

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIHUAHUA**  
**FACULTAD DE MEDICINA Y CIENCIAS BIOMEDICAS**  
**SECRETARIA DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO**



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE  
**CHIHUAHUA**

**"RIESGO DE DEPRESIÓN POSTPARTO Y SUS FACTORES DE RIESGO EN  
PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL DR. SALVADOR  
ZUBIRÁN ANCHONDO"**

POR:

**DRA. NARDA SOFÍA GONZÁLEZ GARIBAY**

TESIS PRESENTADA COMO REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE:

**ESPECIALIDAD EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**



Universidad Autónoma de Chihuahua  
Facultad de Medicina y Ciencias Biomédicas  
Secretaría de Investigación y Posgrado



La tesis **“Riesgo de depresión postparto y sus factores de riesgo en pacientes atendidas en el Hospital General Dr. Salvador Zubirán Anchondo”** que presenta Dra. Narda Sofia González Garibay, como requisito parcial para obtener el grado de: Especialidad en Ginecología y Obstetricia ha sido revisada y aprobada por la Facultad de Medicina y Ciencias Biomédicas

DR. OSCAR AGUIRRE BARRERA. \_\_\_\_\_  
Encargado del Despacho de la secretaria de investigación y posgrado  
Facultad de Medicina y Ciencias Biomédicas  
Universidad Autónoma de Chihuahua.

DRA. ROSA EMMA MARTINEZ SANDOVAL. \_\_\_\_\_  
Subdirectora de Enseñanza investigación  
Hospital General de Chihuahua Dr. Salvador Zubirán Anchondo.

DR. ÁNGEL GABRIEL GARCIA URUETA. \_\_\_\_\_  
Profesor Titular de la Especialidad  
Hospital General de Chihuahua Dr. Salvador Zubirán Anchondo.

DR. ÁNGEL GABRIEL GARCIA URUETA. \_\_\_\_\_  
Director de Tesis  
Hospital General de Chihuahua Dr. Salvador Zubirán Anchondo

DRA. MARIA ELENA MARTINEZ TAPIA. \_\_\_\_\_  
Asesor de tesis  
Especialista en Epidemiología.

Se certifica, bajo protesta de decir verdad, que las firmas consignadas al pie del presente documento son de carácter original y auténtico, correspondiendo de manera inequívoca a los responsables de las labores de dirección, seguimiento, asesoría y evaluación, en estricta conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente de esta institución universitaria.



*"RIESGO DE DEPRESIÓN POSTPARTO Y SUS FACTORES DE RIESGO  
EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL DR. SALVADOR  
ZUBIRÁN ANCHONDO"*

**Resumen**

La depresión en el periodo posterior al nacimiento constituye un problema relevante de salud pública por su impacto en el bienestar materno, neonatal y familiar. El objetivo de este estudio fue analizar la frecuencia de alteraciones del estado de ánimo tras el parto e identificar variables asociadas en mujeres atendidas en una institución de segundo nivel. Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal, en el cual se aplicó un instrumento validado de tamizaje psicológico durante el puerperio. La población estuvo conformada por mujeres que acudieron a control posterior a la resolución del embarazo, recolectándose además datos sociodemográficos, obstétricos y psicosociales. Los resultados mostraron una frecuencia global del 22 %, que se distribuyó en un 10 % correspondiente a probabilidad moderada y un 12 % a probabilidad elevada de alteraciones emocionales. Entre las variables asociadas destacaron antecedentes personales de trastornos afectivos, bajo apoyo social, eventos estresantes recientes y complicaciones obstétricas. En conclusión, estos hallazgos superan lo esperado y subrayan la importancia de implementar estrategias sistemáticas de detección temprana.

**Palabras clave:** tamizaje psicológico, puerperio, salud mental materna, escala de Edimburgo, epidemiología

*"RISK OF POSTPARTUM DEPRESSION AND ITS RISK FACTORS IN PATIENTS TREATED  
AT THE GENERAL HOSPITAL DR. SALVADOR ZUBIRAN ANCHONDO"*

**Abstract**

Depression during the postpartum period represents a relevant public health problem due to its impact on maternal, neonatal, and family well-being. The objective of this study was to analyze the frequency of mood disorders after childbirth and to identify associated variables in women treated at a secondary-level healthcare institution. An observational, descriptive, and cross-sectional study was conducted, in which a validated psychological screening instrument was applied during the puerperium. The study population consisted of women who attended postpartum follow-up visits, and sociodemographic, obstetric, and psychosocial data were also collected. The results showed an overall frequency of 22%, distributed as 10% corresponding to moderate probability and 12% to high probability of emotional disturbances. Associated variables included a personal history of affective disorders, low social support, recent stressful events, and obstetric complications. In conclusion these findings exceed expected values and highlight the importance of implementing systematic early detection strategies

