



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

HOSPITAL GENERAL DR. ENRIQUE CABRERA COSIO

**“PREVALENCIA DE DEPRESIÓN POSPARTO EN PACIENTES DEL
HOSPITAL GENERAL DR. ENRIQUE CABRERA COSIO”**

TESIS TRABAJO DE INVESTIGACIÓN DESCRIPTIVO

PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:
MARICRUZ DAÑINO MORALES

DIRECTOR DE TESIS
DR. JESÚS RAYMUNDO GONZÁLEZ DELMOTTE

Facultad de Medicina



CIUDAD UNIVERSITARIA, CIUDAD DE MÉXICO
2022



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO



**“Prevalencia de Depresión Posparto en Pacientes del Hospital General Dr.
Enrique Cabrera Cosío”**
Autor: Maricruz Dañino Morales

Vo. Bo.

Dr. Jesús Raymundo González Delmotte
Profesor Titular del Curso de
Especialización en Ginecología y Obstetricia

Vo. Bo.

Dra. Lilia Elena Monroy Ramírez de Arellano
Directora de Formación, Actualización Médica e Investigación,
Secretaría de Salud de la Ciudad de México



SECRETARÍA DE SALUD DE LA
CIUDAD DE MÉXICO
DIRECCIÓN DE FORMACIÓN,
ACTUALIZACIÓN MÉDICA E
INVESTIGACIÓN



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO



Director de Tesis

Dr. Jesús Raymundo González Delmotte
Hospital General Dr. Enrique Cabrera Cosío

AGRADECIMIENTOS

A MIS PADRES, HERMANAS Y SOBRINA

Por los valores que sembraron en mí y me permitieron llegar a este punto tan importante en mi vida, por su paciencia, amor, amabilidad y comprensión, por estar en los momentos difíciles y no irse hasta alegrar mi corazón, por darme la fuerza y la confianza para poder enfrentar la vida y no rendirme, por ser la mejor familia con la que Dios me pudo haber bendecido.

A MI COMPAÑERO DE VIDA

Por permitirme aprender a tu lado sobre la vida, por hacer feliz mi alma y mi corazón, por enseñarme a seguir cuando me creía derrotada, por enseñarme valiosas lecciones de vida, por enseñarme a ser inquebrantable, por enseñarme que todo es mucho mejor si se trabaja en equipo, por siempre confiar en mí.

Índice

Resumen

I. Introducción	1
II. Marco Teórico y Antecedentes	2
2.1 Definición	2
2.2 Epidemiología	2
2.3 Factores de Riesgo	4
2.4 Fisiopatología	6
2.5 Diagnóstico	8
2.6 Escala de depresión posparto de Edimburgo	11
III. Planteamiento del Problema	14
IV. Pregunta de Investigación	14
V. Justificación	14
VI. Hipótesis	15
VII. Objetivo general	15
VIII. Objetivos específicos	15
IX. Metodología	16
9.1 Tipo de estudio	16
9.2 Criterios de inclusión	16
9.3 Criterios de exclusión	16
9.4 Tamaño de muestra	16
X. Variables	18
XI. Medición e Instrumento de Medición	19
XII. Consideraciones de Riesgo Ético	19
XIII. Análisis Estadístico	20
XIV. Resultados	21
XV. Discusión	35
XVI. Conclusiones	38
XVII. Limitaciones del estudio	38
XVIII. Perspectivas del estudio	38
XIX. Bibliografía	39
XX. Anexos	43
20.1 Anexo 1. Instrumento aplicado	43

XXI. Abreviaturas 46

Resumen

Introducción: La depresión, históricamente llamada "melancolía", ha sido clasificada como un trastorno mental descrita durante el siglo XIX, cuando se realizaron los primeros esfuerzos para recopilar información estadística sobre la incidencia de enfermedades mentales. Desde entonces, la depresión mayor se ha incluido en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) desde su creación en 1952, mientras que la depresión posparto no se reconocía como una categoría diagnóstica única. En cambio, la depresión posparto se clasificó inicialmente como un subtipo de depresión mayor, catalogada como "Trastorno depresivo mayor, con inicio en el posparto" en el DSM-4 y actualmente se clasifica como "Trastorno depresivo mayor, con inicio en el periparto" en el DSM-5, dado que la manifestación asociada comienza durante el embarazo en alrededor un tercio de las pacientes con depresión posparto.

Objetivo General: Identificar la prevalencia de depresión posparto en las pacientes del Hospital General Dr. Enrique Cabrera.

Hipótesis: La depresión posparto tiene una prevalencia del 25%.

Metodología: Estudio prospectivo, descriptivo, observacional, transversal. El estudio se llevará a cabo en la Unidad de Consulta Externa y Piso de Obstetricia, en los meses de mayo-junio de 2022. Se considerarán como casos positivos a las pacientes que cuenten con un puntaje igual o mayor a 10 en la aplicación del instrumento de la Escala de Depresión Perinatal de Edimburgo validada en población mexicana y como negativos aquellas pacientes que cuenten con un puntaje menor a 10 en la aplicación del mismo

Resultados: La prevalencia fue del 40%, la religión católica fue la única variable con relación estadísticamente significativa que influyó en la aparición de depresión posparto.

Conclusiones: La depresión posparto tuvo una incidencia elevada en la población estudiada comparada con la estadística mundial y nacional.

Las pacientes católicas se deprimen más que las que cuentan con alguna otra religión o no cuentan con ninguna.

I. Introducción

La depresión, históricamente llamada "melancolía", ha sido clasificada como un trastorno mental descrita durante el siglo XIX, cuando se realizaron los primeros esfuerzos para recopilar información estadística sobre la incidencia de enfermedades mentales. Desde entonces, la depresión mayor se ha incluido en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) desde su creación en 1952, mientras que la depresión posparto no se reconocía como una categoría diagnóstica única. En cambio, la depresión posparto se clasificó inicialmente como un subtipo de depresión mayor, catalogada como "Trastorno depresivo mayor, con inicio en el posparto" en el DSM-IV y actualmente se clasifica como "Trastorno depresivo mayor, con inicio en el periparto" en el DSM-5, dado que la manifestación asociada comienza durante el embarazo en alrededor un tercio de las pacientes con depresión posparto. El diagnóstico de depresión mayor requiere la presencia de cinco o más de los siguientes síntomas:

- Estado de ánimo depresivo
- Disminución del interés o placer en las actividades
- Cambio en el peso corporal (más del 5% en un mes)
- Insomnio
- Agitación o retraso psicomotor
- Fatiga o pérdida de energía
- Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada
- Disminución de la capacidad de concentración
- Pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida

Los criterios para el término periparto enumerados en el DSM-5 estipulan que el inicio de los síntomas debe ocurrir durante el embarazo o dentro de las primeras cuatro semanas posteriores al parto. El período de tiempo de cuatro semanas sigue siendo algo controvertido y ha habido un impulso para aumentar esta ventana a 6 meses después del parto. ²

II. Marco Teórico y Antecedentes

2.1 Definición

La depresión perinatal es el término utilizado para describir un episodio de depresión mayor durante el embarazo (también referido como período anteparto o prenatal) o después del nacimiento (también conocido como período posparto o posnatal) o en determinados casos cuando se adopta un bebé, definido en un periodo de tiempo dentro de las primeras 4-6 semanas después del parto.¹

Se cree que el período periparto es un período particularmente vulnerable para la manifestación de problemas de salud mental, incluida la depresión. Sin embargo, muchos estudios que examinan la incidencia de la depresión posparto no comparan las tasas con los grupos de control de pacientes no embarazadas y dada la evidencia de que la depresión no se diagnostica en mayor medida en las mujeres embarazadas en comparación con las no embarazadas, las comparaciones entre estudios son difíciles. Varios estudios que intentaron examinar las tasas generales de depresión en el posparto en comparación con un grupo de control de no embarazadas, no encontraron evidencia estadísticamente significativa de mayores tasas de depresión asociadas con el período posparto. Aunque estos estudios demostraron que la tasa general de depresión puede no ser muy diferente a los 6 meses en comparación con los controles, se encontró que la tasa de inicio de depresión era 2 o 3 veces mayor y los niveles de síntomas fueron más altos en las mujeres posparto en comparación con los controles de no embarazadas. En general, la evidencia sugiere que el período periparto es un momento vulnerable para manifestar depresión.²

2.2 Epidemiología

Varios estudios han evaluado la incidencia de la depresión posparto. En aquellos en los que se utilizó una metodología sólida, la incidencia varía entre 4.5% y 28% de las mujeres en el posparto. Sin embargo, la mayoría se concentró en alrededor del 10% al 15% con un metaanálisis que reporta una incidencia del 13%.¹ Existen algunas pruebas de que, mientras que la incidencia global de la depresión posparto no es

significativamente diferente a la de la depresión en otros momentos, hay mayor riesgo de depresión durante el posparto (el triple en las primeras 5 semanas de vida.)¹

Las estimaciones de la incidencia de los trastornos de salud mental en el período perinatal varían mucho en función de los parámetros del estudio, con resultados afectados por las características de la muestra (por ejemplo, sólo las madres primerizas), la definición y la medición de los trastornos (por ejemplo, la herramienta de detección o el punto de corte utilizado) y si el punto o período de incidencia se reporta. Los estudios realizados internacionalmente han encontrado consistentemente tasas significativas de trastornos de salud mental en el período perinatal¹ por ejemplo existe un estudio australiano con una muestra de 52 mil pacientes, donde se encontró alrededor del 9% de las mujeres con depresión experimentada en el período prenatal y 16% en el periodo posparto.¹

En un metaanálisis de 28 estudios internacionales, las estimaciones de puntos de incidencia para la depresión mayor y menor varió de 6.5% a 12.9% (1.0% a 5.6% para la depresión mayor solamente) en diferentes trimestres y meses del embarazo y en primer año después del nacimiento; en cambio en el período posparto la incidencia mostró que hasta 19.2% de las mujeres tenía un episodio depresivo en los primeros 3 meses después del parto (7.1% para la depresión mayor).¹

Existen reportes en una encuesta australiana de mujeres evaluadas después del nacimiento mediante la Escala de detección de Edimburgo, donde reportan la incidencia puntual de las mujeres con calificaciones de más de 12 puntos donde varió de 5.6% a 10.2%, en función del territorio en el que fueron evaluadas y si eran reclutadas en el sistema de salud público o privado (6.4% frente a 3.6%, respectivamente) ¹

En otros estudios se ha reportado que las tasas de incidencia de depresión posparto varían entre países, desde 6,9 a 12,9 % en países de ingresos altos hasta más del 20 % en algunos países de ingresos bajos o medianos. Durante mucho tiempo ha sido controvertido el hecho de si la incidencia de la depresión alcanza su punto máximo después del nacimiento. Por ejemplo, un estudio reciente mostró que el 33 % de las mujeres con depresión posparto en realidad tienen un inicio de síntomas durante el

embarazo y otro 27 % antes del embarazo, por lo que el término "perinatal" puede ser una mejor descripción que "posparto".⁴ Por lo tanto, se ha propuesto que la incidencia estimada de depresión posparto del 10% al 20% puede ser una subestimación del problema global, con los informes más bajos resultantes de las diferencias en las tasas de detección o las medidas de detección, los entornos socioeconómicos, las normas culturales, sociales, la estructura de apoyo y percepciones de salud mental en todo el mundo. De hecho, se ha descubierto que la depresión posparto a menudo no se diagnostica con algunas estimaciones de que más del 50 % de las mujeres con depresión posparto no son diagnosticadas.²

En México, la depresión posparto también es frecuente y se ha descrito que ocurre hasta en un 10 y 20% de las mujeres en etapa postnatal. La incidencia de depresión en dos muestras distintas de embarazadas que acudieron a su control prenatal al Instituto Nacional de Perinatología (INPer), fue de alrededor de 17%.³ Por otro lado, se observó también que algunos factores como infecciones de transmisión sexual pueden influir en los reflejos de estas cifras, por ejemplo, en una muestra de mujeres gestantes sin infecciones de transmisión sexual la incidencia fue de 32.5%; mientras que en una muestra de embarazadas con infecciones de transmisión sexual de origen viral (VIH/SIDA o Virus de Papiloma Humano) la cifra se elevó a 39.4%.³

2.3 Factores de Riesgo

Existen varios factores de riesgo asociados a la depresión posparto. Es importante reconocer que actualmente no existe un predictor único de depresión posparto, y los factores de riesgo asociados han sido encontrados en estudios prospoectivos.⁷ Dentro de los factores de riesgo descritos se pueden encontrar:

