), 173-177.

- Santos, E. G. D., y Rattner, D. (2025). Puerpério: estudo de diretrizes para Atenção Primária à Saúde. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 25, e20240063.
- Schafer, KM, Mulligan, E., Shapiro, MO, Flynn, H., Joiner, T., y Hajcak, G. (2024). Los síntomas de ansiedad prenatal superan a los síntomas de depresión prenatal y la ideación suicida como factor de riesgo de ideación suicida posparto. *Anxiety, Stress, y Coping*, 37(6), 811-821.
- Shen, Q., Xiao, M., Wang, B., He, T., Zhao, J., y Lei, J. (2024). Ansiedad y depresión comórbidas entre mujeres embarazadas y puérperas: un estudio longitudinal de base poblacional. *Depression and anxiety*, 2024(1), 7802142.
- Souza, J. P., Day, L. T., Rezende-Gomes, A. C., Zhang, J., Mori, R., Baguiya, A., Jayaratne, K., Osoti, A., Vogel, J. P., Campbell, O., Mugerwa, K. Y., Lumbiganon, P., Tunçalp, Ö., Cresswell, J., Say, L., Moran, A. C., y Oladapo, O. T. (2024). A global analysis of the determinants of maternal health and transitions in maternal mortality. *The Lancet. Global health*, 12(2), e306–e316.
[https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(23\)00468-0](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(23)00468-0)
- Thul, TA, Corwin, EJ, Carlson, NS, Brennan, PA y Young, LJ (2020). Oxitocina y depresión posparto: una revisión sistemática. *Psychoneuroendocrinology*, 120, 104793.
- Torales, J., González-Ríos, A., O'Higgins, M., Caycho-Rodríguez, T., Ventriglio, A., Castaldelli-Maia, J. M., y Barrios, I. (2025). Ansiedad y depresión maternas y su impacto en la autoeficacia de la lactancia: un estudio de asociación. *Revista del Nacional (Itauguá)*, 17, 101.
- Tricco, AC, Lillie, E, Zarin, W, O'Brien, KK, Colquhoun, H, Levac, D, Moher, D, Peters, MD, Horsley, T, Weeks, L, Hempel, S et al. Extensión PRISMA para revisiones exploratorias (PRISMA-ScR): lista de verificación y explicación. *Ann Intern Med*. 2018,169(7):467-473. doi: 10.7326/M18-0850

- Tzitiridou-Chatzopoulou, M.; Orovou, E.; Zournatzidou, G. Digital Training for Nurses and Midwives to Improve Treatment for Women with Postpartum Depression and Protect Neonates: A Dynamic Bibliometric Review Analysis. *Healthcare* 2024, 12, 1015. <https://doi.org/10.3390/healthcare12101015>
- Weiss, SJ, y Xu, L. (2024). Síntomas posparto de ansiedad, depresión y estrés: relaciones diferenciales con los perfiles de cortisol de las mujeres. *Archives of Women's Mental Health*, 27(3), 435-445.
- Wenzel, E. S., Gibbons, R. D., O'Hara, M. W., Duffecy, J., y Maki, P. M. (2021). Depression and anxiety symptoms across pregnancy and the postpartum in low-income Black and Latina women. *Archives of women's mental health*, 24(6), 979–986. <https://doi.org/10.1007/s00737-021-01139-y>
- Wesselhoeft, R., Madsen, F. K., Lichtenstein, M. B., Sibbersen, C., Manongi, R., Mushi, D. L., Nguyen, H. T. T., Van, T. N., Kyhl, H., Bilenberg, N., Meyrowitsch, D. W., Gammeltoft, T. M., y Rasch, V. (2020). Postnatal depressive symptoms display marked similarities across continents. *Journal of affective disorders*, 261, 58–66. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.09.075>
- White, L. K., Kornfield, S. L., Himes, M. M., Forkpa, M., Waller, R., Njoroge, W. F. M., Barzilay, R., Chaiyachati, B. H., Burris, H. H., Duncan, A. F., Seidlitz, J., Parish-Morris, J., Elovitz, M. A., y Gur, R. E. (2023). The impact of postpartum social support on postpartum mental health outcomes during the COVID-19 pandemic. *Archives of women's mental health*, 26(4), 531–541. <https://doi.org/10.1007/s00737-023-01330-3>
- Yeo, JH y Park, SY (2025). Factores psicosociales prenatales y trastorno de estrés postraumático posparto en mujeres posparto de bajo riesgo: un estudio longitudinal. *Revista de la Academia Coreana de Enfermería*, 55(3), 353-363.

