



**HOSPITAL DE LA MUJER DE AGUASCALIENTES**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE AGUASCALIENTES**

**CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA**

**“ANÁLISIS DE LOS FACTORES DE RIESGO QUE INTERVIENEN EN LA INCIDENCIA DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO EN PACIENTES DEL HOSPITAL DE LA MUJER DEL ESTADO DE AGUASCALIENTES”**

**TESIS PRESENTADA POR:**

**Ana Isabel Pérez Vázquez**

**PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN**

**GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

**ASESORES:**

**DRA. MARÍA DEL CONSUELO ROBLES MARTÍNEZ**

**DR. JAVIER GÓNGORA ORTEGA**

**AGUASCALIENTES, AGS., MARZO 2023**



**COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN**

**AGUASCALIENTES, AGS. 14 DE NOVIEMBRE DEL 2022.**

**A QUIEN CORRESPONDA:**

EL COMITÉ ESTATAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD, BASADO EN LOS ESTATUTOS CONTENIDOS EN EL MANUAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD, HA TENIDO A BIEN REVISAR EL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN INTITULADO.

**“ANÁLISIS DE LOS FACTORES DE RIESGO QUE INTERVIENEN EN LA INCIDENCIA DE LA DEPRESIÓN POSPARTO EN PACIENTES DEL HOSPITAL DE LA MUJER DEL ESTADO DE AGUASCALIENTES”**

OTORGANDO EL DICTAMEN DE **“APROBADO”** NÚMERO DE REGISTRO: **16 ISSEA-022/16**

**INVESTIGADOR(ES) DE PROYECTO:**

Dra. Ana Isabel Pérez Vázquez.

**ASESORES:**

Dra. María del Consuelo Robles Martínez.

**LUGAR DE DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN:**

Hospital de la Mujer.

**TIPO DE INVESTIGACIÓN:**

Clínica, para la obtención del grado de Especialista en Ginecología y Obstetricia.

ESPERANDO QUE ESTE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN REDUNDE EN BENEFICIO A NUESTRA POBLACIÓN, QUEDAMOS A SUS ÓRDENES.

**ATENTAMENTE:**

**DR. JAVIER GONGORA ORTEGA**  
**SECRETARIO TÉCNICO**  
C.C.P.- ARCHIVO



449 9 10 79 00

www.issea.gob.mx

Margil de Jesús No. 1501  
Fracc. Las Arboledas





**HOSPITAL DE LA MUJER DE AGUASCALIENTES**

**"ANÁLISIS LOS FACTORES DE RIESGO QUE INTERVIENEN EN LA INCIDENCIA DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO EN PACIENTES DEL HOSPITAL DE LA MUJER DEL ESTADO DE AGUASCALIENTES EN EL PERIODO DE JUNIO A NOVIEMBRE DE 2022"**

  
\_\_\_\_\_  
DR. JAIME REYNA CRUZ

**DIRECTOR DEL HOSPITAL DE LA MUJER AGUASCALIENTES**

  
\_\_\_\_\_  
DR. OMAR OSWALDO CAMARILLO CONTRERAS

**JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN**

  
\_\_\_\_\_  
DR. SERGIO ALFREDO RAMOS PÉREZ

**PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

  
\_\_\_\_\_  
DR. JAVIER GÓNGORA ORTEGA

**TUTOR METODOLÓGICO DE TESIS**

  
\_\_\_\_\_  
DRA. MARÍA DEL CONSUELO ROBLES MARTÍNEZ

**TUTOR CLÍNICO DE TESIS**



**DICTAMEN DE LIBERACIÓN ACADÉMICA PARA INICIAR LOS TRÁMITES DEL EXAMEN DE GRADO - ESPECIALIDADES MÉDICAS**



Fecha de dictaminación dd/mm/aa: 25/01/23

**NOMBRE:** ANA ISABEL PÉREZ VÁZQUEZ **ID** 113126

**ESPECIALIDAD:** GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA **LGAC (del posgrado):** OBSTETRICIA

**TIPO DE TRABAJO:** (  ) Tesis (  ) Trabajo práctico

**TÍTULO:** ANÁLISIS DE LOS FACTORES DE RIESGO QUE INTERVIENEN EN LA INCIDENCIA DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO EN PACIENTES DEL HOSPITAL DE LA MUJER DEL ESTADO DE AGUASCALIENTES

**IMPACTO SOCIAL (señalar el impacto logrado):** IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO QUE INCIDEN EN LA DEPRESIÓN POSTPARTO

**INDICAR SI/NO SEGÚN CORRESPONDA:**

*Elementos para la revisión académica del trabajo de tesis o trabajo práctico:*

- SI El trabajo es congruente con las LGAC de la especialidad médica
- SI La problemática fue abordada desde un enfoque multidisciplinario
- SI Existe coherencia, continuidad y orden lógico del tema central con cada apartado
- SI Los resultados del trabajo dan respuesta a las preguntas de investigación o a la problemática que aborda
- SI Los resultados presentados en el trabajo son de gran relevancia científica, tecnológica o profesional según el área
- SI El trabajo demuestra más de una aportación original al conocimiento de su área
- SI Las aportaciones responden a los problemas prioritarios del país
- NO Generó transferencia del conocimiento o tecnológica
- SI Cumpe con la ética para la investigación (reporte de la herramienta antiplagio)

*El egresado cumple con lo siguiente:*

- SI Cumple con lo señalado por el Reglamento General de Docencia
- SI Cumple con los requisitos señalados en el plan de estudios (créditos curriculares, optativos, actividades complementarias, estancia, etc)
- SI Cuenta con los votos aprobatorios del comité tutorial, en caso de los posgrados profesionales si tiene solo tutor podrá liberar solo el tutor
- SI Cuenta con la aprobación del (la) Jefe de Enseñanza y/o Hospital
- SI Coincide con el título y objetivo registrado
- SI Tiene el CVU del Conacyt actualizado
- NO Tiene el artículo aceptado o publicado y cumple con los requisitos institucionales

Con base a estos criterios, se autoriza se continúen con los trámites de titulación y programación del examen de grado

Sí   
No

**FIRMAS**

**Revisó:**

NOMBRE Y FIRMA DEL SECRETARIO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO:

M.C.B.E SILVIA PATRICIA GONZÁLEZ FLORES

**Autorizó:**

NOMBRE Y FIRMA DEL DECANO:

DR. SERGIO RAMÍREZ GONZÁLEZ

**Nota: procede el trámite para el Depto. de Apoyo al Posgrado**

En cumplimiento con el Art. 105C del Reglamento General de Docencia que a la letra señala entre las funciones del Consejo Académico: ... Cuidar la eficiencia terminal del programa de posgrado y el Art. 105F las funciones del Secretario Técnico, llevar el seguimiento de los alumnos.

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios, por ser mi guía a lo largo de esta carrera, por ser mi fortaleza y refugio en momentos difíciles, que fueron muchos, por brindarme una vida llena de oportunidades, aprendizajes y felicidad. Por mi familia.

A mi esposo, José Daniel, esta meta es más tuya que mía, esta tesis lleva tu nombre implícito, nada habría sido posible sin ti, gracias por haberme ayudado a hacer tangible este sueño.

A mis padres, Paty y Jesús, por ser fuente de valores y luz en mi camino, hacen que cada día me recuerde a mí misma que no debo dar por hecho las oportunidades que me va presentando la vida, sino que debo cuidarlas como uno de mis mayores tesoros, así como lo son ustedes para mí. A mi mamá, quien es ejemplo de amor incondicional, entrega y paciencia, tengo tanto que aprender de ti. A mi papá, quien sin duda ha influido en una de las decisiones más trascendentales en mi vida, elegir esta profesión como parte de mí.

A mis hermanos, Paty y Alex, por acompañarme en este viaje, con su ejemplo y enseñanzas se han ganado mi admiración, respeto y gratitud. Son mi orgullo.

A mis asesores, la doctora Consuelo, sus consejos me hacían volver al camino del trabajo, por darme confianza en mí y en este trabajo; el doctor Góngora, quien me llenó de entusiasmo sobre mi tema y el impacto de esta investigación, por haberme impulsado a intentar entender más sobre temas de investigación.

A Karlita, Jessy y Fabi, excelentes residentes, que con la mejor disposición hicieron posible lograr mis metas, ustedes más que nadie impulsaron esta investigación; a los médicos internos de pregrado, mi hermano entre ellos, quienes me regalaron su tiempo y tuvieron la paciencia de apoyarme con este proyecto. A Rosy, quien me extendió su mano y fue instrumento para llegar a más pacientes.

A mis maestros, por sus enseñanzas y regaños; a mis compañeras de generación, que en momentos difíciles han sido fuente de apoyo y amistad.

Al Hospital de la Mujer, a nuestras pacientes.

## DEDICATORIAS

Para mi esposo José Daniel.

En este fragmento de mi corazón hecho palabras, quiero decirte que esta tesis más que un logro mío, es completamente tuyo. Viendo en retrospectiva, puedo darme cuenta de todo lo que me impulsaste para llegar a este día, cada “tú puedes”, cada “ven, te ayudo”, cada “estoy orgulloso de ti”, cada “esto es por ti”, para juntos poder darnos lo mejor en la vida, y no hablo de lo material, sino del amor que me das día con día. Jamás vi corazón más grande que el tuyo.

Hoy confirmo que no hay nada que no pueda lograr si voy de tu mano y la de Dios, no hay nada que, uniendo nuestra fuerza y poniéndole todo el corazón, no podamos lograr juntos. Te admiro. Admiro tu temple, tu fortaleza, tu nobleza, tu inteligencia, tu madurez, tu habilidad para ver la vida desde muchos ángulos, los buenos y los malos; agradezco la capacidad que tienes para hacerme sentir que todo estará bien y que mi lado catastrófico puede llegar a ser gracioso.

Juntos lo soñamos hace cuatro años y por fin hoy lo hicimos realidad; confío que así será siempre, pues a mi lado tengo el mejor hombre, el mejor marido, el mejor médico, el mejor pediatra y futuro neontatólogo, el mejor amigo y compañero de todas las vidas. No puedo pedir mejor familia, eres mi héroe, mi motor y mi ejemplo; tus virtudes me hacen creer que con esfuerzo y amor hacia lo que hago puedo ganarme el privilegio de estar aquí, celebrando y disfrutando de este momento, contigo. Vivimos para estar presentes en momentos como este, momentos donde los sueños e ilusiones coinciden en un punto perfecto del tiempo, momentos donde todo lo que siempre hemos anhelado se vuelve realidad y asume esa claridad única. La felicidad es posible, lo supe cuando te conocí; la plenitud es posible, lo supe cuando decidimos unir nuestras vidas.

Solo le pido a Dios más bendiciones para nosotros y que nos conceda más sueños y metas cumplidas.

## ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE GENERAL.....	1
INDICE DE TABLAS .....	3
ÍNDICE DE FIGURAS .....	4
ACRÓNIMOS.....	5
RESÚMEN.....	6
ABSTRACT.....	7
INTRODUCCIÓN .....	8
CAPÍTULO I.....	9
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9
OBJETIVO GENERAL.....	10
OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	10
PROPÓSITO DEL ESTUDIO .....	10
CAPÍTULO II .....	11
MARCO TEÓRICO.....	11
DEFINICIONES DEL PUERPERIO .....	11
DEFINICIÓN DE DEPRESIÓN POSTPARTO (DPP) .....	11
EPIDEMIOLOGÍA.....	12
FACTORES DE RIESGO .....	13
ETIOPATOGENIA.....	14
Genética.....	15
Cambios hormonales.....	15
MANIFESTACIONES CLÍNICAS.....	17
EFECTOS ADVERSOS.....	18
Lactancia materna.....	18
Alteración del vínculo madre-hijo.....	18
Atención médica infantil.....	18
Sueño infantil.....	18
Suicidio.....	19
Infanticidio .....	20
EVALUACIÓN .....	20
DETECCIÓN .....	21
EVALUACIÓN INICIAL.....	22

DIAGNÓSTICO .....	24
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	24
ANTECEDENTES CIENTÍFICOS.....	25
JUSTIFICACIÓN .....	26
MAGNITUD E IMPACTO.....	26
APLICABILIDAD.....	27
FACTIBILIDAD.....	27
HIPÓTESIS .....	27
OBJETIVOS .....	27
CAPÍTULO III .....	28
MATERIAL, PACIENTES Y MÉTODOS .....	28
I. Tipo, diseño y características del estudio.....	28
II. Población en estudio .....	28
IV. Selección de la muestra: .....	34
V. Recolección de la Información.....	35
VI. Metodología Experimental: No aplica. ....	36
VII. Análisis estadístico .....	36
CONSIDERACIONES ÉTICO-LEGALES .....	36
RECURSOS PARA EL ESTUDIO .....	36
DIFUSIÓN DE LA INVESTIGACIÓN .....	37
CAPÍTULO IV.....	38
RESULTADOS.....	38
DISCUSIÓN .....	44
CONCLUSIÓN .....	48
GLOSARIO .....	49
BIBLIOGRAFÍA .....	51
ANEXOS .....	59
ANEXO A .....	59
ANEXO B .....	61
ANEXO C .....	63



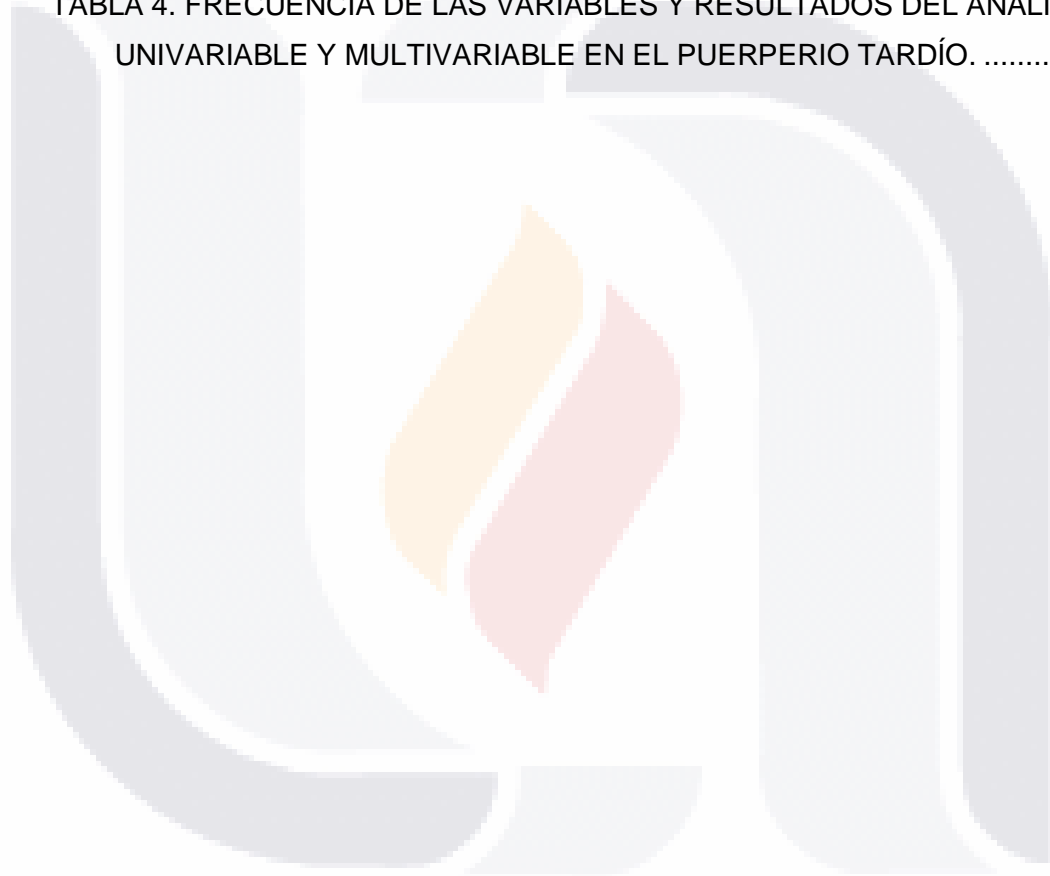
**INDICE DE TABLAS**

TABLA 1. DESCRIPCIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES..... 28

