



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ

FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Trabajo de investigación para obtener el diploma en la especialidad de
Medicina Familiar

**Prevalencia de depresión periparto en mujeres embarazadas y
puérperas atendidas en la unidad de medicina familiar n°45 del
IMSS, en San Luis Potosí**

Violeta Gurrola Galván

DIRECTOR CLÍNICO:

Dr. Mario Alberto Toscano Sánchez

Médico Especialista En psiquiatría Y Psicogeriatría. Hospital General
De Zona No. 1 San Luis Potosí.

DIRECTOR METODOLÓGICO:

Dra. María Teresa Ayala Juárez

Médico Especialista En Medicina Familiar. Coordinadora De Educación
E Investigación En Salud UMF 45.

DIRECTOR ESTADÍSTICO:

Dr. Oscar Sosa Hernández

Médico Especialista Epidemiólogo. Hospital General De Zona No. 50
San Luis Potosí.

Febrero 2024



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ

FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Trabajo de investigación para obtener el diploma en la especialidad de Medicina Familiar

**Prevalencia de depresión periparto en mujeres embarazadas y puérperas atendidas
en la unidad de medicina familiar n°45 del IMSS, en San Luis Potosí**

R 2023-2402-035

Violeta Gurrola Galván

DIRECTOR CLÍNICO:

Dr. Mario Alberto Toscano Sánchez
Médico Especialista En Psiquiatría Y Psicogeriatría

DIRECTOR METODOLÓGICO:

Dra. María Teresa Ayala Juárez
Médico Familiar. Coordinadora Clínico de Educación e Investigación en Salud UMF 45.

DIRECTOR ESTADÍSTICO:

Dr. Oscar Sosa Hernández
Médico Especialista Epidemiólogo.

SINODALES

Dra. María del Pilar Arredondo Cuéllar
Presidente

Dra. Margarita Cedillo García
Sinodal Secretario

Dra. Claudia Ivette Alonso Martínez
Sinodal Vocal

Dr. Jesús Jair Cuéllar Vázquez
Suplente



Prevalencia de depresión periparto en mujeres embarazadas y puérperas atendidas en la unidad de medicina familiar no 45 IMSS San Luis Potosí. © 2024 Por Violeta Gurrola Galván. Se distribuye bajo [Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/)

RESUMEN

Prevalencia de depresión periparto en mujeres embarazadas y puérperas atendidas en la unidad de medicina familiar n°45 del IMSS, en san Luis Potosí

Gurrola Galván V.¹, Ayala Juárez M. T.², Toscano Sánchez M. A.³, Sosa Hernández O.⁴

Residente 3er año Medicina Familiar¹, Médico Familiar y Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud², Médico Especialista en Psiquiatría y Psicogeriatría, 3, Médico Epidemiólogo⁴.

Antecedentes: Durante el embarazo, la mujer experimenta un estado de vulnerabilidad y, por lo tanto, necesita recibir cuidados completos y exhaustivos. Estos cuidados son importantes tanto para el resultado del embarazo como para la salud a largo plazo del recién nacido. El diagnóstico de depresión perinatal frecuentemente es desestimado por los profesionales de la salud. **Objetivo**

General: Determinar la prevalencia de depresión periparto en las mujeres embarazadas y puérperas atendidas en la UMF N°45 del IMSS, en San Luis Potosí.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo, transversal, prospectivo. Se realizó un reclutamiento de mujeres embarazadas con la finalidad de identificar la existencia o no de depresión periparto medida a través de la escala de depresión perinatal Edimburgo. La muestra fue calculada con un nivel de confianza al 95%, un poder de 80% y un antecedente de depresión periparto en México de 30.7%, lo que nos arrojó una muestra de 108 mujeres a incluir. Todos los datos fueron analizados con el programa estadístico SPSS versión 26 en el español. **Resultados:** Se estudió un total de 115 mujeres de una edad entre 18 y 44 años. El grupo de edad más frecuente fue de 28 a 32 años. El 93.9% de la población fue de origen urbano. El 49.6% de las mujeres estudiadas se encontraban en el periodo de puerperio. En cuanto al estado civil, se observó que hubo una mayor frecuencia de mujeres solteras y divorciadas en el grupo con riesgo de depresión periparto en contraste con el grupo sin riesgo, estas diferencias no fueron estadísticamente significativas. El riesgo depresión periparto fue de 26.1% y la prevalencia de ideación suicida estuvo presente en el 7% de los casos. **Conclusiones:** Se identificó una prevalencia de depresión periparto en un 26.1% de la población y un 7% de ideación suicida. Estos hallazgos revelan la magnitud del problema de la depresión periparto y la ideación suicida en la población estudiada. Identificar a un alto porcentaje de mujeres con estos problemas es el primer paso para proporcionarles el apoyo y tratamiento necesarios.

Palabras clave: Depresión periparto, Embarazo, Prevalencia.

ÍNDICE

RESUMEN	v
ÍNDICE	vi
LISTA DE CUADROS	viii
LISTA DE FIGURAS	ix
LISTA DE ABREVIATURAS	x
LISTA DE DEFINICIONES	xi
DEDICATORIA	xii
RECONOCIMIENTOS	xiii
ANTECEDENTES	14
JUSTIFICACIÓN	22
<i>Planteamiento del problema</i>	23
<i>Pregunta de Investigación</i>	23
HIPÓTESIS	23
OBJETIVOS	24
<i>Objetivo General</i>	24
<i>Objetivos Específicos</i>	24
SUJETOS Y MÉTODOS	25
<i>Tipo y Diseño De Estudio</i>	25
<i>Lugar Y Población De Estudio</i>	25
<i>Universo De Estudio</i>	25
<i>Criterios De Selección</i>	25
<i>Tipo De Muestreo y Tamaño De La Muestra</i>	26
<i>Instrumento De Recolección De Datos</i>	27
<i>VARIABLES De Estudio</i>	28
<i>Plan de Trabajo</i>	32
ANÁLISIS ESTADÍSTICO	33
ÉTICA	34
RESULTADOS	35
DISCUSIÓN	40
LIMITACIONES Y PERSPECTIVAS DE INVESTIGACIÓN	42
CONCLUSIONES	43

BIBLIOGRAFÍA	44
Anexo 1 Instrumento de recolección de datos	49
Anexo 2 Escala de depresión periparto de Edimburgo	50
Anexo 3 Cronograma	52

LISTA DE CUADROS

Cuadro 1. Variables de Interés.	29
Cuadro 2. Variables de Caracterización.	30
Cuadro 3. Características Generales de la Población.	35
Cuadro 4. Estado Civil y Ocupación Más Frecuente Entre La Población De Estudio.....	37
Cuadro 5. Antecedentes Gineco obstétricos De La Población De Estudio.	39

LISTA DE FIGURAS

<i>Figura 1. Distribución de la edad entre los grupos con y sin riesgo de depresión periparto.</i>	36
<i>Figura 2. Comorbilidades presentes en la población de estudio.</i>	38
<i>Figura 3. Prevalencia de riesgo de Depresión Periparto e ideación suicida.</i>	39

LISTA DE ABREVIATURAS

DPP: Depresión Periparto.

DSM-5: Diagnostic and statistical manual of mental disorder (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales 5ta edición).

EE. UU: United States (Estados Unidos).

EPDS: Escala de depresión perinatal de Edimburgo.

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social.

NICE: National Institute for Health and Clinical Excellence (Instituto Nacional de Salud y Cuidados de Excelencia).

OCDE: Organización para la cooperación y el desarrollo económicos.

OR: Odds ratio (Relación de probabilidades).

SDG: Semanas de gestación.

UMF: Unidad de Medicina Familiar.

USPSTF: US Preventive Services Task Force (Grupo de trabajo de servicios preventivos de los Estados Unidos).

LISTA DE DEFINICIONES

DEPRESIÓN: Es una alteración del estado de ánimo que se caracteriza especialmente por presentar tristeza, falta de interés, falta de energía e incapacidad para disfrutar.

PERIPARTO: Periodo que transcurre desde el inicio del embarazo hasta 1 año después del parto.

PUERPERIO: Periodo que abarca desde 4 semanas posteriores al alumbramiento hasta 1 año después.

FÉRTIL: Capacidad de reproducirse, procrear o tener hijos.

RIESGO: Es la probabilidad de desarrollar una enfermedad.

DEDICATORIA

A Dios por ser mi fortaleza, mi luz cuando más lo necesitaba y por derramar sus bendiciones sobre mí.

A mi madre que desde el cielo vela por mí y me guía, por formar la persona que soy ahora.

A mi esposo Aaron, por su amor incondicional, por haber peleado batallas a mi lado, por su apoyo y comprensión.

A mi padre por brindarme todo su amor, por darme palabras de aliento y su estímulo por seguir estudiando.

A mis hermanos por su cariño absoluto por su consejo y por estar siempre a mi lado.

A mis sobrinos que inundan de amor mi alma.

A mis suegros por la motivación que me brindan, por su acompañamiento durante esta ardua etapa.