1. Asociados a ansiedad materna
 - Estrés
 - Depresión previa
 - Falta de apoyo social
 - Violencia doméstica
 - Embarazo no deseado
 - Factores de la relación de pareja

- Historia pasada de trastorno psicopatológico y psicológico durante el embarazo
- Falta de apoyo social
- 2. Mala relación de pareja
- 3. Percepciones que los padres tienen sobre su propia educación
- Embarazo no deseado
- Desempleo
- Ausencia de lactancia
- Estrés prenatal de los padres
- Disfunción tiroidea prenatal
- Tiempo largo para la concepción
- Depresión en los padres
- Tener dos o más hijos

Se sabe que los factores ambientales, como experiencias de vida adversas previas, antecedentes de depresión y trastornos de ansiedad, roles socioculturales, atributos psicológicos y habilidades de afrontamiento, influyen en el riesgo de trastorno depresivo mayor tanto en hombres como en mujeres, pero también pueden contribuir a las disparidades en la incidencia entre hombres y mujeres. Se han identificado numerosos factores de riesgo ambientales para la depresión posparto, entre los que se incluyen la depresión prenatal, la ansiedad prenatal, el deterioro de las interacciones entre el bebé y la madre, la falta de apoyo social, el estrés financiero y/o marital y los eventos adversos de la vida. Muchos de los factores de riesgo de la depresión posparto caen bajo el rubro del estrés. Hasta hace poco, muchos estudios que examinaban el papel del estrés se habían centrado en los factores estresantes de la vida durante el período periparto, que predice la depresión posparto y se correlaciona positivamente con las puntuaciones de gravedad de la depresión. De acuerdo con esta noción, las mujeres con depresión posparto tenían puntajes del índice de estrés diario tres veces más altos en comparación con los controles sanos. Se encontró que las mujeres que experimentaron múltiples eventos adversos en la vida, incluido el abuso sexual infantil o el abuso sexual en la edad adulta, tenían un mayor riesgo de depresión posparto y tenían tres veces más probabilidades de tener depresión posparto en comparación con aquellas que no experimentaron ningún evento adverso en la vida²

Lo que no se discute es que el factor de riesgo más importante para la depresión posparto es un historial de trastornos del estado de ánimo o de ansiedad (perinatal o no), especialmente si es sintomático durante el embarazo. Otros factores de riesgo psicosociales para la depresión posparto incluyen apoyo social deficiente, problemas persistentes de salud infantil, temperamento infantil difícil, dificultades maritales, violencia de pareja, abuso previo y otros eventos negativos de la vida. La depresión posparto también puede ser hereditaria, ya que una mujer tiene más probabilidades de desarrollar depresión posparto si su hermana o su madre también padecieron el trastorno.⁴

2.4 Fisiopatología

La fisiopatología de la depresión posparto es compleja y aún no se ha determinado por completo. Sin embargo, existe evidencia de que los factores biológicos, incluidos los factores hormonales, la genética y la función inmunológica, pueden desempeñar un papel muy importante en el desarrollo de la misma.⁴

Se han propuesto varios biomarcadores como identificadores útiles para pacientes con riesgo de depresión posparto, como:

- Neuroendocrinos
- Epigenéticos
- Neuroinflamatorios

En cuanto a los niveles neuroendocrinos, existen niveles alterados de hormonas reproductivas, ya que existe evidencia de que las mujeres que padecen depresión posparto pueden ser diferencialmente sensibles a los efectos de los esteroides gonadales. La hormona liberadora de corticotropina placentaria demostró ser un fuerte predictor de depresión posparto en un estudio y se propuso como un criterio diagnóstico útil para la depresión posparto.² Los niveles de estrógeno aumentan drásticamente antes del parto, alcanzando niveles de más de 1000 veces sus valores de referencia y caen precipitadamente después del parto. El tratamiento con progesterona aumenta el riesgo y empeora las puntuaciones de depresión en mujeres posparto. Se ha observado que los niveles más altos de progesterona se correlacionan con peores puntuaciones de

depresión en mujeres posparto. La oxitocina se ha relacionado con la depresión posparto debido a su papel bien conocido en la regulación de las emociones, la interacción social, el estrés y las relaciones madre-hijo, incluido el parto, la lactancia y el apego. Además, se ha relacionado al igual que las dificultades con la lactancia en el posparto reportando que pueden tener fundamentos neuroendocrinos comunes. Similar a la oxitocina, la prolactina tiene un papel bien establecido en la lactancia y los comportamientos maternos. Un estudio encontró que las mujeres con depresión posparto tenían menos probabilidades de dar lactancia y tenían niveles más bajos de prolactina sérica y en las mujeres con depresión posparto que estaban amamantando, los niveles de prolactina también se redujeron. La función alterada del sistema inmunológico durante el período perinatal y el vínculo con la depresión llevaron a la hipótesis de que la neuroinflamación puede desempeñar un papel en la vulnerabilidad a los trastornos del estado de ánimo durante el período perinatal. Sin embargo, pocos estudios han investigado directamente el papel del sistema inmunitario en la depresión posparto.

Existe evidencia de una influencia genética en la depresión posparto, basada en estudios de gemelos y familiares. Existen estudios de asociación del genoma completo donde también se han identificado genes candidatos individuales, así como posibles vías involucradas en la depresión posparto. El gen del receptor de estrógeno alfa (ESR1) juega un papel importante en la mediación de los cambios hormonales durante el período periparto, lo que lo convierte en un candidato interesante para los estudios de asociación genética en la depresión posparto. De igual forma la evidencia vincula mutaciones en el transportador de serotonina (5-HTT) con la depresión posparto. La monoaminoxidasa A (MAOA) es una enzima involucrada en la desaminación oxidativa de aminas, incluidas la dopamina, la norepinefrina y la serotonina. Los polimorfismos en el gen que la codifica también se han identificado en asociación con la depresión posparto y las variantes de MAOA se han correlacionado con la gravedad de las puntuaciones de este trastorno. Al igual que MAOA, la catecol-O-metiltransferasa (COMT) es una enzima que degrada las catecolaminas, incluidas la dopamina, la epinefrina y la norepinefrina. También se ha demostrado que los polimorfismos en el gen que codifica COMT son un factor de riesgo de depresión posparto y se correlacionan positivamente con las puntuaciones de depresión en mujeres en el período de tiempo posparto inmediato.² La triptófano hidroxilasa 2 (TPH2) cataliza el primer paso limitante de la velocidad en la síntesis de

serotonina. Se ha demostrado que las variantes genéticas del gen TPH2 tienen una asociación con la depresión posparto, con variantes específicas asociadas con síntomas de depresión en momentos específicos durante el período periparto.² Los polimorfismos de un solo nucleótido en el gen que codifica la oxitocina (OXT) o el receptor de oxitocina (OXTR) también se han estudiado en la depresión posparto. Un nucleótido en la oxitocina predijo tanto la variación en la duración de la lactancia como las puntuaciones de depresión posparto, mientras que una interacción entre un nucleótido en el receptor de la oxitocina y los eventos adversos de la vida no se correlacionó con los comportamientos maternos.

Los factores epigenéticos, que se refieren a cambios en la expresión génica no relacionados con cambios en las secuencias de ADN, sino más bien con cambios en la estructura de la cromatina (metilación o modificaciones de histonas) que afectan la transcripción génica, también desempeñen un papel importante en el desarrollo de la depresión posparto.

2.5 Diagnóstico

La Organización Mundial de Salud (OMS) considera que los programas eficaces de cribado deben tener:

- Comprensión adecuada de la condición
- Una prueba validada de detección, simple y segura, con los correspondientes niveles de corte
- Tratamiento eficaz para los evaluados como positivos
- Recursos adecuados para asegurar que cualquier programa sea implementado de manera aceptable

Los síntomas de depresión incluyen estado de ánimo deprimido o irritable, anhedonia, pérdida o aumento de peso, cambios en el sueño y apetito, pérdida de energía, sentimientos de culpa excesivos o inutilidad, agitación o retraso psicomotriz y, en casos más severos, ideación suicida.

La evaluación básica de la depresión incluye la historia, el examen del estado mental y el examen físico.

- Hacer una historia detallada de los síntomas que se presentan y determinar la gravedad y la duración del episodio depresivo
- Establecer una historia de episodios previos, episodios maníacos o hipomaníacos anteriores, abuso de sustancias y otras enfermedades psiquiátricas
- Buscar la coexistencia de otras condiciones médicas. Comprobar si hay antecedentes familiares de trastornos mentales, depresión y suicidio
- Establecer los antecedentes personales y los apoyos y recursos disponibles
- Evaluar el deterioro funcional y determinar los acontecimientos de vida y factores de estrés
- Hacer un examen del estado mental. Esto incluye evaluación de la gravedad de los síntomas, psicóticos o no
- Todas las evaluaciones de la depresión deben incluir evaluación del riesgo de suicidio, de autolesiones y del riesgo de daño a otros

Existen varias herramientas de detección de la depresión disponibles para su uso. Éstas normalmente se pueden completar en menos de 10 minutos. La mayoría tiene una especificidad que va desde 77% a 100%. Por lo tanto, se podría decir que la sensibilidad debe ser el factor determinante para maximizar el número de pacientes deprimidos identificados. Muchas de estas pruebas de detección han sido validadas con determinados grupos étnicos. Ejemplos de herramientas de detección altamente sensibles incluyen la Escala de depresión posnatal de Edimburgo, Escala de tamizaje de depresión posparto y el Cuestionario de salud del paciente-9¹

La herramienta más utilizada en el período posparto es la Escala de Edimburgo. La sensibilidad, especificidad y el valor predictivo de esta herramienta de autoinforme dependen de las puntuaciones de corte elegidos. Al valor de corte de 9 o 10 para la detección de la depresión posparto, la escala tuvo un VPP que va desde 9% hasta 64% para la depresión mayor. En el corte de valores de 12 o 13, el VPP para la depresión mayor varió desde 17% hasta 100%. La Escala de depresión posparto de Edimburgo se comporta mejor en puntos de corte mayores.¹

La depresión posparto y la depresión mayor no perinatal comparten algunos criterios diagnósticos: una combinación de estado de ánimo deprimido, pérdida de interés, anhedonia, trastornos del sueño y del apetito, problemas de concentración, trastornos psicomotores, fatiga, sentimientos de culpa o inutilidad y pensamientos suicidas, que están presentes durante el mismo período de dos semanas y son un cambio del funcionamiento anterior. Estos síntomas deben causar malestar clínicamente significativo o deterioro del funcionamiento que no sea atribuible a una sustancia u otra condición médica. Los síntomas de depresión posparto, también incluyen labilidad del estado de ánimo, ansiedad, irritabilidad, sentirse abrumado y preocupaciones o preocupaciones obsesivas, a menudo sobre la salud, la alimentación y la seguridad del baño del bebé.

