



## FACTORES PSICOSOCIALES QUE DETERMINAN LA DEPRESIÓN POSTPARTO EN LA CIUDAD DE JEREZ, ZACATECAS, MÉXICO

### PSYCHOSOCIAL FACTORS THAT DETERMINE POSPARTUM DEPRESSION IN THE CITY OF JEREZ, ZACATECAS, MEXICO

Recibido: 27/05/2024

Aceptado: 24/09/2024

<sup>1</sup> Carlos Rivera Escobedo

<sup>2</sup> Dellanira Ruíz de Chávez Ramírez

<sup>3</sup> Cristina Almeida Perales

<sup>1</sup> CDepartamento de Urgencias, Hospital General Jerez, Jerez, Zacatecas, México. **ORCID ID:** <https://orcid.org/0009-0006-5188-1874>. Correo: 30111888@uaz.edu.mx

<sup>2</sup> Maestría en Ciencias de la Salud, Unidad Académica de Medicina Humana y Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma de Zacatecas, Zacatecas, Zacatecas, México. **ORCID ID:** <https://orcid.org/0000-0002-8619-2407>. Correo: dellanira.ruiz@uaz.edu.mx

<sup>3</sup> Maestría en Ciencias de la Salud, Unidad Académica de Medicina Humana y Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma de Zacatecas, Zacatecas, Zacatecas, México. **ORCID ID:** <https://orcid.org/0000-0002-7813-2471>. Correo: crisalm@uaz.edu.mx

#### RESUMEN

La depresión postparto es un problema de salud relevante a nivel mundial, el cual se asocia principalmente a mujeres con hijos de peso y edad gestacional bajos al nacer. Las pacientes desencadenan pensamientos suicidas y llegan a presentarse infanticidios. De ahí la importancia de ser analizada para evaluar los factores psicosociales que determinan la depresión postparto en mujeres de la ciudad de Jerez, Zacatecas en México. Esta investigación es un estudio de caso efectuado en una muestra de 180 mujeres que acudieron al control prenatal y de puerperio al Hospital General de Jerez, y se realizó mediante la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EDPE) y un cuestionario con datos sociodemográficos, clínicos y psicológicos. Los resultados indicaron que 53.3% de las mujeres participantes acudieron a control prenatal y 46.7 % estaban en etapa de puerperio, el 64.4% tenían entre 18 y 35 años, el 92.8 % tenían escolaridad básica y el 55.6% reportó un ingreso menor a 4 mil pesos MX. Se encontró una prevalencia de DPP (Depresión Post Parto) de 22.8%. Las asociaciones estadísticamente significativas ( $p < 0.05$ ) con la DPP fueron madres dedicadas al hogar, la presencia de ansiedad y tener a su recién nacido hospitalizado. La prevalencia de la DPP fue similar a la reportada en investigaciones nacionales y a nivel mundial. La promoción y prevención debe fortalecerse en los diferentes niveles de atención, con el fin de seguir aplicando la EDPD para la detección de mujeres con cuadro depresivo, las cuales deben recibir tratamiento integral y así mejorar la salud del binomio madre e hijo.

#### PALABRAS CLAVE

Embarazo, depresión, control prenatal, ideación suicida, escalas de calificación del estado psiquiátrico. **Fuente:** NLM/MESH

#### ABSTRACT

Postpartum depression is a globally relevant health issue. It is primarily associated with women who have children with low birth weight and gestational age. Patients experience suicidal thoughts, and cases of infanticide have been reported. Hence, it's important to analyze it with the aim of evaluating the psychosocial factors that determine postpartum depression in women from the city of Jerez, Zacatecas, Mexico. A case study was conducted with a sample of 180 women who attended prenatal and postpartum care at the General Hospital of Jerez. They were assessed using the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) and a questionnaire containing sociodemographic, clinical, and psychological data. The results indicated that 53.3% of the participating women attended prenatal care, and 46.7% were in the postpartum stage. 64.4% were between 18 and 35 years old, 92.8 % had basic education, and 55.6% had an income of less than 4,000 Mexican pesos. The prevalence of postpartum depression was 22.8%. Statistically significant associations ( $p < 0.05$ ) with postpartum depression were found in mothers who were homemakers, those experiencing anxiety, and those with a newborn hospitalized. The prevalence of postpartum depression was similar to that reported in national and global research. Promotion and prevention efforts should be strengthened at different levels of care. Continued use of EPDS for detecting women with depressive symptoms is recommended, as they should receive comprehensive treatment to improve the health of both mother and child.

#### KEY WORDS

Pregnancy, depression, prenatal care, suicidal ideation, psychiatric status rating scales. **Source:** NLM/MESH

## INTRODUCCIÓN

La depresión postparto (DPP) es una alteración patológica del estado de ánimo con una disminución del humor, en la que predominan los síntomas afectivos como sentimientos de dolor profundo, culpa, soledad, tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, desesperanza, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida (1). Durante el embarazo, las mujeres experimentan cambios emocionales importantes, los cuales pueden presentarse hasta un año después del parto, por lo que la DPP puede deberse a un proceso de adaptación a los cambios fisiológicos e intrínsecos propios de esta etapa (2).

Cabe señalar que la Asociación Americana de Psiquiatría, en su más reciente versión del Manual de Enfermedades Mentales (DSM-5) publicado en el año 2013, integra el término de “depresión periparto”, donde la sintomatología depresiva puede presentarse desde el momento de la gestación hasta posterior al parto; con esto, se extienden un poco más los episodios de depresión, los cuales comienzan desde antes del parto y los denomina colectivamente episodios del periparto. Así, las mujeres con episodios de depresión mayor en el periparto sufren con frecuencia cuadros de ansiedad grave e incluso ataques de pánico. Estudios prospectivos han demostrado que los síntomas del estado de ánimo, como la ansiedad durante el embarazo o el desánimo puerperal, aumentan el riesgo de un episodio de depresión mayor después del parto (3).