Zaman, A., Fadlalmola, HA, Ibrahim, SE, Ismail, FH, Abdelwahed, HH, Ali, AM, ... y Saad, AM (2025). El papel de la educación prenatal en la autoeficacia materna, el miedo al parto y los resultados del parto: una revisión sistemática y un metaanálisis. *European journal of midwifery*, 9, 10-18332.

Anexos

Anexo 1.

Tabla 1

Tabla de resultados

Título	Autor	Año	País	Metodología	Objetivos	Instrumento	Resultados principales
Oxitocina y depresión posparto: una revisión sistemática	Thul et al.	2020	Estados Unidos	Cualitativa: revisión sistemática	Analizar la calidad y fiabilidad de los estudios que vinculan la oxitocina con la DPP. Determinar la relación entre los niveles naturales de oxitocina y la aparición de síntomas depresivos Revisar el impacto de la administración de oxitocina durante el	-	8 de 12 estudios muestran una relación inversa entre los niveles de oxitocina y síntomas depresivos. Falta de evidencia científica debido a la disparidad de hallazgos y al bajo número de investigaciones sobre oxitocina en el parto.

					parto en el riesgo de desarrollar DPP.		
Factores psicosociales prenatales y trastorno de estrés postraumático o posparto en mujeres posparto de bajo riesgo: un estudio longitudinal	Yeo, JH y Park, SY	2022	Korea del Sur	Cuantitativo: longitudinal	Identificar los factores psicosociales prenatales que influyen en el desarrollo del trastorno de estrés postraumático (TEPT) posparto en evaluaciones a corto plazo y a largo plazo utilizando el modelo de rueda.	Escala de TEPT Específica del Posparto (PSPS) Escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC) Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS) Escala de Estrés Relacionado con el Embarazo Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo (EPDS)	La prevalencia de TEPT posparto fue del 32.7% a corto plazo y 19.9% a largo plazo. El riesgo aumentó principalmente por el estrés relacionado con el embarazo, una resiliencia prenatal paradójicamente alta y el bajo apoyo social.
Asociación entre los trastornos de	Nath et al.	2019	Reino Unido	Cuantitativo: estudio de	Investigar si los trastornos de ansiedad prenatal se asociaban	Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV	Las madres con ansiedad prenatal reportan un peor vínculo percibido, pero muestran una sensibilidad

ansiedad materna prenatal y la calidad de la relación madre-hijo percibida y observada en el posparto	cohorta prospectivo	con una peor calidad de la relación madre-hijo posparto.	Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EPDS) Cuestionario del Vínculo Posparto (PBQ) Índice de la Relación Niño-Adulto (CARE) Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (STAI-S)	observada normal al interactuar con el bebé. Este deterioro en el sentimiento vincular se explica principalmente por la presencia de síntomas depresivos en el posparto.			
Prevalencia de ansiedad y depresión comórbidas en el embarazo y el posparto: una revisión sistemática y metaanálisis	Ou et al.	2025	China	Cualitativa: revisión sistemática y metaanálisis	Determinar la tasa de comorbilidad entre ansiedad y depresión en el periodo perinatal. Identificar cambios en la frecuencia de estos trastornos según el trimestre de embarazo o mes posparto.	-	La prevalencia global de comorbilidad entre ansiedad y depresión perinatal es del 9.5%, siendo mayor en el embarazo (10.7%) que en el posparto (8.2%). Los picos ocurren en el tercer trimestre y los primeros seis meses posparto, con especial vulnerabilidad en países de bajos ingresos.

