



---

---

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE  
LOS TRABAJADORES DEL ESTADO  
HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"

**DEPRESIÓN POSPARTO EN PUERPERIO INMEDIATO DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"**

**T E S I S**

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN  
**GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

P R E S E N T A

**DR. EDUARDO ARMANDO GONZALEZ ESQUIVIAS**

DIRECTOR DE TESIS

**DRA. ANGÉLICA A. TORRES AGUILAR**

ASESORES DE TESIS

**DR. JOSÉ ÁNGEL CORTÉS REYNA  
DR. DIEGO AVIÑA PEREZ**



**ISSSTE**

**CIUDAD DE MÉXICO, FEBRERO 2024**



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.

---

DRA. ARACELI ESPINOSA MONTESINOS  
COORDINADOR DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

---

DR. ALEJANDRO A. VÁZQUEZ LÓPEZ  
JEFE DE OBSTETRICIA

---

DRA. ANGÉLICA A. TORRES AGUILAR  
TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN  
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA Y DIRECTOR DE TESIS

---

DR. JOSÉ ÁNGEL CORTÉS REYNA  
PROFESOR ADJUNTO DE CURSO DE  
ESPECIALIZACIÓN EN GINECOLOGIA Y  
OBSTETRICIA Y ASESOR DE TESIS

---

DR. DIEGO AVIÑA PEREZ  
MÉDICO ANESTESIOLOGO, ASESOR DE TESIS

---

DR. HUMBERTO PINEDA DOMÍNGUEZ  
COORDINADOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

---

DR. JUAN PABLO CARRILLO ÁLVAREZ  
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN

---

DR. EDUARDO ARMANDO GONZALEZ ESQUIVIAS  
AUTOR

# INDICE GENERAL

	<b>Pág.</b>
AGRADECIMIENTOS.....	4
RESUMEN .....	5
ABSTRACT .....	6
INTRODUCCIÓN .....	7
ANTECEDENTES.....	8
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	15
JUSTIFICACIÓN .....	15
HIPÓTESIS.....	16
OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN .....	16
METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION.....	16
ASPECTOS ÉTICOS.....	19
RESULTADOS .....	20
DISCUSIÓN .....	27
CONCLUSIONES .....	32
RECOMENDACIONES.....	33
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	34
ANEXOS.....	37

## **AGRADECIMIENTOS**

Primeramente, a Dios, por permitirme llegar hasta este punto de mi vida y formación académica.

A mis hermanos de la residencia, Eduardo Caspeta y Daniela Ocaña, sin ustedes, todo hubiera sido más difícil.

A mis profesores de la residencia, quienes me hicieron lo que soy hoy, forjaron en mi la capacidad de resiliencia y me enseñaron todo lo que sé, lo que quiero y no quiero ser.

## **DEDICATORIAS**

A Francisco Moreno Ruiz, por ser mi ser especial en incondicional desde hace 7 años, mi compañero, amigo, soporte emocional y elemento vital para la vida diaria. Sin ti, no sería esto posible. Logramos terminar la residencia. Te amo.

A mi hermana Miriam González Esquivias, mi compañera de vida, que, a pesar de ser tan diferentes, siempre está en las buenas y en las malas. Te amo.

A mis abuelos, Soledad Vanegas y Erasmo González, por ser mi luz, guía e inspiración desde la trascendencia; a mi abuela Yolanda Carbajal por cuidarme a cada paso y nunca dejarme solo.

A mi tía Verónica Esquivias, que nunca me ha soltado de la mano a lo largo de toda mi vida.

A mis tías Adriana, Leticia y Guadalupe, todas ellas González, por siempre estar para mí, con su apoyo incondicional desde hace años.

A Andrea, Sofia y Alexia por ser mi motivación.

A mis padres, Armando y Guille, por darme la vida y el mejor regalo de toda ella, el dejarme al cuidado de mis abuelos y tías.

Finalmente, con dedicatoria especial para ti, amiga, mi tonta, Dra. Patricia Netzielly Urbina Alonso, médico psiquiatra, que trascendiste del plano terrenal hace tan poco tiempo, no pudiste ver que también llegue a la meta que hace años nos planteamos. Sin embargo, estas siempre presente en mente y corazón. Siempre juntos.

**Eduardo Armando González Esquivias**

## RESUMEN

La presente investigación se centró en el objetivo general de evaluar la prevalencia de la depresión postparto, y se planteó una hipótesis en torno a que hay una elevada prevalencia de la enfermedad y que existen factores de riesgo muy vinculados a presentarla. A través de un diseño de estudio cuantitativo, observacional, transversal, no experimental, se aplicó el Cuestionario de Edimburgo como herramienta de evaluación. La población comprendió todas aquellas mujeres en puerperio y que fueron atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del ISSSTE Zaragoza. Se ejecutó un muestreo probabilístico para la inclusión de participantes. Se utilizó estadística descriptiva para presentar los datos y se empleó chi-cuadrado, regresión logística bivariante y multivariante para identificación de factores de riesgo. Se consideró significativo un valor de  $p < 0,05$ . La muestra quedó conformada por 82 pacientes puérperas con una mediana de edad de 30 años. La mayoría eran casadas, habían completado la secundaria y se encontraban empleadas. La prevalencia de posibles casos de depresión posparto fue de 23,2%. Los factores de riesgo asociados a casos probables de depresión posparto en el análisis multivariante fueron el número de partos previos y el peso del recién nacido. Se concluye que existe una alta prevalencia de depresión posparto en la muestra, la cual se asocia con factores obstétricos y neonatales de los sujetos.

**Palabras clave:** depresión postparto, factores de riesgo, prevalencia, comportamiento epidemiológico.

## **ABSTRACT**

The present research focused on the general objective of evaluating the prevalence of postpartum depression, and it was hypothesized that there is a high prevalence of the disease and that there are risk factors closely linked to its presentation. Through a quantitative, observational, cross-sectional, non-experimental, observational study design, the Edinburgh Questionnaire was applied as an evaluation tool. The population included all women in puerperium who were attended at the Gynecology and Obstetrics service of the ISSSTE Zaragoza. Probabilistic sampling was used for the inclusion of participants. Descriptive statistics were used to present the data and chi-square, bivariate and multivariate logistic regression were used to identify risk factors. A value of  $p < 0.05$  was considered significant. The sample consisted of 82 postpartum patients with an average age of 30 years. Most of them were married, had completed high school and were employed. The prevalence of possible cases of postpartum depression was 23.2%. The risk factors associated with probable cases of postpartum depression in the multivariate analysis were the number of previous deliveries and the weight of the newborn. It is concluded that there is a high prevalence of postpartum depression in the sample, which is associated with obstetric and neonatal factors of the subjects.

**Key words:** postpartum depression, risk factors, prevalence, epidemiological behavior.

## INTRODUCCIÓN

La investigación presentada abordó un tema crucial en la salud materno-infantil: la prevalencia de la depresión en el puerperio inmediato de paciente atendidas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del HRGIZ del ISSSTE. Los antecedentes revisados revelan que la depresión postparto es una preocupación significativa, afectando no solo la salud mental de la madre sino también el bienestar del recién nacido. Los síntomas de la depresión postparto a menudo pasan desapercibidos debido a las complejidades emocionales asociadas con la maternidad, y esto es aún más relevante en mujeres que han experimentado patologías durante el embarazo.

Las complicaciones durante el embarazo como la diabetes gestacional, hipo e hipertiroidismo y los trastornos hipertensivos asociados al embarazo han sido identificadas como posibles factores de riesgo para el desarrollo de la depresión postparto. Estas patologías no solo presentan desafíos físicos durante el embarazo, sino que también pueden influir en la salud mental de las mujeres en el período posterior al parto. Es esencial entender la interrelación entre estas condiciones y la aparición de la depresión postparto para mejorar la atención perinatal.

El planteamiento del problema destaca la necesidad de abordar específicamente la prevalencia de la depresión tanto en mujeres que han experimentado complicaciones gestacionales como en las que no las han presentado. La justificación de la investigación se basa en la importancia de entender los riesgos asociados y cómo estos afectan la calidad de vida de las mujeres y la salud de sus hijos recién nacidos. No abordar este problema podría llevar a sub diagnosticar la depresión postparto en este grupo de mujeres, lo que tendría consecuencias graves para su bienestar psicológico y el desarrollo del recién nacido.

La hipótesis planteó que existe una prevalencia significativa de depresión en el puerperio y que hay factores de riesgo que se presentan con mayor frecuencia en pacientes con esta patología. Los objetivos generales y específicos buscan evaluar la prevalencia de la depresión postparto en este grupo, identificar factores de riesgo específicos y proponer medidas de intervención para mejorar la salud mental y perinatal.

La metodología empleada implicó un diseño de estudio cuantitativo no experimental, utilizando la Escala de Edimburgo como herramienta de evaluación. Se describen detalladamente los criterios de inclusión y exclusión, el tipo de muestreo, la descripción operacional de las variables y las técnicas estadísticas a emplear. Asimismo, se abordan aspectos éticos, de bioseguridad, recursos humanos, materiales y financieros. En resumen, esta investigación se posiciona como un aporte valioso para comprender y abordar la depresión postparto inmediato, con el potencial de mejorar la atención perinatal y promover la salud mental materno-infantil.



## **ANTECEDENTES**

Frecuentemente, los trastornos del estado de ánimo en el postparto no son considerados como una enfermedad, debido a la falta de información sobre esta entidad, inclusive los síntomas se suelen atribuir a la poca capacidad o la falta de fortaleza de la madre para superar un periodo difícil de la maternidad (1). No todas las mujeres logran contar con una evaluación, asesoramiento y tratamiento oportuno, por lo que el problema se puede convertir en un padecimiento crónico, con repercusión en la calidad de vida para la mujer, recién nacido, pareja y familia. Sin la falta de una intervención apropiada, es posible se presenten consecuencias graves o se ponga en riesgo la vida de la mujer y/o de su hijo. Debido a su alta frecuencia y los elevados índices de discapacidad, actualmente los trastornos del estado de ánimo en la etapa perinatal son considerados un problema de salud pública (2).

