



Universidad Autónoma de Querétaro

Facultad de Medicina

TAMIZAJE DE DEPRESIÓN PRENATAL Y POSNATAL EN POBLACIÓN OBSTÉTRICA DEL HOSPITAL GENERAL ISSSTE QUERÉTARO

Tesis

Que como parte de los requisitos
para obtener el Diploma de

ESPECIALIDAD EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Presenta:

MED. GRAL. LAURA IVETTE CASAS NAVA

Dirigido por:

MED. ESP. ALMA AURORA ARÉVALO GONZÁLEZ

Co-Director

MED. ESP. MARÍA GUADALUPE SYHOMARA RODRÍGUEZ
GONZÁLEZ

Querétaro, Qro. Octubre 2025

La presente obra está bajo la licencia:
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>



CC BY-NC-ND 4.0 DEED

Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional

Usted es libre de:

Compartir — copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato

La licenciante no puede revocar estas libertades en tanto usted siga los términos de la licencia

Bajo los siguientes términos:



Atribución — Usted debe dar [crédito de manera adecuada](#), brindar un enlace a la licencia, e [indicar si se han realizado cambios](#). Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen el apoyo de la licenciante.



NoComercial — Usted no puede hacer uso del material con [propósitos comerciales](#).



SinDerivadas — Si [remezcla, transforma o crea a partir](#) del material, no podrá distribuir el material modificado.

No hay restricciones adicionales — No puede aplicar términos legales ni [medidas tecnológicas](#) que restrinjan legalmente a otras a hacer cualquier uso permitido por la licencia.

Avisos:

No tiene que cumplir con la licencia para elementos del material en el dominio público o cuando su uso esté permitido por una [excepción o limitación](#) aplicable.

No se dan garantías. La licencia podría no darle todos los permisos que necesita para el uso que tenga previsto. Por ejemplo, otros derechos como [publicidad, privacidad, o derechos morales](#) pueden limitar la forma en que utilice el material.



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Medicina

**“TAMIZAJE DE DEPRESIÓN PRENATAL Y POSNATAL EN POBLACIÓN
OBSTÉTRICA DEL HOSPITAL GENERAL ISSSTE QUERÉTARO”**

Tesis

Que como parte de los requisitos para obtener el Grado de

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Presenta:

Med. Gral. Laura Ivette Casas Nava

Dirigido por:

Med. Esp. Alma Aurora Arévalo González

Co-dirigido por:

Med. Esp. María Guadalupe Syhomara Rodríguez González

Asesor metodológico:

D. en C. María Leticia Ávila Ramírez

Presidente: Med Esp. Alma Aurora Arévalo
González.

Secretario: Med Esp. María Guadalupe Syhomara
Rodríguez González.

Vocal: Med Esp. María del Rosario Romo Rodríguez.

Suplente: Med Esp. León Sánchez Hernández.

Suplente: Med Esp. Franklin Ríos Jaimes.

Centro Universitario, Querétaro, Qro.
Fecha de aprobación por el Consejo Universitario (octubre 2025).
México.

Resumen

Introducción: La depresión perinatal constituye una de las complicaciones más frecuentes en la salud mental materna, con implicaciones directas en el bienestar de la mujer y del binomio madre-hijo. Su presentación durante el embarazo o el puerperio se asocia con alteraciones hormonales, sobrecarga emocional y falta de apoyo social. A nivel mundial, la prevalencia de depresión prenatal y posnatal se estima entre 10% y 20%, aunque en contextos con limitaciones en la atención psicológica las cifras pueden ser mayores. La detección oportuna mediante instrumentos validados, como la *Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo* (EPDS), permite identificar tempranamente a las mujeres en riesgo y canalizarlas para tratamiento especializado. **Objetivo:** Identificar, mediante la aplicación de la *Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo* (EPDS), el riesgo de depresión prenatal y posnatal en la población obstétrica del Hospital General ISSSTE Querétaro durante el periodo de agosto de 2024 a enero de 2025. **Material y métodos:** Estudio observacional, descriptivo y prospectivo. Se incluyeron 155 pacientes: 98 gestantes (≥ 28 semanas de gestación) y 57 mujeres en puerperio (cuarta a octava semana posparto), atendidas en consulta externa, urgencias y hospitalización. Se aplicó la EPDS, considerando puntos de corte ≥ 13 para gestantes y ≥ 10 para púerperas. Los datos se procesaron con SPSS v.15, utilizando estadística descriptiva. El estudio fue aprobado por el Comité de Investigación del hospital, se obtuvo consentimiento informado y se garantizaron confidencialidad y respeto a los principios éticos de la Declaración de Helsinki. **Resultados:** La edad media fue de 29.8 años. El 50% de las gestantes obtuvo puntuaciones indicativas de posible depresión, mientras que en el grupo posparto la prevalencia aumentó a 82.45%. Además, el 38.06% del total de participantes presentó riesgo de ansiedad. Se registró un caso con ideación autolesiva, que fue referido para atención psiquiátrica inmediata. **Conclusiones:** La frecuencia de síntomas depresivos en la población obstétrica del Hospital General ISSSTE Querétaro fue significativamente superior al promedio mundial. Se rechazó la hipótesis nula y se aceptó la alterna, confirmando una alta prevalencia de depresión prenatal y posnatal. Los hallazgos respaldan la incorporación del tamizaje psicológico sistemático mediante la EPDS dentro del control prenatal y posnatal de rutina, así como la implementación de programas de salud mental materna en unidades obstétricas.

(**Palabras clave:** depresión prenatal, depresión posparto, salud mental perinatal, tamizaje emocional, EPDS)

Summary

Introduction: Perinatal depression is one of the most common complications in maternal mental health, with direct implications for the well-being of the woman and the mother-child relationship. Its presentation during pregnancy or the postpartum period is associated with hormonal alterations, emotional overload, and lack of social support. Worldwide, the prevalence of prenatal and postnatal depression is estimated between 10% and 20%, although in contexts with limited psychological care the figures may be higher. Timely detection using validated instruments, such as the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), allows for early identification of women at risk and referral for specialized treatment. **Objective:** To identify, through the application of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), the risk of prenatal and postnatal depression in the obstetric population of the ISSSTE Querétaro General Hospital during the period from August 2024 to January 2025. **Materials and methods:** An observational, descriptive, and prospective study. A total of 155 patients were included: 98 pregnant women (≥ 28 weeks' gestation) and 57 postpartum women (fourth to eighth week postpartum), seen in outpatient clinics, emergency departments, and hospitalizations. The EPDS was applied, considering cutoff points of ≥ 13 for pregnant women and ≥ 10 for postpartum women. Data were processed with SPSS v. 15, using descriptive statistics. The study was approved by the hospital's Research Committee, informed consent was obtained, and confidentiality and adherence to the ethical principles of the Declaration of Helsinki were guaranteed. **Results:** The mean age was 29.8 years. Fifty percent of pregnant women obtained scores indicative of possible depression, while in the postpartum group the prevalence increased to 82.45%. Furthermore, 38.06% of the total participants were at risk for anxiety. One case with self-harm ideation was recorded, which was referred for immediate psychiatric care. **Conclusions:** The frequency of depressive symptoms in the obstetric population at ISSSTE Querétaro General Hospital was significantly higher than the world average. The null hypothesis was rejected, and the alternative hypothesis was accepted, confirming a high prevalence of prenatal and postnatal depression. The findings support the incorporation of systematic psychological screening using the EPDS into routine prenatal and postnatal care, as well as the implementation of maternal mental health programs in obstetric units.

(**Keywords:** prenatal depression, postpartum depression, perinatal mental health, emotional screening, EPDS)

Dedicatorias

A **Dios**, por ser mi guía y fortaleza, por acompañarme con su luz en cada paso de este camino y recordarme que todo propósito se cumple en su tiempo perfecto.

A mis **padres**, por su amor incondicional, por su ejemplo de entrega, esfuerzo y fe. Gracias por ser mi inspiración constante y el pilar que sostiene cada uno de mis logros.

A la **Dra. Alma Aurora Arévalo González** y la **Dra. María Guadalupe Syhomara Rodríguez González**, por su invaluable enseñanza, por creer en mí y por compartir con generosidad su conocimiento y su pasión por la medicina. Gracias por ser ejemplo de profesionalismo, humanidad y vocación.

Agradecimientos.

A **Dios**, por ser la luz que guía mi camino, por darme la fortaleza en los momentos difíciles, la sabiduría para tomar decisiones correctas y la oportunidad de cumplir este propósito de vida.

A mis **padres**, por su amor incondicional, por su ejemplo de trabajo, fe y perseverancia. Gracias por creer en mí incluso cuando las circunstancias parecían adversas, por cada sacrificio, palabra de aliento y gesto de apoyo que me han permitido llegar hasta aquí.