También, en mayor o menor grado, se observan síntomas de tipo cognitivo, tales como la baja atención, la desconcentración, la falta de memoria, los pensamientos de muerte o la ideación suicida, y síntomas de tipo volitivo como la apatía, la anhedonia, el retardo psicomotor y el descuido en sus labores cotidianas. Asimismo, se pueden presentar señales somáticas como la cefalea, la fatiga, dolores musculoesqueléticos, alteraciones del sueño, somatizaciones, propensión a infecciones, etcétera. De tal modo que se trata de una afectación global de la vida psíquica (4), la cual se designa en el DSM-5 como un episodio depresivo mayor con inicio en el periparto (5).

La incidencia reportada a nivel mundial es variable; por ejemplo, Caparros-González reporta una incidencia mundial del 15% (6), la prevalencia reportada por Tsai, Tsai, Tsay, y Chen, en la ciudad de Taiwán, fue

del 10.2% con DPP (7); en los Emiratos Árabes Unidos, Hanach reportó el 35% de DPP (8); en Kenia el 27% presentó DPP (9), y en Chile el 13.9% mostró depresión según la EPDS (10).

Una revisión de la literatura sobre los principales factores de riesgo relacionados con la depresión postparto, realizada por Remes, Mendes y Templeton, reunió una gran cantidad de variables, como la edad, el estado socioeconómico, el apoyo social, la tensión y las privaciones financieras, la inseguridad alimentaria, la educación, la situación laboral, los arreglos de vivienda, el estado civil, la raza, los conflictos y la intimidación en la infancia, la exposición a delitos violentos, el abuso, la discriminación, origen étnico y estatus migratorio, eventos de vida adversos o significativos, el analfabetismo o la alfabetización en salud, los eventos ambientales, la tensión laboral y el entorno construido. (11).

Como herramienta de tamizaje, se emplea la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS), la cual fue creada en centros de salud de Livingston y Edimburgo para asistir a los profesionales de la atención primaria de salud, en la detección de las madres que padecen de depresión postparto. Esta escala consiste en 10 cortas declaraciones donde la madre elige cuál de las cuatro posibles respuestas es la que más se asemeja a la manera en la que se sintió durante la última semana (12). El diagnóstico definitivo se realiza con la presencia de cinco o más síntomas descritos en el DSM-5, los cuales se presentan durante el periodo de dos semanas y representan un cambio en la función de la vida diaria (3).

Se ha observado como parte del problema que, durante el ejercicio de la práctica médica en el segundo nivel de atención, existe una falta de promoción e información que oriente específicamente a las mujeres en atender esta problemática. Además, es necesario incluir al personal sanitario, ya que no se realizan escrutinios de manera sistematizada que permitan diagnosticar oportunamente a las madres con sintomatología depresiva durante el periparto; por esta razón, es que no se cuenta con un reporte estadístico de la prevalencia sobre la DPP a nivel institucional.

Es importante diagnosticar a las madres con depresión postparto en la primera semana del puerperio, ya que a las cuatro y ocho semanas tienen más probabilidades

de interrumpir la lactancia materna, de estar insatisfechas con su método de alimentación infantil, de experimentar problemas significativos con la lactancia y de presentar niveles más bajos de autocontrol de la lactancia materna eficaz (13). Además, de no identificarse y tratarse oportunamente, las pacientes pueden generar pensamientos suicidas y llegan a presentarse infanticidios (14). Esto se evidencia debido a que las tendencias suicidas en mujeres con menos de un año posparto fueron detectadas en el 15.6% de la muestra y se relacionaron con una serie de variables de diversa índole (15). La depresión postparto puede asociarse con una mayor probabilidad de peso bajo al nacer y con una edad gestacional al nacer de menos de 37 semanas (16) y puede afectar directamente al desarrollo global, social y del lenguaje, sin comprometer áreas motoras y de coordinación en los hijos con madres que posean esta patología (17).

Lo trascendente de la investigación fue que los hallazgos dados permitieron realizar un diagnóstico de salud y, a nivel institucional, los resultados obtenidos fueron útiles para la creación de un reporte técnico con los datos descriptivos y estadísticos que sobresalieron en la investigación, realizándose un Programa de Salud con políticas públicas y actividades que incorporen a la salud materna como un componente central (18). En él se abordó la problemática encontrada, centrado a las mujeres que presentan cierta situación de riesgo con base en los mismos factores. Dichos hallazgos, ayudarán a comprender los complejos procesos subyacentes que propician la aparición de la depresión postparto (19), ya que la sintomatología depresiva en las mujeres mexicanas durante la gestación está asociada a un conjunto determinado de factores de riesgo que ameritan prevención, detección y atención oportuna en los diferentes niveles de atención (20). Además, identificar a las mujeres con depresión postparto actuará en ellas como un marcador de riesgo de depresión en otros momentos de la vida (21), que podría tener un impacto adverso y significativo no solo en la sensación de bienestar de la nueva madre, sino también en su familia. Por lo tanto, este trabajo se realizó con el fin de ayudar a la sociedad a tener una mejor calidad de vida, salud como un derecho y, además, bienestar individual y social.

Por tales razones, el objetivo de este estudio fue evaluar los factores psicosociales que determinan la depresión postparto.

## MÉTODOS Y MATERIALES

La presente investigación es un estudio de caso observacional, analítico y transversal, realizado en población que acude a consulta de control prenatal y de puerperio del Hospital General de Jerez, el cual está ubicado en el estado de Zacatecas, México. Dicho estudio fue realizado durante los meses de abril a junio del año 2023.

La muestra se conformó mediante un muestreo no probabilístico, accidental o por conveniencia, con 180 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión: mujeres que se encontraban en la etapa gestacional con 12 o más semanas de gestación y mujeres en período de puerperio tardío, además que consintieran participar en la investigación.