TABLA 2. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES. .... 37

TABLA 3. FRECUENCIA DE LAS VARIABLES Y RESULTADOS DEL ANÁLISIS  
UNIVARIABLE Y MULTIVARIABLE EN EL PUERPERIO INMEDIATO. .... 39

TABLA 4. FRECUENCIA DE LAS VARIABLES Y RESULTADOS DEL ANÁLISIS  
UNIVARIABLE Y MULTIVARIABLE EN EL PUERPERIO TARDÍO. .... 41



## ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1. DIAGRAMA DE BOSQUE DE ANÁLISIS MULTIVARIADO DE FACTORES DE RIESGO PARA DEPRESIÓN POSTPARTO INMEDIATO.....	42
FIGURA 2. DIAGRAMA DE BOSQUE DE ANÁLISIS MULTIVARIADO DE FACTORES DE RIESGO PARA DEPRESIÓN POSTPARTO TARDÍO.....	43



## ACRÓNIMOS

ACOG: Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos

ACTH: hormona adrenocorticotrópica

ADN: Ácido desoxirribonucleico

CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades

CRH: Hormona Liberadora de Corticotropina

DHA: Ácido docosahexaenoico

DPP: Depresión Postparto

DSM-V: Manual diagnóstico y Estadístico, quinta edición

EPDS: Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo

HPA: Hipotalámico-Pituitario-Suprarrenal

OMS: Organización Mundial de la Salud

RN: Recién Nacido

## RESÚMEN

**Antecedentes:** El bienestar mental materno durante el puerperio es de gran importancia para para la integridad del binomio. Las pruebas de tamizaje pueden apoyar la detección precoz de la depresión postparto. El objetivo de este estudio fue identificar los factores de riesgo que intervienen en la incidencia de depresión posparto durante el puerperio inmediato y tardío.

**Métodos:** Se utilizaron datos de 200 mujeres cuyo evento obstétrico fue atendido en el Hospital de la Mujer de Aguascalientes. La información fue recabada durante la hospitalización en puerperio inmediato mediante la distribución de cuestionarios sobre factores de riesgo relacionados con el embarazo y antecedentes de importancia; por otra parte, los síntomas de depresión postparto se midieron en mediante la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS), para posteriormente repetir esta prueba vía telefónica durante el puerperio tardío (de 4 a 6 semanas postparto).

**Resultados:** Los factores asociados a un mayor riesgo de depresión fueron: exposición a violencia antes o durante la gestación, haber experimentado una situación estresante durante la gestación, sentimientos negativos de la madre sobre el embarazo, depresión en el embarazo previo, antecedente de depresión en etapa no gestante, enfermedades psiquiátricas propias y que la paciente no posea ocupación. Otros factores identificados como estado civil, específicamente no tener pareja o no contar con su apoyo o con el apoyo de terceros, antecedente de pérdida gestacional (aborto u óbito) y toxicomanías previas a la gestación, se asociaron igualmente con la depresión postparto, que, aunque en menor proporción, es igual de importante considerarlas.

**Limitaciones:** Utilización de un instrumento de autoinforme, posible sesgo por el estado de ánimo posparto.

**Conclusiones:** Los factores de riesgo relacionados con la depresión posparto pueden ayudar identificar a pacientes con mayor riesgo y proporcionar oportunidades para intervenciones preventivas y tratamiento.

## **ABSTRACT**

**Background:** Maternal mental well-being during the puerperium is of great importance for the integrity of the binomial. Screening tests can support early detection of postpartum depression. The aim of this study was to identify risk factors involved in the incidence of postpartum depression during the immediate and late puerperium.

**Methods:** Data from 200 women whose obstetric event was attended at the Women's Hospital of Aguascalientes were used. The information was collected during their hospitalization in the immediate puerperium by distributing questionnaires to the patients who answered questions about risk factors related to pregnancy and personal and family history of psychiatric illnesses, and postpartum depression symptoms were measured using the Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS); later, the scale was repeated by telephone during the late puerperium (at 4 to 6 weeks postpartum).

**Results:** The factors associated with a greater risk of depression were: exposure to violence before or during pregnancy, having experienced a stressful situation during pregnancy, negative maternal feelings about pregnancy, depression in the previous pregnancy, history of depression in the non-pregnant stage, psychiatric illnesses, and the patient not having an occupation. Other factors identified such as marital status, specifically not having a partner or not having their support or the support of third parties, history of gestational loss (abortion or death) and drug addictions prior to pregnancy, were also associated with postpartum depression, which, although in a smaller proportion, is just as important to consider.

**Limitations:** Use of a self-report instrument, possible bias due to postpartum mood.

**Conclusions:** Risk factors related to postpartum depression may help identify patients at increased risk and provide opportunities for preventive interventions and treatment.

## INTRODUCCIÓN

El periodo postparto tiene alta incidencia de trastornos de vinculación, siendo el más común la depresión postparto (DPP), la cual en muchas ocasiones se encuentra asociada a deterioro materno y consecuencias para la descendencia, secundario a la afectación del vínculo madre-hijo, alteraciones en el desarrollo del niño, suicidio e infanticidio (1). Los primeros seis meses posteriores al nacimiento representan el periodo de mayor riesgo para para aparición del trastorno (2).

A pesar del impacto negativo en la salud materna e infantil, la DPP está infradiagnosticada y, como consecuencia, poco tratada (1).

El objetivo de este trabajo es analizar los factores de riesgo que intervienen en la incidencia de la DPP utilizando la EPDS en mujeres que tuvieron atención del evento obstétrico en el Hospital de la Mujer de Aguascalientes, en el periodo de junio – noviembre 2022.

Se trata de un estudio de casos y controles que se realizará en el periodo de junio a noviembre de 2022 en el Hospital de la Mujer del Estado de Aguascalientes, en pacientes en puerperio inmediato y tardío, tanto fisiológico como patológico, para comparar en ambos grupos la incidencia de depresión y factores obstétricos asociados como: edad materna, apoyo familiar, evento estresante previo, numero de gestaciones, prematuridad, comorbilidad materna o fetal.

Se elaboró un consentimiento informado con el fin de autorizar el uso de datos, se busca la autorización por el Comité Estatal de Bioética e Investigación.

Se analizarán las variables categóricas usando frecuencias y porcentaje. Las variables continuas se representarán usando promedios, media y desviación estándar e intervalos.

Palabras clave: depresión postparto, factores de riesgo, salud mental, incidencia, Escala de Depresión Postparto de Edimburgo.

## CAPÍTULO I

### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Hospital de la Mujer del Estado de Aguascalientes es un hospital público de segundo nivel perteneciente a Secretaría de Salud, que ofrece sus servicios a la población femenina que no cuenta con afiliación a algún tipo de seguridad social, el cual, en la última década, ha reportado una productividad promedio aproximada de 10,000 eventos obstétricos por año.

En el 2014, Norhayati describió la magnitud de la DPP utilizando la herramienta de evaluación de Edimburgo, comparando tanto a países desarrollados como en desarrollo, se observó que se mantuvo una prevalencia en países desarrollados del 5.5% al 34.4% en menos de 4 semanas y del 2.6% al 35% de 4 a 8 semanas, 2.9% a 25.5% en seis meses y del 6.0% a 29% en un periodo de 12 meses, resaltando prevalencias de hasta 82.1% en Estados Unidos de América y el 74% en Turquía (3). La mayoría de los estudios identifican síntomas depresivos a través de instrumentos de detección de depresión y algunas entrevistas clínicas (4).

La etiología de la DPP no está bien definida, sin embargo, se han logrado identificar varios factores de riesgo que se han podido clasificar en: físicos, biológicos, obstétricos y pediátricos, sociodemográficos y culturales (5); demostrando así que los factores psicológicos de depresión y ansiedad prenatales así como enfermedades psiquiátricas previas, una mala relación con la pareja, situaciones angustiantes o estresantes de la vida y una actitud o pensamientos negativos hacia el embarazo son los principales contribuyentes a la DPP, tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo (1).

Como factores de riesgo obstétricos y neonatales más significativos en los países en desarrollo se encuentran los problemas durante el embarazo, la pérdida gestacional previa, el embarazo no planeado o no deseado y las enfermedades pediátricas (6).

La violencia doméstica se describe como factor socioeconómico más importante en países en desarrollo y se encontró una relación entre la DPP y el abuso en países desarrollados, pero no siendo significativo en los países en desarrollo (6).

También se describieron los factores de riesgo con base en el efecto que causa en el paciente siendo: efecto fuerte-moderado, moderado y bajo. Dentro del efecto más fuerte se ha reportado la depresión prenatal, la ansiedad prenatal y la enfermedad depresiva previa; el estrés vital y la falta de apoyo social tienen un efecto fuerte-moderado; los factores psicológicos y la insatisfacción conyugal tienen un efecto moderado y los factores obstétricos y el nivel socioeconómico tienen un efecto bajo (6).

### **OBJETIVO GENERAL**

Describir y analizar los factores de riesgo que intervienen en la incidencia de la depresión postparto en las pacientes atendidas en el Hospital de la Mujer de Aguascalientes, en el periodo de junio a noviembre de 2022.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Determinar las características clínicas de las pacientes con factores de riesgo para desarrollar depresión postparto en nuestro hospital.
- Identificar los factores de riesgo para desarrollar depresión postparto.
- Describir las características epidemiológicas de dicha población.

### **PROPÓSITO DEL ESTUDIO**

Se desconoce el nivel de la problemática de la depresión postparto en la unidad de salud en cuestión, por lo que se es importante estudiar y dar a conocer los factores de riesgo que intervienen en su incidencia, para que de esta manera se brinde una atención oportuna.

¿Cuáles son los factores de riesgo que intervienen en la incidencia de la depresión postparto?



## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

Los trastornos afectivos conforman a nivel mundial, la segunda alteración más frecuente entre las enfermedades mentales (7). Para el año 2020, la depresión se convirtió en la segunda causa general de discapacidad (7). Los trastornos depresivos son más frecuentes en la mujer y han sido asociados con diferentes eventos vitales, incluido el parto, el cual es un evento vital en la vida de la mujer, ya que la madre debe aceptar al nuevo hijo y generar una capacidad adecuada de respuesta ante sus demandas (7).

### **DEFINICIONES DEL PUERPERIO**

El período postparto —también conocido como puerperio, cuarto periodo de trabajo de parto y el cuarto trimestre— se refiere al momento posterior al parto cuando los cambios fisiológicos maternos relacionados con el embarazo regresan al estado no embarazada. Numerosos trastornos y complicaciones pueden ocurrir en el período postparto inmediato o después del alta del hospital (8).

Definiciones (intervalo de tiempo):

- Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría, Quinta Edición (DSM-V), el inicio de la depresión mayor postparto puede ocurrir antes o en las cuatro semanas posteriores al parto (9).
- La 11° Clasificación Internacional de Enfermedades, revisión de la Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere el inicio del episodio dentro de las seis semanas posteriores al parto (10).
- Inicio dentro de los 3 meses posteriores al parto y hasta 1 año comúnmente utilizado en la práctica clínica y en la investigación clínica (11).

### **DEFINICIÓN DE DEPRESIÓN POSTPARTO (DPP)**

El período postparto es una etapa de alta incidencia de diversos trastornos de vinculación, incluida la DPP (2).

El Manual DSM-5 define la DPP como un episodio depresivo con gravedad moderada a grave que comienza cuatro semanas después del parto. Alternativamente, la CIE-10 revisión de Problemas Asociados con la Salud, la OMS en 2009 lo define como un

trastorno mental y conductual leve que comienza a las seis semanas posteriores al nacimiento (3).

La DPP es la patología psiquiátrica más frecuente asociada con sufrimiento materno y numerosas consecuencias negativas para la descendencia, el periodo de alto riesgo se ubica en los primeros seis meses postparto. (2)

A pesar de que se trata de una complicación muy habitual, no siempre es identificada, por lo que muchas mujeres no reciben tratamiento. (7)

Aunque tener un hijo suele ser un evento de suma felicidad, muchas mujeres en periodo postparto desarrollan síntomas y trastornos depresivos. Las pacientes pueden manifestar tristeza postparto que consiste en síntomas depresivos leves que generalmente son autolimitados, o síndromes más graves de depresión menor o mayor (12,13).

## EPIDEMIOLOGÍA

La incidencia a nivel mundial es del 15%; por otro lado, la prevalencia se estima entre 3 al 19%. Las tasas de incidencia pueden variar debido a (14):

- Criterios diagnósticos
- Medidas de evaluación utilizadas
- Calendario de evaluación
- Nivel de ingresos del país
- Entornos socioeconómicos
- Normas culturales
- Estructuras de apoyo social
- Percepciones de la salud mental

En un metaanálisis de 58 estudios con 37,294 pacientes sin antecedentes de depresión y con lactantes sanos a término se determinó una prevalencia de DPP por región de la siguiente manera (14)

- 26% (IC del 95%: 13%-39%) en Oriente Medio en el análisis de 9 estudios
- 19% (IC 95% 18%-21%) en América del Sur en el análisis de 5 estudios

- 19% (IC 95% 18%-21%) en Australia en el análisis de 5 estudios
- 16% (IC del 95%: 13%-20%) en Asia en el análisis de 13 estudios
- 16% (IC del 95%: 11%-20%) en América del Norte en el análisis de 13 estudios
- 11% (IC 95% 5%-17%) en África en el análisis de 3 estudios
- 8% (IC 95% 5%-11%) en Europa en el análisis de 6 estudios

El inicio puede ocurrir previo o durante el embarazo en aproximadamente el 50%, el debut fue el siguiente (15–17):

- Previo al embarazo – 20%
- Antes del parto – 38%
- Postparto – 42%

En las mujeres con DPP de inicio franco en periodo puerperal, el inicio parece ocurrir con más comúnmente dentro de los primeros meses postparto (18):

- Primer mes postparto – 54%
- 2° a 4° mes postparto – 40%
- 5° a 12° mes postparto – 6%

## FACTORES DE RIESGO

Se han identificado un gran número de posibles factores de riesgo, entre los muchos posibles factores para los síndromes depresivos postparto, el factor que tiene el mayor efecto y se asocia de manera más consistente con la DPP es un historial de depresión perinatal o no perinatal (19–21) Se ha descrito que el riesgo de depresión mayor o menor perinatal fue más del doble en mujeres con antecedentes de depresión, en comparación con las mujeres sin antecedentes de depresión (3). Igualmente, que la depresión mayor postparto es cinco veces más probable en mujeres que estaban deprimidas durante su embarazo, en comparación con las mujeres que no estaban deprimidas durante este (6).

