



# Universidad Autónoma de Querétaro

## Facultad de Medicina

PREVALENCIA DE LA DEPRESIÓN POSPARTO EN EL PUERPERIO TARDÍO EN LAS PACIENTES QUE PRESENTARÓN COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN EL HENM EN EL MES DE MAYO A JULIO DEL AÑO 2025.

### Tesis

Que como parte de los requisitos para obtener el diploma de la

ESPECIALIDAD EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Presenta :

Med. Gral. Yazmín Camargo Tinajero

Dirigido por:

Dr. Gustavo Chávez Gómez

Co-Director:

Dr. Fabián Hilario Mendoza Pedraza

Querétaro, Querétaro  
05 de diciembre 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

“PREVALENCIA DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO EN EL PUERPERIO TARDÍO EN LAS PACIENTES QUE PRESENTARON COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN EL HENM EN EL MES DE MAYO A JULIO DEL AÑO 2025”

**TESIS**

Que como parte de los requisitos para obtener el Diploma de la  
Especialidad en Ginecología y Obstetricia

**PRESENTA**

MED. GRAL. YAZMIN CAMARGO TINAJERO

**DIRIGIDO POR**

DR. GUSTAVO CHÁVEZ GÓMEZ

**CO-DIRECTOR**

DR. FABIAN HILARIO MENDOZA PEDRAZA

**VOCAL.** DR ISRAEL HERRERA ESCOBEDO

**SUPLENTE.** DR GENARO VEGA MALAGÓN

**SUPLENTE.** DRA MARIA MAYRA GABRIELA RÍOS QUINTERO

CENTRO UNIVERSITARIO, QUERÉTARO, QRO.

MAYO 2025

MÉXICO

## Resumen

**Introducción:** La depresión posparto es una de las complicaciones más frecuentes y subdiagnosticadas del periodo perinatal. Las mujeres con complicaciones obstétricas pueden presentar mayor vulnerabilidad emocional durante el puerperio tardío; sin embargo, la relación entre estas condiciones y la depresión posparto permanece poco estudiada en el contexto mexicano.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de depresión posparto en el puerperio tardío en mujeres que presentaron complicaciones obstétricas atendidas en el HENM entre mayo y julio de 2025.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal en 313 mujeres en puerperio tardío con al menos una complicación obstétrica. La depresión posparto se evaluó mediante la Escala de Edimburgo (punto de corte  $\geq 10$ ). Las variables cualitativas se compararon mediante prueba chi-cuadrado o prueba exacta de Fisher cuando fue necesario. Las variables cuantitativas se analizaron con la prueba de Kruskal–Wallis tras verificar ausencia de normalidad mediante Shapiro–Wilk. Se consideró  $p < 0.05$  como estadísticamente significativo.

**Resultados:** La mediana de edad fue de 26 años (RIC 22–32). Las complicaciones más frecuentes fueron hemorragia obstétrica (40.6%), preeclampsia (18.2%), diabetes gestacional (16.3%), hipertensión gestacional (15.9%) y corioamnionitis (8.9%). La prevalencia global de depresión posparto fue 30.67% (96/313). Las prevalencias específicas variaron entre 28% y 33%, sin diferencias significativas entre grupos ( $p = 0.977$ ). La vía de nacimiento (cesárea vs. parto) tampoco se asoció con depresión ( $p = 0.198$ ). El nivel educativo no mostró relación significativa con la presencia de síntomas depresivos ( $p = 0.771$ ). En general, aproximadamente una de cada tres mujeres con complicaciones obstétricas presentó puntuaciones compatibles con depresión posparto.

**Conclusión:** Las complicaciones obstétricas se relacionan con una elevada proporción de síntomas depresivos en el puerperio tardío, aunque ningún tipo específico de complicación mostró asociación significativa con la depresión. No obstante, existe la necesidad de mejorar atención psicológica oportuna en mujeres con antecedentes obstétricos de riesgo, con el fin de reducir el impacto de la depresión posparto en la salud materna y neonatal.

**Palabras clave:** Depresión posparto, complicaciones obstétricas, preeclampsia, hemorragia obstétrica, salud mental materna.

## Summary

**Introduction:** Postpartum depression is one of the most frequent and underdiagnosed complications of the perinatal period. Women with obstetric complications may be more emotionally vulnerable during the late puerperium; however, the relationship between these conditions and postpartum depression remains insufficiently studied in the Mexican context.

**Aim:** To determine the prevalence of postpartum depression during the late puerperium in women who experienced obstetric complications and were treated at HENM between May and July 2025.

**Materials and methods:** A descriptive, observational, cross-sectional study was conducted in 313 late-postpartum women with at least one obstetric complication. Postpartum depression was assessed using the Edinburgh Postnatal Depression Scale (cut-off  $\geq 10$ ). Qualitative variables were compared using the chi-square test or Fisher's exact test when required. Quantitative variables were analyzed with the Kruskal–Wallis test after confirming non-normality with the Shapiro–Wilk test. A  $p$  value  $< 0.05$  was considered statistically significant.

**Results:** The median age was 26 years (IQR 22–32). The most frequent complications were obstetric hemorrhage (40.6%), preeclampsia (18.2%), gestational diabetes (16.3%), gestational hypertension (15.9%), and chorioamnionitis (8.9%). The overall prevalence of postpartum depression was 30.67% (96/313). Specific prevalences ranged between 28% and 33%, with no significant differences between complication groups ( $p = 0.977$ ). Mode of delivery (cesarean vs. vaginal birth) showed no association with depression ( $p = 0.198$ ). Educational level was also not associated with depressive symptoms ( $p = 0.771$ ). Overall, approximately one in three women with obstetric complications exhibited scores consistent with postpartum depression.

**Conclusion:** Obstetric complications are associated with a high proportion of depressive symptoms during the late puerperium, although no specific complication showed a

significant association. These findings highlight the need to strengthen timely psychological assessment and support in women with obstetric risk factors to reduce the impact of postpartum depression on maternal and neonatal health.

**Keywords:** Postpartum depression, obstetric complications, preeclampsia, obstetric hemorrhage, maternal mental health.

## **Dedicatorias**

A mis padres, por su amor incondicional, su paciencia y por enseñarme, con su ejemplo, que la perseverancia y la honestidad son el camino para alcanzar cualquier meta. Gracias por sostenerme en mis momentos de cansancio y celebrar conmigo cada pequeño logro. Este triunfo también es suyo.

A mis profesores, quienes a lo largo de mi formación compartieron conmigo no solo conocimientos, sino también su pasión por aprender y enseñar. Sus palabras, exigencia y guía han dejado una huella profunda en mi manera de ver la profesión y el mundo.

## **Agradecimientos**

A mis padres, por ser mi mayor fuente de apoyo, fortaleza y motivación. Gracias por su amor incondicional, por enseñarme a creer en mí y por acompañarme en cada etapa de este camino. Todo lo que soy se los debo a ustedes.

A mi director de tesis, Dr. Gustavo Chávez Gómez, por su guía experta, su paciencia y su compromiso constante con la calidad de este trabajo. Sus observaciones, apoyo y confianza hicieron posible que esta investigación llegara a buen término.

A mi codirector, Dr. Fabian Hilario Mendoza Pedraza, por su dedicación, sus aportes académicos y su disposición para acompañarme en cada fase del proyecto. Sus enseñanzas enriquecieron profundamente este proceso.

A mis profesores, quienes durante mi formación compartieron conocimientos, experiencias y consejos que han marcado mi crecimiento profesional y personal. Gracias por su vocación, exigencia y por inspirarme a dar siempre un poco más.

Finalmente, agradezco a todas las personas e instituciones que, directa o indirectamente, contribuyeron al desarrollo de esta tesis.

# Índice

Resumen .....	III
Summary .....	V
Dedicatorias .....	VII
Agradecimientos.....	VIII
Índice de tablas .....	XI
Abreviaturas .....	XII
I. Introducción .....	1
II. Antecedentes.....	3
III. Fundamentación teórica .....	5
Depresión posparto .....	5
Clasificación de los trastornos del estado de ánimo en el posparto .....	6
Puerperio.....	7
Criterios diagnósticos de depresión posparto .....	7
Epidemiología de la depresión postparto .....	9
Fisiopatología de la depresión postparto .....	10
Factores de riesgo de depresión posparto .....	10
Complicaciones obstétricas.....	11
Relación entre complicaciones obstétricas y depresión posparto.....	12
Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo .....	13
Abordaje y manejo de la depresión posparto .....	14
IV. Planteamiento del problema .....	16
V. Hipótesis .....	17
VI. Objetivo .....	17
VI.1. Objetivo general .....	17
VI.2. Objetivos específicos.....	17
VII. Materiales y métodos .....	18
VII.1. Diseño .....	18
VII.2. Definición del universo .....	18
VII.3. Tamaño de la muestra.....	18
VII.4. Tipo de muestreo.....	18
VII.5. Criterios de selección .....	18
Criterios de inclusión.....	18

Criterios de exclusión.....	19
Criterios de eliminación.....	19
VII.6. Definición de variables y unidades de medida .....	19
VII.7. Selección de las fuentes, métodos, técnicas y procedimientos de recolección de la información .....	22
VII.8. Definición del plan de procesamiento y presentación de la información. ....	22
Programa de trabajo .....	22
VII.9. Recursos .....	23
Recursos humanos .....	23
Recursos materiales .....	23
Presupuesto.....	23
VII.10. Difusión.....	24
VII.11. Organización de la investigación .....	24
Datos de identificación .....	24
Datos de los investigadores .....	24
Datos de la investigación .....	25
Firmas del investigador principal e investigadores asociados .....	25
VII.12. Consideraciones éticas.....	26
VII.13. Análisis estadístico .....	26
VIII. Resultados .....	27
IX. Discusión .....	32
X. Conclusión .....	35
XI. Propuestas.....	35
XII. Referencias bibliográficas .....	36
XIII. Anexos .....	42
XIII.1. Escala de depresión postparto de Edimburgo .....	42
XIII.2. Depresión postparto .....	43
XIII.3. Consentimiento informado para realizar encuesta .....	44