					Examinar cómo influyen la región, el nivel de ingresos y las herramientas de medición en los resultados.		
Síntomas posparto de ansiedad, depresión y estrés: relaciones diferenciales con los perfiles de cortisol de las mujeres.	Weiss y Xu	2024	Grecia	Cuantitativa: Estudio longitudinal	Examinar la asociación específica de cada tipo de distrés con el nivel promedio de cortisol en las mujeres, la respuesta de cortisol al despertar (CAR), la disminución del cortisol a lo largo del día (pendiente diurna) y la secreción total de cortisol a lo largo del día (AUC _G).	Escala de Estrés Percibido (PSS) Cuestionario sobre la Salud del Paciente (PHQ-9) Escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7)	Los síntomas depresivos se asociaron con un menor aumento del CAR (p=0.01), una pendiente diurna más pronunciada (p=0.006) y un mayor cortisol promedio (p=0.01). La ansiedad clínica se vinculó con una menor producción general de cortisol (p=0.03), mientras que el estrés no mostró resultados significativos (p>0.05).

La prevalencia de la depresión y la ansiedad maternas después del primer año posparto: una revisión sistemática	Raina et al.	2024	Canadá	Cualitativa: revisión sistemática	Revisar y sintetizar sistemáticamente los estudios que informan sobre la prevalencia e incidencia de la depresión y la ansiedad maternas después del año posparto.	-	Se analizaron 21 estudios, que reportaron una prevalencia de depresión oscila entre el 6.6 % a los 3 y 11 años después del parto y el 41.4 % a los 3 y 4 años. La ansiedad esta entre el 3.7 % a los 5 años después del parto y el 37.0 % a los 3 y 4 años después del parto, identificándose variaciones significativas según etnia, ingresos y estado civil, aunque solo un estudio informó sobre la incidencia.
Depresión y ansiedad, estigma y apoyo social entre las mujeres en el posparto.	Fleischman E et al.	2022	EEUU	Cuantitativa: descriptivo, transversal	Examinar las relaciones entre la sintomatología de depresión y ansiedad, el estigma de las enfermedades mentales, los niveles de apoyo social y determinados datos	Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EPDS) Escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7) Versión reducida de la Escala de Estigma	Dieciséis participantes presentaron alto riesgo de depresión o ansiedad. La ansiedad mostró una correlación significativa con todas las subescalas de estigma, destacando el Estigma Interno ($r = 0.46$, $p < 0.001$). Por el contrario, el apoyo social se asoció negativamente con la psicopatología, siendo el apoyo

				demográficos entre mujeres hospitalizadas en el período posparto.	Internalizado de la Enfermedad Mental (ISMI-10) Encuesta de Apoyo Social del Estudio de Resultados Médicos (MOS-SSS)	de amigos el vínculo más fuerte contra la depresión ($r = -0.27$, $p = 0.006$). Finalmente, el análisis de regresión identificó que una disminución en el apoyo social es el factor crítico que aumenta las probabilidades de riesgo clínico ($OR = 0.46$, $p = 0.003$).	
Trastornos de depresión y ansiedad durante el posparto en mujeres diagnosticadas con trastorno por déficit de atención e	Andersson et al.	2023	Suecia	Cuantitativo: estudio de cohorte retrospectivo de base poblacional.	Examinar el riesgo de depresión y trastornos de ansiedad durante el posparto en mujeres con y sin diagnóstico de TDAH.	Sistema de registros administrativos y de salud de Suecia.	El diagnóstico de TDAH incrementó drásticamente el riesgo de complicaciones en el posparto, con una prevalencia del 16.76 % para trastornos depresivos y del 24.92 % para trastornos de ansiedad. Estos hallazgos indican que las mujeres con TDAH tienen una probabilidad cinco veces mayor de desarrollar estas patologías en comparación con la población general, confirmando que el TDAH

hiperactivida d.							es un factor de riesgo independiente y significativo, más allá de otros condicionantes conocidos.
Síntomas de depresión y ansiedad durante el embarazo y el posparto en mujeres negras y latinas de bajos ingresos.	Wenzel E et al.	2021	EEUU	Cuantitativo: estudio longitudinal prospectivo.	Examinar la trayectoria y la estabilidad de los síntomas de depresión y ansiedad desde el inicio del embarazo hasta el cuarto mes posparto en una muestra de mujeres afroamericanas y latinas de bajos ingresos.	Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EPDS) Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (STAI-S)	Las mujeres latinas muestran picos de ansiedad en el primer trimestre (13.6 %) que bajan en el posparto, mientras que en las mujeres negras no hispanas los niveles son estables (6 %). La depresión no varió significativamente, destacando la importancia del tamizaje temprano en el primer trimestre.
Coocurrencia de depresión, ansiedad y estrés postraumático	Howard S et al.	2023	EEUU	Cuantitativo: estudio transversal.	Describir la incidencia de depresión, ansiedad, trastorno de estrés postraumático perinatal (TEPT) y sus	Cuestionario de Salud del Paciente-9 (PHQ9) Escala del Trastorno de Ansiedad	El estudio reportó una incidencia de 25.4 % para depresión, 23.0 % para ansiedad y 5.1 % para estrés postraumático (TEPT) perinatal. Se halló una fuerte comorbilidad: las