Los factores adicionales que se asocian con frecuencia con la DPP incluyen:

- Situaciones angustiantes o estresantes durante el embarazo o después del parto (19,20,22).
- Escaso apoyo social y económico durante el embarazo y/o el puerperio (23).

- Edad temprana (24).
- Estado civil soltero (1).
- Multiparidad (25).
- Antecedentes familiares de DPP o enfermedad psiquiátrica (26).
- Violencia de pareja y antecedentes de abuso físico y/o sexual de por vida (6,24).
- Embarazo no deseado/no deseado (1,3).
- Actitudes negativas hacia el embarazo (3).
- Miedo al parto (27).
- Mala salud física perinatal (por ejemplo, obesidad en el momento de la concepción, diabetes pregestacional o gestacional, hipertensión prenatal o postparto, o infección después del parto) (3,6).
- Insatisfacción con la imagen corporal (preconcepción, prenatal y/o postparto) (28).
- Antecedentes de síndrome premenstrual o trastorno disfórico premenstrual (29).
- Alteración del sueño (3)
- Embarazo adverso y resultados neonatales (por ejemplo, incluyendo mortinato, parto prematuro, muy bajo peso al nacer y muerte neonatal) (19).
- Blues postparto (síntomas depresivos subsindrómicos) (24).
- Dificultad para amamantar/menor duración/cese (25).
- Estrés en el cuidado de los niños, como llanto infantil inconsolable, temperamento infantil difícil o trastornos del sueño infantil (3).

En un estudio realizado en China, se resumieron los factores de riesgo de la DPP utilizando los hallazgos de las revisiones sistemáticas y metaanálisis publicados, centrados en los hallazgos mejor estudiados. El propósito de esta revisión es brindar una visión amplia de los factores de riesgo de DPP basados en la evidencia (2)

## ETIOPATOGENIA

Se desconoce la patogénesis de la DPP; los factores involucrados pueden incluir susceptibilidad genética (30), fenómenos epigenéticos (por ejemplo, metilación del

ADN) (31) y cambios hormonales (32), así como problemas psicológicos y sociales y eventos estresantes de la vida (33).

#### Genética

La intervención de los factores genéticos para la incidencia de la DPP es del 4%. Se encontró que, una paciente cuya hermana tenía un episodio de DPP, el riesgo de un episodio en la paciente aumentaba cuatro veces. El 42% de las mujeres con antecedentes familiares de DPP sufrió depresión después de su primer parto. Por otra parte, entre las mujeres sin tales antecedentes, solo el 15% presentó DPP dentro de las cuatro semanas posteriores Al parto (34).

#### Cambios hormonales

La transición del embarazo al período postparto se caracteriza por cambios hormonales significativos (35):

El tercer trimestre del embarazo se caracteriza por:

- Niveles altos de estrógeno y progesterona (35).
- Eje hipotalámico-pituitario-suprarrenal (HPA) hiperactivo con cortisol plasmático alto, que es parcialmente estimulado por altos niveles de estrógeno y progesterona (35).

El parto y la transición al período postparto se caracteriza por:

- Disminución rápida de los niveles de estrógeno y progesterona (35).
- Disminución de la actividad del eje HPA debido a la supresión de la secreción hipotalámica de la hormona liberadora de corticotropina (CRH) (35).

Las hormonas reproductivas están involucradas en el procesamiento de las emociones, la excitación, la cognición y la motivación, la regulación de los sistemas biológicos implicados en la depresión mayor y la modulación de los neurocircuitos involucrados en estados afectivos normales y anormales (36).

- Estrógeno

Los cambios en los niveles absolutos de estradiol no se han reportado consistentemente en mujeres con DPP (36).

Las teorías propuestas para la participación del estrógeno en la DPP incluyen sensibilidad alterada a la señalización de estrógenos debido a cambios en la expresión de la transcripción sensible al estrógeno, diferencias en las moléculas de señalización de estrógeno, influencia directa del estrógeno en la función del eje hipotalámico-pituitario-suprarrenal (HPA), lo que resulta en la desregulación de las hormonas del estrés (36).

El estrógeno también puede mediar la metilación del ADN en el hipocampo, aumentando el riesgo de DPP (36).

- Oxitocina y la prolactina

Han sido implicadas en la modulación de la DPP debido a su participación en la regulación de los comportamientos maternos, incluyendo la interacción madre-hijo (parto, lactancia y apego), no se ha demostrado un papel claro de estas hormonas en la DPP (35).

- Progesterona

Tiene un papel conflictivo; el tratamiento con progesterona ha demostrado aumentar el riesgo de depresión y empeorar las puntuaciones de depresión en mujeres postparto y en estudios con animales, así como ha disminuido la recurrencia de la DPP (35).

- Función del eje hipotalámico-pituitario-suprarrenal (HPA)

La CRH del núcleo paraventricular del hipocampo desencadena la estimulación de la hormona adrenocorticotrópica (ACTH) de la hipófisis anterior, lo que desencadena la liberación de cortisol de la corteza suprarrenal (35).

La regulación del eje HPA puede ser disfuncional en mujeres con DPP. Los niveles plasmáticos de CRH, ACTH y cortisol disminuyen después del parto y vuelven a la normalidad aproximadamente a las 12 semanas después del parto. Las mujeres con o en riesgo de DPP pueden tener una mayor reactividad al estrés. CRH se ha utilizado para predecir y diagnosticar la DPP (35).

- Neuroesteroides

Los niveles de neuroesteroides aumentan durante el embarazo y disminuyen en el período postparto. La alopregnanolona es un metabolito de la progesterona con efectos ansiolíticos y antidepresivos que disminuye en el trastorno depresivo mayor y aumenta después del tratamiento con antidepresivos

La disminución de los niveles de alopregnanolona se ha asociado con un mayor riesgo de DPP (36).

## MANIFESTACIONES CLÍNICAS

El cuadro clínico de la DPP parece ser comparable con la clínica del episodio depresivo mayor que ocurren fuera del período postparto (37).

Los episodios graves se caracterizan por (38):

- Síntomas depresivos durante la gestación (38).
- Puntaje en la EPDS promedio de 20 (38).
- Síntomas de ansiedad e ideación suicida (38).
- Complicaciones obstétricas (ejemplo, estrés fetal, hemorragia postparto y bajo peso al nacimiento) (38).
- Curso de la enfermedad: la DPP no tratada puede resolverse espontáneamente o con tratamiento, o convertirse en un trastorno depresivo persistente o crónico (37).

Los episodios de depresión mayor postparto duran al menos un año en el 30-50% de las pacientes (38). Comparable a lo que se observa para los episodios de depresión mayor que ocurren fuera del puerperio. Por otro lado, las pacientes que se recuperan de un episodio de DPP están en riesgo de recurrencias. Se estima que, entre las mujeres con depresión postparto, la recurrencia de la DPP y/o no postparto ocurre en aproximadamente 40-50% (38).

## EFECTOS ADVERSOS

### Lactancia materna

La DPP parece estar asociada con un mayor riesgo de no concretar la lactancia, se ha observado lactancia materna en menor proporción en mujeres con síntomas depresivos en comparación con mujeres no deprimidas (39). Se ha determinado que los síntomas depresivos durante el periodo postparto se asociaron con disminución de la duración del periodo de lactancia materna (40).

### Alteración del vínculo madre-hijo

Se ha descrito menor interacción madre-hijo en pacientes con DPP; las madres con síntomas depresivos tienen menos probabilidades de contar historias de sus hijos todos los días, en comparación con las madres no deprimidas, igualmente las madres deprimidas también tienen menos probabilidades de jugar y de leer a sus hijos con menos frecuencia (39).

### Atención médica infantil

La depresión postparto parece estar asociada con una atención médica más deficiente de los niños.

### Sueño infantil

Las madres con DPP pueden ser menos propensas a posicionar adecuadamente a sus bebés para dormir. Un estudio prospectivo de madres postparto encontró que las mujeres con síntomas depresivos tenían menos probabilidades de dormir a sus bebés boca arriba, en comparación con las mujeres no deprimidas (39).

Vacunas infantiles: los hijos de madres deprimidas pueden ser menos propensos a recibir vacunas. Los análisis encontraron que la aplicación de las vacunas hasta los 24 meses de edad fue recibida por menos hijos de madres deprimidas que los hijos de madres no deprimidas (54 vs. 62%) (41).

La DPP también puede comprometer las prácticas de seguridad, como el uso de asientos de automóvil para bebés y cubiertas de toma de corriente eléctrica (41).



- Desarrollo anormal del lactante y el niño.
- Deterioro cognitivo y psicopatología en el niño.
- Discordia matrimonial: puede explicar parcialmente los efectos adversos de la DPP sobre la salud infantil.

### Suicidio

Tomando en cuenta que el suicidio es una de las principales causas de mortalidad durante el periodo postparto, la tasa absoluta de suicidio durante este periodo es muy baja y oscila entre 1 - 5 por cada 100,000 nacidos vivos (42,43).

Un estudio de mujeres en periodo postparto que cometieron suicidio en el Reino Unido entre 1997 - 2012 encontró las siguientes características: la mayoría de las mujeres tenían una pareja estable, la mayoría estaban recibiendo tratamiento de salud mental, no manifestaban ideas suicidas o de autolesión reciente en el momento del último contacto clínico y la mayoría tenía diagnóstico primario de depresión (51%) (42).

Sin embargo, la incidencia de suicidio en las puérperas parece ser incluso menor que la igualmente baja tasa de suicidio en la población general de mujeres. Se ha determinado que la tasa de suicidio en pacientes durante el periodo postparto fue aproximadamente la mitad de la observada en la población general (razón de tasas 0.54) (43).

Los intentos de suicidio son eventos poco usuales durante el puerperio. Se ha reportado una tasa de aproximadamente 44 por cada 100,000 nacidos vivos; en comparación, la tasa en la población femenina general fue de 64 por 100.000. La muerte fetal o infantil se asoció con intentos de suicidio en mujeres postparto, la ideación suicida ocurre en aproximadamente el 3 por ciento. Sin embargo, pese a lo anterior, las evaluaciones clínicas revelaron que muy pocas de las mujeres estaban en riesgo de suicidio, manifestada por la ideación suicida activa con planes, intención y acceso a medios (44).

### Infanticidio

La rumia sobre dañar al bebé puede ocurrir en la DPP. Estos pensamientos generalmente, no se revelan a menos que los pacientes sean interrogados directamente, pueden indicar que los pacientes son psicóticos y, por lo tanto, deben provocar una evaluación de los síntomas psicóticos, como delirios o alucinaciones.

El infanticidio es un evento raro; una revisión de siete estudios encontró que la incidencia varió de aproximadamente 2 a 7 por cada 100,000 bebés (45).

El infanticidio durante la DPP puede ser más probable que ocurra en mujeres psicóticas o que fueron ingresadas previamente en un hospital psiquiátrico. Las madres que matan a sus bebés a menudo intentan suicidarse (45), y un estudio encontró que entre 80 mujeres postparto que se suicidaron durante un período de 15 años, dos mataron a su bebé antes de suicidarse (43). Una serie de casos de 10 madres con DPP que mataron a sus bebés encontraron que el embarazo era deseado y que el bebé estaba sano, pero que las mujeres se sentían abrumadas y reacias a quedarse solas con el bebé (46).

### EVALUACIÓN

Se debe sospechar el trastorno cuando se manifiestan los siguientes síntomas (47):

- Ansiedad sobre la salud del bebé
- Preocupación por la capacidad de uno para cuidar al bebé
- Percepción negativa del temperamento y el comportamiento infantil
- Abatimiento durante al menos dos semanas
- Falta de interés en las actividades del bebé
- Falta de respuesta al apoyo y la tranquilidad
- Consumo de alcohol, drogas ilícitas o tabaco
- No adherencia a la atención postparto
- Visitas frecuentes sin rutina o llamadas telefónicas al obstetra o pediatra

## DETECCIÓN

Se recomienda examinar a todas las mujeres en periodo postparto para detectar depresión y que las pruebas de detección se implementen con servicios establecidos para garantizar el diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

La mayoría de los estudios que examinan los factores de riesgo para la DPP han utilizado la EPDS, el cual es el instrumento más utilizado para evaluar a las mujeres en periodo postparto, está diseñado para detectar depresión instrumento de detección y, por lo tanto, no está destinada a hacer un diagnóstico. El instrumento tiene las siguientes características (48):

- Se puede completar en un corto periodo de tiempo (regularmente menos de cinco minutos) (48).
- Es fácil de calificar (48).
- Disponible en más de 50 idiomas (48).

La especificidad de la escala se ve respaldada ya que el instrumento no incluye elementos que indaguen en los síntomas depresivos somáticos (ejemplo: sueño y el apetito), síntomas comunes en las mujeres en periodo postparto sin depresión. Las respuestas a los ítems se puntúan 0, 1, 2 o 3, con una puntuación máxima de 30 (48,49).

Se sugiere una puntuación de corte de 10, que parece maximizar la sensibilidad y la especificidad y proporciona un rendimiento de prueba generalmente bueno a excelente (48).

Todo esto basado en un metaanálisis de 36 estudios, el cual incluyó datos de 9066 mujeres examinadas, tanto embarazadas y en periodo postparto; la depresión mayor se determinó en 1330, basada en entrevistas semiestructuradas (48). La puntuación de corte óptima para maximizar la sensibilidad (0,81) más la especificidad (0,88) en la detección de la depresión mayor fue de  $\geq 10$ , y el valor predictivo positivo superó el 60% (48).

Los pacientes que dan positivo para depresión, con un instrumento de detección, requieren una entrevista clínica para hacer el diagnóstico (48).

El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) recomienda que médicos examinen a las pacientes en periodo perinatal al menos una vez (19). El momento y la frecuencia del cribado no están estandarizados, se ha determinado un tiempo razonable para la detección de 4-8 semanas después del parto, según los ensayos aleatorios que encontraron que la detección una vez en esos puntos de tiempo fue beneficiosa en comparación con la atención habitual (19).

Como parte de la detección, se puede aconsejar a los pacientes sobre el riesgo de desarrollar un síndrome depresivo y se les puede enseñar a reconocer los síntomas tempranos y buscar la intervención adecuada (48).

El beneficio de la detección de la DPP se basa en los entornos de práctica que establecen sistemas adecuados para garantizar un diagnóstico preciso, un tratamiento efectivo y un seguimiento adecuado (48).

Proporcionar estos servicios en el mismo sitio donde se realiza la detección puede proporcionar mejores resultados que derivar a los pacientes que dan positivo a una clínica diferente para evaluaciones y tratamiento psiquiátrico (48). En un estudio, las pacientes que dieron positivo para la depresión mediante las EPDS fueron referidas a una clínica psiquiátrica perinatal especializada; casi el 80% no se presentó a su cita (48).

