



Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), enero-febrero 2026,
Volumen 10, Número 1.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v10i1

DEPRESIÓN PERINATAL: REVISIÓN INTEGRAL DE EPIDEMIOLOGÍA, FISIOPATOLOGÍA, FACTORES DE RIESGO, PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

**PERINATAL DEPRESSION: AN INTEGRAL REVIEW OF
EPIDEMIOLOGY, PATHOPHYSIOLOGY, RISK FACTORS,
PREVENTION, DIAGNOSIS, AND TREATMENT**

Alejandro Abarca Vargas

Instituto Mexicano del Seguro Social, México

Edgar Garcia Escorcía

Instituto Mexicano del Seguro Social, México

Ana Karen Constantino Solano

Instituto Mexicano del Seguro Social, México

DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v10i1.22685

Depresión Perinatal: Revisión Integral de Epidemiología, Fisiopatología, Factores de Riesgo, Prevención, Diagnóstico y Tratamiento

Alejandro Abarca Vargas¹abark_12@hotmail.com<https://orcid.org/0009-0002-7734-4867>Instituto Mexicano del Seguro Social
México**Edgar Garcia Escorcía**jerga_241@hotmail.com<https://orcid.org/0000-0002-2130-5888>Instituto Mexicano del Seguro Social
México**Ana Karen Constantino Solano**kary_22k_12@hotmail.com<https://orcid.org/0000-0002-6890-3826>Instituto Mexicano del Seguro Social
México

RESUMEN

La depresión perinatal es un trastorno afectivo mental severo que afecta aproximadamente al 56% de la población latina en América y del Norte. En México existe una prevalencia del 9 % al inicio del embarazo y de 13% durante el puerperio. Es una condición médica común durante embarazo y puerperio, en la que cerca del 80% de las mujeres presentan algún grado de afectación emocional, desde la tristeza y llanto transitorio hasta cuadros severos con ideación suicida. La ausencia de detección y diagnóstico temprano se asocia con mayor riesgo de consumo de sustancia, preeclampsia, dificultades en el cuidado del infante. Puede manifestarse durante el embarazo o posterior al nacimiento. Su fisiopatología integra cambios neuroendocrinos abruptos (estradiol y progesterona), disfunción del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, disminución de alopregnanolona y mecanismos epigenéticos vinculados a Oxitocina. La prevención requiere identificación de alto riesgo y estrategias psicosociales estructuradas, así como aplicación de Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EDPE) es recomendado en México y por guías internacionales. En tratamiento, psicoterapia y antidepresivos ISRS, constituyen primera línea según severidad, mientras que los neuroesteroides (Zuranolona), presentan avances relevantes.

Palabras clave: depresión perinatal, alopregnanolona, EDPE, psicosis postparto

¹ Autor principal.

Correspondencia: abark_12@hotmail.com

Perinatal Depression: An Integral Review of Epidemiology, Pathophysiology, Risk Factors, Prevention, Diagnosis, and Treatment

ABSTRACT

Perinatal depression is a severe mental affective disorder that affects approximately 56% of the Latino population in Central and North America. In Mexico, a prevalence of 9% has been reported at the beginning of pregnancy and 13% during the puerperium. It is a common medical condition during pregnancy and the postpartum period, in which nearly 80% of women experience some degree of emotional disturbance, ranging from transient sadness and crying to severe episodes with suicidal ideation. The absence of early detection and diagnosis is associated with a higher risk of substance use, preeclampsia, and difficulties in infant care. It may manifest during pregnancy or after childbirth. Its pathophysiology integrates abrupt neuroendocrine changes (estradiol and progesterone), dysfunction of the hypothalamic–pituitary–adrenal axis, decreased allopregnanolone levels, and epigenetic mechanisms linked to oxytocin. Prevention requires identification of women at high risk and structured psychosocial strategies, as well as the application of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), which is recommended in Mexico and by international guidelines. Regarding treatment, psychotherapy and selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) antidepressants constitute first-line therapy according to severity, while neurosteroids (zuranolone) represent relevant recent advances.