Se aplicó un cuestionario definido por secciones, con variables sociodemográficas, datos clínicos de la madre y del recién nacido, antecedentes de ansiedad valorada con la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) creada por Lavibond y Lavibond en 1995 (22), validada en población mexicana por Peña (23), y la violencia obstétrica a través del Test para denunciar la violencia obstétrica en hospitales extremeños (24), la cual ha sido utilizada por otros investigadores en estudios mexicanos (25, 26). Para valorar la prevalencia de la depresión postparto, se utilizó la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo, la cual, para un punto de corte  $\geq 10$  de la EPDS, presenta una sensibilidad del 93.4% y una especificidad de 16.6% en la población mexicana (27).

El cuestionario utilizado se realizó en la plataforma de JotForm, el documento obtenido fue un archivo en Excel de Microsoft Office 2021, y posteriormente los datos obtenidos se migraron y analizaron mediante el programa IBM SPSS Statistics 25. Se aplicaron pruebas de estadísticos descriptivos y chi cuadrado para calcular la relación que guardan los factores con la depresión postparto, considerando un valor de  $p < 0.05$ .

La actual investigación cumplió con las consideraciones legales del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud de los Estados Unidos Mexicanos. Asimismo, cumplió con los parámetros definidos en el código de Nüremberg, tales como el consentimiento informado y la ausencia

de coerción, y la aplicación de un consentimiento voluntario de participación en el que la persona implicada pueda ejercer la voluntad propia de opción. Cabe destacar que la intervención en el Hospital General Jerez se realizó con la autorización escrita tanto de las mujeres participantes como del Departamento de Enseñanza del Hospital General de Jerez (28, 29).

## RESULTADOS

### Prevalencia de depresión postparto

La prevalencia de depresión periparto encontrada en la muestra fue del 22.8%; es decir, 41 de las 180 mujeres presentaron sintomatología depresiva, 30 mujeres se encontraban en la etapa gestacional, mientras que 11 mujeres presentaron DPP durante la etapa de puerperio, con una prevalencia de 16.7% y 6.1% respectivamente (Ver Gráfico No. 1).

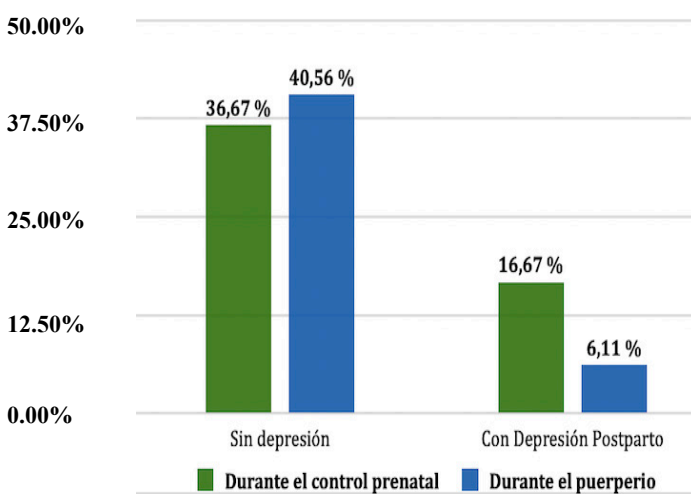


Gráfico No. 1. Prevalencia de Depresión Periparto

### Características sociodemográficas

Ahora bien, respecto a la población estudiada en el Hospital General de Jerez, se contó con una muestra de 180 participantes, donde hubo una discreta mayoría de mujeres que acudió a la consulta de control prenatal, con 96 pacientes (53.3%), a diferencia de aquellas que acudieron a consulta de puerperio (46.7%). Con respecto a la edad, el 35.5% de las participantes se ubicaron en una edad considerada como de alto riesgo (< 17 años y >35 años), mientras que el 64% de la población participante se encontraba en el rango de edad óptima para la maternidad. Más del 80% refirió tener pareja. Respecto al grado de escolaridad, el 90% asumían un nivel básico, que comprende los niveles de primaria y secundaria. Según el ingreso económico, más de la mitad de las participantes cuentan con un

ingreso que les ubicó en la clase social baja-baja, siendo el 55.6% quienes tienen un ingreso mensual menor a \$ 4,000 pesos mexicanos y el 41% de \$ 4,001 a \$12,300 pesos al mes, representando el 96.6% de la muestra con dicho ingreso. Si bien, toda mujer desempeña un rol social en el hogar, solo el 66.7% se consideró ama de casa. La mayor parte de las participantes provenía de una zona urbana; es decir, el 71.1% acudían de alguna cabecera municipal. Poco más del 65% vivía con su pareja, el 14% habitaba con sus padres y el 5.6% vivía sola.

Se procedió a aplicar chi cuadrado con el fin de dar cumplimiento al objetivo de determinar los principales factores que se asocian con la depresión postparto. Se puede observar el valor de p (valor de p) sobre la relación existente entre las características sociodemográficas y la depresión periparto, en las que el motivo de consulta (p=0.004) y el ser ama de casa (p=0.000) presentaron una significancia estadística, y de manera marginal el ingreso mayor de \$ 4,000.00 pesos con p=0.062 (Ver Tabla No. 1).

Tabla No. 1 Características sociodemográficas y asociación con la Depresión Postparto.