Los trastornos del estado de ánimo en el periodo puerperal son:

### **Tristeza puerperal**

Se conoce comúnmente como *Baby Blues* y se describe como una alteración del estado de ánimo, debida principalmente a cambios hormonales, psicológicos y sociales. Éstos tienen una duración variable y suelen aparecer entre los dos y cuatro días posteriores al parto. Los síntomas son generalmente leves y de alivio espontáneo dentro de las dos a tres semanas siguientes al alumbramiento y no requieren de atención médica y/o psicológica (3).

No se ha determinado que exista una causa específica de la tristeza postparto, únicamente se han encontrado factores de riesgo que la hacen susceptible a presentarla. El estado de tristeza postparto se debe primordialmente a los cambios hormonales, así como al ajuste familiar y social que enfrenta la madre. Es preciso enfatizar que cuando los síntomas aumentan o no desaparecen después de dos a tres semanas, se debe contactar a un profesional de la salud.

### **Depresión postparto**

La depresión posparto, una afectación de la salud mental que se manifiesta de manera común y debilitante, se presenta en mujeres después del parto, caracterizándose por un bajo estado de ánimo, ansiedad y sentimientos de culpa. Su identificación temprana es esencial en aquellas madres que presentan riesgos para prevenir consecuencias negativas tanto a nivel mental como cognitivo, afectando no solo a las mujeres, sino también a sus hijos y familias. Esta condición impacta negativamente en el comportamiento de socialización y conduce a pensamientos de fracaso, contribuyendo así a una depresión más profunda. En la quinta edición del Manual Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5, por sus siglas en inglés), la depresión posparto se clasifica como un trastorno depresivo mayor si se inicia durante el periparto.

Diversos factores contribuyen a la aparición de la depresión posparto, incluyendo trastornos hipertensivos gestacionales, bajo peso al nacer del feto, inicio tardío de la lactancia materna y mala calidad del sueño. Otros factores asociados comprenden dificultades financieras, nacimiento de una niña, conflictos conyugales, falta de apoyo familiar, antecedentes de enfermedad psiquiátrica, alta paridad, complicaciones durante el embarazo y baja escolaridad de la madre. Factores biológicos, como alteraciones hormonales, del sistema inmunológico y genético, también desempeñan un papel importante, así como la asociación entre bajas concentraciones de vitamina D durante y después del embarazo y un mayor riesgo de síntomas depresivos (4).

La depresión posparto tiene una prevalencia estimada del 13% para los países de altos ingresos y hasta del 20% para los países de medianos y bajos ingresos, ya que se asocia con múltiples problemas sociales y de salud para las mujeres y los recién nacidos como lo son la depresión prolongada y el suicidio materno, apego débil entre la madre y el neonato, la interrupción temprana de la lactancia materna y el retraso en el desarrollo cognitivo y crecimiento de los niños, incremento del riesgo para el desarrollo de depresión en las distintas etapas del ciclo vital, así como problemas conductuales y emocionales en hijos de madres deprimidas; por lo anterior, la 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 pues hay reportes 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, teniendo un pico máximo en el primer mes, con duración hasta el año después del parto, debido al gran cambio que se produce con la llegada de un niño; así mismo se ha reportado prevalencia de 10 a 15 % a nivel mundial, la cual se observa más en puérperas por primera vez y en adolescentes (5). Reportes de Suecia y Estados Unidos describieron tasas de sintomatología depresiva posparto de 2% y 6.3%, respectivamente, pero cabe resaltar que, al utilizar un instrumento de tamizaje como la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo, las cifras se incrementan hasta 35.4% utilizando un punto de corte 9/10. En México, un estudio realizado en el 2015 reportó una prevalencia del 13.3% a los seis meses después del parto y una incidencia de depresión posparto del 10% a las seis semanas y posteriormente del 8.2% a los seis meses (6).

De igual manera, Caparros, et al. (2018) menciona que, la depresión posparto, un trastorno mental afectivo de gravedad considerable, impacta a un significativo porcentaje de mujeres latinas en México y Estados Unidos, llegando a afectar hasta el 56% de ellas en los primeros cuatro meses después del parto. A nivel global, su incidencia se sitúa en torno al 15%, según el DSM-5, donde se le clasifica como "trastorno depresivo durante el período perinatal". Este trastorno conlleva riesgos serios, vinculados a suicidio y filicidio, siendo el suicidio una de las principales causas de muerte materna durante el período perinatal (7).

La conexión entre la depresión posparto y síntomas psicológicos, así como la alteración de patrones biológicos, es innegable. Se manifiesta a través de un estado emocional melancólico, niveles elevados de fatiga, trastornos del sueño y afectación del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal, crucial para la secreción de la hormona cortisol, esencial en la gestión de situaciones estresantes. Sorprendentemente, los síntomas a menudo emergen después del parto, pero se ha observado que las mujeres que desarrollan depresión posparto presentan síntomas psicológicos durante el embarazo, incluyendo somatización, depresión, ansiedad y estrés específico del embarazo, además de niveles más altos de cortisol desde el primer trimestre (8).

El escenario se complica para las mujeres latinoamericanas residentes en diversos países, dado su riesgo elevado de depresión posparto y la mayor incidencia de síntomas psicopatológicos durante el período posparto. La falta de acceso a servicios de salud mental se agudiza por la renuencia a buscar ayuda durante el embarazo y el puerperio, exacerbando la falta de información sobre las vías de apoyo disponibles en comparación con otros grupos de mujeres. Asimismo, existe una baja percepción de la efectividad de los servicios de salud mental durante el período perinatal (8).

En respuesta a este panorama, es imperativo fomentar la investigación en el ámbito del embarazo y el puerperio, abogando por la inclusión de mujeres embarazadas en investigaciones, una iniciativa respaldada por el Foro Global de Bioética en Investigación. También se plantea la recomendación de evaluar la depresión posparto en todas las mujeres en las primeras horas después del parto, mediante la aplicación de escalas psicológicas especializadas, y de controlar los niveles de estrés durante el embarazo utilizando instrumentos psicológicos y la evaluación de los niveles de cortisol en el pelo, esta última una medida que puede prever el grupo de embarazadas con riesgo de desarrollar síntomas de depresión posparto (2).

La implementación de medidas preventivas desde una perspectiva de salud pública se vislumbra como una estrategia que no solo mejorará la salud mental de las mujeres durante el embarazo y el puerperio, sino que también fortalecerá la salud y el desarrollo fetal e infantil, sugiriendo un enfoque integral para abordar este desafiante problema de salud (2).

### **Síntomas de la depresión postparto**

Los signos de la depresión posparto abarcan un espectro variable, presentando una gama de intensidades desde leves hasta severas. En las fases iniciales, la melancolía posparto, que persiste solo por algunos días o entre una y dos semanas después del parto, engloba una serie de síntomas que abarcan cambios de humor, ansiedad, tristeza, irritabilidad, sensación de abrumo, llanto, dificultades de concentración, alteraciones en el apetito y trastornos del sueño. La transición de la tristeza posparto a la depresión posparto, más intensa y de mayor duración, puede ser inicialmente confusa, pero los síntomas de esta última son más pronunciados y persisten de manera prolongada. Estos síntomas pueden interferir

significativamente con la capacidad de cuidar al recién nacido y llevar a cabo actividades diarias. Generalmente, los síntomas se manifiestan en las primeras semanas postparto, pero también pueden surgir más tarde, incluso durante el embarazo o hasta seis meses después del parto.

Los indicadores de la depresión posparto incluyen un estado de ánimo depresivo o cambios abruptos en el humor, llanto excesivo, dificultades para establecer vínculos con el bebé, alejamiento de familiares y amigos, cambios en los patrones alimentarios, insomnio o hipersomnia, fatiga extrema, disminución del interés en actividades previamente disfrutadas, irritabilidad intensa, miedo de no ser una buena madre, sentimientos de desesperanza, inutilidad, vergüenza o culpa, disminución de la capacidad para pensar con claridad, concentrarse o tomar decisiones, inquietud, ansiedad intensa y pensamientos recurrentes sobre autolesionarse o dañar al bebé.

En casos no tratados, la depresión posparto puede persistir durante meses o incluso más tiempo. En situaciones más extremas, se presenta la psicosis posparto, una condición rara que generalmente se manifiesta en la primera semana después del parto. Los síntomas de la psicosis posparto incluyen confusión, pensamientos obsesivos sobre el bebé, alucinaciones, falta de sueño, aumento de la energía y malestar, paranoia, e intentos de autolesión o daño al bebé. Esta condición requiere atención y tratamiento inmediato debido al riesgo potencial para la vida (9).

### **Factores de riesgo**

- Durante el embarazo aumentan los niveles de estrógenos y progesterona entre otros, y sufren un brusco descenso tras la resolución del embarazo, considerándolos como factor de riesgo inevitables en el desarrollo de baby blues o de depresión postparto
- Niveles séricos más bajos de triptófano, precursor de la serotonina, en el final del parto y al comienzo del puerperio
- Antecedentes de depresiones relacionadas con el embarazo o previas.
- Pérdida o suceso traumático personal o de un familiar.
- Factores socioeconómicos (situación laboral, falta de recursos económicos e inestabilidad, nivel de estudios).
- Problemas familiares y de pareja.
- Falta de red de apoyo (ausencia de ayuda parental, de la pareja, falta de amigos).
- Madres solteras.
- Embarazos no deseados.
- Edades extremas de las puérperas.
- Adicciones de las embarazadas.
- Alteraciones del sueño, insomnio prolongado.
- Problemas con la lactancia.
- Llanto constante de los recién nacidos.
- Problemas obstétricos o durante el parto (cesárea, anestesia en el parto).

- Dolores postparto.
- Falta de información durante el periodo prenatal, perinatal y postnatal.
- Problemas de salud de los recién nacidos (cólicos, enfermedades, problemas para aumentar de peso o de crecimiento).
- Abortos anteriores, parto de fetos muertos.
- Otros hijos con patologías graves o no tan graves pero que requieran de gran atención. Muerte de otro hijo (9).

