



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
HOSPITAL DE GINECOOBSTETRICIA / UNIDAD DE MEDICINA  
FAMILIAR NO. 13

**“DEPRESIÓN POSTPARTO Y FACTORES ASOCIADOS EN UN  
PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN”**

**TESIS**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN

**MÉDICO FAMILIAR**

PRESENTA:

**DRA. BARRERA MONDRAGÓN BRENDA FABIOLA**

ASESORES

**DR. CAMARILLO NAVA VÍCTOR MANUEL**

**DRA. BLANCA BERENICE GARCÍA RIVERA**



CIUDAD DE MÉXICO, 2023



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.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA EN EL  
DISTRITO FEDERAL NORTE  
JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS  
COORDINACION DE PLANEACION Y ENLACE INSTITUCIONAL  
COORDINACION AUXILIAR MÉDICA DE INVESTIGACIÓN EN SALUD  
HOSPITAL DE GINECOOBSTETRICIA / UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 13**

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN PARA OBTENER LA LIBERACIÓN DE LA  
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

**“DEPRESIÓN POSTPARTO Y FACTORES ASOCIADOS EN UN PRIMER NIVEL DE  
ATENCIÓN”**

**Investigador responsable:**

**DRA. GARCÍA RIVERA BLANCA BERENICE**

Coordinador Clínico de Educación e Investigación Médica en Salud

Matricula: 99167163

Adscripción: Delegación Norte Distrito Federal

Av. Reforma 6, Col. Centro de Azcapotzalco, Alzaldia Azcapotzalco, C.P 02000

Tel: (55) 55612700 Mail: [blanca.garcia@imss.gob.mx](mailto:blanca.garcia@imss.gob.mx)

**DR. CAMARILLO NAVA VÍCTOR M.**

Coordinador Auxiliar Medico de Investigación en Salud.

Matricula: 99354174

Adscripción: Delegación Norte Distrito Federal

Av. Instituto Politécnico Nacional No.5421, Edificio 3, piso 1

Col. Magdalena de las Salinas, Alcaldía Gustavo A. Madero, C.P. 07760

Tel: (55) 57473500 Ext. 25193. Mail: [drcamarillonava@gmail.com](mailto:drcamarillonava@gmail.com)

**DRA. BARRERA MONDRAGÓN BRENDA FABIOLA**

Medico Residente de medicina familiar

Matricula: 97351685

Adscripción: Delegación Norte Distrito Federal

Av. Reforma 6, Col. Centro de Azcapotzalco, Alzaldia Azcapotzalco, C.P 02000

Tel: (55)51803580 Mail: [brendaboop93@hotmail.com](mailto:brendaboop93@hotmail.com)

# “DEPRESIÓN POSTPARTO Y FACTORES ASOCIADOS EN UN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN”

## TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**DRA. BARRERA MONDRAGÓN BRENDA FABIOLA**

**REGISTRO EN SIRELCIS: R-2022-3511-049**

## AUTORIZACIONES



---

**DRA. CUEVAS LEÓN SILVIA**  
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
DIRECTORA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 13



---

**DR. CAMARILLO NAVA VÍCTOR MANUEL**  
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD.  
OOAD NORTE CDMX IMSS  
DIRECTOR DE TESIS



---

**DRA. GARCÍA RIVERA BLANCA BERENICE**  
COORDINADORA, CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA EN SALUD  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 13  
ASESORA METODOLÓGICA DE TESIS



---

**DR. VALADEZ GASSER JORGE ALEJANDRO**  
PROFESOR TITULAR, ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 13

AZCAPOTZALCO, CIUDAD DE MÉXICO 2023.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



### Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 3511  
U MED FAMILIAR NUM 14

Registro COFEPRIS 19 CI 09 017 032  
Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 09 CEI 012 2018082

FECHA Miércoles, 30 de noviembre de 2022

Mtra. BLANCA BERENICE GARCIA RIVERA

**P R E S E N T E**

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **DEPRESIÓN POSTPARTO Y FACTORES ASOCIADOS EN UN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**.

Número de Registro Institucional

R-2022-3511-049

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

  
**Dr. ANDRES LEON SANTAMARIA**  
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3511

Imprimir

**IMSS**  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

SE

## **DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS**

Quiero hacer particular mención a mi director de tesis el Dr. Camarillo Nava Víctor, Coordinador Auxiliar médico de investigación en la salud, por asesorarme en mi tesis, y compartir sus conocimientos de investigación.

Dedico de manera especial a Jovita Mondragón Díaz mi mamá, quien fue mi principal apoyo en mi vida profesional, a lo largo de mi vida para lograr todas mis metas y ahora tener la oportunidad de titularme como especialista en medicina familiar.

Finalmente, a Cristian Mejía Herrera, Sofía Mejía Barrera, a mis amigos, familia, y compañeros de la carrera, que me apoyaron durante la carrera, con los que viví muchas experiencias y que siempre buscamos ser mejores médicos especialistas.

# ÍNDICE

<b>RESUMEN</b>	<b>7</b>
<b>MARCO TEÓRICO</b>	<b>9</b>
<b>JUSTIFICACIÓN</b>	<b>21</b>
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>23</b>
<b>PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN</b>	<b>23</b>
<b>OBJETIVOS</b>	<b>24</b>
GENERAL	24
ESPECÍFICOS	24
<b>HIPÓTESIS</b>	<b>24</b>
<b>MATERIAL Y MÉTODOS</b>	<b>25</b>
DISEÑO DEL ESTUDIO.	25
LUGAR DE ESTUDIO.	25
PERÍODO DEL ESTUDIO.	25
POBLACIÓN DE ESTUDIO.	25
CRITERIOS DE SELECCIÓN.	26
<i>Inclusión.</i>	26
<i>Exclusión.</i>	26
<i>Eliminación.</i>	26
TIPO DE RECOLECCIÓN DE LA MUESTRA	27
TAMAÑO DE LA MUESTRA	27
VARIABLES	28
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	28
DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO	30
ANÁLISIS ESTADÍSTICO.	31
<b>RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD</b>	<b>32</b>
<b>ASPECTOS ÉTICOS</b>	<b>33</b>
<b>RESULTADOS</b>	<b>38</b>
<b>DISCUSIÓN</b>	<b>45</b>
<b>CONCLUSIÓN</b>	<b>48</b>
<b>ANEXO 1</b>	<b>49</b>
<b>ANEXO 2</b>	<b>50</b>
<b>ANEXO 3</b>	<b>51</b>
<b>ANEXO 4</b>	<b>53</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>55</b>

# “DEPRESIÓN POSTPARTO Y FACTORES ASOCIADOS EN UN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN”

*Barrera M.B.F<sup>1</sup>, Camarillo N.V.M<sup>2</sup>, García R.B.B<sup>3</sup>*

## RESUMEN

**Introducción:** En México, es un trastorno psiquiátrico común del postparto, en el cual intervienen factores, biológicos, psicológicos y sociales, presentándose las primeras 4 semanas y los primeros 6 meses postparto, con un estado emocional triste, altos niveles de cansancio, trastornos del sueño y afectación del eje hipotalámico-hipofisiario-adrenal, responsable de la secreción de la hormona cortisol.

**Objetivo:** Analizar cuáles son los factores de riesgo asociados a depresión postparto en un primer nivel de atención.

**Material y métodos:** Estudio observacional, transversal, retrospectivo en pacientes derechohabientes de la UMF No. 13, que se encuentren en el postparto. Se realizaron encuestas tipo likert, basadas en la Escala de Edimburgo para depresión postparto, con una evaluación de 10 ítems, recopilándose factores sociodemográficos cumpliendo con los criterios de inclusión, realizándose un consentimiento escrito para participar, con la finalidad de establecer los factores de riesgo asociados al desarrollo de la enfermedad; los datos se capturaron en Office Excel 2010 y con el paquete estadístico IBM SPSS V.26. Se determinó la asociación entre el desenlace de estudio (depresión postparto) con cada variable independiente mediante Odds ratio (OR).

**Resultados.** Se incluyeron 79 pacientes en el postparto, el promedio de edad fue de 29 años ( $\pm 5$ ), de la muestra obtenida, el 46.8% (n=37) con depresión, y el 53.2% (n=42) sin depresión. El principal factor asociado a depresión postparto fue el nivel socioeconómico bajo en un 94.6% (n=35).

**Conclusión.** La frecuencia de depresión postparto en la Unidad de Medicina familiar No. 13, es similar a la reportada por la Pan American Health Organization 2018, con una frecuencia del 56% en mujeres mexicanas y latinoamericanas.

1.- Médico HGO/UMF 13 Residente de segundo año de la UMF 13. 2.- Coordinador Auxiliar Médico de Investigación en Salud 3.- Coordinador clínico de Educación e Investigación Médica en Salud.

# "POSTPARTUM DEPRESSION AND ASSOCIATED FACTORS IN A FIRST LEVEL OF CARE".

Barrera M B.F<sup>1</sup>, Camarillo N.V.M<sup>2</sup>, García R.B.B<sup>3</sup>

## ABSTRACT

**Introduction:** In Mexico, it is a common postpartum psychiatric disorder, in which biological, psychological and social factors intervene, presenting during the first 4 weeks and the first 6 months postpartum, with a sad emotional state, high levels of fatigue, sleep disorders and affectation of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis, responsible for the secretion of the hormone cortisol.

**Objective:** To analyze the risk factors associated with postpartum depression in a first level of care.

**Material and methods:** Observational, cross-sectional, retrospective study in patients entitled to UMF No. 13, who are postpartum. Likert-type surveys were carried out, based on the Edinburgh Scale for postpartum depression, with an evaluation of 10 items, collecting sociodemographic factors that met the inclusion criteria, with written consent to participate, in order to establish the risk factors associated with the development of the disease; the data were captured in Office Excel 2010 and with the IBM SPSS V.26 statistical package. The association between the study outcome (postpartum depression) and each independent variable was determined using the odds ratio (OR).

**Results.** Seventy-nine postpartum patients were included, the average age was 29 years ( $\pm 5$ ), of the sample obtained, 46.8% (n=37) with depression, and 53.2% (n=42) without depression. The main factor associated with postpartum depression was low socioeconomic status in 94.6% (n=35).

**Conclusion.** The frequency of postpartum depression in Family Medicine Unit No. 13 is similar to that reported by the Pan American Health Organization 2018, with a frequency of 56% in Mexican and Latin American women.

HGO/UMF 13 Physician Second year resident of UMF 13. 2.- Assistant Medical Coordinator of Health Research 3.- Clinical Coordinator of Medical Education and Research in Health.

## MARCO TEÓRICO

- **GENERALIDADES Y EPIDEMIOLOGÍA**

La depresión posparto (DPP) es un trastorno mental severo, que puede llegar a afectar hasta al 56% de las mujeres latinas, y principalmente a mujeres mexicanas, a su vez se considera que la depresión se puede detectar durante los primeros 4 meses posterior al parto.<sup>(1)</sup>

Su incidencia mundial es del 15% aproximadamente, y a su vez esta patología está incluida, en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición (DSM-5). Bajo la denominación de “trastorno depresivo durante el período perinatal”. Se puede llegar a asociar a suicidio y filicidio, y llegar a ser considerada como una de las primeras causas, más importantes de muerte materna, durante el puerperio, asociado a patologías depresivas.<sup>(1)</sup>

La depresión posparto, se puede relacionar con síntomas psicológicos y llegar a alteración de patrones biológicos, afectando desde el estado emocional de la paciente, hasta su estado físico, es decir la parte biológica, y por ende la social. <sup>(1)</sup>

Existen diversos estados emocionales, como el estado emocional triste, niveles altos de cansancio, trastornos del sueño y afectación del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal, el cual es el responsable de la secreción de la hormona cortisol, necesaria para hacer frente a situaciones de estrés.<sup>(1)</sup>

Aunque los síntomas suelen aparecer tras el nacimiento del bebé, las mujeres que posteriormente desarrollan depresión posparto, pueden presentar síntomas psicológicos durante el embarazo, entre los cuales se puede encontrar somatización, depresión, ansiedad y estrés específico del embarazo, niveles de cortisol desde el primer trimestre de embarazo pueden estar elevados, por ello es importante saber si la paciente tiene historial previo de depresión o probables factores de riesgo que puedan generarlo.<sup>(1)</sup>

Actualmente existen altas tasas de depresión posparto en mujeres latinoamericanas residentes en distintos países, por lo que se ha asociado como un factor, el ser mujer

inmigrante, en conjunto con síntomas psicopatológicos, que las mujeres pueden llegar a experimentar durante el periodo posparto, lo que hace necesario la creación de estrategias, con la finalidad de apoyar y facilitar el acceso, de servicios de salud mental a este grupo de riesgo.<sup>(1)</sup>

A este problema se puede sumar que las mujeres con bajo estatus económico, buscan menos ayuda psicológica y médica durante el puerperio, por este motivo, tienen menos información sobre la ayuda que se les puede brindar. Además, durante el periodo postnatal existe un bajo reconocimiento de la efectividad de los servicios de salud mental. Encontrando como otro factor la detección oportuna de depresión.<sup>(1)</sup>