## Índice de tablas

Tabla 1. Características demográficas de las 313 pacientes incluidas en el estudio. ...	27
Tabla 2. Complicaciones obstétricas que presentaron las 313 pacientes.. .....	28
Tabla 3. Prevalencia de depresión según el tipo de complicación obstétrica.. .....	29
Tabla 4. Asociación entre el tipo de complicación obstétrica y la presencia de depresión postparto. ....	30

## **Abreviaturas**

HENM	Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer
EPDS	Edinburgh Postnatal Depression Scale (Escala de Edimburgo)
DSM-V	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales
SDG	Semanas de gestación
OMS	Organización Mundial de la Salud

## **I. Introducción**

La depresión posparto es un trastorno psiquiátrico grave que no se ha estudiado lo suficiente. Representa la complicación más común del parto, afecta negativamente a la madre y el suicidio es responsable de aproximadamente el 20 % de las muertes posparto (Loaiza et al., 2019; Mangla et al., 2019; Stewart & Vigod, 2019). Las complicaciones obstétricas, como preeclampsia, hemorragias posparto, cesáreas de emergencia y otros problemas durante el embarazo y el parto, podrían incrementar el riesgo de desarrollar depresión en el puerperio tardío (Brummelte & Galea, 2016; O'Hara & Mc Cabe, 2013; Pearlstein et al., 2009). El problema radica en la falta de estudios específicos sobre cómo estas complicaciones afectan la prevalencia de la depresión posparto en este período que abarca las primeras 4 semanas del parto. Esto resalta la necesidad de evaluar la relación entre las complicaciones obstétricas y la depresión posparto en el puerperio tardío para implementar intervenciones adecuadas y oportunas (Gopalan et al., 2022; Santiago-Sanabria et al., 2023; Simas et al., 2018).

Un análisis preciso de la prevalencia de la depresión postparto en el puerperio tardío en las pacientes que presentaron complicaciones obstétricas en el HENM durante el mes de mayo-julio del año 2025, proporcionará información valiosa y actualizada para optimizar los protocolos de diagnóstico y tratamiento, al ofrecer intervenciones tempranas que ofrecerán una adecuada calidad de vida tanto para la madre y el recién nacido a través de un enfoque integral y multidisciplinario, abordando no solo los síntomas de la depresión, sino que también contribuyan a restaurar el bienestar físico, emocional y social de las mujeres en el puerperio tardío con la finalidad de reducir el impacto negativo de la depresión posparto (Fedock & Alvarez, 2018; Slomian et al., 2019).

A nivel global, la prevalencia de la depresión posparto es de alrededor del 10-20%. No obstante, la prevalencia registrada en México varía entre el 13.9 y el 32.6%. Se ha sugerido que la estimación de la incidencia de la depresión posparto podría ser una infravaloración del problema mundial y que los reportes más bajos se derivan de las variaciones en las tasas de detección o medidas de detección, los contextos

socioeconómicos, las reglas culturales, la estructura de respaldo social y las percepciones/estigma sobre la salud mental a nivel global (Hansotte et al., 2017). En realidad, se ha evidenciado que frecuentemente no se identifica o se diagnostica de manera insuficiente, con algunas estimaciones que indican que más del 50% de las mujeres con depresión posparto no se identifican (Bydlowski, 2015b; Kroska & Stowe, 2020a; Santiago-Sanabria et al., 2023).

El valor del diagnóstico radica en las potenciales consecuencias severas que pueden padecer la madre y el niño, junto con todos los integrantes de la familia, siendo el crecimiento infantil, la relación y la salud mental del infante los que pueden sufrir cambios a corto, mediano y largo plazo (Jacques, 2019; Payne & Maguire, 2019).

Para detectar una depresión más severa, es necesario que el individuo manifieste al menos cinco de los siguientes síntomas: estado de ánimo deprimido, disminución del interés o disfrute en las actividades, cambio notable en el peso corporal (superior al 5% en un mes), falta de sueño, preocupación o enlentecimiento psicomotor, cansancio o pérdida de energía, sensaciones de inutilidad o culpa excesiva o inadecuada, problemas para enfocarse o pensamientos recurrentes sobre la muerte o el suicidio.

Estos estándares listados en el DSM-V establecen que el comienzo de los síntomas debe suceder durante la gestación o en las primeras cuatro semanas tras el nacimiento del bebé (Loaiza et al., 2019).

Es necesario realizar un tamizaje temprano utilizando instrumentos validados, como la Escala de Edimburgo, la cual es la más recomendada a nivel global (Levis et al., 2020; Sockol et al., 2013; “The American College of Obstetricians and Gynecologists Committee Opinion no. 630. Screening for perinatal depression”, 2015). Se aconseja para México establecer un límite de 10 a 12 puntos, lo que resulta en una sensibilidad del 75% y una especificidad del 93% (Loaiza et al., 2019).

Es crucial examinar los síntomas asociados a la depresión posparto durante la consulta

de seguimiento postparto, considerando que la prevalencia es elevada y que no siempre se diagnostica. Cuando se determina el diagnóstico, es necesario proporcionar un tratamiento adecuado y una supervisión constante, con el objetivo de prevenir su evolución hacia otras afecciones, como la psicosis postparto (Payne & Maguire, 2019).

Este estudio tiene como objetivo determinar la prevalencia de la depresión postparto en nuestras pacientes de alto riesgo que acuden a la consulta externa de puerperio que experimentaron alguna complicación obstétrica durante las primeras cuatro semanas de la gestación. El objetivo es brindar un cuidado completo y multidisciplinario a nuestras pacientes, con el objetivo de mejorar su calidad de vida, la del neonato y su entorno social (Bydlowski, 2015a; Francisca Pérez & Paulina Brahm, 2017).

## **II. Antecedentes**

En su guía DSM-V, la Asociación Americana de Psiquiatría detalla un episodio de mayor depresión que sucede durante el periodo perinatal, manifestándose síntomas que pueden surgir durante la gestación o en las primeras cuatro semanas tras el nacimiento del bebé (Loaiza et al., 2019).

Tras el nacimiento, no todas las mujeres experimentan felicidad, amor y dedicación. Algunas personas atraviesan sentimientos adversos que impactan su vida familiar y social, como la depresión, que usualmente surge después en el periodo postparto. Los síntomas más destacados abarcan tristeza, llanto, rechazo al neonato, ausencia de expresión, rechazo familiar e incluso pensamientos de suicidio o homicidio. Es crucial subrayar que una depresión completa no siempre se presenta; puede iniciarse con una melancolía postparto o una tristeza sin explicación (Falana & Carrington, 2019; Kroska & Stowe, 2020b; Payne & Maguire, 2019).

En la etapa postparto, las mujeres tienen una mayor tendencia a desarrollar trastornos psiquiátricos, con una incidencia que oscila entre el 50% y el 70%. Entre estas afecciones, la depresión postparto impacta al 8-20%, mientras que la psicosis postparto es menos frecuente, presentando una incidencia del 0.14-0.26%. La psicosis postparto es severa

dado que incrementa la probabilidad de suicidio y homicidio infantil (Psicosis postparto | Revista Médica Sinergia, s/f). Los desórdenes del estado emocional postparto impactan entre el 10-20% de las mujeres durante el primer año, y el 25% posteriormente. Frecuentemente, la depresión postparto no se detecta ni se atiende, a pesar de ser un asunto de salud pública a nivel mundial (Ko et al., 2017).

En México, el porcentaje de prevalencia varía del 13.9% al 32.6%. El peligro de padecer depresión durante el período de lactancia es el doble respecto a otras fases de la vida, a causa de alteraciones fisiológicas, bioquímicas y hormonales importantes (Amini et al., 2019; Santiago-Sanabria et al., 2023).

La identificación de la depresión resulta complicada debido a sus diversas causas. Elementos de riesgo comprenden embarazos tardíos en adolescentes, multiparidad, problemas obstétricos, rechazo familiar, abuso sexual, ser madre soltera, disputas familiares y bajos ingresos financieros. Se ha notado también que el procedimiento de conclusión del embarazo, como una cesárea de emergencia, puede tener un impacto en el surgimiento de la depresión postparto (Biaggi et al., 2016; Curry et al., 2019a; Santiago-Sanabria et al., 2023).

Desde el punto de vista hormonal, ajustarse a las modificaciones postparto puede influir en las funciones cognitivas y emocionales, además de otros sistemas vinculados a la depresión postparto, como la función tiroidea, las hormonas de lactancia, el eje hipotálamo-pituitario-adrenal y el sistema inmunológico. Investigaciones a nivel mundial señalan que la hormona CRH (corticotropina) tiene un rol crucial debido a su incremento durante la gestación y su reducción después del parto (Payne & Maguire, 2019).

El diagnóstico es vital debido a sus posibles efectos en la madre y el bebé. La atención debe ser multidisciplinaria, incluyendo a obstetras, psiquiatras, pediatras y psicólogos. Es crucial llevar a cabo un tamizaje precoz utilizando instrumentos verificados, como la Escala de Edimburgo, muy recomendada a escala mundial. Se recomienda un límite de 10 a 12 puntos en México, con una sensibilidad del 75% y una especificidad del 93%.

Hay tres métodos de tratamiento: el farmacológico, el no farmacológico y el combinado. En situaciones severas, puede ser imprescindible la administración de fármacos, en particular los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina, que resultan seguros durante la lactancia materna (Santiago-Sanabria et al., 2023).

### **III. Fundamentación teórica**

#### *Depresión posparto*

La depresión posparto es un trastorno del estado de ánimo que ocurre tras el parto y se caracteriza por síntomas de depresión mayor, como ánimo deprimido, anhedonia, alteraciones del sueño y apetito, fatiga, sentimientos de inutilidad o culpa, dificultad para concentrarse y, en casos graves, ideación suicida o pensamientos de daño hacia el bebé. Según el DSM-5, se clasifica como un episodio depresivo mayor con inicio periparto si los síntomas comienzan durante el embarazo o en las primeras cuatro semanas tras el parto, aunque se reconoce que puede presentarse hasta 12 meses después del nacimiento (Stewart & Vigod, 2016).