## EVALUACIÓN INICIAL

La evaluación inicial de las mujeres postparto con sospecha de depresión mayor unipolar incluye la historia de trastornos psiquiátricos y médicos generales, el estado mental y el examen físico, y las pruebas de laboratorio enfocadas (11).

En particular, la evaluación debe abordar la ideación y el comportamiento suicidas actuales y pasados, psicosis (ejemplo: delirios, alucinaciones, pensamiento y comportamiento desorganizados) identificación, derivación a un especialista en salud mental para una evaluación y manejo adicionales.

Los pacientes con síntomas graves (ejemplo: ideación, comportamiento suicida o alucinaciones auditivas de comando) deben ser remitidos a un departamento de

emergencias. La evaluación de la depresión mayor se centre en los cinco síntomas cognitivos y del estado de ánimo de la depresión mayor:

- Disforia
- Anhedonia
- Inutilidad o culpa excesiva
- Deterioro de la concentración y la toma de decisiones
- Ideación y comportamiento suicida

La depresión postparto a menudo no es reconocida por los pacientes y los médicos porque los síntomas somáticos de la depresión se superponen con algunas de las molestias habituales del puerperio agudo, como la fatiga, la dificultad para dormir, la falta de apetito y la libido disminuida (50). Estos síntomas deben evaluarse en el contexto de las expectativas normales para el período postparto (50). Por ejemplo, la falta de energía hasta el punto de no poder levantarse de la cama durante horas es anormal y debe distinguirse de la falta normal de energía que resulta de la privación del sueño y el cuidado de un bebé, aunque el insomnio postparto es común, las pacientes que no pueden dormir incluso cuando sus bebés duermen pueden tener DPP (50). La disminución del apetito que se acompaña de la incapacidad de disfrutar del sabor de los alimentos, tener que obligarse a comer y la pérdida rápida de peso probablemente representa un síndrome depresivo (50).

Las mujeres a menudo son reacias a discutir sus síntomas depresivos, tal vez debido a las expectativas sociales percibidas de que las nuevas madres son felices, lo que puede generar vergüenza, culpa y estigma, temen que sus bebés sean llevados por las agencias de bienestar infantil (50).

Como parte de la evaluación inicial para la depresión mayor postparto, es conveniente interrogar a las pacientes sobre su actitud hacia el embarazo y el bebé, el funcionamiento (por ejemplo, la capacidad de cuidar al bebé), el abuso de alcohol y drogas, y los factores estresantes y los apoyos, así como la violencia de pareja (51).

## DIAGNÓSTICO

La DPP no es un diagnóstico separado en el DSM-5; en cambio, las pacientes son diagnosticadas con depresión mayor junto con el especificador “con inicio periparto”; para los episodios que surgen dentro de las cuatro semanas posteriores al parto (3). Para los episodios de DPP que se presentan más de cuatro semanas después del parto, no hay ningún modificador disponible en el DSM-V (9).

Aunque la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud-10 La revisión (CIE10) incluye el diagnóstico de DPP no especificado de otra manera, la CIE-10 desalienta el uso de este diagnóstico y, en cambio, alienta a los médicos a diagnosticar un episodio depresivo de acuerdo con los mismos criterios que se utilizan para los episodios no puerperales (52).

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Revisar el diagnóstico diferencial puede prevenir un tratamiento inadecuado.

Cambios postparto normales: los síntomas somáticos de la depresión mayor (cambios en el sueño, el nivel de energía y el apetito) se superponen con los cambios observados en las mujeres postparto que no están deprimidas. Los médicos pueden determinar si se deben a la depresión o a cambios normales relacionados con el puerperal mediante la evaluación de estos síntomas en el contexto de las expectativas normales para el puerperio.

Tristeza postparto: el diagnóstico de tristeza postparto no requiere un número mínimo de síntomas. Los síntomas de la tristeza postparto son leves y autolimitados, generalmente se desarrollan dentro de los dos o tres días posteriores al parto, alcanzan su punto máximo en los próximos días y se resuelven dentro de las dos semanas posteriores al inicio.

Por el contrario, el diagnóstico de depresión mayor requiere un mínimo de cinco síntomas que deben estar presentes durante al menos dos semanas. Los síntomas de la tristeza postparto que persisten más allá de las dos semanas se consideran mejor como DPP en lugar de tristeza postparto.

Depresión bipolar: está marcada por antecedentes de hipomanía y/o manía. La agitación puede ser más frecuente.

## ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

La depresión postparto (DPP) es un trastorno mental afectivo severo, su incidencia mundial es del 15%; a nivel mundial, la prevalencia de DPP se estima generalmente entre el 3% y el 19%, sin embargo, las tasas varían dentro y entre países debido a diferentes criterios de diagnóstico y tiempos de evaluación (53).

En los últimos años, la DPP ha tomado gran protagonismo; aproximadamente 13% de las mujeres en Latinoamérica la padecen (54). Entre las latinas en el Estados Unidos y México, la tasa de DPP oscila entre el 16% y el 56%, muy por encima del 10% y el 15% de incidencia de depresión y ansiedad notificada en la población general durante el año posterior al parto. Las tasas de prevalencia en puérperas en México rondaron el 13% (55).

En un metaanálisis realizado en China en 2020, se analizaron los factores de riesgo para la DPP, se identificaron los siguientes: violencia y abuso, estatus migratorio, diabetes gestacional, cesárea, antecedentes de depresión, deficiencia de vitamina D, obesidad y sobrepeso, interrupción del sueño posparto y sueño posparto deficiente, falta de apoyo social, patrón dietético tradicional (japonés, indio, británico y brasileño), nacimientos múltiples, prematuros y de bajo peso al nacer, anemia postparto, experiencia negativa del parto. Se informan igualmente factores protectores que no tienen relevancia para el estudio que se pretende realizar, pero sí para los posibles manejos de pacientes identificadas con DPP, como son: contacto piel con piel, mayores concentraciones de DHA en la leche materna, mayor consumo de mariscos, dieta brasileña, patrones de dieta saludables, suplementos multivitamínicos, consumo de calcio, vitamina D, zinc y posiblemente selenio. Se concluyó que la depresión previa es un factor de riesgo de DPP entre las madres adolescentes. Por lo tanto, los factores relacionados con la depresión (depresión previa, depresión durante el embarazo, historia previa de depresión o tristeza por maternidad) son factores de riesgo de DPP (2).

En otro estudio realizado en Francia en 2014, se estimó una prevalencia de la DPP aproximadamente de 13%. En este estudio se tuvo como objetivo identificar factores de riesgo sociodemográficos, psicosociales y obstétricos de DPP en una muestra de



población de clase media. La depresión durante el embarazo, el estatus migratorio y el abuso físico por parte de la pareja, se asociaron de forma independiente con la DPP. Muchos otros factores estresantes maternos, como el dolor durante el parto o el parto de emergencia, no se asociaron significativamente con la DPP. Igualmente, se concluyó que posible que algunos factores estresantes maternos interactúen con factores genéticos o con factores de riesgo obstétricos para aumentar el riesgo de DPP (6).

En un tercer estudio realizado en Japón en 2016, se concluyó que el primer mes después del parto representó la prevalencia máxima de síntomas depresivos durante los primeros 6 meses postparto. Sin embargo, hubo diferencias importantes en la prevalencia de síntomas depresivos cuando se consideraron la edad materna y la paridad. La paridad, se asoció con síntomas depresivos solo durante la estancia hospitalaria y al mes postparto. Las primíparas tuvieron puntajes EPDS significativamente más altos que las multíparas durante la estancia en el hospital y el primer mes después del parto. De manera similar, alrededor del doble de primíparas tenían puntajes EPDS de 9 en comparación con multíparas durante el mismo período de tiempo. Por lo tanto, los hallazgos sugieren la necesidad de cuidados más intensivos para las primíparas durante el primer mes postparto(53).

## JUSTIFICACIÓN

### MAGNITUD E IMPACTO

La DPP es un importante problema de salud pública con impacto mundial en la enfermedad, la discapacidad y la mortalidad.

La DPP es un trastorno mental afectivo severo, como ya se mencionó anteriormente, su incidencia mundial es del 15% y afecta hasta al 56% de las mujeres latinas residentes en México durante los primeros 4 meses tras el nacimiento de su bebé.

Se asocia a suicidio e infanticidio y el primero es una de las causas más importantes de muerte materna durante el período perinatal.



### **APLICABILIDAD**

En el hospital de la mujer de Aguascalientes en la última década se tuvo un promedio anual de 9933 nacimientos, por lo que es de interés el conocer la incidencia del problema.

### **FACTIBILIDAD**

Se puede llevar a cabo por contar con una población suficiente de pacientes, se cuenta con personal médico, enfermería y administrativo para la realización de la investigación.

Se busca la autorización por el comité estatal de bioética en investigación.

### **HIPÓTESIS**

Los factores de riesgo de la depresión postparto en el Hospital de la Mujer del Estado de Aguascalientes serán similares a los que determinan la incidencia en los otros países en vías de desarrollo.

### **OBJETIVOS**

Analizar los factores de riesgo que intervienen en la incidencia de la depresión postparto.

### CAPÍTULO III

#### MATERIAL, PACIENTES Y MÉTODOS

##### I. Tipo, diseño y características del estudio

Se trató de un estudio de casos y controles, prospectivo y observacional que se llevó a cabo desde el mes de junio al mes de noviembre del año 2022 en el Hospital de la Mujer del Estado de Aguascalientes; se estudió a las pacientes en puerperio inmediato con seguimiento en la etapa tardía, tanto postparto o postquirúrgico, así como fisiológico y patológico, se comparó en ambos grupos el riesgo de DPP mediante el análisis de los factores asociados.

Se analizaron las variables categóricas usando frecuencias y porcentaje. Las variables continuas se representaron usando promedios, media y desviación estándar y rangos.

##### II. Población en estudio

Todas las pacientes que se encontraron en puerperio inmediato, se les dio seguimiento en la etapa tardía, postparto o postquirúrgico, fisiológico o patológico, con feto en edad gestacional viable obtenido vivo u óbito, en alojamiento conjunto u hospitalizado, que fueron atendidas en el Hospital de la Mujer de Aguascalientes en el mes de junio a noviembre del año 2022.

*Tabla 1. Descripción y operacionalización de las variables.*

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO Y CARACTERÍSTICA DE LA VARIABLE	INDICADORES	UNIDADES
<b>Edad</b>	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la	Cuantitativa continua	Adolescencia temprana <15 años Adolescencia 15-19 años	Años

	evaluación clínica-bioquímica.		Edad reproductiva 20-35 años Edad materna avanzada >35 años	
<b>Escolaridad</b>	Grado concluido de estudios al momento de la evaluación.	Cualitativa nominal	Sin estudios Prim incompleta Prim completa Sec incompleta Sec completa Bach incompleto Bach completo Lic incompleta Lic completa TSU incompleto	0. Baja escolaridad (menor o igual a secundaria) 1. Alta escolaridad (mayor a secundaria completa)
<b>Ocupación</b>	Actividad con sentido en la que la persona participa cotidianamente	Cualitativa nominal	Desempleada Trabajo doméstico (Ama de casa) Empleada operativa Oficio Empleada profesionalista Comerciante Estudiante	0. Sin ocupación 1. Con ocupación
<b>Estado civil</b>	Condición de una persona en relación con su matrimonio, se hacen constar en el Registro Civil.	Cualitativa nominal	Sin pareja Con pareja	0. Sin pareja 1. Con pareja
<b>Apoyo de pareja</b>	Persona que ayuda a conseguir algo o que	Cualitativa nominal	No Sí No especifica	0. No 1. Sí 2. No especifica

	favorece el desarrollo de algo.			
<b>Toxicomanías de la pareja</b>	Hábito de consumir drogas, del que resulta muy difícil prescindir por dependencia psicológica o fisiológica.	Cualitativa nominal	No Sí No especifica	0. No 1. Sí 2. No especifica
<b>Apoyo de terceros</b>	Persona que ayuda a conseguir algo o que favorece el desarrollo de algo.	Cualitativa nominal	No Sí No especifica	0. No 1. Sí 2. No especifica
<b>Enfermedades psiquiátricas propias</b>	Alteración clínicamente significativa de la cognición, regulación de las emociones o el comportamiento	Cualitativa nominal	No Sí No especifica	0. No 1. Sí 2. No especifica
<b>Enfermedades psiquiátricas familiares</b>	Alteración clínicamente significativa de la cognición, regulación de las emociones o el comportamiento	Cualitativa nominal	No Sí No especifica	0. No 1. Sí 2. No especifica
<b>Antecedente de depresión</b>	Trastorno mental caracterizado por tristeza profunda, decaimiento	Cualitativa nominal	No Sí No especifica	0. No 1. Sí 2. No especifica

<b>(no embarazo)</b>	anímico, baja autoestima, pérdida de interés y disminución de las funciones psíquicas.			
<b>Depresión en embarazo previo</b>	Episodio depresivo con gravedad moderada a grave que comienza cuatro semanas después del parto.	Cualitativa nominal	No Sí No especifica	0. No 1. Sí 2. No especifica
<b>Situación angustiante durante el embarazo</b>	Situación que causa intranquilidad, causado por algo desagradable o por la amenaza de una desgracia o un peligro.	Cualitativa nominal	No Sí	0. No 1. Sí
<b>Violencia</b>	Uso de la fuerza para conseguir un fin, especialmente para dominar a alguien o imponer algo.	Cualitativa nominal	No Sí	0. No 1. Sí
<b>Embarazo no deseado</b>	Aquel que se produce sin tenerlo previsto	Cualitativa nominal	No Sí	0. No 1. Sí

<b>Multiparidad</b>	Número de partos después de las 20 semanas.	Cuantitativa continua	No Sí	0. No 1. Sí
<b>Complicaciones en este embarazo</b>	Problemas de salud que se dan durante el período de gestación. Pueden afectar la salud de la madre, del bebé o ambos.	Cualitativa nominal	No Sí	0. No 1. Sí
<b>Vía de nacimiento</b>	Salida del feto viable a través del canal del parto o de las paredes uterinas y de la pared abdominal de la madre.	Cualitativa nominal	Vaginal Abdominal	0. Vaginal 1. Abdominal
<b>RN hospitalizado</b>	Ingreso de una del recién nacido al hospital para su examen, diagnóstico, tratamiento por parte del personal médico.	Cualitativa nominal	No Sí	0. No 1. Sí
<b>Alojamiento conjunto</b>	Ubicación del recién nacido y su madre en la misma habitación, lo más inmediato después del parto.	Cualitativa nominal	No Sí	0. No 1. Sí