A mis amigos quienes siempre me dieron una mano, quienes siempre me apoyaron y acompañaron a lo largo de esta etapa. Muchas gracias por su amistad.

¡A todos gracias!

RECONOCIMIENTOS

A mis queridos asesores, la doctora María Teresa Ayala Juárez por ser un faro en mi camino, por guiarme en este proceso, al Doctor Mario Alberto Toscano por su disposición a escuchar preguntas y brindarme respuestas y al Doctor Oscar Sosa Hernández por sus enseñanzas y consejería.

A todos ustedes gracias por su tiempo, dedicación, apoyo y paciencia en la elaboración de este proyecto de tesis.

Al IMSS y a mis coordinadores por estar siempre al tanto de mi persona y contribuir a mi formación como médico familiar.

Y finalmente mi más alto reconocimiento para la UASLP por su compromiso con la excelencia, por su sentido de responsabilidad dentro de mi formación académica y por hacer posible este posgrado.

ANTECEDENTES

En términos generales, se define la depresión periparto (DPP) como un episodio de depresión grave que ocurre durante el periodo perinatal. En los países desarrollados, la DPP afecta aproximadamente al 10-15% de las mujeres después de dar a luz y es la principal causa de hospitalización no obstétrica para las mujeres en edad fértil en los Estados Unidos. La DPP representa un riesgo significativo para la madre, la familia y la descendencia en múltiples aspectos, lo que ha llevado al Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de EE. UU. a lanzar iniciativas recientes para aumentar el cribado y la atención preventiva. A pesar de los esfuerzos para obtener una estimación precisa de la magnitud del problema, la mayoría de los expertos coinciden en que la DPP es un trastorno subdiagnosticado que afecta más a las mujeres de lo que se cree, y que puede tener consecuencias graves para la salud mental y física de la madre y el bienestar del recién nacido en su futuro (1, 2).

Esta es la razón por lo que nuestro objetivo se encamina a la búsqueda intencionada de los casos de DPP en las pacientes que acuden de manera habitual a su atención prenatal y puérperas que acuden a consulta en la UMF N°45 del IMSS, en San Luis Potosí.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) no define la DPP como un código diagnóstico único. En su lugar, el diagnóstico de trastorno depresivo mayor se da con el especificador "con inicio periparto", que indica que el inicio de los síntomas es durante el embarazo o en las primeras 4 semanas después del parto. Los criterios incluyen 5 de 9 síntomas durante la mayor parte de 2 semanas, deterioro clínico y eliminación de causas alternativas. En contextos de investigación, el periodo posparto se define de forma menos rígida, y la Organización Mundial de la Salud (OMS) clasifica la DPP como la que se produce durante el embarazo o en los 12 meses siguientes al parto (3,4).

Según estudios previos, al menos el 10% de las mujeres experimentan depresión después del parto, sin embargo, muchas de ellas no reciben tratamiento. Aunque estas madres pueden cumplir con sus responsabilidades diarias, su capacidad para

disfrutar de la vida se ve seriamente afectada y esto puede tener consecuencias a largo plazo para toda la familia (5,6).

Clínicamente es de importancia hacer la distinción entre depresión posparto, tristeza posparto o maternity blues y psicosis posparto, ya que todas estas son condiciones psiquiátricas de afección del estado de ánimo en el posparto. La tristeza posparto también llamada “maternity blues” o disforia posparto es un estado depresivo temprano, de duración limitada y resolución espontánea, sus síntomas suelen ser: llanto fácil, irritabilidad, falta de concentración e insomnio (7).

La depresión posparto es una condición seria, no autolimitada que se prolonga por más de cuatro semanas tras el parto y se caracteriza por anhedonia, tristeza, alteraciones del sueño e ideas suicidas. Por otro lado, la psicosis posparto es caracterizada por alteraciones graves del estado de ánimo y síntomas psicóticos, por lo que a menudo requiere hospitalización (7).

Algunos estudios sugieren que casi la mitad de los síntomas al final del embarazo y el 40% de los síntomas en el posparto estaban relacionados con la ansiedad (medida con la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo [EPDS]). En este estudio también se observaron síntomas obsesivo-compulsivos elevados en las evaluaciones perinatales y posparto en comparación con las mujeres no embarazadas (8).

Miller y O'Hara en el 2020 descubrieron que alrededor del 30% de las mujeres presentaban síntomas obsesivo-compulsivos clínicamente significativos a las 2 semanas del posparto, y el 11% a las 12 semanas del posparto. Además, los pensamientos intrusivos y los comportamientos compulsivos se asociaron con un empeoramiento de los síntomas depresivos tanto a las 2 como a las 12 semanas después del parto (9).

Dada la variabilidad en el curso temporal de la medición, la metodología de evaluación y la muestra del estudio, las estimaciones de prevalencia de la DPP varían sustancialmente. Con frecuencia, los estudios utilizan instrumentos de cribado de autoinforme para estimar la prevalencia, lo que crea una variabilidad

sustancial en las estimaciones entre estudios y muestras. Las estimaciones de prevalencia también se ven afectadas por el intervalo de tiempo especificado por los investigadores en cuanto a lo que constituye o define el periodo posparto (10).

Una cuestión de especial interés que ha seguido generando investigación ha sido si la prevalencia de la depresión en el periodo posparto es elevada en relación con el riesgo de las mujeres no púerperas en edad fértil. Los métodos aplicados para estudiar este fenómeno han incluido el emparejamiento de mujeres embarazadas y conocidas no embarazadas durante el embarazo y el posparto, y han revelado que el riesgo de diagnóstico de depresión no era elevado entre las mujeres embarazadas, pero se observaron síntomas depresivos más elevados al final del embarazo y al principio del posparto (11).

Contrariamente, diversos estudios longitudinales han señalado que el período postparto constituye un momento de considerable vulnerabilidad tanto como para sufrir depresión como también para el ingreso hospitalario psiquiátrico. Un estudio evaluó tanto la tendencia depresiva estable (propensión a desarrollar depresión) como la sintomatología depresiva transitoria con el paso de los años, encontrando que la falta de control sobre la tendencia depresiva estable aumenta significativamente el riesgo de depresión durante el período postparto, siendo este riesgo más pronunciado en los primeros meses posteriores al parto. Por último, la investigación sobre la heredabilidad ha sugerido que aproximadamente un tercio de la variabilidad genética asociada a la depresión posparto es única y no compartida con la depresión no relacionada con el periodo perinatal (12).

Numerosas investigaciones se han centrado en la identificación de los factores que aumentan el riesgo individual de desarrollar DPP. Una limitación de gran parte de esta investigación es que los factores no suelen considerarse conjuntamente, dado el pequeño tamaño de las muestras dentro de determinadas categorías de riesgo, lo que limita la potencia estadística (1).

Un estudio reciente basado en la población abordó dichas limitaciones comparando madres con y sin antecedentes de depresión y, como tal, identificó factores de riesgo dentro de este contexto (1). Este estudio identificó que los antecedentes de

depresión multiplicaban por 20 el riesgo de DPP. Cuando se tienen en cuenta los antecedentes de depresión, la edad materna confiere un mayor riesgo de DPP, tanto para las adolescentes sin antecedentes de depresión como para las mujeres de 35 años o más con antecedentes de depresión (11).

Miller M. y sus colegas descubrieron que, entre aquellas con antecedentes de depresión, el riesgo de DPP aumentaba 1.5 veces. Los síntomas emocionales en el período posparto temprano, como la tristeza posparto, así como el afecto negativo alto y el afecto positivo bajo, predicen los síntomas de DPP longitudinalmente (13).

Varios entes internacionales, como el Grupo de Trabajo sobre Servicios Preventivos de los Estados Unidos (USPSTF) y el Instituto Nacional de Salud y Cuidados de Excelencia (NICE), han sugerido la realización de pruebas de detección en mujeres embarazadas y en periodo posparto con el fin de promover la detección temprana de los síntomas, asegurar una derivación apropiada y facilitar el tratamiento oportuno (14,15).

El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos sugiere la utilización de la Escala de Depresión Posparto (EPDS) para la evaluación. Esta escala considera tanto los síntomas depresivos como los de ansiedad, centrándose en los relacionados con el estado de ánimo en lugar de aquellos síntomas somáticos que podrían estar vinculados con el embarazo y el parto, como la falta de sueño o la fatiga. Puntuaciones elevadas en la EPDS sugieren la posible presencia de Depresión Posparto y justifican una evaluación más detallada (15).

Otro enfoque comúnmente empleado implica la evaluación del estado de ánimo disfórico o la anhedonia, seguido, en caso de resultado positivo, por la aplicación de un cuestionario de depresión. Tanto la Agencia para la Investigación y Calidad de la Atención Médica de los Estados Unidos (AHRQ) como el Instituto Nacional de Salud y Cuidados de Excelencia del Reino Unido (NICE) recomiendan la estrategia de pruebas repetidas. La aplicación de este método ha demostrado ser tanto sensible como específica (16).