**Keywords:** psychological screening, puerperium, maternal mental health, Edinburgh scale, epidemiology

Chihuahua, Chih. a

Oficio No. CEI-AR-0001-2026

**APROBACIÓN DE RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN**

**REUNIÓN ORDINARIA**


EN LA CIUDAD DE CHIHUAHUA, CHIH., SIENDO LAS 10:00 HORAS DEL DÍA MARTES 14 DE ENERO DEL 2026 EN EL LUGAR QUE OCUPA LA SALA DE JUNTAS DE LA SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN DE ESTE HOSPITAL GENERAL DR. SALVADOR ZUBIRÁN ANCHONDO, UBICADO EN AVE. CRISTOBAL COLÓN #510 COL. BARRIO EL BAJO, SE REUNIERON LOS INTEGRANTES DEL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN CON EL FIN DE DAR RESPUESTA A LA PRESENTACIÓN DE RESULTADOS DE LA TESIS CON NÚMERO DE REGISTRO 0405 Y FECHA DE APROBACIÓN 10 DE JUNIO DEL 2025: *RIESGO DE DEPRESIÓN POSTPARTO Y SUS FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL DR. SALVADOR ZUBIRÁN ANCHONDO QUE PRESENTA EL C.*

**DRA. NARDA SOFÍA GONZÁLEZ GARIBAY**  
**MÉDICO RESIDENTE DE LA ESPECIALIDAD DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

----- OBSERVACIONES -----

- QUEDA ACEPTADO PARA LOS TRÁMITES DE TITULACIÓN
- SE LE SUGIERE PUBLICAR LOS RESULTADOS DE SU INVESTIGACIÓN EN PLAZO MÁXIMO DE 6 MESES A PARTIR DE LA FECHA DE PRESENTACIÓN.

NO HABIENDO OTRO ASUNTO MAS QUE TRATAR SE DA POR TERMINADA LA PRESENTE, FIRMANDO AL CALCE EL PRESIDENTE DEL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL GENERAL "DR. SALVADOR ZUBIRÁN ANCHONDO".

  
HOSPITAL GENERAL  
"Dr. Salvador Zubiran Anchondo"  
COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

  
\_\_\_\_\_  
DR. CARLOS ROBERTO CERVANTES SÁNCHEZ  
PRESIDENTE DEL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

14 ENE 2026

Ave. Cristóbal Colón No. 510,  
Col. Barrio El Bajo, Chihuahua, Chih.  
Teléfono (614) 429-3300 Ext.17421

www.chihuahua.gob.mx/  
secretariadesalud

## **AGRADECIMIENTOS**

A mis profesores, por compartir con generosidad su conocimiento y experiencia, y por contribuir de manera esencial a mi formación.

A mi familia, por su amor incondicional, por ser siempre mi mayor refugio y mi sostén, por acompañarme con paciencia y cariño en los momentos más difíciles.

A mi novio, por su amor, su apoyo absoluto y su compañía constante; por creer en mí, animarme en cada paso y recordarme siempre que puedo ser mejor.

A mis compañeros de residencia, por el tiempo compartido, el compañerismo y el trabajo en equipo, sin los cuales la labor diaria no habría sido posible.

A todas las pacientes, por ser la razón y la inspiración para mejorar día con día; gracias por permitirme aprender y crecer a su lado



## ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN .....	1
2. MARCO TEÓRICO.....	1
3. ANTECEDENTES .....	7
4. PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA.....	9
5. JUSTIFICACIÓN .....	11
6. HIPÓTESIS .....	12
7. OBJETIVOS .....	12
7.1 OBJETIVO GENERAL .....	12
7.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	12
8. MATERIAL Y MÉTODOS .....	13
8.1 tipo estudio .....	13
8.2 diseño de estudio .....	13
8.3 población de estudio .....	13
8.4 lugar de realización .....	13
8.5 grupo de estudio.....	13
8.6 criterios de selección.....	13
8.7 tamaño de la muestra .....	14
8.8 operacionalización de las variables .....	14
8.9 procedimiento.....	16
8.10 análisis estadístico .....	17
9. CONSIDERACIONES ÉTICAS .....	17
10. RECURSOS .....	18
11. CRONOGRAMA .....	18
12. RESULTADOS.....	18
13. DISCUSIÓN.....	28
14. CONCLUSIONES.....	31
15. REFERENCIAS .....	32
16. ANEXOS.....	35
16.1 escalas .....	35
16.2 consentimiento informado .....	37
16.3 dictamen de aprobacion.....	39



## 1. INTRODUCCIÓN

La salud mental materna es un aspecto primordial del bienestar de la mamá y el bebé. En el embarazo, las mujeres viven cambios hormonales, emocionales y físicos que pueden llegar a afectar su estado psicológico. La gestación es un estado natural deseado y esperado la gran mayoría de las veces, sin embargo, no todas lo experimentan de una manera positiva. Para algunas, la gestación genera ansiedad, estrés e incluso síntomas depresivos, los cuales, de no diagnosticarse y tratarse en forma oportuna, pueden evolucionar a trastornos de salud mental graves, como la depresión postparto.

Los estados depresivos durante el embarazo es el factor de riesgo más significativo en la depresión post parto, así como falta de apoyo social, condiciones económicas adversas y experiencias traumáticas también pueden aumentar el riesgo de aparición.