<b>Lactancia materna</b>	Tipo de alimentación que consiste en que el bebé solo reciba leche materna y ningún otro alimento	Cualitativa nominal	No Sí	0. No 1. Sí
<b>Dificultades para la lactancia</b>	Situación que complique o limite la lactancia.	Cualitativa nominal	No Sí	0. No 1. Sí
<b>Enfermedad psiquiátrica de la pareja</b>	Pareja con diagnóstico de enfermedad psiquiátrica.	Cualitativa nominal	No Sí	0. No 1. Sí
<b>Personas dependientes de la paciente</b>	Menores de edad, ancianos, discapacitados, etc.	Cualitativa nominal	No Sí	0. No 1. Sí
<b>Aborto/óbito</b>	Antecedente de pérdida gestacional.	Cualitativa nominal	No Sí	0. No 1. Sí
<b>Violencia</b>	Situación de violencia hacia la paciente antes o durante la gestación.	Cualitativa nominal	N/A Antes Durante Ambos	0. N/A 1. Antes 2. Durante 3. Ambos
<b>Toxicomanías maternas</b>	Presencia de toxicomanías antes o durante la gestación.	Cualitativa nominal	N/A Antes Durante Ambos	0. N/A 1. Antes 2. Durante 3. Ambos

<p><b>Puntaje EPDS puerperio temprano</b></p>	<p>Instrumento utilizado para realizar tamizaje de las madres con riesgo de padecer depresión postparto</p>	<p>Cuantitativa continua.</p>	<p>0 – 30 puntos</p>	<p>≥ 10 puntos, riesgo de depresión postparto</p>
<p><b>Puntaje EPDS puerperio tardío</b></p>	<p>Instrumento utilizado para realizar tamizaje de las madres con riesgo de padecer depresión postparto</p>	<p>Cuantitativa continua.</p>	<p>0 – 30 puntos</p>	<p>≥ 10 puntos, riesgo de depresión postparto</p>

IV. Selección de la muestra:

- a) Tipo de Muestreo: No Probabilístico con un intervalo de confianza del 95%.
- b) Tamaño de la muestra: se calculó aplicando la fórmula para encontrar la proporción de una variable en una población con un nivel de confianza al 95%, una proporción esperada del 15% una precisión más menos del 5%, se estudiaron 195.9 casos, cerrando en una muestra de 200 pacientes.
- c) Criterios de selección:
  - i. Criterios de inclusión:
 

Todas las pacientes que se encontraron en periodo de puerperio postparto o postquirúrgico fisiológico o patológico, con feto en edad gestacional viable obtenido vivo u óbito, en permanencia en hospitalización o en alojamiento conjunto, atendidas en el Hospital de la Mujer de Aguascalientes en el periodo de junio a noviembre 2022 y que acepten participar en el estudio al firmar consentimiento informado.



ii. Criterios de exclusión:

- Pacientes que no desearon participar en el estudio.
- Pacientes cursando puerperio postlegado uterino instrumentado o postaspiración manual endouterina secundario a pérdidas gestacionales menores de 26 semanas de gestación; pacientes extranjeras.

i. Criterios de eliminación:

- Instrumento de evaluación incompleto.
- Pérdida de la paciente en el control de seguimiento.
- Consentimiento informado no firmado o llenado debidamente.

V. Recolección de la Información

a) Instrumento(s): Se obtuvo información por medio de la aplicación de una encuesta de autollenado para la obtención de datos en búsqueda de factores de riesgo (datos de la historia clínica e información del embarazo actual) así como de la EPDS, el cual es un cuestionario de tamizaje de DPP de llenado rápido, fácilmente completado y bien aceptado, que identifica de manera confiable a la mayoría de las mujeres con DPP. Su puntaje total ha demostrado proveer de manera precisa la probabilidad de depresión clínica en muchas culturas y países. Se tomó como punto de corte la puntuación de 10 en la EPDS esto tomando en cuenta que la puntuación de corte óptima para maximizar la sensibilidad (0,81) más la especificidad (0,88) en la detección de la depresión mayor fue de  $\geq 10$  y el valor predictivo positivo superó el 60%; lo anterior tomando en cuenta un metaanálisis de 36 estudios (48).

b) Logística

- Se explicó a las pacientes hospitalizadas en vigilancia de puerperio inmediato, la información pertinente del protocolo el estudio; se le entregó un consentimiento bajo información de autorización a quienes aceptaron participar en el estudio. Ya autorizada la participación, se les entregó el cuestionario mencionado sobre los datos de la historia clínica, del embarazo y la EPDS.
- Se recolectaron las encuestas y se verificó la presencia de consentimiento informado autorizado y datos de encuestas completos; las encuestas que no

se encontraron como anteriormente se describió, fueron excluidas del estudio y no se procedió con el seguimiento.

- En un intervalo de tiempo de cuatro a seis semanas, se le dio seguimiento vía telefónica a cada paciente, se reaplicó el instrumento de evaluación (EPDS) y se obtuvo una nueva puntuación.

VI. Metodología Experimental: No aplica.

VII. Análisis estadístico

Se obtuvo la información del formato de autollenado y se filtraron los datos obtenidos en una hoja de Excel. Las variables cuantitativas como la edad se expresaron con número, a las demás variables se les otorgó un valor según la categoría como se expresó en las tablas anteriormente.

### CONSIDERACIONES ÉTICO-LEGALES

Se explicó a las pacientes hospitalizadas para vigilancia de puerperio (en cualquiera de las etapas y modalidades en las que se encontraron) la información pertinente al protocolo de estudio; se le entregó un consentimiento bajo información de autorización a quienes aceptaron participar en el estudio.

De acuerdo con el artículo 17 de la Ley General de Investigación en materia de salud, este estudio se clasifica como riesgo mínimo.

### RECURSOS PARA EL ESTUDIO

- Recursos humanos: Médicos residentes e internos.
- Recursos Materiales: Computadora, hojas, impresora, expedientes clínicos.
- Recursos financieros: No aplicaron costos extras a la atención de la paciente.

Tabla 2. Cronograma de actividades.

Actividad	2022				2023
	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero
Investigación bibliográfica	X				
Redacción de protocolo	X				
Aceptación de protocolo	X				
Aplicación de encuestas	X	X	X		
Elaboración de base de datos	X	X	X		
Análisis de datos				X	
Resultados y conclusiones				X	X

### DIFUSIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El resultado de este protocolo de investigación se entregó a la Universidad Autónoma de Aguascalientes y al Hospital de la Mujer de Aguascalientes en formato de tesis, para lo obtención de grado de especialista en Ginecología y Obstetricia.

## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS

Se analizaron los resultados obtenidos de las 200 pacientes, se analizaron 25 variables, de las cuales 12 mostraron una fuerza o nivel de asociación de riesgo de DPP, para de esta manera identificar las variables o factores de riesgo más importantes que son capaces de llevar a una paciente a desarrollar DPP durante el puerperio temprano o tardío.

Los factores de riesgo y el nivel de riesgo en los que sí se encontró asociación con la DPP fueron los siguientes:

Las pacientes sin ocupación ( $n= 2, 1\%$ ), tienen tres veces más riesgo o probabilidad de padecer DPP en el puerperio inmediato con respecto a las pacientes que cuentan con una ocupación ( $OR = 3.47$ ;  $IC\ 95\% = 2.79 - 4.32$ ,  $p = 0.028$ ); situación que no mostró asociación durante puerperio tardío ( $OR = 2.75$ ;  $IC\ 95\% = 2.28 - 3.30$ ,  $p = 0.06$ ).

Las pacientes que no tienen pareja ( $n= 43, 21.5\%$ ), tienen dos veces más riesgo o probabilidad de padecer DPP en el puerperio inmediato, en comparación con las pacientes que sí cuentan con pareja ( $OR = 2.037$ ;  $IC\ 95\% = 1.009 - 4.114$ ,  $p = 0.045$ ); sin embargo, dicha situación no se encontró relevante en el puerperio tardío ( $OR = 1.873$ ;  $IC\ 95\% = 0.946 - 3.71$ ,  $p = 0.07$ ).

Las pacientes que, a pesar de tener pareja, no contaban con el apoyo de esta ( $n= 49, 24.5\%$ ), tienen cerca del doble de riesgo o probabilidad de padecer DPP en el puerperio inmediato con respecto a las pacientes que sí cuentan con el apoyo de su pareja ( $OR = 1.981$ ;  $IC\ 95\% = 1.007 - 3.895$ ,  $p = 0.046$ ); situación que no mostró significancia durante la reevaluación en el puerperio tardío ( $OR = 1.735$ ;  $IC\ 95\% = 0.901 - 3.338$ ,  $p = 0.1$ ).

A continuación, se muestran las tablas correspondientes a los resultados que se han descrito anteriormente, podemos observar como texto resaltado en la columna de  $p$

los elementos significativos para nuestro estudio con respecto al periodo de puerperio temprano.

Tabla 3. Frecuencia de las variables y resultados del análisis univariable y multivariable en el puerperio inmediato.

Variables	n= (%)	Riesgo de DPP puerperio inmediato (OR)	IC 95%		p
			Superior	Inferior	
<b>Edad</b>					
Baja Escolaridad**	148 (74)	1.044	0.52	2.093	0.904
Ocupación (desempleada)	2 (1)	3.474	2.79	4.324	<b>0.028*</b>
Estado civil (soltera)	43 (21.5)	2.037	1.009	4.114	<b>0.045*</b>
Apoyo de la pareja	49 (24.5)	1.981	1.007	3.895	<b>0.046*</b>
Toxicomanías de la pareja	127 (63.5)	0.953	0.508	1.789	0.881
Apoyo de terceros	44 (22)	2.5	1.247	5.011	<b>0.009*</b>
Enf. Psiquiátricas propias	21 (10.5)	4.698	1.831	12.056	<b>0.001*</b>
Enf. Psiq. Familiares	19 (9.5)	1.447	0.54	3.88	0.461
Antecedente de depresión (no embarazo)	24 (12)	5	2.045	12.225	<b>0.000*</b>
Depresión en embarazo previo	16 (8)	3.446	1.218	9.746	<b>0.014*</b>
Situación estresante durante el embarazo	66 (33)	5.175	2.689	9.959	<b>0.000*</b>
Embarazo no deseado	50 (25)	3.841	1.954	7.552	<b>0.000*</b>
Multiparidad	81 (40.5)	1.232	0.666	2.28	0.506
Antecedente de pérdida gestacional	33 (16.5)	2.33	1.082	5.015	<b>0.028*</b>
Antecedente de cesárea	42 (21)	1.091	0.521	2.285	0.816
Complicaciones este embarazo	82 (41)	1.455	0.788	2.688	0.23
Vía de nacimiento (abdominal)	74 (37)	0.918	0.487	1.727	0.79
RN hospitalizado	29 (14.5)	1.089	0.464	2.555	0.845
Lactancia materna	172 (86)	0.865	0.367	2.042	0.741
Dificultades en la lactancia	25 (12.5)	1.144	0.465	2.818	0.77
Toxicomanías antes del emb	61 (30.5)	3.293	1.728	6.275	<b>0.000*</b>
Toxicomanías durante el emb	18 (9)	1.591	0.585	4.328	0.36
Enf. Psiq. Pareja	11 ((5.5)	2.083	0.61	7.114	0.233
Familiares que dependen de la paciente	133 (66.5)	1.523	0.78	2.973	0.216
Violencia antes o durante el embarazo	17 (8.5)	5.156	1.808	14.703	<b>0.001*</b>

IC = Intervalo de confianza

\*\*Escolaridad menor o igual a secundaria completa

\*Valor de p <0.05, es estadísticamente significativo

Las pacientes quienes no cuentan con el apoyo de terceros (n= 44, 22%), tienen poco más de dos veces más riesgo o probabilidad de padecer DPP durante el puerperio inmediato (OR = 2.5; IC 95% = 0.1.247 – 5.011,  $p = 0.009$ ), así como el doble de riesgo de probabilidad de padecerla durante el puerperio tardío (OR = 2; IC 95% = 1.015 – 3.941,  $p = 0.043$ ), en comparación con las pacientes que sí cuentan con el apoyo de terceros, estos pudieron ser padres (padre y/o madre), padres de la pareja (padre y/o madre de la pareja), hermanos (propios o de la pareja), otros familiares, amigos, etc.

Pacientes con antecedente de enfermedades psiquiátricas propias ( $n= 21$ , 10.5 %) tienen casi cinco veces mayor riesgo de padecer DPP durante el puerperio inmediato (OR = 4.698; IC 95% = 1.831 – 12.056,  $p = 0.001$ ), así como cerca de siete veces mayor riesgo durante el puerperio tardío, con respecto a las pacientes sin exposición a este factor de riesgo (OR = 6.676; IC 95% = 2.332 – 19.112,  $p = 0.000$ ).

Considerando el antecedente de depresión fuera de la etapa gestacional ( $n= 24$ , 12%), las pacientes tienen cinco veces mayor riesgo o probabilidad de padecer DPP tanto durante periodo puerperal inmediato (OR = 5; IC 95% = 2.045 – 12.225,  $p = 0.000$ ) como en el tardío (OR = 5.07; IC 95% = 1.99 – 12.916,  $p = 0.000$ ), en comparación con las pacientes sin este antecedente.

De igual manera, el antecedente de DPP en otros embarazos ( $n= 16$ , 8 %), conlleva a un riesgo tres veces mayor de padecerla nuevamente en un embarazo siguiente durante puerperio inmediato (OR = 3.446; IC 95% = 1.218 – 9.746,  $p = 0.014$ ) en comparación con las pacientes que no cuentan con antecedente de DPP en embarazos previos; situación que no mostró asociación durante puerperio tardío (OR = 2.354; IC 95% = 0.838 – 6.613,  $p = 0.096$ ).

La presencia de una situación angustiante durante la gestación como factor de riesgo ( $n= 66$ , 33 %) lleva a las pacientes a un riesgo aproximadamente cinco veces mayor de padecer DPP durante el puerperio inmediato (OR = 5.175; IC 95% = 2.689 – 9.959,  $p = 0.000$ ) y de cuatro veces durante puerperio tardío de probabilidad de desarrollar DPP (OR = 4.086; IC 95% = 2.189 – 7.625,  $p = 0.000$ ), esto con respecto a las pacientes que no experimentaron situaciones de estrés durante la gestación.

Se encontró que una cuarta parte de las pacientes referían no haber deseado el embarazo, ( $n= 50$ , 25 %), lo que se identificó con un riesgo cerca de 4 veces mayor de probabilidad de padecer DPP durante el puerperio inmediato (OR = 3.841; IC 95% = 1.954 – 7.552,  $p = 0.000$ ) y cerca de tres veces durante el puerperio tardío (OR = 2.573; IC 95% = 1.337 – 4.95,  $p = 0.004$ ), en comparación con las pacientes que sí deseaban la gestación.

Igualmente, a continuación, se muestran las tablas correspondientes a los resultados que se han descrito anteriormente, con respecto al periodo de puerperio tardío.

Tabla 4 Frecuencia de las variables y resultados del análisis univariable y multivariable en el puerperio tardío.