## **Psicosis Postparto**

Se trata de la alteración psicológica más grave y menos frecuente en el puerperio (1-2/1000). El inicio de los síntomas suele ser en las primeras semanas tras el parto y extenderse varios meses. La mayoría de los casos están relacionados con una patología de trastorno bipolar de base en la madre, pudiendo constituir una emergencia en algunos casos. Las mujeres que han padecido psicosis en postpartos anteriores tienen alto riesgo de recidivas. Los síntomas que presenta una mujer con psicosis postparto son: alucinaciones visuales, auditivas y táctiles, hiperactividad y agitación pudiendo darse también confusión y alteración de la consciencia, alteraciones en el patrón del sueño, labilidad afectiva, ideas delirantes y preocupaciones de tipo místico-religiosas. Un comportamiento autoagresivo, de violencia e ideas suicidas suelen ser más prevalentes en este tipo de alteración psicológica tras el parto. Los principales factores de riesgo para su desarrollo son: antecedentes personales o familiares de psicosis postparto, diagnóstico de trastorno bipolar previo al embarazo y la primiparidad como factor de riesgo destacado (10).

El manejo es multidisciplinario para proporcionar un tratamiento integral. Existen dos opciones de intervención terapéutica:

- 1) Terapia (individual o de grupo)
- 2) Medicación

Se recomienda combinar ambas modalidades en aquellos casos con depresión moderada a grave. La psicoterapia interpersonal o con un enfoque cognitivo-conductual, debe basarse en los siguientes aspectos:

- a) Educación e información a la mujer, la pareja y los familiares sobre la depresión posparto.
- b) Control, disminución y extinción de los síntomas.
- c) El nuevo rol como madre, las dificultades, miedos o angustias que esto puede generar.

- d) Uso de estrategias para proteger, mejorar o fortalecer el vínculo madre-hijo, así como la relación de pareja.
- e) Promover un buen funcionamiento familiar, especialmente cuando existan otros hijos.
- f) Disminución de las situaciones estresantes actuales.
- g) Búsqueda y fortalecimiento de redes de apoyo (familiares, sociales e institucionales) (10).

La psicoterapia se destaca como una intervención de gran utilidad para prevenir la depresión posparto. Además, la administración de hormonas esteroides o una dieta rica en ácidos grasos omega-3 también se ha identificado como beneficioso. El tratamiento de casos leves incluye opciones como la psicoterapia, fármacos y terapias antidepresivas, reservándose esta última para casos más graves. La práctica de la lactancia materna también emerge como un factor protector contra la depresión posparto. En suma, estas estrategias terapéuticas y preventivas representan herramientas fundamentales en la gestión integral de este trastorno posparto (5).

En cuanto al tratamiento psiquiátrico, los fármacos más utilizados son los antidepresivos tricíclicos y los inhibidores selectivos de la receptación de serotonina (ISRS). Se tiende a utilizar benzodiacepinas para tratar la ansiedad y el insomnio. Si la mujer tiene una historia previa de depresión postparto, lo más recomendable es iniciar la medicación inmediatamente después del parto, para prevenir una posible recaída. Es indispensable informar a la mujer y a su pareja acerca de la lactancia y el uso de psicofármacos. Cuando la mujer con depresión postparto no recibe tratamiento, puede presentar dificultades y estrés para cuidar al recién nacido, lo que tiende a generar problemas en el vínculo materno-infantil, retraso en el desarrollo psicomotor, temperamento difícil o irritabilidad, así como mostrar un apego inseguro. Así mismo, se ha observado que algunos niños muestran problemas de atención, actividad y sonríen menos, lo que puede generar déficits en el área social y cognitiva. Con una intervención adecuada, la depresión postparto es temporal y se puede alcanzar una completa recuperación. Por el contrario, cuando la mujer no recibe tratamiento, se puede convertir en un padecimiento crónico, recurrente y/o refractario además de tener graves consecuencias (10).

La recomendación de un tratamiento farmacológico es una decisión compleja que debe valorar los riesgos y beneficios individuales. También se debe considerar los datos sobre la farmacocinética, seguridad, efectos adversos y transporte del fármaco en la leche materna. Una vez elegido el fármaco se recomienda iniciar con la mitad de la dosis habitual e incrementar la dosis paulatinamente, siempre con el criterio de mantener la mínima dosis efectiva y favorecer la monoterapia. Con respecto al riesgo de efectos adversos, no se recomienda la medición rutinaria de los niveles plasmáticos en el recién nacido, solo bajo sospecha de intoxicación (10).

## Cuestionario de Edimburgo

La escala de Edimburgo es una herramienta crucial utilizada para evaluar la posible presencia de depresión posparto en mujeres embarazadas o recién paridas. Aunque las futuras madres a menudo se preparan para desafíos prácticos asociados con la maternidad, como pañales y biberones, la realidad de afrontar la depresión posparto puede pasar desapercibida. Es esencial comprender que identificar esta condición puede ser difícil debido a la naturaleza de las emociones y al hecho de que los síntomas pueden manifestarse en diferentes formas.

La evaluación de la depresión posparto es vital, ya que puede pasar desapercibida en los meses posteriores al parto, período en el que las mujeres experimentan una de las etapas más emocionantes de sus vidas. Factores como la melancolía posparto, la ambigüedad temporal de la aparición de síntomas y la confusión acerca de la naturaleza de los sentimientos contribuyen a la dificultad de identificación.

La escala de Edimburgo, una prueba breve y no intrusiva, se ha convertido en una herramienta valiosa para profesionales de la salud y madres primerizas. Se administra generalmente en el primer chequeo posparto, alrededor de 6 a 8 semanas después del parto. Consta de 10 preguntas diseñadas para medir la posible presencia de depresión posparto. Preguntas como la dificultad para dormir, el miedo sin razón aparente y la sensación de falta de esperanza son ejemplos de las áreas que aborda.

Aunque la escala de Edimburgo no reemplaza un diagnóstico profesional, su utilidad radica en proporcionar una evaluación rápida y específica. Algunas de las características clave de esta herramienta incluyen su flexibilidad en términos de dónde se administra, su brevedad y la capacidad de indicar diferentes niveles de riesgo. Diferentes puntuaciones pueden implicar necesidades y preocupaciones diversas, lo que permite una orientación eficaz hacia el tratamiento adecuado.

La Escala de Edimburgo consiste en evaluar 10 conductas, con 4 posibles respuestas que indagan sobre su estado durante los últimos 7 días. La mayoría de las madres pueden contestar la escala sin dificultad en menos de 5 minutos. Es importante mencionar que no se debe dar más importancia a los resultados de la EPDS que al juicio clínico, por lo que es conveniente realizar una evaluación clínica prudente para confirmar el diagnóstico.

Pautas para la evaluación:

- Puntuación de >11 muestra la probabilidad de una depresión.
- Puntuación > de 13 se debe sospechar depresión severa.

Cualquier número que la paciente elija diferente al "0" en la pregunta 10, implica la necesidad de realizar una evaluación adicional inmediatamente.

La puntuación de la EPDS está diseñada para asistir al juicio clínico, no para reemplazarlo y es recomendable hacer evaluaciones adicionales a las pacientes antes de decidir el tipo de tratamiento.

En el contexto de la investigación sobre la incidencia de depresión en el puerperio mediato de pacientes con patologías en la gestación, la escala de Edimburgo se convierte en un componente esencial para la identificación temprana de posibles problemas de salud mental. Al entender la importancia y aplicabilidad de esta herramienta, los profesionales de la salud pueden ofrecer un apoyo más efectivo y personalizado, respondiendo a las necesidades específicas de las mujeres embarazadas y recién paridas que podrían enfrentar no solo desafíos físicos sino también emocionales (9).

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El problema central que motiva esta investigación radica en:

1. Abordar eficazmente los desafíos psicológicos que enfrentan estas mujeres en la transición a la maternidad.
2. Lograr una atención oportuna e integral de las pacientes que presentan DPP mediante una adecuada identificación de la patología
3. Limitar las secuelas y complicaciones derivadas de la inatención de la DPP.

## **JUSTIFICACIÓN**

Los trastornos del estado de ánimo como la depresión están aumentando en nuestro país. Las mujeres presentan una frecuencia mayor de afectación que los hombres y existen períodos más vulnerables en su ciclo de la vida, como son el embarazo y el puerperio.

Existe una dificultad de las mujeres para identificar la depresión y expresar sus emociones, además de una presión social que no permite a las mujeres exponer su auténtico estado de ánimo y presupone una felicidad ligada al hecho de ser madre, que no se ajusta a la realidad en todos los casos

La detección temprana y la intervención son cruciales en la gestión de la depresión posparto. Aquí es donde la aplicación de la escala de Edimburgo emerge como una herramienta valiosa. Identificar señales de depresión en mujeres que han enfrentado patologías gestacionales permite la implementación de estrategias preventivas y de tratamiento más efectivas. La justificación, por lo tanto, reside en la mejora de la calidad de vida de estas mujeres y la promoción de un puerperio saludable.



## **HIPÓTESIS**

Hipótesis de Trabajo: La prevalencia de Depresión posparto en el ISSSTE Zaragoza es mayor a la reportada a nivel Nacional.

Hipótesis Alterna: La prevalencia de Depresión posparto en el ISSSTE Zaragoza es menor a la reportada a nivel Nacional.

Hipótesis Nula: La prevalencia de depresión postparto en el ISSSTE Zaragoza es similar a la reportada a nivel Nacional.

## **OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **Objetivo General**

Conocer la prevalencia para la depresión posparto en mujeres puérperas inmediatas atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del ISSSTE Zaragoza, en el periodo comprendido del 1 de diciembre de 2023 y en 15 de febrero de 2024.

### **Objetivos Específicos**

- Observar la prevalencia de depresión posparto y los factores de riesgo socioeconómicos, personales y familiares que se pueden asociar con la misma.