La depresión posparto (DPP) es común y tiene diversas consecuencias, pero la más sobresaliente es el sufrimiento que puede provocar a la madre y al bebé, ya que afecta diversos aspectos de su vida. <sup>(2)</sup>

Cuando se padece este trastorno, por lo general, la paciente se siente confundida, culpable e incapaz de atender las demandas de las o los recién nacidos, provocando afectaciones en su desarrollo físico y emocional. <sup>(2)</sup>

Uno de los predictores más importantes de la depresión posparto, es la depresión durante el embarazo, la cual también se presenta con un alta frecuencia y es poco detectada precozmente. <sup>(2)</sup>

La depresión durante la gestación, puede incrementar el estrés en el embarazo, y a su vez el cambio hormonal durante este periodo, hace que las mujeres sean más afectivas y por ende exacerbar dicha patología. <sup>(2)</sup> La depresión es generada por cambios y transformaciones que se presentan en esta etapa, como lo son cambios: biológicos y psicológicos. Asimismo, es causa probable que la madre descuide su salud y no asista a revisiones postnatales, lo cual afecta el desarrollo del recién nacido, y por lo tanto afecta de manera indirecta su estado de salud. <sup>(2)</sup>

La depresión posparto es reconocida mundialmente, como un problema importante de salud pública, por su frecuencia y consecuencias negativas sobre la salud de la madre y

a su vez del bienestar de su hijo, sin embargo no tiene tanta importancia, poca difusión sobre el tema. <sup>(2)</sup>

En México, la prevalencia de la depresión postparto, se estimó del 10 al 15%, con sintomatología grave y más frecuentemente en adolescentes, y de un 3.0 a 24.7% en el primer año postparto. <sup>(2)</sup>

El mayor riesgo de depresión se encontró en mujeres jóvenes que no estudiaban y a su vez tenían un bajo estatus económico o tenían varios hijos. <sup>(2)</sup>

La maternidad adolescente es más prevalente, se encuentra con alta frecuencia en mujeres jóvenes y a su vez también, en mujeres que no tienen pareja o son madres solteras. <sup>(2)</sup>

En México la depresión en general se puede encontrar de un 39% durante el embarazo y un 33% en el postparto. La depresión durante el periodo perinatal también se puede llegar a presentar en los padres, encontrando una aproximación del 10.4%.<sup>(2)</sup>

Existe un estudio realizado en México en el cual se encuentra que durante el embarazo, el 10% de los padres cumplió con criterios para depresión, así como 4.6% a la cuarta semana del postparto. <sup>(2)</sup> **Tabla No.1 (Anexos)**

- **CLÍNICA**

Los cuadros afectivos relacionados con el periodo postparto, se pueden clasificar en tres grupos principales, aunque también pueden llegar a presentar algunas variantes o rasgos con respecto a la depresión postparto, entre las cuales se encuentran. <sup>(3)</sup>

- I. **Tristeza postparto, tristeza por el recién nacido o “baby blues”:** Se caracteriza por ser el trastorno del ánimo más frecuente en el puerperio. Presenta una prevalencia de 30-75% en las mujeres, con inicio durante los primeros 3 a 4 días postparto y con una duración de horas a días, no más de 2 semanas. Los síntomas son leves, entre ellos labilidad emocional, facilidad para el llanto, irritabilidad, problemas de sueño y apetito. Éste trastorno no requiere tratamiento, ya que es autolimitado. Sin embargo es importante diagnosticarlo debido a que presenta un riesgo aumentado de evolucionar a depresión postparto y hasta un 20 % de las mujeres lo desarrollan en el primer año postparto. <sup>(3)</sup>
- II. **Psicosis Postparto:** Es el trastorno afectivo más severo en el postparto, sin embargo es poco común, con una prevalencia de 0.1% al 0.2%, ocurriendo aproximadamente en cada 1-2 casos por 1000 partos. El inicio suele ser rápido entre las primeras 48 a 72 horas postparto y hasta las 2 semanas. Presentando una duración de semanas y la sintomatología se caracteriza por episodios de depresión o estados de euforia, labilidad emocional, ilusiones y alucinaciones. La mayoría de los casos requieren tratamiento médico y hospitalización. Cierta evidencia sugiere que los casos de psicosis puerperal, cumplen criterios de trastorno bipolar y aunque el pronóstico es muy favorable, las mujeres se encuentran en riesgo de desarrollar episodios de bipolaridad no puerperales. <sup>(3)</sup>
- III. **Depresión Postparto:** Es la complicación más común del postparto, afectando aproximadamente un 10 a 15%. La prevalencia es mayor en madres adolescentes con un 26% de aparición. El cuadro inicia ente las primeras 4 semanas y los primeros 6 meses postparto y presenta una duración de semanas a meses. La clínica en la depresión postparto presenta síntomas como llanto, labilidad emocional, sentimientos de culpabilidad, pérdida de apetito y trastornos del sueño, perdida de concentración y memoria, fatiga e irritabilidad. Para el diagnóstico se debe cumplir con los criterios de depresión mayor del DSM IV, los síntomas deben

persistir por más de 2 semanas e interferir con las funciones de la madre. Los síntomas de depresión postparto, son similares a los ocurridos en una depresión fuera de ésta etapa de la vida, sin embargo presentan mayor agitación y culpabilidad, con mayor repercusión clínica para el niño y su desarrollo, la madre y la familia en general. Las mujeres con depresión postparto constituyen un grupo muy heterogéneo, ya que se puede presentar como madres que presentan una distimia crónica, una depresión preparto no diagnosticada y depresión bipolar.

El diagnóstico es difícil, ya que muchos de los síntomas también se pueden confundir con cambios normales durante el postparto, o secuelas del embarazo y pasan desapercibidos sin indicación de tratamiento. Muchos de los síntomas se atribuyen a los cambios del sueño de la madre, la pérdida de peso y energía por el cuidado del recién nacido. La depresión postparto es un trastorno donde la mayoría de casos requieren tratamiento y la falla en el diagnóstico puede provocar graves consecuencias como lo son el suicidio materno e infanticidio. La depresión postparto puede ser diagnosticada y tratada en centros de atención primaria, derivando al nivel secundario, solo casos seleccionados de mayor severidad. <sup>(3)</sup>

Con frecuencia la depresión coexiste con bastante angustia o bien con síntomas obsesivos. La mujer puede presentar fantasías o temor de hacerle daño al bebé, vivencias que a menudo no se atreve a verbalizar. En casos más graves puede mostrar indiferencia por el hijo, más rara vez, rechazo. Claramente, los síntomas perturban el nivel de funcionamiento materno en distintos ámbitos. Diversos estudios muestran que el principal factor de riesgo para tener dicho padecimiento es la depresión durante el embarazo. Además, en concordancia con estudios extranjeros, estudios nacionales han encontrado, entre otros, los siguientes factores de riesgo: historia previa de depresión, eventos vitales adversos, apoyo social deficiente, discordia marital y embarazo no deseado.<sup>(9)</sup>

En términos de factores etiológicos hormonales, no se cuenta con evidencia que apunte a alguna hormona en particular. Sin embargo, las pacientes con depresión postparto, pueden llegar a presentar algún trastorno tiroideo. Al respecto, cabe mencionar que muchas veces la tiroiditis posparto no es diagnosticada.

Se trata de una afección autoinmune y autolimitada que afecta a alrededor del 3-4% de las púerperas. Se presenta con una fase inicial de tirotoxicosis transitoria, seguida de una hipofunción también transitoria. Se ha visto que dicha disfunción tiroidea posparto se puede asociar a depresión, pero no siempre es la causa del problema anímico. <sup>(9)</sup>

Por otra parte, un interesante aunque pequeño estudio, llevado a cabo en madres con historias de depresión posparto, mostró que el retiro brusco de estrógenos y progesterona (para simular lo que sucede en el posparto) puede reproducir la aparición de síntomas depresivos en estas mujeres. Esto sugiere que las mujeres con depresión posparto, más que presentar fluctuaciones anormales de los esteroides gonadales, tienen una sensibilidad especial frente a los cambios hormonales normales del puerperio. <sup>(9)</sup>

A menudo, la DPP no es diagnosticada. De allí que puede resultar útil recurrir a instrumentos de tamizaje, cuyo empleo es obligatorio en algunas latitudes. En la actualidad, el instrumento de tamizaje más usado para detectar probables casos de DPP es la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EDPE), se dispone. Según ambas validaciones, el punto de corte 9/10 es el mejor para diferenciar probables casos de no-casos (puntaje  $\geq 10$ = probable depresión posparto). <sup>(9)</sup>

#### DEPRESIÓN POSPARTO Y VÍNCULO MADRE-HIJO

Como consecuencia de la depresión posparto (DPP), afecta el vínculo madre-hijo(a), sobre todo si la depresión permanece sin tratar. En algunos casos, las madres pueden involucrarse menos o, por el contrario, tornarse estimuladoras en exceso. Los hijos pueden responder menos, mostrarse menos propensos a la interacción y en general presentar más emociones negativas. <sup>(9)</sup>

En la actualidad se cuenta con múltiples estudios en los que se han documentado los numerosos efectos adversos asociados a la depresión materna posparto. Estas investigaciones han encontrado consecuencias negativas a nivel del vínculo madre-hijo (a) y el desarrollo infantil, tanto en términos emocionales, conductuales como cognitivos. Como por ejemplo, las madres adolescentes que tuvieron depresión posparto, tenían antecedente de coeficiente intelectual significativamente más bajo que los niños cuyas

madres no se deprimen en ese período. En otro estudio, este grupo de investigadores, dio a conocer una asociación entre DPP materna y violencia en los hijo(a)s, aun considerando la depresión durante la gestación, su historia de depresión y las características de la familia. Los hijo(a)s se mostraron más violentos si las madres habían estado deprimidas al tercer mes posparto.<sup>(9)</sup>

La depresión puerperal no solo puede afectar el modo como la madre se relaciona con su hijo sino también la manera como lo percibe. Se ha observado que las madres deprimidas perciben más negativamente a sus hijos y los consideran más difíciles de criar, que las madres no deprimidas.<sup>(9)ç</sup>

- **EPISODIOS POSPARTO DEL TRASTORNO BIPOLAR**

Dependiendo de la población estudiada, entre el 21% y el 54% de las madres con DPP tienen un diagnóstico de trastorno bipolar. Las características clínicas que deben hacer pensar en ese diagnóstico son: edad de comienzo más temprano, primer episodio de depresión después del parto, comienzo de la depresión inmediatamente después del parto, síntomas depresivos atípicos, síntomas psicóticos, síntomas mixtos (depresión/exaltación del ánimo), e historia de bipolaridad en familiares de primer grado, siempre se debe considerar al embarazo de una paciente bipolar como un embarazo de alto riesgo, aún habiéndose suspendido de forma segura todos los psicofármacos antes de la gestación. Cuando se suspenden los estabilizadores del ánimo en el período perinatal el riesgo de recidiva y cronicidad es alto, sobre todo durante el puerperio. La etapa puerperal es la época de la vida en que la paciente bipolar está más expuesta a descompensarse.<sup>(9)</sup>

En el pasado se tendía a desalentar el embarazo en mujeres bipolares debido a la necesidad de mantener el tratamiento farmacológico. En la actualidad, la evidencia disponible muestra que sí existen alternativas, que eventualmente las mujeres interesadas en embarazarse pueden tomar, en las cuales no repercute, la salud de la madre como la del feto/lactante.<sup>(9)</sup>

- **FACTORES DE RIESGO PARA DEPRESIÓN POST PARTO**

Los factores psicosociales juegan un papel importante en la aparición de DPP y, aunque algunos factores biológicos podrían estar implicados (por ejemplo: cambios en estradiol

y progesterona). Los agentes psicológicos más sólidamente relacionados a la DPP son la historia de depresión, la ansiedad durante la gestación y la carencia de apoyo social.<sup>(2)</sup>

Algunos factores de riesgo identificados son muy similares a los referidos en países desarrollados, tales como, historia previa de depresión, ansiedad prenatal, bajo apoyo social, estrés prenatal y mala relación de pareja, y otros más característicos de los países en desarrollo: ingreso económico bajo, baja escolaridad, no trabajar fuera del hogar, embarazo no planeado, abortos y número de embarazos, entre otros. Estos últimos aluden a problemas estructurales, al estatus social y al poder de decisión de las mujeres en los países menos desarrollados.<sup>(2)</sup>

Según la literatura internacional, entre los factores más frecuentemente relacionados con la depresión en el embarazo se encuentra, tener historia de depresión y/o de pensamientos suicidas alguna vez en la vida, así como tener antecedentes de abortos, ser múltipara, soltera, con escaso apoyo social y no haber planeado y/o deseado el embarazo. La violencia por parte de la pareja también incrementa el riesgo de sintomatología depresiva, 6.2 veces, y el abuso en la infancia y adolescencia, particularmente la concurrencia de abuso sexual, físico y verbal se asocia con mayor riesgo de sintomatología depresiva y ansiosa.<sup>(2)</sup> *(Tabla 2 en Anexos)*

Para llevar a cabo un buen diagnóstico es importante realizar una historia clínica estructurada, evaluando el estado mental y físico de la paciente. Especificando si existe antecedentes de depresión previa, abuso de sustancias (determinar la duración y gravedad del episodio depresivo) indicando si existe coexistencia de otras condiciones médicas, antecedentes psiquiátricos familiares.