Variables	n= (%)	Riesgo de DPP puerperio tardío OR	IC 95%		p
			Superior	Inferior	
<b>Edad</b>					
Baja Escolaridad**	148 (74)	1.027	0.533	1.979	0.936
Ocupación (desempleada)	2 (1)	2.75	2.287	3.306	0.064
Estado civil (soltera)	43 (21.5)	1.873	0.946	3.71	0.07
Apoyo de la pareja	49 (24.5)	1.735	0.901	3.338	0.097
Toxicomanías de la pareja	127 (63.5)	0.76	0.42	1.374	0.363
Apoyo de terceros	44 (22)	2	1.015	3.941	<b>0.043*</b>
Enf. Psiquiátricas propias	21 (10.5)	6.676	2.332	19.112	<b>0.000*</b>
Enf. Psiq. Familiares	19 (9.5)	2.575	0.985	6.731	<b>0.047*</b>
Antecedente de depresión (no embarazo)	24 (12)	5.07	1.99	12.916	<b>0.000*</b>
Depresión en embarazo previo	16 (8)	2.354	0.838	6.613	0.096
Situación estresante durante el embarazo	66 (33)	4.086	2.189	7.625	<b>0.000*</b>
Embarazo no deseado	50 (25)	2.573	1.337	4.95	<b>0.004</b>
Multiparidad	81 (40.5)	0.917	0.51	1.648	0.772
Antecedente de pérdida gestacional	33 (16.5)	2.05	0.965	4.358	0.059
Antecedente de cesárea	42 (21)	1.061	0.526	2.14	0.869
Complicaciones este embarazo	82 (41)	1.381	0.772	2.471	0.276
Vía de nacimiento (abdominal)	74 (37)	0.73	0.399	1.334	0.305
RN hospitalizado	29 (14.5)	0.88	0.385	2.01	0.761
Lactancia materna	172 (86)	1.282	0.548	3.003	0.566
Dificultades en la lactancia	25 (12.5)	0.627	0.249	1.58	0.319
Toxicomanías antes del emb	61 (30.5)	4.25	2.248	8.033	<b>0.000*</b>
Toxicomanías durante el emb	18 (9)	1.8	0.681	4.76	0.231
Enf. Psiq. Pareja	11 ((5.5)	2.135	0.628	7.257	0.215
Familiares que dependen de la paciente	133 (66.5)	1.19	0.644	2.198	0.579
Violencia antes o durante el embarazo	17 (8.5)	4.684	1.579	13.893	<b>0.003*</b>

IC = Intervalo de confianza

\*\*Escolaridad menor o igual a secundaria completa

\*Valor de p <0.05, es estadísticamente significativo

El antecedente de pérdida gestacional ya sea aborto u óbito, se presentó en 33 pacientes estudiadas (16.5%), determinando un riesgo dos veces mayor de padecer DPP durante el puerperio inmediato (OR = 2.33; IC 95% = 1.082 – 5.015,  $p = 0.028$ ) en comparación con las pacientes sin este antecedente; situación que no mostró relevancia durante puerperio tardío (OR = 2.05; IC 95% = 0.965 – 4.358,  $p = 0.059$ ).

En las pacientes con antecedente o consumo previo a la gestación de algún tóxico (tabaco, alcohol y/u otro tipo de sustancia) (n= 61, 30.5 %), se encontró un riesgo poco mayor de tres veces de padecer DPP durante el puerperio inmediato (OR = 3.293; IC 95% = 1.728 – 6.275,  $p = 0.000$ ) y cuatro veces mayor durante el puerperio

tardío (OR = 4.25; IC 95% = 02.248 – 8.033,  $p = 0.000$ ), con respecto a las pacientes sin este antecedente.

El haber experimentado algún tipo de violencia antes o durante la gestación (n= 17, 8.5 %), determinó un riesgo cinco veces mayor de padecer DPP durante el puerperio inmediato (OR = 5.156; IC 95% = 1.808 – 14.703,  $p = 0.001$ ), así como casi cinco veces durante el puerperio tardío (OR = 4.684; IC 95% = 1.579 – 13.893,  $p = 0.09$ ), en comparación con las pacientes sin exposición a este factor de riesgo.

Podemos observar a continuación la representación gráfica de estos resultados estadísticamente significativos tanto para el puerperio inmediato como para el puerperio tardío en el diagrama de bosque de la Figura 1 y Figura 2.

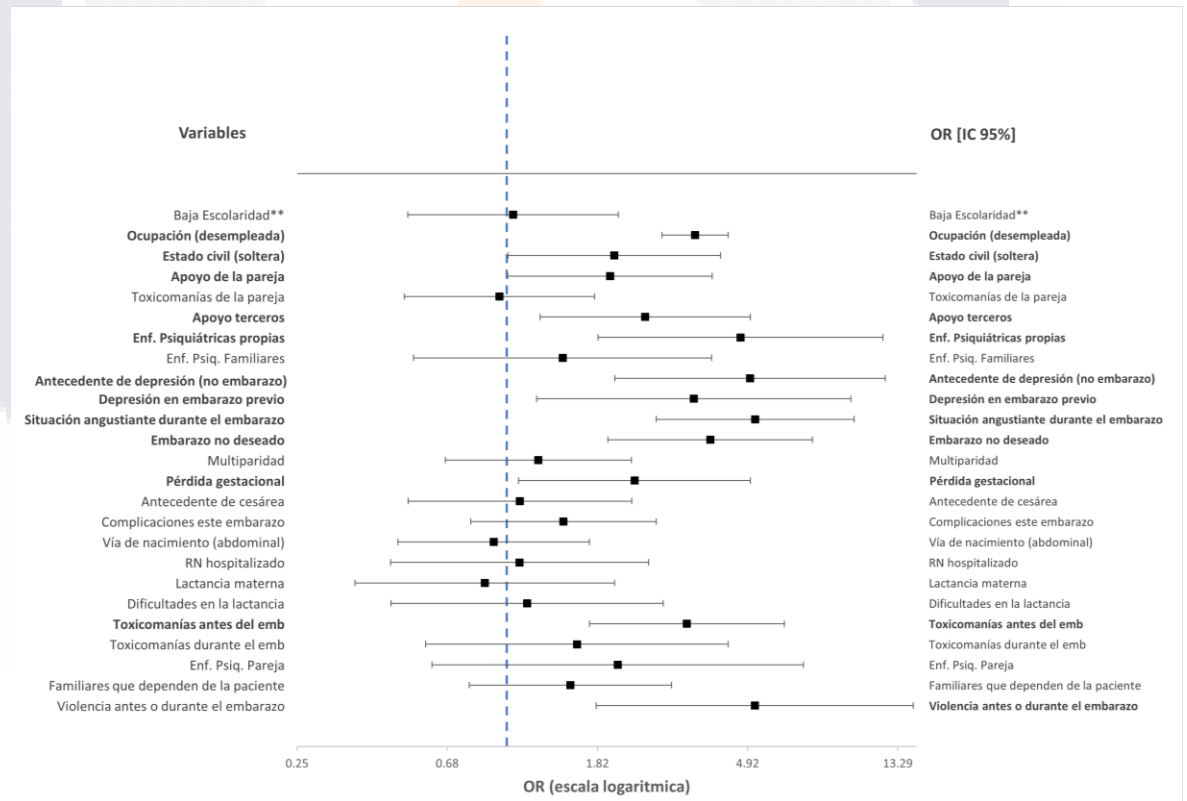


Figura 1 Diagrama de bosque de análisis multivariado de factores de riesgo para depresión postparto durante periodo de puerperio inmediato.



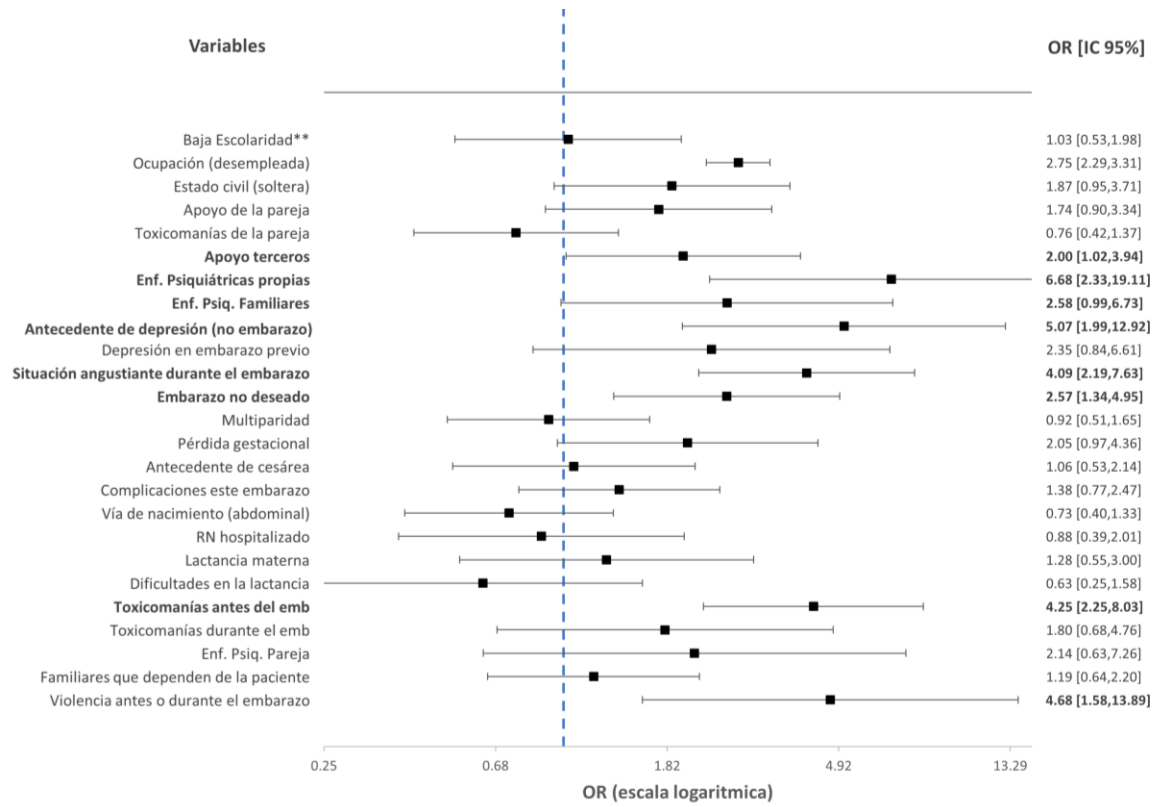


Figura 2 Diagrama de bosque de análisis multivariado de factores de riesgo para depresión postparto durante periodo de puerperio tardío.

## DISCUSIÓN

Para explicar la ocurrencia de la DPP no es posible distinguir una causa única, lo que sostiene su etiología multifactorial, por lo tanto, la DPP debe estudiarse sin descuidar ningún factor de riesgo potencial. Por lo anterior, fue necesario construir un modelo de análisis para identificar los factores potenciales y explorar qué tanto influían los distintos factores en el riesgo para presentar DPP. Nuestro estudio tomó en cuenta pacientes en puerperio inmediato, lo que se traduce como pacientes hospitalizadas, así como su seguimiento alrededor de cuatro a seis semanas posteriores, entendiéndose como pacientes reintegradas a sus actividades y su comunidad encontrándose igualmente en periodo de puerperio tardío. Se tomó como punto de corte la puntuación de 10 en la EPDS, esto basándonos en que la puntuación de corte óptima para maximizar la sensibilidad (0,81) más la especificidad (0,88) en la detección de la depresión mayor fue de  $\geq 10$ , y el valor predictivo positivo superó el 60%; lo anterior tomando en cuenta un metaanálisis de 36 estudios (48).

En los principales hallazgos del presente estudio se determinó que los factores de riesgo de mayor asociación con DPP fueron la exposición a violencia antes o durante la gestación, el haber experimentado una situación estresante / angustiante durante la gestación, los sentimientos negativos de la madre sobre el embarazo (embarazo no deseado), la depresión en el embarazo previo, el antecedente de depresión en etapa no gestante, enfermedades psiquiátricas propias y el que la paciente no posea alguna ocupación. Otros factores identificados en este estudio tales como el estado civil, en específico el no tener pareja o no contar con su apoyo o con el apoyo de terceros, el antecedente de pérdida gestacional (aborto u óbito) y las toxicomanías previas a la gestación, se asociaron igualmente con la DPP, que, aunque se determinó en menor proporción, es igual de importante considerarlas.

Kitamura et al. en el estudio sobre la correlación entre depresión prenatal y postparto, sugirió que las madres que tienen sentimientos negativos sobre su embarazo son más propensas a desarrollar DPP (56) y deterioro del vínculo materno hacia el recién nacido (57). Los sentimientos negativos y la DPP pueden estar asociados a otros factores de riesgo los problemas familiares, tal y como se observó en nuestros resultados. Por otro lado, los problemas de salud mental de la pareja, como la

depresión y el consumo de sustancias se vieron asociados a la DPP (58), sin embargo, no se asociaron a riesgo de DPP en nuestro estudio.

La enfermedad mental materna percibida antes del embarazo, la depresión en embarazos previos y la falta de apoyo proveniente de terceros se asociaron con DPP en nuestro estudio correspondiente a bibliografías citadas (20). Las madres sin apoyo de terceros podrían tener una mala relación con su pareja, familia y amigos y podrían no percibir que reciben apoyo de los servicios sociales, esto se puede traducir en sensación de soledad, aumentando así la dificultad en la crianza y el riesgo de desarrollar DPP (59).

En cuanto a la lactancia materna, estudios han demostrado efectos positivos en la salud mental de la madre. Redujo la ansiedad, el estrés y los estados de ánimo negativos. Además, promueve la interacción madre-hijo, incluyendo el contacto piel con piel y la mirada (60). En nuestro estudio se pudo demostrar lo anterior, ya que se observó que las mujeres que lograron la lactancia no arrojaron un resultado significativo con respecto al desarrollo de DPP, por lo tanto, una de las mejores formas de reducir el riesgo de DPP es adoptar la lactancia materna exclusiva; es esencial que en nuestro hospital el personal médico continúe la concientización pre y postparto de las mujeres al fomentar la lactancia materna. Por otro lado, se pudo ver que las madres cuyo RN nacido se encontraba hospitalizado no realizaban extracción manual de leche y reservar para sus hijos. Se ha visto en distintos estudios que las madres con depresión tienen dificultades para proporcionar suficiente leche materna a sus hijos, ya que tienen una menor cantidad o un cese temprano de la lactancia (61).

El estrés materno y los síntomas depresivos pueden afectar negativamente a la lactancia y a la autoeficacia de la madre para amamantar (62); por lo anterior, es importante igualmente que el personal de salud en el hospital y en el seguimiento posterior durante el puerperio, continúe alentando la extracción manual de leche en las madres, proporcionando un beneficio no solo al RN, sino a la madre en disminuir el riesgo de DPP por la lactancia.

Así pues, es necesario promover los cuidados prenatales e iniciar la lactancia materna lo antes posible. Aparte de la atención prenatal, la atención postparto también ayudará a disminuir el riesgo de DPP.

Por otro lado, los resultados sugieren que la lactancia materna puede proteger contra las toxicomanías, lo que se corresponde con los resultados de los estudios sobre el consumo de alcohol y la lactancia materna (63), por lo tanto, si la lactancia es protectora o las mujeres con mayor riesgo de destete precoz (los primeros tres meses postparto) también tienen mayor riesgo de reincorporarse a los hábitos de toxicomanía, por lo que puede ser beneficioso incorporar el asesoramiento relacionado con sustancias al apoyo a la lactancia.