Después de realizar el cribado utilizando cuestionarios de autoevaluación, es crucial llevar a cabo una evaluación diagnóstica exhaustiva seguida de una intervención adecuada. Esta evaluación debe comprender la valoración de los síntomas, su persistencia y el grado de deterioro clínico experimentado. Además, es necesario descartar posibles causas alternativas mediante una entrevista clínica detallada y la realización de pruebas de laboratorio pertinentes, como la medición de los niveles tiroideos (17).

Deben buscarse intencionadamente síntomas de manía y psicosis para descartar la psicosis posparto y el trastorno bipolar, así mismo es obligatorio realizar una historia clínica completa que incluya antecedentes personales (depresión, consumo de psicofármacos), antecedentes heredofamiliares (depresión, suicidio y trastornos psiquiátricos) y la evaluación del riesgo de suicidio (ideación suicida, la intención, los medios y el plan). La identificación de un riesgo inminente requiere atención psiquiátrica inmediata, que probablemente incluya hospitalización y posterior tratamiento ambulatorio. Por último, deben evaluarse los síntomas comórbidos, incluidos los síntomas de ansiedad, obsesivo-compulsivos, de pánico y de consumo de sustancias (18).

Se sabe que la DPP tiene una amplia gama de efectos adversos sobre la madre, el lactante y la familia. Aunque la depresión se asocia a una carga sustancial de enfermedad y discapacidad, la DPP puede tener consecuencias especialmente graves dadas las exigencias adicionales del cuidado infantil. Los estudios indican que los síntomas de DPP fueron el factor predictivo más potente de una menor capacidad de respuesta materna hacia el bebé cuando se incluyeron en el modelo los síntomas obsesivo-compulsivos comórbidos y los síntomas depresivos basales. Otros estudios han relacionado la DPP materna con un apego inseguro y una interacción deficiente entre la madre y el niño (19).

Las interacciones deficientes pueden afectar a la regulación de las emociones a largo plazo y a la tolerancia a la angustia. Varios estudios han conceptualizado estas capacidades como resiliencia del yo. Los hijos de madres con DPP presentaban un menor rendimiento cognitivo a los 18 meses, y los niños eran los más afectados.

También se ha demostrado que el funcionamiento cognitivo, social, y conductual del niño se ve afectado negativamente por la DPP materna (20).

Más allá del impacto en el niño, la DPP se asocia con un mayor riesgo de hospitalización psiquiátrica. Además, la DPP aumenta el riesgo de suicidio materno si no se diagnostica, o si se diagnostica, pero sin seguimiento ni tratamiento. Entre los comportamientos de crianza, se ha demostrado que la DPP afecta a la lactancia materna, el sueño, la utilización de la atención sanitaria y las vacunaciones infantiles (21). La DPP también afecta a la pareja de la madre, con un aumento de la depresión paterna y del estrés de crianza. La DPP también se asocia con el aislamiento social y la discordia conyugal. Como tal, la DPP tiene un impacto significativo en la madre, pero también en la dinámica familiar, lo que puede tener consecuencias a largo plazo (22).

La depresión perinatal es un trastorno multifactorial que puede manifestarse independientemente del tipo de parto o el número de gestaciones. Las estadísticas relacionadas son heterogéneas y varían según el país, la institución y el autor que las presenta. Esta variabilidad puede atribuirse a la diversidad de criterios diagnósticos utilizados, así como al momento y la ventana de tiempo de evaluación. También puede influir el subdiagnóstico o la falta de sensibilización y capacitación de los profesionales de la salud y educadores en salud en la población general. A nivel mundial, la prevalencia de la depresión prenatal oscila entre el 7% y el 15% en países con altos ingresos económicos, y del 19% al 25% en aquellos con ingresos económicos bajos a medianos (23).

En lo que respecta a la depresión posnatal, su prevalencia en países con altos ingresos es de alrededor del 10-15%, mientras que en aquellos con ingresos bajos a medianos alcanza aproximadamente el 20%, y llega hasta un 30% en naciones asiáticas. En México, se estima que alrededor del 30.7% de las mujeres experimentan depresión en algún momento durante el embarazo o hasta un año después del parto. Usualmente, los síntomas comienzan a manifestarse aproximadamente 4 semanas después del parto, alcanzando su punto máximo entre las 6 y 12 semanas posteriores al parto (24).

Un metaanálisis publicado en 1996 identificó una prevalencia del 13%, a éste le siguió un metaanálisis que sólo incluía estudios que utilizaban evaluaciones mediante entrevista, en lugar de medidas de autoinforme, y encontró una prevalencia de depresión menor o mayor del 19.2% (7.1% para la depresión mayor) en los 3 meses posteriores al parto (25).

Un metaanálisis examinó específicamente la prevalencia de los síntomas de DPP entre las madres que estaban sanas antes del embarazo, y halló una prevalencia del 17%. Un metaanálisis reciente que comparaba la prevalencia entre países encontró una variabilidad sustancial entre una prevalencia global conjunta del 17.7%. Es importante destacar que el 73% de la variabilidad en la prevalencia se debió a la variabilidad económica y sanitaria, lo que sugiere la importancia de las disparidades socioeconómicas y sanitarias en la determinación del riesgo de DPP (26).

Un extenso estudio llevado a cabo en Irlanda por Jairaj y colaboradores en el año 2019, reveló que cuando se empleaba un umbral de puntuación superior a 12 en la Escala de Depresión Posparto (EPDS), aproximadamente el 15.8% de las mujeres presentaban una probabilidad de depresión, con la manifestación de síntomas más intensos conforme avanzaba el embarazo. El último ítem de esta escala evalúa la presencia de ideación suicida, la cual debe ser considerada de manera independiente independientemente del puntaje total obtenido. El suicidio contribuye de forma muy significativa a la mortalidad materna en el periodo posparto. La implementación de un cribado sistemático de la depresión durante el periodo prenatal y las primeras etapas del posparto, junto con el seguimiento de las mujeres que obtienen resultados positivos, podría llevar a una notable reducción en la mortalidad materna asociada con el suicidio. Otras escalas comúnmente utilizadas para el cribado incluyen el Cuestionario de Salud del Paciente y el Inventario de Depresión de Beck (14,27).

Langan y Goodberg (2016) reconocen diferentes factores de riesgo para la depresión posparto, algunos de ellos son: bajo nivel socioeconómico, ser madre soltera, tabaquismo, antecedentes previos de depresión, embarazo a edad

temprana, embarazada añosa (mayor a 40 años), experimentar violencia doméstica, embarazo no deseado y la presencia de algunas comorbilidades como diabetes mellitus gestacional y preeclampsia. Por otro lado, Blom et al. también identificaron factores agregados a los ya mencionados anteriormente, así como hospitalización durante el embarazo, cesárea de emergencia y complicaciones neonatales. En mujeres mexicanas se han establecido otros factores de riesgo como el desempleo, antecedentes de cualquier tipo de aborto, falta de red apoyo familiar, agobio durante el embarazo o durante el parto, relaciones conflictivas de pareja y número de embarazos previos (28,29,30).

JUSTIFICACIÓN

Según la organización Mundial de la Salud (OMS) entre un 20-40% de las mujeres en los países en desarrollo padecen depresión durante el embarazo o en el postparto, por lo que aproximadamente una de cada cuatro mujeres padece de este problema.

Comprender la epidemiología de la depresión periparto contribuirá al avance de la investigación y la literatura científica en este campo. Esto a su vez, facilitará la realización de futuros estudios y mejorará la atención médica tanto en nuestro país como en otros lugares del mundo, beneficiando así la salud de muchas madres y procurando el mayor bienestar de los recién nacidos a nivel global.

En México la depresión perinatal produce un costo social elevado por los gastos en salud que representa derivado principalmente de sus complicaciones, tales como aborto espontáneo, prematuridad, preeclampsia, complicaciones neonatales entre otros. Realizar estudios de frecuencia nos permite reconocer la magnitud del problema y realizar acciones de manera temprana para reducir costes y mejorar la atención médica de las mujeres y los niños en nuestra comunidad.

Finalmente, el análisis epidemiológico de la depresión periparto en nuestro contexto puede también revelar disparidades en la salud y el acceso a la atención médica entre diferentes grupos de mujeres en el país. Esta información es crucial para diseñar intervenciones específicas y adaptadas a las necesidades de estas poblaciones marginadas, con el fin de promover una atención médica equitativa y de la más alta calidad para todas las mujeres en periodo de puerperio.

Planteamiento del problema

La prevalencia de depresión durante el embarazo varía en todo el mundo, siendo del 7-15% en países con altos ingresos y del 19-25% en países con bajos a medianos ingresos. En el caso de México, se estima que aproximadamente el 30.7% de las mujeres experimentan depresión en alguna etapa del embarazo.

La depresión perinatal produce un costo social elevado por los gastos en salud que representa y por el desempleo, el ausentismo laboral y la pérdida de productividad global que conlleva. La OCDE considera que el gasto en salud por trastornos mentales puede llegar hasta el 4% del producto interno bruto nacional. El retraso en su atención puede llevar al infanticidio o al suicidio, siendo esta la principal causa de muerte materna durante el primer año posparto (31).

