

JUAN CARLOS
GUILLERMO OLVERA

PREVALENCIA DE DEPRESION POSTPARTO EN MUJERES EN ETAPA DE PUERPERIO
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 08 EL MARQUES

2026



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO

PREVALENCIA DE DEPRESION POSTPARTO EN MUJERES EN
ETAPA DE PUERPERIO DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 08
EL MARQUÉS

Tesis

Que como parte de los requisitos
para obtener el Diploma de la
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

Presenta:

JUAN CARLOS GUILLERMO OLVERA

Dirigido por:

DRA. MARIA DEL CARMEN PONCE MARTINEZ

SANTIAGO DE QUERÉTARO, QRO. FEBRERO 2026

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 depresión posparto en mujeres en etapa de puerperio de la Unidad
de Medicina Familiar 08 El Marqués

Que como parte de los requisitos para obtener el Diploma de la especialidad en
Medicina Familiar

Presenta

Juan Carlos Guillermo Olvera

Dirigido por:

Dra. María del Carmen Ponce Martínez

Med. Esp. María del Carmen Ponce Martínez

Presidente

Med. Esp. Manuel Enrique Herrera Ávalos

Secretario

Med. Esp. María del Rosario Romo Rodríguez

Vocal

Med. Esp. Miguel Ángel Pimentel Araujo

Suplente

Med. Esp. Mayra Gabriela Ríos Quintero

Suplente

Centro Universitario, Querétaro. Qro.

Febrero 2026

México

DEDICATORIAS

A Dios

Por darme la vida, por tener una hermosa familia, por darme unos padres que siempre han estado conmigo y por darme la salud que nunca me ha faltado.

A Erika

Mi esposa, quien ha sido mi principal apoyo, siempre dándome las fuerzas para continuar en este viaje, hemos pasado por muchas cosas y agradezco tenerla en mi vida a pesar de tantos altibajos. Gracias por tu paciencia, tu comprensión y por darme unos hermosos hijos.

A mis Padres

Por darme siempre su apoyo, sus consejos. A ustedes les agradezco haber iniciado este camino hace ya bastantes años. Los sacrificios que hicieron con tal de que yo lograra cumplir un sueño.

Dedico este logro a mis hijos

Daniel y Diego, los amores de mi vida, mi todo. Siempre contagiándome con su alegría cada día. Gracias por comprender a su edad el tiempo que a veces no les dediqué. Los amo con todo mi ser.

AGRADECIMIENTOS

Al Instituto Mexicano de Seguro Social por permitir realizarme como médico especialista. Un logro que sin lugar a duda marcará mi vida

A todos los médicos del IMSS, tanto en mi sede, la UMF 08, como el hospital subsede, el HGR2 de El Marques, que durante el transcurso de estos 3 años de residencia me brindaron su tiempo, conocimientos, experiencia e incluso paciencia para poder concluir este camino.

Siempre tuvieron la disponibilidad para darme clases, de tomar un tiempo durante la consulta para enseñarme, para darme consejos o simplemente para una plática.

No habría suficiente espacio en esta hoja para agradecerles a todos y cada uno, empezando por los médicos de las guardias en la UMF y en el hospital. A los médicos familiares, urgenciólogos, pediatras y ginecólogos que siempre tuvieron disposición para compartir sus conocimientos en las guardias del HGR 02 y en AMC de la UMF 08.

A los médicos familiares con los que roté en la clínica.

A los médicos del hospital con quienes estuve en mis servicios.

Estaré siempre muy agradecido con ellos.

Finalmente, a los médicos del área de Enseñanza que nos acompañaron en este trayecto, nos orientaron a mí y a mis compañeras estos 3 años. Gracias por su apoyo y soporte.

RESUMEN

Introducción: La depresión posparto se ha definido como un trastorno depresivo sin síntomas psicóticos que se manifiesta posterior al parto. El cuadro es similar al de los episodios depresivos con síntomas como el llanto, siendo no diagnosticada y mal tratada. Dentro de los múltiples factores que se asocian se encuentran el entorno demográfico, factores psicológicos y, por último, factores psicosociales como el entorno y familiar siendo estos últimos de suma importancia ya que incluye el apoyo del cónyuge y la dinámica familiar. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de la depresión postparto en mujeres en etapa de puerperio de la UMF 08 El Marqués, Querétaro. **Materiales y métodos:** Estudio observacional, transversal, descriptivo. Se llevó a cabo en las instalaciones de la Unidad de Medicina Familiar 08 de El Marqués, Querétaro, con una muestra de 200 en etapa de puerperio; tipo de muestreo no probabilístico por conveniencia. Criterios de inclusión: Puérperas que acuden a valoración y consulta en la UMF desde el puerperio inmediato hasta el puerperio tardío. Que sepan leer, escribir y que acepten participar en el estudio. Se eliminaron aquellos cuestionarios mal requisitados. Mediciones: se aplicará una encuesta de datos generales y el cuestionario de Edimburgo previa firma de consentimiento informado. Análisis estadístico: se realizó estadística descriptiva, medida de tendencia central y de dispersión en el programa SPSS para su análisis. **Resultados:** De las 200 mujeres entrevistadas en etapa de puerperio, 31 resultaron con probable depresión (15.5%). Las variables predominantes fueron: puerperio inmediato (41.9%), resolución del embarazo vía cesárea (58.1%), grupo de edad de 23 a 27 años (35.5%), estado civil unión libre (58.1%), nivel académico preparatoria (41.9%), ocupación empleada (54.8%). **Conclusiones:** La prevalencia de depresión posparto en la UMF 08 El Marqués fue de 15.5% lo que se encuentra dentro del rango para otras publicaciones similares realizadas en población mexicana.

(Palabras clave: depresión, postparto, puerperio)

SUMMARY

Introduction: Postpartum depression has been defined as a depressive disorder without psychotic symptoms that manifests after childbirth. The picture is similar to that of depressive episodes with symptoms such as crying, being undiagnosed and poorly treated. Among the multiple factors that are associated are the demographic environment, psychological factors and, finally, psychosocial factors such as environment and family, the latter being of utmost importance as it includes spousal support and family dynamics. **Objective:** Determine the prevalence of postpartum depression in postpartum women at UMF 08 El Marqués, Querétaro. **Materials and methods:** Observational, cross-sectional, descriptive study. It was carried out in the facilities of the Family Medicine Unit 08 of El Marqués, Querétaro, with a sample of 200 puerperal women, non-probabilistic convenience sampling. Inclusion criteria: Postpartum women attending for assessment and consultation at the FMU from the immediate puerperium to the late puerperium. They should be able to read and write and agree to participate in the study. Questionnaires that were incorrectly filled out were eliminated. Measurements: a general data survey and the Edinburgh questionnaire were administered after signing the informed consent form. Statistical analysis: descriptive statistics, measures of central tendency and dispersion were performed in the SPSS program for analysis. **Results:** Of the 200 postpartum women interviewed, 31 were found to have probable depression (15.5%). The predominant variables were: immediate postpartum period (41.9%), pregnancy termination via cesarean section (58.1%), age group 23 to 27 years (35.5%), marital status (common-law marriage) (58.1%), high school education (41.9%), and occupation (54.8%). **Conclusions:** The prevalence of postpartum depression at the UMF 08 El Marqués was 15.5%, which is within the range for other similar publications conducted in the Mexican population.