Tanto la edad joven (64) como la edad avanzada (65) se han asociado con un mayor riesgo de DPP, mientras que otros no han mostrado ninguna asociación (56). Una posibilidad es que las madres de menor edad sean más propensas a los problemas psicosociales, entre ellos la inestabilidad financiera, menor nivel educativo y estado civil más inestable, los cuales también son posibles factores de riesgo de DPP.

Con respecto a la exposición a situaciones de violencia, las pacientes que formaron parte de nuestro estudio tuvieron un riesgo elevado de cinco y cuatro veces en el puerperio inmediato y tardío, respectivamente. Lo que corresponde con la bibliografía encontrada, un estudio reporta que la violencia sufrida en la gestación se asoció a síntomas depresivos en el puerperio inmediato en cuatro veces (66).

En nuestro estudio se pudo identificar que las toxicomanías durante el embarazo están asociadas a un aumento en el riesgo de DPP en tres y cuatro veces durante periodo puerperio inmediato y tardío respectivamente. Las tasas prevalentes de consumo de sustancias entre las mujeres postparto y las asociaciones identificadas entre los síntomas depresivos y el consumo de sustancias sugieren que la evaluación y la intervención en la depresión deberían formar parte de la atención prenatal y postparto entre las mujeres consumidoras de sustancias (67).

La DPP se asocia a suicidio y filicidio (66); aunque afortunadamente no se determinaron casos entre las pacientes estudiadas, es importante mencionar que el suicidio es una de las principales causas de muerte materna durante el período perinatal.

Por otro lado, se ha encontrado una prevalencia de la ideación suicida del 52,72% en la población de puérperas estudiadas con tamizaje positivo en la EPDS (66), porcentaje que resulta alarmante, muy probablemente debido al bajo control de salud mental y el bajo conocimiento del personal de salud en el tema y sus repercusiones. En nuestro estudio una de las pacientes obtuvo una puntuación de 3, lo que se traduce en bajo riesgo para desarrollar DPP, sin embargo, la puntuación fue a expensas del ítem número 10 “He pensado hacerme daño a mí misma” con respuesta “sí, bastante a menudo”, lo que debería traducirse en atención especial y seguimiento del caso.



## CONCLUSIÓN

Cada uno de los factores de riesgo que se identificaron con mayor asociación para desarrollar DPP pueden ser identificados mediante un cuestionario, por lo que la evaluación de los factores de riesgo por parte de los profesionales de salud debería iniciarse desde una fase temprana del embarazo para ayudar a identificar a las madres con mayor probabilidad de desarrollar DPP y al identificarlas debería considerarse iniciar intervenciones eficaces, como el asesoramiento, seguimiento e incluso aplicar los instrumentos necesarios para realizar el diagnóstico para poder dar inicio de manejo farmacológico para un mejor desenlace de la gestación.

Es preciso recalcar la importancia de la lactancia como factor protector para padecer DPP. Las madres que se encuentran en lactancia materna exclusiva tienen menos riesgo de desarrollar DPP. Es importante que el personal de salud en el hospital durante el control prenatal, así como en el seguimiento posterior durante el puerperio, continúe alentando la lactancia o en su caso extracción manual de leche en las madres, proporcionando todos los beneficios de esta no solo al RN, sino a la madre, en este caso, en disminuir el riesgo de DPP mediante la lactancia. Así pues, es necesario promover los cuidados prenatales e iniciar la lactancia materna lo antes posible, hasta obtener el resultado en consonancia con las prácticas de apoyo a la lactancia materna.

Una de las limitantes encontradas en el estudio es que solamente se realizó tamizaje de DPP en las pacientes, no se realizó diagnóstico, por lo que hubiera sido interesante el poder continuar el seguimiento y aplicar los instrumentos pertinentes a las pacientes con riesgo de presentar DPP.

## GLOSARIO

- Alojamiento conjunto: Ubicación del recién nacido y su madre en la misma habitación, lo más inmediato después del parto.
- Anhedonia: incapacidad de disfrutar de las cosas agradables de la vida y de experimentar placer, tanto en el aspecto físico, como psicológico o social.
- Ansiedad: estado mental que se caracteriza por una gran inquietud, una intensa excitación y una extrema inseguridad.
- Depresión bipolar: está marcada por antecedentes de hipomanía y/o manía. La agitación puede ser más frecuente.
- Depresión postparto: El Manual DSM-5 define la DPP como un episodio depresivo con gravedad moderada a grave que comienza cuatro semanas después del parto. La CIE-10 revisión de Problemas Asociados con la Salud, lo define como un trastorno mental y conductual leve que comienza a las seis semanas posteriores al nacimiento
- Disforia: Parte de la biología que estudia los genes y los mecanismos que regulan la transmisión de los caracteres hereditarios.
- Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS): instrumento utilizado para realizar tamizaje de las madres con riesgo de padecer depresión postparto.
- Estado civil: Condición de una persona en relación con su matrimonio, se hacen constar en el Registro Civil.
- Factores de riesgo: situación u objeto que aumenta la probabilidad de que se produzca un daño, un contratiempo, una desgracia u otra situación negativa, como contraer una enfermedad o sufrir un accidente laboral.
- Genética: Parte de la biología que estudia los genes y los mecanismos que regulan la transmisión de los caracteres hereditarios.
- Hormona: Cosa que se produce en el transcurso de un asunto, un relato, etc., y que repercute en él alterándolo o interrumpiéndolo.
- Ideación suicida: presencia de deseos de muerte y de pensamientos persistentes de querer privarse de la vida.
- Incidencia: Cosa que se produce en el transcurso de un asunto, un relato, etc., y que repercute en él alterándolo o interrumpiéndolo.

- Lactancia materna: Parte de la biología que estudia los genes y los mecanismos que regulan la transmisión de los caracteres hereditarios.
- Ocupación: Actividad con sentido en la que la persona participa cotidianamente.
- Puerperio: se refiere al momento posterior al parto cuando los cambios fisiológicos maternos relacionados con el embarazo regresan al estado no embarazada.
- Tamizaje: aplicación de una prueba relativamente simple y barata a sujetos asintomáticos con el objeto de clasificarlos como portadores probables o no de la enfermedad objeto del tamizaje. Los casos positivos pueden someterse a subsiguientes procesos convencionales de diagnóstico.
- Tristeza postparto: patología que no requiere un número mínimo de síntomas, estos son leves y autolimitados, generalmente se desarrollan dentro de los dos o tres días posteriores al parto, alcanzan su punto máximo en los próximos días y se resuelven dentro de las dos semanas posteriores al inicio.
- Violencia: Uso de la fuerza para conseguir un fin, especialmente para dominar a alguien o imponer algo.



## BIBLIOGRAFÍA

1. O'Hara MW, Wisner KL. Perinatal mental illness: definition, description and aetiology. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* [Internet]. 2014 [cited 2022 Aug 29];28(1):3–12. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24140480/>
2. Zhao X hu, Zhang Z hua. Risk factors for postpartum depression: An evidence-based systematic review of systematic reviews and meta-analyses. *Asian J Psychiatr* [Internet]. 2020;53(August):102353. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102353>
3. Norhayati MN, Nik Hazlina NH, Asrenee AR, Wan Emilin WMA. Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: A literature review. *J Affect Disord*. 2015 Apr 1;175:34–52.
4. Ross LE, Dennis CL. The prevalence of postpartum depression among women with substance use, an abuse history, or chronic illness: A systematic review. *J Womens Health*. 2009 Apr 1;18(4):475–86.
5. Rössler W, Zhou X, Zhang L, Wang L, Cui S, Yuan Q, et al. Prenatal Depression in Women in the Third Trimester: Prevalence, Predictive Factors, and Relationship With Maternal-Fetal Attachment. *Frontiers in Public Health* | [www.frontiersin.org](http://www.frontiersin.org) [Internet]. 2021;1:602005. Available from: [www.frontiersin.org](http://www.frontiersin.org)
6. Gaillard A, le Strat Y, Mandelbrot L, Keïta H, Dubertret C. Predictors of postpartum depression: Prospective study of 264 women followed during pregnancy and postpartum. *Psychiatry Res*. 2014 Feb 28;215(2):341–6.
7. Latorre-Latorre JF, Contreras-Pezzotti LM, Herrán-Falla OF. Depresión posparto en una ciudad Colombiana. Factores de riesgo. *Aten Primaria*. 2006 Apr 15;37(6):332–8.
8. Chen J, Cox S, Kuklina E v., Ferre C, Barfield W, Li R. Assessment of Incidence and Factors Associated With Severe Maternal Morbidity After Delivery Discharge Among Women in the US. *JAMA Netw Open* [Internet]. 2021 [cited 2022 Nov 2];4(2). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33528553/>
9. Diagnóstico M, Estadístico Y, Mentales DT. ACTUALIZACIÓN Suplemento del DSM-5 ® octubre 2018. 2018 [cited 2022 Nov 2]; Available from: <https://psychiatryonline.org>.

10. International Classification of Diseases (ICD) [Internet]. [cited 2022 Nov 2]. Available from: <https://www.who.int/classifications/classification-of-diseases>
11. Vigod SN, Stewart DE. Postpartum Depression. *N Engl J Med* [Internet]. 2017 Mar 2 [cited 2023 Jan 9];376(9):895. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28249138>
12. Stein A, Pearson RM, Goodman SH, Rapa E, Rahman A, McCallum M, et al. Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *The Lancet*. 2014 Nov 15;384(9956):1800–19.
13. Wisner KL, Moses-Kolko EL, Healthcare B, Sit Women's Behavioral Healthcare DKY. Postpartum depression: a disorder in search of a definition HHS Public Access. *Arch Womens Ment Health*. 2010;13(1):37–40.
14. 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 Sep 1;104:235–48.
15. Evans J, Heron J, Francomb H, Oke S, Golding J. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. Available from: <http://www.bmj.com/>
16. Lee DT, Yip AS, Helen Chiu FF, Tony Leung FrpY, Tony Chung MpK. Article A Psychiatric Epidemiological Study of Postpartum Chinese Women. Vol. 158, *Am J Psychiatry*. 2001.
17. da Costa D, Larouche J, Dritsa M, Brender W. Psychosocial correlates of prepartum and postpartum depressed mood. *J Affect Disord*. 2000 Jul 1;59(1):31–40.
18. Iwata H, Mori E, Sakajo A, Aoki K, Maehara K, Tamakoshi K. Prevalence of postpartum depressive symptoms during the first 6 months postpartum: Association with maternal age and parity. *J Affect Disord*. 2016 Oct 1;203:227–32.
19. The American College of Obstetricians and Gynecologists Committee Opinion no. 630. Screening for perinatal depression. *Obstetrics and gynecology*. 2015 May 1;125(5):1268–71.
20. O'Hara MW, Mc Cabe JE. Postpartum depression: current status and future directions. *Annu Rev Clin Psychol* [Internet]. 2013 Mar [cited 2022 Aug 29];9:379–407. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23394227/>

21. Norhayati MN, Nik Hazlina NH, Asrenee AR, Wan Emilin WMA. Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: A literature review. *J Affect Disord.* 2015 Apr 1;175:34–52.
22. Munk-Olsen T, Laursen TM, Pedersen CB, Mors O, Mortensen B. New Parents and Mental Disorders A Population-Based Register Study [Internet]. Available from: <https://jamanetwork.com/>
23. Banti S, Mauri M, Oppo A, Borri C, Rambelli C, Ramacciotti D, et al. From the third month of pregnancy to 1 year postpartum. Prevalence, incidence, recurrence, and new onset of depression. Results from the Perinatal Depression–Research & Screening Unit study. *Compr Psychiatry.* 2011 Jul 1;52(4):343–51.
24. Dennis CL, Dowswell T. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2013 Feb 28;2013(2).
25. Chojenta CL, Lucke JC, Forder PM, Loxton DJ. Maternal Health Factors as Risks for Postnatal Depression: A Prospective Longitudinal Study. 2016; Available from: [www.alsw.org.au](http://www.alsw.org.au).
26. Kimmel M, Hess E, Roy PS, Palmer JT, Meltzer-Brody S, Meuchel JM, et al. Family history, not lack of medication use, is associated with the development of postpartum depression in a high-risk sample.
27. Räisänen S, Lehto SM, Nielsen HS, Gissler M, Kramer MR, Heinonen S. Fear of childbirth predicts postpartum depression: a population-based analysis of 511 422 singleton births in Finland. Available from: <http://bmjopen.bmj.com/>
28. Silveira ML, Ertel KA, Dole N, Chasan-Taber L, Edu LU. The role of body image in prenatal and postpartum depression: a critical review of the literature HHS Public Access. *Arch Womens Ment Health.* 2015;18(3):409–21.
29. Buttner MM, Mott SL, Pearlstein T, Stuart S, Zlotnick C, O'hara MW. Examination of premenstrual symptoms as a risk factor for depression in postpartum women.
30. Castro Couto T, Yara Martins Brancaglioni M, Alvim-Soares A, Moreira L, Duarte Garcia F, Nicolato R, et al. Postpartum depression: A systematic review of the genetics involved. 2015;5(1):103–11. Available from:

<http://www.wjgnet.com/esps/HelpDesk>:<http://www.wjgnet.com/esps/helpdesk.aspx>

31. Davies W, Baldwin DA, French L, Connelly JJ, Bell AF, Carter CS, et al. Interaction between oxytocin receptor DNA methylation and genotype is associated with risk of postpartum depression in women without depression in pregnancy. 2015; Available from: [www.frontiersin.org](http://www.frontiersin.org)
32. Meltzer-Brody S. Dialogues in Clinical Neuroscience New insights into perinatal depression: pathogenesis and treatment during pregnancy and postpartum. 2011; Available from: <https://www.tandfonline.com/action/journalInformation?journalCode=tdcn20>
33. Postpartum Mood Disorders: Genetic Progress and Treatment Paradigms.
34. Forty L, Lisa Jones B, Macgregor S, Caesar Caroline Cooper S, Hough A, Laura Dean B, et al. Familiality of Postpartum Depression in Unipolar Disorder: Results of a Family Study. Vol. 163, Am J Psychiatry. 2006.
35. Meltzer-Brody S. New insights into perinatal depression: pathogenesis and treatment during pregnancy and postpartum. Dialogues Clin Neurosci [Internet]. 2011 [cited 2023 Jan 9];13(1):89. Available from: [/pmc/articles/PMC3181972/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23689534/)
36. Guintivano J, Arad M, Gould TD, Payne JL, Kaminsky ZA. Antenatal prediction of postpartum depression with blood DNA methylation biomarkers. Mol Psychiatry [Internet]. 2014 [cited 2023 Jan 9];19(5):560–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23689534/>
37. Howard LM, Molyneaux E, Dennis CL, Rochat T, Stein A, Milgrom J. Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. Lancet [Internet]. 2014 Nov 15 [cited 2022 Aug 29];384(9956):1775–88. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25455248/>
38. Putnam K, Robertson-Blackmore E, Sharkey K, Payne J, Bergink V, Munk-Olsen T, et al. Heterogeneity of postpartum depression: a latent class analysis. Lancet Psychiatry [Internet]. 2015 Jan 1 [cited 2022 Oct 25];2(1):59–67. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26359613/>
39. Paulson JF, Dauber S, Leiferman JA. Individual and combined effects of postpartum depression in mothers and fathers on parenting behavior. Pediatrics [Internet]. 2006 Aug [cited 2022 Oct 25];118(2):659–68. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16882821/>