Variable	Dimensión	Depresión Periparto frecuencia (%)		valor de p*
		Sin Depresión	Con Depresión	
Motivo de consulta	Control prenatal	66 (36.7)	30 (16.7)	0.004*
	Consulta de	75 (41.7)	11 (6.1)	
Ama de casa	Si	96 (53.3)	41 (22.8)	0.000*
	No	43 (23.9)	0 (0)	
Situación familiar	Sin pareja	28 (15.6)	6 (3.3)	0.428
	Con pareja	111 (61.7)	35 (19.4)	
Residencia	Zona urbana	100 (55.6)	28 (15.6)	0.650
	Zona rural	39 (21.7)	13 (7.2)	
Edad de 18 a 35 años	Si	86 (47.8)	30 (16.7)	0.184
	No	53 (29.4)	11 (6.1)	
Edad < a 17 años	Si	12 (6.7)	3 (1.7)	0.789
	No	127 (70.6)	38 (21.1)	
Edad > a 36 años	Si	41 (22.8)	8 (4.4)	0.207
	No	98 (54.4)	33 (18.3)	
Escolaridad básica	Si	72 (40.0)	18 (10.0)	0.374
	No	67 (37.2)	23 (12.8)	
Ingreso mensual > \$4,000	Si	67 (37.2)	13 (7.2)	0.062
	No	72 (40.0)	28 (15.6)	
Apoyo económico	Si	42 (23.3)	9 (5.0)	0.302
	No	97 (53.9)	32 (17.8)	
Familia tradicional	Si	90 (50.0)	27 (15.0)	0.896
	No	49 (27.2)	14 (7.8)	

Fuente: Fuente directa n=180

\* Valor de p considerado estadísticamente significativo <0.05

De acuerdo con los indicadores de comorbilidad, el 11.7% de las participantes presentó al menos una comorbilidad asociada (hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus tipo 2 o hipotiroidismo), el 23.3% de las participantes vivía su primer embarazo y poco más del 76% se consideró multigesta con dos o más gestaciones, además, hubo participantes que ya cursaban hasta su sexto embarazo, ya que cerca del 5% de la muestra contaba cinco o más embarazos. Asimismo, el 21.1% tenía antecedentes de al menos un aborto; se aplicó la prueba chi cuadrado donde los valores de p no evidenciaron asociación significativa (Ver Tabla No. 2).

**Tabla No. 2** Asociación entre la Depresión Postparto e indicadores clínicos

Variable	Dimensión	Depresión Periparto frecuencia (%)		p-value*
		Sin Depresión	Con Depresión	
Diabetes mellitus	No	131 (72.8)	39 (21.7)	0.829
	Si	8 (4.4)	2 (1.1)	
Hipertensión arterial	No	127 (70.6)	36 (20.0)	0.493
	Si	12 (6.7)	5 (2.8)	
Hipotiroidismo	No	135 (75.0)	41 (22.8)	0.272
	Si	4 (2.2)	0 (0.0)	
Primigesta	No	109 (60.6)	29 (16.1)	0.307
	Si	30 (16.7)	12 (6.7)	
Comorbilidad asociada	Si	15 (8.3)	6 (3.3)	0.501
	No	124 (68.9)	35 (19.4)	
Antecedente de abortos	Si	27 (15.0)	11 (6.1)	0.307
	No	112 (62.2)	30 (16.7)	

Fuente: Fuente directa n=180

\* Valor de p considerado estadísticamente significativo <0.05

De las variables psicológicas estudiadas, el 36.1 % presentó algún grado de ansiedad, mientras que el 8.9 % de la población total estudiada presentó ideación suicida. El 77.8 % refirió tener algún tipo y grado de apoyo, el 57.8 % refirió tener apoyo de la familia y el 42.8 % refirió contar con apoyo de tipo emocional. La ansiedad presentó significancia estadística con un valor de p=0.000, así mismo, la ideación suicida (p=0.000). Considerado como un factor psicológico se encuentra el apoyo emocional y familiar, teniendo

un p=0.056, lo cual es marginalmente significativo; el resto de las variables como el contar con algún tipo de apoyo y el apoyo propiamente emocional no mostraron asociación con la depresión periparto (Ver Tabla No. 3).

**Tabla No. 3** Asociación entre la Depresión Postparto y características psicológicas

Variable	Dimensión	Depresión periparto frecuencia (%)		p-value*
		Sin Depresión	Con Depresión	
Ansiedad	Sin ansiedad	104 (57.8)	11 (6.1)	0.000*
	Con ansiedad	35 (19.4)	30 (16.7)	
Ideación suicida	Sin ideación	137 (76.1)	27 (15.0)	0.000*
	Con ideación	2 (1.1)	14 (7.8)	
Cuenta con algún tipo de apoyo	Si	109 (60.6)	31 (17.2)	0.704
	No	30 (16.7)	10 (5.6)	
Apoyo de la familia	Si	75 (41.7)	29 (16.1)	0.056
	No	64 (35.6)	12 (6.7)	
Apoyo emocional	Si	61 (33.9)	16 (8.9)	0.580
	No	78 (43.3)	25 (13.9)	

Fuente: Fuente directa n=180

\* Valor de p considerado estadísticamente significativo <0.05

Respecto a las características clínicas estudiadas, el 60% de la población llevó a cabo un adecuado control prenatal, con al menos seis o más consultas; no obstante, tres (3.6%) de las mujeres participantes presentaron hemorragia obstétrica al momento del nacimiento de su hijo, y 2 mujeres presentaron aborto. Cerca del 80% tuvo su producto a término, 18 (21.4%) como nuevas madres que cuidaban de su primer bebé. En cuanto a la lactancia materna, el 16.7% no la continuó, mientras que el 83% sí; finalmente, el 73.9% de las mujeres en la etapa de puerperio presentó violencia obstétrica. La edad gestacional al momento del parto resultó de significancia estadística con un valor de p=0.001, así como tener al recién nacido hospitalizado con un valor de p=0.010 y la presencia de hemorragia obstétrica con un valor de p=0.000. Las características que no mostraron relación fueron la violencia obstétrica, el adecuado control prenatal, la clasificación del puerperio y la lactancia materna (Ver Tabla No. 4).