A mis **profesores y mentores**, quienes con su dedicación, paciencia y entrega contribuyeron de manera invaluable a mi formación profesional y humana. Gracias por compartir su conocimiento, por inspirar vocaciones y por recordarme que la medicina es tanto ciencia como servicio.

A cada una de las **mujeres** que, con su confianza y disposición, permitieron el aprendizaje y la práctica clínica durante mi residencia y para sustentar este trabajo.

Índice

Contenido	Página
Resumen	1
Summary	2
Dedicatorias	3
Agradecimientos	4
Índice	5
Índice de cuadros	6
Abreviaturas y siglas	7
I. Introducción	8
II. Antecedentes/estado del arte	10
III. Fundamentación teórica	15
IV. Hipótesis o supuestos	18
V. Objetivos	19
V.1 General	19
V.2 Específicos	19
VI. Material y métodos	20
VI.1 Tipo de investigación	20
VI.2 Población o unidad de análisis	20
VI.3 Muestra y tipo de muestra	20
VI. Técnicas e instrumentos	21
VI. Procedimientos	21
VII. Resultados	24
VIII. Discusión	28
IX. Conclusiones	31
X. Propuestas	32
XI. Bibliografía	33
XII. Anexos	40

Índice de cuadros

Cuadro		Página
VII.1	Distribución de las pacientes por edad gestantes y posparto	25
VII.2	Posible depresión en las pacientes posparto	26
VII.3	Posible depresión en las pacientes posparto	26
VII.4	Riesgo de ansiedad	27

Índice de gráficas

Cuadro		Página
VII.1	Distribución de pacientes por etapa de la gestación	25
VII.2	Distribución de pacientes por etapa de la gestación	25

Abreviaturas y siglas

DSM-5-TR: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Quinta Edición

EPDS: Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo

DPP: Depresión posparto

ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

SDG: Semanas de gestación

I. Introducción

La salud mental perinatal ha cobrado creciente relevancia dentro de la medicina obstétrica moderna, al reconocerse que las alteraciones emocionales durante el embarazo y el puerperio no solo comprometen el bienestar de la madre, sino también el desarrollo integral del binomio materno-infantil. La depresión prenatal y posnatal constituyen actualmente uno de los trastornos afectivos más frecuentes en mujeres en edad reproductiva, con repercusiones biológicas, psicológicas y sociales de amplio alcance. Se estima que entre el 10 % y el 25 % de las mujeres embarazadas o en puerperio desarrollan sintomatología depresiva clínicamente significativa, cifras que tienden a ser mayores en contextos de vulnerabilidad socioeconómica y en sistemas de salud con limitada cobertura en salud mental(Bai et al., 2023; Necho et al., 2020; Wang et al., 2021a).

La depresión posparto, definida por el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Quinta Edición* (DSM-5) como un episodio depresivo mayor con especificador de inicio periparto, puede manifestarse desde el embarazo hasta el primer año posterior al parto(Moore Simas et al., 2023). Su origen es multifactorial: los cambios endocrinos bruscos tras el alumbramiento, en particular la caída de estrógenos, progesterona y cortisol, la disfunción serotoninérgica y dopaminérgica, el estrés crónico y la falta de apoyo social constituyen los principales detonantes fisiopatológicos y psicosociales(Pilkington et al., 2015; Yim et al., 2009).

A nivel clínico, la depresión perinatal suele expresarse con irritabilidad, tristeza persistente, sentimientos de culpa, fatiga intensa, anhedonia, alteraciones del sueño y, en casos severos, ideación suicida. En el ámbito obstétrico, estas manifestaciones pueden interferir con la lactancia, el apego materno-infantil y el seguimiento médico, además de incrementar el riesgo de parto pre término, bajo peso al nacer y dificultades en el neurodesarrollo del recién nacido(Nagel et al., 2021; Wang et al., 2021b).

La depresión prenatal, aunque menos estudiada, constituye un predictor importante de depresión posparto. Su presencia durante la gestación puede alterar

el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal y modificar el entorno hormonal intrauterino, condicionando desenlaces perinatales adversos y mayor vulnerabilidad emocional posnatal. Por tanto, la identificación de síntomas afectivos antes del nacimiento ofrece la oportunidad de intervenir de manera oportuna y prevenir la progresión hacia cuadros depresivos mayores(Guo et al., 2021; Luciano et al., 2022).

Entre las herramientas disponibles, la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) se ha consolidado como el instrumento de tamizaje más útil y validado en población mexicana. Consta de diez reactivos autoadministrables, de fácil aplicación, y presenta sensibilidad y especificidad superiores al 80 %(Alvarado-Esquivel et al., 2014; Aydin et al., 2004).

II. Antecedentes

La depresión posparto (DPP), según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, *quinta edición*, (DSM 5), se clasifica como un episodio de depresión mayor con especificador de inicio periparto, el cual puede comenzar durante el embarazo o en las primeras cuatro semanas posteriores al parto(Radoš et al., 2024; Serati et al., 2025a).

Esta condición se caracteriza por la presencia de al menos cinco síntomas afectivos o somáticos durante un período mínimo de dos semanas, que interfieren significativamente en el funcionamiento diario de la persona(Moore Simas et al., 2023). Si bien el DSM 5 establece como criterio diagnóstico el inicio de los síntomas depresivos durante el embarazo o dentro de las cuatro semanas posparto, otras definiciones clínicas amplían el periodo de riesgo y consideran como depresión posparto aquella que puede presentarse desde los primeros tres meses hasta incluso los 12 meses posteriores a la resolución del embarazo, reconociendo que muchas mujeres desarrollan síntomas después del primer mes y que estos pueden persistir si no se detectan y tratan oportunamente(Khamidullina et al., 2025; Stewart & Vigod, 2019).

La DPP, que comprende tanto la etapa prenatal como el posparto, es una de las principales complicaciones de salud mental en mujeres durante el embarazo y el puerperio. Su impacto abarca no solo la salud de la madre, sino también el desarrollo fetal, la relación madre-hijo y los desenlaces obstétricos y neonatales(Saharoy et al., 2023).

Diversos estudios han reportado que la prevalencia de síntomas depresivos durante el embarazo oscila entre el 10% y 25%, mientras que en el posparto se estima en un 13% a 20%, dependiendo del contexto sociodemográfico, cultural y de acceso a servicios de salud mental(Bina, 2020; Smith et al., 2016).

En México, la depresión perinatal representa un problema de salud pública infradiagnosticado. Estudios realizados en instituciones públicas reportan una

prevalencia de entre 15% y 20% en mujeres embarazadas o en puerperio (González-Forteza et al., 2018; Martínez et al., 2019). A pesar de estas cifras, no siempre se realiza un abordaje sistemático para su detección y manejo oportuno (Krauskopf & Valenzuela, 2020; Santiago-Sanabria, Ibarra-Gussi, Rendón-Macías, Treviño-Villarreal, Islas-Tezpa, Porras-Ibarra, Tienhoven, et al., 2023).

Desde el punto de vista fisiopatológico, la depresión perinatal se relaciona con múltiples mecanismos biológicos, psicológicos y sociales. En el ámbito neuroendocrino, se ha observado una alteración en el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, con elevación de los niveles de cortisol, que puede afectar la regulación emocional y la respuesta al estrés. Además, se ha documentado un desequilibrio en neurotransmisores como la serotonina, dopamina y norepinefrina, fundamentales en el estado de ánimo y la estabilidad emocional. Las fluctuaciones hormonales propias del embarazo y el posparto, como los cambios en estrógenos y progesterona, también juegan un papel clave en la vulnerabilidad a trastornos afectivos en este periodo (Seth et al., 2016; Zoubovsky et al., 2020).

Entre los factores predisponentes más relevantes para desarrollar depresión perinatal se encuentran: antecedentes personales o familiares de depresión, falta de apoyo social o de pareja, experiencias previas de violencia o abuso, embarazos no deseados, bajo nivel socioeconómico, estrés crónico, y complicaciones médicas u obstétricas durante la gestación o el puerperio. Estos factores pueden interactuar con la vulnerabilidad biológica de la paciente, potenciando el riesgo de desarrollar sintomatología depresiva (Dagher et al., 2021; Žuti, 2023).

El cuadro clínico incluye síntomas afectivos como tristeza persistente, llanto fácil, irritabilidad, sentimientos de inutilidad o culpa, disminución del interés o placer en actividades cotidianas, alteraciones del sueño y del apetito, fatiga, dificultad para concentrarse y pensamientos de muerte o suicidio. En el posparto, puede coexistir con ansiedad, rechazo o ambivalencia hacia el recién nacido, lo cual interfiere con

el establecimiento del vínculo materno-infantil(Serati et al., 2025b; Smith et al., 2016).