Los pensamientos suicidas son extremadamente comunes y afectan a alrededor del 20 % de las mujeres con síntomas de depresión posparto. Algunas mujeres con depresión posparto también tienen pensamientos de hacerle daño a su hijo. Los pensamientos de intención o deseo de dañar al niño deben distinguirse de los síntomas obsesivos, en los que la mujer tiene un pensamiento o una imagen de hacerse daño a sí misma o a su hijo, pero está muy angustiada por este pensamiento o imagen y no tiene intención de actuar en consecuencia. Es esencial evaluar las preocupaciones sobre el daño a uno mismo o al bebé y debe dar lugar a una derivación inmediata para evaluación y atención psiquiátricas. Los síntomas depresivos durante el año posterior al parto que no cumplen con todos los criterios para un episodio depresivo mayor aún pueden tener un impacto negativo sustancial en las madres, los niños y las familias y, por lo tanto, pueden requerir intervención.⁴

Existen muchas formas de tamizaje para diagnosticar depresión posparto. Sin embargo, la efectividad potencial del tamizaje está relacionada con la disponibilidad de sistemas para tratar y dar seguimiento adecuado a las mujeres con resultados positivos, por lo que existe cierta controversia sobre si se debe realizar un tamizaje de rutina. El Instituto Nacional para la Excelencia en Salud y Atención del Reino Unido sugiere una evaluación en dos etapas con el uso de una herramienta sensible de detección de dos preguntas para la depresión. Un resultado positivo o una inquietud clínica deberían conducir a una evaluación más definitiva. El Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos, la

Academia Estadounidense de Pediatría y el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de EE. UU., recomiendan la detección posparto de rutina utilizando la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo de 10 ítems. Una evaluación clínica es el estándar de oro para determinar un diagnóstico.⁴

2.6 Escala de depresión posparto de Edimburgo

La Escala de depresión posparto de Edimburgo (EPDS) se usa con más frecuencia que cualquier otra herramienta de detección debido a la capacidad de detectar no solo la depresión sino también la ansiedad en los pacientes. A diferencia del PHQ-9, la herramienta de detección EPDS evalúa la frecuencia de los síntomas en los últimos 7 días, sin embargo, no se ha establecido tratar de encontrar el punto de corte apropiado y cuándo evaluar a las madres para depresión posparto. Múltiples estudios internacionales recomiendan que el punto de corte sea mayor de 10, lo que permite detectar antes los síntomas depresivos porque valora tanto los síntomas depresivos menores como los mayores. Además, parece prometedor asegurarse de evaluar a las madres al momento del alta hospitalaria.⁶

En México existe un estudio realizado en el Instituto Nacional de Perinatología en donde se valida la escala de depresión de Edimburgo para poder utilizarla en población mexicana, considerando 15 días contemplando el tiempo de duración para diagnóstico del trastorno depresivo mayor considerado por el DSM V. De igual forma en dicha literatura se reporta un valor de corte de 9 o 10 para la detección de la depresión posparto, con un valor predictivo positivo que va de 9% a 64%.¹

Cuadro 1. Versión en español de Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)⁸

1. He podido reírme y ver el lado chistoso de las cosas:

- Tanto como siempre lo he hecho
- No tanto en comparación a como siempre lo he hecho
- Definitivamente no tanto ahora
- De ninguna manera

2. He anticipado las cosas con gusto:

- Tanto como siempre lo he hecho
- Algo menos de como siempre lo he hecho
- Definitivamente menos de como siempre lo he hecho
- Casi nada

3. Me he culpado innecesariamente cuando las cosas han salido mal:

- Sí, casi todo el tiempo
- Sí, a veces
- No, muy a menudo
- No, nunca

4. Me he sentido angustiada y preocupada sin ninguna razón:

- No, definitivamente
- Casi no
- Sí, algunas veces
- Sí, muchas veces

5. Me he sentido asustada o con bastante miedo sin ninguna razón:

- Sí, bastante
- Sí, algunas veces
- No, no mucho
- No, nunca

6. Las cosas me han rebasado (están fuera de mi control):

- Sí, la mayor parte de las veces no las he sobrellevado tan bien como siempre
- Sí, algunas veces no las he sobrellevado tan bien como siempre
- No, la mayor parte del tiempo las he sobrellevado bastante bien
- No, las he sobrellevado tan bien como siempre

7. He estado tan infeliz que he tenido problemas al dormir:

- Sí, la mayor parte del tiempo
- Sí, a veces
- No muy a menudo
- No, nunca

8. Me he sentido triste o desgraciada:

- Sí, la mayor parte del tiempo
- Sí, a veces
- No muy a menudo
- No, nunca

9. Me he sentido tan triste que he llorado:

- Sí, la mayor parte del tiempo
- Sí, bastante seguido
- Sólo ocasionalmente
- No, nunca

10. He pensado en hacerme daño:

- Sí, muy a menudo
- Algunas veces
- Casi nunca
- Nunca

III. Planteamiento del Problema

Actualmente los problemas de salud mental han tomado cierta relevancia al mostrarnos la falta de atención en los mismos a nivel nacional e internacional y mostrarnos lo poco preparados, como personal médico que estamos para la detección y abordaje de estos padecimientos.

La situación de la paciente posparto toma mayor relevancia al tener de por medio la atención del hijo nacido inmediatamente, así como la atención de otros hijos en caso de que existan los mismos, además de relacionarse con la pareja y con el resto de personas que integran su entorno social, afectando de forma directa e indirecta las relaciones que se mantienen con cada individuo que integra dicho entorno, dando mayor relevancia al desarrollo emocional tanto de la paciente como de los sujetos afectados por el mismo.

En nuestro medio existen pocos datos epidemiológicos respecto a la depresión posparto y los posibles factores asociados, afectando de forma considerable el desarrollo emocional tanto de las pacientes como de su entorno social cercano, motivo por el cual se llevará a cabo este estudio.

IV. Pregunta de Investigación

Dada la situación descrita se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la prevalencia de la depresión posparto en las pacientes atendidas en el Hospital General Dr. Enrique Cabrera Cosío?

V. Justificación

La depresión posparto puede ser producida por varias causas y su fisiopatología, al igual que la mayoría de los trastornos psiquiátricos es compleja, debido a la interacción de sustancias involucradas en el funcionamiento del sistema nervioso central, así como intermediarios hormonales y de la inflamación, evidenciando una interacción compleja, aún poco conocida y estudiada en el desarrollo de esta patología en dicha etapa de la

vida, que de por sí ya resulta compleja por la interacción sobretodo de sustancias hormonales durante el desarrollo de la misma.

Afortunadamente se están impulsando diferentes métodos para la detección oportuna y manejo de dicha patología que no son invasivos, en donde por medio de simples cuestionarios rápidamente aplicados, se pueden detectar puntos clave para el diagnóstico de la depresión perinatal y de manera inmediata realizar una intervención con el fin de lograr una mejor condición psicológica de la paciente y favorecer el desarrollo de manera plena de la etapa perinatal.

En nuestro país existen escasos estudios que aborden el diagnóstico y manejo de las pacientes con depresión posparto en mujeres mexicanas, debido a esto, el presente estudio pretende identificar tanto la incidencia como los factores sociodemográficos asociados al desarrollo de depresión posparto para el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno de nuestras pacientes.

VI. Hipótesis

La depresión posparto tiene una incidencia del 25%.

VII. Objetivo general

Identificar la incidencia de depresión posparto en las pacientes del Hospital General Dr. Enrique Cabrera.

VIII. Objetivos específicos

Identificar si la edad de las pacientes, se relaciona con la aparición de depresión posparto.

Reconocer la paridad y su presentación en la misma

Establecer si el hecho de trabajar o no, tiene relación con su presentación.

Determinar si la ocupación influye en este padecimiento.

Describir si el estado civil se relaciona con su aparición.
Valorar la escolaridad de las pacientes
Detectar si el tipo de religión está asociada con la depresión.

IX. Metodología

9.1 Tipo de estudio

De acuerdo a Méndez et al. (2001), el presente trabajo es prospectivo, descriptivo, observacional, transversal.²⁸ El estudio se llevará a cabo en la Unidad de Consulta Externa y Piso de Obstetricia, en los meses de mayo-junio de 2022; se incluirán 50 pacientes con base en los siguientes criterios:

9.2 Criterios de inclusión

1. Pacientes puérperas que acudan a la Consulta Externa y /o se encuentren en Piso de Obstetricia.
2. Pacientes que cursen con puerperio inmediato, mediato o tardío

9.3 Criterios de exclusión

1. Mujeres con diagnóstico previo de enfermedades psiquiátricas
2. Pacientes con diagnóstico de enfermedad orgánica cerebral
3. Aquellas pacientes con tratamiento antidepresivos
4. Pacientes que no deseen participar en el estudio

9.4 Tamaño de muestra

Se calculó un tamaño de muestra de acuerdo a la fórmula estadística, (Daniel, 1997)

$$n = \frac{z^2(p \cdot q)}{e^2 + \frac{z^2(p \cdot q)}{N}}$$

Donde:

n= tamaño de la muestra.

Z= nivel de confianza deseado.

p= Proporción de la población con la característica deseada (éxito)

q= Proporción de la población sin la característica deseada (fracaso)

e= nivel de error dispuesto a cometer

N= Tamaño de la población.

Por lo que calculándose un margen de error del 10%, y con un nivel de confianza del 95%, considerando que la Población de pacientes atendidas en el Hospital al año es de 100 pacientes y una proporción de incidencia de depresión de $p = 0.40$, se obtuvo una muestra de 50 pacientes.

Se considerarán como casos positivos a las pacientes que cuenten con un puntaje igual o mayor a 10 en la aplicación del instrumento de la Escala de Depresión Perinatal de Edimburgo validada en población mexicana y como negativos aquellas pacientes que cuenten con un puntaje menor a 10 en la aplicación del mismo en el periodo de tiempo de mayo- junio de 2022.

X. Variables

Variables consideradas en estudio

Variables generales			
Variable	Descripción de la variable	Tipo de variable	Operacionalización de la variable
Edad	Tiempo cronológico de vida cumplido al momento de su valoración en servicio de Consulta Externa y/o Urgencias	Cuantitativa	1,2, 15,16,40,45...etc. Años
Ocupación	Clase o tipo de trabajo desarrollado, con especificación del puesto de trabajo desempeñado	Cualitativa	Ama de casa / Otro
Religión	Conjunto de creencias religiosas, de normas de comportamiento y de ceremonias de oración que son propias de un determinado grupo humano	Cualitativa	Católica / Ninguna/Otra
Estado civil	Situación de convivencia administrativamente reconocida	Cualitativa	Soltera/Casada/Unión libre/Divorciada/Otro

Escolaridad	Período de tiempo que una persona asiste a la escuela	Cualitativa	Primaria/ Secundaria/ Preparatoria/ Licenciatura /Posgrado
Trabaja o no	Actividad física o intelectual, en general de forma continua, recibiendo un salario por ello	Cualitativa	Sí/No
Depresión	Episodio de depresión mayor durante el embarazo	Cualitativa	Sí/No

XI. Medición e Instrumento de Medición

Se utilizó el instrumento de medición validado para población mexicana de la Escala de Depresión Perinatal de Edimburgo.²⁴

XII. Consideraciones de Riesgo Ético

Este estudio no representa ningún riesgo para la población cumple con los requisitos mencionados en la declaración de Helsinki (Finlandia 1964); la cual determina las normas a seguir para el desempeño ético de la Investigación Médica, ya que el progreso de la Medicina se basa en la Investigación, cuyo propósito principal es comprender las causas, evolución y efecto de las enfermedades y de esta forma, mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos).

XIII. Análisis estadístico

Con base a la edad (años) se formaron tres grupos etarios: menor a 17 años, entre 18 y 34 y mayor o igual a 35 años.,

A la variable cuantitativa edad gestacional (semanas) se le obtuvo sus valores de media, desviación estándar y valores mínimo y máximo.

A las variables cualitativas edad por grupos etarios, paridad, ocupación, religión, estado civil, trabaja o no y depresión se les obtuvo su frecuencia en valores absolutos y relativos expresados en proporción.

El análisis gráfico consistió en gráficas de barras para las variables cualitativas y para la variable edad gestacional (semanas) se le obtuvo el histograma de frecuencias.

Con el objeto de encontrar cuales podrían ser las características que presentarían las pacientes en cuanto a depresión post parto, con religión, estado civil, grupo etario, ocupación y escolaridad se compararon las correspondientes proporciones entre sí mediante el estadístico Z_c y el principio de Bonferroni (Van belle, 2004).

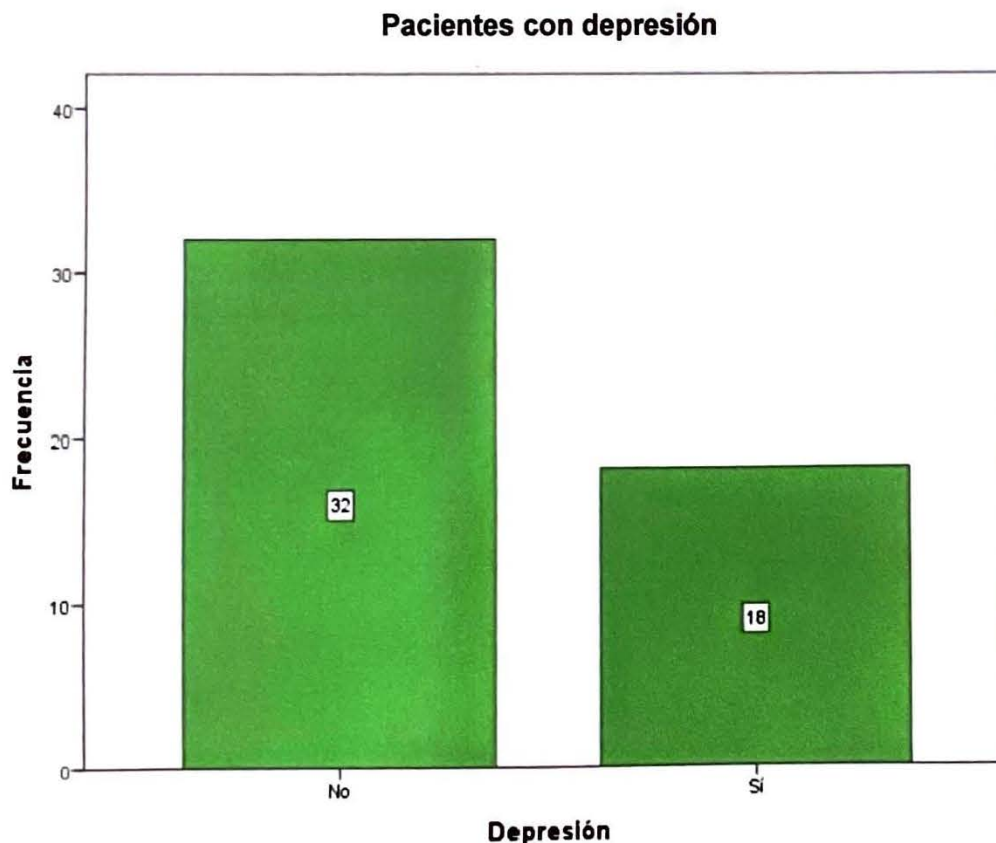
Con los valores de las variables contenidas en los cuestionarios se elaboró una base de datos en Excel y se utilizó el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 22.