(Key words: depression, postpartum, puerperium)

INDICE

Contenido	Página
Dedicatorias	ii
Agradecimientos	iii
Resumen	iv
Summary	v
Índice	vi
Índice de cuadros	viii
Abreviaturas y siglas	ix
I. Introducción	1
II. Antecedentes	3
III. Marco Teórico	4
IV. Hipótesis	10
V. Objetivos	11
VI. Material y métodos	12
VI.1 Tipo de Investigación	12
VI.2 Población	12
VI.3 Criterios de selección	12
VI.4 Muestra y tipo de muestra	12
VI.5 Variables estudiadas	13
VI.6 Instrumento y técnicas de recolección de datos	14
VI.7 Análisis estadístico	15
VII. Resultados	16
VII.1 Cuadros	19
VIII. Discusión	25
IX. Conclusiones	27
X. Propuestas	28
XI. Bibliografía	29

XII. Anexos	33
XII.1 Consentimiento Informado	33
XII.2 Hoja de recolección de datos	35
XII.3 Instrumento	36
XII.4 Registro UAQ	
XII.5 Registro SIRELCIS	
XII.6 Documento anti plagio	

Índice de cuadros

Cuadros.	Página
Variables Sociodemográficas	19
Variables Clínicas	20
Prevalencia de depresión	22

Abreviaturas y siglas

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social

OMS: Organización Mundial de la Salud

DSM- V: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V

ARIMAC: Área de Información Médica y Archivo Clínico

UMF: Unidad de Medicina Familiar

I. INTRODUCCIÓN

La depresión es una enfermedad que está presente por todo el mundo, se calcula que actualmente afecta a más de 300 millones de personas. Este padecimiento es un trastorno mental, el cual según la OMS se manifiesta con presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, falta de autoestima y sentimientos de culpa, trastornos del sueño, falta de apetito, disminución de la concentración y sensación de cansancio. La depresión con el paso del tiempo puede hacerse crónica, incluso puede llegar a dificultar de manera considerable el desempeño laboral, cognitivo y la forma en que se afronta las situaciones de la vida diaria, tanto así que, en los casos graves, este padecimiento puede conducir al suicidio. (DSM- V, 2015)

Si bien el factor biológico es importante, es necesario mencionar otros factores que están igualmente involucrados y además como posibles detonantes, desarrollo y pronóstico de este padecimiento como son los factores psicológicos y sociales. (Antúñez et al., 2022)

Temas como la propia autoestima, factores personales, familiares incluso la educación en familia juegan un rol importante en su presentación.

Para Kroska (2020), la depresión postparto es uno de los padecimientos más comunes que se presentan, como dice su nombre, posterior al parto y a menudo no es diagnosticada o incluso, mal tratada.

Este padecimiento se ha observado que se presenta por lo general durante el primer mes del puerperio, suele durar aproximadamente unas dos semanas y los síntomas suelen incluir un estado de ánimo deprimido, anhedonia, alteraciones del sueño, sentimientos de inutilidad o culpa, incapacidad para tomar decisiones, concentración disminuida incluso pensamientos de muerte o ideas suicidas en algunos casos. (Acuña et al., 2021)

La depresión postparto es una alteración psicológica en la que existen múltiples afectados, por una parte, la mujer puérpera y por otra el bebé recién nacido que no

tiene a su madre preparada para la situación por la que está pasando, enfrentarse a un mundo completamente nuevo, finalmente hay una tercera parte afectada, la familia, que muchas veces no sabe cómo reaccionar, no sabe cómo apoyar a la madre y se puede quedar confundida o impotente ante las reacciones de la madre. (Mendoza y Saldivia., 2015)

Derivado de que el embarazo y el puerperio son etapas cruciales para el desarrollo del bebé y que la presencia de éste es esencial para establecer el vínculo adecuado entre la madre y el hijo, se le debe otorgar la relevancia que requiere ya que el apego materno, los sentimientos y comportamientos de una madre hacia su hijos son necesarios para el desarrollo de los modelos de trabajo interno de los niños y el desarrollo de las figuras de apego determinados por la capacidad de respuesta de la madre a sus necesidades ya que genera implicaciones para sus relaciones sociales a lo largo de la vida. (Klaus et al., 1972)

Un inadecuado abordaje clínico puede provocar que las pacientes no tengan un manejo adecuado o un mal tratamiento lo cual puede tener un desenlace que pone en riesgo al binomio tanto por la vida de la madre, el bienestar y sano desarrollo del recién nacido o incluso de la estabilidad familiar. (Santiago-Sanabria et al., 2023)

Es importante por lo tanto tratar de identificar este padecimiento lo más pronto posible en la mujer puérpera por la salud del binomio recordando que tanto la madre como pilar importante de la familia y el nuevo miembro de la familia que debe traer gozo y felicidad pueden llegar a tener terribles consecuencias. De ahí la importancia de este estudio a fin de tener las herramientas y el conocimiento de lo grave que este padecimiento puede llegar a ser.

II. ANTECEDENTES

La depresión postparto es un padecimiento que, si bien lo padece la madre, afecta de manera global a toda la familia, por lo que pasar por alto, realizar un mal diagnóstico, o peor aún, ignorar los datos que nos pueden orientar al padecimiento puede tener graves consecuencias.

Entre las diferentes bibliografías consultadas para este estudio se encontró que la prevalencia de este padecimiento fue desde un 6 hasta un 34% a nivel mundial, mientras que, para México, algunos estudios lo ubican en el rango de entre un 14 a un 32%. Para México los estudios han arrojado distintos porcentajes, pero todo ellos concluyen en que los factores sociales tienen un peso importante para el desarrollo de la depresión postparto.

Álvarez Escutia et al. (2008) en un estudio realizado en México en el año 2008 encontraron una prevalencia de 24.6% para depresión postparto.

En un estudio realizado en el Hospital de la Mujer en Tlaxcala, Juárez-Romero et al. (2016) obtuvo una cifra de 18.3% con una muestra de 300 mujeres.

Mientras que Cabada-Ramos et al. (2014) en un estudio de prevalencia realizado tanto en poblaciones rural y urbana encontró un porcentaje similar al de Álvarez-Escutia siendo de un 23%, debe considerarse que en este tipo de estudio se incluyó a población indígena rural.

En un estudio realizado en un hospital de Acapulco, Genchi-Gallardo et al. (2021) obtuvieron un resultado de 16% con una muestra de 485 pacientes.

Santiago-Sanabria et al. (2022), realizaron otro estudio en cuatro hospitales de segundo y tercer nivel de cuatro estados (Puebla, Hidalgo, EDOMEX y CDMX) con una muestra de 717 mujeres dando un resultado de 14.9% para depresión postparto.

III. MARCO TEORICO

PUERPERIO

El puerperio es el período que inicia desde el final del parto, es decir, desde la expulsión del feto, placenta y de sus membranas hasta que se llega a la regresión total de las modificaciones que se produjeron por la gestación, es decir, hasta 6 a 8 semanas. Es durante este período, que los órganos genitales atraviesan por un proceso de regresión a su estado normal, aunque este proceso no logra regresar a los órganos al estado en el que se encontraban antes del parto, es decir, no se llega a una recuperación total anatómica y además fisiológica en la mujer; también ha dado comienzo a la adaptación psicoemocional en la relación madre-recién nacido y se establece el inicio de la lactancia (Octavio., 2023).

De acuerdo a Octavio (2023), partiendo desde la evolución del parto hasta el nacimiento y hasta los sesenta días de nacido el bebé, el puerperio para su seguimiento se puede dividir en 3 fases: puerperio inmediato que comprende las primeras 24 horas, el puerperio mediato también llamado temprano que va desde el segundo al séptimo día y finalmente el puerperio tardío que comprende hasta los sesenta días.

Una vez que ha finalizado el alumbramiento es cuando da comienzo una serie de cambios que suceden en el organismo de la madre para adaptarse a esta nueva condición fisiológica, esto incluye muchos aparatos como el reproductivo, el cardiovascular, endocrino, hematológico respiratorio, incluso el digestivo, etc. (Tan, E. K., & Tan, E. L., 2013).