Se distingue de los cambios emocionales leves y transitorios propios del posparto por su intensidad, duración y repercusiones clínicas. La depresión posparto constituye un problema de salud pública debido a su alta prevalencia, su frecuente subdiagnóstico y las consecuencias adversas que puede generar tanto en la madre como en el recién nacido (Bauer et al., 2025).

Desde el punto de vista clínico, la depresión posparto forma parte de los trastornos depresivos mayores con inicio en el periodo perinatal. Su reconocimiento oportuno es fundamental, ya que puede evolucionar hacia formas más graves, como la psicosis posparto, o asociarse a conductas de riesgo, incluido el suicidio materno (Stewart & Vigod, 2016).

### *Clasificación de los trastornos del estado de ánimo en el posparto*

En el período posparto, los trastornos del estado de ánimo se clasifican principalmente en:

- **Trastorno depresivo mayor con inicio periparto (depresión posparto):** Es el cuadro más frecuente y puede presentarse con o sin síntomas psicóticos. Los episodios con características psicóticas son menos comunes (1-2 por cada 1,000 partos) y requieren atención urgente por el riesgo de suicidio e infanticidio (Stewart & Vigod, 2016).
- **Trastorno bipolar con inicio periparto:** El posparto es un periodo de alto riesgo para la aparición de episodios maníacos, hipomaníacos o mixtos, especialmente en mujeres con antecedentes personales o familiares de trastorno bipolar. La prevalencia de hipomanía posparto puede llegar al 10-20% (Bauer et al., 2025; Stewart & Vigod, 2016).
- **Psicosis posparto:** Se manifiesta típicamente en las primeras semanas tras el parto, con síntomas psicóticos (delirios, alucinaciones, desorganización del pensamiento) y alteraciones graves del ánimo. Suele estar relacionada con el trastorno bipolar y requiere intervención inmediata (Stewart & Vigod, 2016).
- **Trastornos de ansiedad y obsesivo-compulsivos:** Son frecuentes en el posparto y pueden coexistir con la depresión. Aproximadamente la mitad de las mujeres con depresión posparto presentan síntomas ansiosos significativos (Putnam et al., 2015).

La distinción entre estos cuadros es fundamental, ya que la depresión posparto y los episodios psicóticos requieren intervención clínica. Además, la presencia de síntomas psicóticos, antecedentes de trastorno bipolar o ideación suicida/infanticida obliga a una evaluación psiquiátrica urgente.

## *Puerperio*

El puerperio es el periodo fisiológico que sigue al parto, durante el cual el organismo materno experimenta una serie de cambios para retornar progresivamente al estado pregestacional. Este periodo abarca aproximadamente las primeras seis semanas tras el nacimiento, aunque los cambios físicos, endocrinos y psicosociales pueden extenderse más allá de este intervalo (Brockington, 2004; Stewart & Vigod, 2016).

El puerperio se caracteriza por una caída abrupta de los niveles de estrógenos y progesterona, que habían estado elevados durante el embarazo. Este descenso hormonal es uno de los principales factores biológicos implicados en la vulnerabilidad a la depresión posparto, especialmente en mujeres con antecedentes de trastornos afectivos. Se ha reportado que la retirada brusca de estos esteroides puede inducir síntomas depresivos en mujeres predispuestas (Brockington, 2004; Wenzel et al., 2025). Además, se producen adaptaciones en los sistemas monoaminérgicos y en el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, que modulan la respuesta al estrés y la regulación emocional (Li, 2026).

El puerperio, por tanto, representa una ventana crítica para la salud mental materna. La depresión posparto es la complicación psiquiátrica más frecuente en este contexto, con una prevalencia estimada entre 6.5% y 12.9% en países de altos ingresos, y cifras superiores en contextos de mayor vulnerabilidad social (Stewart & Vigod, 2016). El riesgo de depresión posparto se relaciona directamente con los cambios hormonales del puerperio, pero también con factores emocionales y sociales, y puede tener consecuencias graves para la madre y el desarrollo infantil si no se detecta y trata oportunamente (Brockington, 2004; Li, 2026).

### *Criterios diagnósticos de depresión posparto*

Los criterios diagnósticos de la depresión posparto corresponden a los de un episodio depresivo mayor, con la especificación de inicio periparto según el DSM-5, es decir,

durante el embarazo o dentro de las primeras cuatro semanas tras el parto (Justesen & Jourdain, 2023; Radoš et al., 2024). Sin embargo, la depresión posparto puede presentarse hasta 12 meses después del parto (Justesen & Jourdain, 2023).

Para el diagnóstico, deben cumplirse los siguientes criterios (Howard et al., 2014; Stewart & Vigod, 2016; Wisner et al., 2002):

1. Presencia de al menos cinco de los siguientes síntomas durante al menos dos semanas, la mayoría de los días, y uno de ellos debe ser ánimo deprimido o pérdida de interés/placer (anhedonia):
  - Estado de ánimo deprimido.
  - Disminución marcada del interés o placer en casi todas las actividades.
  - Alteraciones del sueño (insomnio o hipersomnias).
  - Cambios en el apetito o peso.
  - Fatiga o pérdida de energía.
  - Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva/inapropiada.
  - Dificultad para concentrarse o tomar decisiones.
  - Agitación o enlentecimiento psicomotor.
  - Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida o intentos de suicidio.
2. Los síntomas deben causar malestar clínicamente significativo o deterioro en el funcionamiento social, laboral o en otras áreas importantes.
3. Los síntomas no deben ser atribuibles a efectos fisiológicos directos de una sustancia o a otra condición médica.
4. El episodio no debe explicarse mejor por un trastorno psicótico, esquizoafectivo, ni debe haber antecedentes de episodios maníacos o hipomaníacos.

Además, la depresión posparto suele acompañarse de síntomas ansiosos, irritabilidad, preocupación obsesiva por la salud del bebé y, en algunos casos, ideación de daño hacia el bebé, lo que requiere evaluación específica.

Para la detección inicial, se recomienda el uso de escalas validadas como la Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), donde un puntaje  $\geq 10$  se considera umbral sensible para sospecha de depresión posparto y  $\geq 13$  para mayor especificidad diagnóstica (Jacobson et al., 2024; Netsi et al., 2018). Un resultado positivo debe ser seguido por una entrevista clínica estructurada para confirmar el diagnóstico y descartar comorbilidades psiquiátricas (Brockington, 2004).

### *Epidemiología de la depresión posparto*

La prevalencia de depresión posparto varía según los criterios diagnósticos y el contexto socioeconómico. Se ha reportado que la prevalencia global de depresión posparto (incluyendo formas menores y mayores) es de aproximadamente 12.1% en el primer año tras el parto, y de depresión mayor de 7%. Las tasas son más elevadas en países de ingresos bajos y medios, alcanzando hasta 19.8%. La prevalencia máxima suele observarse en las primeras 6-8 semanas posparto (Bai et al., 2023; Putnam et al., 2015).

La prevalencia de depresión posparto en México varía según el instrumento diagnóstico, el momento de evaluación y el contexto social. En estudios realizados en población mexicana antes de la pandemia, se reportó que la prevalencia de depresión posparto clínica se sitúa entre 13.3% y 13.8% en los primeros seis meses tras el parto (Lara et al., 2015).

Durante la pandemia de COVID-19, se observó un incremento significativo en la prevalencia de síntomas depresivos posparto, con reportes de hasta 39.2% en mujeres mexicanas evaluadas entre las 4 y 12 semanas posparto mediante EPDS (Suárez-Rico et al., 2021), posiblemente asociada a factores de estrés adicionales relacionados con la emergencia sanitaria.

En estudios realizados en hospitales públicos de la Ciudad de México se reportan prevalencias de sintomatología depresiva posnatal del 10.6% utilizando puntos de corte clínicamente relevantes en la EPDS (de Castro et al., 2015).

### *Fisiopatología de la depresión postparto*

La fisiopatología de la depresión postparto es compleja e involucra factores hormonales, neurobiológicos e inmunológicos. Tras el parto, ocurre una caída abrupta de estrógenos y progesterona, así como cambios en la secreción de cortisol, prolactina y hormonas tiroideas. Estas alteraciones pueden afectar la neurotransmisión serotoninérgica y dopaminérgica, favoreciendo la aparición de síntomas depresivos (Stewart & Vigod, 2016).

Asimismo, se ha descrito la participación del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal y de procesos inflamatorios sistémicos, los cuales pueden verse exacerbados en mujeres con complicaciones obstétricas (Brockington, 2004; Wenzel et al., 2025).

### *Factores de riesgo de depresión postparto*

Los factores de riesgo para desarrollar depresión postparto son multifactoriales e incluyen antecedentes personales y familiares, condiciones obstétricas, factores psicosociales y eventos perinatales (Curry et al., 2019b; Froeliger et al., 2024; Gastaldon et al., 2022; Kim et al., 2022; Stewart & Vigod, 2016; Zacher Kjeldsen et al., 2022).

- Antecedentes psiquiátricos personales y familiares: El antecedente de depresión o ansiedad previa, especialmente si no fue tratada durante el embarazo, es el factor de riesgo más fuerte para depresión postparto. Además, la historia familiar de trastornos psiquiátricos duplica el riesgo de depresión postparto, lo que sugiere una contribución genética y ambiental significativa.

- Violencia y abuso: Experiencias previas de violencia física, sexual o psicológica, así como la violencia de pareja durante el embarazo, se asocian con un riesgo elevado y altamente consistente de depresión posparto.
- Factores obstétricos y perinatales: Complicaciones durante el embarazo (como diabetes gestacional), parto traumático, cesárea de emergencia, parto instrumental y dolor intenso en el posparto aumentan el riesgo. Los recuerdos negativos del parto y la estancia hospitalaria también son relevantes.
- Factores sociodemográficos: Edad materna extrema (adolescente o avanzada), bajo nivel socioeconómico, migración, y falta de apoyo social o financiero son factores independientes asociados a mayor riesgo.
- Embarazo no planeado o no deseado: La gestación no intencionada incrementa el riesgo de depresión posparto de manera significativa.
- Otros factores relevantes: Comorbilidad con ansiedad, dificultades con la lactancia, antecedentes de síndrome premenstrual, eventos vitales estresantes recientes, y primiparidad también se han identificado como factores de riesgo relevantes.