40. Dias CC, Figueiredo B. Breastfeeding and depression: a systematic review of the literature. *J Affect Disord* [Internet]. 2015 Jan 15 [cited 2022 Oct 25];171:142–54. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25305429/>
41. Minkovitz CS, Strobino D, Scharfstein D, Hou W, Miller T, Mistry KB, et al. Maternal depressive symptoms and children’s receipt of health care in the first 3 years of life. *Pediatrics* [Internet]. 2005 Feb [cited 2022 Oct 25];115(2):306–14. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15687437/>
42. Johannsen BMW, Larsen JT, Laursen TM, Bergink V, Meltzer-Brody S, Munk-Olsen T. All-Cause Mortality in Women With Severe Postpartum Psychiatric Disorders. *Am J Psychiatry* [Internet]. 2016 Jun 1 [cited 2022 Oct 25];173(6):635–42. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26940804/>
43. Fuhr DC, Calvert C, Ronsmans C, Chandra PS, Sikander S, de Silva MJ, et al. Contribution of suicide and injuries to pregnancy-related mortality in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry* [Internet]. 2014 Aug 1 [cited 2022 Oct 25];1(3):213–25. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26360733/>
44. Jo Kim J, la Porte LM, Saleh MP, Allweiss S, Adams MG, Zhou Y, et al. Suicide risk among perinatal women who report thoughts of self-harm on depression screens. *Obstetrics and gynecology* [Internet]. 2015 Apr 24 [cited 2022 Oct 25];125(4):885–93. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25751206/>
45. Laursen TM, Munk-Olsen T, Mortensen PB, Abel KM, Appleby L, Webb RT. Filicide in offspring of parents with severe psychiatric disorders: a population-based cohort study of child homicide. *J Clin Psychiatry* [Internet]. 2011 May [cited 2022 Oct 25];72(5):698–703. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21034682/>
46. Kauppi A, Kumpulainen K, Vanamo T, Merikanto J, Karkola K. Maternal depression and filicide-case study of ten mothers. *Arch Womens Ment Health* [Internet]. 2008 Jul [cited 2022 Oct 25];11(3):201–6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18587626/>
47. Yonkers KA, Vigod S, Ross LE. Diagnosis, pathophysiology, and management of mood disorders in pregnant and postpartum women. *Obstetrics and gynecology* [Internet]. 2011 [cited 2022 Oct 25];117(4):961–77. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21422871/>

48. Levis B, Negeri Z, Sun Y, Benedetti A, Thombs BD. Accuracy of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for screening to detect major depression among pregnant and postpartum women: systematic review and meta-analysis of individual participant data on behalf of the DEPRESSion Screening Data (DEPRESSD) EPDS Group.
49. Macías-Cortés EDC, Lima-Gómez V, Asbun-Bojalil J. Exactitud diagnóstica de la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo: consecuencias del tamizaje en mujeres mexicanas Diagnostic accuracy of the Edinburgh Postnatal Depression Scale: consequences of screening in Mexican women. 2020 [cited 2022 Aug 29]; Available from: [www.gacetamedicademexico.com](http://www.gacetamedicademexico.com)
50. Pearlstein T, Howard M, Salisbury A, Zlotnick C. Postpartum depression. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2009 Apr 1 [cited 2022 Nov 1];200(4):357–64. Available from: <http://www.ajog.org/article/S0002937808022710/fulltext>
51. Overview | Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance | Guidance | NICE.
52. Harrison JE, Weber S, Jakob R, Chute CG. ICD-11: an international classification of diseases for the twenty-first century. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2021 Nov 1;21.
53. Iwata H, Mori E, Sakajo A, Aoki K, Maehara K, Tamakoshi K. Prevalence of postpartum depressive symptoms during the first 6 months postpartum: Association with maternal age and parity. *J Affect Disord*. 2016 Oct 1;203:227–32.
54. Carabobo Venezuela V, Meléndez M, Díaz M, Bohorjas L, Cabaña A, Casas J, et al. *Salus Depresión postparto y los factores de riesgo*. Vol. 21. 2017.
55. Barrera AZ, Nichols AD. Depression help-seeking attitudes and behaviors among an Internet-based sample of Spanish-speaking perinatal women. *Rev Panam Salud Publica*;37(3),mar 2015 [Internet]. 2015 [cited 2022 Nov 11];37(3):2015. Available from: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/9237>
56. Kitamura T, Yoshida K, Okano T, Kinoshita K, Hayashi M, Toyoda N, et al. Multicentre prospective study of perinatal depression in Japan: Incidence and correlates of antenatal and postnatal depression. *Arch Womens Ment Health* [Internet]. 2006 May 20 [cited 2023 Jan 4];9(3):121–30. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00737-006-0122-3>



57. Erickson M. Predictors of Maternal-Fetal Attachment: An Integrative Review. *Worldviews on Evidence-based Nursing* presents the archives of *Online Journal of Knowledge Synthesis for Nursing* [Internet]. 1996 Jan 1 [cited 2023 Jan 4];E3(1):56–72. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1524-475X.1996.00056.x>
58. Tyrlik M, Tyrlik M, Konecny S, Kukla L. Predictors of Pregnancy-Related Emotions. *J Clin Med Res* [Internet]. 2013 Feb 25 [cited 2023 Jan 4];5(2):112–20. Available from: <https://www.jocmr.org/index.php/JOCMR/article/view/1357>
59. Nishimura A, Ohashi K. Risk factors of paternal depression in the early postnatal period in Japan. *Nurs Health Sci* [Internet]. 2010 Jun 1 [cited 2023 Jan 4];12(2):170–6. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1442-2018.2010.00513.x>
60. Groër MW. Differences between exclusive breastfeeders, formula-feeders, and controls: a study of stress, mood, and endocrine variables. *Biol Res Nurs* [Internet]. 2005 Oct [cited 2023 Jan 4];7(2):106–17. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16267372/>
61. Gaffney KF, Kitsantas P, Brito A, Swamidoss CSS. Postpartum depression, infant feeding practices, and infant weight gain at six months of age. *J Pediatr Health Care* [Internet]. 2014 Jan [cited 2023 Jan 4];28(1):43–50. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23266435/>
62. Zubaran C, Foresti K. The correlation between breastfeeding self-efficacy and maternal postpartum depression in southern Brazil. *Sex Reprod Healthc* [Internet]. 2013 Mar [cited 2023 Jan 4];4(1):9–15. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23427927/>
63. Giglia RC. Alcohol and lactation: An updated systematic review. *Nutrition & Dietetics* [Internet]. 2010 Dec 1 [cited 2023 Jan 4];67(4):237–43. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1747-0080.2010.01469.x>
64. Zaidi F, Nigam A, Anjum R, Agarwalla R. Postpartum Depression in Women: A Risk Factor Analysis. *J Clin Diagn Res* [Internet]. 2017 [cited 2023 Jan 4];11(8):QC13. Available from: [/pmc/articles/PMC5620853/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/270853/)
65. Bell AF, Carter CS, Davis JM, Golding J, Adejumo O, Pyra M, et al. Childbirth and symptoms of postpartum depression and anxiety: a prospective birth cohort study HHS Public Access. *Arch Womens Ment Health* [Internet]. 2016 [cited

2023 Jan 4];19(2):219–27. Available from:

<http://www.bris.ac.uk/alspac/researchers/data-access/data-dictionary/>

66. Caparros-Gonzalez RA, Romero-Gonzalez B, Peralta-Ramirez MI. Depresión posparto, un problema de salud pública mundial. *Revista Panamericana de Salud Pública* [Internet]. 2018 [cited 2022 Aug 29];42. Available from: </pmc/articles/PMC6385660/>
67. Shawna L. Carroll Chapman LTW. Postpartum Substance Use and Depressive Symptoms: A Review. [cited 2023 Jan 4]; Available from: <https://acrobat.adobe.com/id/urn:aaid:sc:VA6C2:cd2746bd-4768-415a-bc95-4b6c83b35a51>





ANEXOS

ANEXO A

**CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

**TÍTULO DEL PROYECTO: “ANÁLISIS DE LOS FACTORES DE RIESGO QUE INTERVIENEN EN LA INCIDENCIA DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO EN PACIENTES DEL HOSPITAL DE LA MUJER DEL ESTADO DE AGUASCALIENTES, EN EL PERIODO DE JUNIO A NOVIEMBRE DE 2022”.**

**PATROCINANTE:**

**INVESTIGADOR PRINCIPAL:** Dra. Ana Isabel Pérez Vázquez

**INSTITUCIÓN:** Hospital de la mujer del Estado de Aguascalientes

**TELÉFONOS:** 449-9-77-33-30

**INVITACIÓN:** Le estamos invitando a participar en el proyecto de investigación “ANÁLISIS DE LA INCIDENCIA Y DE LOS FACTORES DE RIESGO QUE INTERVIENEN EN LA DEPRESIÓN POSTNATAL EN PACIENTES DEL HOSPITAL DE LA MUJER DEL ESTADO DE AGUASCALIENTES”.

**OBJETIVOS:** Esta investigación busca determinar la incidencia de la depresión postparto así como identificar los principales factores de riesgo que intervienen en su aparición.

Esta investigación incluirá pacientes en periodo postparto del Hospital de la mujer del Estado de Aguascalientes.

**PROCEDIMIENTOS:** si usted acepta participar, será sometida a un cuestionario que se repetirá vía telefónica en un periodo no mayor de seis semanas. Este cuestionario tiene la facultad de realizar un tamizaje para identificar pacientes con depresión en el periodo postparto.

**RIESGOS:** Ninguno.

**COSTOS:** Ninguno.

Manifiesto mi libre voluntad para autorizar los procedimientos diagnósticos que se me indiquen o apliquen después de haber recibido y entendido la información suficiente, clara oportuna y veraz sobre mi estado actual. Me comprometo a proporcionar información completa y veraz, la cual se utilizará con fines estadísticos.

**CONSENTO** en que se realice el cuestionario y se utilice la información que proporcionaré.

Me reservo el derecho de revocar mi consentimiento en cualquier momento antes de que el procedimiento objeto de este documento sea una realidad.

\_\_\_\_\_

Nombre y firma de la paciente

\_\_\_\_\_

Testigo

ANEXO B

INSTRUCCIONES PARA LLENADO DE CUESTIONARIO:

Queremos saber cómo se siente si ha tenido un bebé recientemente.

Por favor, marque la respuesta que más se acerque a cómo se ha sentido en LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, no solamente cómo se sienta hoy, esto significa: el estado de ánimo durante la semana pasada.

**“ANÁLISIS DE LOS FACTORES DE RIESGO QUE INTERVIENEN EN LA INCIDENCIA DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO EN PACIENTES DEL HOSPITAL DE LA MUJER DEL ESTADO DE AGUASCALIENTES”.**

Fecha: \_\_\_\_\_

**FICHA DE IDENTIFICACIÓN:** Número de Expediente: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_ Actualmente cuenta con el apoyo de su pareja: Sí ( ) No

( ) Ocupación de la pareja: \_\_\_\_\_ Toxicomanías de la pareja: Tabaco Sí ( )

No ( ) Alcohol Sí ( ) No ( ) Drogas Sí ( ) No ( )

¿Su pareja padece alguna enfermedad psiquiátrica? Sí ( ) No ( ) Especifique: \_\_\_\_\_

¿Cuenta con el apoyo de alguien más? Sí ( ) No ( ) Especifique \_\_\_\_\_

Antecedentes de enfermedades psiquiátricas:

Antecedente personal Sí ( ) No ( ) No sé ( )

Especifique tipo de enfermedad: \_\_\_\_\_

Antecedente de depresión: Sí ( ) No ( )

Antecedente de depresión en embarazo previo: Sí ( ) No ( )

¿Experimentó alguna situación angustiante, (pérdida de ser querido, estrés, preocupación etc.) durante este embarazo? Sí ( ) No ( ) Especifique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Consumió tabaco, alcohol o droga antes o durante este embarazo? Sí ( ) No ( )

Especifique: \_\_\_\_\_

¿Ha experimentado algún tipo de violencia física, mental, sexual por parte de pareja, familiar, conocido? Sí ( ) No ( ) No sé ( ) Especifique persona quien la violentó y si fue antes o durante el embarazo: \_\_\_\_\_

Familiares con enfermedad psiquiátrica: Sí ( ) No ( ) No sé ( )

Especifique tipo de enfermedad: \_\_\_\_\_

¿Depende de alguna persona de usted (ejemplo: niños pequeños, persona discapacitada, adulto mayor)? Sí ( ) No ( ) Especifique: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES DEL EMBARAZO:**

¿Deseaba este embarazo? Sí ( ) No ( )

Número de embarazos: \_\_\_\_\_ Partos: \_\_\_\_\_ Cesáreas: \_\_\_\_\_ Abortos: \_\_\_\_\_

Complicaciones durante este embarazo: \_\_\_\_\_

Complicaciones durante embarazos previos: \_\_\_\_\_

Embarazo único o múltiple: \_\_\_\_\_

Vía de nacimiento: Parto ( ) Cesárea ( )

Causa de la cesárea: \_\_\_\_\_

Sexo de recién nacido: \_\_\_\_\_

Hospitalizado: Sí ( ) No ( ) Causa de hospitalización: \_\_\_\_\_

Alojamiento conjunto: Sí ( ) No ( )

Lactancia materna Sí ( ) No ( )

Problemas presentados en la lactancia: \_\_\_\_\_

ANEXO C

CUESTIONARIO SOBRE DEPRESIÓN POSTPARTO EDIMBURGO (EPDS)

1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas

Tanto como siempre

No tanto ahora

Mucho menos

No, no he podido

2. He mirado el futuro con placer

Tanto como siempre

Algo menos de lo que solía hacer

Definitivamente menos

No, nada

3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien

Sí, la mayoría de las veces

Sí, algunas veces

No muy a menudo

No, nunca

4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo

No, para nada

Casi nada

Sí, a veces

Sí, a menudo

5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno

Sí, bastante

Sí, a veces

No, no mucho

No, nada

6. Las cosas me oprimen o agobian

- a) Sí, la mayor parte de las veces
- b) Sí, a veces
- c) No, casi nunca
- d) No, nada

7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir

- a) Sí, la mayoría de las veces
- b) Sí, a veces
- c) No muy a menudo
- d) No, nada

8. Me he sentido triste y desgraciada

- a) Sí, casi siempre
- b) Sí, bastante a menudo
- c) No muy a menudo
- d) No, nada

9. He sido tan infeliz que he estado llorando

- a) Sí, casi siempre
- b) Sí, bastante a menudo
- c) Sólo en ocasiones
- d) No, nunca

10. He pensado en hacerme daño a mí misma

- a) Sí, bastante a menudo
- b) A veces
- c) Casi nunca
- d) No, nunca

**PUNTUACIÓN OBTENIDA EN EPDS:** \_\_\_\_\_