XIV. Resultados

En este trabajo participaron 50 pacientes que asistieron al Piso de Obstetricia del Hospital General Dr. Enrique Cabrera durante el puerperio posparto, quienes voluntariamente participaron en la evaluación de la Depresión Posparto utilizando la Escala de Edimburgo.

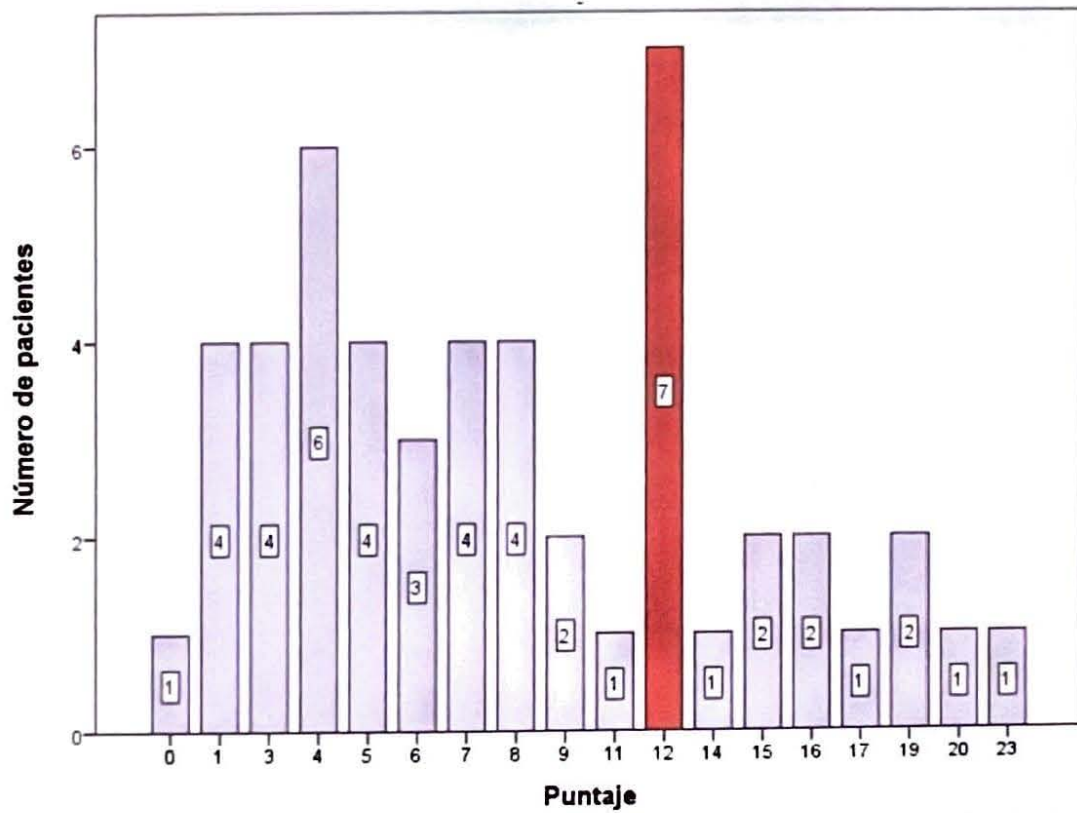
La prevalencia de la depresión posparto en la unidad estudiada fue de 18 pacientes (proporción de 0.36).

Las siguientes gráficas se observa la distribución de los resultados de acuerdo a las preguntas realizadas y a su puntuación respecto a la aplicación de la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo en las pacientes participantes.



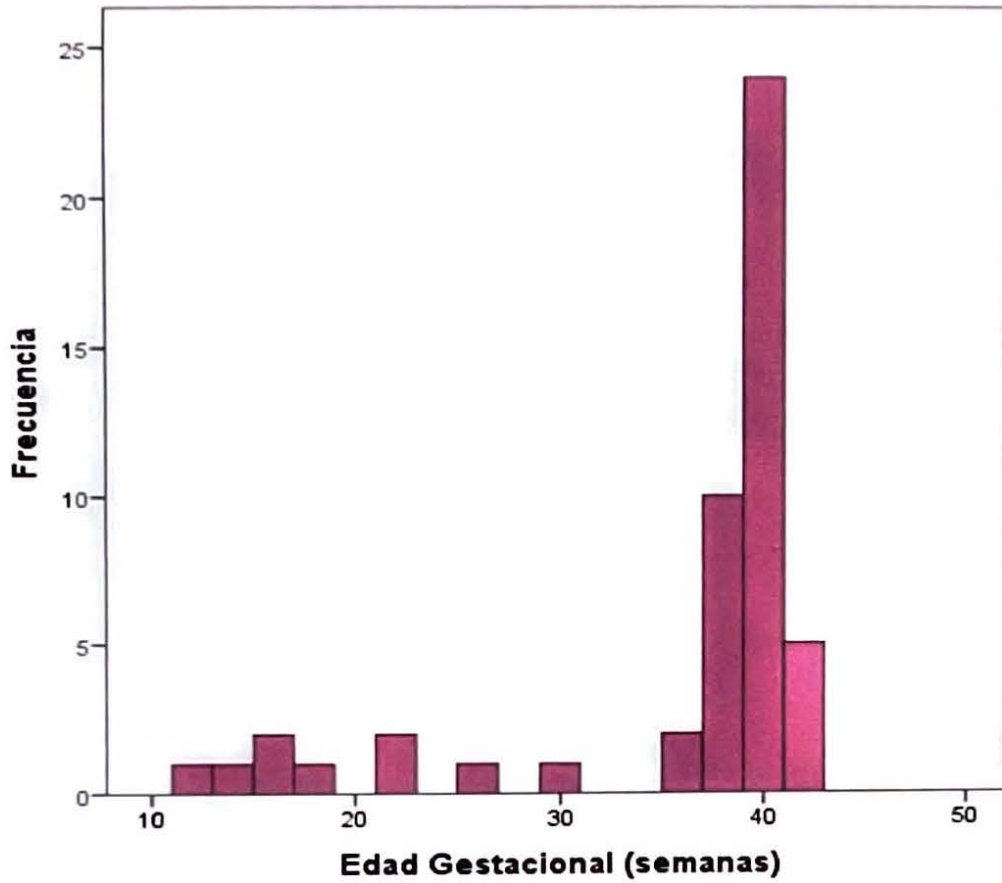
Gráfica 1. Resultados obtenidos respecto a la aplicación de la Escala de Edimburgo en las pacientes que resultados con Depresión Posparto. Archivo Clínico del Hospital General Dr. Enrique Cabrera Cosío.

Pacientes y puntajes presentados



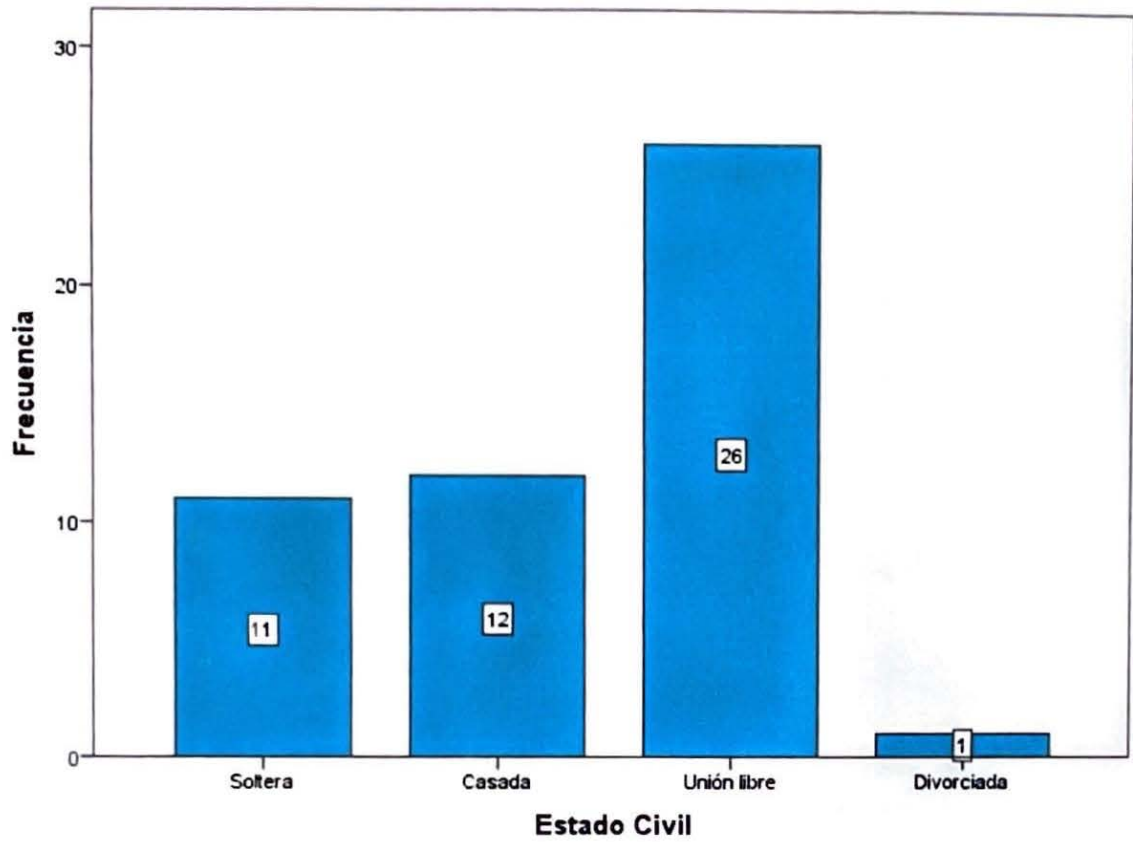
Gráfica 2. Frecuencia de los puntajes obtenidos respecto a la aplicación de la Escala de Edimburgo en las pacientes. Archivo Clínico del Hospital General Dr. Enrique Cabrera Cosío.