### *Complicaciones obstétricas*

Las complicaciones obstétricas son eventos adversos que ocurren durante el embarazo, el parto o el posparto y que pueden poner en riesgo la salud materna y fetal. Estas complicaciones representan una fuente importante de estrés físico y emocional para la mujer, y se han asociado con un mayor riesgo de alteraciones en la salud mental (Roberts et al., 2025).

Las principales complicaciones obstétricas asociadas a un mayor riesgo de depresión posparto incluyen los trastornos hipertensivos del embarazo (como preeclampsia y la hipertensión gestacional), diabetes gestacional, anemia gestacional, parto prematuro,

hemorragia posparto, cesárea (especialmente de emergencia), hiperémesis gravídica, y la presencia de malformaciones congénitas o enfermedades neonatales graves (Bodunde et al., 2025a; Doroskin et al., 2025; Meltzer-Brody et al., 2017a; Yang et al., 2025a).

La hospitalización materna durante el embarazo, el parto instrumental, la sospecha de sufrimiento fetal, y la necesidad de atención obstétrica especializada también se han identificado como factores de riesgo relevantes.

Para este proyecto, las complicaciones obstétricas de mayor relevancia clínica son:

- Hemorragia obstétrica: pérdida excesiva de sangre durante o después del parto, asociada a riesgo vital y a experiencias traumáticas.
- Preeclampsia: trastorno hipertensivo del embarazo caracterizado por hipertensión y daño orgánico, que suele requerir hospitalización y vigilancia estrecha.
- Hipertensión gestacional: elevación de la presión arterial después de las 20 semanas de gestación sin proteinuria.
- Diabetes gestacional: alteración del metabolismo de la glucosa diagnosticada durante el embarazo.
- Corioamnionitis: infección intraamniótica que incrementa el riesgo de parto prematuro y complicaciones neonatales.

### *Relación entre complicaciones obstétricas y depresión posparto*

La relación entre estas complicaciones y la depresión posparto es multifactorial. Las complicaciones médicas y obstétricas generan un aumento del estrés físico y psicológico, pueden prolongar la recuperación materna, dificultar el vínculo madre-hijo y aumentar la percepción de vulnerabilidad y pérdida de control durante el proceso perinatal. Además, la presencia de complicaciones incrementa la probabilidad de hospitalización neonatal, lo que se asocia con mayor riesgo de síntomas depresivos en la madre (Blom et al., 2010). El riesgo de depresión posparto se incrementa de manera acumulativa con el

número de complicaciones obstétricas experimentadas (Blom et al., 2010; Yang et al., 2025a).

Mujeres con preeclampsia, diabetes gestacional, anemia gestacional, parto prematuro, hemorragia posparto, cesárea de emergencia y malformaciones congénitas presentan puntuaciones significativamente más altas en escalas de depresión y ansiedad posparto, como la EPDS, en comparación con mujeres sin estas complicaciones (Doroskin et al., 2025; Roberts et al., 2025; Yang et al., 2025a).

El parto prematuro y la presencia de malformaciones congénitas se asocian particularmente con mayor riesgo de depresión y ansiedad posparto (Doroskin et al., 2025; Yang et al., 2025a). La duración prolongada de la primera etapa del trabajo de parto y dificultades en la lactancia también se han identificado como factores obstétricos independientes asociados a depresión posparto. Por lo tanto, las complicaciones obstétricas y perinatales constituyen factores de riesgo bien establecidos para la depresión posparto.

La depresión posparto no tratada puede tener repercusiones importantes en la salud materna, incluyendo deterioro funcional, problemas en la relación de pareja y aumento del riesgo de suicidio (Yang et al., 2025a). En el recién nacido, se ha asociado con alteraciones en el vínculo madre-hijo, retrasos en el desarrollo cognitivo y emocional, y mayor riesgo de problemas conductuales a largo plazo.

### *Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo*

La Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) es el instrumento de tamizaje más utilizado internacionalmente para la detección de depresión posparto. Es un cuestionario autoadministrado de 10 ítems, validado en múltiples idiomas y contextos, que permite identificar síntomas depresivos y ansiosos en el periodo perinatal. Un puntaje igual o superior a 10 sugiere la necesidad de una evaluación clínica más detallada para confirmar el diagnóstico y descartar otros trastornos psiquiátricos, así como valorar la

presencia de factores de riesgo y el contexto psicosocial (Brockington, 2004; Kroska & Stowe, 2020a; Wisner et al., 2002).

La EPDS tiene un puntaje que varía de 0 a 30 puntos. Cada una de las 10 preguntas tiene cuatro opciones de respuesta, que se puntúan de la siguiente manera:

- 0 puntos: opción 0
- 1 punto: opción 1
- 2 puntos: opción 2
- 3 puntos: opción 3

Los puntajes se suman para obtener un total. En general, se interpretan los resultados de la siguiente manera:

- 0-9 puntos: Rango normal, bajo riesgo de depresión
- 10-12 puntos: Indicador de posible depresión leve
- 13-15 puntos: Posible depresión moderada
- 16-30 puntos: Indica depresión severa

#### *Abordaje y manejo de la depresión posparto*

El abordaje recomendado para la depresión posparto debe ser individualizado y escalonado según la gravedad de los síntomas, el impacto funcional y las preferencias de la paciente (Pearlstein et al., 2009; Stewart & Vigod, 2016; Wisner et al., 2002).

Para casos leves, se recomienda el fortalecimiento del apoyo social, la participación en grupos de apoyo entre pares y el acompañamiento por personal de salud entrenado (por ejemplo, visitas domiciliarias de enfermería). Estas intervenciones han demostrado reducir la persistencia de síntomas depresivos y mejorar el pronóstico (Stewart & Vigod, 2016).

La psicoterapia es el tratamiento más importante del manejo en casos leves a moderados. Las modalidades con mayor evidencia son la terapia cognitivo-conductual y la terapia interpersonal, ambas efectivas para la depresión posparto y adaptables a las necesidades del periodo perinatal (Justesen & Jourdain, 2023).

En casos moderados a graves, o cuando la psicoterapia no es suficiente o no es factible, se recomienda el uso de antidepresivos, preferentemente inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. La sertralina es el fármaco de elección por su perfil de seguridad en lactancia y baja toxicidad en sobredosis. El tratamiento debe iniciarse a dosis bajas y ajustarse según respuesta y tolerancia, manteniéndose al menos 6-12 meses tras la remisión completa para prevenir recaídas. Paroxetina y fluoxetina deben evitarse durante el embarazo por mayor riesgo de efectos adversos (Brown et al., 2021; Howard et al., 2014; Pearlstein et al., 2009).

También, es fundamental evaluar el riesgo de suicidio o daño a terceros, lo que requiere derivación urgente a psiquiatría. El abordaje debe incluir la educación sobre la enfermedad, la promoción del vínculo madre-hijo y la coordinación con servicios de salud mental y atención primaria (Justesen & Jourdain, 2023).

#### **IV. Planteamiento del problema**

La depresión posparto constituye una de las complicaciones más frecuentes y menos diagnosticadas del periodo perinatal, repercutiendo en salud física, emocional y social de la mujer, así como en el desarrollo y bienestar del recién nacido. A pesar de su elevada prevalencia, continúa siendo subestimada en la clínica, particularmente durante el puerperio tardío, etapa en la que los síntomas pueden pasar desapercibidos debido a la disminución del contacto médico y a la normalización cultural del malestar emocional posterior al parto.

Las mujeres que presentan complicaciones obstétricas durante el embarazo constituyen un grupo vulnerable, ya que estas condiciones implican mayor estrés físico y emocional, hospitalizaciones prolongadas y preocupación por la salud materna y neonatal. Existe una relación entre complicaciones obstétricas, como preeclampsia, hemorragia obstétrica y diabetes gestacional, y un mayor riesgo de depresión posparto; sin embargo, la evidencia es limitada y heterogénea, especialmente en el contexto mexicano.

En el HENM, se atiende un número considerable de pacientes que presentan complicaciones durante el embarazo y el parto. No obstante, no se cuenta con información local actualizada que permita conocer la magnitud del problema de la depresión posparto en este grupo específico de mujeres, lo que dificulta la implementación de estrategias sistemáticas de detección y atención oportuna en la consulta de seguimiento posnatal.

La ausencia de datos sobre la prevalencia de depresión posparto en pacientes con antecedentes de complicaciones obstétricas limita la identificación temprana y la planificación de intervenciones multidisciplinarias para mejorar la salud mental materna. Por ello, es necesario determinar la prevalencia de depresión posparto en este grupo de pacientes atendidas en este hospital, con el fin de generar evidencia local que contribuya a fortalecer los programas de tamizaje, prevención y atención integral durante el puerperio tardío.

## **V. Hipótesis**

La prevalencia de la depresión postparto en el puerperio tardío en las pacientes que presentaron complicaciones obstétricas en el HENM en el mes de mayo a julio del año 2025 es mayor del 32.6%.

## **VI. Objetivo**

### **VI.1. Objetivo general**

Determinar la prevalencia de la depresión postparto en el puerperio tardío en las pacientes que presentaron complicaciones obstétricas en el HENM en el mes de mayo a julio del año 2025.

### **VI.2. Objetivos específicos**

- Describir socio demográficamente a la población en estudio.
- Conocer la prevalencia de la depresión postparto en el puerperio tardío en las pacientes que presentaron hemorragia obstétrica.
- Conocer la prevalencia de la depresión postparto en el puerperio tardío en las pacientes con preeclampsia.
- Conocer la prevalencia de la depresión postparto en el puerperio tardío en las pacientes con hipertensión gestacional.
- Conocer la prevalencia de la depresión postparto en el puerperio tardío en las pacientes con corioamnionitis.
- Conocer la prevalencia de la depresión postparto en el puerperio tardío en las pacientes con diabetes gestacional.