o perinatal en personas posparto		coexistencias en el período posparto temprano en una clínica de ginecología y obstetricia de bajos recursos.	Generalizada (GAD-7) Cuestionario de Trastorno de Estrés Postraumático Perinatal-II (PPQII)	pacientes con ansiedad tienen 26 veces más probabilidades de sufrir depresión, mientras que aquellas con síntomas de TEPT tienen 44 veces más probabilidades de presentar también un cuadro depresivo ($p < 0.001$).		
Ansiedad y depresión comórbidas en mujeres embarazadas y posparto: un estudio longitudinal de base poblacional	Shen Q et al.	2024 China	Cuantitativo: estudios de casos y controles retrospectivos.	Describir la prevalencia y los factores de riesgo de la comorbilidad de ansiedad y depresión (CAD) entre mujeres embarazadas y posparto en China.	Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EPDS) Escala de Autovaloración de Ansiedad de Zung (SAS) Cuestionario Sociodemográfico y Clínico.	La prevalencia de la CAD fluctuó a lo largo del periodo perinatal, siendo mayor en el primer trimestre (15.67 %) y el posparto (13.24 %). Se identificó que las mujeres primíparas, con antecedentes de tabaquismo y con una relación marital insatisfecha tienen un riesgo significativamente mayor de presentar ambos trastornos simultáneamente. Por el contrario, las mujeres que concibieron mediante reproducción asistida

							mostraron una menor probabilidad de desarrollar esta comorbilidad.
Relaciones entre rasgos autistas, depresión, ansiedad y vínculo materno-infantil en mujeres posparto	Fukui et al.	2023	Japón	Cuantitativo: estudio transversal	Investigar las relaciones entre los rasgos autistas, la depresión, la ansiedad y el vínculo afectivo madre-hijo.	Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) Escala de Vínculo Madre-Lactante (MIBS)	Se reveló que las dificultades en habilidades sociales, comunicación y cambio de atención elevan tanto la depresión como la ansiedad posparto. Específicamente, las fallas en habilidades sociales e imaginación deterioran el vínculo materno-infantil, pero una mayor atención al detalle actúa como un factor positivo que mejora el vínculo.
La mala calidad del sueño aumenta los síntomas de depresión y ansiedad en	Okun et al.	2018	EEUU	Cuantitativa: longitudinal y prospectivo.	Analizar la relación entre la calidad del sueño y el desarrollo de síntomas de depresión y ansiedad en mujeres durante el periodo perinatal.	Índice de la Calidad del Sueño de Pittsburg (PSQI) Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EPDS)	Se determinó que la mala calidad del sueño durante el embarazo y el posparto temprano predice un aumento significativo de los síntomas de depresión y ansiedad a los seis meses del parto, estableciendo que el mal descanso

las mujeres posparto						Escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD- 7)	no es solo un síntoma, sino un factor de riesgo clave para el desarrollo de trastornos afectivos perinatales.
Los síntomas de ansiedad prenatal superan a los síntomas de depresión prenatal y a la ideación suicida como factor de riesgo para la ideación suicida posparto.	Schafer et al.	2024	EEUU	Cuantitativo: longitudinal	Analizar la interacción dinámica entre el apoyo social, la autoeficacia y la salud mental durante el periodo perinatal.	Cuestionario de Salud del Paciente-9 (PHQ9) Escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21)	Este estudio demostró que la ansiedad prenatal son el principal predictor de la ideación suicida posparto, siendo significativamente mayor que la depresión prenatal o la ideación previa al parto. La ansiedad durante el embarazo es un factor de riesgo crítico y diferenciado que requiere detección temprana para prevenir riesgos graves en la salud mental materna.