Keywords: perinatal depression, allopregnanolone, EPDS, postpartum psychosis

*Artículo recibido 17 diciembre 2025
Aceptado para publicación: 22 enero 2026*



INTRODUCCIÓN

La depresión perinatal es un trastorno afectivo mental severo que afecta aproximadamente al 56% de la población latina en América Central y del Norte. En México existe una prevalencia del 9% al inicio del embarazo y de 13.8 % durante el puerperio (1,2). La Depresión perinatal es una condición médica común en la mujer, sobre todo en el embarazo y puerperio, donde cerca del 80 % llegan a presentar alguna afectación, desde tristeza y llanto transitorio, miedos, angustia y sensación de dificultad para vincularse con su hijo; incluso en situaciones con consecuencias más severas como ideas suicidas, que en algunos casos llegan al intento o en su peor de los casos un intento consumado (3,4).

Otra consecuencia ante la falta de detección y diagnóstico temprano son el incremento del uso de sustancias, preeclampsia, negatividad y deslindamiento afectivo en los cuidados del recién nacido e infante; factores que a futuro se relacionan con alteraciones del desarrollo cognitivo, social y emocional del niño (5). Por lo anterior resulta de gran importancia un enfoque integral que articule prevención, tamizaje sistemático y diagnóstico oportuno y tratamiento basado en la severidad, con especial atención a los determinantes sociales de salud que incrementan la vulnerabilidad en contextos latinoamericanos (6)

DESARROLLO

Espectro clínico

La depresión perinatal puede manifestarse durante el embarazo (perinatal o posterior al nacimiento del feto (postparto) y manifestarse de tres formas: Tristeza postparto, depresión y psicosis postparto (7).

Tristeza postparto “Baby blues”

Conocida como “Baby blues”, son alteraciones del estado del ánimo cuyo factores principales para su desarrollo son la interacción de cambios hormonales, psicológicos y sociales. Suelen tener un periodo promedio de aparición entre 4 a 10 días postparto; aunque se considera de una intensidad media, su duración corta y autolimitad, no altera la función cognitiva. Presenta prevalencia de 50-80% en mujeres postparto y con labilidad emocional, irritabilidad, llanto/tristeza, ansiedad y sensación de desesperación ante los cuidados del recién nacido (8). No requiere tratamiento específico y dura menos de dos semanas; sin embargo, es importante realizar una revaloración después de dos semanas por el riesgo de progresión a depresión postparto (9).



Depresión postparto

Es una condición médica seria, más persistente que la tristeza postparto, que interfiere con la habilidad y cuidados del recién nacido (9). De acuerdo con el DSM-V, puede incluirse el episodio depresivo que inicia durante el embarazo (3). Se caracteriza por estado de ánimo abatido, sentimientos de inadecuación como madre, fatiga, trastornos del sueño y apetito; y un alto porcentaje presenta pensamiento de lastimar al recién nacido. Puede acompañarse de culpa, inadaptabilidad social y pensamientos o intentos suicidas; por lo que su severidad requiere tratamiento multidisciplinario (10).

Psicosis postparto

Es una entidad grave asociada a alta morbilidad materna e infantil; no se considera un diagnóstico aislado sino un especificador temporal dentro de trastornos como bipolaridad, depresión psicótica, etc. Con un inicio en las primeras 4 semanas postparto (11). Es rara (1-2 por 1000 partos), de presentación emergente (48 a 72 horas), aunque la mayoría desarrolla síntomas en las primeras dos semanas (12). Se asocia antecedentes de depresión mayor, trastorno bipolar y esquizofrénica; con insomnio, irritabilidad, evolución rápida de depresión, pensamiento y conducta desorganizada (13).

Factores de riesgo

Dentro de los factores de riesgo, los psicosociales juegan un papel central, anudados a factores biológicos como alteraciones en niveles de progesterona, estradiol y cortisol (14). Entre los psicosociales más relevantes se encuentran la falta de apoyo emocional (incluida ayuda en tareas diarias), abuso o violencia sexual y/o intrafamiliar, depresión, estrés y ansiedad durante la gestación, incrementando hasta tres veces el riesgo (15).