Por lo tanto, entender la carga de la depresión periparto en México puede ayudar a informar las decisiones políticas y los recursos necesarios para abordar esta problemática.

Realizar estudios para determinar la frecuencia de depresión perinatal nos permitirá identificar los principales factores de riesgo para depresión periparto para poder intervenir oportunamente con nuestras pacientes y evitar complicaciones graves tales como: infanticidio, suicidio materno o afectaciones del binomio madre-hijo.

Será factible llevar a cabo el presente proyecto porque, no se requieren recursos adicionales a los ya destinados a la evaluación del personal de salud como derechohabientes del IMSS. Todos los costos generados por la aplicación de la encuesta serán cubiertos por el investigador principal.

Pregunta de Investigación

¿Cuál es la prevalencia de depresión periparto en las mujeres embarazadas y puérperas atendidas en la UMF N°45 del IMSS, en San Luis Potosí?

HIPÓTESIS

Dado que el presente estudio se ha estructurado como descriptivo, no se requiere formular una hipótesis de trabajo.

OBJETIVOS

Objetivo General

Estimar la prevalencia de depresión periparto en las mujeres embarazadas y puérperas atendidas en la UMF N°45 del IMSS, en San Luis Potosí.

Objetivos Específicos

- Describir las características sociodemográficas de la población de estudio (edad, lugar de residencia, estado civil, ocupación, escolaridad).
- Describir las características clínicas en la población de estudio (SDG, comorbilidades).
- Describir los antecedentes gineco obstétricos en la población de estudio.
- Identificar el antecedente de depresión periparto en embarazos anteriores.

SUJETOS Y MÉTODOS

Tipo y Diseño De Estudio

Observacional, descriptivo, transversal y prospectivo.

Lugar Y Población De Estudio

Unidad de Medicina Familiar No. 45 del Instituto Mexicano del Seguro Social, San Luis Potosí.

Universo De Estudio

Todas las mujeres en control prenatal y puérperas con más de 4 semanas y hasta 1 año como límite atendidas en la UMF No.45 del IMSS en San Luis Potosí en el periodo comprendido de julio 2023 a agosto 2023.

Criterios De Selección

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Embarazadas mayores de 18 años.
- Mujeres embarazadas de primero, segundo y tercer trimestre.
- Mujeres con puerperio mayor a 4 semanas hasta 1 año como límite.
- Mujeres embarazadas que aceptan participar, previa firma de consentimiento informado.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes con urgencia obstétrica al momento del estudio.
- Pacientes con diagnóstico o tratamiento de depresión al momento del estudio.
- Pacientes con algún diagnóstico psiquiátrico (trastorno psicoafectivo, bipolares, trastorno de personalidad).
- Pacientes que previamente hayan participado en la aplicación de escala Edimburgo.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Pacientes que retiren el consentimiento para participar en el estudio.
- Cuestionarios incompletos.

Tipo De Muestreo y Tamaño De La Muestra

El tipo de muestreo es por conveniencia. El tamaño de la muestra se calculó con la fórmula para estudios de proporciones en poblaciones finitas, con un nivel de confianza al 95% y un poder del 80% (32), un antecedente conocido de depresión periparto de 30.7% (2) y un tamaño total de población conocido de 736 mujeres embarazadas durante del 2022.

$$n = \frac{(Z\alpha)^2(p)(q)}{\delta^2}$$

Con lo anterior sustituiremos los valores:

n = Tamaño de la muestra.

$Z\alpha = 1.96$ lo que representa un intervalo de confianza del 95%, error del 5%.

$p = 0.30$, porcentaje de ocurrencia de depresión periparto de 30.7% tomando como referencia el estudio de Contreras-Carreto y cols. en el 2020 donde se reportó un antecedente conocido de depresión periparto de 30.7%.

$q = (1 - p) = 0.7$, definido como la proporción de la población de referencia que no presenta el fenómeno en estudio.

$\delta = 0.08$, nivel de precisión absoluta se refiere a la extensión del intervalo de confianza deseado al estimar el valor promedio de la variable en análisis.

Sustituyendo:

$$n = \frac{(1.96)^2(0.3)(0.7)}{0.08^2} = \frac{(3.8416)(0.3)(0.7)}{0.0064} = \frac{0.806736}{0.0064}$$

$$n = 126.05$$

Ajustando el total, a una población finita tenemos que:

$$N = \frac{n^1}{1 + (n^1/población)}$$

$$N = \frac{126.05}{1 + (126.05/736)} = \frac{126.05}{1.17126358} = 107.61$$

El total de mujeres a incluir en este estudio será un mínimo de 108. Todas ellas distribuidas de manera equitativa.

Instrumento De Recolección De Datos

Todos los datos serán recopilados utilizando un formulario específico de recolección de datos, y se empleará el instrumento de Evaluación de la Depresión de Edimburgo (ver Anexos I y II) para la detección de la depresión.

La Escala de Depresión de Edimburgo fue diseñada para ayudar a los médicos sobre todo de atención primaria en la identificación de madres que puedan estar experimentando depresión posparto, una condición que es más prolongada y grave que el "Baby Blues" (que ocurre durante las primeras 3 semanas después del parto), pero menos grave que la entidad conocida como psicosis posparto (33).

La escala consta de diez preguntas cortas que exploran síntomas depresivos de la mujer durante el embarazo o puerperio en los últimos siete días, cada pregunta tiene una puntuación de 0 a 3 (máximo 30 puntos en total) y la madre deberá elegir la respuesta que mejor describa su estado de ánimo en los últimos siete días a la aplicación de la escala. La mayoría de las progenitoras pueden llenar la escala en menos de cinco minutos. Un estudio de validación reveló que las madres que obtienen puntajes por encima del umbral del 92.3% tienen una mayor chance de experimentar algún tipo de trastorno depresivo, con diversos grados de severidad. La escala fue desarrollada en centros de salud ubicados en Livingston y Edimburgo (34, 35).

El instrumento de la Escala de Edimburgo para la depresión periparto ha sido adaptado para su uso en población latinoamericana. Un estudio hecho por Campo-Arias y otros investigadores ha demostrado la consistencia interna del instrumento

con un alfa de Cronbach de 0.78 después de realizar pruebas para validar el instrumento. La escala consta de diez ítems de respuesta politómica que exploran los síntomas cognitivos de un episodio depresivo mayor experimentado durante los últimos quince días. Cada pregunta se califica con una puntuación de cero a tres. La escala se puede completar en solo cinco a diez minutos (36).

Variables De Estudio

Variable de interés: Depresión Periparto.

Variables de caracterización: Edad, Edad gestacional, Lugar de residencia, Escolaridad, Estado civil, Comorbilidades, Antecedentes Gineco obstétricos, IMC, Ocupación.

Cuadro 1. Variables de Interés.

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	FUENTE DE INFORMACIÓN
Depresión periparto.	Cualitativa. Dicotómica. Categorica.	Alteración patológica del estado de ánimo que afecta a mujeres durante el embarazo o en las 4 semanas después del parto y hasta 1 año como límite.	Medida a partir de la escala de Edimburgo se considera depresión periparto aquella cuya puntuación sea mayor de 11 puntos.	0) Ausente 1) Presente	Escala Edimburgo

Cuadro 2. Variables de Caracterización.

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	FUENTE DE INFORMACIÓN
Edad Gestacional.	Cuantitativa. Discreta.	Es el número de semanas entre el primer día del último período menstrual normal de la madre y la fecha del parto.	Entendido como el tiempo transcurrido desde la FUM hasta el día del estudio.	Semanas.	Instrumento de recolección de datos. Interrogatorio directo.
Lugar de residencia.	Cualitativa. Dicotómica.	Es el lugar donde regularmente habita la persona entrevistada.	Es el lugar donde regularmente habita la persona entrevistada.	1) Rural. 2) Urbana.	Instrumento de recolección de datos. Interrogatorio directo.
Escolaridad.	Cualitativa. Ordinal.	Se refiere al grado máximo de estudios obtenido.	Se refiere al grado máximo de estudios obtenido por la persona del estudio.	1) Primaria 2) Secundaria. 3) Preparatoria o bachillerato. 4) Licenciatura. 5) Posgrado. 6) Otro _____	Instrumento de recolección de datos. Interrogatorio directo.
Edad.	Cuantitativa. Discreta.	La edad (edad biológica) Tiempo de vida transcurrido por un ser vivo y expresado en años.	Tiempo de vida en años cumplidos de la persona evaluada.	Años.	Instrumento de recolección de datos. Interrogatorio directo.