Edad Gestacional más frecuente

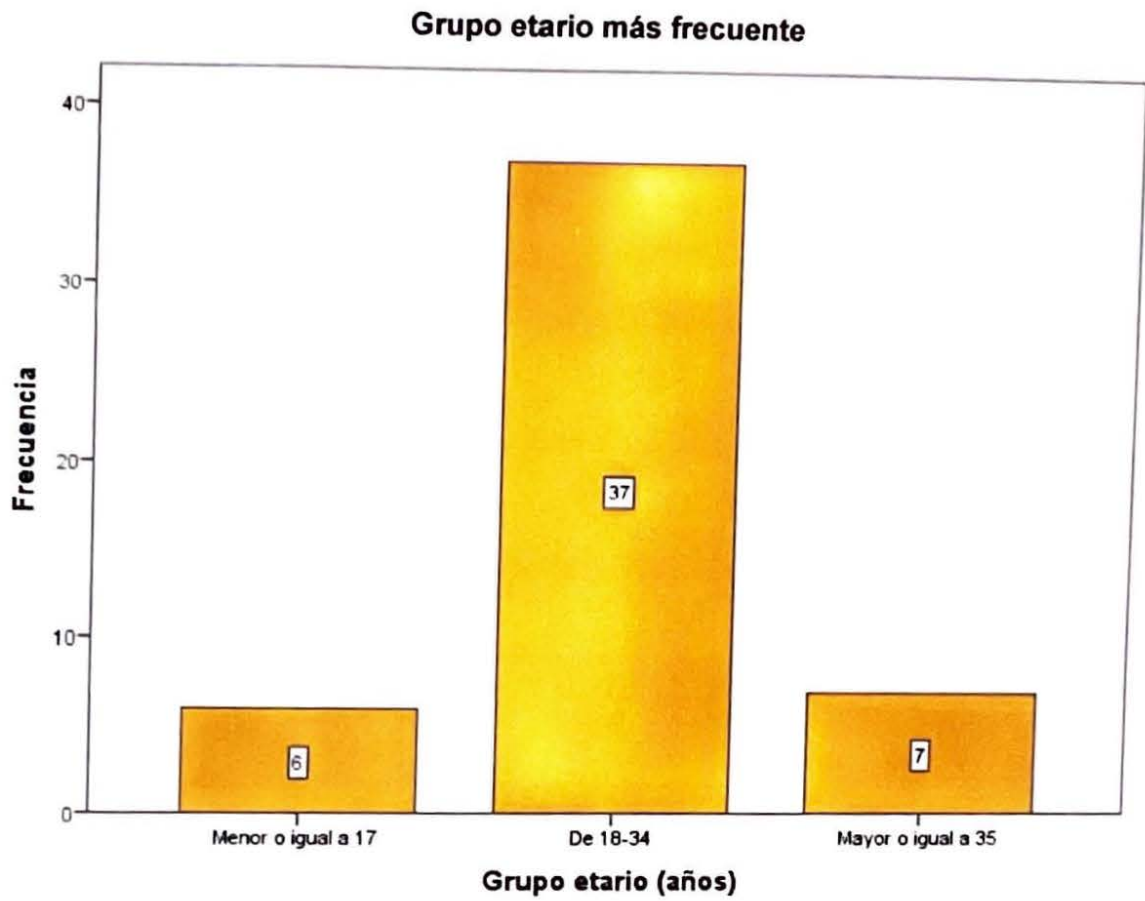


Gráfica 3. Frecuencia de la edad gestacional presentada por las pacientes. Archivo Clínico del Hospital General Dr. Enrique Cabrera Cosío.

Estado Civil más frecuente

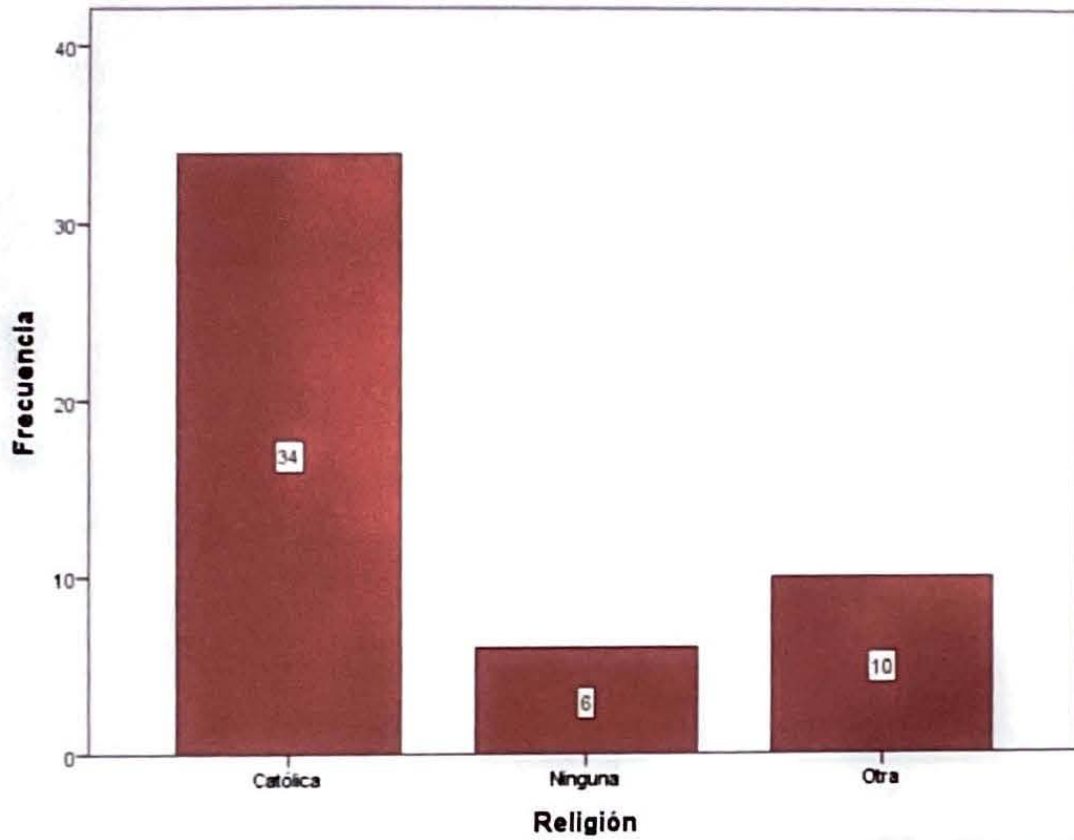


Gráfica 4. Frecuencia del estado civil presentado por las pacientes. Archivo Clínico del Hospital General Dr. Enrique Cabrera Cosío.

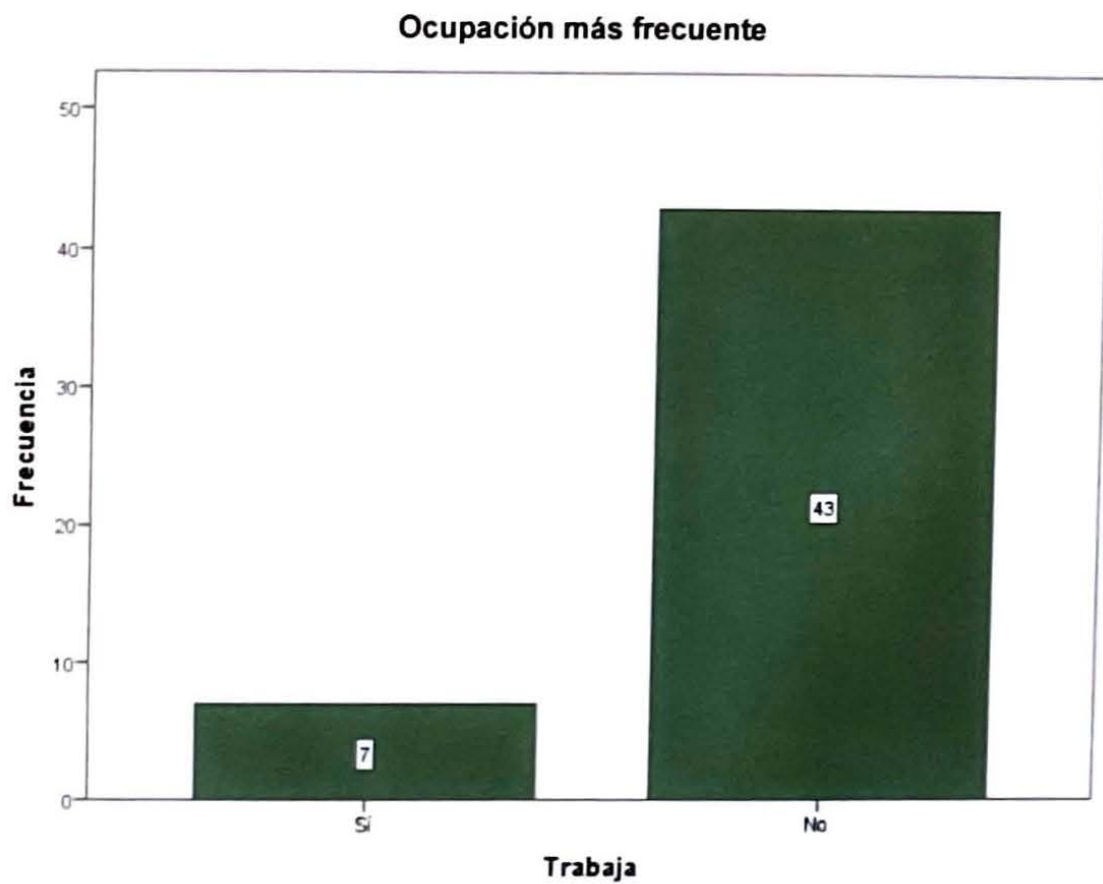


Gráfica 5. Frecuencia del grupo etario presentado por las pacientes. Archivo Clínico del Hospital General Dr. Enrique Cabrera Cosío.

Religión más frecuente

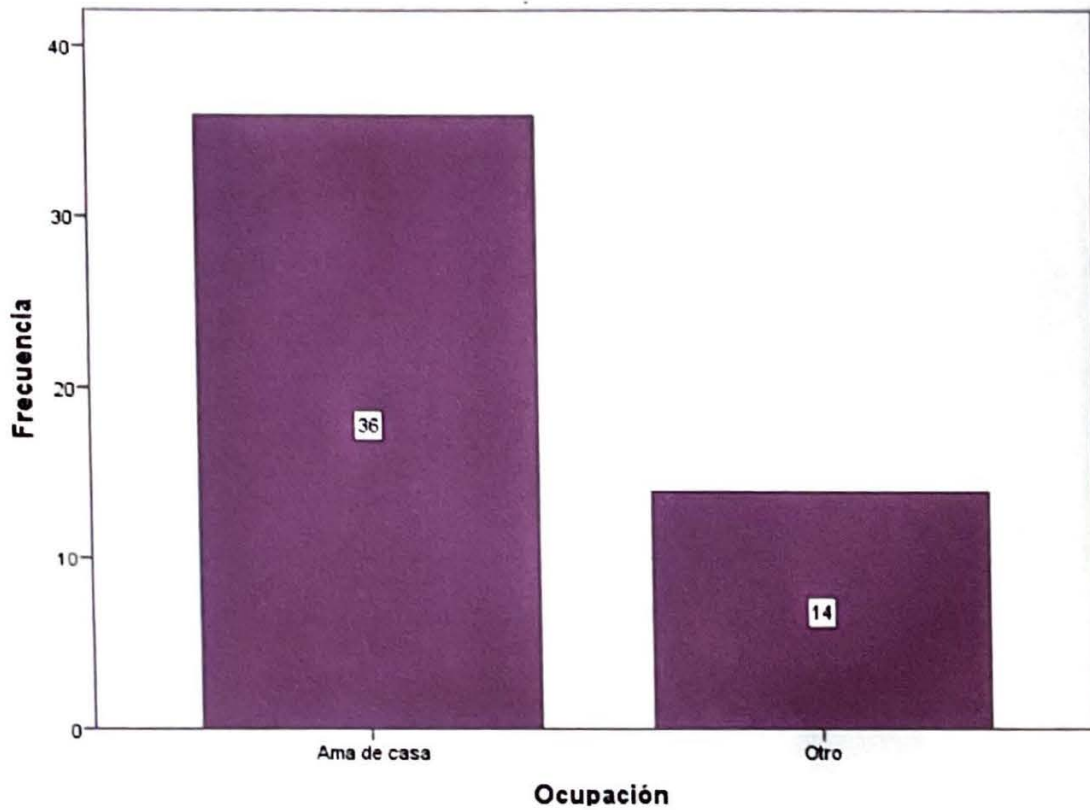


Gráfica 6. Frecuencia de la religión presentada por las pacientes. Archivo Clínico del Hospital General Dr. Enrique Cabrera Cosío.