En países en desarrollo se reportan factores familiares como: mala relación de pareja, bajo nivel socioeconómico, embarazo no planeado, fatiga, recién nacido masculino, antecedentes de aborto, edad gestacional corta y número de embarazo (15). Revisiones recientes han integrado otros factores emergentes: violencia, diabetes gestacional, estatus migratorio, obesidad/sobrepeso, cesárea, anestesia epidural y anemia durante la gestación o postparto (16).

Fisiopatología

La depresión postparto es un trastorno psiquiátrico con impacto en madre y recién nacido; su forma grave ha sido relativamente poco estudiada, por lo que comprender el mecanismo neurobiológico es



clave para impulsar biomarcadores que complementen la evaluación clínica (17).

Existen teorías que señalan interacciones en alteraciones neuroendocrinas con hormonas ováricas y lactógenas (estrógeno, progesterona, oxitocina, prolactina) y hormonas del estrés (cortisol, CRH, ACTH), con disfunción del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal y mecanismos epigenéticos (18).

En el periodo periparto hay cambios abruptos en estradiol y progesterona; esto sustenta la hipótesis de “abstinencia de esteroides ováricos”, por la caída de progesterona asociada a cambios del estado de ánimo (18). La disminución de alopregnenolona, principal metabolito de progesterona, se asocia a depresión postparto por su papel modulador de receptores GABA-A y efecto protector en concentraciones elevadas (19).

Los cambios epigenéticos (como metilación del receptor de oxitocina) pueden desregular la oxitocina y alopregnenolona; en estudios, su relación es inversa con manifestaciones depresivas postparto (19).

Prevención y diagnóstico

Las mujeres con alto riesgo deben identificarse antes del parto para permitir una consejería preventiva e intervención eficaz con impacto a corto y largo plazo (20). La Guía de Práctica Clínica Mexicana recomienda tamizaje con la Escala de Depresión postparto de Edimburgo (EDPE) (4). La EDPE valora síntomas de ansiedad/depresión y estado de ánimo (21). Consta de 10 elementos, aplicación de 3 a 5 minutos, con alto valor predictivo con puntaje mayor o igual de 10 y utilidad desde la gestación hasta dos años postparto (22).

Estrategias de prevención

Para disminuir la morbilidad por depresión perinatal es fundamental: brindar información clara a mujer/pareja/familia, control de sintomatología, disminuir miedo/angustia, fortalecer vínculo madre-hijo y de pareja, promover una adecuada dinámica familiar, intervenir en factores estresores actuales y fortalecer redes de apoyo (sociales e institucionales). Se han descrito buenos resultados con la implementación sobre áreas especializadas como salud mental perinatal (OR 0.30), visitas domiciliarias (OR 0.71), seguimiento telefónico (OR 0.36), psicoterapia cognitivo-conductual (OR 0.51), intervenciones psicoeducativas madre-hijo (OR 0.47) y actividad física (OR 0.49) (23).



Tratamiento

El manejo depende de la presentación clínica y requiere un enfoque integral. La tristeza postparto requiere una vigilancia y revaloración a dos semanas. En psicosis postparto se requiere un manejo especializado por ser una emergencia, empleando estabilizadores del ánimo (litio, valproato) y benzodiazepinas, y en algunos casos terapia electroconvulsiva, puede ser tolerada con respuesta rápida (19).

En depresión perinatal, el tratamiento se divide en no farmacológico y farmacológico. En no farmacológico, la psicoterapia (terapia cognitiva y terapia interpersonal) con resultados favorables, útil en cuadros leves a moderados. En depresión moderada-severa o sin respuesta, se recomienda farmacoterapia: los inhibidores de recaptura de serotonina son de primera línea y datos preliminares presentan beneficio (19).