Es fundamental diferenciar clínicamente la DPP del baby blues o disforia puerperal, ya que, aunque ambos cuadros ocurren en el periodo posnatal y comparten algunos síntomas emocionales, su etiología, duración, intensidad y repercusiones clínicas son distintas. El baby blues es una alteración emocional transitoria que afecta hasta al 70-80% de las mujeres en los primeros días tras el parto. Se caracteriza por labilidad emocional, llanto fácil, irritabilidad, ansiedad leve, fatiga y dificultades para dormir. Estos síntomas suelen aparecer entre el segundo y quinto día posparto y se resuelven espontáneamente dentro de los primeros 10 a 14 días sin necesidad de tratamiento farmacológico(Rezaie-Keikhaie et al., 2020; Tosto et al., 2023).

En contraste, la DPP es una entidad clínica más grave y persistente, que puede iniciar durante el embarazo o en cualquier momento dentro del primer año posterior al parto. A diferencia del baby blues, la DPP se caracteriza por síntomas más intensos, que interfieren significativamente con el funcionamiento diario, el vínculo materno- infantil y la calidad de vida de la madre. Estos síntomas incluyen tristeza profunda, anhedonia, sentimientos de culpa, ideación suicida, rechazo o ambivalencia hacia el bebé y alteraciones marcadas del sueño o apetito(O'Hara & Wisner, 2014; Slomian et al., 2019).

El diagnóstico diferencial entre ambos cuadros es clave, ya que la falta de identificación de la DPP puede retrasar el tratamiento adecuado y aumentar el riesgo de complicaciones tanto para la madre como para el recién nacido. El uso de herramientas de tamizaje como la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo puede ayudar a distinguir entre una adaptación emocional esperada del puerperio (baby blues) y una depresión perinatal que requiere atención especializada(Fellmeth et al., 2019; Samochowiec & Kendall-Tackett, 2024).

Para el diagnóstico clínico de DPP, se emplean los criterios del DSM-5 para depresión mayor, que requieren la presencia de al menos cinco síntomas durante un mínimo de dos semanas, y que representen un cambio respecto al funcionamiento previo. Al menos uno de los síntomas debe ser (American Psychiatric Association, 2022; Dimcea et al., 2024):

- estado de ánimo deprimido
- pérdida de interés o placer (anhedonia).

Criterios:

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días (por observación del paciente o por reportes de otros).
2. Disminución marcada del interés o placer en todas o casi todas las actividades la mayor parte del día.
3. Pérdida o aumento significativo de peso, disminución o aumento del apetito.
4. Insomnio o hipersomnia.
5. Agitación o retraso psicomotor observable por otros (no solo sensación subjetiva).
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada (que pueden ser delirantes) casi todos los días.
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión.
9. Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida sin un plan específico, intento de suicidio o plan específico para suicidarse (American Psychiatric Association, 2022).

Para que se establezca el diagnóstico, los síntomas deben causar malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes del funcionamiento. Además, los síntomas no deben ser atribuibles a los efectos fisiológicos de una sustancia ni a otra condición médica.

El tamizaje inicial puede realizarse mediante herramientas validadas como la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS), útil tanto en el embarazo como en el puerperio. Esta escala ha mostrado alta sensibilidad (75.7%) y especificidad (93.1%) en población mexicana(Fellmeth et al., 2019; Samochowiec & Kendall-Tackett, 2024).

La EPDS es una herramienta de tamizaje, diseñada para identificar mujeres en riesgo de desarrollar depresión posparto, pero no sustituye el diagnóstico clínico(Cozine & Wilkinson, 2016). En un metaanálisis que incluyó 27 estudios de 16 países y regiones, con más de 130,000 mujeres en el posparto evaluadas mediante esta escala, se estimó una prevalencia global de depresión posparto del 14%(Amer et al., 2024).

La Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016 recomienda la valoración del estado emocional de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio. No obstante, en muchos centros hospitalarios del país, esta recomendación no se aplica de manera sistemática(Diario Oficial de la Federación, 2016).

III. Fundamentación teórica

La depresión posparto (DPP) se designa en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)¹, como un episodio depresivo mayor con inicio periparto, es decir, durante el embarazo o dentro de las cuatro semanas posteriores al parto. Sin embargo, en la práctica clínica se ha ampliado este intervalo hasta los 12 meses posparto, debido a la persistencia de sintomatología depresiva en muchas mujeres más allá del puerperio inmediato(American Psychiatric Association, 2022).

El puerperio se define como el periodo posterior al parto que dura aproximadamente seis semanas. Durante este tiempo, el organismo materno experimenta un proceso de adaptación en el cual se revierten los cambios anatómicos y fisiológicos ocurridos durante el embarazo, permitiendo que el cuerpo regrese progresivamente a su estado previo a la gestación(Chauhan & Tadi, 2022). En este lapso también ocurren importantes transformaciones a nivel neuroendocrino y psicosocial, que pueden aumentar la vulnerabilidad de la mujer al desarrollo de DPP(Dimcea et al., 2024).

La prevalencia global de la DPP varía entre el 10% y el 20%, con tasas más elevadas en países de ingresos bajos y medios, donde las condiciones socioeconómicas, el acceso limitado a servicios de salud mental y factores psicosociales pueden incrementar el riesgo de desarrollar este trastorno(Daliri et al., 2023).

En México, estudios han reportado prevalencias que oscilan entre el 13% y el 25%, dependiendo de la metodología y del instrumento de detección utilizado(Santiago-Sanabria, Ibarra-Gussi, Rendón-Macías, Treviño-Villarreal, Islas-Tezpa, Porras-Ibarra, Tienhoven, et al., 2023). Estas cifras podrían estar subestimadas debido a la falta de tamizaje sistemático, el estigma asociado a los trastornos mentales y la limitada capacitación del personal de salud en salud mental perinatal.

La depresión prenatal, aunque menos estudiada, también es altamente prevalente y representa un factor de riesgo para el desarrollo de DPP. Ambas condiciones se asocian con partos prematuros, bajo peso al nacer, dificultades en la lactancia, problemas en el apego materno-infantil y retraso en el desarrollo psicomotor del recién nacido. La DPP es un importante problema de salud pública. Por su frecuencia e impacto negativo en la salud de la madre, el feto y recién nacido (Smith et al., 2016).

La DPP tiene una etiología multifactorial. Existen factores biológicos como los cambios hormonales abruptos tras el parto (descenso de estrógenos, progesterona, cortisol y oxitocina), así como alteraciones en la neurotransmisión serotoninérgica y dopaminérgica. Además, se ha descrito un aumento en la actividad de la enzima monoamino oxidasa A en mujeres con DPP (Bina, 2020; Saharoy et al., 2023).

A nivel psicosocial, los factores de riesgo incluyen antecedentes de trastorno depresivo mayor, violencia de pareja, apoyo social insuficiente, embarazo no deseado, ansiedad perinatal, historial de abuso sexual o físico y estrés en el cuidado del recién nacido (Khamidullina et al., 2025; Stewart & Vigod, 2019).

El tamizaje oportuno y sistemático durante el embarazo y el posparto es una herramienta efectiva para la identificación temprana de mujeres en riesgo. La Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) es el instrumento más utilizado a nivel internacional y en México, consta de 10 ítems y ha demostrado una sensibilidad del 90 % y especificidad del 82%, Valores predictivos positivos de 77% y Valor predictivo negativo de 94% para la detección de síntomas depresivos (Macías-Cortés et al., 2020). La EPDS es de fácil aplicación, no requiere personal especializado para su administración, y ha sido validada en español para población mexicana por Edgar Gómez- Gómez, Carlos González-Pérez, José de la Peña, Silvia Díaz-Martínez en 2010.

Es considerada adecuada para programas de cribado de rutina, aunque no sustituye una evaluación clínica formal.

La EPDS se creó para asistir a los profesionales de la atención primaria de salud en la detección de las madres que padecen de DPP; una afección alarmante más prolongada que Baby Blues, la cual aparece entre los dos y cuatro días posteriores al parto; los síntomas son de alivio espontáneos dentro de las dos a tres semanas siguientes al parto(Tosto et al., 2023).

La escala es un instrumento adecuado en el cribado de rutina para distinguir entre mujeres embarazadas deprimidas y no deprimidas, cumple con las características de ser económico, fácil de administrar, causar una molestia mínima y tener una alta fiabilidad y validez(Macías-Cortés et al., 2020).

IV. Hipótesis

Hipótesis Nula (Ho)

Se estima que la depresión prenatal y posnatal en la población obstétrica del Hospital General del ISSSTE Querétaro no sea alta con respecto a la prevalencia a nivel mundial la cual es del 10%.

Hipótesis Alterna (Ha)

Se estima que la depresión prenatal y posnatal sea más alta que la prevalencia a nivel mundial en la población obstétrica del Hospital General del ISSSTE Querétaro

V. Objetivos

V.1 Objetivo general

Identificar mediante la escala de Edimburgo el riesgo de depresión prenatal y postnatal en población obstétrica del Hospital General ISSSTE Querétaro de Agosto del 2024 a enero 2025.