## **VII. Materiales y métodos**

### **VII.1. Diseño**

Observacional, descriptivo, prospectivo y transversal.

### **VII.2. Definición del universo**

Paciente en puerperio tardío con alguna complicación obstétrica que acudieron a la consulta externa de puerperio de alto riesgo del HENM en el mes de mayo a julio del año 2025.

### **VII.3. Tamaño de la muestra**

306 pacientes, obtenido a través de la aplicación de QuestionPro.

### **VII.4. Tipo de muestreo**

Por conveniencia.

### **VII.5. Criterios de selección**

#### **Criterios de inclusión**

- Paciente en puerperio tardío que haya presentado alguna complicación obstétrica, que haya sido atendida en el HENM y que aceptó participar en el estudio de investigación.
- Paciente en puerperio tardío que acudió a consulta externa de puerperio de alto riesgo del HENM en el mes de mayo a julio del año 2025.
- Paciente en puerperio tardío que haya presentado hemorragia obstétrica.
- Paciente en puerperio tardío con preeclampsia.
- Paciente en puerperio tardío con hipertensión gestacional
- Paciente en puerperio tardío con corioamnionitis.
- Paciente en puerperio tardío con diabetes gestacional.

### Criterios de exclusión

- Pacientes que hayan presentado puerperio inmediato y mediato.
- Pacientes que se hayan atendido en otro hospital.
- Paciente en puerperio tardío que no acudieron a consulta externa de puerperio de alto riesgo.
- Pacientes que presentaron alguna enfermedad psiquiátrica ya diagnosticada.

### Criterios de eliminación

- Pacientes que no aceptaron participar en el estudio de investigación.

### VII.6. Definición de variables y unidades de medida

Nombre de la variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable.	Escala de medición
Hemorragia obstétrica	Pérdida excesiva de sangre que ocurre durante el embarazo, el parto o el período posparto.	Pérdida de sangre mayor o igual a 500 ml después del parto vaginal o mayor o igual a 1000 ml después de una cesárea.	Cualitativa nominal	Si No
Preeclampsia	Trastorno hipertensivo del embarazo que se caracteriza por la aparición de presión arterial elevada y signos de daño en órganos.	Presión arterial sistólica $\geq 140$ mmHg o diastólica $\geq 90$ mmHg en dos tomas con 4 horas de diferencia después de las 20 semanas de gestación más proteinuria.	Cualitativo nominal dicotómica	Si No
Hipertensión gestacional	Aumento de la presión arterial después de las 20 semanas de gestación, sin presencia de proteinuria ni otros	Presión arterial sistólica $\geq 140$ mmHg o diastólica $\geq 90$ mmHg, en dos ocasiones después de las 20 semanas de gestación, sin	Cualitativo nominal dicotómica	Si No

	signos de daño a órganos.	proteinuria.		
Corioamnionitis	Infección bacteriana que afecta las membranas que rodean al feto (corion y amnios) y el líquido amniótico.	Infección intraamniótica, diagnosticada por al menos 2 de los criterios triple I.	Cualitativo nominal dicotómica	Si No
Diabetes gestacional	Alteración en el metabolismo de la glucosa que se diagnostica durante el embarazo, caracterizada por hiperglucemia que no estaba presente antes del embarazo, y que generalmente se resuelve tras el parto.	Hiperglucemia que se detecta por primera vez durante el embarazo, sin que haya antecedentes de diabetes. El diagnóstico se establece mediante la prueba de tolerancia a la glucosa CTGO a las 24-28 SDG.	Cualitativo nominal dicotómica.	Si No
Edad.	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona hasta un momento determinado.	Número de años completos transcurridos desde el nacimiento de un individuo hasta el día de medición.	Cuantitativa continua	Años, meses, días.
Escolaridad	Nivel educativo alcanzado por una persona en función de los años de estudio completados y el grado académico obtenido.	Nivel educativo alcanzado por una persona, medido según la cantidad de años completados en el sistema educativo formal o el grado académico obtenido.	Cualitativa ordinal	Sin escolaridad Primaria completa Primaria incompleta

				Secundaria completa Secundaria incompleta Educación técnica Educación universitaria Posgrado
Estado civil	Situación personal y legal de un individuo en relación con su matrimonio o unión de pareja.	Clasificación del estatus conyugal de una persona, determinado por su situación legal o de convivencia en relación con el matrimonio o una pareja.	Cualitativo nominal	Soltera Casada Unión libre Divorciada
Ocupación	Actividad laboral, profesional u oficio que una persona desempeña para obtener ingresos.	Trabajo o actividad económica que una persona realiza habitualmente para ganarse la vida.	Cualitativo nominal	Trabajos no cualificados Trabajos técnicos Profesionales
Depresión	Trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por una tristeza persistente y la pérdida de interés en actividades cotidianas	Puntaje mayor a 10 en la prueba de Edinburgo	Cualitativo nominal	Si No

### VII.7. Selección de las fuentes, métodos, técnicas y procedimientos de recolección de la información

Se trabajó con el apoyo de la Escala de Edimburgo, la cual se aplicó a pacientes en puerperio tardío que hayan presentado alguna complicación obstétrica durante el embarazo o haya sido detectado en el puerperio. De igual forma, se solicitó llenar un pequeño cuestionario a cada una de las pacientes con la finalidad de identificar factores de riesgo asociados a esta condición clínica. Una vez teniendo esos resultados, se buscó en los cuestionarios en cuestión, criterios de exclusión o eliminación. Las fuentes de información fueron artículos obtenidos del buscador PubMed.

### VII.8. Definición del plan de procesamiento y presentación de la información.

#### Programa de trabajo

Actividad	2024	2025				
	Diciembre	Enero-marzo	Abril	Mayo-julio	Agosto-Septiembre	Octubre
Diseño de protocolo de investigación	x	x				
Aprobación de protocolo			x			
Recolección de resultados				x		
Análisis de datos					x	
Redacción de tesis					x	
Defensa de tesis						x

## VII.9. Recursos

### Recursos humanos

- Investigador principal: Med. Gral. Yazmin Camargo Tinajero
- Director de tesis: Dr. Gustavo Chávez Gómez.
- Asesor metodológico: Dr. Genaro Vega Malagón
- Asesor clínico: Dr. Fabian Hilario Mendoza Pedraza

### Recursos materiales

- Computadora
- USB
- Papel blanco tamaño carta
- Fotocopiadora
- Bolígrafo

### Presupuesto

La investigación se realizó con gastos económicos proporcionados por la investigadora.

Computadora	\$22,000.00
USB	\$300.00
Bolígrafo (2)	\$20.00
Papel tamaño carta	\$100.00
Fotocopiadora	\$200.00
<b>Total</b>	<b>\$22820.00</b>

## **VII.10. Difusión**

Se expuso el tema con resultados mediante una sesión general en el Hospital de especialidades del niño y la mujer, las cuales se llevaron a cabo de manera mensual para informar sobre la prevalencia de la depresión postparto durante el periodo de puerperio tardío en pacientes con complicaciones obstétricas en el mes de mayo a julio del año 2025.

## **VII.11. Organización de la investigación**

### **Datos de identificación**

#### **Datos de la institución**

- Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer, SESEQ.

Dirección: Avenida Luis Vega y Monroy 410. Colonia Colinas del Cimatario. Querétaro, Qro.

Teléfono: 4425760997

#### **Datos de los investigadores**

- Med. Gral. Yazmin Camargo Tinajero

Dirección: Avenida Luis Vega y Monroy 410. Colonia Colinas del Cimatario. Querétaro, Qro.

Teléfono: 4424954497

- Dr. Gustavo Chávez Gómez

Dirección: Avenida Luis Vega y Monroy 410. Colonia Colinas del Cimatario. Querétaro, Qro.

Teléfono: 4422261780

- Dr. Fabian Hilario Mendoza Pedraza

Dirección: Avenida Luis Vega y Monroy 410. Colonia Colinas del Cimatario. Querétaro, Qro.

Teléfono: 4424939565

- Dr. Genaro Vega Malagón

Dirección: Avenida Luis Vega y Monroy 410. Colonia Colinas del Cimatario. Querétaro, Qro.

Datos de la investigación

- Hospital de Especialidades del niño y la mujer, SESEQ.

Dirección: Avenida Luis Vega y Monroy 410. Colonia Colinas del Cimatario. Querétaro, Qro.

Teléfono: 4425760997

**Firmas del investigador principal e investigadores asociados**

## **VII.12. Consideraciones éticas**

Se respetó el código de Núremberg, así como la declaración de Helsinki, a la Ley General de Salud en su título V, capítulo único, artículos 98 a 102. Al reglamento en materia de investigación artículo 17. Materia de investigación para la salud; la cual se trata de una investigación de riesgo mínimo.

Las mujeres participantes en el protocolo de tesis con título “Prevalencia de la depresión postparto en el puerperio tardío en las pacientes que presentaron complicaciones obstétricas en el HENM en el mes de mayo a julio del año 2025”, firmaron previamente un consentimiento informado para dar su aprobación de participar en la investigación, se garantizó su confidencialidad de los datos de la participante de igual forma los participantes eligieron libremente participar en la investigación. Se informó con honestidad el propósito de la investigación, de los datos de recabados y del análisis e interpretación de los datos obtenidos y no causó daño a las pacientes participantes. La información recabada fue con fines educativos.

## **VII.13. Análisis estadístico**

Las variables cualitativas se describieron mediante la frecuencia y porcentaje. Las variables cuantitativas se representaron usando las medidas de tendencia central y las medidas de dispersión (media  $\pm$  desviación estándar). En caso de haberse determinado si las variables cuantitativas provienen de una distribución normal con la prueba de Shapiro-Wilk, se compararon dos grupos mediante la prueba t de Student para muestras independientes. Para comparar tres grupos o más, se realizó la prueba de ANOVA de un factor. Para evaluar la asociación entre variables categóricas, se realizó la prueba chi-cuadrado. Se consideró un nivel de significancia de 0.05. Un valor  $p < 0.05$  se consideró como estadísticamente significativo. El análisis se realizó en el programa GraphPad versión 8 para Windows.