En el examen físico se va a evaluar si existe deterioro funcional y determinar los acontecimientos de vida y factores de estrés. Los episodios del estado de ánimo pueden iniciar durante el embarazo o en el postparto.<sup>(5)</sup>

Existen Consideraciones para el diagnóstico de depresión mayor en el comienzo del postparto, según el DSM-V:

Se deben presentar 5 o más de los siguientes síntomas (que pueden estar presentes durante todo el día, casi todos los días, por al menos 2 semanas). <sup>(6)</sup>

1) Humor depresivo: se presenta comúnmente 4-5 días después del parto conocido como “baby blues”, que puede durar de horas a días pero, no sobrepasa las 2 semanas, si sobrepasa las 2 semanas se conoce entonces como depresión postparto. <sup>(6)</sup>

2) Falta de interés o placer en actividades: La cual es infrecuente que se presente después del nacimiento, pero se debe prestar atención, ante la presencia de anhedonia, que es sugestivo de depresión postparto. <sup>(6)</sup>

3) Alteración del sueño: Es común la imposibilidad de conciliar el sueño cuando el recién nacido duerme o incapacidad de cuidar de él, por consecuencia se presenta hipersomnia, por lo cual un adecuado diagnóstico diferencial, puede ayudar a indagar en dicha patología y se debe sospechar de depresión postparto en caso de que cuente con factores de riesgo. <sup>(6)</sup>

4) Pérdida / falta de energía: es común a causa de privación del sueño por descuido del recién nacido, pero se debe sospechar si continúa a pesar del adecuado sueño y siestas de la madre. <sup>(6)</sup>

5) Agitación o psicomotor: sospechar enlentecimiento al hablar o incapacidad de permanecer sentada en un mismo lugar. <sup>(6)</sup>

6) Sentimientos excesivos de culpa: es infrecuente posterior al parto, por lo que se debe sospechar de depresión postparto ante sentimientos de fracaso, decepción o culpa. <sup>(6)</sup>

7) Disminución de la concentración: frecuentemente asociado por falta de sueño, por otro lado si madre concilia el sueño y presenta inhabilidad de toma de decisiones y pérdida de continuidad del pensamiento, sospechar depresión postparto. <sup>(6)</sup>

8) Ideas suicidas: pensamientos como, “desearía no despertar más” o “mi bebe estaría mucho mejor sin mí”, intentos o deseos de terminar su vida. <sup>(6)</sup>

## ABORDAJE

Se debe dar seguimiento estrecho a la durante el embarazo y 6 a 12 semanas postparto, todas las mujeres deben ser evaluadas física y mentalmente, esto debe ser parte de la atención normal de la mujer; según las guía del National Institute for Health and Care Excellence (NICE) sobre la salud mental prenatal y postnatal recomiendan que todas las mujeres durante el embarazo y el periodo postparto deben ser evaluadas para los síntomas severos del humor, esta evaluación se debería hacer en cada consulta que esta paciente tenga con todos los profesionales de la salud, estos profesionales de la salud la escala de Edimburgo o de las preguntas de Whooley pueden ser utilizadas en el periodo prenatal y postparto como auxiliares para seguimiento clínico y para facilitar la discusión de los problemas emocionales. <sup>(5)</sup> (Tabla No.3 en Anexos)

Una vez identificados los síntomas postparto mencionados anteriormente, el primer paso en el manejo de una mujer con depresión postparto; es una valoración para determinar la gravedad de su depresión y considerar si representa una amenaza para sí misma o para otros.

Pacientes con síntomas graves (p. ej. Ideación suicida con un plan y una intención específicos de comportamiento suicida, o las alucinaciones auditivas) deben ser referidos a un departamento de urgencias y así obtener una interconsulta psiquiátrica lo antes posible para una mayor evaluación y abordaje necesario e inmediato, así como medidas de protección tanto para madre como para su recién nacido. En casos severos de depresión posparto, especialmente en las madres que están en riesgo de suicidio, su hospitalización puede ser necesario. <sup>(6)</sup>

Las pacientes gravemente enfermas suelen reportar la ideación y comportamientos suicidas, por lo general demuestran un deterioro del funcionamiento y a menudo manifiestan un mal juicio, que coloca al paciente y a otros (incluido el recién nacido y demás niños a cargo de la paciente), en riesgo de daño inminente. <sup>(6)</sup>

También, es más probable que las pacientes con depresión postparto severa, desarrollen complicaciones tales como rasgos psicóticos y rasgos catatónicos. Las pacientes con

depresión severa deben ser referidas a un psiquiatra para el manejo y a menudo requiere hospitalización, para tratar la depresión mayor con rasgos psicóticos o catatónicos. <sup>(6)</sup>

Respecto al manejo de las pacientes con depresión postparto severa, la psicoterapia casi siempre se indica como un adyuvante a la farmacoterapia (que se basa en la utilización de medicamentos antidepresivos) y se recomienda que reciban psicoterapia inicial y se siga evaluando su progreso hasta que respondan. <sup>(6)</sup>

Los beneficios de los antidepresivos superan los riesgos potenciales para el bebé, considerando que son típicamente bajos. Por ejemplo, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) e inhibidores de la recaptación de norepinefrina (bupropión y mirtazapina); pueden ser utilizados eficazmente a la población general de pacientes con depresión severa y la población de madres con este tipo de depresión se pueden ver beneficiadas. <sup>(6)</sup>

Dentro de los antidepresivos más usados y con mayor evidencia se encuentran los ISRS, de elección la paroxetina o sertralina para el tratamiento inicial; debido a que los efectos adversos en los lactantes han demostrado ser más bajos; la paroxetina y la sertralina, son generalmente indetectables en sangre de los lactantes que se exponen a través de la leche materna. <sup>(6)</sup>

- **MEDICAMENTOS.**

Por lo general, se trata a las mujeres con depresión perinatal con un tipo de medicamentos llamados antidepresivos. Estos pueden ayudar a mejorar la forma en que el cerebro usa ciertas sustancias químicas que controlan el estado de ánimo o el estrés. Las mujeres embarazadas o que están lactando deben notificar a su médico antes de comenzar a tomar antidepresivos para que pueda tomar medidas para minimizar la exposición del bebé al medicamento durante el embarazo o la lactancia. El riesgo de que aparezcan defectos de nacimiento y otros problemas para los bebés cuyas madres toman antidepresivos durante el embarazo es muy bajo. Sin embargo, es importante que las mujeres conversen con su médico para comparar los riesgos y los beneficios del tratamiento y encontrar la mejor solución para su situación. Es posible que se deba intentar con varios medicamentos diferentes antes de encontrar el que mejor reduzca sus síntomas y tenga efectos secundarios controlables. Los antidepresivos requieren de

tiempo para funcionar, generalmente entre 6 y 8 semanas, y a menudo mejoran síntomas como el sueño, el apetito y los problemas de concentración antes de que mejore el estado de ánimo. Es importante dar una oportunidad a los medicamentos para que funcionen antes de decidir que no sirven. Por lo que no es recomendado dejar los antidepresivos. En ocasiones, las personas que toman dichos fármacos, se sienten mejor en los primeros meses, por lo que suspenden el tratamiento y posteriormente la depresión aparece nuevamente.

La suspensión abrupta de los medicamentos puede causar síntomas de abstinencia. Cuando sea apropiado suspender el medicamento, el médico ir disminuyendo la dosis de manera paulatina y segura.<sup>(11)</sup>

- **COMPLICACIONES**

Se ha documentado que existe una vulnerabilidad en el recién nacido de ameritar valoración en un servicio de emergencias cuando sus madres tiene el diagnóstico de depresión y que en muchos casos este no se ha confeccionado oportunamente. El niño o niña está expuesto a suspensión temprana de la lactancia materna, abuso infantil y negligencia en su cuidado. Asimismo, se pueden presentar complicaciones maternas como psicosis postparto e ideaciones e intento suicidas.<sup>(10)</sup>

Es importante saber distinguir de una real depresión postparto, de una tristeza postparto con la finalidad de evitar que la paciente llegue a una psicosis.

Una vez identificados los síntomas y los factores de riesgo, tomados en cuenta de la escala de Edimburgo, lo siguiente es dar un manejo adecuado, con valoración por un especialista, para determinar la gravedad de la depresión que presenta y a su vez dar un tratamiento oportuno, ya sea psicoterapia o tratamiento farmacológico por inhibidores en la recaptura de serotonina.

## JUSTIFICACIÓN

La depresión postparto es un tema poco abordado, y con escasa difusión de información. Por lo cual es de vital importancia, la divulgación de este tema en médicos de primer contacto de la Unidad de Medicina Familiar No. 13.

La depresión postparto es común y tiene diversas consecuencias, como afección a su estado de salud, mental, físico, emocional, y social, incluyendo principalmente a su familia o las personas con las que convive.

Algunos reportes internacionales indican que el diagnóstico de mujeres con depresión postnatal se incrementa con el tiempo: un 10% es diagnosticada a las 8 semanas postparto; 22% a los 12 meses posparto, lo que indica la necesidad de mejorar la precisión de los procedimientos diagnósticos.<sup>(20)</sup>

Existe una prevalencia elevada de depresión postparto en la Ciudad de México, sin embargo la importancia radica en detectarla a tiempo, y adecuadamente ya que existen variantes en depresión, por lo cual no todas corresponden a los criterios diagnósticos de dicha enfermedad, se considera como subdiagnosticada en la atención de primer contacto, por lo cual es relevante que tanto el médico familiar como el personal que está en contacto con la paciente (enfermera especialista) tengan conocimiento sobre dicha enfermedad.

Este proyecto tiene como finalidad, identificar los factores de riesgo asociados a depresión postparto más frecuentes en estas pacientes (edad joven, nivel socioeconómico bajo, bajo nivel de ingresos o escolaridad no concluida), por lo que al realizar dicho proyecto, se logrará conocer dichos factores y alternativas para detectar depresión a tiempo, en conjunto con un método sistemático de soluciones que puedan aportar beneficios a la población, es decir difundir información de depresión en primer nivel de atención.

La alta probabilidad de presentar depresión postparto en nuestro país genera un problema muy importante en la atención de primer, pues la falta de información y subestimación de esta patología, provoca que sea subdiagnosticada, afectando tanto a la madre como al hijo, por lo que al difundir información en primer nivel de atención de

dicha patología, generaría beneficio para el binomio, evitando se desarrolle la historia natural de la enfermedad por depresión así como las complicaciones implícitas en el producto y en la madre.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La depresión postparto es una condición común que afecta a un gran número de mujeres en todo el mundo.<sup>(20)</sup> En América Latina, se han reportado síntomas depresivos en un 24.3% obtenidos mediante la escala de depresión postnatal Edimburgo.<sup>(20)</sup> La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) han recomendado que se preste mayor atención a las habilidades, actitudes y capacidad de los profesionales de la salud para mejorar el reconocimiento y la asistencia apropiados en dicha patología.<sup>(17)</sup> La depresión es una enfermedad que es atendida por psiquiatras principalmente; pero también debería ser detectada y atendida por médicos familiares.

En los centros de salud, se debe implementar como primera estrategia, tener un embarazo planeado y posteriormente en cada consulta prenatal, incluir cuestionarios enfocados a depresión postparto (Escala de Edimburgo), que permitan la detección oportuna de factores de riesgo, para presentar depresión se deben cumplir los criterios establecidos por el DSM 5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), con la finalidad de darles a las pacientes una atención oportuna y un adecuado manejo a dicha patología. Este padecimiento incrementa el número de consulta y la detección oportuna generaría beneficios a la madre, como lo es una adecuada cohesión del binomio y de esta manera favorecer un buen desarrollo biopsicosocial para el recién nacido. Existen factores de riesgo que pueden aumentar la predisposición de padecer depresión postparto, por lo cual es importante identificar los más frecuentes y detectarlos a tiempo, y así poder implementar estrategias que puedan evitar consecuencias desfavorables para el binomio. La depresión postparto no es un tema prioritario durante la consulta, si bien se conoce sobre la depresión, el médico familiar, no hace énfasis en el estado de ánimo de las pacientes, por lo cual dicho trabajo está enfocado en identificar los factores de riesgo que predisponen a la depresión postparto en pacientes que acuden a la Unidad de Medicina Familiar No. 13.

## **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a depresión postparto en un primer nivel de atención?

## OBJETIVOS

### General.

- Analizar cuáles son los factores de riesgo asociados a depresión postparto en un primer nivel de atención.