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	FUENTE DE INFORMACIÓN
Estado Civil.	Cualitativa. Nominal.	Categoría que describe la situación legal y social de una persona en relación con su matrimonio, divorcio, viudez o soltería.	Condición que define la relación legal entre dos personas.	1) Soltera. 2) Casada. 3) Viuda. 4) Unión Libre.	Instrumento de recolección de datos. Interrogatorio directo.
Ocupación.	Cualitativa. Nominal.	Se refiere a las actividades remuneradas que la persona ejecuta en el transcurso de un día.	Tipo de trabajo realizado, con especificación de la profesión o puesto de trabajo.	1) Estudiante 2) Empleada en alguna institución o empresa 3) Ama de casa. 4) Empresaria (autoempleada).	Instrumento de recolección de datos. Interrogatorio directo.
Comorbilidades	Cualitativa. Nominal.	Son enfermedades o trastornos que coexisten en un mismo individuo.	Enfermedades que se padezcan simultáneamente al embarazo.	0) Ninguna. 1) Diabetes. 2) Hipertensión. 3) Hipotiroidismo. 4) Otra _____	Instrumento de recolección de datos. Interrogatorio directo.
Antecedentes Gineco obstétricos.	Cuantitativa. Discreta.	Se refiere a los antecedentes relacionados a embarazos anteriores.	Lo referido por la paciente con respecto a los embarazos anteriores acerca de: Gestas, partos, abortos, cesáreas.	Número de eventos.	Instrumento de recolección de datos. Interrogatorio directo.

Plan de Trabajo

Se realizó el protocolo de investigación, se solicitó permiso a director de la Unidad de Medicina Familiar No. 45 IMSS, se envió el protocolo al Sistema de Registro Electrónico de la Coordinación de Investigación en Salud (SIRELSIS). Se aprobó el protocolo.

En la sala de espera de la Unidad de Medicina Familiar 45 IMSS San Luis Potosí, se captaron mujeres en control prenatal y mujeres en puerperio mayor de 4 semanas y hasta año como límite. Se le explicó a detalle y de forma clara y sencilla en que consistía el estudio de investigación, sus riesgos y benéficos. Una vez aceptando participar se entregó carta de consentimiento informado para recolección de firma y a continuación se procedió a obtener datos personales como: edad, lugar de residencia, semanas de gestación, escolaridad, estado civil, ocupación, antecedentes gineco obstétricos, comorbilidades, antecedentes de depresión y números de teléfono.

Se utilizó la escala de Edimburgo traducida y adaptada en la población mexicana. Dicha escala consta de 10 preguntas.

Posteriormente se le agradeció a cada mujer embarazada o con puerperio y se le comentó que se realizaría la valoración de las preguntas y en caso de obtener una puntuación que indique riesgo alto para depresión, recibiría una llamada telefónica para dar seguimiento a su condición.

Se recolectaron los datos sociodemográficos y clínicos en una hoja de recolección de datos. Para sospechar la presencia o ausencia de la depresión periparto se aplicó la escala de depresión perinatal de Edimburgo.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los datos fueron procesados haciendo uso del software estadístico SPSS Versión 26 en español. Se realizó un análisis de normalidad para todas las variables cuantitativas mediante la prueba de Kolmogórov-Smirnov, con el fin de presentar adecuadamente las medidas de tendencia central y dispersión correspondientes. Las variables cualitativas fueron presentadas a manera de frecuencias.

Se dicotomizo a la población tomando en cuenta un riesgo obstétrico alto con una puntuación mayor o igual a 11 en la consulta prenatal para identificar al grupo de alto riesgo y bajo riesgo.

Para contrastar las frecuencias o porcentajes entre grupos se utilizó la prueba de chi cuadrada.

Para contrastar la mediana entre grupos (quienes tuvieron un compartimiento no paramétrico) se utilizó la prueba U de Mann-Whitney.

La significancia estadística se aceptó con un valor de $p \leq 0.05$ tanto para chi cuadrada como para U de Mann-Whitney.

ÉTICA

Este estudio se adhiere a principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki (última modificación en 2013), abordando aspectos como la evaluación de riesgos, costos y beneficios, requisitos científicos y protocolos de investigación, comités de investigación, privacidad, confidencialidad y consentimiento informado.

Además, se consideran los principios éticos básicos delineados en el Informe Belmont (1979), enfocados en el respeto por las personas, beneficencia y justicia.

Se respeta también la normativa de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud (1984, última reforma en 2018) y su Reglamento en materia de investigación para la salud (1987, última reforma en 2014), asegurando el cumplimiento de disposiciones relacionadas con la dignidad, derechos y bienestar de los sujetos de estudio, así como la protección de la privacidad individual. Para esta investigación se requirió carta de consentimiento informado mismo que se encuentra en el Anexo 3.

En cuanto al nivel de riesgo de la investigación, este estudio se clasifica como "Investigación con Riesgo Mínimo", según el artículo 7 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la salud. Dentro de esta categoría entran la realización de exámenes físicos o psicológicos tal como la prueba de Edimburgo que se aplica en nuestra investigación.

Se establece que la conducción de la investigación estuvo a cargo de un investigador principal, quien desarrolló el estudio conforme a un protocolo previamente aprobado. Este investigador fue responsable de la dirección técnica del estudio y presentó informes técnicos tanto al comité de investigación como públicamente. La presente investigación cuenta con registro ante los comités correspondientes. El registro se presenta en el Anexo 5.

La confidencialidad de los datos recopilados se garantiza conforme a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, asegurando que no se recopilen datos sensibles durante el estudio.

RESULTADOS

Se analizó un conjunto de 115 mujeres cuyas edades oscilaban entre los 18 y 44 años. El rango de edad más común fue de 28 a 32 años. Un 93.9% de las participantes provenían de entornos urbanos. Respecto a su estado gestacional, el 49.6% se encontraba en el periodo de puerperio, mientras que el resto se distribuía de manera equitativa entre el primer, segundo y tercer trimestre del embarazo (ver Cuadro 3).

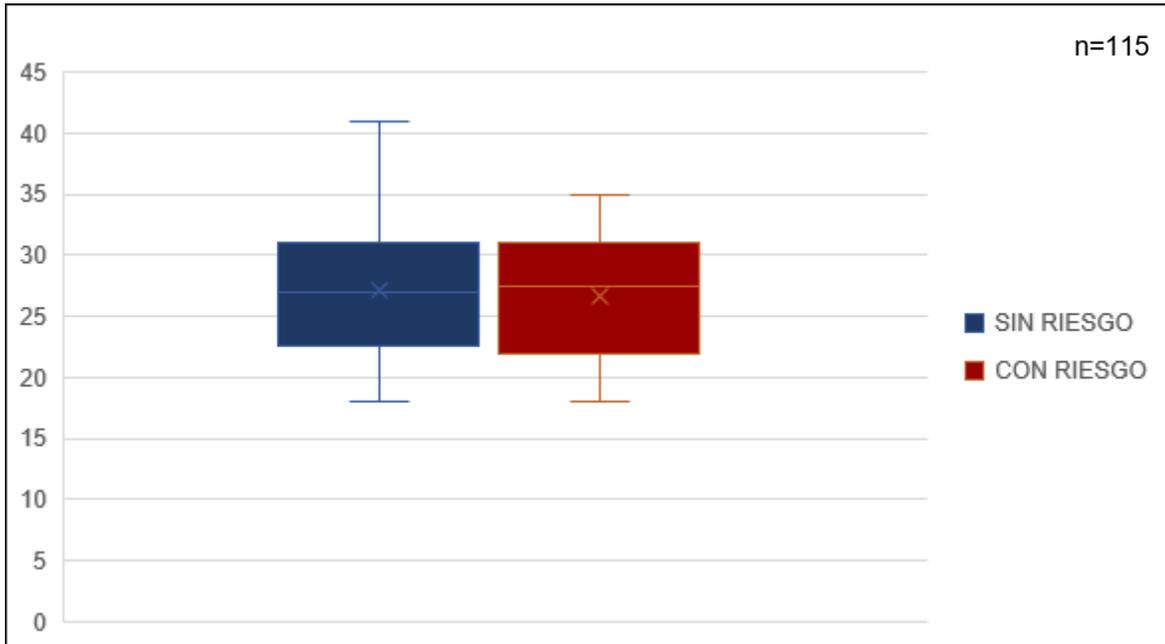
Cuadro 3. Características Generales de la Población.

n=115			
Grupo de edad		n	%
	18 a 22	29	25.2
	23 a 27	30	26.1
	28 a 32	40	34.8
	33 a 38	13	11.3
	39 a 44	3	2.6
Residencia			
	Rural	7	6.1
	Urbana	108	93.9
Periodo Gestacional			
	Primer trimestre	19	16.5
	Segundo trimestre	18	15.7
	Tercer trimestre	21	18.3
	Puerperio	57	49.6

Fuente: Hoja de recolección de datos

La mediana de la edad en el grupo sin riesgo de depresión periparto fue de 27 años (q25-q75, 22.5 – 31 años) mientras que en el grupo con riesgo de depresión fue de 27.5 (q25-q75, 22 – 31 años) (*Figura 1*).

Figura 1. Distribución de la edad entre los grupos con y sin riesgo de depresión periparto.



Fuente: Hoja de recolección de datos

Con respecto al estado civil, se observó una mayor proporción de mujeres solteras y divorciadas en el grupo con riesgo de depresión periparto en comparación con el grupo sin riesgo de depresión, aunque estas diferencias no alcanzaron significación estadística ($p=0.067$). Por otro lado, se encontró un mayor porcentaje de mujeres casadas en el grupo sin riesgo de depresión (ver Cuadro 4).