Prevalencia y factores asociados de los síntomas de ansiedad y depresión posparto entre mujeres en Shanghái, China	Liu Y et al. 2020	China	Cuantitativo: estudio transversal	Evaluar las relaciones entre las variables sociodemográficas y perinatales, y los síntomas de APP y DPP en parturientas 6 semanas después del parto	Escala de Autoevaluación de Ansiedad (SAS) Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EPDS)	La prevalencia de ansiedad (15.2%) y depresión (23.2%) posparto se vinculó principalmente a la fatiga y la retroalimentación entre ambos trastornos. El apoyo familiar y social actuaron como los mayores factores protectores, mientras que dificultades como la lactancia, el tabaquismo previo o la separación del bebé incrementaron el riesgo de depresión.
Síntomas de estrés postraumático y ansiedad posparto entre mujeres palestinas: los roles mediadores de la	Bdier et al. 2023	Palestina	Cuantitativo: transversal	Investigar si la autoestima y el apoyo social mediaban la asociación entre los síntomas de estrés postraumático y la ansiedad posparto entre mujeres palestinas.	Escala de Apoyo Social de Berlín (BSSES) Escala de Ansiedad Específica Posparto (PSAS) Escala de Impacto del Evento (IES-R) Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES)	La ansiedad posparto se correlacionó positivamente con el estrés postraumático y negativamente con el apoyo social y la autoestima. El modelo de ecuaciones estructurales (SEM) validó que el apoyo social y la autoestima actúan como factores protectores que reducen el impacto

autoestima y el apoyo social		del trauma sobre la ansiedad materna.
Patrones de síntomas de depresión, ansiedad y estrés maternos desde el embarazo hasta 5 años después del parto en una cohorte australiana que experimenta adversidad	Bryson et al. 2021 Australia	<p>Cualitativo: Revisión sistemática y metaanálisis</p> <p>Describir los patrones longitudinales de los síntomas de depresión, ansiedad y estrés desde el embarazo hasta los 5 años posparto, en una cohorte de madres australianas que experimentan adversidad.</p> <p>- Este estudio reveló que los síntomas de salud mental son más intensos durante el embarazo y nuevamente a los 4 y 5 años posparto. Los niveles de ansiedad, depresión y estrés fueron sistemáticamente más altos y persistentes en mujeres con mayores factores de riesgo, evidenciando que la vulnerabilidad emocional se extiende mucho más allá del primer año de vida del niño.</p>

<p>Ansiedad y depresión comórbidas: un estudio comunitario que examina la sintomatología y sus correlatos durante el período posparto</p>	<p>Ramakrishna et al.</p>	<p>2019</p>	<p>Australia</p>	<p>Cuantitativo: transversal</p>	<p>Evaluar la variación en las circunstancias sociales y maternas, con base en la sintomatología comórbida de ansiedad y depresión.</p>	<p>Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EPDS) Escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21)</p>	<p>El 13.4% de las madres australianas presentó comorbilidad de ansiedad y depresión, con síntomas más severos que quienes solo padecían un trastorno. Esta coexistencia se vinculó estrechamente con la falta de apoyo social, dificultades económicas, problemas en la lactancia y el temperamento difícil del bebé.</p>
<p>Salud física y ansiedad y depresión comórbidas durante el primer año posparto en</p>	<p>Hannon et al.</p>	<p>2023</p>	<p>Irlanda</p>	<p>Cuantitativo: longitudinal</p>	<p>Investigar las asociaciones entre los problemas de salud física y los problemas de salud mental en mujeres primíparas durante el embarazo y</p>	<p>Escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21) Cuestionarios de Salud Física Cuestionario de Datos Sociodemográficos</p>	<p>Este estudio halló que la comorbilidad de ansiedad y depresión (CAD) afecta al 2% de las madres posparto, especialmente a las más jóvenes y con menos apoyo. Estas mujeres reportaron una carga de salud física</p>