Para Pinto (2007), el puerperio inmediato implica un período de cambio de estado psicológico y de rol social para la mujer: ya no está embarazada, sino que es madre, y el recién nacido pasa de ser imaginario a real. Las primeras emociones de la puérpera normal son de alegría y alivio por haber dado a luz a una niña o niño sano; las horas iniciales después del parto son cruciales para la generación del vínculo madre-hijo, en especial durante los primeros minutos, donde las condiciones especiales neurofisiológicas de la madre y del recién nacido presentan su mayor

receptividad a las interacciones sensoriales recíprocas, permitiendo el desarrollo del apego.

El niño posee desde el nacimiento capacidades sensoriales e interactivas para vincularse con la madre, los primeros 40 minutos de vida permanece en vigilia calma, ávido sensorialmente, buscando ser acogido en su ambiente. La puérpera se halla especialmente predispuesta para realizar conductas maternas, como entregar cuidados físicos y afecto, las que se podrán llevar a cabo si se posibilita el contacto frecuente con su hijo, y serán más efectivas si se le brinda apoyo emocional personalizado y formativo (Pinto, 2007).

Según la experiencia que Klaus et al., (1972) realizó en un estudio prospectivo, describió que aquellos niños que pudieron estar en contacto piel a piel con su madre durante los primeros 45 minutos de vida extrauterina tuvieron mayor progreso ponderal, desarrollo psicomotor y menor número de infecciones durante el primer año de vida, que aquellos que no pudieron tener este contacto inicial. Evidencias clínicas muestran que vínculos seguros se correlacionan con niños y adultos sanos, y vínculos ansiosos o desorganizados se correlacionan con trastornos del desarrollo, maltrato, negligencias hacia los niños y psicopatología a largo plazo, por lo que es muy importante favorecer en el puerperio el proceso de vinculación.

Condiciones como disponibilidad de la madre para el bebé, conductas de los profesionales que los asisten durante el proceso de nacimiento y normas de la maternidad contribuirán a generar mejores o peores procesos de vinculación; siendo el puerperio inmediato e inicial una oportunidad única para el equipo de salud de contribuir a la formación de vínculos seguros (Klaus et al., 1972).

DEPRESIÓN

La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a más de 300 millones de personas. Es un trastorno mental, que se manifiesta según la OMS con la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito,

sensación de cansancio y disminución de la concentración. La depresión puede hacerse crónica y dificultar considerablemente el desempeño laboral, cognitivo y la capacidad de afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio (American Psychiatric Association [APA], 2013).

Es una enfermedad muy frecuente que es atendida por psiquiatras principalmente, pero es un padecimiento que debería ser detectada y atendida desde un primer nivel de atención, tanto por médicos generales como por médicos familiares. Se ha descrito que hasta una de cada 4 personas a nivel general han pasado por una depresión mayor en algún momento de su vida, y se ha estimado que hasta una de cada cinco mujeres puede llegar a presentar depresión mayor, presentándose con más frecuencia en periodos como el síndrome premenstrual, en la menopausia y, en este caso, prenatal o postparto (González-González et al., 2019).

Para Antúñez et al. (2022) dentro de los factores de riesgo, el biológico no es menos importante, pero también se debe poner atención en otros factores que pueden estar involucrados y como posibles detonantes de este padecimiento, debido a que la depresión es el resultado de interacciones complejas pueden estar involucrados factores sociales, psicológicos y biológicos en el desarrollo y pronóstico de este padecimiento.

Los factores personales, familiares, educación en familia son igual de importantes, por lo tanto, se ha determinado que los factores sociales juegan un rol importante en su presentación.

DEPRESIÓN POSTPARTO

La depresión postparto es uno de los padecimientos más comunes que se presentan, como dice su nombre, posterior al parto, siendo a menudo no diagnosticada y mal tratada (Kroska, 2020).

Representa un episodio depresivo mayor después del nacimiento de un bebé, generalmente durante el primer mes del puerperio, el cual dura al menos dos semanas con síntomas como estado de ánimo deprimido, anhedonia, alteraciones

del peso y sueño, agitación o retardo psicomotor, fatiga, sentimientos de inutilidad o culpa, incapacidad para tomar decisiones, pensamiento y concentración disminuidas, así como pensamientos de muerte o ideación suicida (Acuña et al., 2021).

Los trastornos del estado de ánimo que pueden presentarse durante el periodo de puerperio conforman entidades que tienen una alta prevalencia a nivel mundial y por ende igual en nuestro país. Estos trastornos incluyen la tristeza postparto, el baby blues, la depresión y la psicosis postparto. Durante el todo el embarazo, incluso semanas después de finalizado este proceso ocurren cambios químicos, hormonales, psicológicos y sociales que pueden afectar a la madre y hacerla más susceptible para que desarrolle algún trastorno de este tipo (Miller, 2002).

Para Mendoza (2015) y Lara (2023) es importante diferenciar entre la depresión postparto, la tristeza posparto y el baby blues, la cual generalmente aparece durante los primeros 10 días después del parto y se caracteriza por irritabilidad, tristeza y tendencia al llanto como resultado de cambios hormonales y donde también influyen ajustes sociales y emocionales por los que atraviesa la madre.

Un inadecuado abordaje clínico puede provocar que las pacientes no tengan un manejo adecuado o un mal tratamiento lo cual puede tener un desenlace que pone en riesgo al binomio tanto por la vida de la madre, el bienestar y sano desarrollo del recién nacido o incluso de la estabilidad familiar. (Santiago-Sanabria et al., 2017)

Algunos de los factores de riesgo que pueden influir en la depresión posparto son antecedentes de depresión, ansiedad o síndrome disfórico premenstrual, depresión durante el embarazo y depresión posparto en embarazos previos, complicaciones obstétricas a lo largo del embarazo, incluso embarazos no deseados, falta de una red o apoyo familiar, mala relación con la pareja, problema económicos, antecedentes de drogadicción y/o abuso de sustancias, antecedentes previos de abortos, lactancia materna inadecuada o que el bebé haya nacido con enfermedades o problemas congénitos. (Romero-Gutiérrez et al., 2010)

Entonces en las mujeres se tiene un riesgo aun mayor de padecer depresión en esta etapa que en cualquier otro momento de su vida. Para identificar a las pacientes que puedan estar en depresión posparto es de gran importancia comprender el proceso de la gestación hasta su conclusión y todos los cambios y procesos fisiológicos y bioquímicos que se dan en esta etapa.

Stewart (2016) demostró incluso que en pacientes en quienes se realizó cesárea de urgencia como desenlace del embarazo es un factor que puede predisponer a la depresión posparto.

El cuadro clínico de este padecimiento generalmente se da a lugar en las primeras cuatro semanas posteriores al nacimiento del bebé. Los síntomas son los establecidos para la Depresión Mayor según el DSM-V (2013).

Entonces la paciente puede llegar a presentar un llanto persistente, ansiedad, ataques de pánico, irritabilidad, dificultad para establecer el vínculo adecuado con su bebé, conductas obsesivas o de sobreprotección, incluso pensamientos negativos hacia el bebé (Sloman et al., 2019).

La tristeza postparto, la depresión y la psicosis postparto representan los trastornos del estado de ánimo más frecuentes durante el puerperio además de que comparten los mismos criterios diagnósticos como pueden ser pérdida de interés, anhedonia, alteraciones del sueño y el apetito, mala concentración, alteraciones psicomotoras, fatiga, sentimientos de culpa o de inutilidad, incluso ideas suicidas.