### Específicos

- I. Determinar la frecuencia de depresión postparto en pacientes en un primer nivel de atención.
- II. Identificar factores sociodemográficos en pacientes con depresión postparto.
- III. Identificar el nivel económico más frecuente en las pacientes con depresión postparto.
- IV. Conocer los factores de riesgo más frecuentes asociados a depresión postparto en pacientes del Hospital de Ginecología y Obstetricia/Unidad de Medicina Familiar No. 13.
- V. Conocer los factores de protección más frecuentes asociados a depresión postparto en pacientes del Hospital de Ginecología y Obstetricia/Unidad de Medicina Familiar No. 13.
- VI. Establecer los factores de riesgo más frecuentes, asociado a depresión postparto.

## HIPÓTESIS

**Ha:** Los factores de riesgo asociados a depresión postparto en un primer nivel de atención son: el bajo nivel escolar, socioeconómico y la edad materna.

**H0:** Los factores de riesgo asociados a depresión postparto en un primer nivel de atención NO son: el bajo nivel escolar, socioeconómico y la edad materna.

## MATERIAL Y MÉTODOS

### Diseño del Estudio.

Estudio observacional, transversal, retrospectivo en el cual se utilizó como instrumento la escala de Edimburgo para depresión postparto, con una evaluación de 10 ítems, tipo likert.

De acuerdo con el control de la maniobra: **Observacional.**

Captación de la información: **Retrolectivo**

Medición del fenómeno en el tiempo: **Transversal.**

Asociación de variables: **Comparativo**

Tipo de población: **Homodémico.**

### Lugar de Estudio.

El protocolo se llevó a cabo en la UMF 13 ubicada en Azcapotzalco, Avenida Reforma No. 6, Colonia centro. C.P. 2000, Ciudad de México; Delegación Norte del Instituto Mexicano del Seguro Social, en un consultorio de medicina preventiva, por medio de un cuestionario con consentimiento informado, el cual será entregado a la paraciente que se encuentre en puerperio al acudir a su consulta de tamiz neonatal, dicho cuestionario constará de 10 ítems asociados a depresión postparto.

### Período del Estudio.

Periodo comprendido de septiembre a diciembre de 2022.

### Población de Estudio.

Pacientes femeninas en postparto, derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 13, de la delegación Azcapotzalco, del Instituto mexicano del Seguro Social.

## **Criterios de selección.**

### **Inclusión.**

- Pacientes que se encuentren en periodo postparto.
- Pacientes derechohabientes de la UMF No. 13 del turno vespertino y matutino.
- Pacientes que acepten participar en el estudio.
- Que firmen la carta de aceptación.

### **Exclusión.**

- Pacientes con antecedente de depresión previo al embarazo.
- Pacientes en el postparto con trastornos psiquiátricos.
- Pacientes en el puerperio con enfermedades tiroideas.
- Pacientes en postparto inmediato, que no acepten realizar el cuestionario de Edimburgo.
- Pacientes que se encuentren en puerperio con fármaco dependencia.

### **Eliminación.**

- Pacientes que aceptaron realizar el estudio y posteriormente cambiaron de adscripción a otra UMF.
- Pacientes que acepton realizar el estudio y posteriormente mueran.
- Pacientes en postparto que contestaron el cuestionario de Edimburgo y no acepten el consentimiento informado.

## Tipo de recolección de la muestra

No probabilístico: por conveniencia.

## Tamaño de la muestra

Tomando en cuenta una población finita de pacientes con diagnóstico de depresión postparto y valor  $Z_{\alpha}$  de 1.96 con nivel de confianza del 95%, se estimó el tamaño de la muestra de acuerdo al siguiente método. Se realizó un cálculo del tamaño de la muestra por aplicación online qualtrics.

### Dónde:

**n**= Tamaño de la muestra es de **79**

**N**= Tamaño de la población con depresión postparto 100

$\sigma$ = Desviación estándar de la población con valor estimado de 0.5

$Z_{\alpha}$ = Constante dependiente del nivel de confianza calculado a 1.96 para un 95%

**e**= Límite aceptable de error muestral calculado a 0.05

$$n = \frac{N\sigma^2 Z_{\alpha}^2}{e^2(N - 1) + \sigma^2 Z_{\alpha}^2}$$

### Obteniendo:

$$n = \frac{100 \times 0.5^2 \times 1.96^2}{0.05^2(100 - 1) + 0.5^2 \times 1.96^2}$$

$$n = \frac{96.04}{1.2079} = 79$$

## VARIABLES

**Variable dependiente:** Depresión posparto.

**Variable independiente:** Edad, estado civil, ocupación, nivel socioeconómico, periodo de puerperio, escolaridad.

### Operacionalización de variables

	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR O FUENTE
<b>Edad</b>	El lapso de tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta el momento de referencia.	En base a la clasificación por la OMS. Edad de 17 a 35 años.	Cuantitativa	Discreta	Edad en años/Cuestionario
<b>Edad materna de riesgo</b>	La FIGO define edad materna de riesgo, como aquella mujer que se embaraza a partir de los >35 años de edad	Edad materna por la FIGO 1. Menores de 20 años 2. Mayores de 35 años 3. Alta morbi-mortalidad mayor de 40 años 4. No riesgo	Cuantitativa	Discreta	Edad en años/Cuestionario
<b>Depresión postparto</b>	Se considera depresión postparto a cualquier enfermedad depresiva no psicótica que ocurre en la madre durante el primer año después del nacimiento. Consiste en una fuerte vulnerabilidad a la depresión que empieza de manera importante entre las 4-6 semanas postparto.	En base a la Escala de Edimburgo: 1. Menos de 10= sin riesgo para depresión postparto 2. De 10-12=Está en el límite de riesgo para depresión postparto 3. Más de 13 =Alto riesgo para depresión postparto.	Cualitativa	Jerárquica	Puntos/Cuestionario
<b>Puerperio</b>	Es el período que comprende desde el final del parto hasta la aparición de la primera menstruación.	1. Puerperio inmediato (Primeras 24 hrs. después del postparto) 2. Puerperio mediato (Después de 24 hrs. Hasta los 10 días postparto)	Cualitativa	Ordinal	Niveles/Cuestionario

		3. Puerperio tardío (Después de 10 días hasta 40 días de postparto)			
<b>Escolaridad</b>	Período de tiempo que un niño o un joven asiste a la escuela para aprender y estudiar, especialmente en el tiempo que dura la enseñanza.	1. Primaria 2. Secundaria 3. Preparatoria 4. Universidad 5. Posgrado 6. Otros	Cualitativa	Ordinal	Cuestionario
<b>Estado civil</b>	Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco	1. Soltera 2. Casada 3. Viuda 4. Divorciada 5. Unión Libre	Cualitativa	Nominal Politómica	Cuestionario
<b>Nivel socioeconómico</b>	Es una medida total económica y sociológica que combina la preparación laboral de una persona, de la posición económica y social individual o familiar en relación a otras personas.	1. Nivel socioeconómico A/B (Clase Rica) Más de \$85,000 pesos 2. Nivel socioeconómico C+ (Clase media alta) De \$84,999-\$35,000 3. Nivel socioeconómico C (Clase media) De \$34,000-\$11,600 4. Nivel socioeconómico D+ (Clase Media Baja) Entre \$11,599-\$6,800 5. Nivel socioeconómico D (Clase pobre) Menores de \$6,799-\$2,700 6. Pobreza Extrema E \$2,699-\$0,000	Cualitativa	Ordinal	Cuestionario

## **Descripción general del estudio**

El protocolo se llevó a cabo en el Hospital de Ginecología y Obstetricia UMF No 13, ubicada en Azcapotzalco, Avenida Reforma No. 6, Colonia centro. C.P. 2000, Ciudad de México; Delegación Norte del Instituto Mexicano del Seguro Social, en un consultorio de medicina preventiva del turno matutino y vespertino, al cual acudieron pacientes para realización de tamiz neonatal, por lo cual, se ubicaron pacientes que se encontraran en puerperio inmediato (primeras 24 hrs postparto), mediato (posterior a las primeras 24 hrs a los 10 días postparto), tardío (después de los 10 días postparto hasta los 40 días postparto) de cualquier edad, que acudieron a dicha consulta, en donde una residente de medicina familiar de segundo año les explicó el motivo del protocolo y le entregó un consentimiento informado en donde se le explicó a la paciente la finalidad del protocolo, posteriormente se le entregó un consentimiento informado, el cual podrá aceptar o rechazar.

Dicho consentimiento, estuvo enfocado en informar a la paciente sobre los beneficios, riesgos, justificación y objetivo que tiene el protocolo, si la paciente aceptó el consentimiento informado, se le entregó un cuestionario (Cuestionario de Edimburgo), el cual tenía la finalidad de evaluar síntomas relacionados a depresión en el periodo posnatal, con una sensibilidad del 85%, es decir que pacientes con depresión al realizar el cuestionario si tienen un puntaje de mayor a 13, pueden padecer dicha patología, y una especificidad del 77%, es decir, la capacidad de no encontrar depresión en pacientes sanas.

Para diagnosticar depresión postparto por el cuestionario de Edimburgo, se contestaron 10 ítems y cada ítem evaluaron diferentes aspectos de depresión, posteriormente se le dio un puntaje a cada respuesta, con la finalidad de obtener un total y dicho total, clasificarlo, si se obtiene un puntaje mayor a 13 puntos, se consideró que la paciente puede tener una alta probabilidad de depresión postparto, si se obtienen de 10-12 puntos, se consideró que la paciente tiene un límite promedio para depresión postparto, un puntaje menor a 10 puntos, es un riesgo bajo, esto con la finalidad, de poder evaluar los factores de riesgo más frecuentes, asociados a depresión postparto, al finalizar los cuestionarios se analizó la información obtenida por un paquete estadístico para encontrar los factores más frecuentes en depresión postparto.

## **Análisis estadístico.**

Las variables cualitativas se resumieron con frecuencias y porcentajes y se graficaron con histograma de frecuencias. Para conocer la homogeneidad o diferencia de variables cualitativas entre grupos (p. ej. participantes con y sin depresión posparto), se usó  $\chi^2$  de Pearson (para diferencia de proporciones) o prueba exacta de Fisher según fuera necesario.

Las variables cuantitativas se presentaron con medias y desviación estándar (o medianas y cuartiles en caso de distribución libre de los datos) y se presentaron en cuadros con el valor de  $p$  y significancia estadística. Para conocer el tipo de distribución se utilizó la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov (prueba para poblaciones mayores de 50 participantes). Para diferencia de medias entre grupos se usó  $t$  de Student para grupos independientes (o  $U$  de Mann-Whitney en caso de LD), se graficaron los resultados en diagramas de cajas. Para el análisis estratificado entre grupos se utilizará Kruskal-Wallis (para más de 2 grupos). Se graficaron los resultados con graficas Box plot o gráficas de barras con desviación estándar.

Se calculó la prevalencia de depresión posparto durante el periodo de estudio de la muestra. Se determinó la asociación entre el desenlace de estudio (depresión postparto) con cada variable independiente como edad, estado civil, ocupación, nivel socioeconómico, periodo de puerperio, escolaridad, etc., mediante Odds ratio (OR). Los resultados se presentaron en gráficas de Forest plot. Y finalmente se utilizaron modelos multivariados; regresión logística para determinar  $\text{Exp}\beta$  (exponente de beta) y obtener una constante en el modelo de regresión de al menos un 30% que explique la presencia de factores de riesgo en depresión postparto. Se procesaron los datos en el programa Windows Office Excel 2010 y el paquete estadístico IBM SPSS V.24. En todos los casos se determinó un valor de  $p \leq 0.05$  como estadísticamente significativo.

## RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

Para realizar este protocolo de estudio se utilizaron instalaciones de la UMF 13 del Instituto Mexicano del Seguro Social, con los siguientes recursos:

- **HUMANOS:** El médico residente investigador realizó el protocolo de estudio durante el del mes de septiembre a diciembre el año 2022 y recabo la información a través de un cuestionario enfocado a depresión postparto (Cuestionario de Edimburgo) en conjunto con la profesora titular, la Dra. Blanca Berenice García Rivera, Coordinadora clínico de Educación e Investigación Médica en Salud y el Dr. Camarillo Nava Víctor M. Coordinador Auxiliar Médico de investigación en la salud.
- **TECNOLÓGICOS:** Un equipo de cómputo MacBook Air 13-inch, Modelo No. A1932, con programa Microsoft Excel 2010, Word y PowerPoint 2007 utilizada para la recolección de información y redacción del protocolo de estudio, así como para el análisis de resultados con el paquete estadístico SPSS versión 24; impresora Canon, utilizada para la impresión de cuestionarios y consentimientos informados; acceso a la red de consulta externa y sistema integral de medicina familiar usados para la obtención de información del expediente clínico electrónico de los pacientes participantes.
- **FÍSICOS:** Aula de enseñanza, carta de confidencialidad, formato de consentimiento informado, dos tablas de apoyo, cuatro plumas, papel para impresión y un teléfono celular.
- Los recursos antes citados son proporcionados por el IMSS sin aumentar las demandas e insumos disponibles en la unidad médica.