En 2019 se introdujo brexanolona, primer fármaco aprobado por FDA para depresión postparto, disponible en programa restringido (Zulresso ®. Brexanolona es análogo exógeno de alpregnolona, modulador positivo de receptores GABA. Su formulación IV permite inicio de acción rápido y buena tolerancia, aunque limita disponibilidad (24).

Análisis de estudios recientes en población mexicana

Durante la pandemia por COVID-19, Ambriz-López et al, reportaron un incremento significativo de síntomas depresivos postparto, asociado aislamiento social, miedo a la enfermedad y disminución del apoyo institucional, lo que evidencio la gran vulnerabilidad del sistema de salud mental ante crisis sanitarias a nivel obstétrico (26).

Santiago-Sanabria et al, realizaron un estudio transversal en población mexicana, identificando una prevalencia elevada de depresión postparto, asociada principalmente a falta de apoyo social, antecedentes de ansiedad y violencia intrafamiliar, confirmando la relevancia de los factores psicosociales en nuestro contexto (27).

De forma similar, Genchi-gallardo et al, en Acapulco, Guerrero, reportaron una alta prevalencia de depresión postparto en usuarias de un hospital público, asociada a bajo nivel socioeconómico y embarazo no planeado, reforzando la necesidad de estrategias preventivas focalizadas (28).



CONCLUSIONES

La evidencia presentada confirma que la depresión perinatal no es un fenómeno homogéneo, sino un proceso clínico con severidad variable; su prevención y manejo exigen identificación temprana y estrategias estructuradas. En México, la implementación efectiva del tamizaje sistemático con EDPE enfrenta barreras operativas (tiempo, capacitación) pese a su recomendación explícita.

La depresión perinatal es frecuente y de alto impacto en México y América Latina. Su espectro clínico incluye tristeza postparto, depresión postparto y psicosis postparto, con riesgos y abordajes distintos. Los factores de riesgo son predominantemente psicosociales y acumulativos, aunque se integran comorbilidades metabólicas y obstétricas emergentes. La fisiopatología actual destaca el eje neuroesteroide-GABA (alpregnanolona), disfunción del eje de estrés y mecanismos epigenéticos. La prevención estructurada y el tamizaje con EDPE son estrategias recomendadas, con intervenciones preventivas demostradas. El tratamiento debe ser escalonado y multidisciplinario, con psicoterapia y ISRS como pilares, y neuroesteroides como avances terapéuticos relevantes para depresión postparto moderada y severa.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Martínez P, Jhon F, Jacome P. Depresión en el embarazo. *rev.colomb.psiquiatr.* 2019, vol.48, n.1, pp.58-65.
2. González-González Alianok, Casado-Méndez Pedro Rafael, Molero-Segrera Mailen, Santos-Fonseca Rafael Salvador, López-Sánchez Irina. Factores asociados a depresión posparto. *AMC* 2019 Dic 23(6): 770-779.
3. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013.
4. Prevención, diagnóstico y manejo de la depresión prenatal y postparto en el primer y segundo niveles de atención. *Guía de Práctica Clínica: Evidencias y Recomendaciones*. México, CENETEC; 2021.
5. Van Niel MS, Payne JL. Perinatal depression: A review. *Cleve Clin J Med.* 2020 May;87(5):273-277.