<p>Irlanda (estudio MAMMI): un estudio longitudinal basado en la población</p>		<p>a lo largo de todo el primer año posparto en Irlanda.</p>	<p>significativamente mayor a los 9 y 12 meses en comparación con quienes solo padecían un trastorno, confirmando que la mala salud mental agrava la recuperación física.</p>			
<p>El apego materno- infantil y su relación con la depresión posparto, la ansiedad, la inestabilidad afectiva, el estrés y el apoyo social en una muestra</p>	<p>Hua L</p>	<p>2023</p>	<p>Canadá Cuantitativo: transversal</p>	<p>Examinar las asociaciones del apego materno-infantil con la depresión, la ansiedad, la inestabilidad afectiva, el estrés, el apoyo social y otras variables en una muestra comunitaria de mujeres canadienses en posparto.</p>	<p>Escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21) Escala de labilidad afectiva – 18</p>	<p>Se reveló una asociación significativa entre el apego materno-infantil y la depresión posparto, así como el temperamento infantil. Sin embargo, la ansiedad, la IA, el estrés y el apoyo social no se identificaron como predictores del apego materno-infantil. Los resultados indican la importancia de abordar la depresión materna y el apego materno-infantil, reduciendo</p>

comunitaria canadiense							así el riesgo de psicopatología infantil.
Similitudes y diferencias entre la depresión posparto y la depresión en otras etapas de la vida femenina: una revisión sistemática	Johann, A y Ehlert, U	2022	Suiza	Cualitativa: revisión sistemática	Ofrecer una visión general de la sintomatología de la depresión posparto (DPP), incluyendo las herramientas que se han utilizado para evaluarla y las posibles diferencias fenomenológicas con la depresión mayor durante otras etapas de la vida.	-	La mayoría de los estudios que incluyeron un grupo control de mujeres no perinatales concluyeron que la depresión posparto es nosológicamente distinta de la depresión que se presenta en otras etapas de la vida femenina.
Riesgo de depresión posparto entre mujeres árabes	Alhasanat D et al.	2017	EEUU	Cuantitativo: descriptivo transversal	Examinar los predictores de la depresión posparto en mujeres inmigrantes estadounidenses de	Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EPDS) Inventario de Predictores de	Los resultados revelaron que el 36% de las participantes presentó un alto riesgo de depresión posparto. Aunque varios factores mostraron relación inicial, el

inmigrantes en Estados Unidos: un estudio de viabilidad				ascendencia árabe residentes en Dearborn, Michigan.	Depresión Posparto Revisado (PDPI-R)	análisis de regresión identificó solo dos predictores determinantes: la falta de apoyo social y la tristeza posparto en las primeras 4 semanas.	
Salud mental de las mujeres hasta ocho años después del parto y factores de riesgo asociados: hallazgos longitudinales de la cohorte All Our Families en Canadá	Adhikari K et al.	2023	Canadá	Cuantitativo: Longitudinal prospectivo	Examinar la prevalencia de síntomas elevados de ansiedad y/o depresión materna hasta ocho años después del parto y la asociación entre tensiones en los roles y las relaciones durante la crianza y desafíos de salud mental de tres a ocho años después del parto.	Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EPDS) Escalas de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) Inventario de Ansiedad Estatal de Speilberger (SSAI)	La prevalencia de ansiedad y depresión creció del 18.8% al 26.2% entre los 4 meses y 8 años postparto. Los mayores riesgos fueron la sobrecarga de roles (3.5 veces más probabilidad) y las relaciones estresantes. En contraste, las mujeres sin estos conflictos redujeron su riesgo en un 23%.

Predictores de angustia psicológica en madres de bajos ingresos durante el primer año posparto	Adynski H et al.	2020	EEUU	Cuantitativo: longitudinal prospectivo	Explorar hasta qué punto los determinantes sociales de la salud y la puntuación de carga alostática, un índice de 10 ítems de medidas biológicas de estrés crónico, predicen el distrés psicológico en mujeres embarazadas de bajos ingresos durante el primer año posparto.	Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EPDS) Escala de Estrés Percibido (PSS) Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)	Cerca del 25% de las madres presentaron síntomas depresivos y un 21% estrés elevado de forma persistente durante el año. Los principales predictores fueron el desgaste biológico acumulado y factores sociales críticos como la inseguridad alimentaria y la violencia.
Los síntomas depresivos posparto muestran marcadas similitudes	Wesselhoeft R et al.	2020	Dinamarca	Cuantitativo: transversal	Comparar los síntomas de depresión posparto en mujeres de tres continentes distintos (Europa, Asia y África) para	Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EPDS)	La EPDS mostró una estructura consistente de tres factores depresión, ansiedad y anhedonia en los tres continentes. Vietnam registró la prevalencia más alta de síntomas (33%), duplicando las