V.2 Objetivos específicos

- Clasificar a las pacientes de acuerdo con el riesgo de presentar depresión postparto y prenatal.
- Referenciar al servicio de psiquiatría del hospital para confirmación diagnóstica.

VI. Material y métodos

VI.1 Tipo de investigación

Observacional, descriptivo y prospectivo.

VI.2 Población

- Pacientes embarazadas a partir de las 28 semanas de gestación (SDG) que sean atendidas en consulta externa, urgencias y hospitalización del Hospital General ISSSTE Querétaro.
- Pacientes que se encuentre en puerperio de la cuarta a la octava semanas posparto sea atendida en consulta externa, urgencias y hospitalización del Hospital General ISSSTE Querétaro.

VI.3 Muestra y tipo de muestreo

Se estudió a toda la población que cumpliera con los criterios de selección. Por lo tanto, no se calcula el tamaño de muestra.

VI.3.1 Criterios de selección (inclusión, exclusión y eliminación).

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

-Toda paciente embarazada a partir de la 28 SDG que sea atendida en consulta externa, urgencias y hospitalización del Hospital General ISSSTE Querétaro.

-Toda paciente que se encuentre en puerperio hasta las 8 semanas postparto atendida en consulta externa, urgencias y hospitalización del Hospital General ISSSTE Querétaro.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes con patologías psiquiátricas (trastornos de personalidad, psicosis, fobias) diagnosticadas previamente al embarazo.
- Pacientes que se encuentren bajo tratamiento con antidepresivos o se

encontraran en psicoterapia.

- Pacientes que no aceptaran ser parte del estudio.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Pacientes con errores en el llenado del instrumento.

VI.3.2 Variables estudiadas.

- Se incluyeron variables como edad, número de embarazos, escala de Edimburgo (EPDS), EPDS < 9:sin riesgo de DPP. EPDS 10-12: puntaje límite, riesgo de DPP, EPDS >13: indicador de probable.

VI.4 Técnicas e instrumentos.

Se aplicó la escala de escala de Edimburgo (EPDS) validada para población mexicana, Alvarado-Esquivel et al., 2006, consta de 10 ítems los cuales evalúa principalmente: estado de ánimo, anhedonia, ansiedad, culpa, alteraciones del sueño, ideas suicidas.

A las categorías de las respuestas se les dio el puntaje de 0, 1, 2 y 3 según el aumento de la gravedad del síntoma. Los puntos para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 se anotaron en orden inverso (por ejemplo, 3, 2, 1, 0) Interpretación:

- EPDS < 9: sin riesgo de DPP.
- EPDS 10-12: puntaje límite, riesgo de DPP
- EPDS >13: indicador de probable DPP

VI.5 Procedimientos

Previo autorización del Comité de Investigación del Hospital General ISSSTE Querétaro, así como previa firma de consentimiento informado a las pacientes para su participación del estudio, se les aplicó la escala de Edimburgo a las pacientes embarazadas a partir de la 28 SDG que fueron atendidas en consulta externa, urgencias y hospitalización, así como a las pacientes que se encontraron en

puerperio hasta la octava semanas posparto que fueron atendidas en consulta externa, urgencias y hospitalización del Hospital General ISSSTE Querétaro. Dicha escala se realizó mediante interrogatorio directo o autollenado.

VI.5.1 Análisis estadístico

Los resultados se realizaron con el paquete estadístico SPSS V.15, se utilizaron estadística descriptiva con medidas de tendencia central (media) y de dispersión (desviación estándar, rango o amplitud) para las variables cuantitativas, así como frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas. Los resultados se presentan en cuadros y gráficos.

VI.5.2 Consideraciones éticas

El estudio se apegó a los principios de la Declaración de Helsinki de 1964, así como a sus modificaciones de Tokio (1975) y Corea (1983), en relación con los trabajos de investigación biomédica realizados en seres humanos. Conforme a la Norma Oficial Mexicana de Investigación (NOM-313), se respetaron los lineamientos éticos establecidos, y únicamente se requirió el consentimiento informado de las pacientes embarazadas y en puerperio, garantizando en todo momento la confidencialidad de los datos y su utilización exclusiva para los fines del estudio.

El protocolo fue sometido y aprobado por el Comité de Investigación del Hospital General ISSSTE Querétaro, cumpliendo con la reglamentación ética vigente. Por las características del diseño, se consideró que el estudio no comprometió la integridad física ni emocional de las participantes ni del feto.

A cada paciente embarazada o en puerperio que aceptó participar se le aplicó una carta de consentimiento informado, en la cual se explicó en qué consistía la aplicación de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo, sus objetivos y beneficios. Asimismo, se les informó cuál sería su participación dentro del estudio y

se les notificaron los resultados obtenidos. Se aclaró expresamente que la negativa a participar no afectaría la calidad de la atención médica brindada en la institución.

VII. Resultados

El estudio comprendió un total de 155 pacientes obstétricas, distribuidas en 98 mujeres gestantes y 57 en el posparto, correspondientes a la población atendida en el Hospital General ISSSTE Querétaro. (Gráfico 1).

Se observó la distribución de las pacientes según su rango de edad y etapa obstétrica. Entre las gestantes, la mayor concentración correspondió a los grupos de 25 a 29 años (30 casos; media 27.1 años) y 30 a 34 años (25 casos; media 31.6 años), seguidos del rango 35-39 años (20 casos; media 37.0 años). En las mujeres en posparto, los grupos predominantes fueron también 25-29 años (20 casos; media 27.0 años) y 30-34 años (16 casos; media 32.0 años). Las adolescentes menores de 20 años representaron un grupo minoritario (2 casos en cada etapa), y no se registraron mujeres mayores de 40 años. (Tabla 1).

Se identificó que 47 de 57 mujeres (82.45%) presentaron puntuaciones ≥ 10 en la escala EPDS, indicativas de posible depresión, mientras que 10 pacientes (17.55%) no mostraron signos clínicos relevantes. (Tabla 2).

Para los resultados del tamizaje en mujeres embarazadas, donde con un punto de corte de ≥ 13 puntos se observó una distribución equitativa: 49 pacientes (50%) obtuvieron resultado positivo y 49 (50%) negativo. (Tabla 3).

El Gráfico 2 ilustra la comparación entre gestantes y posparto, mostrando un aumento considerable en la proporción de casos de depresión durante el puerperio. (Gráfico 2).

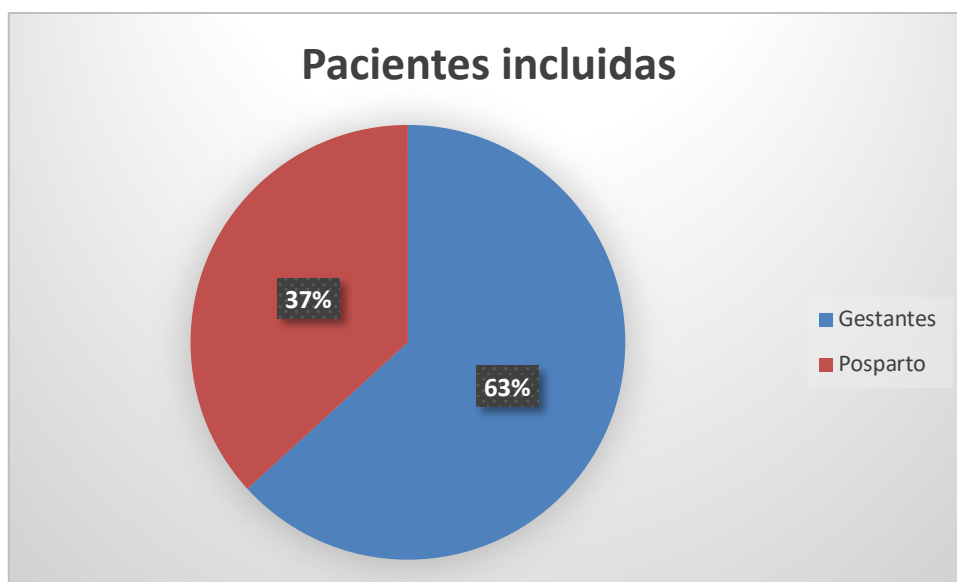
Finalmente, los resultados del tamizaje para ansiedad, donde 59 de las 155 pacientes (38.06%) obtuvieron puntuaciones compatibles con riesgo significativo, mientras que 96 (61.94%) no presentaron síntomas relevantes. (Tabla 4). Se presentó una paciente con alerta de ideación autolesiva, la cual fue notificada y canalizada para su debida atención.