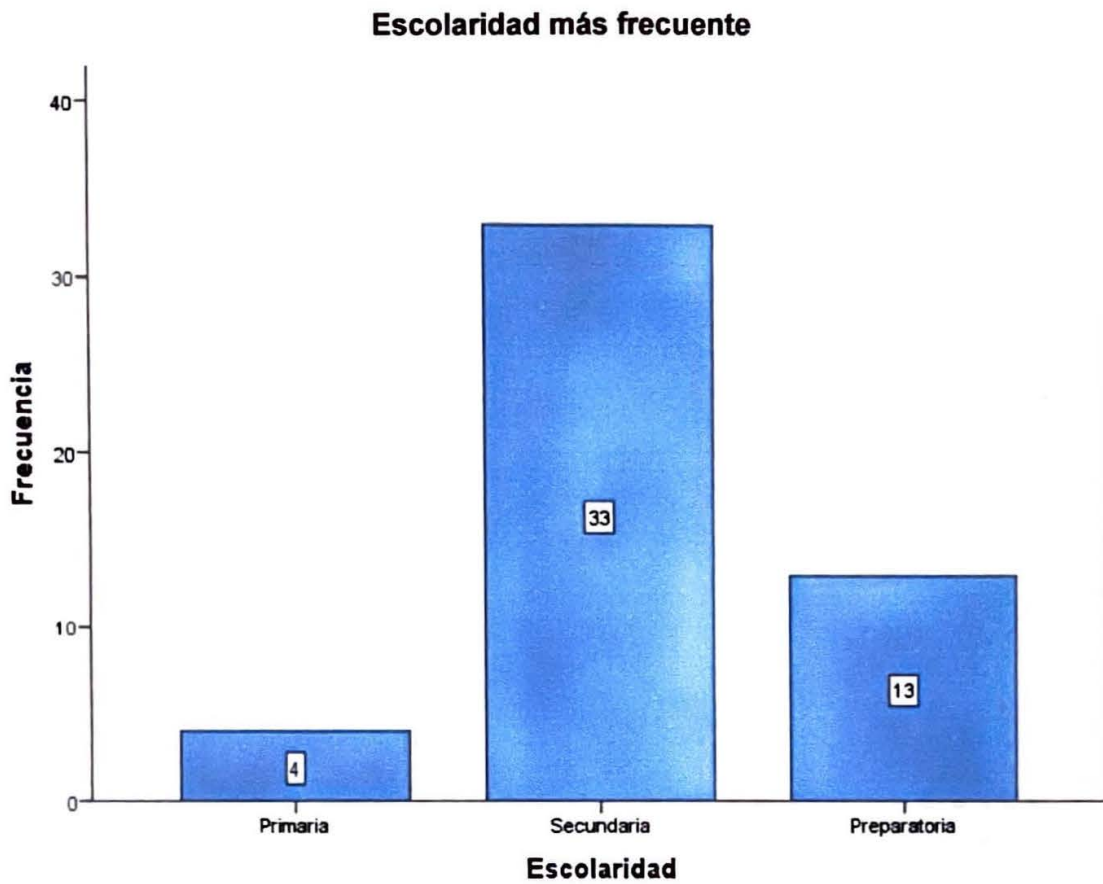


Gráfica 7. Frecuencia de la ocupación presentada por las pacientes. Archivo Clínico del Hospital General Dr. Enrique Cabrera Cosío.

Ocupación más frecuente



Gráfica 8. Frecuencia de la ocupación presentada por las pacientes. Archivo Clínico del Hospital General Dr. Enrique Cabrera Cosío.



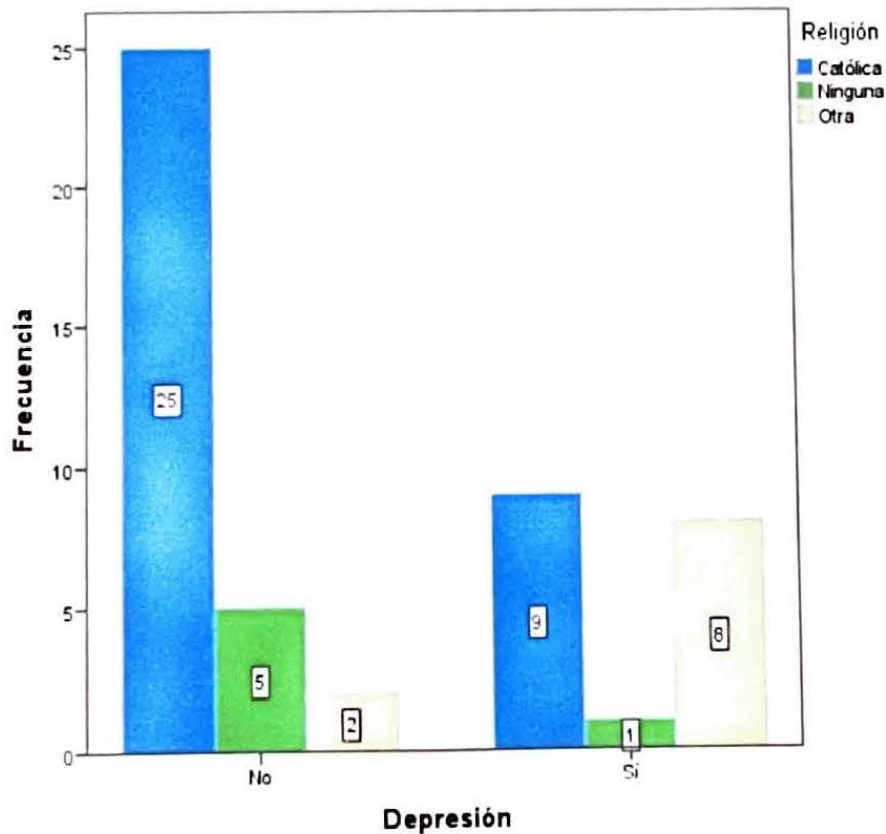
Gráfica 9. Frecuencia de la ocupación presentada por las pacientes. Archivo Clínico del Hospital General Dr. Enrique Cabrera Cosío.

Religión y Depresión

Tabla 1. Relación de proporción de las pacientes con y sin depresión de acuerdo a su religión. Archivo Clínico del Hospital General Dr. Enrique Cabrera Cosío.

		Religión			Total
		Católica	Ninguna	Otra	
Depresión	No	25 _a	5 _a	2 _b	32
	Sí	9 _a	1 _a	8 _b	18
Total		34	6	10	50

Nota. Literales diferentes indican que las proporciones entre columnas son diferentes, $P = 0.008$



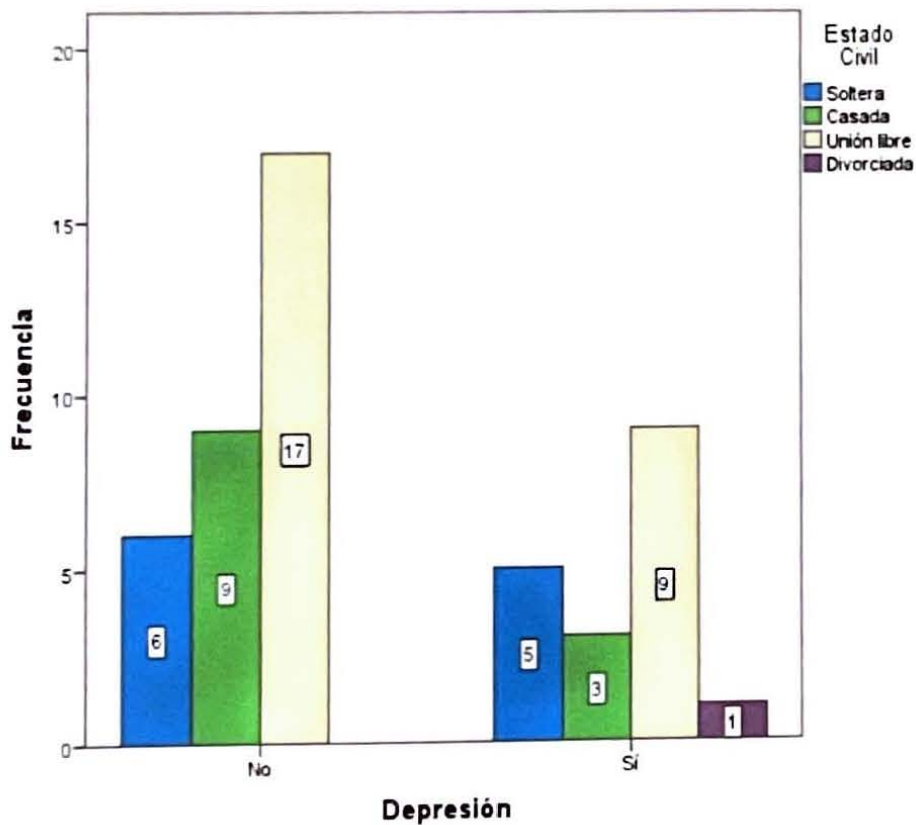
Gráfica 10. Relación de las pacientes con y sin depresión de acuerdo a su religión. Archivo Clínico del Hospital General Dr. Enrique Cabrera Cosío.

Estado civil y Depresión

Tabla 2. Relación de proporción de las pacientes con y sin depresión de acuerdo a su estado civil. Archivo Clínico del Hospital General Dr. Enrique Cabrera Cosío.

		Estado Civil				Total
		Soltera	Casada	Unión libre	Divorciada	
Depresión	No	6 _a	9 _a	17 _a	0 _a	32
	Sí	5 _a	3 _a	9 _a	1 _a	18
Total		11	12	26	1	50

Nota. Literales diferentes indican que las proporciones entre columnas son diferentes, $P = 0.008$



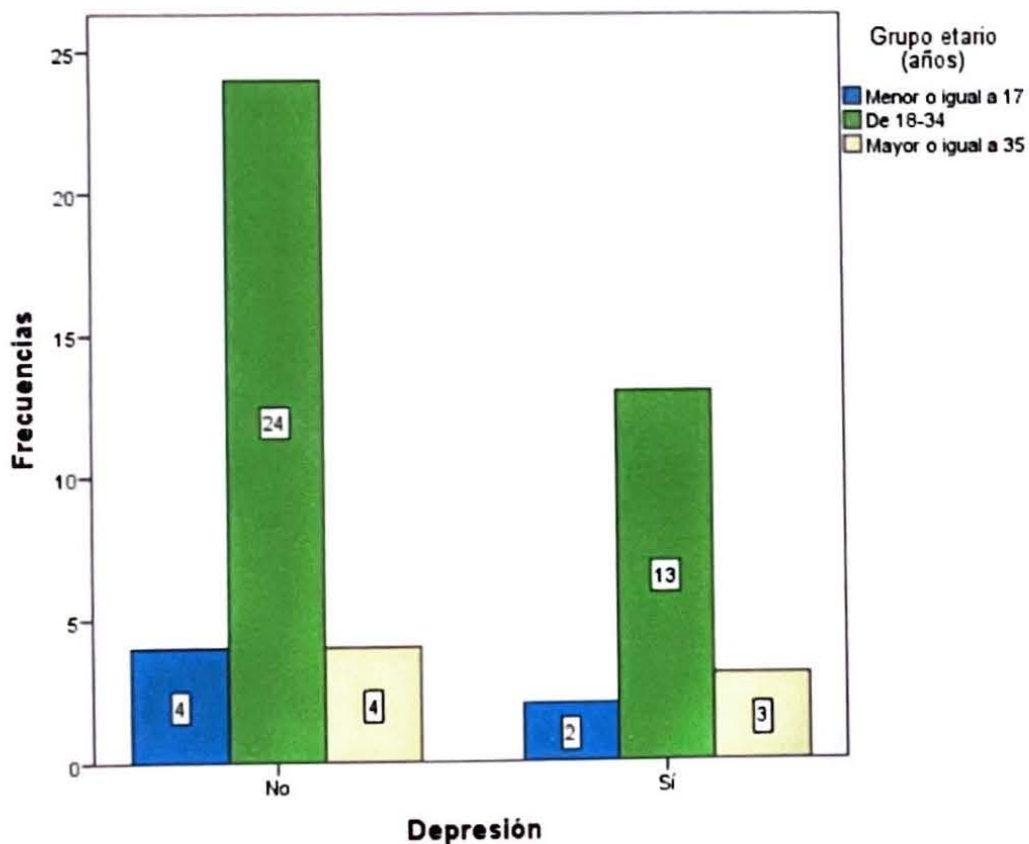
Gráfica 11. Relación de las pacientes con y sin depresión de acuerdo a su estado civil. Archivo Clínico del Hospital General Dr. Enrique Cabrera Cosío.

Grupo etario y Depresión

Tabla 3. Relación de proporción de las pacientes con y sin depresión de acuerdo a su grupo etario. Archivo Clínico del Hospital General Dr. Enrique Cabrera Cosío.

		Grupo etario (años)			Total
		Menor o igual a 17	De 18-34	Mayor o igual a 35	
Depresión	No	4 _a	24 _a	4 _a	32
	Sí	2 _a	13 _a	3 _a	18
Total		6	37	7	50

Nota. Literales diferentes indican que las proporciones entre columnas son diferentes, $P = 0.008$.