## **ASPECTOS ÉTICOS**

### **Riesgo de la investigación**

Los aspectos éticos de la presente investigación se ha establecido en los lineamientos y principios que el reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud se refiere (publicado en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984, última modificación 2014) dando cumplimiento a los artículos 13 y 14, con fracción I, II, III, IV, y V. Del Título Segundo, correspondiente a los aspectos éticos de la investigación en los seres humanos.

De acuerdo con el artículo 17, título segundo, capítulo I, el presente trabajo de investigación se considera una investigación categoría II, **con Riesgo mínimo**, ya que se realizarán procedimientos comunes, en los cuales intervienen factores psicológicos.

### **CONTRIBUCIÓN Y BENEFICIOS DEL ESTUDIO PARA LA SOCIEDAD.**

Se trata de un estudio observacional, transversal, retrospectivo, en donde la información se obtuvo de los expedientes a través de su historial clínico, y mediante un cuestionario, específico para depresión postparto, por lo tanto, no generó ningún tipo de riesgo para la paciente, ni para el evaluador o la persona que realizó las encuestas.

La paciente entrevistada no recibió ningún tipo de beneficio, remuneración económica, por participar en la investigación, de igual manera este estudio no generó ningún gasto a estos.

Por otro lado, la presente investigación contribuyó a identificar de forma adecuada y a tiempo los factores asociados a depresión postparto con la finalidad de realizar intervenciones a tiempo y poder así, mejorar la calidad de vida de la paciente y su entorno.

### **CONFIDENCIALIDAD.**

Los datos obtenidos que se usan acorde al estudio, se mantendrán como confidenciales. Se identificó a cada participante con número de folio y los datos personales fueron resguardados por el investigador y solo se difundió de manera global los resultados al personal de salud.

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Se presento una carta de consentimiento informado, para solicitar autorización del comité de ética en investigación para las actividades y recolección de datos para el presente estudio.

## **PROCESO PARA OBTENCIÓN DE LA CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Dicha carta de consentimiento informado fue realizada por una residente de medicina familiar, en la cual se explicó los beneficios, riesgos y objetivos del protocolo, a pacientes que se encuentren en el postparto y que acudan a consulta de niño sano o pacientes que acudan a medicina preventiva por tamiz neonatal, del turno vespertino o matutino, de cualquier edad.

## **FORMA DE SELECCIÓN DE LOS PACIENTES.**

Se incluyo a mujeres en postparto, que se estén afiliadas al instituto Mexicano Del Seguro Social, en la Unidad de Medicina Familiar No. 13.

Con base al reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, con última revisión en el año 2014, en donde la realización de la investigación para la salud, debe tener los aspectos éticos que garanticen la dignidad y el bienestar de la persona, bajo investigación siendo fundamental apegarse a las normativas de seguridad establecidas en el capítulo I y V en los artículos 13,14,16,17 y 20 que establecen lo siguiente:

- Artículo 13.- Prevalecerá el criterio de respeto a la dignidad, protección de los derechos y bienestar del sujeto.
- Artículo 14.- La investigación se ajustó a los principios científicos y éticos, en donde, también se llevó a cabo un consentimiento informado y por escrito, el cual fue realizado por personal científico, cuidando la integridad del participante, garantizando su bienestar.
- Artículo 15.- Dicho artículo no se llevó a cabo, ya que no se usaran métodos aleatorios de selección en los participantes de dicho proyecto.
- Artículo 16.- En las investigaciones en seres humanos se protegió la privacidad del individuo sujeto de investigación identificándolo solo cuando los resultados requiera que lo autorice.

- Artículo 17.- Se consideró como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufriera algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Identificándose como riesgo mínimo en el apartado II.
  - Artículo 20.- Se debió autorizar la participación en dicho estudio por medio del consentimiento informado. Explicándole a la paciente de forma clara y completa dicho proyecto y la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento.
  - Artículo 21. A toda paciente que se le entregó el consentimiento informado, se le debió explicar con información clara y completa, dicho proyecto y la finalidad del mismo, de tal forma que comprendiera dicha información. (Justificación, objetivos, riesgos y beneficios). Con la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio. Toda información proporcionada fue confidencial.
- Artículo 22.- Todo consentimiento informado se formuló por escrito.

### **CÓDIGO DE NÚREMBERG**

Se realizó un consentimiento informado a todos los participantes en dicho proyecto, con la finalidad de obtener resultados que lograron justificar su desarrollo, evitando sufrimiento físico, mental o daño innecesario a los participantes. Por lo que dicho proyecto fue diseñado por personal científicamente calificado.

### **DECLARACIÓN DE HELSINKI 1964**

Esta declaración se basó en la revisión de investigaciones por un comité de ética, a su vez da origen a nuevos comités de ética para la investigación a nivel internacional. La presente investigación está clasificada en la categoría I, donde no se realiza ningún tipo de intervención, pero se adaptara a los principios científicos y éticos que puedan justificar la investigación médica, por lo cual no cumple con criterios para ser sometido a un comité de ética.

### **INFORME DE BELMONT**

Se respetó la autonomía de los participantes, explicándoles los beneficios sobre dicho proyecto, sin presentar riesgos físicos o psicológicos. Tratando a los individuos de forma autónoma.

## **NORMA OFICIAL MEXICANA 012 SSA3-2007.**

Esta norma establece los criterios para la ejecución de investigaciones para la salud en seres humanos, se especifica cómo debe de llevarse a cabo la revisión y aprobación de investigaciones en instituciones de salud, con el fin de proteger los derechos y el bienestar de los participantes.

En la presente investigación se tomó en cuenta dicha norma, aplicando solo en algunos aspectos, ya que fue una investigación retrospectiva, analizando expedientes clínicos.

Por último, fueron considerados los lineamientos generales para realizar investigación en el Instituto Mexicano del Seguro Social dentro de los cuales destaco lo siguiente: "que toda investigación realizada en el instituto debe ponerse de manifiesto un profundo respeto hacia la persona la vida y la seguridad de todos los derechos que quién participe en ellos rigiéndose por las normas institucionales en la materia", en particular por el Manual de Organización de la Jefatura de los Servicios de Enseñanza e Investigación (Acuerdo No 15; 6 - 84 del 20 de junio de 1984 del Honorable Consejo Técnico).

## **PRINCIPIOS ÉTICOS BÁSICOS**

El estudio no afectó la integridad física del ser humano, tiene un carácter no obligatorio para los participantes, no se afectaron susceptibles, cumple con tres principios éticos. El principio de respeto a las personas, donde se trate como individuos autónomos, y se obtenga el consentimiento informado para participar en el proyecto de investigación. El principio de beneficencia, que exige que el protocolo diseñado proporcione a los riesgos corridos por los participantes, y el principio de justicia, que exige que los beneficios y las cargas de investigación se distribuyen equitativamente con la finalidad de beneficiar a la sociedad.

- **Beneficencia.-** Exigen que el protocolo diseñado proporcione conocimientos válidos que aseguren, los beneficios de la investigación y sea proporcional a los riesgos corridos por los participantes.
- **Justicia.-** Mediante forma de aleatorización de los participantes, todas tienen la misma probabilidad de ser incluidas en el estudio este exige que los beneficios y las cargas de investigación se distribuyen equitativamente con la finalidad de beneficiar a la sociedad en conjunto

- **Autonomía.-** Se mantuvo el beneficio de autonomía para proteger la información brindada de las encuestas realizadas, se resguardó dichos datos y el no mal uso de los mismos, respetando la decisión de la paciente al momento de responder dicho cuestionario.

Siendo solamente analizado por los investigadores asociados a este protocolo que participaron en la elaboración, ejecución y aplicación de recolección de la información, elaboración de datos, análisis de los resultados y difusión de los mismos, protegiendo la integridad de los pacientes en todo proceso.

- **No maleficencia.-** El presente estudio, se basó en el principio de no maleficencia, contenido en el juramento hipocrático, este principio prevalecerá en todo proceso.

## RESULTADOS

### RESULTADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Participaron 79 mujeres en el postparto de la UMF No. 13 de la delegación Azcapotzalco IMSS Norte de la Ciudad de México. El promedio de edad fue de 29 años ( $\pm 5$ ), el 46.8% (n=37 pacientes) fueron mujeres que presentaron depresión y el 53.2% (n=42 pacientes) no presentó depresión. Dentro de la población en estudio se encontró que el 86,1% (n=68 pacientes) no tenía edad materna de riesgo a diferencia del 14% (n=11 pacientes) que presentó edad materna de riesgo. Tabla 1

El puerperio de la población estudiada más frecuente fue el tardío con un porcentaje del 86.6% (n=70 pacientes). La escolaridad más frecuente por las participantes fue un nivel técnico o sin escolaridad en el 38% (n=30 pacientes). El estado civil más frecuente fue similar en unión libre y casada con 34.2% (n=27 pacientes). El nivel socioeconómico más frecuente fue el "D+"; 32.3% (n=42 pacientes) que corresponde a la clase media baja con un ingreso mensual entre \$11,599-\$6,800, (promedio \$12,000 mensuales). Los datos generales pueden observarse en la tabla 1.

**Tabla 1.** Datos sociodemográficos de pacientes en el postparto.

	$\bar{X}$	D.E.
<b>Edad promedio de mujeres en postparto</b>	29	5
	n	%
<b>Puerperio</b>		
Inmediato	1	1.3
Mediato	8	10.1
Tardío	70	86.6
<b>Escolaridad</b>		
Primaria	1	1.3
Secundaria	12	15.2
Preparatoria	15	19
Universidad	19	24.1
Posgrado	2	2.5
Otros	30	38
<b>Estado civil</b>		
Soltera	24	30.4
Casada	27	34.2
Divorciada	1	1.3
Unión Libre	27	34.2

<b>Nivel socioeconómico</b>		
Nivel socioeconómico C	20	15.4
Nivel socioeconómico D+	42	32.3
Nivel socioeconómico D	17	13.1
<b>Empleo</b>		
Pacientes empleadas	60	75.9
Pacientes desempleadas	19	24.1

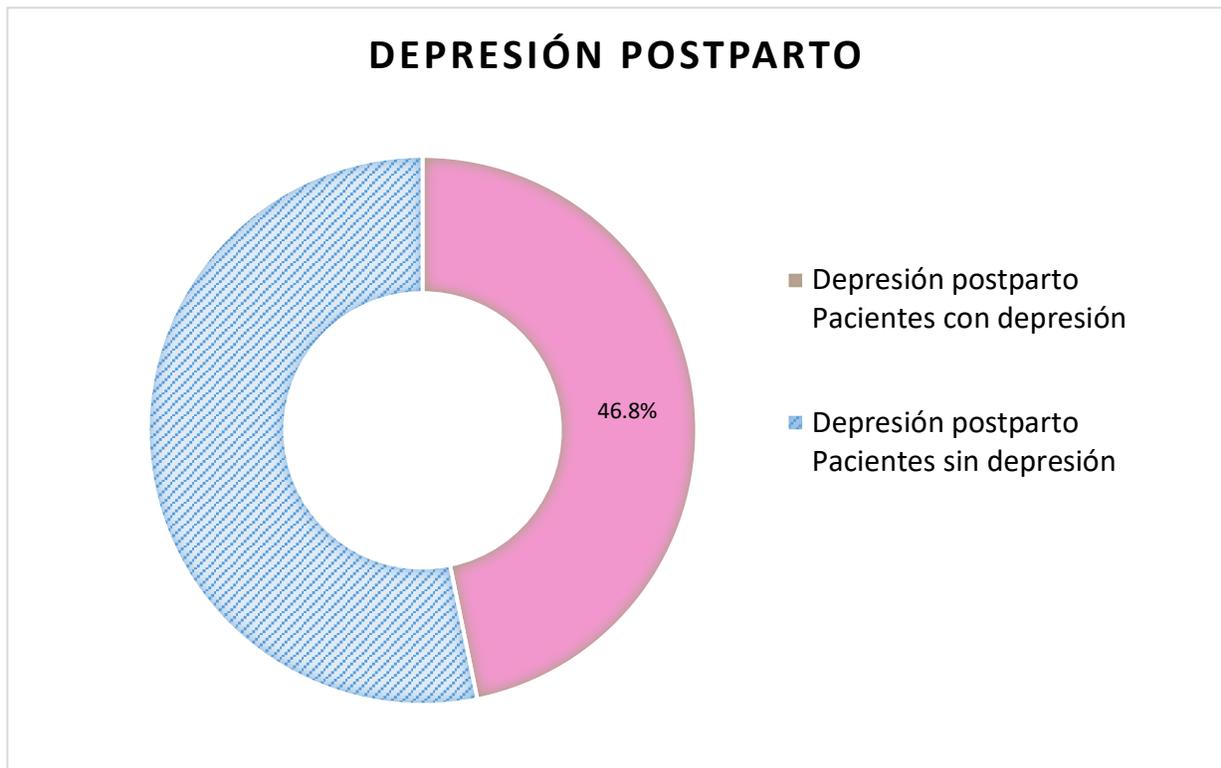
---

$\bar{X}$ =Media. D.E= Desviación estándar. n= Frecuencia. %=Porcentaje

**Análisis bivariado. Factores de riesgo más frecuentes asociados a depresión postparto.**

De la población estudiada en el postparto, las pacientes que presentaron depresión en un primer nivel de atención, fueron del 46.8% (n=37 pacientes) y las pacientes sin depresión con un 53.2% (n=42 pacientes). Gráfica 1. Tabla 2.