Al no diagnosticarse de forma oportuna, estos trastornos afectan el entorno familiar y ponen en riesgo el bienestar e integridad de la madre y del recién nacido, lo cual los convierte en entidades que no deben pasar desapercibidas durante el seguimiento médico (Santiago-Sanabria., 2023).

INSTRUMENTO PARA LA DETECCION DE DEPRESION POSPARTO

Para llevar a cabo su detección, además de los criterios del DSM-V, se cuenta con herramientas diagnósticas, como la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo, que consiste en un cuestionario de 10 ítems, que al arrojar una

puntuación mayor de 12 establece el diagnóstico (Oquendo et al., 2008; Macias-Cortez et al., 2020).

La escala de Depresión Post Parto de Edimburgo se desarrolló en centros de salud en Livingstone y Edimburgh diseñada en 1987 por Cox y colaboradores como una herramienta diagnóstica de fácil aplicación.

La Escala de Depresión Postparto de Edimburgo fue validada para la población mexicana en un estudio realizado en el INPerIER en el año 2000.

Cuenta con una sensibilidad y especificidad variables, dependiendo del punto de corte elegido, siendo en algunos países considerado a partir de 10 puntos y en otros, como México, a partir de 12. La selección de este instrumento presenta una alfa de Cronbach de 0.826 (Castañón & Pinto, 2008; Fernández et al., 2014).

El mejor momento para aplicar este cuestionario es a partir de la segunda semana del puerperio hasta los seis meses posteriores al nacimiento (Urdaneta et al., 2010).

Existen alternativas diagnósticas, tales como el Cuestionario Sobre la Salud del Paciente, el Cuestionario de Depresión de Beck y la Escala de Depresión y Ansiedad; sin embargo, se recomienda utilizar de preferencia la Escala de Edimburgo en caso de sospecha diagnóstica. (Lam et al., 2009)

De ahí la importancia de la realización de este estudio. Ya que no contamos con un estudio sobre la prevalencia de este padecimiento a nivel estatal.

IV. HIPOTESIS

IV.1 Hipótesis General

Ho: La prevalencia de depresión postparto en las mujeres en etapa de puerperio de la UMF 08 de El Marqués, Querétaro es menor o igual a 32%.

Ha: La prevalencia de depresión postparto en las mujeres en etapa de puerperio de la UMF 08 de El Marqués, Querétaro es mayor a 32%.

V. OBJETIVOS

V.1 Objetivo General

Determinar la prevalencia de depresión postparto en mujeres en etapa de puerperio de la Unidad de Medicina Familiar número 8.

VI. MATERIAL Y METODOS

VI.1 Tipo de investigación

Se trató de un estudio descriptivo, transversal y observacional. Realizado a mujeres en etapa de puerperio desde inmediato hasta tardío, que acudieron a la Unidad de Medicina Familiar número 08 en el municipio de El Marqués, Querétaro.

VI.2 Población

Mujeres en etapa de puerperio adscritas a la UMF 08 El Marques, durante el periodo de abril a diciembre de 2024.

VI.3 Criterios de selección

VI.3.1 Criterios de inclusión

Mujeres mayores de 18 años que cursaran con diagnóstico de puerperio, inmediato, mediano y tardío, que aceptaran participar de forma voluntaria en el estudio y que pudieran contestar el cuestionario.

VI.3.2 Criterios de exclusión

Se excluyeron a las pacientes que no quisieran participar o que hubiesen tenido en algún momento algún diagnóstico de depresión previo a su embarazo.

VI.3.3 Criterios de eliminación

Mujeres que llenaron mal los cuestionarios.

VI.4 Muestra y tipo de muestra

La muestra fue a conveniencia, no probabilística de 200 pacientes de acuerdo al número de mujeres en etapa de puerperio según datos obtenidos por el departamento de ARIMAC la cual fue de 1375 para el año 2023.

$$n = \frac{(Z\alpha^2) Pq N}{(N-1) d^2 + Z\alpha^2 Pq}$$

Donde:

$Z\alpha$ = Nivel de Confianza con el que se trabaja 95% con un valor de 1.64

P = Prevalencia del fenómeno 32% = 0.32

q = 1 - P = 1 - 0.32 = 0.68

d = Margen de error 0.05

N = Total de población

n = 200

$$n = \frac{(1.64)^2 (0.32 * 0.68)(1375)}{(1375-1)(0.05)^2 + (1.64)^2 (0.32)(0.68)}$$

$$n = \frac{(2.68)(0.32)(0.68)(1375)}{(1374)(0.0025) + (2.68)(0.32)(0.68)}$$

$$n = \frac{804.72}{4.018}$$

n = 200

VI.5 Variables estudiadas

Se estudiaron las variables sociodemográficas como edad, estado civil, ocupación, escolaridad. Y variables clínicas como etapa de puerperio, número de embarazos, número de hijos vivos, control de embarazo, tipo de nacimiento,

complicaciones en el parto, enfermedad neonatal, alojamiento conjunto, lactancia materna, enfermedad crónica previa al embarazo, enfermedad en el embarazo y haber padecido depresión antes.

VI.6 Instrumento y técnicas de recolección de datos

VI.6.1 Instrumento

Para la evaluación de la depresión postparto se utilizó el Cuestionario de Edimburgo el cual consta de 10 preguntas con 4 posibles respuestas y que considera acerca de cómo se han sentido en los últimos 15 días teniendo como corte para la sospecha de padecer depresión postparto una puntuación de 12 o más puntos. Este instrumento fue desarrollado por Cox y colaboradores en el Centro de Salud de Livingstone y Edimburgh en 1987 y validado para la población mexicana por un estudio realizado por el Instituto Nacional de Perinatología en el año 2006 con una alfa de Cronbach de 0.8454.

VI.6.2 Técnica

Toda la información como datos sociodemográficos y demás variables de salud como paridad, tipo de parto, patologías crónicas antes y durante el embarazo, patologías del recién nacido, etc., se recabaron en el formato de Recolección de Datos la cual se le designó un folio y que presenta de la misma manera el formato del instrumento utilizado.

Se abordó a la paciente informándole sobre las características del estudio, si la paciente aceptaba participar en el estudio se le entregó el formato de consentimiento informado, una vez firmado, se le entregó el formato de recolección de datos, posteriormente se le aplicó el cuestionario de Escala de Depresión Postparto de Edimburgo. El tiempo para el llenado de todos los formatos fue de aproximadamente unos 20 a 30 minutos por paciente dependiendo de la complejidad para la interpretación de los ítems de dicha escala.

VI.7 Análisis estadístico

Finalmente se realizó análisis de frecuencia, estadística descriptiva, medida de tendencia central y de dispersión en el programa SPSS para su análisis.

VII. RESULTADOS

El estudio fue realizado a las mujeres en etapa de puerperio de la Unidad de Medicina Familiar número 8 de El Marques.