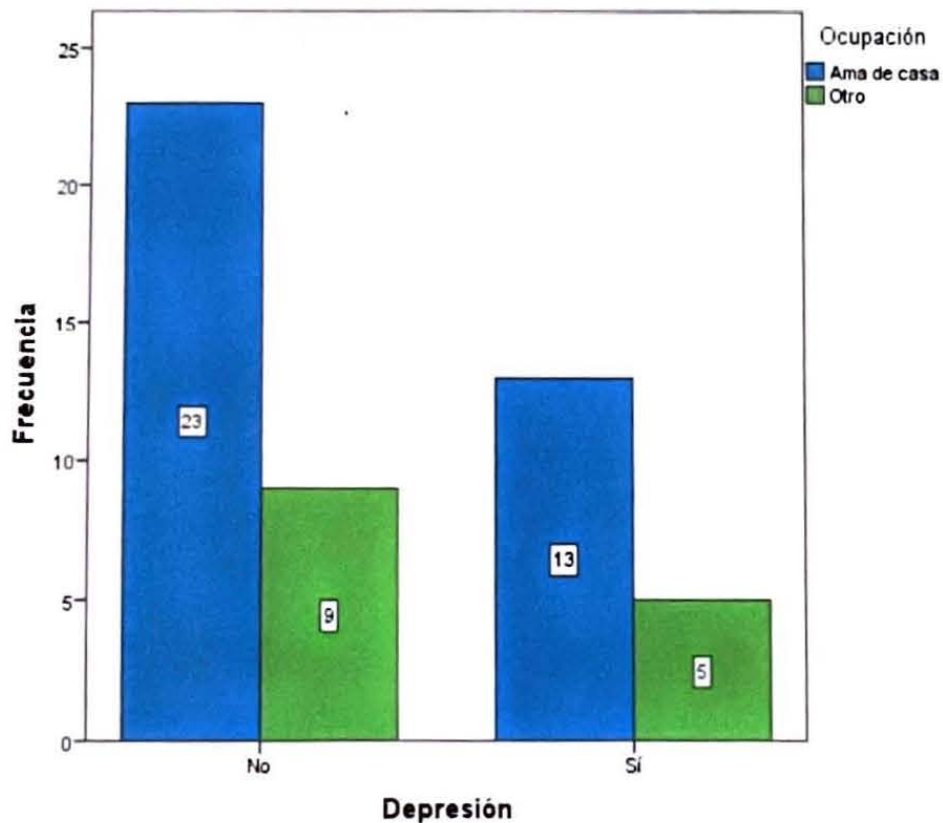
Gráfica 12. Relación de las pacientes con y sin depresión de acuerdo a su grupo etario. Archivo Clínico del Hospital General Dr. Enrique Cabrera Cosío.

Ocupación y Depresión

Tabla 4. Relación de proporción de las pacientes con y sin depresión de acuerdo a su ocupación. Archivo Clínico del Hospital General Dr. Enrique Cabrera Cosío.

		Ocupación		Total
		Ama de casa	Otro	
Depresión	No	23 _a	9 _a	32
	Sí	13 _a	5 _a	18
Total		36	14	50

Nota. Literales diferentes indican que las proporciones entre columnas son diferentes, $P = 0.0125$



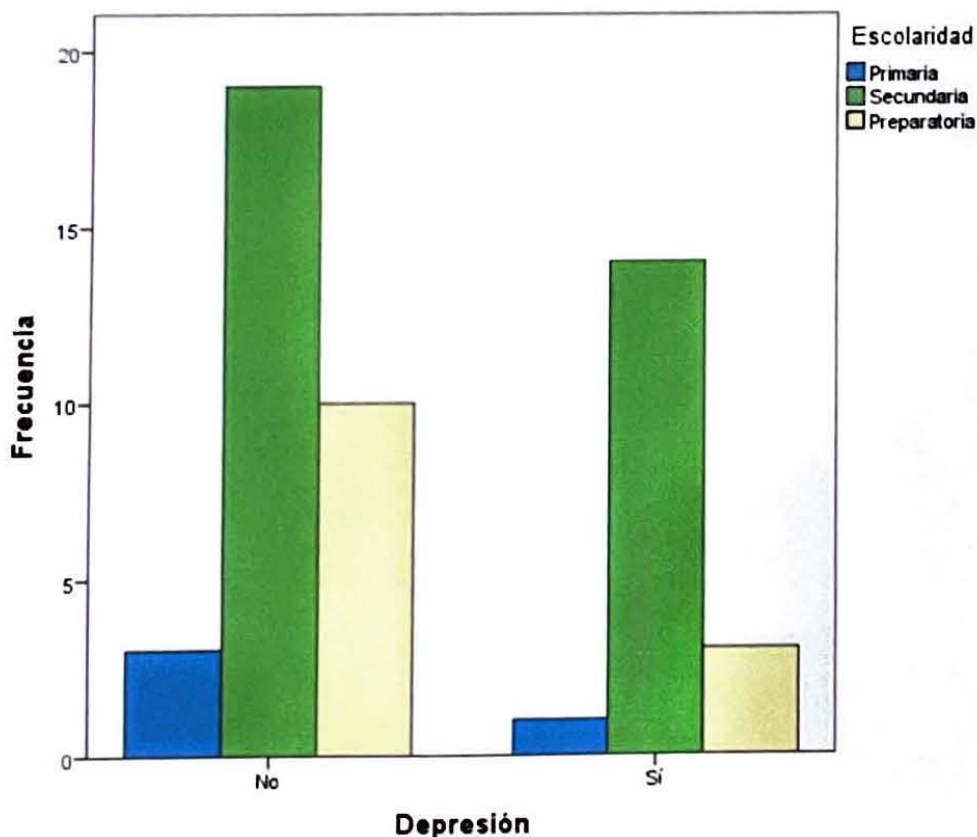
Gráfica 13. Relación de las pacientes con y sin depresión de acuerdo a su ocupación. Archivo Clínico del Hospital General Dr. Enrique Cabrera Cosío.

Escolaridad y Depresión

Tabla 5. Relación de proporción de las pacientes con y sin depresión de acuerdo a su escolaridad. Archivo Clínico del Hospital General Dr. Enrique Cabrera Cosío.

		Escolaridad			Total
		Primaria	Secundaria	Preparatoria	
Depresión	No	3 _a	19 _a	10 _a	32
	Si	1 _a	14 _a	3 _a	18
Total		4	33	13	50

Nota. Literales diferentes indican que las proporciones entre columnas son diferentes, $P = 0.008$.



Gráfica 14. Relación de las pacientes con y sin depresión de acuerdo a su escolaridad. Archivo Clínico del Hospital General Dr. Enrique Cabrera Cosío.

XV. Discusión

Dentro de los factores estudiados y de acuerdo a los resultados obtenidos, la prevalencia de Depresión Posparto en la Unidad de Salud en donde se realizó el estudio, comparado con la prevalencia planteada en nuestra hipótesis, así como la reportada a nivel mundial y nacional se encontró una diferencia significativa, encontrándose en dichas estadísticas en promedio del 4.5 al 28% y en nuestro estudio se encontró hasta en un 36%, como se observa en la gráfica 1 donde podemos observar que 18 de nuestras 50 pacientes participantes resultaron con Depresión Posparto. Al analizar las variables estudiadas, podemos observar que, de la muestra total estudiada, la mayoría de las pacientes cursaron con un embarazo en promedio de 40 semanas de gestación, siendo la edad promedio de 26 años, viviendo en unión libre, siendo católicas, dedicándose a ser amas de casa sin observarlo como una ocupación contando con un grado de estudios de secundaria (gráficas 3-9). Probablemente estos factores asociados nos hablen de las características que comúnmente integran a la población que atendemos en nuestras unidades. Estos resultados se relacionaron con la depresión observando que todas las variables preguntadas y analizadas, la única que tuvo una relación estadísticamente significativa fue la religión, siendo la católica, la que mayor número de veces se relacionó con el puntaje positivo para depresión posparto, lo cuál de acuerdo a la bibliografía comentada, se puede relacionar de acuerdo a que se ha demostrado que los factores sociales, tienen un impacto directo en la aparición de la misma durante esta etapa, en donde desafortunadamente aspectos como este, aún siguen teniendo una importancia significativa en el desarrollo de padecimientos psicoemocionales como en este caso. Como mencionaban, está bien descrito que en esta patología, la relación que existe de los factores sociales está sumamente relacionada como es el caso de la población estudiada, donde el estado civil más asociado a depresión fue el de unión libre, (gráfica 11), el cuál de igual forma puede relacionarse con los factores sociales a padecer la misma, ya que, podría considerarse que una mujer que no se encuentre con cierta "seguridad legal y emocional" al no contar con un matrimonio establecido legalmente, pudiera llevar a condicionar el hecho de cursar con esta patología, sin embargo, en este estudio, no resultó ser una variable con relación estadística significativa, (tabla 2) probablemente también al hecho de no contar con una muestra más amplia de la población. Por otro lado, podemos observar que dentro de las pacientes que resultaron

positivas con depresión posparto, la mayoría de ellas son católicas, se encuentran viviendo en unión libre, tienen una edad promedio de 26 años, cuentan con una escolaridad completa de secundaria y se dedican al hogar al hogar, sin embargo, algo que igual llama la atención es el hecho de que el ser ama de casa, al no ser una actividad económicamente retribuida, no la consideran como un trabajo, por lo que igualmente la mayoría de la población estudiada, respondió “no trabajo” en el rubro especificado.

De esta forma, relacionando lo revisado de acuerdo a la bibliografía y de acuerdo a los resultados obtenidos en este estudio, sin lugar a dudas, existen muchas áreas de oportunidad dónde incidir y poner atención con mayor detenimiento en próximos estudios relacionados en este ámbito, ya que, como se pudo observar en este estudio y como se está observando a nivel nacional y mundial, la salud mental, debe de ser considerada con la misma importancia que la salud física, ya que, de cierto modo, este ámbito integra la definición clásica de salud en donde se entiende el estado de bienestar físico, mental y social, donde el vemos que este estudio incide en dos niveles de esta definición, los cuáles son el mental y el social, que como pudimos observar dependen del estado emocional de las pacientes, la forma en la que se enfrentan ante esta nueva etapa de ser madres, sin importar que no se trate del primer hijo, cada embarazo es diferente, por lo que cada en cada uno de ellos, la paciente puede contar con factores adversos que produzcan el desarrollo de depresión posparto y aún queda mucho por describir, por relacionar, haciendo énfasis en preguntas que se relacionen quizá más con el ámbito social, con la relación familiar que llevan, la relación que llevan con su pareja; dentro de estos rubros existen múltiples factores que pudieran asociarse al desarrollo de la depresión, en donde nosotros como personal médico podemos tomar una participación activa y brindar atención oportuna para evitar desenlaces catastróficos como pudieran llegar a culminar incluso en situaciones tan adversas como el daño a ellas mismas en cualquier grado.

Es por ello, que en estos aspectos, aún nos queda mucho por poder entender y comprender, desafortunadamente, lo que podemos “medir” y “observar” de los padecimientos psicológicos, es muy poco, sólo podemos captar una pequeña parte del amplio mundo en el que se crearon, formaron y desarrollaron los mismos, aún no falta dilucidar el gran universo que se oculta en el cerbero humano en cuanto a las emociones,

lo que nos hace puntualizar que aún queda mucho por descubrir, describir y relacionar, pero este tipo de estudios, nos permiten irnos acercando poco a poco e ir conociendo los factores asociados o no al desarrollo de este tipo de enfermedades.

Otro punto importante a mencionar lo podemos observar en la gráfica 2 en donde vemos el número total de pacientes que participaron en el estudio y los puntajes que obtuvieron a la aplicación del Instrumento utilizado, donde relacionamos que de las pacientes que resultaron positivas para depresión de acuerdo a la escala utilizada, la mayoría tuvo un puntaje de 12 puntos, los cuáles estuvieron distribuidos dentro de los 10 ítems que conformaron el instrumento, pero relacionándolo con la bibliografía consultada respecto a los valores considerados a nivel mundial y nacional, sin lugar a dudas, con el puntaje de 12, en la mayoría de los estudios que se han realizado hasta este momento, este número de pacientes, pudiera haberse considerado con depresión, independientemente del punto de corte utilizado para considerar que cursan con depresión posparto, lo que nos hace considerar que este tipo de padecimientos y estudios, no pueden dejarse a un lado, porque la población, cada año, hace más evidente el padecimiento de estas patologías psicosociales, que pueden repercutir a nivel significativo a nivel global en el desarrollo de las pacientes y por consiguiente de los hijos que tenga a su cargo.

XVI. Conclusiones

La depresión posparto tuvo una incidencia elevada en la población estudiada comparada con la estadística mundial y nacional.