**Tabla 4.** Asociación entre la Depresión Postparto y características clínicas durante el puerperio

Variable	Dimensión	Depresión periparto frecuencia (%)		p-value*
		Sin depresión	Con depresión	
Violencia obstétrica	Si	53 (63.1)	9 (10.7)	0.517
	No	20 (23.8)	2 (2.4)	
Control prenatal adecuado	Si	42 (50.0)	9 (10.7)	0.124
	No	31 (37.0)	2 (2.4)	
Edad gestacional en el parto	Aborto	0 (0.0)	2 (2.4)	0.001*
	Prematuro tardío	14 (16.7)	1 (1.2)	
	Producto de	59 (70.2)	8 (9.5)	
Momento del puerperio	Inmediato	2 (2.4)	1 (1.2)	0.108
	Mediato	19 (22.7)	0 (0.0)	
	Tardío	52 (62.0)	10 (12.0)	
RN hospitalizado	Si	0 (0.0)	1 (1.2)	0.010*
	No	73 (87.0)	10 (12.0)	
Lactancia materna	Si	60 (71.4)	9 (10.7)	0.976
	No	13 (15.5)	2 (2.4)	
Hemorragia obstétrica	Si	0 (0.0)	3 (3.6)	0.000*
	No	73 (86.9)	8 (9.5)	

Fuente: Fuente directa n=84

\* Valor de p considerado estadísticamente significativo <0.05

### DISCUSIÓN

De acuerdo con los resultados descritos, se cumplió el objetivo de este estudio, el cual era conocer los factores que se deben considerar dentro de la consulta gineco-obstétrica, con la finalidad de identificar oportunamente a las mujeres en riesgo de presentar DPP.

La prevalencia de DPP encontrada en esta investigación fue del 22.8%, a diferencia de otras que presentaron cifras menores, entre el 2 y 11%, posiblemente por tratarse de investigaciones efectuadas en países desarrollados como Canadá y en vías de desarrollo como Eritrea. No obstante, también encontraron que ser ama de casa, tener un nivel económico bajo y percibir un bajo apoyo social, fueron factores para desarrollar DPP (5, 19, 30–35).

Como se aprecia, la prevalencia de DPP varía considerablemente entre las diversas investigaciones, las cuales van desde el 2.5% (32), hasta el 62% (34).

Esto sugiere que la DPP depende también de la desigualdad social, de las condiciones biológicas y de la geopolítica mundial.

Respecto a las características sociodemográficas, los resultados fueron similares a los de otros autores, observándose una población de mujeres con ingresos económicos bajos, escolaridad baja y madres dedicadas al hogar (19, 20, 25). En contraste, aún y cuando otro estudio encontró una prevalencia similar, las características sociodemográficas diferían con este pues casi la totalidad fueron mujeres con menos de 35 años, que, además, contaban con licenciatura o un grado superior y también tenían empleo (35).

En este estudio, al igual que en otras investigaciones (33, 34), las pruebas estadísticas aplicadas arrojaron significancia en cuanto a la asociación de la DPP con aquellas mujeres que tenían como único rol social ser ama de casa (p=0.000) (31), el momento de la consulta (p=0.004), mujeres con presencia de ansiedad (p=0.000), haber concluido el embarazo actual por aborto espontáneo (p=0.001), madres que tenían a su RN hospitalizado (p=0.010) y haber presentado hemorragia obstétrica (p=0.000). Además, la ideación suicida se relacionó con la DPP (p=0.000).

Al igual que los resultados obtenidos en este estudio, en los últimos años varios investigadores han reportado prevalencias diversas, aún y con esta variabilidad, el apoyo social como recurso psicológico significativo para la madre ha resultado fuertemente asociado con la presencia de depresión postparto (30–39).

En una investigación con población similar, el apoyo económico resultó ser un factor desencadenante para DPP. Aún con la similitud en la población encuestada en este estudio, la prevalencia de DPP fue menor a la de esta investigación (40), en este sentido, se evidenció en otros estudios que el apoyo financiero y no contar con apoyo del esposo se asoció directamente con la depresión (8, 25, 28, 30). Cabe destacar que adversidades de distinta índole promueven una baja autoestima en la madre, lo que en última instancia favorece la DPP (41).

Respecto a la presencia de violencia obstétrica, se

encontró una prevalencia alta (73.8%) similar a la proporción de maltrato en la atención obstétrica reportada a nivel nacional (70.7%) de acuerdo a la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) del 2016 (42).

Además, se demostró que el 5.5% presentó ideación suicida, otro valor similar a lo reportado (35). En esta investigación, la ideación suicida presentó asociación estadística con la presencia de DPP al igual que lo reportó Yi-Liang Lee (43).

La Escala de Depresión Postparto de Edimburgo cuenta con una sensibilidad y especificidad óptimas para el tamizaje de la DPP, se le reconoce mundialmente como un Gold Standard (44). La EDPE ha resultado útil para la evaluación materna (45), si bien, a mayor puntuación utilizada como punto de cohorte, menor es su sensibilidad y mayor su especificidad de 10 a 13 puntos (27), podrían utilizarse en un futuro nuevas líneas de investigación encaminadas al estudio de marcadores bioquímicos que anticipen y diagnostiquen esta patología. La EDPE debe de aplicarse a la totalidad de las mujeres atendidas y considerarse el puntaje necesario que identifique a las mujeres con probable DPP para evitar falsos negativos.

## CONCLUSIÓN

La depresión postparto es una condición clínica real en las mujeres que acuden en busca de atención obstétrica. La transformación de la sociedad que se ha dado por los estilos de vida, por las condiciones bioquímicas, y por las características genéticas, confronta a los profesionales de la salud a nuevas y agudas patologías como la DPP en su dimensión mental. La depresión postparto como la principal patología mental de la mujer gestante y del puerperio, debe abordarse por medio de estrategias preventivas, diagnósticas y terapéuticas oportunas y apropiadas a las nuevas formas sociales.

La presencia de las redes de apoyo es un factor importante asociado a la depresión postparto; el apoyo social que perciben las mujeres es primordial para enfrentar los nuevos retos sociales impuestos. Asimismo, fortalecer las redes sociales es primordial para el bienestar de la población en general, ya que el apoyo brindado por parte de la sociedad y para la sociedad, va desde el aspecto emocional al apoyo

material, económico y cognitivo. El fortalecimiento de estas redes de apoyo asiste a la mujer en un estado vulnerable por la gestación, el trabajo de parto y el cuidado del recién nacido, a adquirir herramientas para hacer frente a estas etapas de constantes cambios.