entre continentes					determinar si la estructura de estos síntomas es universal o varía según la cultura.		cifras de Dinamarca y Tanzania. Los resultados confirman que, aunque la intensidad varía según la cultura, las manifestaciones nucleares del trastorno son universales.
El impacto del apoyo social posparto en los resultados de salud mental posparto durante la pandemia de COVID-19	White et al.	2023	EEUU	Cuantitativo: longitudinal	Investigar cómo esos cambios pueden haber contribuido a la salud mental posparto y explora cómo tipos específicos de apoyo social amortiguaron la mala salud mental posparto y el deterioro del vínculo materno-infantil.	Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EPDS) Escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7)	Se demostró que la falta de apoyo social aumenta el riesgo de depresión, ansiedad y deterioro del vínculo materno-infantil. Sin embargo, un alto apoyo emocional actúa como protector, mitigando estos efectos incluso cuando falta ayuda práctica.
La gravedad de la ansiedad	Guo et al.	2018	EEUU	Cuantitativo: longitudinal	Examinar la respuesta neural de las madres al observar el rostro	Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI - State-	Se determinó que la ansiedad en el posparto, incluso en niveles subclínicos, altera la conectividad

modera la asociación entre los circuitos neuronales y las conductas maternas en el posparto	de sus propios bebés y como esta respuesta se relaciona con su historial de síntomas depresivos.	Trait Anxiety Inventory) Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EPDS) Resonancia Magnética Funcional (fMRI)	cerebral entre la amígdala y el surco temporal superior derecho. En madres con mayor ansiedad, esta conexión se fortalece y se vincula directamente con un cuidado más cálido y participativo, sugiriendo un mecanismo neuronal que compensa el estrés emocional para proteger la crianza positiva. Estos hallazgos son independientes de los síntomas de depresión o del nivel socioeconómico.				
Ansiedad, depresión y trauma entre mujeres mexicanas inmigrantes hasta dos años después del parto.	Farina et al.	2021	México	Cuantitativo: transversal	Examinar si los síntomas depresivos maternos y el trauma están relacionados con los síntomas de ansiedad en inmigrantes mexicanas perinatales.	Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9) Lista de Verificación de Eventos Traumáticos (Life	Las mujeres mexicanas perinatales con bajos ingresos y múltiples hijos presentan un riesgo elevado de ansiedad, condicionado por la depresión y el historial de trauma. Aquellas con más de diez eventos traumáticos muestran niveles de ansiedad drásticamente superiores,

						Events Checklist - LEC-5)	evidenciando el impacto del estrés acumulado.
Predictores de la depresión posparto en mujeres italianas: un estudio longitudinal.	Molgora et al.	2022	Italia	Cualitativo: longitudinal	Describir el estado psicológico de las madres hasta los 12 meses posparto e investigar los predictores de síntomas depresivos a los 12 meses posparto, considerando factores obstétricos, así como variables psicológicas y relacionales.	Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EPDS) Cuestionario de Experiencia de Parto de Wijma (W-DEQ) Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI - State-Trait Anxiety Inventory) Índice de Estrés Parental – Forma Abreviada (PSI-SF) Escala de Ajuste Diádico (DAS) Escala Multidimensional de	A los 12 meses posparto se registró el pico más alto de depresión y ansiedad. Los predictores claves fueron una mala experiencia de parto y niveles elevados de ansiedad-rasgo a los tres meses. Estos factores psicológicos resultaron más determinantes que las variables médicas o sociodemográficas.

					Apoyo Social Percibido (MSPSS)		
Predictores diferenciales de la depresión y ansiedad posparto: Escala de depresión posparto de Edimburgo, versión hebrea, estructura de dos factores, validez de constructo	Bina y Harrington	2017	Israel	Cualitativo: transversal	Analizar la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo (EPDS) puede distinguir eficazmente entre los síntomas de depresión y los de ansiedad en mujeres en etapa posparto.	Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EPDS)-versión hebreo	El estudio validó que la EPDS separa los síntomas de ansiedad de los de depresión mediante una estructura de dos factores. Las complicaciones del embarazo resultaron ser el principal predictor de la ansiedad, mientras que el bajo apoyo social lo fue para la depresión.