En las características sociodemográficas sobresale:

El grupo de edad más prevalente fue el de 23 a 27 años con un porcentaje de 38.5%, (IC 95% 31.8 – 45.2) seguido del grupo de 28 a 32 años con un porcentaje de 33%. (Cuadro 1)

El estado civil que más sobresale es la unión libre con un 43.5% (IC 95% 36.6 – 50.4) y un 43% de mujeres casadas. (Cuadro 1)

La ocupación laboral predominante fue empleada con un porcentaje de 54.5% (IC 95% 47.6 – 61.4) y el de ama de casa con un 35%. (Cuadro 1)

En cuanto al nivel de estudios, preparatoria con un 33.5%, (IC 95% 27 – 40) seguido de licenciatura con un 30% y secundaria con el 29.5% en tercer lugar. (Cuadro 1)

Dentro de las variables clínicas, los resultados fueron los siguientes:

Las mujeres puérperas que mayor participación tuvieron en este estudio estaban en etapa de puerperio tardío con un porcentaje de 39.5% (IC 95% 32.7 – 46.3). Siendo además el grupo de mujeres que tenía su primer nacimiento con un porcentaje de 53.5% (IC 95% 46.6 – 60.4). (Cuadro 2)

En este estudio se observó que, del total de participantes, el 98.5% (IC 95% 96.8 – 100.2) llevó control de su embarazo a nivel institucional como con medio privado. (Cuadro 2)

El tipo de nacimiento con mayor predominio fue mediante cesárea, pero con un margen apenas distinguible con un 57% (IC 95% 50.1 – 63.9). (Cuadro 2)

El 89% (IC 95% 84.7 - 93.3) tuvo alojamiento conjunto inmediatamente después del nacimiento y 81% (IC 95% 75.6 - 86.4) reportó ninguna complicación durante el parto y/o alumbramiento. (Cuadro 2)

En el aspecto de la alimentación, 96.5% (IC 95% 94 - 99) reportaron estar dando lactancia materna exclusiva. (Cuadro 2)

El 89% (IC 95% 84.7 - 93.3) de las participantes declararon no haber tenido ninguna enfermedad crónica previa al embarazo y el 91.5% (IC 95% 87.6 - 95.4) reportaron haber cursado su embarazo sin la aparición de alguna enfermedad asociada como hipertensión o diabetes gestacional. (Cuadro 2)

Finalmente, la prevalencia de depresión postparto en las mujeres de la UMF8 El Marques fue de 15.5% (IC 10.5 - 20.5) es decir 31 mujeres en etapa de puerperio. (Cuadro 3)

De los resultados de las pacientes que de acuerdo al instrumento utilizado salieron con probable depresión, algunos datos para mencionar son los siguientes:

El grupo de edad que presentó mayor predominio fue el de 23 a 27 años con un porcentaje de 35.5% (IC 95% 18.7 - 52.3). (Cuadro 4)

El estado civil que más representación tuvo fue el de Unión Libre con un porcentaje de 58.1% (IC 95% 40.7 - 75.5). (Cuadro 4)

Mientras que la actividad que tuvo la mayor proporción dentro del grupo con probable depresión fue el de empleada con 54.8% (IC 95% 37.3 - 72.3). (Cuadro 4)

De la mano con el resultado anterior, la escolaridad que más presencia tiene dentro de este grupo es el nivel educación preparatoria con un 41.9% (IC 95% 24.5 - 59.3). (Cuadro 4)

Dentro de las variables clínicas para el grupo con probable depresión destacan las siguientes:

La etapa de puerperio que más estuvo presente en el grupo de probable depresión fue el puerperio inmediato con un 41.9% (IC 95% 24.5 – 59.3). (Cuadro 5) Es de mencionar que, por el contrario, en el grupo de mujeres que no presentaron depresión, el puerperio mediano fue el que tuvo la mayor proporción.

La resolución del embarazo con mayor predominio fue la vía cesárea con un 58.1% (IC 95% 40.7 – 75.5). (Cuadro 5)

Mientras que el número de hijos que mayor representación obtuvieron en el grupo de probable depresión fue de dos a tres hijos con un porcentaje de 58.1% (IC 95% 40.7 – 75.5). (Cuadro 5) Por el contrario, en el grupo de las mujeres puérperas sin depresión, el mayor grupo fue de mujeres que tuvieron su primer hijo.

VII.1 Cuadros

Cuadro 1. Variables sociodemográficas

n=200

Variables sociodemográficas	Porcentaje	IC 95%	
		Inferior	Superior
Grupo de edad			
18 - 22 años	11.5	7.1	15.9
23 - 27 años	38.5	31.8	45.2
28 - 32 años	33	26.5	39.5
33 - 38 años	14.5	9.6	19.4
39 - 43 años	2.5	0.3	4.7
Estado civil			
Soltera	11.5	7.1	15.9
Casada	43	36.1	49.9
Divorciada	2	0.1	3.9
Unión libre	43.5	36.6	50.4
Viuda	0	.	.
Ocupación			
Estudiante	2.5	0.3	4.7
Empleada	54.5	47.6	61.4
Pensionada	0	.	.
Dependiente	35	28.4	41.6
Desempleada	8	4.2	11.8
Escolaridad			
Primaria	2.5	0.3	4.7
Secundaria	29.5	23.2	35.8
Preparatoria	33.5	27	40
Carrera técnica	4.5	1.6	7.4
Licenciatura	30	23.6	36.4
Posgrado	0	.	.

Fuente: Hoja de recolección de datos a mujeres encuestadas de la UMF 8

Cuadro 2. Variables clínicas

n=200

Variables clínicas	Porcentaje	IC 95%	
		Inferior	Superior
Etapa de puerperio			
Inmediato	30	23.6	36.4
Mediato	30.5	24.1	36.9
Tardío	39.5	32.7	46.3
Número de embarazos			
Uno	50	43.1	56.9
Dos o más	50	43.1	56.9
Número de hijos			
Uno	53.5	46.6	60.4
Dos o tres	41	34.2	47.8
Más de cuatro	5.5	2.3	8.7
Control del embarazo			
Sí	98.5	96.8	100.2
No	1.5	-0.2	3.2
Tipo de nacimiento			
Parto	43	36.1	49.9
Cesárea	57	50.1	63.9
Complicaciones en el nacimiento			
Ninguno	81	75.6	86.4
Hemorragia	4	1.3	6.7
Sufrimiento fetal	6	2.7	9.3
Desgarro perineal	1.5	-0.2	3.2
Otros	7.5	3.8	11.2

Fuente: Hoja de recolección de datos a mujeres encuestadas de la UMF 08

Cuadro 2. Variables clínicas (continuación)

n=200

Variables clínicas	Porcentaje	IC 95%	
		Inferior	Superior
Alojamiento conjunto			
Sí	89	84.7	93.3
No	11	6.7	15.3
Lactancia materna			
Sí	96.5	94	99
No	3.5	1	6
Malformaciones del bebé			
Sí	3.5	1	6
No	96.5	94	99
Enfermedad crónica previa al embarazo			
Ninguna	89	84.7	93.3
Hipertensión arterial	3.5	1	6
Enfermedades de la tiroides	5	2	8
Diabetes	0	.	.
Dos o más de las mencionadas	2.5	0.3	4.7
Enfermedad desarrollada en el embarazo			
Ninguna	91.5	87.6	95.4
Hipertensión gestacional	3	0.6	5.4
Diabetes gestacional	4.5	1.6	7.4
Las dos mencionadas	1	-0.4	2.4

Fuente: Hoja de recolección de datos a mujeres encuestadas de la UMF 08

Cuadro 3. Frecuencia de depresión postparto

n=200

Variables clínicas	Porcentaje	IC 95%	
		Inferior	Superior
Depresión postparto			
Probable depresión	15.5	10.5	20.5
Sin depresión	84.5	79.5	89.5

Fuente: Hoja de recolección de datos a mujeres encuestadas de la UMF 08

Cuadro 4. Variables sociodemográficas de pacientes con DPP

n= 31

Variables sociodemográficas	Porcentaje	IC 95%	
		Inferior	Superior
Grupo de edad			
18 a 22	6.5	-2.2	15.2
23 a 27	35.5	18.7	52.3
28 a 32	32.3	15.8	48.8
33 a 37	25.8	10.4	41.2
38 a 42	0	.	.
Estado civil			
Soltera	0	.	.
Casada	41.9	24.5	59.3
Divorciada	0	0	0
Unión Libre	58.1	40.7	75.5
Ocupación			
Estudiante	0	.	.
Empleada	54.8	37.3	72.3
Dependiente	22.6	7.9	37.3
Desempleada	22.6	7.9	37.3
Escolaridad			
Primaria	0	.	.
Secundaria	19.4	5.5	33.3
Preparatoria	41.9	24.5	59.3
Carrera Técnica	0	.	.
Licenciatura	38.7	21.6	51.8