## VIII. Resultados

Se analizaron 313 pacientes con una mediana de edad de 26 años con un rango intercuartílico de 22 a 32 años, de las cuales presentaron una mediana de gestaciones de 2 con un rango intercuartílico de 1 a 3. En la **Tabla 1** se muestran las características demográficas de dichas pacientes. El 65.17 % vive en unión libre, seguido del 18.85 % que vive casada y el 15.97 % que son solteras. En relación con su escolaridad, 5 mujeres son analfabetas, 185 tienen educación básica (primaria y secundaria), 88 tienen educación media superior, 34 tienen educación superior y solo una tiene posgrado. Con respecto a su ocupación, la mayoría (254 mujeres) se dedican al hogar, seguida del comercio (23 mujeres).

Variable	N (%)
Edad (años)	26 [22.0 - 32.0]
Número de gestaciones	2 [1.0 - 3.0]
Estado civil	
Soltera	50 (15.97 %)
Casada	59 (18.85 %)
Unión libre	204 (65.17 %)
Escolaridad	
Analfabeta	5 (1.59 %)
Primaria	32 (10.22 %)
Secundaria	152 (48.56 %)
Preparatoria	88 (28.11 %)
Técnico superior	1 (0.32 %)
Licenciatura	34 (10.86 %)
Posgrado	1 (0.32 %)
Vía de término de gestación	
Parto	121 (38.65 %)
Cesárea	192 (61.34 %)

**Tabla 1. Características demográficas de las 313 pacientes incluidas en el estudio.** La edad y el número de gestaciones se expresan como la media  $\pm$  desviación estándar. Las variables cualitativas se expresan como la frecuencia absoluta (%).

Entre otras ocupaciones que se registraron fueron: abogadas, arquitectas, ayudantes de cocina, cajeras, enfermeras, estilistas, estudiantes, fisioterapeutas, médicos, limpieza y recolección cartón. Con respecto a la vía de término de gestación, 61.34 % (192 mujeres) fue por cesárea y 38.65 % (121 mujeres) fue por parto.

Las complicaciones obstétricas que presentaron las pacientes se muestran en la **Tabla 2**. La complicación que se presentó con mayor frecuencia fue hemorragia obstétrica (40.57 %), seguida de preeclampsia (18.21 %), diabetes gestacional (16.29 %), hipertensión gestacional (15.97 %) y corioamnionitis (8.95 %).

Complicación obstétrica	N (%)
Corioamnionitis	28 (8.95 %)
Diabetes gestacional	51 (16.29 %)
Hemorragia obstétrica	127 (40.57 %)
Hipertensión gestacional	50 (15.97 %)
Preeclampsia	57 (18.21 %)

**Tabla 2. Complicaciones obstétricas que presentaron las 313 pacientes.** Las variables cualitativas se expresan como la frecuencia absoluta (%).

Con respecto a la localización del recién nacido, 198 (63.06 %) se mantuvieron en alojamiento conjunto, 109 (34.71 %) fueron hospitalizados y 7 (2.23 %) fallecieron. Además, ninguna de las pacientes fue diagnosticada con alguna enfermedad psiquiátrica.

La prueba de Edimburgo fue aplicada para determinar la presencia de depresión, encontrándose una mediana de puntaje 7.0 con un rango intercuartílico de 4.0 a 10.0. El valor de corte para determinar la presencia de depresión fue de 10. De acuerdo con esto, se encontró que 96 mujeres presentaron depresión, mientras que 217 no la presentaron, resultando en una prevalencia global de 30.67 % de depresión en este grupo de pacientes.

Además, en la **Tabla 3** se muestra la prevalencia de depresión en función de la complicación obstétrica. Las mujeres con diabetes gestacional mostraron la mayor prevalencia de depresión (33.3%), seguidas de aquellas con hemorragia obstétrica (31.5%), hipertensión gestacional (30.0%), corioamnionitis (28.6%) y preeclampsia (28.1%), con un promedio global de 30.3 %.

El puntaje promedio en la prueba de Edimburgo osciló entre 7 y 8 puntos, con rangos intercuartílicos de 3.0 a 11.0, sin diferencias marcadas entre los distintos grupos de complicaciones. Se compararon los puntajes promedio entre complicaciones obstétricas mediante la prueba de Kruskal-Wallis, sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas ( $p = 0.432$ ), sugiriéndose que el puntaje promedio es similar entre los grupos. En general, cerca de un tercio de las mujeres con alguna complicación obstétrica presentó indicios de depresión. Estos resultados sugieren que la presencia de complicaciones obstétricas se asocia con una proporción considerable de síntomas depresivos, sin que se observe un patrón claro que distinga un tipo específico de complicación como el de mayor riesgo.

<b>Complicación obstétrica</b>	<b>N total</b>	<b>Mediana de puntaje en la prueba de Edimburgo</b>	<b>Con depresión</b>	<b>Sin depresión</b>	<b>Prevalencia de depresión</b>
Corioamnionitis	28	7 [4.0-10.0]	8	20	28.6 %
Diabetes gestacional	51	8 [4.0-11.0]	17	34	33.3 %
Hemorragia obstétrica	127	7 [4.5-10.0]	40	87	31.5 %
Hipertensión gestacional	50	7 [3.0-10.0]	15	35	30.0 %
Preeclampsia	57	7 [5.0-10.0]	16	41	28.1 %

**Tabla 3. Prevalencia de depresión según el tipo de complicación obstétrica.** Se presentan el número total de mujeres con cada complicación obstétrica, el puntaje promedio ( $\pm$  DE) en la prueba de Edimburgo, la frecuencia de casos con y sin depresión, la prevalencia (%) de depresión dentro de cada grupo. La depresión se definió con base en el punto de corte establecido por la prueba (puntaje de 10). Análisis estadístico mediante la prueba de Kruskal-Wallis.  $P < 0.05$  se consideró como estadísticamente significativo.

Posteriormente, se determinó si el tipo de complicación obstétrica (según la clasificación de la **Tabla 3**) estaba asociada a la depresión (**Tabla 4**). El análisis estadístico no mostró diferencias significativas entre los tipos de complicación ( $\chi^2 = 0.461$ ;  $gl = 4$ ;  $p = 0.977$ ), lo que indica que la presencia de depresión postparto no se asoció con un tipo específico de complicación obstétrica. En general, cerca de un tercio de las mujeres con alguna complicación presentó síntomas depresivos según el punto de corte establecido en la prueba de Edimburgo.

Complicación obstétrica	Depresión		Valor <i>p</i>
	Si	No	
Corioamnionitis	8 (28.6 %)	20 (71.4 %)	
Diabetes gestacional	17 (33.3 %)	34 (66.7 %)	
Hemorragia obstétrica	40 (31.5 %)	87 (68.5 %)	0.977
Hipertensión gestacional	15 (30.0 %)	35 (70.0 %)	
Preeclampsia	16 (28.1 %)	41 (71.9 %)	

**Tabla 4. Asociación entre el tipo de complicación obstétrica y la presencia de depresión postparto.** Se muestran las frecuencias absolutas de mujeres con y sin depresión en cada grupo de complicación obstétrica. La comparación se realizó mediante la prueba de Chi-cuadrado ( $\chi^2$ ), considerando significativa una  $p < 0.05$ .

Por otra parte, se analizó si el término de la gestación se asociaba con la presencia de depresión postparto. Del total de 313 pacientes, 192 tuvieron parto por cesárea, de las cuales 64 (33.3%) presentaron depresión; mientras que, entre las 121 mujeres con parto vaginal, 32 (26.4%) mostraron depresión. Sin embargo, la diferencia observada no fue estadísticamente significativa ( $\chi^2 = 1.656$ ;  $gl = 1$ ;  $p = 0.198$ ), lo que indica que la vía de finalización del embarazo no se asoció con la presencia de síntomas depresivos.

También se analizó la posible relación entre el nivel de escolaridad y la presencia de depresión postparto. Se observó que la prevalencia de depresión fue similar entre los diferentes niveles educativos, con valores que oscilaron entre 20 y 30%, sin un patrón claro de incremento o disminución según la escolaridad. No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el nivel educativo y la presencia de depresión ( $\chi^2 = 3.292$ ;  $gl = 6$ ;  $p = 0.771$ ), sugiriéndose que el nivel de escolaridad no fue un factor determinante en la aparición de síntomas depresivos postparto en esta muestra de pacientes con complicaciones obstétricas.

En conjunto, estos resultados indican que aproximadamente una de cada tres mujeres con complicaciones obstétricas presentó síntomas depresivos en el puerperio tardío. Sin embargo, ni el tipo de complicación, ni la vía de parto, ni la escolaridad mostraron asociación significativa con la presencia de depresión, lo que sugiere que otros factores psicológicos o contextuales podrían influir en su aparición.

## **IX. Discusión**

En este estudio, la prevalencia global de depresión postparto en mujeres con complicaciones obstétricas fue de 30.3 %, cifra que está en congruencia con lo reportado previamente para la población mexicana, ya que se ha estimado que la prevalencia de depresión postparto está entre 10 y 39 %. De hecho, en un estudio longitudinal, se reportó que la prevalencia de depresión posparto fue de 13.8% a las seis semanas y 13.3% a los seis meses después del parto, mientras que la incidencia en el mismo periodo fue de 10% y 8.2%, respectivamente (de Castro et al., 2015; Lara et al., 2015). Esto refuerza la idea de que las complicaciones durante el embarazo o el parto representan un contexto de vulnerabilidad emocional para la mujer en el puerperio tardío.