Cuadro VII.1 Distribución de las pacientes por edad gestantes y posparto n= 155

Rango de edad	Número de gestante	Media de edad	Número posparto	Media de edad
<20	2	19.0	2	18.0
20-24	21	21.8	10	22.9
25-29	30	27.1	20	27.0
30-34	25	31.6	16	32.0
35-39	20	37.0	9	37.1
Más de 40	0	0	0	0
Total	98	100	57	100

Fuente: Base de datos población obstétrica del Hospital General ISSSTE Querétaro de Agosto del 2024 a enero 2025

Gráfico VII.1. Distribución de pacientes por etapa de la gestación



Cuadro VII.2 Posible depresión en las pacientes posparto

Posible depresión	n= 57			
	Sí	Porcentaje	No	Porcentaje
Punto de corte mayor, igual a 10 puntos	47	82.45	10	17.55

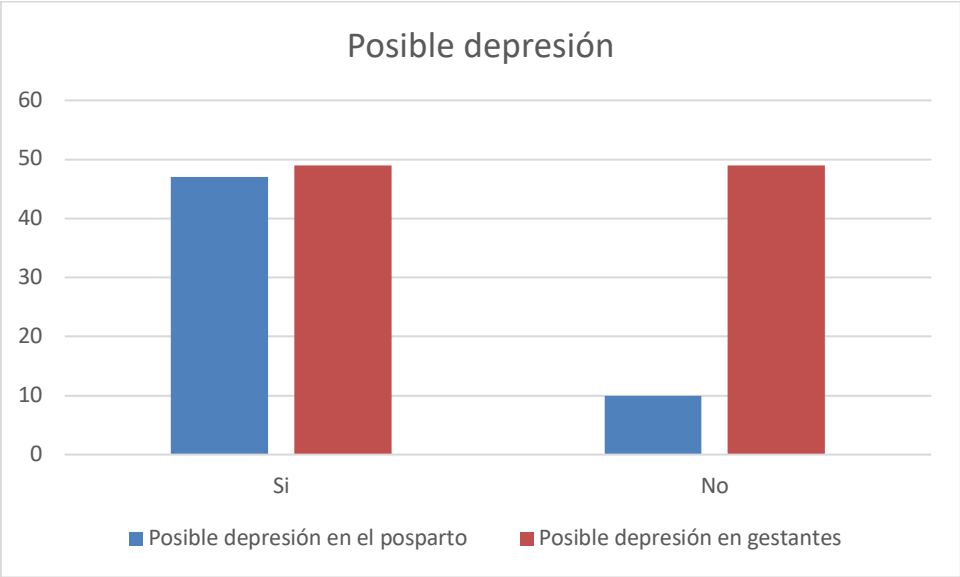
Fuente: Base de datos población obstétrica del Hospital General ISSSTE Querétaro de Agosto del 2024 a enero 2025

Cuadro VII.3 Posible depresión en las pacientes posparto

Posible depresión	n= 98			
	Sí	Porcentaje	No	Porcentaje
Punto de corte mayor, igual a 13 puntos	49	50	49	50

Fuente: Base de datos población obstétrica del Hospital General ISSSTE Querétaro de Agosto del 2024 a enero 2025

Gráfico VII.2. Distribución de pacientes por etapa de la gestación



Cuadro VII.4 Riesgo de ansiedad

	Sí	Porcentaje	No	Porcentaje
Riesgo de ansiedad	59	38.06	96	61.94

Fuente: Base de datos población obstétrica del Hospital General ISSSTE Querétaro de Agosto del 2024 a enero 2025

VIII. Discusión

El presente estudio permitió identificar una alta frecuencia de síntomas depresivos tanto en el periodo prenatal como en el posnatal en la población obstétrica atendida en el Hospital General ISSSTE Querétaro. Los hallazgos mostraron que la mitad de las gestantes (50%) presentó puntuaciones positivas en la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) y que la prevalencia se elevó a 82.45% durante el puerperio. Esta diferencia refuerza la hipótesis de que el periodo posparto representa una etapa de mayor vulnerabilidad emocional, influida por cambios hormonales bruscos, sobrecarga del rol materno y alteraciones en la red de apoyo social.

Estos resultados concuerdan con los reportes internacionales que sitúan la prevalencia global de depresión posparto entre 10% y 20%, con incrementos notables en países de ingresos medios y bajos (Abenova et al., 2022; Khadka et al., 2024). Sin embargo, las cifras encontradas en esta investigación superaron las estimaciones previas, lo que podría reflejar la utilidad de un tamizaje activo mediante la EPDS y la sensibilización de las pacientes durante el proceso de aplicación. En el contexto mexicano, estudios recientes en instituciones públicas describen prevalencias que oscilan entre 15% y 25% (Chávez-Tostado et al., 2023; Santiago-Sanabria, Ibarra-Gussi, Rendón-Macías, Treviño-Villarreal, Islas-Tezpa, Porras-Ibarra, & van Tienhoven, 2023), por lo que la elevada proporción detectada en este estudio podría atribuirse a características psicosociales locales, tales como limitaciones en el acceso a atención psicológica, sobrecarga familiar o estrés económico.

La detección de síntomas depresivos en el 50% de las gestantes coincide con evidencias de que la depresión prenatal constituye un predictor significativo de depresión posnatal, probablemente por mecanismos compartidos de disfunción del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal y alteraciones en la neurotransmisión serotoninérgica (Dimcea et al., 2024). Desde una perspectiva clínica, este hallazgo

subraya la necesidad de incorporar el tamizaje durante la gestación como parte del control prenatal rutinario, lo que permitiría identificar y abordar tempranamente los factores de riesgo psicosociales antes del parto.

En cuanto al riesgo de ansiedad, se observó que 38.06% de las pacientes obtuvieron puntuaciones sugestivas de sintomatología significativa. Este resultado es relevante, ya que la comorbilidad entre ansiedad y depresión perinatal se asocia con peor pronóstico, mayor riesgo de ideación suicida, menor adherencia a controles médicos y dificultades en el vínculo madre-hijo (Abdelhafez et al., 2023; Klawetter et al., 2020). En el presente estudio se documentó un caso con ideación autolesiva, el cual fue canalizado oportunamente, lo que refuerza la pertinencia ética del tamizaje sistemático.

El patrón etario evidenció que la mayor proporción de casos correspondió a mujeres entre 25 y 34 años, grupo en el que se concentra la mayor parte de la población obstétrica activa. Este hallazgo coincide con estudios previos que señalan que la depresión perinatal no es exclusiva de grupos extremos de edad, sino que afecta principalmente a mujeres en edad reproductiva media, coincidiendo con mayores exigencias laborales y familiares (Asselmann et al., 2020; Netsi et al., 2018; Terrone et al., 2023).

La utilidad de la EPDS quedó demostrada por su aplicabilidad, sensibilidad diagnóstica y facilidad de administración, incluso en entornos con recursos limitados. Este instrumento permitió detectar de manera no invasiva a pacientes en riesgo y canalizarlas al servicio de psiquiatría para evaluación y seguimiento. Además, el tamizaje contribuyó a visibilizar la necesidad de integrar la salud mental materna como parte esencial del abordaje obstétrico integral, en concordancia con la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016 (Diario Oficial de la Federación, 2016) y las recomendaciones internacionales de la American College of Obstetricians and Gynecologists (Moore Simas et al., 2023).

Entre las principales fortalezas se destaca el enfoque prospectivo y sistemático de tamizaje, que permitió obtener una medición directa y confiable del

estado emocional de las pacientes en dos etapas críticas: el embarazo y el puerperio. La aplicación de un instrumento validado (EPDS) en población mexicana garantizó consistencia metodológica, y el abordaje ético del estudio, avalado por los comités correspondientes, aseguró la confidencialidad y el bienestar de las participantes. Asimismo, la identificación de casos con riesgo elevado posibilitó la referencia oportuna a servicios especializados, generando un impacto clínico inmediato.

Entre las limitaciones, se reconoce que el estudio se realizó en una sola unidad hospitalaria, lo que restringe la generalización de los resultados a otras poblaciones con distintas características socioeconómicas o culturales. Además, el diseño descriptivo no permite establecer causalidad entre los factores de riesgo y la presencia de depresión, y no se evaluó el seguimiento a largo plazo de las pacientes referidas. Otra limitación radica en la autoadministración de la escala, que podría estar influida por sesgos de deseabilidad social o subestimación de síntomas por estigma cultural hacia los trastornos mentales. Finalmente, la ausencia de correlación con diagnósticos psiquiátricos confirmatorios impide determinar la magnitud exacta de la depresión clínica.

A pesar de las limitaciones, los hallazgos respaldan la necesidad de institucionalizar el tamizaje de salud mental perinatal como práctica rutinaria en los servicios obstétricos. La detección temprana de síntomas depresivos y ansiosos durante el control prenatal y posnatal podría reducir complicaciones obstétricas, mejorar la adherencia al seguimiento médico y favorecer la salud emocional materna e infantil. La integración del tamizaje en las consultas de control permitiría además generar bases de datos locales que orienten estrategias preventivas y programas de intervención multidisciplinaria.