## **METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION**

### **Diseño y tipo de estudio**

Se realizó un estudio transversal, observacional, analítico con mujeres en puerperio inmediato atendidas en el ISSSTE Zaragoza en el periodo del 1 diciembre del 2023 y el 31 enero de 2024. Se utilizó el Cuestionario de Edimburgo como herramienta principal para evaluar la presencia de síntomas depresivos en las pacientes. Este instrumento cuantitativo ha sido validado y ampliamente utilizado en investigaciones similares, proporcionando una medida estandarizada que facilitará la comparación de resultados y la identificación de patrones.

### **Población de estudio**

Se incluyeron en el estudio pacientes de todas las edades con diagnóstico de puerperio fisiológico o patológico inmediato, atendidas en el ISSSTE Zaragoza, que aceptaron participar en forma voluntaria en el estudio, que tuvieron la capacidad de responder el cuestionario de Edimburgo. A las pacientes que aceptaron participar en este trabajo de investigación se les pidió que leyeran y firmaran un consentimiento informado.

## **Universo de trabajo**

Pacientes en puerperio inmediato, atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del HRGIZ.

## **Tiempo de ejecución**

El tiempo de ejecución para esta investigación se extendió desde el 1 de diciembre de 2023 al 31 de enero de 2024.

## **Esquema de selección**

### **Criterios de inclusión**

- Pacientes en puerperio inmediato, fisiológico o patológico, de cualquier edad, atendidas en el ISSSTE Zaragoza.

### **Criterios de exclusión**

- Pacientes en puerperio inmediato que no hayan sido atendidas en el HRGIZ del ISSSTE.
- Falta de firma del consentimiento informado.
- Pacientes con antecedentes de trastornos psiquiátricos diagnosticados antes del embarazo.

### **Criterios de eliminación**

- Pacientes que deciden retirarse voluntariamente del estudio en cualquier etapa o no completa las evaluaciones requeridas.

## **Tipo de muestreo**

En este estudio, se empleó un muestreo probabilístico, específicamente el muestreo aleatorio simple.

## **Metodología para el cálculo del tamaño de la muestra y tamaño de la muestra.**

El cálculo del tamaño de la muestra se realizó utilizando un enfoque estadístico para garantizar la representatividad y validez de los resultados. La muestra quedó conformada por 82 pacientes púerperas que cumplieron criterios de selección.

## **Técnicas y procedimientos a emplear**

En la investigación sobre la prevalencia de depresión en el puerperio en el puerperio inmediato se utilizaron varias técnicas y procedimientos para recopilar y analizar los datos de manera efectiva. A continuación, se describen las técnicas y procedimientos clave:

1. Revisión de Expedientes Médicos: Se llevó a cabo una revisión exhaustiva de los expedientes médicos de las pacientes participantes para recopilar información sobre

su historial de salud durante el embarazo y se realizó el llenado del Cuestionario Factores Asociados a Depresión Postparto al ingreso hospitalario (Anexo 3).

2. Aplicación del Cuestionario de Edimburgo (Anexo 2) en el puerperio inmediato.
3. Recopilación diaria en tabla de Excel de características sociodemográficas y factores de riesgo asociados a depresión.
4. Registro de Puntuaciones: Se registraron las puntuaciones obtenidas en el Cuestionario de Edimburgo para cada participante.

### **Procesamiento y análisis estadístico**

El procesamiento y análisis estadístico de los datos recopilados en esta investigación fue una fase crucial para obtener conclusiones significativas y respaldar los objetivos planteados. A continuación, se explica el enfoque para el procesamiento y análisis estadístico:

1. Entrada de Datos: Los datos obtenidos de las encuestas, revisiones de expedientes médicos y puntuaciones del Cuestionario de Edimburgo se registraron de manera precisa en una base de datos electrónica.
2. Limpieza de Datos: Se realizó una revisión exhaustiva de los datos para identificar posibles errores, omisiones o inconsistencias. Se corrigieron los problemas detectados durante esta fase para garantizar la integridad y calidad de los datos.
3. Descriptivos Iniciales: Se calcularon estadísticas descriptivas, como medias, desviaciones estándar y frecuencias, para tener una visión general de las características del grupo de estudio y las variables de interés. Esto incluyó un análisis de las puntuaciones del Cuestionario de Edimburgo.
4. Análisis Bivariado: Se realizó un análisis bivariado para examinar las relaciones entre las variables independientes (patologías en la gestación) y la variable dependiente (incidencia de depresión posparto). Se utilizaron pruebas estadísticas adecuadas, como la prueba t de Student o chi-cuadrada según la naturaleza de las variables.
5. Análisis Multivariado: Se emplearon técnicas de análisis multivariado, como el análisis de regresión múltiple, para evaluar la contribución relativa de cada patología en la gestación a la incidencia de depresión posparto, controlando posibles variables de confusión.
6. Interpretación de Resultados: Los resultados se interpretaron considerando la significancia estadística y la relevancia clínica. Se identificaron patrones, asociaciones y posibles factores predictivos relacionados con la depresión posparto en pacientes con patologías gestacionales.
7. Presentación Gráfica: Los hallazgos se presentaron de manera visual mediante tablas para facilitar la comprensión de los resultados. Estos recursos visuales ayudaron a comunicar de manera efectiva las tendencias y relaciones identificadas.

## ASPECTOS ÉTICOS

Como se aplican los principios bioéticos en el protocolo de investigación.

1. El investigador garantiza que este estudio tiene apego a la legislación y reglamentación de la Ley General de salud en materia de Investigación para la Salud, lo que brinda mayor protección a los sujetos del estudio.
2. De acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación, este estudio no tiene riesgos, ya que implica únicamente la realización de una encuesta a la paciente y no se requiere ningún tipo de procedimiento invasivo, muestra, análisis de sangre o procedimiento quirúrgico.
3. Los procedimientos de este estudio se apegan a las normas éticas, al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación y se llevó a cabo en plena conformidad con los siguientes principios de la "Declaración de Helsinki" (y sus enmiendas en Tokio, Venecia, Hong Kong y Sudáfrica) donde el investigador garantiza que:
  - a) Se realizó una búsqueda de la literatura científica sobre el tema a realizar.
  - b) Este protocolo fue sometido a evaluación por el Comité de Ética
  - c) Este protocolo fue realizado por bajo la supervisión de un médico especialista, competente y certificado en la especialidad.
  - d) Este protocolo guardó la confidencialidad de las personas.
  - e) La publicación de los resultados de esta investigación se preservará la exactitud de los resultados obtenidos.
4. Se respetaron los principios contenidos en el Código de Nuremberg y el Informe Belmont.
5. El procedimiento para invitar a las pacientes y obtener el consentimiento informado fue mediante la explicación verbal, directa del investigador a la paciente, de los objetivos del estudio y la participación mediante la contestación de una encuesta.
6. El procedimiento para garantizar la confidencialidad de los datos personales y la información obtenida fue mediante el manejo de la información única y exclusivamente por el investigador y los asesores y la difusión de los resultados no incluirá ningún dato sobre la identidad de las pacientes y los datos serán analizados de manera grupal.
7. No existe ningún conflicto de interés ya que no existe ninguna participación por empresas de laboratorios ni de ninguna otra índole.

## RESULTADOS

**TABLA 1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO**

	Recuento	%
<b>Estado civil</b>		
Soltera	3	3,7%
Casada	41	50,0%
Unión Libre	38	46,3%
<b>Escolaridad</b>		
Secundaria	20	24,4%
Preparatoria	35	42,7%
Licenciatura	27	32,9%
<b>Ocupación</b>		
trabajados del hogar	28	34,1%
Empleada	49	59,8%
Estudiante	5	6,1%

**Media de edad 30,39±6,11 años.**

**Descripción:** Se evidencia que la media de edad de las pacientes fue de 30,39 años, en cuanto al estado civil la mayor proporción de las participantes fueron casadas representando al 50%, seguido por la unión libre con un 46,3%, en cuanto a la escolaridad el 42,7% había alcanzado la preparatoria, mientras que el 59,8% eran empleadas.

**TABLA 2. CARACTERÍSTICAS RELACIONADAS CON LA GESTACIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO**

	Recuento	%
<b>Vía de resolución</b>		
Parto	24	29,3%
Cesárea	58	70,7%
<b>Sexo del recién nacido</b>		
Femenino	41	50,0%
Masculino	41	50,0%
<b>Destino del recién nacido</b>		
Alojamiento conjunto	49	59,8%
Cunero intermedio	25	30,5%
Muerte neonatal	1	1,2%
Unidad de cuidados intensivos neonatales	7	8,5%

Número de gestaciones: 2,04±1,01

Partos: ,52±,82

Cesáreas: 1,10±,76

Abortos: ,40±,83

Peso del recién nacido: 2986,24±561,82

Descripción: En la población estudiada, la cesárea fue la vía de resolución de la gestación más común, representando el 70,7%, mientras que los partos constituyeron el 29,3%. El sexo del recién nacido mostró una distribución equitativa, con un 50% de femeninos y un 50% de masculinos. Respecto al destino del recién nacido, la mayoría fueron alojados conjuntamente con sus madres (59,8%), seguidos por aquellos que requirieron cunero intermedio (30,5%), mientras que un 1,2% correspondió a muertes neonatales y el 8,5% necesitó cuidados intensivos neonatales.

La media de gestaciones en la población estudiada fue de 2,04. La media de partos fue de 0,52, mientras que la media de cesáreas alcanzó 1,10. La media de abortos se situó en 0,40. Por otro lado, el peso medio del recién nacido fue de 2986,24 gramos.

**TABLA 3. CARACTERISTICAS DE LA RELACIÓN SENTIMENTAL DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO**

		Recuento	%
<b>Tipo de Relación Con La Pareja Actual</b>	Buena	76	92,7%
	Mala	6	7,3%

**Descripción:** En la población estudiada, la mayoría de las participantes reportaron tener una buena relación con su pareja actual, representando el 92,7% y el 7,3%, calificó su relación de pareja como mala.