En cuanto al rubro de ocupación, el porcentaje de estudiantes y amas de casa era mayor en el grupo con riesgo de depresión periparto en contraste con el grupo sin riesgo de depresión, aunque estas diferencias tampoco resultaron estadísticamente significativas (ver Cuadro 4).

Cuadro 4. Estado Civil y Ocupación Más Frecuente Entre La Población De Estudio.

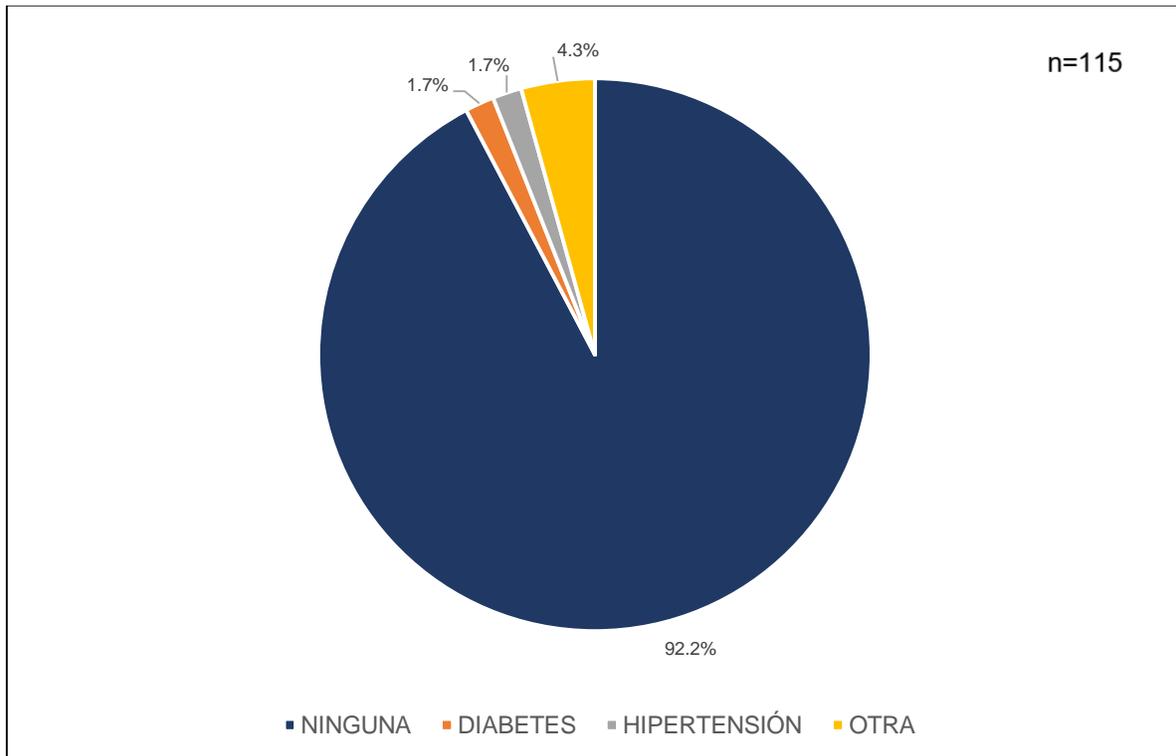
	DEPRESIÓN PERIPARTO		<i>p</i>
	SIN RIESGO n=85	CON RIESGO n=30	
Soltera	10.6%	16.7%	0.067
Casada	45.9%	33.3%	
Divorciada	0.0%	6.7%	
Unión Libre	43.5%	43.3%	
Estudiante	3.5%	10.0%	0.208
Empleada	51.8%	33.3%	
Ama de casa	43.5%	56.7%	
Empresaria	1.2%	0.0%	

*Las diferencias entre porcentajes se calcularon con la prueba de chi cuadrada

Fuente: Hoja de recolección de datos

La frecuencia de comorbilidades tuvo una prevalencia de 7.8% entre las que destacaron hipertensión y diabetes. En el grupo de otras destacan enfermedades como asma, anemia, sobrepeso y queratocono bilateral (*Figura 2*).

Figura 2. Comorbilidades presentes en la población de estudio.



Fuente: Hoja de recolección de datos

Se revisaron los antecedentes gineco obstétricos de la población buscando diferencias entre los grupos que tuvieron depresión y los que no tuvieron depresión sin encontrarse diferencias entre grupos. La mediana de gestas en ambos grupos fue de 2 mientras que de partos fue de uno en el grupo sin riesgo y cero en el grupo con riesgo de depresión periparto. Tampoco encontrando estadística significativa en este ramo (Cuadro 5).

Cuadro 5. Antecedentes Gineco obstétricos De La Población De Estudio.

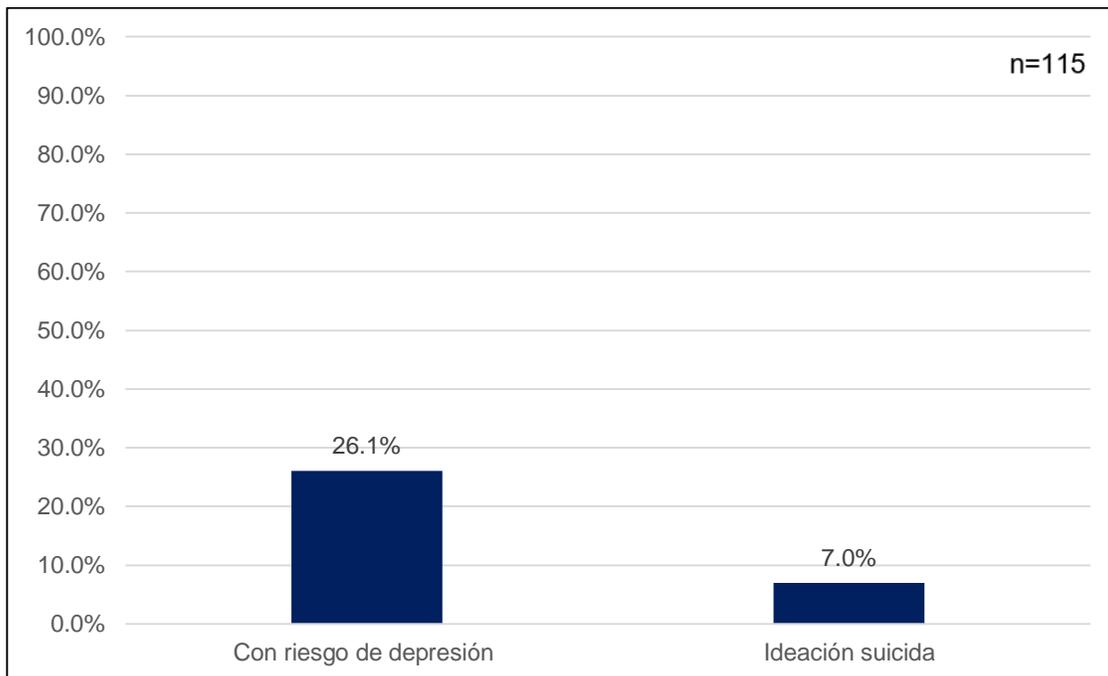
	RIESGO DE DEPRESIÓN		<i>p</i>
	SIN RIESGO	CON RIESGO	
	n=85	n=30	
Gestas	2 (1-2)	2(1-2)	0.99
Partos	1 (0-1)	0 (0-1)	0.991
Abortos	-	-	-
Cesáreas	-	1 (0-1)	0.175

*La diferencia entre medianas se calculó con la prueba U de Mann Whitney

Fuente: Hoja de recolección de datos

Finalmente, el riesgo depresión periparto medido a partir de la escala de Edimburgo fue de 26.1% y la prevalencia de ideación suicida estuvo presente en el 7% de las embarazadas y púérperas con riesgo de depresión periparto (*Figura 3*).

Figura 3. Prevalencia de riesgo de Depresión Periparto e ideación suicida.



Fuente: Hoja de recolección de datos

DISCUSIÓN

Los resultados del estudio, basados en una muestra de 115 mujeres con edades entre 18 y 41 años, revelan varias observaciones importantes.

En primer lugar, la prevalencia de depresión periparto en el grupo de estudio fue de 26.1 % muy similar a las tasas reportadas en estudios de países de bajos y medianos ingresos (37).

Además, es notable que el grupo de edad más frecuente en la muestra se situaba en el intervalo de 28 a 32 años. Al respecto, Sidhu y colaboradores encontraron una asociación entre una edad avanzada y una mayor frecuencia de depresión periparto. Esto puede deberse al mayor nivel de estrés experimentado por las mujeres mayores durante el embarazo, ya que suelen preocuparse más por su salud y la de su bebé (38).