IX. Conclusiones

La frecuencia de síntomas depresivos en el periodo prenatal y posnatal de la población obstétrica atendida en el Hospital General ISSSTE Querétaro fue significativamente mayor a la estimada a nivel mundial. Con base en los resultados obtenidos mediante la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS), se determinó que el 50% de las mujeres embarazadas y el 82.45% de las mujeres en puerperio presentaron puntuaciones compatibles con riesgo de depresión, cifras que superaron ampliamente el promedio internacional del 10%. En consecuencia, se rechazó la hipótesis nula (H_0) y se aceptó la hipótesis alterna (H_a), confirmando que la prevalencia de depresión prenatal y posnatal en esta población fue alta.

IX. Propuestas

- Implementar un programa institucional permanente de tamizaje emocional perinatal, utilizando la *Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS)* durante el control prenatal y posnatal, a fin de detectar de manera oportuna a mujeres con síntomas depresivos o ansiosos.
- Incluir la valoración del estado emocional dentro de la historia clínica obstétrica, conforme a lo establecido en la *Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016*, asegurando que la evaluación psicológica sea parte del protocolo de atención integral de la mujer embarazada y puérpera.
- Capacitar al personal médico, de enfermería y trabajo social en la aplicación, interpretación y seguimiento del tamizaje con la EPDS, así como en la identificación de signos de alarma relacionados con depresión y ansiedad perinatal.
- Establecer un sistema de referencia y contrarreferencia efectiva con el servicio de Psiquiatría y Psicología Clínica, para asegurar la atención especializada de las pacientes con puntuaciones elevadas o con riesgo de ideación suicida.
- Diseñar estrategias de intervención temprana orientadas a la promoción del bienestar emocional materno, que incluyan sesiones grupales de apoyo, educación emocional, consejería familiar y acompañamiento psicológico durante el embarazo y el puerperio.
- Fortalecer la red de apoyo social y familiar de las pacientes obstétricas, promoviendo la participación del entorno cercano (pareja y familia) en la detección y manejo del estrés, ansiedad y depresión durante la gestación y el posparto.
- Realizar campañas de sensibilización comunitaria sobre la importancia de la salud mental materna, con el objetivo de disminuir el estigma asociado a los trastornos afectivos durante el embarazo y el puerperio.
- Promover la investigación multicéntrica y longitudinal sobre depresión perinatal, con el fin de identificar factores de riesgo específicos en diferentes contextos socioculturales y diseñar estrategias preventivas personalizadas.

X. Bibliografía.

- Abdelhafez, M. M. A., Ahmed, K. A. M., Ahmed, N. A. M., Ismail, M. H., Mohd Daud, M. N. Bin, Ping, N. P. T., Eldiasty, A. M., Amri, M. F. Bin, Jeffree, M. S., Kadir, F., pg Baharuddin, D. M., Bolong, M. F. Bin, Hayati, F., BtAzizan, N., Sumpat, D., Syed Abdul Rahim, S. S., & Abdel Malek, E. H. (2023). Psychiatric illness and pregnancy: A literature review. *Heliyon*, 9(11), e20958. <https://doi.org/10.1016/J.HELIYON.2023.E20958>
- Abenova, M., Myssayev, A., Kanya, L., Turliuc, M. N., & Jamedinova, U. (2022). Prevalence of postpartum depression and its associated factors within a year after birth in Semey, Kazakhstan: A cross sectional study. *Clinical Epidemiology and Global Health*, 16, 101103. <https://doi.org/10.1016/J.CEGH.2022.101103>
- Alvarado-Esquivel, C., Sifuentes-Alvarez, A., & Salas-Martinez, C. (2014). The Use of the Edinburgh Postpartum Depression Scale in a Population of Teenager Pregnant Women in Mexico: A Validation Study. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health : CP & EMH*, 10(1), 129. <https://doi.org/10.2174/1745017901410010129>
- Amer, S. A., Zaitoun, N. A., Abdelsalam, H. A., Abbas, A., Ramadan, M. S., Ayal, H. M., Ba-Gais, S. E. A., Basha, N. M., Allahham, A., Agyenim, E. B., & Al-Shroby, W. A. (2024). Exploring predictors and prevalence of postpartum depression among mothers: Multinational study. *BMC Public Health*, 24(1), 1–15. <https://doi.org/10.1186/S12889-024-18502-0/TABLES/4>
- American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. <https://doi.org/10.1176/APPI.BOOKS.9780890425787>
- Asselmann, E., Kunas, S. L., Wittchen, H. U., & Martini, J. (2020). Changes in psychopathological symptoms during pregnancy and after delivery: A prospective-longitudinal study in women with and without anxiety and depressive disorders prior to pregnancy. *Journal of Affective Disorders*, 263, 480–490. <https://doi.org/10.1016/J.JAD.2019.11.112>
- Aydin, N., Inandi, T., Yigit, A., & Nalan Sahin Hodoglugil, N. (2004). Validation of the Turkish version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale among women within

- their first postpartum year. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(6), 483–486. <https://doi.org/10.1007/s00127-004-0770-4>
- Bai, Y., Li, Q., Cheng, K. K., Caine, E. D., Tong, Y., Wu, X., & Gong, W. (2023). Prevalence of Postpartum Depression Based on Diagnostic Interviews: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Depression and Anxiety*, 2023(1), 8403222. <https://doi.org/10.1155/2023/8403222>
- Bina, R. (2020). Predictors of postpartum depression service use: A theory-informed, integrative systematic review. *Women and Birth*, 33(1), e24–e32. <https://doi.org/10.1016/J.WOMBI.2019.01.006>
- Chauhan, G., & Tadi, P. (2022). Physiology, Postpartum Changes. *StatPearls*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK555904/>
- Chávez-Tostado, M., Chávez-Tostado, K. V., Cervantes-Guevara, G., Cervantes-Cardona, G., Hernandez-Corona, D. M., González-Heredia, T., Méndez-del Villar, M., Corona-Meraz, F. I., Guzmán-Ornelas, M. O., Barbosa-Camacho, F. J., Álvarez-Villaseñor, A. S., Cervantes-Pérez, E., Fuentes-Orozco, C., Barrera-López, N. G., López-Bernal, N. E., & González-Ojeda, A. (2023). Breastfeeding Practices and Postpartum Depression in Mexican Women during the COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Study. *Medicina*, 59(7), 1330. <https://doi.org/10.3390/MEDICINA59071330>
- Cozine, E. W., & Wilkinson, J. M. (2016). Depression Screening, Diagnosis, and Treatment Across the Lifespan. *Primary Care - Clinics in Office Practice*, 43(2), 229–243. <https://doi.org/10.1016/j.pop.2016.02.004>
- Dagher, R. K., Bruckheim, H. E., Colpe, L. J., Edwards, E., & White, D. B. (2021). Perinatal Depression: Challenges and Opportunities. *Journal of Women's Health*, 30(2), 154. <https://doi.org/10.1089/JWH.2020.8862>
- Daliri, D. B., Afaya, A., Afaya, R. A., & Abagye, N. (2023). Postpartum depression: The prevalence and associated factors among women attending postnatal clinics in the Bawku municipality, Upper East Region of Ghana. *Psychiatry and Clinical Neurosciences Reports*, 2(3), e143. <https://doi.org/10.1002/PCN5.143>

- Diario Oficial de la Federación. (2016). Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. *Norma Oficial Mexicana*, 1–67.
- Dimcea, D. A. M., Petca, R. C., Dumitrașcu, M. C., Șandru, F., Mehedințu, C., & Petca, A. (2024). Postpartum Depression: Etiology, Treatment, and Consequences for Maternal Care. *Diagnostics*, 14(9), 865. <https://doi.org/10.3390/DIAGNOSTICS14090865>
- Fellmeth, G., Opondo, C., Henderson, J., Redshaw, M., Mcneill, J., Lynn, F., & Alderdice, F. (2019). Identifying postnatal depression: Comparison of a self-reported depression item with Edinburgh Postnatal Depression Scale scores at three months postpartum. *Journal of Affective Disorders*, 251, 8–14. <https://doi.org/10.1016/J.JAD.2019.03.002>
- Guo, J., Zheng, A., He, J., Ai, M., Gan, Y., Zhang, Q., Chen, L., Liang, S., Yu, X., & Kuang, L. (2021). The prevalence of and factors associated with antenatal depression among all pregnant women first attending antenatal care: a cross-sectional study in a comprehensive teaching hospital. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/S12884-021-04090-Z>
- Khadka, N., Fassett, M. J., Oyelese, Y., Mensah, N. A., Chiu, V. Y., Yeh, M., Peltier, M. R., & Getahun, D. (2024). Trends in Postpartum Depression by Race, Ethnicity, and Prepregnancy Body Mass Index. *JAMA Network Open*, 7(11), e2446486. <https://doi.org/10.1001/JAMANETWORKOPEN.2024.46486>
- Khamidullina, Z., Marat, A., Muratbekova, S., Mustapayeva, N. M., Chingayeva, G. N., Shepetov, A. M., Ibatova, S. S., Terzic, M., & Aimagambetova, G. (2025). Postpartum Depression Epidemiology, Risk Factors, Diagnosis, and Management: An Appraisal of the Current Knowledge and Future Perspectives. *Journal of Clinical Medicine*, 14(7), 2418. <https://doi.org/10.3390/JCM14072418/S1>
- Klawetter, S., McNitt, C., Hoffman, J. A., Glaze, K., Sward, A., & Frankel, K. (2020). Perinatal Depression in Low-Income Women: A Literature Review and Innovative Screening Approach. *Current Psychiatry Reports*, 22(1), 1. <https://doi.org/10.1007/S11920-019-1126-9>