**Gráfica 1.** Porcentaje de pacientes con depresión postparto.



**Tabla 2.** Tabla de porcentajes y frecuencia de depresión postparto.

	n	%
<b>Depresión postparto</b>		
Pacientes con depresión	37	46.8
Pacientes sin depresión	42	53.2
<b>Edad materna de riesgo</b>		
Pacientes con edad materna de riesgo	11	14
Pacientes sin edad materna de riesgo.	68	86.1

**Tabulación cruzada entre factores de riesgo y pacientes con depresión y sin depresión.**

El factor de riesgo más afectado en porcentaje de pacientes con depresión postparto fueron las pacientes con edad de 20-35 años, en un 43% (34 pacientes) de la población encuestada. El segundo factor de riesgo más afectado fue el puerperio tardío en un 40.5% (32 pacientes).

El factor de riesgo para presentar depresión postparto con menor porcentaje fue el nivel socioeconómico clase D+, es decir clase media baja, en un 54.1% (20 pacientes)

Tabla 3.

**Tabla 3.** Tabulación cruzada entre factores de riesgo y pacientes con depresión y sin depresión.

Factores de Riesgo	Factores de riesgo	Pacientes con depresión postparto n (%)	Pacientes sin depresión postparto n (%)	Total	p
Edad materna de riesgo	Menores de 20 años	0(0.0%)	1(1.3%)	1(1.3%)	0.507*
	Mayores de 35 años	1(1.3%)	1(1.3%)	2(2.5%)	
	Mayores de 40 años con alta morbi-mortalidad	2(2.5%)	4(5.1%)	6(7.6%)	
	Pacientes con edad de 20-35 años, sin edad de riesgo	34(43%)	36(45.6%)	70(88.6%)	
	<b>Total en la dimensión</b>	37(46.8%)	42(53.2%)	79(100%)	
Puerperio Inmediato		1(1.3%)	0(0.0%)	1(1.3%)	

	Puerperio Mediato	4(5.1%)	4(5.1%)	8(10.1%)	0.424*
	Puerperio Tardío	32(40.5%)	38(48.1%)	70(88.6%)	
	<b>Total en la dimensión</b>	37(46.8%)	42 (53.2%)	79(100%)	
<b>Escolaridad</b>	Primaria	1(1.3%)	0(0.0%)	1(1.3%)	--
	Secundaria	8(10.1%)	4(5.1%)	12(15.2%)	
	Preparatoria	8(10.1%)	7(8.9%)	15(19%)	
	Universidad	4(5.1%)	15(19.0%)	19(24.1%)	
	Posgrado	1(1.3%)	1(1.3%)	2(2.5%)	
	Otros	15(19.0%)	15(19.0%)	30(38.0%)	
	<b>Total en la dimensión</b>	37(46.8%)	42(53.2%)	79(100%)	
<b>Estado civil</b>	Soltera	13(16.5%)	11(13.9%)	24(30.4%)	--
	Casada	10(12.7%)	17(21.5%)	27(32.4%)	
	Divorciada	1(1.3%)	0(0%)	1(1.3%)	
	Unión Libre	13(16.5%)	14(17.7%)	27(34.2%)	
	<b>Total en la dimensión</b>	37(46.8%)	42(53.2%)	79(100%)	
<b>Nivel socioeconómico</b>	Nivel socioeconómico C clase media	8(21.6%)	12(28.6%)	20(25.36%)	0.430
	Nivel socioeconómico D+ clase media baja	20(54.1%)	22(52.4%)	42(53.2%)	
	Nivel socioeconómico D clase pobre	9(24.3%)	8(19%)	17(25.5%)	
	<b>Total en la dimensión</b>	37(100%)	42(100%)	79(100%)	
<b>Ocupación</b>	Empleada	28(35.4%)	32(40.5%)	60(75.9%)	0.03†
	Desempleada	9(11.4%)	10(12.7%)	19(24.1%)	
	<b>Total en la dimensión</b>	37(46.8%)	42(53.2%)	79(100%)	
<b>*=<math>\chi^2</math> lineal por lineal. †=<math>\chi^2</math> Pearson.</b>					

### Tabulación cruzada entre factores de riesgo con valores dicotómicos y pacientes con depresión y sin depresión.

Del total de pacientes con depresión postparto, las que presentaron mayor porcentaje como factores de riesgo fueron las pacientes solteras en un 37.8%, puerperio inmediato/mediato en un 13.5%, con un nivel socioeconómico bajo en un 94.6%. Por lo que la asintótica del nivel socioeconómico es  $0.001 < 0.05$ , aceptando la relación entre depresión postparto y el nivel socioeconómico, como factor de riesgo, en un análisis bivariado.

Tabla 4.

**Tabla 4.** Tabulación cruzada entre factores de riesgo con valores dicotómicos y pacientes con depresión y sin depresión.

Variables Dicotómicas		Pacientes con depresión postparto	Pacientes sin depresión postparto	Total	p
Edad materna de riesgo	Pacientes con edad materna de riesgo	4 (10.8%)	7(16.7%)	11(13.9%)	0.453
	Pacientes sin edad materna de riesgo	33(89.2%)	35(83.3%)	68(86.1%)	
<b>Total en la dimensión</b>		37(100%)	42(100%)	79(100%)	
Estado Civil	Soltera	14(37.8%)	12(28.6%)	26(32.9%)	0.382
	Casada/Unión libre	23(62.2%)	30(71.4%)	53(67.1%)	
<b>Total en la dimensión</b>		37(100%)	42(100%)	79(100%)	
Puerperio	Inmediato/Mediato	5(13.5%)	4(9.5%)	9(11.4%)	0.578
	Tardío	32(86.5%)	38(90.5%)	70(88.6%)	
<b>Total en la dimensión</b>		37(100%)	42(100%)	79(100%)	
Nivel socioeconómico	Alto	2(5.4%)	18(42.9%)	20(25.3%)	0.001
	Bajo	35(94.6%)	24(57.1%)	59(74.7%)	
<b>Total en la dimensión</b>		37(100%)	42(100%)	79(100%)	
Ocupación	Empleada	28(75.7%)	32(76.2%)	60(75.9%)	0.957
	No empleada	9(24.3%)	10(23.8%)	19(24.1%)	
<b>Total en la dimensión</b>		37(100%)	42(100%)	79(100%)	

#### Factores de riesgo asociados a padecer depresión postparto.

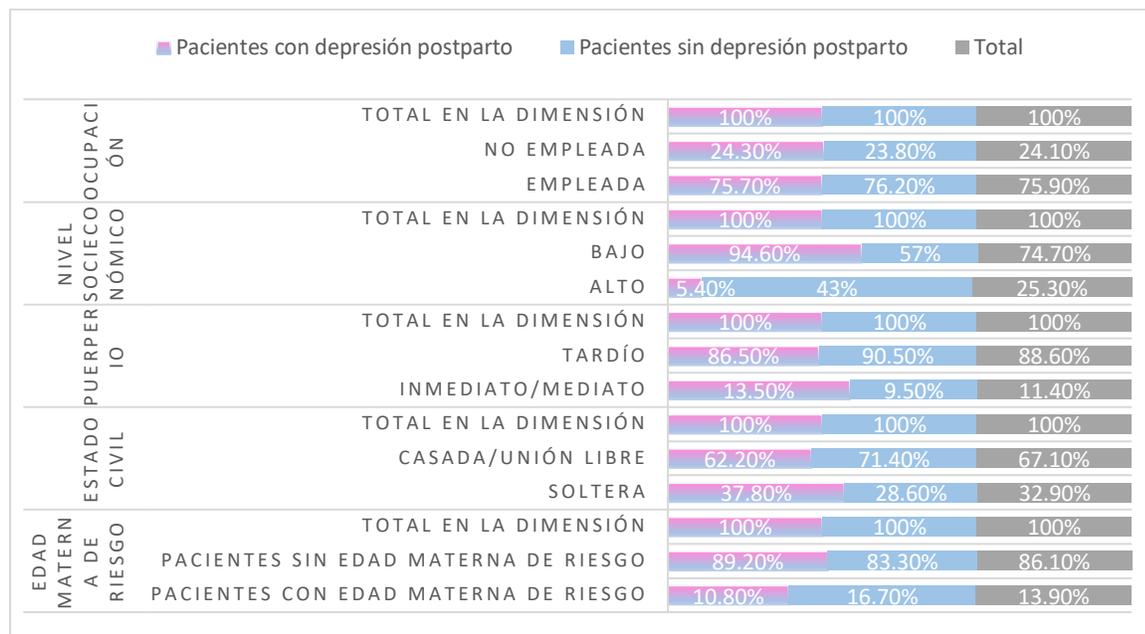
Se está utilizando un intervalo de confianza al 95%, por lo que el nivel de significancia es 5% (0.05), como la siguiente asintótica bilateral es  $0.453 > 0.05$  por lo que se rechaza la hipótesis que dice la relación entre la depresión postparto y la edad materna de riesgo, de igual forma la asintótica bilateral de estado civil es  $0.382 > 0.05$  por lo que se rechaza la relación entre estado civil. La asintótica bilateral de puerperio es del  $0.578 > 0.05$  lo cual rechaza la relación entre puerperio y depresión. La asintótica de nivel socioeconómico es de  $0.001 < 0.05$  aceptando la relación entre un nivel socioeconómico bajo con depresión postparto y finalmente la ocupación en donde la asintótica es  $0.957 > 0.05$  rechazando la relación entre ocupación y depresión postparto. Tabla 5.

**Tabla 5.** Factores de riesgo asociados a padecer depresión postparto.

Depresión	OR	IC 95%		P
		Inferior	Superior	
Edad materna de riesgo	0.606	0.162	2.263	0.453
Estado civil	1.522	0.593	3.908	0.382
Puerperio	1.484	0.367	5.998	0.578
<b>Nivel socioeconómico*</b>	<b>0.076</b>	<b>0.016</b>	<b>0.359</b>	<b>0.001</b>
Ocupación	0.972	0.346	2.733	0.957

OR=odds ratio IC95%=Intervalo de confianza al 95% X<sup>2</sup>= de Pearson \*= Nivel socioeconómico medio

**Grafica 2.** Comparación entre factores de riesgo y pacientes con depresión postparto y sin depresión postparto.



## Análisis de Regresión Múltiple

De las variables analizadas por regresión múltiple se identificó que la única variable con relación significativa en relación con la depresión postparto, es el nivel socioeconómico con un OR de 2.735, por lo tanto, se descarta que la edad materna de riesgo, el estado civil, el puerperio o la ocupación tienen significancia con relación a la depresión en el postparto, la variable independiente que más explica el factor de riesgo para presentar depresión postparto es el nivel socioeconómico, ya que la exponente beta es de 15.413, lo que significa que a mayor nivel socioeconómico menor probabilidad hay para presentar depresión postparto. Como se puede observar en la tabla 6.

**Tabla 6.** Análisis de regresión múltiple.

	B	p	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
				Inferior	Superior
Edad dicotomica	0.499	0.667	1.647	0.170	15.947
Edad Materna de Riesgo dicotomica	0.250	0.846	1.284	0.103	16.037
Estado civil dicotomica	-0.478	0.406	0.620	0.201	1.915
Puerperio dicotomica	-0.116	0.889	0.891	0.175	4.522
Nivel socioeconómico dicotomica	2.735	0.001	15.413	3.083	77.052
Ocupacion dicotomica	-0.541	0.365	0.582	.180	1.880
Constante	0.031	0.949	1.032		

## DISCUSIÓN

A partir de los hallazgos encontrados, aceptamos la hipótesis alterna general, que establece que existe relación entre la depresión postparto y el nivel socioeconómico, en las pacientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 13.

De los resultados obtenidos, se encontró relación con lo que sostiene la Pan American Journal of Public Health 2018, señala que la depresión postparto es un trastorno mental afectivo severo, que afecta hasta al 56% de las mujeres latinas residentes en México y en Estados Unidos, durante los primeros 4 meses tras el nacimiento de su bebé, con una incidencia mundial del 15 %. Este porcentaje reportado a nivel nacional, es acorde al porcentaje obtenido durante el estudio, en donde se encontró que del total de la población estudiada, el porcentaje de depresión fue del 46.8%.