Un descubrimiento relevante es la significativa proporción (93.9%) de mujeres provenientes de entornos urbanos dentro de la muestra estudiada. Este hallazgo indica la importancia de explorar posibles disparidades en la incidencia de depresión periparto entre mujeres urbanas y rurales, y podría proporcionar un fundamento para investigaciones futuras en este campo.

Al respecto Vigod et al, estudiaron la relación de la residencia y la depresión posparto. En ese estudio, la prevalencia de depresión posparto fue mayor entre las mujeres que vivían en zonas urbanas que entre las que vivían en otras zonas como la rural, semirural y semiurbana (39).

El estudio también revela que casi la mitad de las mujeres se encontraban en el periodo de puerperio, mientras que el resto se distribuyó equitativamente en los trimestres del embarazo.

El análisis de estado civil revela una diferencia estadísticamente significativa en la frecuencia de mujeres solteras y divorciadas en comparación con las casadas en el grupo de depresión periparto.

Además, la identificación de comorbilidades como la hipertensión y la diabetes (7.8% de prevalencia) proporciona información relevante para la detección temprana y el manejo de factores de riesgo adicionales que pueden agravar la depresión periparto.

En cuanto a los antecedentes gineco obstétricos, aunque no se encontraron diferencias entre los grupos que tuvieron depresión y los que no, es importante seguir investigando esta área para comprender mejor cómo los antecedentes obstétricos pueden influir en la salud mental de las mujeres durante el periparto.

Finalmente, la medición del riesgo de depresión periparto a través de la Escala de Edimburgo y la prevalencia de ideación suicida (7%) destacan la importancia de la detección temprana y la intervención para abordar la salud mental de las mujeres embarazadas y posparto.

La identificación oportuna de la ideación suicida en mujeres durante el periodo periparto es de suma importancia. La ideación suicida es un signo de un grave sufrimiento emocional y mental. Si no se detecta y se aborda de manera oportuna, existe un riesgo real de que la madre pueda llevar a cabo pensamientos suicidas. A su vez, la salud mental de la madre está estrechamente vinculada a la salud y el bienestar del bebé. La depresión materna no tratada o la ideación suicida pueden afectar negativamente la relación madre-hijo, el desarrollo del bebé y su salud general.

En un estudio realizado por Hamed et al, se identificó que, de 968 mujeres, el 20.66% (n = 200) de las pacientes presentaban síntomas clínicamente significativos de depresión y el 7.44% depresión mayor, coincidiendo con los hallazgos de esta investigación (40).

LIMITACIONES Y PERSPECTIVAS DE INVESTIGACIÓN

Una de las limitaciones de este estudio fue localizar a las pacientes con alto riesgo de depresión vía llamada telefónica para darle seguimiento a su patología en unidad de segundo nivel por el servicio de psiquiatría.

Otra de las limitaciones que es propia de los estudios transversales como éste, es la imposibilidad de establecer relaciones causales o bien sustentar que el diagnóstico no existía con anterioridad al embarazo.

Para futuras investigaciones se propone realizar estudios de cohorte observacional con una vigilancia estrecha desde el primer trimestre del embarazo.

También se propone planificación de intervenciones y programas de salud mental dirigidos a mujeres embarazadas entre los 28 a 32 años.

En cuanto al estado civil se aconseja realizar investigaciones más profundas sobre la dinámica familiar y su impacto en la salud mental durante el periparto.

Los hallazgos resaltan la necesidad de desarrollar y mejorar intervenciones de salud mental periparto.

Pueden explorarse estrategias específicas para la prevención y el tratamiento de la depresión periparto, así como programas de apoyo a mujeres con ideación suicida durante este período crítico. Los resultados sugieren que se deben realizar investigaciones adicionales para identificar los factores de riesgo y protectores asociados con la depresión periparto y la ideación suicida en esta población. Esto puede llevar a una comprensión más profunda de los desencadenantes y las influencias en la salud mental periparto. Se pueden llevar a cabo investigaciones para evaluar la efectividad de las intervenciones y programas de salud mental existentes en la prevención y el tratamiento de la depresión periparto y la ideación suicida. Esto puede ayudar a determinar qué enfoques son más eficaces y cómo se pueden implementar de manera más amplia.

CONCLUSIONES

- Se encontró una prevalencia del 26.1% de depresión periparto y un 7% de ideación suicida dentro de la población estudiada.
- Los hallazgos subrayan la magnitud del problema de la depresión periparto y la ideación suicida.
- La identificación de un alto porcentaje de mujeres afectadas es el primer paso para proporcionarles el apoyo y tratamiento necesarios.
- La detección temprana puede permitir abordar estos problemas antes de que se agraven.
- Estos resultados pueden aumentar la conciencia sobre la importancia de la salud mental periparto tanto entre los profesionales de la salud como en la sociedad en general.
- La educación y la sensibilización acerca de estos problemas pueden contribuir a reducir el estigma y alentar a las mujeres a buscar ayuda cuando la necesiten.
- La depresión posparto es una enfermedad con una morbilidad significativa, pero a menudo no reconocida, lo que resalta la necesidad de que las autoridades sanitarias presten especial atención a este problema de salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cordero Ayoroa, Y. E., & Martínez Saravia, R. I. (2022). Incidencia de depresión en mujeres embarazadas y puérperas mediante la aplicación de la escala de Edimburgo en el hospital de la mujer de la ciudad de la paz, entre los meses de noviembre y diciembre de 2020 en el contexto de la pandemia de la enfermedad por sars cov 2. *Revista Médica La Paz*, 28(2), 31-38.
2. Contreras-Carreto N, Villalobos-Gallegos L, Mancilla-Ramírez J. Epidemiological analysis of perinatal depression. *Cir Cir*. 2022 Jan; 90(1).
3. Becker M, Weinberger T, Chandy A, Schmukler S. Depression During Pregnancy and Postpartum. *Curr Psychiatry Rep*. 2019 Mar; 18(3): p. 32.2.
4. Morrison, J. (2015). *DSM-5® Guía para el diagnóstico clínico*. Editorial El Manual Moderno.
5. Ampudia, M. K. M. (2020). Depresión postparto en atención primaria. *Revista Médica Sinergia*, 5(02), 355-355.
6. Catacora Valencia, T. D. (2018). Riesgo De Depresión Post Parto por Escala de Edimburgo y Factores de Riesgo Sociodemográficos en puérperas Atendidas en el Hospital Goyeneche de Septiembre a noviembre, Arequipa–2017.
7. Loaiza NV, Dachner AP, Morales JAV. Generalidades y diagnóstico de la depresión posparto. *Revista Médica Sinergia*. 2019;4(7):e261–e261.
8. Nakić Radoš S, Tadinac C, Herman R. Anxiety During Pregnancy and Postpartum: Course, Predictors and Comorbidity with Postpartum Depression. *Acta Clin Croat*. 2018 Mar; 57(1): p. 39-51.
9. Miller M, O'Hara M. Obsessive-compulsive symptoms, intrusive thoughts and depressive symptoms: a longitudinal study examining relation to maternal responsiveness. *J Reprod Infant Psychol*. 2020 Jul; 38(3): p. 226-242.
10. Kroska E, Stowe Z. Postpartum Depression: Identification and Treatment in the Clinic Setting. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2020 Sep; 47(3): p. 409-419.

11. Silverman M, Reichenberg A, Savitz D, Cnattingius S, Lichtenstein P, Hultman C, et al. The risk factors for postpartum depression: A population-based study. *Depress Anxiety*. 2017 Feb; 34(2): p. 178-187.
12. Azami M, Badfar G, Soleymani A, Rahmati S. The association between gestational diabetes and postpartum depression: A systematic review and meta-analysis. *Diabetes Res Clin Pract*. 2019 Mar; 149: p. 147-155.
13. Miller M, Kroska E, Grekin R. Immediate postpartum mood assessment and postpartum depressive symptoms. *J Affect Disord*. 2017 Jan; 1(207): p. 69-75.
14. Jairaj C, Fitzsimons C, McAuliffe F, O'Leary N, Joyce N, McCarthy A, et al. A population survey of prevalence rates of antenatal depression in the Irish obstetric services using the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). *Arch Womens Ment Health*. 2019 Jun; 22(3): p. 349-355.
15. Rodríguez-Muñoz, M. D. L. F., Olivares, M. E., Izquierdo, N., Soto, C., & Huynh-Nhu, L. (2016). Prevención de la depresión perinatal. *Clínica y Salud*, 27(3), 97-99.
16. Fonseca A, Ganho-Ávila A, Lambregtse-van M, Lupattelli A, Rodríguez-Muñoz M, Ferreira P, et al. Emerging issues and questions on peripartum depression prevention, diagnosis and treatment: a consensus report from the cost action riseup-PPD. *J Affect Disord*. 2020 Sep; 1(274): p. 167-173.
17. Gopalan P, Spada M, Shenai N, Brockman I, Keil M, Livingston S, et al. Postpartum Depression-Identifying Risk and Access to Intervention. *Curr Psychiatry Rep*. 2022 Dec; 24(12): p. 889-896.
18. Hamed S, Elwasify M, Abdelhafez M, Fawzy M. Peripartum depression and its predictors: A longitudinal observational hospital-based study. *World J Psychiatry*. 2022 Aug; 12(8): p. 1061-75.
19. Kersten-Alvarez L, Hosman C, Riksen-Walraven J, van Doesum K, Smeekens S, Hoefnagels C. Early school outcomes for children of postpartum depressed mothers: comparison with a community sample. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2012 Apr; 43(2): p. 201-18.