- Krauskopf, V., & Valenzuela, P. (2020). Depresión perinatal: detección, diagnóstico y estrategias de tratamiento. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(2), 139–149. <https://doi.org/10.1016/J.RMCLC.2020.01.004>
- Luciano, M., Di Vincenzo, M., Brandi, C., Tretola, L., Toricco, R., Perris, F., Volpicelli, A., Torella, M., La Verde, M., Fiorillo, A., & Sampogna, G. (2022). Does antenatal depression predict post-partum depression and obstetric complications? Results from a longitudinal, long-term, real-world study. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 1082762. <https://doi.org/10.3389/FPSYT.2022.1082762>
- Macías-Cortés, E. del C., Lima-Gómez, V., & Asbun-Bojalil, J. (2020). Diagnostic accuracy of the Edinburgh Postnatal Depression Scale: consequences of screening in Mexican women. *Gaceta Médica de México*, 156(3), 202–208. <https://doi.org/10.24875/GMM.19005424>
- Moore Simas, T. A., Hoffman, M. C., Miller, E. S., Metz, T., Byatt, N., & Roussos-Ross, K. (2023). Screening and Diagnosis of Mental Health Conditions During Pregnancy and Postpartum: ACOG Clinical Practice Guideline No. 4. *Obstetrics and Gynecology*, 141(6), 1232–1261. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000005200>
- Nagel, E. M., Howland, M. A., Pando, C., Stang, J., Mason, S. M., Fields, D. A., & Demerath, E. W. (2021). Maternal psychological distress and lactation and breastfeeding outcomes: A narrative review. *Clinical Therapeutics*, 44(2), 215. <https://doi.org/10.1016/J.CLINTHERA.2021.11.007>
- Necho, M., Abadisharew, M., & Getachew, Y. (2020). A Systematic Review and Meta-analysis of Depression in Postpartum Women in a Low-income Country; Ethiopia, 2020. *The Open Public Health Journal*, 13(1), 595–610. <https://doi.org/10.2174/1874944502013010595>
- Netsi, E., Pearson, R. M., Murray, L., Cooper, P., Craske, M. G., & Stein, A. (2018). Association of persistent and severe postnatal depression with child outcomes. *JAMA Psychiatry*, 75(3), 247–253. <https://doi.org/10.1001/JAMAPSYCHIATRY.2017.4363>
- O'Hara, M. W., & Wisner, K. L. (2014). Perinatal mental illness: Definition, description and aetiology. *Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 28(1), 3–12. <https://doi.org/10.1016/J.BPOBGYN.2013.09.002>

- Pilkington, P. D., Milne, L. C., Cairns, K. E., Lewis, J., & Whelan, T. A. (2015). Modifiable partner factors associated with perinatal depression and anxiety: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 178, 165–180. <https://doi.org/10.1016/J.JAD.2015.02.023>
- Radoš, S. N., Akik, B. K., Žutić, M., Rodriguez-Muñoz, M. F., Uriko, K., Motrico, E., Moreno-Peral, P., Apter, G., & den Berg, M. L. van. (2024). Diagnosis of peripartum depression disorder: A state-of-the-art approach from the COST Action Riseup-PPD. *Comprehensive Psychiatry*, 130. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2024.152456>
- Rezaie-Keikhaie, K., Arbabshastan, M. E., Rafiemanesh, H., Amirshahi, M., Ostadkelayeh, S. M., & Arbabisarjou, A. (2020). Systematic Review and Meta-Analysis of the Prevalence of the Maternity Blues in the Postpartum Period. *JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 49(2), 127–136. <https://doi.org/10.1016/J.JOBN.2020.01.001>
- Saharoy, R., Potdukhe, A., Wanjari, M., & Taksande, A. B. (2023). Postpartum Depression and Maternal Care: Exploring the Complex Effects on Mothers and Infants. *Cureus*, 15(7), e41381. <https://doi.org/10.7759/CUREUS.41381>
- Samochowiec, J., & Kendall-Tackett, K. A. (2024). Screening for Perinatal Depression: Barriers, Guidelines, and Measurement Scales. *Journal of Clinical Medicine* 2024, Vol. 13, Page 6511, 13(21), 6511. <https://doi.org/10.3390/JCM13216511>
- Santiago-Sanabria, L., Ibarra-Gussi, P. M., Rendón-Macías, M. E., Treviño-Villarreal, P., Islas-Tezpa, D., Porras-Ibarra, G. D., Tienhoven, X. van, Santiago-Sanabria, L., Ibarra-Gussi, P. M., Rendón-Macías, M. E., Treviño-Villarreal, P., Islas-Tezpa, D., Porras-Ibarra, G. D., & Tienhoven, X. van. (2023). Depresión posparto: prevalencia y factores de riesgo asociados en una muestra de población mexicana. *Ginecología y Obstetricia de México*, 91(4), 227–240. <https://doi.org/10.24245/GOM.V91I4.8456>
- Santiago-Sanabria, L., Ibarra-Gussi, P. M., Rendón-Macías, M. E., Treviño-Villarreal, P., Islas-Tezpa, D., Porras-Ibarra, G. D., & van Tienhoven, X. (2023). Postpartum depression: prevalence and associated risk factors in a sample of the Mexican population. *Ginecología y Obstetricia de México*, 91(4), 227–240. <https://doi.org/10.24245/GOM.V91I4.8456>

- Serati, M., Buoli, M., & Barkin, J. L. (2025a). Perinatal Depression. *Perinatal Depression*, 1–90. <https://doi.org/10.1097/01.jaa.0000000000000250>
- Serati, M., Buoli, M., & Barkin, J. L. (2025b). Perinatal Depression. *Perinatal Depression*, 1–90. <https://doi.org/10.1097/01.jaa.0000000000000250>
- Seth, S., Lewis, A. J., & Galbally, M. (2016). Perinatal maternal depression and cortisol function in pregnancy and the postpartum period: a systematic literature review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16(1), 124. <https://doi.org/10.1186/S12884-016-0915-Y>
- Slomian, J., Honvo, G., Emonts, P., Reginster, J. Y., & Bruyère, O. (2019). Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. *Women's Health*, 15, 1745506519844044. <https://doi.org/10.1177/1745506519844044>
- Smith, E. K., Gopalan, P., Glance, J. B., & Azzam, P. N. (2016). Postpartum depression screening: A review for psychiatrists. *Harvard Review of Psychiatry*, 24(3), 173–187. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000103>
- Stewart, D. E., & Vigod, S. N. (2019). Postpartum depression: Pathophysiology, treatment, and emerging therapeutics. *Annual Review of Medicine*, 70, 183–196. <https://doi.org/10.1146/ANNUREV-MED-041217-011106>
- Terrone, G., Bianciardi, E., Fontana, A., Pinci, C., Castellani, G., Sferra, I., Forastiere, A., Merlo, M., Marinucci, E., Rinaldi, F., Falanga, M., Pucci, D., Siracusano, A., & Niolu, C. (2023). Psychological Characteristics of Women with Perinatal Depression Who Require Psychiatric Support during Pregnancy or Postpartum: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2023, Vol. 20, Page 5508, 20(8), 5508. <https://doi.org/10.3390/IJERPH20085508>
- Tosto, V., Ceccobelli, M., Lucarini, E., Tortorella, A., Gerli, S., Parazzini, F., & Favilli, A. (2023). Maternity Blues: A Narrative Review. *Journal of Personalized Medicine*, 13(1), 154. <https://doi.org/10.3390/JPM13010154>
- Wang, Z., Liu, J., Shuai, H., Cai, Z., Fu, X., Liu, Y., Xiao, X., Zhang, W., Krabbendam, E., Liu, S., Liu, Z., Li, Z., & Yang, B. X. (2021a). Mapping global prevalence of depression among postpartum women. *Translational Psychiatry*, 11(1), 543. <https://doi.org/10.1038/S41398-021-01663-6>