**TABLA 4. CARACTERISTICAS PATOLOGICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO**

		Recuento	%
<b>Enfermedad Actual o preexistente</b>	Si	43	52,4%
	No	39	47,6%
<b>Linfoma</b>	Si	1	1,2%
	No	81	98,8%
<b>Retraso del crecimiento intrauterino</b>	Si	1	1,2%
	No	81	98,8%
<b>Hipertensión Gestacional</b>	Si	3	3,7%
	No	79	96,3%
<b>Hipotiroidismo</b>	Si	6	7,3%
	No	76	92,7%
<b>Obesidad</b>	Si	6	7,3%
	No	76	92,7%
<b>Diabetes Gestacional</b>	Si	12	14,6%
	No	70	85,4%
<b>Litiasis Vesicular</b>	Si	1	1,2%
	No	81	98,8%
<b>Diabetes Mellitus Tipo 2</b>	Si	2	2,4%
	No	80	97,6%
<b>Insuficiencia Venosa Periférica</b>	Si	1	1,2%
	No	81	98,8%
<b>Desprendimiento Prematura de placenta</b>	Si	1	1,2%
	No	81	98,8%

<b>Preeclampsia Con Criterios De severidad</b>	Si	5	6,1%
	No	77	93,9%
<b>Preeclampsia sin Criterios De severidad</b>	Si	1	1,2%
	No	81	98,8%
<b>Miopía y astigmatismo</b>	Si	1	1,2%
	No	81	98,8%
<b>Hemorragia obstétrica</b>	Si	2	2,4%
	No	80	97,6%

**Descripción:** un 52,4% de las participantes reportaron tener alguna enfermedad actual o preexistente. Dentro de las condiciones específicas, la diabetes gestacional mostró un porcentaje relativamente más alto con un 14,6% de las mujeres reportándola. Otras condiciones, como hipotiroidismo y obesidad, fueron reportadas por un 7,3% de las participantes. La preeclampsia con criterios de severidad fue reportada por un 6,1%.

**TABLA 5. PREVALENCIA DE DEPRESIÓN POSTPARTO DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO**

		<b>Recuento</b>	<b>%</b>
<b>Depresión</b>	Posible depresión postparto	19	23,2%
	No	63	76,8%

Media de puntaje del test de Edimburgo: 7,73±2,67 puntos.

Se observa que un 23,2% de las participantes están clasificadas como casos de posible depresión postparto.

### FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN POSTPARTO

**TABLA 6. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS ASOCIADAS A LA DEPRESIÓN POSTPARTO**

		Depresión				CHI CUADRADO (P)
		Posible depresión postparto		No		
		n	%	n	%	
Estado Civil	Soltera	2	10,5%	1	1,6%	3,704 (0,157)
	Casada	10	52,6%	31	49,2%	
	Unión Libre	7	36,8%	31	49,2%	
Escolaridad	Secundaria	5	26,3%	15	23,8%	3,156 (0,206)
	Preparatoria	5	26,3%	30	47,6%	
	Licenciatura	9	47,4%	18	28,6%	
Ocupación	trabajados del hogar	4	21,1%	24	38,1%	2,348 (0,309)
	Empleada	13	68,4%	36	57,1%	
	Estudiante	2	10,5%	3	4,8%	

Descripción: En el análisis de la relación entre la posible depresión postparto y diversas variables sociodemográficas, se encontró que, entre las mujeres con síntomas de posible depresión postparto, un 52,6% eran casadas, un 36,8% vivían en unión libre, y un 10,5% eran solteras. Respecto a la escolaridad, un 47,4% de las mujeres con posible depresión postparto tenían un nivel de licenciatura, mientras que los porcentajes para preparatoria y secundaria eran de 26,3% respectivamente. En cuanto a la ocupación, el 68,4% de las mujeres con síntomas de depresión eran empleadas, seguido por un 21,1% que se dedicaban al trabajo del hogar y un 10,5% que eran estudiantes. Sin embargo, cuando se comparan estos datos con las mujeres sin síntomas de depresión postparto, no se observaron diferencias estadísticamente significativas.

**TABLA 7. CARACTERÍSTICAS RELACIONADAS CON LA GESTACIÓN ASOCIADAS A LA DEPRESIÓN POSTPARTO**

		Depresión		CHI CUADRADO (P)		
		Posible depresión postparto	No			
		Recuento	% del N de la columna	Recuento	% del N de la columna	
Vía De Resolución	Parto	2	10,5%	22	34,9%	4,196 (0,041)
	Cesárea	17	89,5%	41	65,1%	
Sexo Del RN	Femenino	8	42,1%	33	52,4%	0,617 (0,432)
	Masculino	11	57,9%	30	47,6%	
Destino Del RN	Alojamiento conjunto	6	31,6%	43	68,3%	10,437 (0,015)
	Cunero intermedio	9	47,4%	16	25,4%	
	Muerte neonatal	1	5,3%	0	,0%	
	Unidad de cuidados intensivos neonatales	3	15,8%	4	6,3%	

T de Student: (Posible depresión versus sin depresión)  
 Número de gestaciones:  $2,11 \pm 1,37$  versus  $2,02 \pm 0,89$ . T de Student: 0,738.  
 Partos:  $0,16 \pm 0,37$  versus  $0,63 \pm 0,89$ . T de Student: 0,025.  
 Cesáreas:  $1,21 \pm 0,71$  versus  $1,06 \pm 0,78$ . T de Student: 0,465.  
 Abortos:  $0,74 \pm 1,33$  versus  $0,30 \pm 0,59$ . T de Student: 0,044  
 Peso del recién nacido:  $2,662 \pm 853$  versus  $3083 \pm 399$ . T de Student: 0,004

**Descripción:** Se encontró que las mujeres con posible depresión postparto tuvieron una prevalencia significativamente mayor de partos por cesárea, representando el 89,5% de los casos, en comparación con el 65,1% en mujeres sin síntomas de depresión. Este resultado fue estadísticamente significativo.



Además, se observaron diferencias importantes en el destino de los recién nacidos. Un menor porcentaje de recién nacidos de madres con posible depresión postparto fueron alojados conjuntamente con sus madres, mientras que un mayor número requirió atención en cunero intermedio o en la unidad de cuidados intensivos neonatales. Esta diferencia fue estadísticamente significativa.

En cuanto a las características obstétricas y del recién nacido, aunque el número de gestaciones y cesáreas no mostró diferencias significativas, sí se hallaron diferencias en el número de partos y abortos previos, en donde los primeros son menores en el grupo de depresión, mientras que los segundos son mayores en este grupo. Asimismo, el peso promedio de los recién nacidos de madres con posible depresión fue significativamente menor en comparación con los de madres sin depresión.

**TABLA 8. CARACTERÍSTICAS DE LA RELACIÓN SENTIMENTAL ASOCIADO A LA DEPRESIÓN POSTPARTO**

		Depresión		Recuento	% del N de la columna	CHI CUADRAD O (P)
		Posible depresión postparto	No			
Tipo de Relación Con La Pareja Actual	Buena	16	84,2%	60	95,2%	2,618 (0,106)
	Mala	3	15,8%	3	4,8%	

**Descripción:** Entre las mujeres con posible depresión postparto, un 84,2% reportó tener una buena relación con su pareja, mientras que el 15,8% describió su relación como mala. Por otro lado, en el grupo de mujeres sin síntomas de depresión postparto, un mayor porcentaje, el 95,2%, indicó tener una buena relación con su pareja, y solo un 4,8% calificó su relación de pareja como mala. A pesar de estas diferencias en la percepción de la calidad de la relación con la pareja entre los dos grupos, el análisis estadístico mediante el test de Chi cuadrado no mostró una diferencia significativa ( $p=0,106$ ).

**TABLA 9. CARACTERÍSTICAS PATOLÓGICAS ASOCIADAS A LA DEPRESIÓN POSTPARTO**

		Depresión		Recuento	% del N de la columna	CHI CUADRADO (P)
		Posible depresión postparto	No			

<b>Enfermedad Actual o preexistente</b>	Si	13	68,4%	30	47,6%	2,533 (0,112)
	No	6	31,6%	33	52,4%	
<b>Linfoma</b>	Si	1	5,3%	0	,0%	3,357 (0,067)
	No	18	94,7%	63	100,0%	
<b>Retraso del crecimiento intrauterino</b>	Si	1	5,3%	0	,0%	3,357 (0,067)
	No	18	94,7%	63	100,0%	
<b>Hipertensión Gestacional</b>	Si	1	5,3%	2	3,2%	0,181 (0,671)
	No	18	94,7%	61	96,8%	
<b>Hipotiroidismo</b>	Si	1	5,3%	5	7,9%	0,154 (0,695)
	No	18	94,7%	58	92,1%	
<b>Obesidad</b>	Si	0	,0%	6	9,5%	1,952 (0,162)
	No	19	100,0%	57	90,5%	
<b>Diabetes Gestacional</b>	Si	4	21,1%	8	12,7%	0,816 (0,366)
	No	15	78,9%	55	87,3%	
<b>Litiasis Vesicular</b>	Si	0	,0%	1	1,6%	0,305 (0,581)
	No	19	100,0%	62	98,4%	
<b>Diabetes Mellitus Tipo 2</b>	Si	1	5,3%	1	1,6%	0,829 (0,363)
	No	18	94,7%	62	98,4%	
<b>Insuficiencia Venosa Periférica</b>	Si	0	,0%	1	1,6%	0,305 (0,581)
	No	19	100,0%	62	98,4%	
<b>Desprendimiento Prematura de placenta</b>	Si	1	5,3%	0	,0%	3,357 (0,067)
	No	18	94,7%	63	100,0%	
<b>Preeclampsia Con Criterios De severidad</b>	Si	3	15,8%	2	3,2%	4,057 (0,044)
	No	16	84,2%	61	96,8%	
<b>Preeclampsia sin Criterios De severidad</b>	Si	0	,0%	1	1,6%	0,305 (0,581)
	No	19	100,0%	62	98,4%	
<b>Miopía y astigmatismo</b>	Si	0	,0%	1	1,6%	0,305 (0,581)
	No	19	100,0%	62	98,4%	
<b>Hemorragia obstétrica</b>	Si	0	,0%	2	3,2%	0,618 (0,432)
	No	19	100,0%	61	96,8%	

**Descripción:** Un 15,8% de las mujeres con posible depresión postparto tuvieron preeclampsia con criterios de severidad, en comparación con solo un 3,2% de las mujeres sin síntomas de depresión postparto. Este hallazgo, con un valor de Chi cuadrado de 4,057 y un p-valor de 0,044, indica una asociación significativa entre la preeclampsia severa y la presencia de posible depresión postparto.