La prevalencia de la sintomatología depresiva fue mayor durante la etapa gestacional, ya que esta tiene un inicio previo al parto, por ello, se sugiere que el escrutinio debe realizarse en dicha etapa.

Durante la etapa gestacional, es posible identificar factores sociodemográficos que son un factor de riesgo, tales como madres dedicadas al hogar y con ingresos económicos bajos. Además, en esta etapa, la ansiedad es una condición mental, que, al igual que para la DPP, se pueden emplear instrumentos que permitan identificar eventos prematuros que trastornen la salud mental de las mujeres gestantes.

Durante el periparto, la ideación suicida es un suceso mental grave que se vincula con eventos estresantes en esta etapa como el aborto y las comorbilidades asociadas al recién nacido y a la madre, las cuales podrían desencadenar en cualquier momento esta idea suicida o también el infanticidio en mujeres con DPP.

La violencia obstétrica presentó una prevalencia similar a lo reportado a nivel nacional, la cual amerita una extensa investigación sobre las consecuencias que esta puede presentar e identificar qué motiva al personal de las instituciones de salud a violentar la integridad humana de las mujeres en esta etapa.

El primer nivel de atención se conforma con herramientas como los promotores de la salud, quienes tienen un contacto directo y de planeación en conjunto con la madre gestante, brindan información pertinente para que acudan a sus controles y consultas de primer y segundo nivel, momentos en que el diagnóstico de la DPP puede hacerse. Es importante que los centros de primer y segundo nivel de atención cuenten con personal calificado y suficiente para dar abasto a la demanda existente, siendo primordial el personal de psicología, medicina interna, ginecología y obstetricia, y psiquiatría, los cuales, a su vez, deberán estar en constante capacitación para identificar a las mujeres con factores de riesgo, promover la salud, realizar las

detecciones oportunas y brindar un tratamiento óptimo.

De igual manera, es primordial reforzar la aplicación de la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo como herramienta de escrutinio y tamizaje de la DPP en toda consulta de control prenatal y aún después del parto. Gracias a esto, serán diagnosticadas debidamente las mujeres con esta patología, lo que contribuirá al registro estadístico adecuado. Por lo tanto, cada centro de primer y segundo nivel de atención, debe contar con personal suficiente en el área de psicología y psiquiatría, y otras especialidades vinculadas a la atención de la mujer obstétrica, exaltando la importancia de la atención preconcepcional.

Resulta transcendental que las nuevas líneas de investigación consideren estudiar la presencia de la depresión periparto y sus complicaciones desde el momento preconcepcional, gestacional y del puerperio, así como aplicar la terminología actualizada en relación con la depresión periparto, ya que con ello se favorecerá a que los futuros lectores e investigadores continúen su educación, actualización y apreciación sobre el tema.

La muestra analizada presentó cierta restricción, debido a que perteneció a un centro hospitalario de segundo nivel, el cual refiere patologías obstétricas complejas al Hospital de la Mujer Zacatecana. En él se encuentran las madres o gestantes a término que sufren un mayor estrés físico y emocional, dado a que en esta unidad de tercer nivel presentan una condición clínica más compleja en la madre, la gestante o el recién nacido.

## CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores declaran que no hay conflicto de interés

## FINANCIAMIENTO

Esta investigación fue realizada gracias al recurso brindado por el Consejo Nacional de Humanidades, Ciencia y Tecnologías (CONAHCyT), del Gobierno de México.

## AGRADECIMIENTOS

Nos gustaría reconocer y agradecer el apoyo recibido por parte de la Maestría en Ciencias de la Salud de la Unidad Académica de Medicina Humana y Ciencias de la Salud, perteneciente a la Universidad Autónoma de Zacatecas. De igual manera, al personal del Departamento de Enseñanza e Investigación del Hospital General Jerez, el Dr. Jorge Salazar Orozco y el L.E. Ricardo Rodarte; así como al Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Jerez, en especial a la Dra. Yazmín Argüelles García, L.E. Juana Roxana Calvillo y L.E. Rosario Bobadilla, y finalmente al CONAHCyT.