Fuente: Hoja de recolección de datos a mujeres encuestadas de la UMF 08

Cuadro 5. Variables clínicas de pacientes con DPP

n= 31

Variables clínicas	Porcentaje	IC 95%	
		Inferior	Superior
Etapa de puerperio			
Inmediato	41.9	24.5	59.3
Mediato	29	13	45
Tardío	29	13	45
Tipo de nacimiento			
Parto	41.9	24.5	59.3
Cesárea	58.1	40.7	75.5
Número de hijos			
Uno	41.9	24.5	59.3
Dos o tres	58.1	40.7	75.5

Fuente: Hoja de recolección de datos a mujeres encuestadas de la UMF 08

VIII. DISCUSION

La depresión posparto (DPP) representa una problemática significativa de salud pública tanto a nivel nacional como internacional. Diversos estudios han demostrado que esta condición afecta no solo a la mujer puérpera, sino también al recién nacido y al entorno familiar, comprometiendo el bienestar del binomio madre-hijo y el desarrollo psicosocial del núcleo familiar.

En el estudio realizado, se encontró una prevalencia de 15.5% en mujeres puérperas adscritas a la UMF 08 El Marqués, lo cual es consistente con otros estudios realizados en México. El estudio de Genchi-Gallardo et al. (2021) en un hospital de Acapulco reportó una prevalencia del 16%, mientras que Santiago-Sanabria et al. (2022) informaron una prevalencia del 14.9% en hospitales de segundo y tercer nivel en varios estados del centro del país. Estos resultados sugieren que la prevalencia de DPP en México se encuentra dentro de un rango moderado en comparación con los datos internacionales.

A nivel internacional, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que la prevalencia de DPP puede variar del 10 al 20%, dependiendo del país, el acceso a servicios de salud mental y el contexto socioeconómico. Un estudio en Canadá realizado por Stewart et al. (2016) halló que el 13% de las mujeres desarrollaron depresión posparto, siendo mayor el riesgo en aquellas que tuvieron una cesárea de urgencia, lo cual coincide con los hallazgos en el estudio realizado, donde un mayor número de mujeres con DPP habían tenido nacimientos por cesárea.

Asimismo, el estudio reportó que la etapa de puerperio inmediato fue la más asociada con casos de DPP, lo cual puede explicarse por los profundos cambios hormonales, físicos y emocionales que la mujer experimenta inmediatamente después del parto. Esto coincide con lo descrito en la literatura internacional, donde se resalta que las primeras cuatro semanas posparto son críticas para el desarrollo de sintomatología depresiva, de acuerdo con los criterios del DSM-V.

También se identificaron factores de riesgo relevantes como el bajo nivel de escolaridad, unión libre como estado civil y la edad reproductiva temprana (23-27 años), elementos que han sido reiteradamente señalados tanto en estudios nacionales (Juárez Romero et al., 2013) como internacionales (O'Hara & McCabe, 2013) como condiciones que aumentan la vulnerabilidad de las mujeres a desarrollar DPP.

Es importante destacar que, pese a la existencia de herramientas validadas como la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) —utilizada en este estudio—, la detección sigue siendo baja en muchos centros de atención primaria. Esta realidad se alinea con lo reportado por estudios en países como India y Sudáfrica, donde la detección oportuna de DPP también se ve obstaculizada por el estigma, la falta de personal capacitado y la carga de trabajo en los sistemas de salud pública.

Finalmente, los resultados subrayan la necesidad urgente de incorporar servicios de salud mental en la atención materna, particularmente en el primer nivel de atención, como se ha hecho en otros países con éxito. El modelo de atención integrada adoptado en países escandinavos y el Reino Unido, que incluye el tamizaje sistemático de DPP durante el puerperio, podría ser replicable en el contexto mexicano, siempre que se garantice la capacitación del personal y el acceso a tratamientos adecuados.

IX. CONCLUSIONES

La prevalencia de depresión postparto en mujeres de la UMF 08 El Marques fue de 15.5%, este porcentaje está dentro del rango de diversos estudios hechos para la población mexicana.

Por lo tanto se aceptamos la hipótesis nula.

X. PROPUESTAS

1. Implementar la detección de depresión postparto mediante la aplicación del instrumento EPDS por parte del servicio de trabajo social durante el tour obstétrico y posteriormente a la atención del parto.
2. Capacitar al personal de salud (médicos, enfermeras, trabajo social) en sesiones sobre el uso del instrumento EPDS y su aplicación durante la atención de las mujeres en etapa de puerperio.
3. Realizar la promoción por parte del servicio de trabajo social al resto del equipo multidisciplinario sobre las instituciones que brindan apoyo a pacientes con problemática de salud mental como lo son el CAPEM y Centro Vive.
4. Derivar de forma oportuna a la paciente para su atención y seguimiento por parte del personal que realice la detección de probable depresión postparto.

BIBLIOGRAFÍA

- Acuña Alvarado, A., Ramírez Zumbado, E., & Azofeifa Zumbado, M. F. (2021). Depresión postparto. *Revista Médica Sinergia*, 6(9), e712. <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/712>
- Álvarez Escutia, A., Ponce Rosas, E., & Irigoyen Coria, A. (2008). Frecuencia de depresión posparto en pacientes de dos clínicas de medicina familiar en México. *Archivos en Medicina Familiar*, 10(4), 133-136.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.
- Antúñez Ortigosa, M., Martín Narváez, N., Casilari Floriano, J. C., & Mérida de la Torre, F. J. (2022). Postpartum depression, analysis of risk factors and nursing intervention: Literature review. *Enferm Cuid*, 5(3), 19-29. <https://enfermeriacuidandote.com/article/view/4645>
- Baader, M. T., Molina, F. J. L., Venezian, B. S., Rojas, C. C., Farías, S. R., & Fierro-Freixenet, C. et al. (2012). Validación y utilidad de la encuesta PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) en el diagnóstico de depresión en pacientes usuarios de atención primaria en Chile. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 50(1), 10-22. <https://doi.org/10.4067/S0717-92272012000100002>
- Batt, M. M., Duffy, K. A., Novick, A. M., Metcalf, C. A., & Epperson, C. N. (2020). Is postpartum depression different from depression occurring outside of the perinatal period? A review of the evidence. *Focus*, 18(2), 106-119. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.20190045>
- Cabada-Ramos, E., Rincón-Cabada, F., García-Cabrera, K. P., Munguía-Alamilla, E., Torres-Iglesias, E., & Montoya-Rodríguez, M. (2015). Prevalencia de los síntomas de depresión posparto en población urbana, rural e indígena. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 20(1), 18-23. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=47345916004>
- Caparros-González, R., Romero-González, B., & Peralta-Ramírez, M. I. (2018). Depresión posparto, un problema de salud pública mundial [Carta]. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, 97. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.97>
- Castañón, S. C., & Pinto, L. J. (2008). Mejorando la pesquisa de depresión posparto a través de un instrumento de tamizaje, la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo. *Revista Médica de Chile*, 136(7), 851-858. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872008000700005>