**TABLA 10. REGRESIÓN BIVARIANTE Y MULTIVARIANTE DE FACTORES DE RIESGOS ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN POSTPARTO**

Variables		Análisis Bivariante			Análisis Multivariante		
		OR	IC95%	p	OR	IC95%	p
Vía de Resolución	Cesárea	0,219	Constante	0,056			
	Parto		0,046-1,037				
Destino del RN	Alojamiento Conjunto /Cunero Intermedio	0,254	Constante	0,073			
	Muerte neonatal/UCI		0,057-1,136				
Preeclampsia con criterios de severidad	No	5,719	Constante	0,068			
	Si		0,880- 37,178				
Partos		0,294	0,091-0,950	0,041	0,256	0,068- 0,959	0,043
Abortos		1,730	0,953-3,140	0,072			
Peso del RN		0,999	0,998-1,000	0,013	0,999	0,998- 1,000	0,011

**Descripción:** Al realizar la regresión logística bivariante se observó que solo la variable de número de partos y el peso del recién nacido. En este sentido, se encontró que por cada parto previo las pacientes tenían hasta 3,4 veces menores probabilidades de depresión posparto en comparación con que aquellas con menor número de partos. También se encontró que, a la medida que aumentaba el peso del recién nacido, la probabilidad de desarrollar depresión posparto se reducía significativamente. Estos hallazgos se mantuvieron significativos al realizar el análisis multivariado.

## DISCUSIÓN

La depresión postparto (DPP) emerge como la segunda complicación más comúnmente asociada al parto, evidenciando un aumento significativo de hasta un 18% a nivel global en los últimos años (11). Esta condición se manifiesta a través de una serie de síntomas que incluyen agotamiento, desconexión social, melancolía, alteraciones en los patrones de alimentación y sueño, ansiedad, sentimientos de culpa por no poder brindar el cuidado deseado al bebé y episodios de llanto (12). Se estima que más del 17% de las mujeres en el periodo posparto alrededor del mundo experimentan la DPP (13). Además, los episodios depresivos ocurren con el doble de frecuencia durante este periodo en comparación con otros momentos de la vida de la mujer (14). Es fundamental destacar que esta condición no solo afecta a la madre, sino que también puede tener consecuencias a largo plazo en la salud psicológica y física de sus hijos. Las madres que sufren de depresión postparto tienden a establecer una menor comunicación con sus bebés, expresan emociones faciales menos felices y muestran un afecto físico menos positivo (12,15). Por lo tanto, comprender y abordar la depresión postparto se vuelve crucial no solo para el bienestar de las madres, sino también para el desarrollo saludable de las generaciones futuras. De ahí que, el objetivo del presente estudio fue conocer la prevalencia para la depresión posparto en mujeres puérperas inmediatas atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del ISSSTE Zaragoza, en el periodo comprendido del 1 de diciembre de 2023 y en 15 de febrero de 2024.

La muestra del presente estudio se caracterizó por tener una edad media de 30 años, por ser en su mayoría casadas o en unión libre, por haber completado la preparatoria y por encontrarse empleadas. Hallazgos similares fueron observados en estudios observacionales conducidos en poblaciones mexicanas (4,16). Así mismo, Mulugeta y cols. (2023) (17), condujeron un estudio transversal que incluyó a mujeres puérperas que predominantemente se ubicaban en el grupo etario de 25-34 años (52%) y se encontraban casadas (55%), solo completaron la educación primaria y se dedicaban a ser amas de casas, siendo estas dos últimas características contrastantes a lo reportado en nuestro estudio. En la investigación transversal de Liu y cols. (2021) (18), la cual incluyó a más de 1000 pacientes puérperas, reportó que la gran mayoría era menor a 35 años de edad (87%), el 63% se encontraba empleada y que más del 60% habían alcanzado el tercer nivel de educación o superior, hallazgo que difiere a lo observado en nuestra muestra. Por su parte, en el estudio transversal de Ly y cols. (2018), en el cual se incluyeron a 116 pacientes puérperas, se encontró que la mayoría de ellas tenían una edad mayor a los 24 años (74%), habían alcanzado el tercer nivel de educación o superior (60%), residían en zonas rurales (57%) y no practicaban ninguna religión (89%) (19). Similares resultados fueron reportados por Shuman y cols. (2022) (20) y Chen y cols. (21). La variabilidad observada en las características sociodemográficas de las pacientes a través de los diferentes estudios, son un reflejo de la diversidad cultural y social, del grado de desarrollo y del nivel educativo de las diferentes regiones.

En la población estudiada en el presente estudio, la cesárea fue la vía de resolución de la gestación más común, el sexo del recién nacido mostró una distribución equitativa, y la mayoría de ellos fueron alojados conjuntamente con sus madres. De la misma forma, Mulugeta y cols. (2023) (17), informaron que en su muestra la distribución de los sexos de los recién nacidos fue similar para ambos géneros, aunque estos autores también reportaron que el parto vaginal fue la forma de resolución más frecuente (63%). Similares resultados relacionados a la distribución de géneros fueron reportados por Liu y cols. (2021), no obstante, en este estudio, predominó el parto normal por vía vaginal (18). En el reporte de Santiago-Sanabria y cols. (2023) (16), conducido en 717 pacientes puérperas mexicanas, documentó que el parto natural vía vaginal fue el más frecuente (56%), mientras que, en el estudio de Genchi-Gallardo y cols. (2021), igualmente ejecutado en población mexicana, la frecuencia de cesárea alcanzó el 49% (4).

Además, en nuestra muestra se encontró que la media de abortos y de partos fue menos a 1, la media de cesáreas fue de 1, mientras que la media de gestaciones fue de 2. Por otro lado, el peso medio del recién nacido fue de 2,9 kg. En el estudio de Genchi-Gallardo y cols. (2021), cuya muestra tenía características generales similares a la nuestra, reportó que la mitad de las pacientes eran primerizas, que un 15% tenía historial de abortos previos, y un 54% había pasado por al menos una cesárea en embarazos anteriores (4). De manera similar, Liu y cols. (2021), informaron que la mayoría (91%) de los recién nacidos en su muestra se ubicaba entre los 2500-3999 g de peso, y que el 72% de las pacientes eran primigestas. En el estudio de Ly y cols. (2018), se reportó que el 53% de las pacientes eran primigestas, el 96% practicaba la lactancia materna y el 98% había planificado el embarazo (19). Por su parte, Mulugeta y cols. (2023) (17), reportaron que, dos tercios de la muestra de su estudio tenían entre 2-4 gestas previas, y que el 17% tenía antecedentes de abortos previos. Una vez más, la variabilidad observada con respecto a las características obstétricas en los diferentes estudios citados, comparados con los nuestros, reflejan la influencia de las creencias y prácticas culturales, así como el nivel educativo y el grado de planificación familiar en cada una de las sociedades.

En la presente investigación, la gran mayoría de las pacientes reportaron tener una buena situación sentimental con su pareja actual. Además, más del 50% de las participantes refirieron presentar una patología actual o previa, siendo la diabetes gestacional la más frecuente, seguida de hipotiroidismo, obesidad y de preeclampsia con criterios de severidad. En el estudio de Sanabria y cols. (2023) (16), se encontró que solo el 36% de las pacientes desarrollaron patologías relacionadas con el embarazo, reportándose el antecedente de hipotiroidismo en el 2% de la muestra. Ly y cols. (2018), reportaron que el 16% de su muestra presentaba alguna comorbilidad, mientras que, el 19% desarrolló alguna enfermedad durante la gestación. Así mismo, estos autores informaron que, el 59% de las pacientes refirieron tener una estructura familiar extendida y que solo el 54% de estas expresaron sentirse felices o satisfechas con la vida familiar que tenían (19). Mulugeta y cols. (2023) (17), documentaron que el 40% de las pacientes desarrollaron alguna complicación puerperal,

siendo la hemorragia (38%) y la sepsis (32%) las más frecuentes. Además, también reportaron que el 27% de las pacientes experimentaban violencia familiar, mientras que, el 75% manifestó que pocas veces o nunca tenía conflictos con su esposo, y que, en el 62% de los casos, las pacientes se sentían queridas por su esposo.

Con respecto a lo anterior, la influencia de ciertas patologías previas o propias de la gestación, como la hepatitis, la inflamación ginecológica, la hipertensión o hipotensión, y la diabetes gestacional en el aumento de la DPP no está claramente definida (22). Las enfermedades vinculadas al embarazo pueden representar una carga psicológica significativa para las futuras madres, con consecuencias notables para el desarrollo de la DPP. Por ejemplo, en un estudio que examino exhaustivamente la relación entre enfermedades y DPP, se observó que un mayor porcentaje de mujeres con DPP informaron de la aparición de este trastorno después de recibir un diagnóstico de diabetes gestacional en comparación con mujeres sin dicha enfermedad (23).

La prevalencia de casos de posibles de DPP en nuestro estudio fue del 23,2%, lo que coincide con el intervalo del 8-26% hallado en un artículo de revisión global que incluyó 58 estudios (24), y con lo reportado en diferentes estudios conducidos en poblaciones mexicanas, donde la prevalencia variaba entre el 13% y el 24% (4,16). De manera similar, en el estudio de Liu y cols. (2021) se reportó una prevalencia de 23,5%; en el estudio de Ly y cols. (2018) la prevalencia fue de 27,6%, mientras que, Mulugeta y cols. (2023) (17), reportaron una prevalencia de 37,4%. Dichas tasas coinciden con los reportado en una serie de estudios de países asiáticos del sur (25). Así mismo, un meta-análisis conducidos en diferentes regiones arrojan prevalencia de DPP que varían desde el 14% hasta el 34% (21,26).