Las pacientes del presente estudio fueron predominantemente jóvenes (mediana de 26 años), con un nivel educativo de secundaria y en su mayoría viviendo en unión libre. En México, los grupos demográficos con mayor riesgo de depresión posparto incluyen mujeres jóvenes, especialmente adolescentes, quienes presentan prevalencias superiores a las de las adultas (Decastro et al., 2011; Lara et al., 2015). El bajo nivel educativo y la situación socioeconómica desfavorable (pobreza, desempleo) son factores de riesgo relevantes, así como la ausencia de pareja o el estado civil no casado (Lara et al., 2015). Las mujeres con escaso apoyo social, baja satisfacción marital, antecedentes personales de trastornos psiquiátricos, exposición a violencia de pareja durante el embarazo y embarazos no planeados o no deseados también muestran mayor vulnerabilidad (de Castro et al., 2015). No obstante, estos factores no se asociaron estadísticamente con la depresión en este estudio

Entre las complicaciones, la hemorragia obstétrica fue la más frecuente (40.57 %), seguida de la preeclampsia y la diabetes gestacional. Sin embargo, la mayor prevalencia de depresión se observó en mujeres con diabetes gestacional (33.3 %), aunque sin diferencia significativa respecto a otros grupos. Se ha reportado que la depresión posparto se asocia con un aumento significativo de complicaciones obstétricas y perinatales. Por ejemplo, las mujeres con diagnóstico de depresión perinatal presentan

mayor riesgo de preeclampsia y de hipertensión gestacional (RR 1.59), parto pretérmino (RR 1.35), hemorragia posparto (RR 1.37), y muerte materna (RR 1.31) en comparación con mujeres sin trastornos psiquiátricos (Wisner et al., 2024).

Por otro lado, factores obstétricos como la duración prolongada de la primera etapa del trabajo de parto, la presencia de anomalías neonatales, y dificultades en la lactancia se han identificado como predictores independientes de depresión posparto (Yang et al., 2025b). El antecedente de complicaciones médicas durante el embarazo, como hipertensión, diabetes gestacional, anemia y parto pretérmino, incrementa el riesgo de trastornos mentales en el puerperio (Bodunde et al., 2025b; Meltzer-Brody et al., 2017b).

La diabetes gestacional se ha asociado con una mayor ansiedad, sentimientos de culpa y temor por la salud del recién nacido, lo que podría explicar su tendencia hacia una mayor prevalencia de depresión. De hecho, se ha reportado que las mujeres con diabetes gestacional tienen un riesgo aumentado de desarrollar depresión postparto, con un riesgo relativo estimado entre 1.32 y 1.42 en comparación con mujeres sin diabetes gestacional (Arafa & Dong, 2019). Posiblemente las alteraciones metabólicas propias de la diabetes gestacional, especialmente la resistencia a la insulina y los cambios abruptos en el metabolismo glucémico tras el parto, pueden influir en la función cerebral y la regulación de neurotransmisores como serotonina y dopamina, favoreciendo la aparición de depresión (Abeysekera et al., 2024).

De manera similar, la preeclampsia y la hipertensión gestacional se asocian con hospitalizaciones prolongadas y partos prematuros, factores que también incrementan el riesgo de depresión postparto (Bodunde et al., 2025b; Meltzer-Brody et al., 2017b). Aunque el parto por cesárea fue más frecuente (61.34 %), no se observó asociación significativa con la presencia de síntomas depresivos.

Del mismo modo, el nivel de escolaridad no mostró relación con la depresión. Si bien un bajo nivel educativo se ha asociado tradicionalmente con mayor vulnerabilidad psicológica, en este grupo posiblemente el acceso similar a la atención hospitalaria pudo

atenuar esas diferencias.

Finalmente, la depresión posparto está vinculada a un mayor riesgo de suicidio y muerte materna en el primer año tras el parto, siendo el suicidio una de las principales causas de mortalidad materna en este grupo (Wisner et al., 2024). Por lo tanto, la identificación y manejo oportuno de la depresión posparto es fundamental para reducir la carga de complicaciones obstétricas y mejorar los desenlaces maternos y neonatales.

Por lo anterior, es importante implementar tamizajes sistemáticos de depresión postparto en mujeres con complicaciones obstétricas, especialmente durante el puerperio tardío, cuando los síntomas pueden intensificarse o pasar desapercibidos (Cernadas, 2020). La aplicación de instrumentos breves como la Escala de Edimburgo es una herramienta viable y de bajo costo para la detección oportuna, incluso en entornos con recursos limitados.

Además, la implementación de apoyo psicológico perinatal en los servicios de obstetricia podría reducir la carga emocional y mejorar la recuperación global de las pacientes. La detección temprana y la orientación adecuada podrían no solo beneficiar la salud mental materna, sino también el vínculo madre-hijo y el desarrollo infantil.

Con respecto a las limitaciones debe considerarse que no se analizó la posible causalidad entre las complicaciones obstétricas y la depresión postparto. Asimismo, no se evaluaron factores psicosociales como apoyo familiar o eventos estresantes, los cuales pudieron influir en la prevalencia de depresión.

## **X. Conclusión**

Aproximadamente una de cada tres mujeres con complicaciones obstétricas presentó síntomas de depresión postparto en el puerperio tardío. Las condiciones médicas durante el embarazo constituyen un contexto de vulnerabilidad psicológica. Por tanto, se recomienda fortalecer los programas de detección, prevención y apoyo emocional en mujeres con antecedentes de complicaciones obstétricas, con el fin de mejorar los resultados tanto maternos como neonatales.

## **XI. Propuestas**

Se propone incorporar de manera rutinaria la aplicación de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo en la consulta de puerperio tardío, especialmente en mujeres que hayan presentado alguna complicación obstétrica, con el fin de detectar oportunamente síntomas depresivos.

Dado que aproximadamente una de cada tres mujeres con complicaciones obstétricas presentó síntomas compatibles con depresión posparto, se recomienda reforzar el seguimiento psicológico durante el puerperio tardío en este grupo, independientemente del tipo específico de complicación.

Se sugiere capacitar al personal médico y de enfermería que participa en la atención obstétrica y en la consulta de puerperio sobre la identificación temprana de signos y síntomas de depresión posparto, así como sobre el uso e interpretación básica de instrumentos de tamizaje validados.

En futuras investigaciones se sugiere incluir variables como apoyo familiar, violencia de pareja, antecedentes psiquiátricos y eventos vitales estresantes, con el fin de comprender de manera más integral los determinantes de la depresión posparto.

## XII. Referencias bibliográficas

- Abeysekera, M. V., Ni, D., Gilbert, L., Hibbert, E., & Nanan, R. (2024). Linking the reversal of gestational insulin resistance to postpartum depression. *BMC medicine*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/S12916-024-03659-7>
- Amini, S., Jafarirad, S., & Amani, R. (2019). Postpartum depression and vitamin D: A systematic review. *Critical reviews in food science and nutrition*, 59(9), 1514–1520. <https://doi.org/10.1080/10408398.2017.1423276>
- Arafa, A., & Dong, J. Y. (2019). Gestational diabetes and risk of postpartum depressive symptoms: A meta-analysis of cohort studies. *Journal of Affective Disorders*, 253, 312–316. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.05.001>
- Biaggi, A., Conroy, S., Pawlby, S., & Pariante, C. M. (2016). Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. *Journal of affective disorders*, 191, 62–77. <https://doi.org/10.1016/J.JAD.2015.11.014>
- Bodunde, E. O., Buckley, D., O'Neill, E., Al Khalaf, S., Maher, G. M., O'Connor, K., McCarthy, F. P., Kublickiene, K., Matvienko-Sikar, K., & Khashan, A. S. (2025). Pregnancy and birth complications and long-term maternal mental health outcomes: A systematic review and meta-analysis. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*, 132(2), 131–142. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.17889>
- Brummelte, S., & Galea, L. A. M. (2016). Postpartum depression: Etiology, treatment and consequences for maternal care. *Hormones and Behavior*, 77, 153–166. <https://doi.org/10.1016/J.YHBEH.2015.08.008>
- Bydlowski, S. (2015a). Les troubles psychiques du post-partum : dépistage et prévention après la naissance : recommandations. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 44(10), 1152–1156. <https://doi.org/10.1016/J.JGYN.2015.09.016>

- Bydlowski, S. (2015b). Postpartum psychological disorders: Screening and prevention after birth. Guidelines for clinical practice. *Journal de Gynecologie Obstetrique et Biologie de la Reproduction*, *44*(10), 1152–1156.  
<https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2015.09.016>
- Cernadas, J. M. C. (2020). Postpartum depression: Risks and early detection. *Archivos argentinos de pediatria*, *118*(3), 154–155.  
<https://doi.org/10.5546/AAP.2020.ENG.154>
- Curry, S. J., Krist, A. H., Owens, D. K., Barry, M. J., Caughey, A. B., Davidson, K. W., Doubeni, C. A., Epling, J. W., Grossman, D. C., Kemper, A. R., Kubik, M., Landefeld, C. S., Mangione, C. M., Silverstein, M., Simon, M. A., Tseng, C. W., & Wong, J. B. (2019). Interventions to Prevent Perinatal Depression: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*, *321*(6), 580–587.  
<https://doi.org/10.1001/JAMA.2019.0007>
- de Castro, F., Place, J. M. S., Billings, D. L., Rivera, L., & Frongillo, E. A. (2015). Risk profiles associated with postnatal depressive symptoms among women in a public sector hospital in Mexico: the role of sociodemographic and psychosocial factors. *Archives of women's mental health*, *18*(3), 463–471.  
<https://doi.org/10.1007/S00737-014-0472-1>
- Decastro, F., Hinojosa-Ayala, N., & Hernandez-Prado, B. (2011). Risk and protective factors associated with postnatal depression in Mexican adolescents. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology*, *32*(4), 210–217.  
<https://doi.org/10.3109/0167482X.2011.626543>
- Falana, S. D., & Carrington, J. M. (2019). Postpartum Depression: Are You Listening? *The Nursing clinics of North America*, *54*(4), 561–567.  
<https://doi.org/10.1016/J.CNUR.2019.07.006>
- Fedock, G. L., & Alvarez, C. (2018). Differences in Screening and Treatment for

Antepartum Versus Postpartum Patients: Are Providers Implementing the Guidelines of Care for Perinatal Depression? *Journal of women's health* (2002), 27(9), 1104–1113. <https://doi.org/10.1089/JWH.2017.6765>