- Fernández Vera, J. K., Iturriza Natale, A. T., Toro Merlo, J., & Valbuena, R. (2014). Depresión posparto valorada mediante la Escala de Edimburgo. *Revista Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 74(4), 229-243.
http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322014000400003
- Genchi-Gallardo, F. J., Paredes-Juárez, S., Solano-González, N. L., Ríos-Rivera, C. E., Paredes-Solís, S., & Andersson, N. (2021). Prevalencia de depresión posparto y factores asociados en usuarias de un hospital público de Acapulco, Guerrero, México. *Ginecología y Obstetricia de México*, 89(12), 927-936.
- González, C. A., Salas, G. A., & Arroyo, L. R. (2010). Conducta del cuello uterino durante el embarazo, parto y puerperio. *Ginecología y Obstetricia de México*, 78(2), 132-137.
- González-González, A., Casado-Méndez, P. R., Molero-Segrera, M., Santos-Fonseca, R. S., & López-Sánchez, I. (2019). Factores asociados a depresión posparto. *Archivo Médico de Camagüey*, 23(6), 769-778.
<https://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/6631/3450>
- Juárez-Romero, M., Nava-Cruz, C. B., Méndez-Hernández, P., Jiménez, J. C., Rojas-Lima, E., & Francisco-García, M. (2016). Prevalencia de depresión posparto en el Hospital de la Mujer del estado de Tlaxcala. *Médica Sur*, 22(3), 132-135.
- Klaus, M. H., Jerauld, R., Kreger, N. C., McAlpine, W., Steffa, M., & Kennell, J. H. (1972). Maternal attachment: Importance of the first post-partum days. *New England Journal of Medicine*, 286(9), 460-463.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/5009748/>
- Kroska, E. B., & Stowe, Z. N. (2020). Postpartum depression. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 47(3), 409-419.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0889854520300474>
- Lam, N., Contreras, H., Mori, E., Cuesta, F., Gutiérrez, C., & Neyra, M. et al. (2009). Comparación de dos cuestionarios autoaplicables para la detección de síntomas depresivos en gestantes. *Anales de la Facultad de Medicina*, 70(1), 28-32.
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832009000100005
- Lara, M. A., Patiño, P., Navarrete, L., & Nieto, L. (2017). Depresión posparto, un problema de salud pública que requiere de mayor atención en México. *Gob.mx*. <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/280078/2-depresionpostparto.pdf>

- Macías-Cortés, E. del C., Lima-Gómez, V., & Asbun-Bojalil, J. (2020). Exactitud diagnóstica de la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo: Consecuencias del tamizaje en mujeres mexicanas. *Gaceta Médica de México*, 156(3).
https://www.gacetamedicademexico.com/frame_esp.php?id=424
- Mariana, D., Solano, S., Ana, D., Pineda Mejía, L., Joselyn, D., & Madrigal, C. (2019). Abordaje clínico y manejo de la depresión posparto. *Revista Médica Sinergia*. <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2019/rms196j.pdf>
- Medina-Serdán, E. (n.d.). Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto. *Medigraphic.com*. Retrieved March 12, 2024, from <https://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2013/ip133h.pdf>
- Mendoza, B. C., & Saldivia, S. (2015). Actualización en depresión postparto: El desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. *Revista Médica de Chile*, 143(7), 887-894. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872015000700010>
- Miller, L. J. (2002). Postpartum depression. *JAMA*, 287(6), 762.
<https://doi.org/10.1001/jama.287.6.762>
- Molero, K. L., Urdaneta Machado, J. R., Charles, V., Zambrano Nasser, B., Contreras Benítez, A., & Azuaje Quiroz, E. et al. (2014). Prevalencia de depresión posparto en puérperas adolescentes y adultas. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 79(4), 294-304.
<https://doi.org/10.4067/S0717-75262014000400008>
- Octavio, P. M. (n.d.). *Aspectos clínicos del puerperio*. Icmr.org. Retrieved December 20, 2023, from https://www.icmr.org/documentos/lactancia/puerperio_octavio.pdf
- Oquendo, C. M., Lartigue, B. T., González-Pacheco, I., et al. (2008). Validez y seguridad de la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh como prueba de tamiz para detectar depresión perinatal. *Perinatología y Reproducción Humana*, 22(3), 195-202.
- Paolini, C. I., Oiberman, A. J., & Balzano, S. (2012). Factores psicosociales asociados a un alto, medio y bajo riesgo de síntomas depresivos en el posparto inmediato. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 12(1), 65-73. <https://doi.org/10.1590/S1519-38292012000100007>
- Pinto, L. F. (2007). Apego y lactancia natural. *Revista Chilena de Pediatría*, 78, 6.
<https://doi.org/10.4067/S0370-41062007000600008>
- <https://www.imbiomed.com.mx/articulo.php?id=107265>

- Purizaca, M. (2010). Modificaciones fisiológicas en el embarazo. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 56(1), 57-69.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=323428195010>
- Rea, C. L. E. (2019). *Cuidados de enfermería durante el puerperio fisiológico* [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional de Chimborazo].
- Romero-Gutiérrez, G., de la Rosa, E. M. D., Regalado-Cedillo, C. A., & de León, A. L. P. P. (2010). Prevalencia de tristeza materna y sus factores asociados. *Ginecología y Obstetricia de México*, 78(1), 43-48.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2010/gom101i.pdf>
- 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). Depresión posparto: Prevalencia y factores de riesgo asociados en una muestra de población mexicana. *Ginecología y Obstetricia de México*, 91(4), 227-240.
- Santiago-Sanabria, L., Islas-Tezpa, D., & Flores-Ramos, M. (2022). Trastornos del estado de ánimo en el postparto. *Acta Médica Grupo Ángeles*, 20(2), 173-177. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=104280>
- 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, 174550651984404. <https://doi.org/10.1177/1745506519844044>
- Stewart, D. E., & Vigod, S. (2016). Postpartum depression. *New England Journal of Medicine*, 375(22), 2177-2186. <https://doi.org/10.1056/nejmcp1607649>
- Stewart, D. E., & Vigod, S. N. (2019). Postpartum depression: Pathophysiology, treatment, and emerging therapeutics. *Annual Review of Medicine*, 70(1), 183-196. <https://doi.org/10.1146/annurev-med-041217-011106>
- Tan, E. K., & Tan, E. L. (2013). Alterations in physiology and anatomy during pregnancy. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 27(6), 791-802. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2013.08.001>
- Urdaneta, M. J., Rivera, S. A., García, I. J., Guerra, V. M., Zambrano, N. B., & Contreras, B. A. (2010). Prevalencia de depresión posparto en primigestas y multiparas valoradas por la Escala de Edimburgo. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 75(5), 312-320. <https://doi.org/10.4067/S0717-75262010000500007>

XI. ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO



Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación en salud

Santiago de Querétaro, Querétaro, Enero de 2024.

No. de registro institucional: _____

Título del protocolo:

Prevalencia de Depresión Posparto en Mujeres en etapa de puerperio de la Unidad de Medicina Familiar No 8 El Marqués.

Justificación y objetivo de la investigación:

La depresión posparto es una alteración psicológica en la que pueden afectarse tanto la madre y el recién nacido, además de la familia en general, que no sabe cómo ayudar a la madre en este periodo de cambios.

Se le debe dar la importancia adecuada debido a que el embarazo y el puerperio son períodos decisivos para el desarrollo del recién nacido y su relación con su madre.

Procedimientos y duración de la investigación:

Si usted decide colaborar con esta investigación, le pediré que me apoye en contestar algunas preguntas sencillas. Posterior a eso va a contestar un cuestionario sobre la detección de síntomas de depresión en el posparto.

El tiempo que le podemos quitar es aproximadamente 10 minutos para contestar estas preguntas.

Riesgos y molestias:

Si usted decide participar en esta investigación, la molestia que pudiera presentar es la pérdida de su tiempo al contestar el cuestionario, además de que puede sentir incomodidad o tristeza por alguna de las preguntas que están en el cuestionario.