Las diferencias en las condiciones socioeconómicas podrían haber influido en las variaciones observadas en estudios locales y a nivel mundial. En este sentido, los resultados del presente estudio, comparados con otros, indican que los síntomas de la depresión posparto son más pronunciados entre las mujeres que residen en regiones económicamente más avanzadas. Este fenómeno podría atribuirse a un mayor nivel de concienciación pública sobre la salud mental materna, así como a la implementación regular de pruebas de detección de la depresión posparto, lo que contribuye a una identificación más precisa de los síntomas de esta condición. Otra explicación plausible podría radicar en el hecho de que las regiones desarrolladas tienden a albergar una población más móvil y transitoria, lo que puede debilitar la identidad individual en las comunidades residenciales y disminuir la disponibilidad de apoyo social, resultando en una peor salud mental.

Ahora bien, para abordar los mecanismos emocionales subyacentes en el desarrollo del DPP, diversas teorías han sido propuestas, entre las que se incluyen la teoría de la amabilidad/neuroplasticidad, la neuroendocrina, la neuroinmune, la biorrítica y la monaminérgica. Se sostiene ampliamente que pensamientos y sentimientos positivos desencadenan la liberación de sustancias químicas como la endorfina, serotonina y dopamina, las cuales serían responsable de la protección contra síntomas depresivos, sin

embargo, reducción en la actividad de estos neurotransmisores, como posible consecuencia a sentimientos negativos, se asociaría con mayor riesgo de DPP (27,28).

Al evaluar los factores de riesgo asociados al desarrollo de DPP, se observó que el parto por cesárea, el destino del recién nacido hacia cunero intermedio o UCI neonatal, el mayor número de abortos previos, el menor número de partos, un menor peso del recién nacido, y el tener criterios de preeclampsia severa, fueron factores que se asociaron significativamente con posibles casos de DPP. Al realizar la regresión logística bivariante y multivariante, estos hallazgos solo se mantuvieron significativos para el caso de número de partos previos y del peso del recién nacido. Con respecto a esto último, ya se ha evidenciado que la mayor frecuencia de DPP podría estar relacionada con factores adversos en obstetricia y pediatría, tales como historial de cesárea, hallazgos anormales en el feto y el neonato, complicaciones durante el embarazo y problemas de salud materna (25). Entre los estudios conducidos en México, se encontró que la DPP se asoció con complicaciones durante el parto, el ser casadas, historial de alcoholismo previo al embarazo y el respaldo emocional proporcionado por el esposo durante la gestación, en tanto que, la soltería y el mayor grado de escolaridad se asoció a menor predisposición a la DPP (4,16).

En el estudio de Ly y cols. (2018) se observó una asociación significativa entre un menor riesgo de síntomas depresivos maternos y el nivel de educación (OR= 0,4), las enfermedades durante el embarazo contraídas por la madre (OR= 0,3), así como con la satisfacción de las madres primerizas con la vida familiar (OR= 0,2). También se encontró que, la condición de ser madre primeriza y las madres con comunicación e interacción limitadas, incrementaban hasta 2 veces y 4 veces más, respectivamente, las probabilidades de padecer DPP. Por su parte, Liu y cols. (2021), informaron que un nivel bajo de apoyo social, y aquellas madres cuyos recién nacidos requirieron ingresar en una incubadora, presentaron un riesgo superior de experimentar síntomas de DPP.

En el estudio de Mulugeta y cols. (2023) (17) se observó que las mujeres púerperas con educación secundaria exhibieron una reducción significativa (OR= 0,31) en las probabilidades de desarrollar DPP, mientras que, aquellas con antecedentes familiares de enfermedad mental (OR= 2,34), las que tuvieron dificultad para alimentar a sus hijos (OR= 4,26) y las que sufrían de violencia de pareja (OR 3,09) presentaron un aumento considerable en las probabilidades de experimentar DPP.

En un meta-análisis de 27 estudios, la DPP se relacionó con diversos factores de riesgo, incluyendo la diabetes mellitus gestacional (OR = 2,71), la presencia de depresión durante el embarazo (OR = 2,40), el parto de un niño varón (OR = 1,62), antecedentes de depresión durante el embarazo (OR = 4,82), antecedentes de depresión previa (OR = 3,09) y la aplicación de anestesia epidural durante el parto (OR = 0,81) (26). Otro meta-análisis que incluyó a 8 estudios conducidos durante la pandemia por COVID-19, reportó que entre los factores que contribuyen al riesgo de DPP durante la pandemia se incluían características

sociodemográficas y clínicas, niveles de estrés y ansiedad, sistemas de apoyo insuficientes y factores directamente asociados a COVID-19 (21).

Finalmente, es importante resaltar que, el presente estudio no se encuentra exento de ciertas limitaciones. Debido a la naturaleza transversal, existe una ausencia de temporalidad que no permite establecer relaciones temporales entre variables. Dado que no hay seguimiento temporal, es difícil establecer relaciones causales entre variables, por lo que las asociaciones observadas pueden deberse a otros factores no identificados. Al considerar estos desafíos, es importante interpretar los resultados previamente analizados con precaución. Sin embargo, a pesar de esto, fue posible determinar la prevalencia de depresión posparto y sus factores asociados en mujeres puérperas inmediatas atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del ISSSTE Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza", en el periodo comprendido del 1 de diciembre de 2023 y en 15 de febrero de 2024.



## CONCLUSIONES

La muestra quedó conformada por 82 pacientes puérperas con una media de edad de 30 años. La mayoría eran casadas, habían completado la secundaria y se encontraban empleadas.

La cesárea fue la vía de resolución de la gestación más común, el sexo del recién nacido mostró una distribución equitativa, y la mayoría de ellos fueron alojados conjuntamente con sus madres. La media de gestaciones en la población estudiada fue de 2,04. La media de partos fue de 0,52, mientras que la media de cesáreas alcanzó 1,10. La media de abortos se situó en 0,40. Por otro lado, el peso medio del recién nacido fue de 2986,24 gramos.

La mayoría de las participantes reportaron tener una buena relación con su pareja actual. Patologías actuales o previas fueron reportadas en el 52% de la muestra, siendo la diabetes gestacional la más frecuente, seguida de hipotiroidismo, obesidad y de preeclampsia con criterios de severidad.

La prevalencia de posibles casos de DPP fue de 23,2%. Los factores de riesgo asociados a casos probables de DPP en el análisis bivariante fueron el parto por cesárea, el destino del recién nacido hacia cunero intermedio o UCI neonatal, el mayor número de abortos previos, el menor número de partos previos, un menor peso del recién nacido, y el tener criterios de preeclampsia severa. En la regresión multivariante, estos hallazgos solo se mantuvieron significativos para el caso de número de partos previos y del peso del recién nacido.

## RECOMENDACIONES

Se sugiere al personal médico perteneciente al servicio de obstetricia del Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza" ISSSTE, pesquisar oportunamente aquellos factores de riesgo asociados a un incremento de las posibilidades de presentar síntomas depresivos en el puerperio, de manera que se puedan identificar a las pacientes que podrían requerir apoyo psicológico o psiquiátrico.

Se recomienda a los servicios sanitarios deberían introducir el apoyo psicológico en el plan de tratamiento de las mujeres que sufren complicaciones obstétricas derivadas del embarazo.

Se deben diseñar estudios longitudinales, prospectivos, multicéntricos y con mayor número de participantes, para comprobar cómo intervienen los factores de riesgo en el desarrollo o el mantenimiento de los síntomas de DPP, de manera que se puedan generar conclusiones más sólidas y generalizables, reconociendo la posible influencia de factores confusores en la obtención de resultados.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Medina-Serdán E. Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto. *Perinatología y reproducción humana*. 2013;27(3):185–93.
2. Evans M. G, Vicuña M. M, Marín R. DEPRESION POSTPARTO REALIDAD EN EL SISTEMA PUBLICO DE ATENCION DE SALUD. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. 2003;68(6):491–4.
3. Santiago Sanabria L, Islas Tezpa D, Flores Ramos M, Santiago Sanabria L, Islas Tezpa D, Flores Ramos M. Trastornos del estado de ánimo en el postparto. *Acta médica Grupo Ángeles*. 2022;20(2):173–7.
4. Genchi-Gallardo FJ, Paredes-Juárez S, Solano-González NL, Rios-Rivera CE, Paredes-Solís S, Andersson N. Prevalencia de depresión posparto y factores asociados en usuarias de un hospital público de Acapulco, Guerrero, México. *Ginecol Obstet Mex*. 2021;89(12):927–36.
5. Jadresic M. E. Depresión posparto en el contexto del hospital general. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2017;28(6):874–80.
6. México: Secretaría de Salud [Internet]. 2014 [citado el 8 de febrero de 2024]. Prevención, diagnóstico y manejo de la depresión prenatal y posparto en el primer y segundo niveles de atención. Disponible en: <https://www.actuamed.com.mx/informacion-medica/prevencion-diagnostico-y-manejo-de-depresion-prenatal-y-posparto-en-el-primero-y>
7. Solis Solano MS, Mejía ALP, Madrigal JC. Abordaje clínico y manejo de la depresión posparto. *Revista Medica Sinergia*. 2019;4(6):90–9.
8. Latorre-Latorre JF, Contreras-Pezzotti LM, Herrán-Falla OF. Depresión posparto en una ciudad colombiana. Factores de riesgo. *Aten Primaria*. 2006;37(6):332–8.
9. Macías-Cortés EDC, Lima-Gómez V, Asbun-Bojalil J. Diagnostic accuracy of the Edinburgh Postnatal Depression Scale: consequences of screening in Mexican women. *Gac Med Mex*. 2020;156(3):201–7.
10. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*. 1987;150:782–6.
11. GBD 2015 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 2016;388(10053):1545–602.
12. Stewart DE, Vigod SN. Postpartum Depression: Pathophysiology, Treatment, and Emerging Therapeutics. *Annu Rev Med*. 2019;70:183–96.