Las pacientes católicas se deprimen más que las que cuentan con alguna otra religión o no cuentan con ninguna.

El espectro de los padecimientos psicológicos/psiquiátricos, así como su diagnóstico y tratamiento oportuno, siempre serán un reto para el personal médico, sin embargo, al estar en contacto con la población obstétrica de manera más cercana durante esta etapa de la vida, puede ayudar a mejorar la detección oportuna y la atención profesional necesaria.

XVII. Limitaciones del estudio

El tiempo durante el cual se desarrolló el estudio, así como el número de muestra, pudieron haber influido en los resultados obtenidos de acuerdo a las variables analizadas, en donde de acuerdo de igual forma al programa utilizado para el análisis estadístico, no se puede trabajar con una muestra tan pequeña de manera satisfactoria.

XVIII. Perspectivas del estudio

La muestra del estudio pudiera extenderse tanto como se quisiera, de igual forma, podrían considerarse más variables a relacionar como factores sociales, los cuáles se han visto que tienen un impacto más significativo en el curso de este padecimiento, así como poder incluir un hecho tan importante que sucedió durante estos últimos años como sería la pandemia de Covid 19.

XIX. Bibliografía

1. Prevención, diagnóstico y manejo de la depresión prenatal y posparto en el primero y segundo niveles de atención. México: Secretaría de Salud; 08/Julio/2014.
2. Payne, J. L., & Maguire, J. (2019). Pathophysiological mechanisms implicated in postpartum depression. *Frontiers in neuroendocrinology*, 52, 165–180. <https://doi.org/10.1016/j.yfrne.2018.12.001>
3. Lartigue Teresa, Maldonado-Durán Martín, González-Pacheco Itzel, Saucedo-García Juan Manuel. (2008). Depresión en la etapa perinatal. *Perinatol Reprod Human VOL. 22 No. 2; ABRIL-JUNIO*. Disponible en: www.lmbiomed.com.mx
4. Stewart, D. E., & Vigod, S. N. (2019). Postpartum Depression: Pathophysiology, Treatment, and Emerging Therapeutics. *Annual review of medicine*, 70, 183–196. <https://doi.org/10.1146/annurev-med-041217-011106>
5. Pearlstein, T., Howard, M., Salisbury, A., & Zlotnick, C. (2009). Postpartum depression. *American journal of obstetrics and gynecology*, 200(4), 357–364. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2008.11.033>
6. Falana, S. D., & Carrington, J. M. (2019). Postpartum Depression: Are You Listening? *The Nursing clinics of North America*, 54(4), 561–567. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2019.07.006>
7. Guintivano, J., Manuck, T. y Meltzer-Brody, S. (2018). Predictores de la depresión posparto: una revisión exhaustiva de la última década de evidencia. *Obstetricia y ginecología clínica*, 61 (3), 591–603. <https://doi.org/10.1097/GRF.0000000000000368>
8. Cox, JL, Holden, JM y Sagovsky, R. (1987). Detección de la depresión posparto. Desarrollo de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo de 10 ítems. *La revista británica de psiquiatría: la revista de ciencia mental*, 150, 782–786. <https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782>
9. Dinwiddie, K. J., Schillerstrom, T. L., & Schillerstrom, J. E. (2018). Postpartum depression in adolescent mothers. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology*, 39(3), 168–175. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2017.1334051>
10. Zhao, X. H., & Zhang, Z. H. (2020). Risk factors for postpartum depression: An evidence-based systematic review of systematic reviews and meta-

- analyses. *Asian journal of psychiatry*, 53, 102353. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102353>
11. O'Hara, M. W., & Engeldinger, J. (2018). Treatment of Postpartum Depression: Recommendations for the Clinician. *Clinical obstetrics and gynecology*, 61(3), 604–614. <https://doi.org/10.1097/GRF.0000000000000353>
 12. Coll, C., Domingues, MR, Stein, A., da Silva, B., Bassani, DG, Hartwig, FP, da Silva, I., da Silveira, MF, da Silva, SG y Bertoldi, AD (2019). Eficacia del ejercicio regular durante el embarazo en la prevención de la depresión posparto: el ensayo clínico aleatorizado PAMELA. *Red JAMA abierta*, 2 (1), e186861. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2018.6861>
 13. Poyatos-León, R., García-Hermoso, A., Sanabria-Martínez, G., Álvarez-Bueno, C., Cavero-Redondo, I., & Martínez-Vizcaíno, V. (2017). Effects of exercise-based interventions on postpartum depression: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 44(3), 200–208. <https://doi.org/10.1111/birt.12294>
 14. Nakamura, A., van der Waerden, J., Melchior, M., Bolze, C., El-Khoury, F., & Pryor, L. (2019). Physical activity during pregnancy and postpartum depression: Systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 246, 29–41. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.009>
 15. Vieira, ES, Caldeira, NT, Eugênio, DS, Lucca, M., & Silva, IA (2018). Autoeficacia en la lactancia materna y depresión posparto: un estudio de cohortes. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 26, e3035. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2110.3035>
 16. Slomian, J., Honvo, G., Emonts, P., Reginster, J. Y., & Bruyère, O. (2019). Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. *Women's health (London, England)*, 15, 1745506519844044. <https://doi.org/10.1177/1745506519844044>
 17. Hartmann, J. M., Mendoza-Sassi, R. A., & Cesar, J. A. (2017). Depressão entre puérperas: prevalência e fatores associados [Postpartum depression: prevalence and associated factors]. *Cadernos de saude publica*, 33(9), e00094016. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00094016>
 18. Lebel, C., MacKinnon, A., Bagshawe, M., Tomfohr-Madsen, L., & Giesbrecht, G. (2020). Elevated depression and anxiety symptoms among pregnant individuals

- during the COVID-19 pandemic. *Journal of affective disorders*, 277, 5–13. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.07.126>
19. Slykerman, RF, Hood, F., Wickens, K., Thompson, J., Barthow, C., Murphy, R., Kang, J., Rowden, J., Stone, P., Crane, J., Stanley, T., Abels, P., Purdie, G., Maude, R., Mitchell, EA y Grupo de estudio de probióticos en el embarazo (2017). Efecto de *Lactobacillus rhamnosus* HN001 en el embarazo sobre los síntomas posparto de depresión y ansiedad: un ensayo aleatorizado, doble ciego, controlado con placebo. *EBioMedicine* , 24 , 159–165. <https://doi.org/10.1016/j.ebiom.2017.09.013>
 20. Upadhyay, RP, Chowdhury, R., Aslyeh Salehi, Sarkar, K., Singh, SK, Sinha, B., Pawar, A., Rajalakshmi, AK y Kumar, A. (2017). Depresión posparto en la India: una revisión sistemática y un metanálisis. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud* , 95 (10), 706–717C. <https://doi.org/10.2471/BLT.17.192237>
 21. Frieder, A., Fersh, M., Hainline, R., & Deligiannidis, K. M. (2019). Pharmacotherapy of Postpartum Depression: Current Approaches and Novel Drug Development. *CNS drugs*, 33(3), 265–282. <https://doi.org/10.1007/s40263-019-00605-7>
 22. Okun, M. L., Mancuso, R. A., Hobel, C. J., Schetter, C. D., & 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>
 23. Oztora, S., Arslan, A., Caylan, A., & Dagdeviren, H. N. (2019). Postpartum depression and affecting factors in primary care. *Nigerian journal of clinical practice*, 22(1), 85–91. https://doi.org/10.4103/njcp.njcp_193_17
 24. Oquendo C. Manuel, Lartigue Teresa, González-Pacheco Itzel, Méndez C. Sara. (2008). Validez y Seguridad de la Escala de Depresión Perinatal de Edimburgh como prueba de tamiz para detectar depresión perinatal. *Perinatol Reprod Human VOL. 22 No. 3; julio-septiembre*. Disponible en: [www. Imbiomed.com.mx](http://www.Imbiomed.com.mx)
 25. Aghajafari, F., Letourneau, N., Mahinpey, N., Cosic, N., & Giesbrecht, G. (2018). Vitamin D Deficiency and Antenatal and Postpartum Depression: A Systematic Review. *Nutrients*, 10(4), 478. <https://doi.org/10.3390/nu10040478>
 26. Moraes, G. P., Lorenzo, L., Pontes, G. A., Montenegro, M. C., & Cantilino, A. (2017). Screening and diagnosing postpartum depression: when and

how?. Trends in psychiatry and psychotherapy, 39(1), 54–61.
<https://doi.org/10.1590/2237-6089-2016-0034>

27. Wilkinson, A., Anderson, S., & Wheeler, S. B. (2017). Screening for and Treating Postpartum Depression and Psychosis: A Cost-Effectiveness Analysis. *Maternal and child health journal*, 21(4), 903–914. <https://doi.org/10.1007/s10995-016-2192-9>
28. Méndez, R. I., G. D. Namihira, L. Moreno A. y C. Sosa de M. (2001). El protocolo de investigación. Lineamiento para su elaboración y análisis. 2ª edición. Editorial Trillas. México.
29. Daniel, W. D. (1997). Bioestadística. Bases para las ciencias de la salud. 4ª edición. Editorial Limusa. México.
30. Van Belle G., Fisher L. D., Heagarty P. J., Lumley T. (2004). Biostatistics. A Methodology for the Health Sciences. Second Edition. John Wiley & Sons.

XX. ANEXOS.

20.I Anexo 1. Instrumento aplicado

Questionario Sobre Depresión Postnatal Edimburgo (EPDS)

Nombre: _____ Clave: _____ Edad Gestacional: _____

Estado Civil: (0) soltera (1) casada (2) unión libre (3) divorciada (4) otro

Edad: (0) ≤ 17 (1) 18-34 (2) ≥ 35

Religión: (0) católica (1) ninguna (2) otra

Ocupación: (0) Ama de Casa (1) otro

Trabajas: (0) SI (1) NO

Escolaridad: (0) primaria (1) secundaria

(2) preparatoria (3) licenciatura (4) posgrado (5) más

Queremos saber cómo se siente si está embarazada. Por favor marque la respuesta que más se acerque a cómo se ha sentido en **LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS**, no solamente cómo se sienta hoy. Esto significaría: Me he sentido feliz la mayor parte del tiempo durante la pasada semana. Por favor complete las otras preguntas de la misma manera.

1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas.
 - 0-Tanto como siempre
 - 1-No tanto ahora
 - 2-Mucho menos
 - 3-No, no he podido
2. He mirado el futuro con placer
 - 0-Tanto como siempre
 - 1-Algo menos de lo que solía hacer
 - 2-Definitivamente menos
 - 3-No, nada
3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien
 - 3-Sí, la mayoría de las veces
 - 2-Sí, algunas veces
 - 1-No muy a menudo
 - 0-No, nunca

4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo
 - 0-No, para nada
 - 1-Casi nada
 - 2-Sí, a veces
 - 3-Sí, a menudo
5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno
 - 3-Sí, bastante
 - 2-Sí, a veces
 - 1-No, no mucho
 - 0-No, nada
6. Las cosas me oprimen o agobian
 - 3-Sí, la mayor parte de las veces
 - 2-Sí, a veces
 - 1-No, casi nunca
 - 0-No, nada
7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir
 - 3-Sí, la mayoría de las veces
 - 2-Sí, a veces
 - 1-No muy a menudo
 - 0-No, nada
8. Me he sentido triste y desgraciada
 - 3-Sí, casi siempre
 - 2-Sí, bastante a menudo
 - 1-No muy a menudo
 - 0-No, nada
9. He sido tan infeliz que he estado llorando
 - 3-Sí, casi siempre
 - 2-Sí, bastante a menudo
 - 1-Sólo en ocasiones
 - 0-No, nunca
10. He pensado en hacerme daño a mí misma
 - 3-Sí, bastante a menudo
 - 2-A veces

1-Casi nunca

0-No, nunca

PUNTAJE TOTAL

XXI. Abreviaturas

EPDS: Edinburgh Postnatal Depression Scale

DSM: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales

INPer: Instituto Nacional de Perinatología

VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana

ESR1: Gen del receptor de estrógeno alfa

5-HTT: Transportador de la serotonina

MAOA: monoaminooxidasa A

COMT: catecol-O-metiltransferasa

TPH2: triptófano hidroxilasa 2

OXT: oxitocina

OXTR: receptor de oxitocina

ADN: Ácido desoxiribonucleico

OMS: Organización Mundial de la Salud

VPP: Valor predictivo positivo