Francisca Pérez, C., & Paulina Brahm, M. (2017). Depresión posparto en padres: ¿por qué también es importante? *Revista chilena de pediatría*, 88(5), 582–585. <https://doi.org/10.4067/S0370-41062017000500002>

Gopalan, P., Spada, M. L., Shenai, N., Brockman, I., Keil, M., Livingston, S., Moses-Kolko, E., Nichols, N., O'Toole, K., Quinn, B., & Glance, J. B. (2022). Postpartum Depression-Identifying Risk and Access to Intervention. *Current psychiatry reports*, 24(12), 889–896. <https://doi.org/10.1007/S11920-022-01392-7>

Hansotte, E., Payne, S. I., & Babich, S. M. (2017). Positive postpartum depression screening practices and subsequent mental health treatment for low-income women in Western countries: a systematic literature review. *Public Health Reviews*, 38(1), 3. <https://doi.org/10.1186/S40985-017-0050-Y>

Jacques, N. (2019). Prenatal and postnatal maternal depression and infant hospitalization and mortality in the first year of life: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 243, 201–208. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.09.055>

Ko, J. Y., Rockhill, K. M., Tong, V. T., Morrow, B., & Farr, S. L. (2017). Trends in Postpartum Depressive Symptoms - 27 States, 2004, 2008, and 2012. *MMWR. Morbidity and mortality weekly report*, 66(6), 153–158. <https://doi.org/10.15585/MMWR.MM6606A1>

Kroska, E. B., & Stowe, Z. N. (2020a). Postpartum Depression: Identification and Treatment in the Clinic Setting. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 47(3), 409–419. <https://doi.org/10.1016/J.OGC.2020.05.001>

- Kroska, E. B., & Stowe, Z. N. (2020b). Postpartum Depression: Identification and Treatment in the Clinic Setting. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 47(3), 409–419. <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2020.05.001>
- Lara, M. A., Navarrete, L., Nieto, L., Barba Martín, J. P., Navarro, J. L., & Lara-Tapia, H. (2015). Prevalence and incidence of perinatal depression and depressive symptoms among Mexican women. *Journal of Affective Disorders*, 175, 18–24. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.035>
- Levis, B., Negeri, Z., Sun, Y., Benedetti, A., & Thombs, B. D. (2020). 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. *BMJ (Clinical research ed.)*, 371. <https://doi.org/10.1136/BMJ.M4022>
- Loaiza, N. V., Dachner, A. P., & Morales, J. A. V. (2019). revista medica sinergia. *Revista Medica Sinergia*, 4(7), e261–e261. <https://doi.org/10.31434/RMS.V4I7.261>
- Mangla, K., Hoffman, M. C., Trumpff, C., O'Grady, S., & Monk, C. (2019). Maternal self-harm deaths: an unrecognized and preventable outcome. *American journal of obstetrics and gynecology*, 221(4), 295–303. <https://doi.org/10.1016/J.AJOG.2019.02.056>
- Meltzer-Brody, S., Maegbaek, M. L., Medland, S. E., Miller, W. C., Sullivan, P., & Munk-Olsen, T. (2017). Obstetrical, pregnancy and socio-economic predictors for new-onset severe postpartum psychiatric disorders in primiparous women. *Psychological Medicine*, 47(8), 1427–1441. <https://doi.org/10.1017/S0033291716003020>
- O'Hara, M. W., & Mc Cabe, J. E. (2013). Postpartum depression: current status and future directions. *Annual review of clinical psychology*, 9, 379–407. <https://doi.org/10.1146/ANNUREV-CLINPSY-050212-185612>

- Payne, J. L., & Maguire, J. (2019). Pathophysiological mechanisms implicated in postpartum depression. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 52, 165–180. <https://doi.org/10.1016/J.YFRNE.2018.12.001>,
- Pearlstein, T., Howard, M., Salisbury, A., & Zlotnick, C. (2009). Postpartum depression. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 200(4), 357–364. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2008.11.033>
- Psicosis postparto | Revista Medica Sinergia*. (s/f). Recuperado el 14 de octubre de 2025, de <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/134>
- Santiago-Sanabria, L., Ibarra-Gussi, P. M., Rendón-Macías, M. E., Treviño-Villarreal, P., Islas-Tezpa, D., Porrás-Ibarra, G. D., Tienhoven, X. van, Santiago-Sanabria, L., Ibarra-Gussi, P. M., Rendón-Macías, M. E., Treviño-Villarreal, P., Islas-Tezpa, D., Porrás-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>
- Simas, T. A. M., Flynn, M. P., Kroll-Desrosiers, A. R., Carvalho, S. M., Levin, L. L., Biebel, K., & Byatt, N. (2018). A Systematic Review of Integrated Care Interventions Addressing Perinatal Depression Care in Ambulatory Obstetric Care Settings. *Clinical obstetrics and gynecology*, 61(3), 573–590. <https://doi.org/10.1097/GRF.0000000000000360>
- 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>
- Sockol, L. E., Epperson, C. N., & Barber, J. P. (2013). Preventing postpartum depression: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 33(8), 1205. <https://doi.org/10.1016/J.CPR.2013.10.004>

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>

The American College of Obstetricians and Gynecologists Committee Opinion no. 630. Screening for perinatal depression. (2015). *Obstetrics and gynecology*, 125(5), 1268–1271. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000465192.34779.DC>

Wisner, K. L., Murphy, C., & Thomas, M. M. (2024). Prioritizing Maternal Mental Health in Addressing Morbidity and Mortality. *JAMA psychiatry*, 81(5), 521–526. <https://doi.org/10.1001/JAMAPSYCHIATRY.2023.5648>

Yang, Y., Wei, Q., Wang, H., & Li, C. (2025). Analysis of obstetric-related factors influencing the occurrence of puerperal depression: A retrospective study. *Medicine*, 104(35), e43986. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000043986>

### XIII. Anexos

#### XIII.1. Escala de depresión postparto de Edimburgo

TABLA 1. Escala de Depresión Postparto de Edimburgo	
1. He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tanto como siempre</li> <li>• No tanto ahora</li> <li>• Mucho menos ahora</li> <li>• No, nada</li> </ul>
2. He disfrutado mirar hacia delante:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tanto como siempre</li> <li>• Menos que antes</li> <li>• Mucho menos que antes</li> <li>• Casi nada</li> </ul>
3. Cuando las cosas han salido mal, me he culpado a mí misma innecesariamente:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sí, la mayor parte del tiempo</li> <li>• Sí, a veces</li> <li>• No con mucha frecuencia</li> <li>• No, nunca</li> </ul>
4. He estado nerviosa o inquieta sin tener motivo:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No, nunca</li> <li>• Casi nunca</li> <li>• Sí, a veces</li> <li>• Sí, con mucha frecuencia</li> </ul>
5. He sentido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sí, bastante</li> <li>• Sí, a veces</li> <li>• No, no mucho</li> <li>• No, nunca</li> </ul>
6. Las cosas me han estado abrumando:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sí, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto</li> <li>• Sí, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre</li> <li>• No, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien</li> <li>• No, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre</li> </ul>
7. Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sí, la mayor parte del tiempo</li> <li>• Sí, a veces</li> <li>• No con mucha frecuencia</li> <li>• No, nunca</li> </ul>
8. Me he sentido triste o desgraciada:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sí, la mayor parte del tiempo</li> <li>• Sí, bastante a menudo</li> <li>• No con mucha frecuencia</li> <li>• No, nunca</li> </ul>
9. Me he sentido tan desdichada que he estado llorando:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sí, la mayor parte del tiempo</li> <li>• Sí, bastante a menudo</li> <li>• Sólo ocasionalmente</li> <li>• No, nunca</li> </ul>
10. Se me ha ocurrido la idea de hacermé daño:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sí, bastante a menudo</li> <li>• A veces</li> <li>• Casi nunca</li> <li>• Nunca</li> </ul>
Fuente: Enrique Jadresic M. Depresión Perinatal: Detección y tratamiento. Revista Médica Clínica Las Condes. 2014; 25; (6): 1019-1028.	

### **XIII.2. Depresión postparto**

<b>Nombre</b>	
<b>Edad</b>	
<b>Gestas</b>	
<b>Estado civil</b>	
<b>Escolaridad</b>	
<b>Ocupación</b>	
<b>¿Fue parto o cesárea?</b>	
<b>Si fue cesárea, ¿Por qué se realizó?</b>	
<b>¿Qué complicación obstétrica presentó?</b>	
<b>¿El recién nacido se encuentra con usted o se quedó hospitalizado?</b>	
<b>¿Presenta alguna enfermedad psiquiátrica ya diagnosticada?</b>	

### **XIII.3. Consentimiento informado para realizar encuesta**

Yo, la Dra. Yazmin Camargo Tinajero, residente de cuarto año de la especialidad de Ginecología y Obstetricia, le invita a participar en el proyecto de investigación titulado “PREVALENCIA DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO EN EL PUERPERIO TARDIO EN LAS PACIENTES CON COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN EL HENM EN EL MES DE MAYO A JULIO DEL AÑO 2025” sin que éste afecte la calidad de la atención presente y futura en esta unidad hospitalaria.

Este proyecto es dirigido por el Dr. Gustavo Chávez Gómez, director de tesis. El propósito de la investigación es con fines educativos y estadísticos. Para ello, se le invita a participar en una encuesta que le tomará 10 minutos de su tiempo. Su participación en la investigación es completamente voluntaria y usted puede decidir interrumpirla en cualquier momento, sin que ello le genere ningún perjuicio. Asimismo, participar en esta encuesta no le generará ningún daño a su persona. Su identidad será tratada de manera privada y con fines educativos. Si está de acuerdo con los puntos anteriores, complete sus datos a continuación:

Nombre: \_\_\_\_\_

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

Firma del  
participante: \_\_\_\_\_

Testigo 1: \_\_\_\_\_

Testigo 2: \_\_\_\_\_

Para cualquier duda o aclaración, ponerse en contacto a través del siguiente correo electrónico: [yazmin.camargo0924@gmail.com](mailto:yazmin.camargo0924@gmail.com)