## BIBLIOGRAFÍA

- 1. IMSS. Diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto. Evidencias y recomendaciones. Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica. 2015;63.
- 2. Kauskopf V, Valenzuela P. Depresión perinatal: detección, diagnóstico y estrategias de tratamiento. Revista Médica Clínica las Condes. 2020;31(2):139-49.
- 3. American Psychiatric Association, editor. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2014. 438 p.
- 4. IMSS. Diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto. Evidencias y recomendaciones. Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica. 2015;63.
- 5. Secretaría de Salud. Prevención, diagnóstico y manejo de la depresión prenatal y posparto en el primer y segundo niveles de atención. CENETEC. 2021;60.
- 6. Caparros-Gonzalez RA, Romero-Gonzalez B, Peralta-Ramirez MI. Depresión posparto, un problema de salud pública mundial. Rev Panam Salud Pública [Internet]. 2018 [citado 5 de abril de 2022];42. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/49117>
- 7. Tsai JM, Tsai LY, Tsay SL, Chen YH. The prevalence and risk factors of postpartum depression among women during the early postpartum period: a retrospective secondary data analysis. Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology. 1 de mayo de 2023;62(3):406-11.
- 8. Hanach N, Radwan H, Fakhry R, Dennis CL, Issa WB, Faris ME, et al. Prevalence and risk factors of postpartum depression among women living in the United Arab Emirates. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2023;58(3):395-407.
- 9. Kariuki EW, Kuria MW, Were FN, Ndeti DM. Predictors of postnatal depression in the slums Nairobi, Kenya: a cross-sectional study. BMC Psychiatry. 5 de abril de 2022;22:242.
- 10. Coo Calcagni S, Mira Olivos A, García Valdés MI, Zamudio Berrocal P. Salud mental en madres en el período perinatal. Andes pediátr. 2 de noviembre de 2021;92(5):724.
- 11. Remes O, Mendes JF, Templeton P. Biological, Psychological, and Social Determinants of Depression: A Review of Recent Literature. Brain Sci. 10 de diciembre de 2021;11(12):1633.
- 12. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. Br J Psychiatry. junio de 1987;150:782-6.
- 13. Dennis CL, McQueen K. Does maternal postpartum depressive symptomatology influence infant feeding outcomes? Acta Paediatr. abril de 2007;96(4):590-4.
- 14. González-González DA, Casado-Méndez PR, Molero-Segrera DM, Santos-Fonseca DRS, López-Sánchez I. Factores asociados a depresión posparto. Revista Archivo Médico de Camagüey. 19 de noviembre de 2019;23(6):10.
- 15. Sánchez-Tapia FR, Ostolaza-Vite AR, Peña-López EA, Ruiz-Grosso PJ, Vega-Dienstmaier JM. Frecuencia de tendencias suicidas (suicidalidad) y factores asociados en mujeres durante el primer año posparto. Rev Neuropsiquiatr. 29 de septiembre de 2017;80(3):172.
- 16. Eastwood J, Ogbo FA, Hendry A, Noble J, Page A. The Impact of Antenatal Depression on Perinatal Outcomes in Australian Women. PLoS One. 17 de enero de 2017;12(1):e0169907.
- 17. González G, Moraes M, Sosa C, Umpierrez E, Duarte M, Cal J, et al. Depresión materna postnatal y su repercusión en el neurodesarrollo infantil: estudio de cohorte. Rev chil pediátr. junio de 2017;88(3):360-6.
- 18. Mersha AG, Abebe SA, Sori LM, Abegaz TM. Prevalence and Associated Factors of Perinatal Depression in Ethiopia: A Systematic Review and Meta-Analysis. Depress Res Treat. 19 de junio de 2018;2018:1813834.
- 19. Koutra K, Vassilaki M, Georgiou V, Koutis A, Bitsios P, Kogevinas M, et al. Pregnancy, perinatal and postpartum complications as determinants of postpartum depression: the Rhea mother-child cohort in Crete, Greece. Epidemiol Psychiatr Sci. 22 de diciembre de 2016;27(3):244-55.
- 20. De Castro F, Place JM, Villalobos A, Allen-Leigh B. Sintomatología depresiva materna en México: prevalencia nacional, atención y perfiles poblacionales de riesgo. Salud Publica Mex. 3 de marzo de 2015;57(2):144.
- 21. Alzahrani J, Al-Ghamdi S, Aldossari K, Al-Ajmi M, Al-Ajmi D, Alanazi F, et al. Postpartum Depression Prevalence and Associated Factors: An Observational Study in Saudi Arabia. Medicina (Kaunas). 4 de noviembre de 2022;58(11):1595.

- 22. Lovibond SH, Lovibond PF. Manual for the Depression Anxiety Stress Scales. 2da edición. Sydney: Psychology Foundation;
- 23. Peña GMG, Nava PB, Muños MPB, Heras JAV. Estructura factorial y consistencia interna de la escala de Depresión Ansiedad y Estrés (DASS-21) en una muestra no clínica. *Psic y C Soc*. 2006;8(2):3-7.
- 24. Dando a Luz AC. Argentina: Asociación Civil Dando a Luz y Colectiva Maternidad Libertaria. 2010. Test de Violencia Obstétrica. Disponible en: <https://www.dandoaluz.org.ar/pdfs/TestdeViolenciaObstetrica.pdf>
- Figueroa-Palomino OE, Hurtado-Lagarda R, Valenzuela-Coronado DG, Bernal-Cruz JD, Duarte-Gutierrez CD, Cázares-González FA. Violencia obstétrica: percepción de las usuarias sonorenses. *SANUS*. 2017;(3):14-21.
- 26. Guerrero-Sotelo RN, Orellana-Centeno JE, Lamas-Carlos J, Hernández-Arzola LI, Gutierrez-Bustamante A. Percepción de violencia obstétrica en Oaxaca. *Re Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 08102020;28(4):301-9.
- 27. Macías-Cortés E del C, Lima-Gómez V, Asbun-Bojalil J, Macías-Cortés E del C, Lima-Gómez V, Asbun-Bojalil J. Exactitud diagnóstica de la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo: consecuencias del tamizaje en mujeres mexicanas. *Gaceta médica de México*. junio de 2020;156(3):202-8.
- 28. Nuremberg. Código de Nuremberg. Normas éticas sobre experimentación en seres humanos [Internet]. Comisión Nacional de Bioética; 1947 [citado 4 de marzo de 2024]. Disponible en: [https://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/2.INTL.\\_Cod\\_Nuremberg.pdf](https://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/2.INTL._Cod_Nuremberg.pdf)
- 29. Cámara de Diputados. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud [Internet]. Diario Oficial de la Federación; 2014 [citado 4 de marzo de 2023]. Disponible en: [https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg\\_LGS\\_MIS.pdf](https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf)
- 30. Daoud N, O'Brien K, O'Campo P, Harney S, Harney E, Bebee K, et al. Postpartum depression prevalence and risk factors among Indigenous, non-Indigenous and immigrant women in Canada. *Can J Public Health*. 14 de febrero de 2019;110(4):440-52.
- 31. Gebregziabher NK, Netsereab TB, Fessaha YG, Alaza FA, Ghebrehiwet NK, Sium AH. Prevalence and associated factors of postpartum depression among postpartum mothers in central region, Eritrea: a health facility based survey. *BMC Public Health*. 27 de octubre de 2020;20:1614.
- 32. Harrison S, Ayers S, Quigley M, Stein A, Alderdice F. Prevalence and factors associated with postpartum posttraumatic stress in a population-based maternity survey in England. *Journal of Affective Disorders*. 16 de noviembre de 2020;(279):749-56.
- 33. Mishra K, Mohapatra I, Rout RN. An epidemiological study on depression among women during postpartum period in an urban slum of Bhubaneswar. *J Family Med Prim Care*. 30 de septiembre de 2020;9(9):4736-40.
- 34. Anastasopoulou SV, Bonotis KS, Hatzoglou C, Dafopoulos KC, Gourgoulis KI. Smoking Patterns and Anxiety Factors Among Women Expressing Perinatal Depression. *Womens Health Rep (New Rochelle)*. 10 de febrero de 2022;3(1):198-206.
- 35. Shen F, Zhou X, Guo F, Fan K, Zhou Y, Xia J, et al. Increased risk of postpartum depression in women with lactational mastitis: a cross-sectional study. *Front Psychiatry*. 1 de septiembre de 2023;14:1229678.
- 36. Hairol MI, Ahmad S, Sharanjeet-Kaur S, Hum Wee L, Abdullah F, Ahmad M. Incidence and predictors of postpartum depression among postpartum mothers in Kuala Lumpur, Malaysia: A cross-sectional study. *PLoS One*. 9 de noviembre de 2021;16(11):e0259782.
- 37. Sakemi Y, Nakashima T, Watanabe K, Ochiai M, Sawano T, Inoue H, et al. Changing risk factors for postpartum depression in mothers admitted to a perinatal center. *Pediatrics & Neonatology*. 1 de mayo de 2023;64(3):319-26.
- 38. Dagnaw FT, Addis WD, Tesfa D, Desale AT, Issa NA, Belachew YY, et al. Determinants of postpartum depression among mothers in Debre Tabor town, North-central, Ethiopia: Community-based unmatched case-control study. *Front Glob Womens Health*. 2022;3:910506.
- 39. Atuhaire C, Rukundo GZ, Nambozi G, Ngonzi J, Atwine D, Cumber SN, et al. Prevalence of postpartum depression and associated factors among women in Mbarara and Rwampara districts of south-western Uganda. *BMC Pregnancy Childbirth*. 12 de julio de 2021;21:503.
- 40. Papadopoulou SK, Pavlidou E, Dakanalis A, Antasouras G, Vorvolakos T, Mentzelou M, et al. Postpartum Depression Is Associated with Maternal Sociodemographic and Anthropometric Characteristics, Perinatal Outcomes, Breastfeeding Practices, and Mediterranean Diet Adherence. *Nutrients*. 4 de septiembre de 2023;15(17):3853.
- 41. Han L, Zhang J, Yang J, Yang X, Bai H. Between Personality Traits and Postpartum Depression: The Mediated Role of Maternal Self-Efficacy. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 19 de marzo de 2022;18:597-609.