Beneficios que recibirá al participar en la investigación:

Algunos beneficios que puede tener es conocer su estado de salud mental y de esta manera saber si necesita una atención médica más especializada. Además de que va proporcionar información importante sobre la frecuencia que puede haber de depresión posparto en las mujeres puérperas para así poder detectarla a tiempo y ayudar a darles una atención lo más pronto posible.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:

Los resultados pueden tenerse al terminar el cuestionario y en caso de salir con resultado que sugiera una depresión postparto se lo diremos para que podamos tener una valoración con su médico familiar y también si es necesario se pueda tramitar una cita con psiquiatría.

Participación o retiro:

Si usted decide participar, pero en algún momento decide no seguir contestando, es libre de hacerlo, esto no va a afectar la atención médica que recibe en el instituto, ni laboratorios, ni medicamentos o algún trámite dentro de la institución.

Privacidad y confidencialidad:

Si usted decide participar en esta investigación, le aseguramos que su nombre no será mostrado en los resultados, solo se analizarán las respuestas y se presentarán en forma general con los demás participantes, además el cuestionario que nos va a contestar será guardado hasta el momento de publicar los resultados, después de eso los cuestionarios se van a destruir.

En caso de dudas o comentarios relacionados con la investigación puede dirigirse a:

Dra. María del Carmen Ponce Martínez. Correo electrónico: carmenn1010@hotmail.com

Dr. Juan Carlos Guillermo Olvera. Correo electrónico: jcguillermo13@gmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a:

Comité de Ética en Investigación, localizado en La Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud del Hospital General Regional No 1, Ubicado en Avenida 5 de febrero 102, Colonia Centro, C.P. 76000, Querétaro, Querétaro, de lunes a viernes de 08:00 a 16:00 horas. Teléfono: 4422112337, en el mismo horario o al correo electrónico: comiteticainvestigacionhgr1qro@gmail.com

Nombre y firma del participante

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Nombre y firma del testigo 1

Nombre y firma del testigo 2



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



FOLIO

Unidad de Medicina Familiar 08 El Marques, Querétaro
Hoja de Recolección de Datos Individual

Instrucciones: Escriba su número de seguro social. Y conteste las preguntas marcado con una X en el cuadro correspondiente a la pregunta.

Número de seguridad social: _____

Estado Civil:	1) Soltera	2) Casada	3) Divorciada	4) Union libre	5) Viuda	
Ocupacion:	1) Estudiante	2) Empleada	3) Pensionada	4) Dependiente	5) Desempleada	
Escolaridad:	1) Primaria	2) Secundaria	3) Preparatoria	4) Carrera tecnica	5) Licenciatura	6) Posgrado
Ha sido diagnosticada con depresion antes de su embarazo?:	1) Sí				2) No	
Etapa del puerperio:	1) Inmediato		2) Mediato	3) Tardío		
Número de embarazos:	1) Uno		2) Dos o mas			
Número de Hijos:	1) Uno		2) Dos o Tres		3) Más de Cuatro	
Llevó control de su embarazo:	1) Sí		2) No			
Tipo de nacimiento del bebe:	1) Parto		2) Cesarea			
Complicaciones en el parto/nacimiento:	1) Ninguno		2) Hemorragia		3) Sufrimiento Fetal	
	4) Parto prolongado		5) Desgarro perineal		6) Otros	
Tuvo alojamiento conjunto desde el nacimiento?:	1) Si		2) No			
Si la respuesta es NO, porqué?:	1) Enfermedad del bebe		2) Enfermedad de la madre			
	3) Política del hospital					
Esta dando lactancia materna a su bebe?:	1) Sí		2) No			
Si la respuesta es NO, porqué?:	1) Enfermedad		2) Medicamento		3) No quiero	
	4) Falta de tiempo					
Nacio el bebe con alguna enfermedad o malformacion?:	1) Sí		2) No			
Ha tenido alguna enfermedad cronica	previa al embarazo:		1) Hipertension arterial		2) Diabetes	
			3) Hipo o hipertiroidismo			
Tuvo alguna de las siguientes enfermedades	en el embarazo?:		1) Ninguna		2) Hipertension gestacional	
			3) Diabetes gestacional			
Que edad tiene su bebe:	1) Un dia		2) Dos a siete dias		3) Ocho a sesenta dias	
Su pareja o cónyuge participa en el	cuidado del bebe?:		1) Si		2) No	

Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgh [EPDS, por sus siglas en inglés]

Obtenido de la British Journal of Psychiatry [Revista Británica de Psiquiatría] Junio de 1987, Volumen 150 por J.L. Cox, J.M. Holden, R. Sagovsky

La Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgh se creó para asistir a los profesionales de la atención primaria de salud en la detección de las madres que padecen de depresión de post-parto; una afección alarmante más prolongada que la "Melancolía de la Maternidad" ["Blues" en inglés] (lo cual ocurre durante la primera semana después del parto) pero que es menos grave que la psicosis del puerperio. Estudios previos demostraron que la depresión de post-parto afecta por lo menos a un 10% de las mujeres y que muchas de las madres deprimidas se quedan sin tratamiento. Estas madres logran sobrellevar la carga de su bebé y las tareas de la casa, pero su placer por la vida se ve gravemente afectado y puede que toda la familia sufra consecuencias a largo plazo. La EPDS se creó en centros de salud en Livingston y Edinburgh. Consiste de diez cortas declaraciones. La madre escoge cuál de las cuatro posibles respuestas es la que más se asemeja a la manera en la que se sintió durante la semana anterior. La mayoría de las madres pueden contestar la escala sin dificultad en menos de 5 minutos. El estudio de validación demostró que las madres que obtienen resultados por encima del umbral del 92.3% es más probable que padezcan de alguna enfermedad depresiva de diferentes niveles de gravedad. No obstante, no se le debe dar más importancia a los resultados de la EPDS que al juicio clínico. Se debe realizar una evaluación clínica prudente para confirmar el diagnóstico. La escala indica la manera en que la madre se sintió durante la semana anterior y en casos dudosos, podría ser útil repetirla después de 2 semanas. La escala no detecta las madres con neurosis de ansiedad, fobias o trastornos de la personalidad.

Instrucciones de uso:

1. Se le pide a la madre que escoja la respuesta que más se asemeje a la manera en que se sintió en los 7 días anteriores.
2. Tienen que responder las diez preguntas.
3. Se debe tener cuidado y evitar la posibilidad de que la madre hable sobre sus respuestas con otras personas.
4. La madre debe responder la escala ella misma, a no ser que sus conocimientos del inglés sean limitados o que tenga problemas para leer.
5. La EPDS se puede usar entre las 6 y 8 semanas para evaluar a las mujeres en la etapa de post-parto. La clínica de pediatría, la cita de control de post-parto o una visita al hogar pueden ser oportunidades convenientes para realizarla.

Pautas para la evaluación:

A las categorías de las respuestas se les dan puntos 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 anotan en orden inverso (por ejemplo, 3, 2, 1, 0)

Se suman todos los puntos para dar la puntuación total. Una puntuación de 10+ muestra la probabilidad de una depresión, pero no su gravedad. Cualquier número que se escoja que no sea el "0" para la pregunta número 10, significa que es necesario hacer evaluaciones adicionales inmediatamente. La puntuación de la EPDS está diseñada para asistir al juicio clínico, no para reemplazarlo. Se les harán evaluaciones adicionales a las mujeres antes de decidir el tipo de tratamiento.

Los usuarios pueden reproducir esta escala sin necesidad de obtener permisos adicionales siempre y cuando respeten los derechos de autor y citen los nombres de los autores, el título y la fuente del artículo en todas las copias que reproduzcan.

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 |