20. Motrico E, Moreno-Peral P, Uriko K, Hancheva C, Brekalo M, Ajaz E, et al. Clinical practice guidelines with recommendations for peripartum depression: A European systematic review. *Acta Psychiatr Scand*. 2022 Oct; 146(4): p. 325-339.
21. Patrick K. Do ask, but don't screen: identifying peripartum depression in primary care. *CMAJ*. 2022 Jul; 194(28): p. E994-E995.
22. Hare M, Kroll-Desrosiers A, Deliginnidis K. Peripartum depression: Does risk versus diagnostic status impact mother-infant bonding and perceived social support? *Depress Anxiety*. 2021 Apr; 38(4): p. 390-399.
23. Lara MAL PPNLNL. Depresión posparto, un problema de salud pública que requiere de mayor atención en México. *Género y Salud en Cifras*. 2017 Oct; 15(1): p. 12-22.
24. Anokye R AEBAOEAA. Prevalence of postpartum depression and interventions utilized for its. *Ann Gen Psychiatry*. 2018 Jan; 17(1): p. 1-8.
25. Shorey S, Chee C, Ng E, Chan Y, Tam W, Chong Y. Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: A systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res*. 2018 Sep; 104: p. 235-248.
26. Hahn-Holbrook J, Cornwell-Hinrichs T, Anaya I. Economic and Health Predictors of National Postpartum Depression Prevalence: A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-Regression of 291 Studies from 56 Countries. *Front Psychiatry*. 2018 Feb; 1(8): p. 248.
27. Huang L, Zhao Y, Qiang Y, Fan B. Is cognitive behavioral therapy a better choice for women with postnatal depression? A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2018 Oct; 13(10): p. e0205243.
28. Langan R, Goodbred A. Identification and Management of Peripartum Depression. *Am Fam Physician*. 2019 May; 93(10): p. 852-8.
29. Blom E, Jansen P, Verhulst F, Hofman A, Jaddoe V, Coolman M, et al. Tiemeier H. Perinatal complications increase the risk of postpartum depression. The Generation R Study. *BJOG*. 2010 Oct; 117(11): p. 1390-8.
30. de Castro F, Place J, Billings D, Rivera L, Frongillo E. Risk profiles associated with postnatal depressive symptoms among women in a public sector hospital

- in Mexico: the role of sociodemographic and psychosocial factors. *Arch Womens Ment Health*. 2015 Jun; 18(3): p. 463-71.
31. Ogbo F, Eastwood J, Hendry A, Jalaludin B, Agho K, Barnett B, et al. Determinants of antenatal depression and postnatal depression in Australia. *BMC Psychiatry*. 2018 Feb; 18(1): p. 49.
 32. Velzaco V, Martínez V, Roiz J, Huazano F, Nieves A. Muestreo y Tamaño de Muestra. 3rd ed. Velazco M, editor. CdMéxico: e-libro.net; 2003.
 33. Cox J, Holden J, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*. 1987 Jun; 150: p. 782-6.
 34. Lyubenova A, Neupane D, Levis B, Wu Y, Sun Y, He C, et al. Depression prevalence based on the Edinburgh Postnatal Depression Scale compared to Structured Clinical Interview for DSM Disorders classification: Systematic review and individual participant data meta-analysis. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2021 Mar; 30(1): p. e1860.
 35. Koire A, Nong Y, Cain C, Puryear L, Van Horne B. Longer wait time after identification of peripartum depression symptoms is associated with increased symptom burden at psychiatric assessment. *J Psychiatr Res*. 2022 Aug; 152: p. 360-365.
 36. Campos-Arias A. Validating the Edinburgh Postnatal Depression Scale's internal consistency and factor structure amongst pregnant women in Cartagena, Colombia. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2007; 58(4): p. 277-283.
 37. Prevención, diagnóstico y manejo de la depresión prenatal y postparto en el primer y segundo niveles de atención. *Guía de Práctica Clínica: Evidencias y Recomendaciones*. México, CENETEC; 2021
 38. Sidhu GS, Sidhu TK, Kaur P, Lal D, Sangha NK. Evaluation of Peripartum Depression in Females. *Int J Appl Basic Med Res*. 2019 Oct-Dec;9(4):201-205.
 39. Vigod SN, Tarasoff LA, Bryja B, Dennis CL, Yudin MH, Ross LE. Relation between place of residence and postpartum depression. *CMAJ*. 2013 Sep 17;185(13):1129-35.

40. Hamed SA, Elwasify M, Abdelhafez M, Fawzy M. Peripartum depression and its predictors: A longitudinal observational hospital-based study. *World J Psychiatry*. 2022 Aug 19;12(8):1061-1075.

Anexo 1 Instrumento de recolección de datos

“PREVALENCIA DE DEPRESIÓN PERIPARTO EN MUJERES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°45 DEL IMSS, EN SAN LUIS POTOSÍ”	
Folio: _____	EDAD: _____ AÑOS
Lugar de residencia: 1) Rural. 2) Urbano. Fecha de última menstruación: _____ Edad gestacional: _____ SDG	Escolaridad: 1) Primaria. 2) Secundaria. 3) Preparatoria o bachillerato. 4) Licenciatura. 5) Posgrado. 6) Otro _____
Estado civil: 1) Soltera. 2) Casada. 3) Divorciada. 4) Unión Libre. 5) Viuda.	Ocupación: 1) Estudiante. 2) Empleada en alguna institución o empresa. 3) Ama de casa. 4) Empresaria (autoempleada).
Comorbilidades 0) Ninguna. 1) Diabetes. 2) Hipertensión. 3) Hipotiroidismo. 4) Otra _____	Antecedentes Gineco obstétricos Gestas _____ Partos _____ Abortos _____ Cesáreas _____
Antecedente de depresión 0) No. 1) Si.	Puntuación en el cuestionario de Edimburgo: _____ puntos Depresión periparto: 0) No 1) Si

Anexo 2 Escala de depresión periparto de Edimburgo

<p>Escala de Depresión periparto de Edinburgh</p> <p>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</p>	
<p>Instrucciones de uso:</p> <p>A continuación, se le pide que responda a las siguientes afirmaciones. 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.</p>	
1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas.	<p>Tanto como siempre.</p> <p>No tanto ahora.</p> <p>Mucho menos.</p> <p>No, no he podido.</p>
2. He mirado el futuro con placer.	<p>Tanto como siempre.</p> <p>Algo menos de lo que solía hacerlo.</p> <p>Definitivamente menos.</p> <p>No, nada.</p>
3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien.	<p>Sí, la mayoría de las veces.</p> <p>Sí, algunas veces.</p> <p>No muy a menudo.</p> <p>No, nunca.</p>
4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo.	<p>No, para nada.</p> <p>Casi nada.</p> <p>Sí, a veces.</p> <p>Sí, a menudo.</p>
5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno.	<p>Sí, bastante.</p> <p>Sí, a veces.</p> <p>No, no mucho.</p> <p>No, nada.</p>
6. Las cosas me oprimen o agobian.	<p>Sí, la mayor parte de las veces.</p> <p>Sí, a veces.</p> <p>No, casi nunca.</p> <p>No, nada.</p>

<p>7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir.</p>	<p>Sí, la mayoría de las veces. SÍ, a veces. No muy a menudo. No, nada.</p>
<p>8. Me he sentido triste y desgraciada.</p>	<p>SÍ, casi siempre. SÍ, bastante a menudo. No muy a menudo. No, nada.</p>
<p>9. He sido tan infeliz que he estado llorando.</p>	<p>SÍ, casi siempre. SÍ, bastante a menudo. Sólo en ocasiones. No, nunca.</p>
<p>10. He pensado en hacerme daño a mí misma.</p>	<p>SÍ, bastante a menudo. A veces. Casi nunca. No, nunca.</p>

Anexo 3 Cronograma

ACTIVIDADES	2023												ENE	FEB	
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC			
1. DISEÑO DE PROTOCOLO	■														
2. INVESTIGACIÓN BIBLIOGRÁFICA		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■			
3. REDACCIÓN DEL PROTOCOLO		■	■	■	■	■									
4. PRESENTACIÓN DEL PROTOCOLO AL COMITÉ						■	■								
5. APROBACIÓN DEL PROTOCOLO POR EL COMITÉ						■	■								
6. MODIFICACIONES AL PROTOCOLO EN CASO NECESARIO						■	■								
7. RECOLECCIÓN DE DATOS							■	■							
8. PROCESAMIENTO DE DATOS									■						
9. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS										■	■				
10. ELABORACIÓN DE CONCLUSIONES												■	■		
11. PRESENTACION DE LA TESIS														■	