- Wang, Z., Liu, J., Shuai, H., Cai, Z., Fu, X., Liu, Y., Xiao, X., Zhang, W., Krabbendam, E., Liu, S., Liu, Z., Li, Z., & Yang, B. X. (2021b). Mapping global prevalence of depression among postpartum women. *Translational Psychiatry*, 11(1), 543. <https://doi.org/10.1038/S41398-021-01663-6>
- Yim, I. S., Glynn, L. M., Schetter, C. D., Hobel, C. J., Chicz-DeMet, A., & Sandman, C. A. (2009). Risk of postpartum depressive symptoms with elevated corticotropin-releasing hormone in human pregnancy. *Archives of General Psychiatry*, 66(2), 162–169. <https://doi.org/10.1001/ARCHGENPSYCHIATRY.2008.533>
- Zoubovsky, S. P., Hoseus, S., Tumukuntala, S., Schulkin, J. O., Williams, M. T., Vorhees, C. V., & Muglia, L. J. (2020). Chronic psychosocial stress during pregnancy affects maternal behavior and neuroendocrine function and modulates hypothalamic CRH and nuclear steroid receptor expression. *Translational Psychiatry*, 10(1), 6. <https://doi.org/10.1038/S41398-020-0704-2>
- Žuti, M. (2023). Biopsychosocial Models of Peripartum Depression: A Narrative Review. *Https://Journals.Copmadrid.Org/Clysa*, 34(2), 91–99. <https://doi.org/10.5093/CLYSA2023A16>

XI. Anexos

X1.1 Hoja de recolección de datos

Hoja de Recolección de Datos

Protocolo: Tamizaje de depresión prenatal y postnatal en población obstétrica

Hospital General ISSSTE Querétaro

Fecha: _____

Registro: _____

Investigador: _____

I. Datos Sociodemográficos

Edad (años)	_____
Estado civil () Soltera () Casada () Unión libre () Divorciada () Viuda	_____
Escolaridad () Sin escolaridad () Primaria () Secundaria () Preparatoria o equivalente () Universidad o más	_____
Ocupación	_____
Nivel socioeconómico () Bajo () Medio () Alto	_____
Lugar de residencia	_____

II. Antecedentes Clínicos

Embarazo actual () Primer embarazo () Multípara	_____
Semanas de gestación	_____
Antecedentes de depresión () Sí () No	_____
Tratamiento psiquiátrico previo () Sí () No	_____
Enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión, etc.) () Sí () No Especificar:	_____
Consumo de sustancias (tabaco, alcohol, drogas) () Sí () No Especificar:	_____

XI.2 Instrumentos

Cuestionario Sobre Depresión Postnatal Edimburgo (EPDS)

Nombre: _____
Dirección: _____
Su fecha de Nacimiento: _____
Fecha de Nacimiento del Bebé: _____ Teléfono: _____

Queremos saber cómo se siente si está embarazada o 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 significaría: Me he sentido feliz la mayor parte del tiempo durante la pasada semana. Por favor complete las otras preguntas de la misma manera.

- | | |
|--|--|
| 1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas
Tanto como siempre
No tanto ahora
Mucho menos
No, no he podido | 6. Las cosas me oprimen o agobian
Sí, la mayor parte de las veces
Sí, a veces
No, casi nunca
No, nada |
| 2. He mirado el futuro con placer
Tanto como siempre
Algo menos de lo que solía hacer
Definitivamente menos
No, nada | 7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir
Sí, la mayoría de las veces
Sí, a veces
No muy a menudo
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 | 8. Me he sentido triste y desgraciada
Sí, casi siempre
Sí, bastante a menudo
No muy a menudo
No, nada |
| 4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo
No, para nada
Casi nada
Sí, a veces
Sí, a menudo | 9. He sido tan infeliz que he estado llorando
Sí, casi siempre
Sí, bastante a menudo
Sólo en ocasiones
No, nunca |
| 5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno
Sí, bastante
Sí, a veces
No, no mucho
No, nada | 10. He pensado en hacerme daño a mí misma
Sí, bastante a menudo
A veces
Casi nunca
No, nunca |

Puntaje total: _____

Interpretación:


() < 10 = sin depresión probable

() ≥ 10 = sospecha de depresión (requiere evaluación adicional)

IV. Seguimiento y Observaciones

Fecha próxima evaluación	_____
Referencia a psicología/psiquiatría () Sí () No	_____
Observaciones adicionales	_____

XI.3 Carta de consentimiento informado.

 ISSSTE <small>INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SALUD PARA EL TRABAJADOR Y PARA EL PACIENTE</small>	CONOCIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE OPERACIÓN O PROCEDIMIENTOS
Nombre del paciente o tutor _____	
Registro: _____	Edad: _____
Autorizo al Dr. _____ Para realizar la operación o procedimiento _____	
RIESGOS EN LA ATENCIÓN MÉDICA, ESTUDIOS ESPECIALES Y PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS	
<p>Se da autorización bajo la comprensión de que cualquier operación y procedimiento implica algunos riesgos y peligros. Los riesgos más comunes incluyen: hemorragia, lesión nerviosa, coágulos sanguíneos, ataque cardíaco, reacciones alérgicas, neumonía e infecciones. Estos riesgos pueden ser graves o incluso mortales. Algunos riesgos importantes y sustanciales de esta operación en particular incluyen:</p>	
<hr/>	
<u>ANESTESIA</u>	
<p>La administración de la anestesia también implica riesgos, el más importante de estos, aunque poco frecuente es el de sufrir una reacción a los medicamentos ya que puede causar la muerte.</p> <p>Autorizo el uso de éstos anestésicos por la persona responsable de éste servicio, en caso de considerarse necesario.</p>	
<u>PROCEDIMIENTOS ADICIONALES</u>	
<p>Si mi médico descubre algún padecimiento diferente y no sospechado durante mi cirugía, le autorizo a que realice el tratamiento que se considere necesario para éste.</p> <p>Estoy enterado(a) de que no existe garantía o seguridad sobre los resultados del procedimiento y de que es posible que pueda no curar mi enfermedad.</p> <p>Nadie puede predecir cuales serán las complicaciones que ocurran en mi caso.</p>	
<u>CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE</u>	
<p>He leído y entendido éste formato de consentimiento y comprendido que no debo firmarlo si todos los párrafos y todas mis dudas no han sido explicadas y contestadas a mi entera satisfacción o si no comprendo cualquier término o palabra contenida en éste documento.</p> <p>Si tiene cualquier duda acerca de los riesgos, peligros, o cualquier pregunta acerca de la cirugía o tratamiento propuesto, pregunte a su médico o cirujano ahora, <u>¡Antes de firmar esta forma de consentimiento!</u> No firme a menos que lea y entienda por completo éste documento!</p>	
TESTIGO	PACIENTE/RESPONSABLE
	FECHA _____ HORA _____
DECLARACIÓN MÉDICA: He explicado el contenido de éste documento al paciente y he respondido a todas sus preguntas. Al grado máximo de mi conocimiento, por lo que el paciente ha sido informado adecuadamente y ha aceptado el tratamiento propuesto	
Firma del Médico	FECHA _____ HORA _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE LA ESCALA DE DEPRESIÓN POSTNATAL DE EDIMBURGO (EPDS)

Nombre del estudio o proyecto: Tamizaje de depresión prenatal y posnatal en población obstétrica del Hospital General ISSSTE Querétaro

Nombre de la participante: _____

Edad: _____ Número de expediente clínico: _____

Unidad médica: Hospital General ISSSTE Querétaro

Nombre del responsable del estudio/aplicación: _____

¿Qué es la Escala de Edimburgo?

La Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS, por sus siglas en inglés) es un cuestionario breve, validado internacionalmente, que sirve para identificar signos tempranos de depresión durante el embarazo y el posparto. No es una prueba diagnóstica, pero ayuda a detectar si existe riesgo de que usted esté atravesando por un trastorno del estado de ánimo.

¿Por qué se me pide llenar esta escala?

Porque es importante cuidar su salud emocional durante el embarazo y después del nacimiento de su bebé. Esta escala permite detectar a tiempo si necesita apoyo emocional o atención especializada.

¿Qué implica participar?

Usted responderá de manera voluntaria 10 preguntas relacionadas con su estado de ánimo en los últimos 7 días. Esto tomará aproximadamente 5 a 10 minutos. Sus respuestas serán confidenciales.

¿Hay riesgos?

No hay riesgos físicos. Algunas preguntas pueden causarle incomodidad si se siente identificada con algún síntoma emocional. En caso de que se detecte un puntaje alto, se le ofrecerá orientación y canalización a atención psicológica o psiquiátrica, si usted lo desea.

¿Hay beneficios?

Sí. El principal beneficio es que podrá recibir atención emocional oportuna si presenta signos de depresión perinatal, lo que puede mejorar su bienestar y el de su bebé.

Confidencialidad

Toda la información obtenida será confidencial y utilizada únicamente con fines médicos o de investigación, según se requiera en este proyecto, sin afectar su atención médica habitual.