6. Frieder A, Fersh M, Hainline R, Deligiannidis KM. Pharmacotherapy of Postpartum Depression: Current Approaches and Novel Drug Development. *CNS Drugs*. 2019 Mar;33(3):265-282.
7. Falana SD, Carrington JM. Postpartum Depression: Are You Listening? *Nurs Clin North Am*. 2019 Dec;54(4):561-567.
8. Kroska EB, Stowe ZN. Postpartum Depression: Identification and Treatment in the Clinic Setting. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2020 Sep;47(3):409-419.
9. Stewart DE, Vigod SN. Postpartum Depression: Pathophysiology, Treatment, and Emerging Therapeutics. *Annu Rev Med*. 2019 Jan 27;70:183-196.
10. Post C, Leuner B. The maternal reward system in postpartum depression. *Arch Womens Ment Health*. 2019 Jun;22(3):417-429.
11. Spinelli M. Postpartum psychosis: a diagnosis for the DSMV. *Arch Womens Ment Health*. 2021 Oct;24(5):817-822.
12. Perry A, Gordon-Smith K, Jones L, Jones I. Phenomenology, Epidemiology and Aetiology of Postpartum Psychosis: A Review. *Brain Sci*. 2021 Jan 4;11(1):47.
13. Forde R, Peters S, Wittkowski A. Recovery from postpartum psychosis: a systematic review and metasynthesis of women's and families' experiences. *Arch Womens Ment Health*. 2020 Oct;23(5):597-612.
14. Meltzer-Brody S, Howard LM, Bergink V, Vigod S, Jones I, Munk-Olsen T, Honikman S, Milgrom J. Postpartum psychiatric disorders. *Nat Rev Dis Primers*. 2018 Apr 26;4:18022.
15. Liu X, Wang S, Wang G. Prevalence and Risk Factors of Postpartum Depression in Women: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Clin Nurs*. 2022 Oct;31(19-20):2665-2677.
16. Zhao XH, Zhang ZH. Risk factors for postpartum depression: An evidence-based systematic review of systematic reviews and meta-analyses. *Asian J Psychiatr*. 2020 Oct;53:102353.
17. Yu Y, Liang HF, Chen J, Li ZB, Han YS, Chen JX, Li JC. Postpartum Depression: Current Status and Possible Identification Using Biomarkers. *Front Psychiatry*. 2021 Jun 11;12:620371.
18. Payne JL, Maguire J. Pathophysiological mechanisms implicated in postpartum depression. *Front Neuroendocrinol*. 2019 Jan;52:165-180.



19. Kroska EB, Stowe ZN. Postpartum Depression: Identification and Treatment in the Clinic Setting. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2020 Sep;47(3):409-419.
20. O'Connor E, Senger CA, Henninger ML, Coppola E, Gaynes BN. Interventions to Prevent Perinatal Depression: Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA.* 2019 Feb 12;321(6):588-601.
21. Park SH, Kim JI. Predictive validity of the Edinburgh postnatal depression scale and other tools for screening depression in pregnant and postpartum women: a systematic review and meta-analysis. *Arch Gynecol Obstet.* 2022 Apr 13.
22. Learman LA. Screening for Depression in Pregnancy and the Postpartum Period. *Clin Obstet Gynecol.* 2018 Sep;61(3):525-532.
23. Contreras-Carreto, N. A., Villalobos-Gallegos, L., & Mancilla-Ramírez, J. (2022). **Análisis epidemiológico de la depresión perinatal.** *Cirugía y Cirujanos*, 90(1), 128–132.
<https://doi.org/10.24875/ciru.20001246>
24. Powell JG, Garland S, Preston K, Piszczatoski C. Brexanolone (Zulresso): Finally, an FDA-Approved Treatment for Postpartum Depression. *Ann Pharmacother.* 2020 Feb;54(2):157-163.
25. Patatanian E, Nguyen DR. Brexanolone: A Novel Drug for the Treatment of Postpartum Depression. *J Pharm Pract.* 2022 Jun;35(3):431-436.
26. Ambriz-López R, Flores-Venegas SR, Soria-López JA, et al. Depresión posparto durante la pandemia de COVID-19. *Ginecología y Obstetricia de México.* 2020 Jun;90(1):8-20.
27. Santiago-Sanabria L, Ibarra-Gussi PM, et al. Depresión posparto: prevalencia y factores de riesgo asociados en una muestra de población mexicana. *Ginecol Obstet Mex.* 2023;91(4):227-240.
28. Genchi-Gallardo FJ, et al. Prevalencia de depresión posparto y factores asociados en usuarias de un hospital público de Acapulco, Guerrero, México. *Ginecol Obstet Méx.* 2021;89(12):927-936.