- 42. INEGI. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. 2017 [citado 5 de junio de 2024]. Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2016. Disponible en: [https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/endireh/2016/doc/endireh2016\\_presentacion\\_ejecutiva.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/endireh/2016/doc/endireh2016_presentacion_ejecutiva.pdf)
- 43. Yi L, Y T, Ys B, Ck L, Cs Y, Ch C, et al. Association of Postpartum Depression with Maternal Suicide: A Nationwide Population-Based Study. *International journal of environmental research and public health* [Internet]. 23 de abril de 2022 [citado 18 de enero de 2023];19(9). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35564525/>
- 44. Papadopoulou SK, Pavlidou E, Dakanalis A, Antasouras G, Vorvolakos T, Mentzelou M, et al. Postpartum Depression Is Associated with Maternal Sociodemographic and Anthropometric Characteristics, Perinatal Outcomes, Breastfeeding Practices, and Mediterranean Diet Adherence. *Nutrients*. 4 de septiembre de 2023;15(17):3853.
- 45. Kassa GM, Arowojolu AO, Odukogbe ATA, Yalew AW. Adverse maternal outcomes of adolescent pregnancy in Northwest Ethiopia: A prospective cohort study. *PLoS One*. 22 de septiembre de 2021;16(9):18.

**DECLARACIÓN DE LA CONTRIBUCIÓN DE AUTORES Y COLABORADORES.**

<b>Autor</b>	<b>Contribución realizada</b>
Almeida Perales, Cristina	<p>Participó activamente en la discusión de los resultados.</p> <p>Participó en la valoración estadística de los datos, análisis matemáticos, computacional y otras técnicas para analizar o sintetizar los datos.</p> <p>Participó en la redacción y revisión del manuscrito.</p> <p>Participó en el desarrollo de la idea de investigación, objetivos y ayudó a su conceptualización.</p> <p>Participó en la elaboración y diseño de las tablas, gráficos, dibujos y fotos del trabajo final.</p>
Rivera Escobedo, Carlos	<p>Dirigió la investigación y actuó de coordinador.</p> <p>Responsable por todos los aspectos del trabajo, garantiza que los asuntos relativos a la exactitud, la confiabilidad y la integridad de cualquier parte del trabajo sean investigadas y resueltas.</p> <p>Revisó y evaluó la literatura pertinente.</p> <p>Participó activamente en la discusión de los resultados.</p> <p>Realizó los ensayos y métodos para la obtención de los datos. Desarrolló la metodología y creación de los modelos de investigación.</p> <p>Realizó la labor de investigación de campo.</p> <p>Participó en la redacción y revisión del manuscrito.</p> <p>Encargado de la búsqueda de fondos para la investigación.</p> <p>El que desarrolló la idea de la investigación, sus objetivos y la conceptualizó.</p> <p>Encargado de prever el material necesario para la realización de la investigación.</p>
Ruíz de Chávez Ramírez, Dellanira	<p>Participó activamente en la discusión de los resultados.</p> <p>Revisó y aprobó la versión final del trabajo.</p> <p>Participó en la redacción y revisión del manuscrito.</p> <p>Participó en el desarrollo la idea de la investigación, sus objetivos y la conceptualizó.</p> <p>Realizó la revisión crítica del manuscrito final.</p> <p>Participó en la elaboración y diseño de las tablas, gráficos, dibujos y fotos del trabajo final.</p> <p>Revisó y evaluó la literatura pertinente.</p> <p>Colaboró en realizar los ensayos y métodos para la obtención de los datos.</p>