13. Wang Z, Liu J, Shuai H, Cai Z, Fu X, Liu Y, et al. Mapping global prevalence of depression among postpartum women. *Transl Psychiatry*. 2021;11(1):543.
14. Woolhouse H, Gartland D, Mensah F, Brown SJ. Maternal depression from early pregnancy to 4 years postpartum in a prospective pregnancy cohort study: implications for primary health care. *BJOG*. 2015;122(3):312–21.
15. Nasreen HE, Kabir ZN, Forsell Y, Edhborg M. Impact of maternal depressive symptoms and infant temperament on early infant growth and motor development: results from a population based study in Bangladesh. *J Affect Disord*. 2013;146(2):254–61.
16. Santiago-Sanabria L, Ibarra-Gussi PM, Rendón-Macías ME, Treviño-Villarreal P, Islas-Tezpa D, Porras-Ibarra GD, et al. Depresión posparto: prevalencia y factores de riesgo asociados en una muestra de población mexicana. *Ginecología y obstetricia de México*. 2023;91(4):227–40.
17. Mulugeta Y, Mohammed AA, Ibrahim IM, Getachew G, Ahmed KY. Postpartum depression and associated factors in Afar Region, northeast Ethiopia. *Heliyon*. 2023;9(9):e19914.
18. Liu Y, Zhang L, Guo N, Jiang H. Postpartum depression and postpartum post-traumatic stress disorder: prevalence and associated factors. *BMC Psychiatry*. 2021;21:487.
19. Ly Do TK, Huong Nguyen TT, Huong Pham TT. Postpartum Depression and Risk Factors among Vietnamese Women. *Biomed Res Int*. 2018;2018:4028913.
20. Shuman CJ, Pehl AF, Pareddy N, Morgan ME, Chiangong J, Veliz PT, et al. Postpartum depression and associated risk factors during the COVID-19 pandemic. *BMC Res Notes*. 2022;15(1):102.
21. Chen Q, Li W, Xiong J, Zheng X. Prevalence and Risk Factors Associated with Postpartum Depression during the COVID-19 Pandemic: A Literature Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(4):2219.
22. Simpson W, Steiner M, Coote M, Frey BN. Relationship between inflammatory biomarkers and depressive symptoms during late pregnancy and the early postpartum period: a longitudinal study. *Rev Bras Psiquiatr*. 2016;38(3):190–6.
23. Abdollahi F, Zarghami M, Azhar MZ, Sazlina SG, Lye MS. Predictors and incidence of postpartum depression: a longitudinal cohort study. *J Obstet Gynaecol Res*. 2014;40(12):2191–200.
24. Shorey S, Chee CYI, Ng ED, Chan YH, Tam WWS, Chong YS. Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: A systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res*. 2018;104:235–48.
25. Hong SA, Buntup D. Maternal Depression during Pregnancy and Postpartum Period among the Association of Southeast Asian Nations (ASEAN) Countries: A Scoping Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(6):5023.

26. Liu X, Wang S, Wang G. Prevalence and Risk Factors of Postpartum Depression in Women: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Clin Nurs*. 2022;31(19–20):2665–77.
27. Loonen AJM, Ivanova SA. Circuits Regulating Pleasure and Happiness-Mechanisms of Depression. *Front Hum Neurosci*. 2016;10:571.
28. Skalkidou A, Hellgren C, Comasco E, Sylvén S, Sundström Poromaa I. Biological aspects of postpartum depression. *Womens Health (Lond)*. 2012;8(6):659–72.

# ANEXOS

## ANEXO 1. Consentimiento informado

**Título del protocolo:** Prevalencia y factores de riesgo asociados a Depresión posparto en puerperio inmediato de pacientes atendidas en el servicio de GyO del ISSSTE Zaragoza

**Investigador responsable:** Dr. Eduardo Armando González Esquivias

**Sede donde se realizará el estudio:** Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza" ISSSTE.

**Nombre de la candidata:** \_\_\_\_\_

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación médica, antes de decidir si participa o no, debe conocer y entender cada uno de los siguientes apartados. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto. Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le solicitará que firme esta forma de consentimiento.

**DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO:** Se realiza un estudio observacional donde se determinen los principales factores de riesgo y la prevalencia de la depresión posparto en el puerperio inmediato

**OBJETIVO DEL ESTUDIO.** Estudiar si es mayor la incidencia de depresión posparto en pacientes que cursaron con patología en la gestación en comparación con aquellas pacientes que su embarazo fue sin patologías

**JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.** la investigación propuesta es esencial para abordar la intersección entre patologías gestacionales y salud mental en el contexto del puerperio. La justificación, por lo tanto, reside en la mejora de la calidad de vida de estas mujeres y la promoción de un puerperio saludable.

**RIESGOS ASOCIADOS CON EL ESTUDIO:** Ninguno para la paciente ya que el ultrasonido es un estudio de rutina para la paciente embarazada; y la placenta normalmente se desecha como residuo biológico.

**ACLARACIONES:**

- Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
- Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, informando las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad.
- No recibirá pago por su participación.
- La información obtenida en este estudio, así como los datos de identificación de cada paciente, será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores y los resultados se utilizarán con fines de investigación.
- Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, le pedimos que firme de aceptación o rechazo a la participación en el estudio.

Por lo anterior, firmo al margen y al calce para constancia y efectos legales a que haya lugar.

AUTORIZACION		
<b>PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL</b>	Nombre y Apellidos	Firma
	Nombre y Apellidos	
<b>TUTOR O FAMILIAR REPRESENTANTE</b>	Nombre y Apellidos Parentesco	Firma
	Nombre y Apellidos	
<b>TESTIGOS</b>	Nombre y Apellidos Domicilio y Teléfono	Firma
	Nombre y Apellidos Domicilio y Teléfono	

NEGACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO
<p>Por la presente, NIEGO el consentimiento para que sean practicados en mí o en mi representado los procedimientos de ultrasonido Doppler y envió de mi placenta a estudio histopatológico y lo que derive de ellos, sin que ello represente represalias en su atención subsecuente en esta institución o en algún otro.</p> <p>_____</p> <p><b>NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL</b></p>
REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO
<p>Por la presente, REVOCO el consentimiento otorgado en fecha _____ y es mi deseo no proseguir con los procedimientos que se indica en mí o en mi representado a partir de esta fecha _____, sin que ello represente represalias en su atención subsecuente en esta institución o en algún otro.</p> <p>_____</p> <p><b>NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL</b></p>

## Anexo 2

ESCALA DE DEPRESION POSTPARTO DE EDINBURGO			
Nombre:		Fecha:	
Si está embarazada: número de semanas de embarazo:			
Si se encuentra en la etapa de postparto: número de semanas de postparto:			
<p>Como va a tener un bebé (o acaba de tener un bebé) nos gustaría saber cómo se ha estado sintiendo.            Marque la respuesta que más se acerca a cómo se ha sentido en los últimos 7 días, no solamente cómo se siente hoy. En el ejemplo que se encuentra a continuación, la "X" significa "Me he sentido contenta casi siempre durante la última semana".  <b>EJEMPLO: Me he sentido contenta:</b>  <input type="checkbox"/> Sí, siempre  <input checked="" type="checkbox"/> Sí, casi siempre  <input type="checkbox"/> No muy a menudo  <input type="checkbox"/> No, nunca            Complete las siguientes preguntas de la misma manera.            En los últimos 7 días:</p>			
<b>1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas:</b>		<b>2. He mirado el futuro con placer:</b>	
0	Tanto como siempre	0	Tanto como siempre
1	No tanto ahora	1	Algo menos de lo que solía hacer
2	Mucho menos	2	Definitivamente menos
3	No, no he podido	3	No, nada
<b>3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien:</b>		<b>4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo:</b>	
3	Sí, la mayoría de las veces	0	No, para nada
2	Sí, algunas veces	1	Casi nada
1	No muy a menudo	2	Sí, a veces
0	No, nunca	3	Sí, a menudo
<b>5. He sentido miedo o pánico sin motivo alguno:</b>		<b>6. Las cosas me oprimen o agobian:</b>	
3	Sí, bastante	3	Sí, la mayor parte de las veces
2	Sí, a veces	2	Sí, a veces
1	No, no mucho	1	No, casi nunca
0	No, nada	0	No, nada
<b>7. Me he sentido tan infeliz, que he tenido dificultad para dormir:</b>		<b>8. Me he sentido triste y desgraciada:</b>	
3	Sí, la mayoría de las veces	3	Sí, casi siempre
2	Sí, a veces	2	Sí, bastante a menudo
1	No muy a menudo	1	No muy a menudo
0	No, nada	0	No, nada
<b>9. He estado tan infeliz que he estado llorando:</b>		<b>10. He pensado en hacerme daño a mí misma:</b>	
3	Sí, casi siempre	3	Sí, bastante a menudo
2	Sí, bastante a menudo	2	A veces
1	Solo ocasionalmente	1	Casi nunca
0	No, nunca	0	No, nunca
<p><b>INTERPRETACIÓN:</b>            Puntuación <math>\geq 10</math> Probabilidad de Depresión.            Cualquier número que se escoja que no sea el 0 en la pregunta 10 significa que es necesario hacer evaluaciones adicionales de inmediato.</p>			

### Anexo 3. Cuestionario Factores Asociados a Depresión Postparto

Iniciales:	
Expediente:	
Fecha:	
Domicilio y Teléfono:	
Edad:	Fecha de nacimiento del recién nacido

Sección 1. Antecedentes personales				
Estado Civil				
Soltera	Casada	Unión libre	Viuda	
Escolaridad				
Nula	Primaria	Secundaria	Preparatoria	Licenciatura
Ocupación				
Empleada			Ama de casa	
¿Como califica su relación de pareja?				
Buena			Mala	
La calidad de su vivienda la calificaría como:				
Buena	Regular		Mala	
Antecedentes personales de ansiedad o depresión				
Si			No	
¿Ha padecido algún tipo de violencia durante su embarazo? (Física, familiar, laboral, económica)				
Si			No	