De acuerdo a estudios internacionales, reportan que entre un 6% y un 38% de mujeres sufren depresión durante o después del postparto, (Humber Mo, 2015), a diferencia de lo que dice González, González 2019, en donde comenta que el 56% presentan depresión las mujeres latinas residentes en México y Estados Unidos durante los primeros cuatro meses tras el nacimiento del bebé.

En el análisis realizado, dicho estudio no concuerda con las autoras referidas, en el presente estudio, (Ma. Asunción Lara, Pamela Patiño, Laura Navarrete, Lourdes Nieto), en donde ellas mencionan, se reconoce que entre el 13% y el 15% de las madres que padecen depresión postparto, en México, de acuerdo a un meta-análisis de depresión postparto, las mujeres a partir de los dos meses postparto pueden presentar en un 12% depresión postparto, a diferencia de los que establece Gaynes, en un estudio sistemático, en donde estimó una prevalencia de depresión menor de 6.5%- 12.9% y una depresión mayor durante el primer año postparto de 1.0%-5.95.

La incidencia de la enfermedad fue del 12.23 % lo que coincide con resultados internacionales como los de Mano Hartmann J et al. los cuales encontraron una prevalencia del 14 %. Estos autores refieren que la prevalencia de la enfermedad varió desde un 7.2 a un 39.4 %. Autores como Dois Castellón A, refieren que la aparición de la enfermedad es de un 3 a un 30 %. Esta divergencia entre la prevalencia de la enfermedad

puede explicarse a partir de la no homogeneidad entre el momento del diagnóstico, el punto de corte utilizado en el Test de Edimburgo, el uso o no de otros instrumentos diagnósticos adicionales y factores culturales y socioeconómicos locales.

La depresión postparto es un trastorno mental afectivo severo, que afecta hasta al 56 % de las mujeres latinas residentes en México y Estados Unidos durante los primeros cuatro meses tras el nacimiento de su bebé. Tiene un pico máximo en el primer mes, incluso puede durar hasta el año después del parto, debido al gran cambio que se produce con la llegada de un niño, con síntomas depresivos típicos: tristeza, sentimientos de desesperanza y de minusvalía, insomnio, pérdida de apetito, lentitud de movimientos, pensamientos recurrentes de muerte, síntomas físicos varios y ansiedad elevada entre otros. Tiene una prevalencia de 10 a 15 % a nivel mundial, la cual se observa más en puérperas por primera vez y en adolescentes.

La depresión postparto está relacionada con diversos factores entre los que se encuentran: la escolaridad, estado civil y nivel socioeconómico. Al analizar los resultados se encontró que el grado de depresión postparto está determinado por el estatus socioeconómico. En un estudio realizado por Melissa Mora Delgado 2016, refiere como factores de riesgo complicaciones obstétricas y el estatus socioeconómico.

El nivel socioeconómico más frecuente asociado a depresión postparto, fue el nivel bajo en un 94.6% de las pacientes con depresión durante este periodo. A diferencia de lo que menciona Rocha Arrais A et al. en su estudio no pudieron relacionar variables socioeconómicas, participación en el programa psicológico prenatal y deseo de embarazo con mayor riesgo de depresión postparto. En cambio, verificaron tal asociación en cuanto al embarazo no planificado y la falta de apoyo del padre del bebé. Contrario al grupo control, no se constató asociación entre ansiedad y depresión gestacionales con la depresión postparto en el grupo de intervención. El 10,64 % de las puérperas revelaron tendencia a enfermedad de depresión posparto, mientras que en grupo control, el 44.83 % mostró tal propensión.

En nuestro estudio realizado en la zona norte de la Ciudad de México participaron 79 mujeres, durante el postparto inmediato, mediato y tardío, de la Unidad de Medicina

Familiar No. 13. El promedio de edad fue de 29 años ( $\pm 5$ ), el 46.8% (n=37 pacientes) fueron mujeres que presentaron depresión y el 53.2% (n=42 pacientes) no presentó depresión. Dentro de la población en estudio se encontró que el 86,1% (n=68 pacientes) no tenía edad materna de riesgo a diferencia del 14% (n=11 pacientes) que presentó edad materna de riesgo. Dichos resultados son similares al estudio de Lara MA et al, en donde la edad es un factor de riesgo, y se asocia con mayor frecuencia a los 20 años.

Las limitaciones encontradas en dicho estudio, fueron el tipo de población estudiada, el número de pacientes que se tomó en cuenta para dicho estudio, el sesgo entre la temporalidad del proyecto y las variables estudiadas, sería relevante tomar en cuenta, aparte de factores como el nivel socioeconómico, el apoyo familiar y el ambiente en el que se desarrollan las pacientes en el puerperio y el postparto. Al realizar las entrevistas, el cuestionario utilizado, (Escala de Edimburgo), dicho cuestionario no tiene la capacidad de detectar la gravedad de los síntomas, ni fue posible darles seguimiento a las pacientes que tenían una puntuación sugestiva a depresión postparto. El cuestionario solo permitió la detección de factores de riesgo y cada ítem evaluaba los síntomas que se asocian a depresión. El cuestionario solo realizaba una evaluación, específicamente, acerca de los síntomas de depresión postparto en las dos semanas anteriores, algunas podrían también haber informado síntomas durante o antes del embarazo, lo cual condiciona algunas modificaciones en los resultados. No se realizaron para clínicos, como exámenes de laboratorio o físicos, por lo cual es posible que no se determinaran algunas pacientes con enfermedades que pudieran condicionar a presentar depresión como enfermedades tiroideas. Sin embargo, estas limitaciones, no ponen en riesgo los resultados obtenidos. Se sugiere que durante la consulta el médico familiar pueda implementar el uso de dicho cuestionario, es decir, la escala de Edimburgo para poder identificar la presencia de depresión en pacientes que se encuentren en el postparto.

## CONCLUSIÓN

El nivel socioeconómico es un factor de riesgo para presentar depresión postparto en paciente derechohabientes de la Unidad de Medicina familiar No. 13.

La frecuencia de depresión postparto en la Unidad de Medicina familiar No. 13 fue del 46.8%.

La frecuencia de depresión postparto en la Unidad de Medicina familiar No. 13, es similar a la reportada por la Pan American Health Organization 2018, con una frecuencia del 56% en mujeres mexicanas y latinoamericanas.

La escala de Edimburgo es una herramienta útil que permite el evaluar síntomas de depresión postparto

Dicho trabajo muestra evidencia de la frecuencia de depresión en Unidad de Medicina familiar No. 13, es una cifra elevada, por lo que el empleo de herramientas en la consulta como la Escala de Edimburgo ayudaría a identificar de forma temprana, pacientes con depresión y lograr un adecuado tratamiento oportuno, con la finalidad de evitar complicaciones a largo plazo.

## ANEXO 1

### “DEPRESIÓN POSTPARTO Y FACTORES ASOCIADOS EN UN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN”

#### CRONOGRAMA (2021-2022)

REALIZO: BARRERA MONDRAGÓN BRENDA FABIOLA

ACTIVIDADES	NOVIEMBRE 2021	DICIEMBRE 2021	ENERO 2022	FEBRERO 2022	MARZO 2022	ABRIL 2022	MAYO 2022	JUNIO 2022	JULIO 2022	AGOSTO 2022	SEPTIEMBRE 2022	OCTUBRE 2022	NOVIEMBRE 2022
1. DELIMITACIÓN DEL TEMA A ESTUDIAR	P												
	R												
2. REVISIÓN Y SELECCIÓN DE LA BIBLIOGRAFIA	P												
	R												
3. MARCO TEÓRICO	P												
	R												
4. JUSTIFICACION Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	P												
	R												
5. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	P												
	R												
6. METODOLOGÍA	P												
	R												
7. ASPECTOS ÁTICOS, FACTIBILIDAD Y RECURSOS	P												
	R												
8. TERMINACIÓN DEL PROTOCOLO	P	P	P										
	R	R	R										
9. ENVIO A CLIS Y COMITÉ DE BIOÉTICA PARA SU REGISTRO	P	P	P	P	P	P	P						
	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R		
10. RECOLECCION DE LA INFORMACIÓN					P	P	R	P	P				
								R					
11. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS									P	P	P	P	
									R	R	R	R	
12. ESCRITURA DE TESIS E INFORMES													P
													R

P= Programado R=Realizado

## ANEXO 2 CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)

<b>Nombre del estudio:</b>	<b>“DEPRESIÓN POSTPARTO Y FACTORES ASOCIADOS EN UN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN”</b>
<b>Lugar y fecha:</b>	Hospital de Ginecoobstetricia Y Unidad de Medicina Familiar No. 13, Azcapotzalco, CDMX.
<b>Número de registro:</b>	
<b>Justificación y objetivo del estudio:</b>	Lo estamos invitando a participar en un estudio de investigación que tiene como objetivo conocer <b>“¿CUÁLES SON LOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DEPRESIÓN POSTPARTO EN UN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN?”</b>
<b>Procedimientos:</b>	Se le realizará un cuestionario, a usted que acaba de tener un bebe recientemente, si usted acepta participar, deberá contestar unas preguntas, acerca de su estado de ánimo, falta de sueño, o si se ha sentido abrumada constantemente, usted podría sentirse incómoda al contestar unas preguntas, sin embargo ninguna pregunta implica algún riesgo físico para usted o para su bebé. Sus datos son completamente secretos, es decir nadie más conocerá sus respuestas.
<b>Posibles riesgos y molestias:</b>	No implicará ningún riesgo físico para usted o para su bebé.
<b>Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:</b>	Usted no recibirá un pago por su participación en este estudio, tampoco implica gasto alguno para usted, ya que los resultados del presente estudio ayudarán contribuirán a identificar los principales factores de riesgo asociados al estado de ánimo después de dar a luz.
<b>Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:</b>	Si durante la realización del estudio, hubiera algún riesgo le informaremos.
<b>Participación o retiro:</b>	Su participación en este estudio es completamente voluntaria. Si usted desea retirarse, podrá continuar acudiendo a su cita mé no sé basándote en que pasar el teléfono normal.
<b>Privacidad y confidencialidad:</b>	La información que nos proporcione es completamente secreta, no se usara nombre y solo se colocará una clave en la encuesta, con la finalidad de resguardar su identidad. Cuando los resultados de este estudio sean publicados o presentados en conferencias, no se dará información que pudiera revelar su identidad. Para proteger su identidad le asignaremos un número que utilizaremos para identificar sus datos, y usaremos ese número en lugar de su nombre en nuestras bases de datos.
<b>En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:</b>	Dra. Blanca Berenice García Rivera. Coordinador Clínico e Investigación Médica en Salud. HGO/UMF13 Matricula 99167163 Teléfono. (55)55612700 Mail. Blanca.garcia@imss.gob.mx
<b>Investigador responsable:</b>	Dr. Camarillo Nava Victor M. Coordinador Auxiliar Medico de Investigación en Salud. <u>Matricula 99354174 Teléfono: (55)57473500 Mail: drcamarillonava@gmail.com.mx.</u>
<b>Asesor metodológico</b>	Barrera Mondragón Brenda Fabiola. Residente de medicina familiar HGO/13. <u>Matricula 97351685 Teléfono: 5551803580 Mail.brendaboop93@hotmail.com</u>
<b>Colaboradores:</b>	Comité 3511. Dirección Blvd Puerto aéreo No.88, Santa Cruz Aviación Venustiano Carranza 1540 Ciudad de México CDMX. Teléfono 800 623 23 23.

<p>_____</p> <p>Nombre y firma del sujeto</p> <p>Testigo 1</p> <p>_____</p> <p>Nombre, dirección, relación y firma</p>	<p style="text-align: right;">Dra. Barrera Mondragón Brenda Fabiola</p> <p>_____</p> <p>Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento</p> <p>Testigo 2</p> <p>_____</p> <p>Nombre, dirección, relación y firma</p>
--	--



## ANEXO 3

### CUESTIONARIO PARA DEPRESIÓN (ESCALA DE EDIMBURGO)

#### INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN

#### “DEPRESIÓN POSTPARTO Y FACTORES ASOCIADOS EN UN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN”

Estimada participante:

El presente cuestionario tiene como propósito recabar información sobre factores de riesgo asociados a depresión postparto, el cual consta de una serie de preguntas enfocadas a depresión postparto. Al leer cada una de ellas, responder fidedignamente a lo que piensa. La información que se recabe, tiene como objeto la realización de un protocolo de investigación relacionado con dichos aspectos. A continuación conteste lo que se le pida.

#### Parte I. Información sociodemográfica.

Clave del participante \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ años.

Estado Civil: Soltera( ) Casada( ) Unión Libre( ) Divorciada( ) Viuda( )

Ocupación: \_\_\_\_\_ Salario mensual aproximado: \_\_\_\_\_

Puerperio: Día en el que se encuentra durante el postparto: *(Marcar con una X)*

Inmediato (Es decir, primeras 24 horas después del postparto).....( )

Mediato (primeras 24 horas a los primeros 10 días después del postparto).....( )

Tardío (Después de los 10 días, hasta los 40 días postparto).....( )

Instrucciones. En los reactivos que se presentan a continuación existen 10 Ítems, con opción de cuatro (4) alternativas de respuesta. Responda según su apreciación.

- Señale con una (X) en la casilla correspondiente a la observación que se ajuste a su caso en particular.
- Asegúrese de marcar una sola alternativa para cada pregunta.
- Por favor, no deje ningún Ítem sin responder, para que exista una mayor confiabilidad en la recolección de datos.
- Si surge alguna duda, consulte al encuestador.

## Parte II. Cuestionario de Edimburgo

1. He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas.

Tanto como siempre	No tanto ahora	Mucho menos ahora	No, nada
0	1	2	3

2. He disfrutado mirar hacia adelante

Tanto como siempre	Menos que antes	Mucho menos que antes	Casi nada
0	1	2	3

3. Cuando las cosas han salido mal, me he culpado a mi misma innecesariamente.

No, nunca	No con mucha frecuencia	Si, a veces	Si la mayor parte del tiempo
0	1	2	3

4. He estado nerviosa e inquieta sin tener motivo.

No nunca	Casi nunca	Si, a veces	Si, con mucha frecuencia
0	1	2	3

5. He sentido miedo o he estado asustada, sin tener motivo.

No, nunca	No, no mucho	Si, a veces	Si bastante
0	1	2	3

6. Las cosas me han estado abrumando.

No, he estado haciendo las cosas bien como siempre.	No, la mayor parte del tiempo hago las cosas bien.	Si a veces no he podido hacer actividades, tan bien como siempre.	Si la mayor parte del tiempo
0	1	2	3

7. Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir.

No, nunca	No, con mucha frecuencia	Si, a veces	Si, la mayor parte del tiempo
0	1	2	3

8. Me he sentido triste o desgraciada.

No, nunca	No con mucha frecuencia	Si, bastante a menudo	Si, la mayor parte del tiempo
0	1	2	3

9. Me he sentido tan desdichada que he estado llorando.

No, nunca	Solo ocasionalmente	Si, bastante a menudo	Si, la mayor parte del tiempo
0	1	2	3

10. Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño.

No, nunca	Casi nunca	A veces	Si, bastante a menudo
0	1	2	3

## ANEXO 4

- Tabla No. 1

**Tabla 1. Prevalencia de depresión posparto en mujeres mexicanas**

Autor, Año	N	Edad	Lugar	Periodo de evaluación posparto	Instrumento	
De Castro et al.	594	14-45 años	Ciudad de México	9 meses	EPDS <sup>a</sup> ≥ 12	10.6%
Lara et al. <sup>16</sup>	210	≥ 20 años	Ciudad de México	6 semanas 6 meses	PHQ -9 <sup>b</sup> ≥ 10 Entrevista clínica <sup>c</sup>	6 semanas: 17.1% 6 meses: 20.0% 6 semanas: 13.8% 6 meses: 13.3%
Cabada et al. <sup>20</sup>	183 (109 urbana 44 rural 30 indígena)	15-44 años	Veracruz	X= 32 días	EPDS <sup>a</sup> ≥ 14	Urbana: 10% Rural: 11% Indígena: 7%
De Castro et al. <sup>21</sup>	217	20-43 años	Monterrey	9 meses	EPDS <sup>a</sup> ≥ 13	Adultas: 14.2%
Almanza - Muñoz et al. <sup>23</sup>	471	15-42 años	Ciudad de México	Puerperio	EPDS <sup>a</sup> ≥ 10	18.0%
Alvarado - Esquivel et al. <sup>17</sup>	178 (93 urbana 85 rural)	16-43 años	Durango	1 a 13 semanas	Entrevista clínica <sup>c</sup>	Urbana: 15.1% Rural: 12.9%
Álvarez et al. <sup>19</sup>	130	17-44 años	Ciudad y Edo. Méx.	4-6 semanas	Entrevista clínica	24.6%
Ocampo et al. <sup>15</sup>	101 60	X= 29.9 años	Ciudad de México	4 semanas 8 semanas	Entrevista clínica <sup>c</sup>	4 semanas: 13.8% 8 semanas: 6.6%
García et al. <sup>18</sup>	62	X= 25.1 años	Ciudad de México	2 y 4 semanas	Entrevista clínica <sup>c</sup>	2 semanas: 19.3% 4 semanas: 22.5%

<sup>a</sup> Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo (EPDS, por sus siglas en inglés)<sup>24</sup>

<sup>b</sup> Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ, por sus siglas en inglés)<sup>25</sup>

<sup>c</sup> Criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales (DSM-IV)<sup>6</sup>

- **Tabla No. 2**

**Tabla 1. Factores de riesgo para los trastornos psiquiátricos en el postparto (2)**

Trastorno	Factores de riesgo
Disforia posparto	Síntomas depresivos durante la gestación Antecedentes de depresión Antecedentes de transtorno disfórico premenstrual
Depresión posparto	Depresión durante la gestación Antecedentes de depresión, sobre todo depresión posparto Relación disfuncional de pareja Apoyos sociales inadecuados Acontecimientos vitales estresantes durante la gestación
Disforia posparto	Antecedentes de trastorno bipolar Primiparidad Psicosis posparto previa

Fuente: Burt, Vivirn K, Hendrick, Victoria C. Manual clínico de salud mental. Barcelona, España: Ars Médica 2007

- **Tabla No. 3**

<b>TABLA 1. Preguntas de Wooley</b>
1. Durante el último mes, ¿se ha sentido a menudo molesta, mal, deprimida o sin esperanza?
2. Durante el último mes, ¿se ha sentido a menudo molesta por tener poco interés o placer en hacer las cosas?
*Considere la posibilidad de una tercera pregunta:
3. ¿Es esto algo para lo que usted siente que necesita o quiere ayuda?
*Se considera una tercera pregunta si la respuesta fue "sí" en las 2 preguntas anteriores.
Fuente: Jones I, Shakespeare J. Postnatal depression. BMJ. 2014 08 14;349(aug14 2):g4500-g4500.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Caparros-Gonzalez RA, Romero-Gonzalez B, Peralta-Ramirez MI. Depresión posparto, un problema de salud pública mundial. Revista Panamericana de Salud Pública [Internet]. 2018;42(1). Available from: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49117/v42e972018.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
2. Lara M, Patiño P, Navarrete L, Nieto L, Rangel Y. Depresión posparto, un problema de salud pública que requiere de mayor atención en México [Internet]. Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.; 2020 Nov p. 25. Available from: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/280078/2-depresionpostparto.pdf>
3. Delgado M. Revista medica de costa rica y centroamerica LXXIII(620) 511 -514, 2017 Ginecología depresión posparto y tratamiento introducción [Internet]; 2017 [cited 2017] p. 4. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2016/rmc163q.pdf>
4. Orozco W. Depresión posparto p s i q u i a t r í a revista medica de costa rica y centroamerica LXX ( [internet]. depresión posparto. revista medica de costa rica y centroamerica LXX; 2018 p. 8. Available from: <https://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/608/art14.pdf>
5. Malpartida Ampudia MK. Depresión posparto en atención primaria. Revista Medica Sinergia. 2020 Feb 1;5(2):e355.
6. Solís Solano Dra, Pineda Mejía DraaL, Chacón Madrigal . Clinical approach and management of postpartum depression [Internet]. Revista Médica Sinergia.

Medigraphic; 2019. Available from:  
<https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2019/rms196j.pdf>

7. Loaiza NV, Dachner AP, Morales JAV. Generalities and diagnosis of postpartum depression. *Revista Medica Sinergia* [Internet]. 2019 Jul 22;4(07). Available from: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenl.cgi?IDARTICULO=87980>
8. Escutia A, Rosas P, Coria I. Frequency of Postpartum Depression in Patients of Two Family Medicine Clinics in Mexico. *Medicina Familiar* [Internet]. 2008;9(4):133–6. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2008/amf084c.pdf>
9. Jadresic M. E. Elsevier Enhanced Reader [Internet]. reader.elsevier.com. med.clin.conde;2017. Available from: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0716864017301426?token=6D26D9BEEA6D02C4382F8145F78A57375505CF191CF6ACC0C89B16FB68DCE48CB345FF69A7E515F3C99FD0E36C294E1B&originRegion=us-east-1&originCreation=20210826021208>
10. Villegas Loaiza N, Paniagua Dachner A, Vargas Morales JA. Generalidades y diagnóstico de la depresión posparto. *Revista Medica Sinergia* [Internet]. 2019 Jun 18;4(7):e261. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2019/rms197c.pdf>
11. El Instituto Nacional de la Salud Mental. NIMH» Depresión perinatal [Internet]. www.nimh.nih.gov. U. S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health; 2017 [cited 2021 Aug 26]. Available from: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresion-perinatal>
12. Payne JL, Maguire J. Pathophysiological mechanisms implicated in postpartum depression. Vol. 52, *Frontiers in Neuroendocrinology*. 2019.

13. Brummelte S, Galea LAM. Postpartum depression: Etiology, treatment and consequences for maternal care. *Hormones and Behavior* [Internet]. 2017 Jan 1;77(77-78):153–66. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0018506X15300428>
14. Figueiredo B, Dias CC, Brandao S, Canário C, Nunes-Costa R. Breastfeeding and postpartum depression: state of the art review. *Journal de Pediatria*. 2018 Jul;89(4):332–8.
15. Sebelo A, Hanka J, Mohr P. Etiology, risk factors, and methods of postpartum depression prevention. *Ceska Gynekologie* [Internet]. 2018;83(6):468–73. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30848154/>
16. Dr Ristanti A, Dr Masita E. The Effect of Bounding Attachment in Maternal Postpartum Blues Madura Ethnic. *STRADA Jurnal Ilmiah Kesehatan*. University of Surabaya, Indonesia; 2020.
17. Schiller CE, Meltzer-Brody S, Rubinow DR. The role of reproductive hormones in postpartum depression. *CNS Spectrums*. 2014 Sep 29;20(1):48–59.
18. Pearlstein T, Howard M, Salisbury A, Zlotnick C. Postpartum depression. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2019 Apr;200(4):357–64.
19. Stewart DE, Vigod SN. Postpartum Depression: Pathophysiology, Treatment, and Emerging Therapeutics. *Annual Review of Medicine*. 2019 Jan 27;70(1):183–96.
20. Yim IS, Tanner Stapleton LR, Guardino CM, Hahn-Holbrook J, Dunkel Schetter C. Biological and Psychosocial Predictors of Postpartum Depression: Systematic Review and Call for Integration. *Annual Review of Clinical Psychology* [Internet]. 2017 Mar 28;11(1):99–137. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5659274/>

21. Beck CT. Predictors of postpartum depression: an update. *Nursing research* [Internet]. 2018;50(5):275–85. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11570712>
22. Masson E. L'ocytocine et la dépression du post-partum [Internet]. *EM-Consulte*. 2018 [cited 2021 Aug 26]. Available from: <https://www.em-consulte.com/article/1087899/l-ocytocine-et-la-depression-du-post-partum>
23. Hendrick V, Altshuler LL, Suri R. Hormonal Changes in the Postpartum and Implications for Postpartum Depression. *Psychosomatics*. 2018 Mar;39(2):93–101.
24. Meager I, Milgrom J. Group Treatment for Postpartum Depression: A Pilot Study. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2017 Dec;30(6):852–60.
25. Newport DJ, Hostetter A, Arnold A, Stowe ZN. The treatment of postpartum depression: minimizing infant exposures. *The Journal of Clinical Psychiatry* [Internet]. 2018 [cited 2021 Aug 26];63 Suppl 7(31-44):31–44. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11995777/>
26. De A. Lactancia para psiquiatras: Recomendaciones sobre el empleo de psicofármacos en madres lactantes Ibone Olza fernández\*; Elena Serrano drozdowsky\* [Internet]. Vol. 74, *Archivos de Psiquiatría*. ; 2011 [cited 2021 Aug 26] p. 23–2011. Available from: [https://www.aeped.es/sites/default/files/4-lactancia\\_para\\_psiquiatras.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/4-lactancia_para_psiquiatras.pdf)
27. Oquendo M. Validez y seguridad de la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh [Internet]. ; 2018 [cited 2021 Aug 26]. Available from: <https://www.inper.mx/descargas/pdf/ValidezysseguridaddelaescaladedepresionperinataldeE.pdf>

28. Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *General Hospital Psychiatry*. 2018 Jul;26(4):289–95.
29. Rodríguez Núñez A, Córdova Rodríguez A, Alvarez M. Factores epidemiológicos que influyen en la morbilidad puerperal grave [Internet]. *Scielo.sld.cu*. 2021 [cited 23 November 2021]. Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2004000300006](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2004000300006)
30. Asper MM, Hallén N, Lindberg L, Månsdotter A, Carlberg M, Wells MB. Screening fathers for postpartum depression can be cost-effective: An example from Sweden. *Journal of Affective Disorders*. 2018 Dec;241(154-163):154–63.