La calidad de salud mental de la madre no solo la afecta a ella sino el desarrollo del bebé aumentando el riesgo de parto prematuro, bajo peso al nacer y problemas cognitivos conductuales durante la niñez es por ello por lo que una detección temprana salvaguarda el bienestar materno e infantil.

La presente investigación tiene la misión de visualizar la relación entre la salud mental, la depresión postparto y el riesgo que existe dentro del Hospital General Salvador Zubirán Anchondo, tener en claro el riesgo y comprender la enfermedad contribuirá a generar conciencia sobre la relevancia del apoyo psicológico y social a las mujeres, logrando generar intervenciones que reduzcan este riesgo y mejoren la calidad de vida de nuestras pacientes.

## 2. MARCO TEÓRICO

### **Salud mental de mujer durante el embarazo**

La salud mental en la mujer ha tomado relevancia en los últimos años estando bajo la observación que la mujer es más propensa a sufrir ciertos trastornos del estado de ánimo como lo son la depresión y la ansiedad



En reportes de la OMS marca la relevancia y repercusiones que llegan a tener las enfermedades psiquiátricas en la salud reproductiva de la mujer. Por otra parte, la vulnerabilidad a la que se ven expuestas en ciertas etapas de la vida como lo son la adolescencia, embarazo, posparto y menopausia podría incrementar este riesgo

Se estima que cerca del 21.7 % de las mujeres embarazadas sufren depresión sin embargo se cree que este porcentaje es similar en mujeres que no están en periodo de gestación (1)

El embarazo y el puerperio son momentos decisivos y trascendentales en la vida de toda mujer, así como para el desarrollo del producto como en la creación del vínculo de la madre y el hijo ya que los sentimientos y apego hacia el bebé definirá en un futuro las relaciones y vínculos que tenga a lo largo de su vida. (2)

Las mujeres que sufren de algún tipo de alteración psicológica pueden ir desde la tristeza temporal hasta pensamientos suicidas, esto aunado a los cambios que se viven durante estas etapas. cambios físicos, sociales, emocionales, cambio de roles sociales y actividades a los cuales se les suma la presión de adquirir nuevas habilidades que conlleven la gran responsabilidad de cubrir y anteponer las necesidades del recién nacido a las propias sumando finalmente una exposición a niveles elevados de estrés que detonan en una etapa de gran vulnerabilidad.

### **Depresión postparto**

El manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales de la quinta edición (DSM - 5) define depresión posparto como un trastorno depresivo mayor el cual puede comenzar en los 12 meses posteriores al nacimiento con una regularidad diaria por 2 semanas consecutivas (3).

Es importante recalcar que coexisten diversos trastornos similares como la tristeza postparto caracterizada por comenzar entre los dos y cuatro días posteriores con variabilidad en los síntomas y resolución espontánea dentro de las siguientes dos semanas siguientes a



su aparición y se calcula que afecta del 30 - 70 % de las madres sin embargo la psicosis postparto episodio psicótico más común en madres primerizas aparece en los dos días posteriores al evento obstétrico en uno a dos de cada 1000 partos se necesita de tratamiento inmediato, así como hospitalización y resguardo de la madre y recién nacido (3,4).

Los síntomas más comunes son basados en la ansiedad ya que el 40% de las manifestaciones están relacionados con ella, también con cierta inclinación a síntomas obsesivos compulsivos en un 30% (5) que pueden incitar a pensamientos intrusivos que podrían condicionar a empeorar el cuadro. También se incluyen síntomas asociados a la privación del sueño, irritabilidad, sensación constante de estar abrumado, preocupación obsesiva por el bebé o deseos de ejercer violencia en contra de él.

### **Epidemiología de la depresión postparto**

La Organización Mundial de la Salud OMS, han reconocido la necesidad de visualizar la importancia de capacitar adecuadamente a los profesionales de la salud para mejorar el reconocimiento y seguimiento de esta patología para evitar que la severidad pueda tener repercusiones tanto para la madre como el bebé con tratamientos conservador o farmacológico según sea la gravedad del caso.

Se estima que una de cada cinco mujeres ha sufrido algún episodio depresivo y se prevé que en el futuro estas puedan desencadenar irregularidades en el estado de ánimo. (6).

Cerca del 85% de las mujeres van a presentar alguna alteración en el estado de ánimo durante el puerperio, pero se estima que del 8 al 25% tendrán síntomas incapacitantes y de este último porcentaje el 50% no será diagnosticado. (7)

En países desarrollados se presenta la depresión post parto en un 13% y en países en vías de desarrollo hasta en un 20% de las mujeres siendo la primer causa de hospitalización de causa no obstétrica en mujeres en edad fértil en estados unidos (8) y es importante recalcar la relación con el contexto socioeconómico de los países de bajos y medianos ingresos esto se explicaría por factores de riesgo más prevalentes en esto escenarios como lo son falta de apoyo y entornos envueltos en situaciones con connotaciones negativas.



Se estima que a nivel mundial la frecuencia de depresión post parto va del 8 hasta el 25%, en México el Instituto Nacional de Perinatología (INPER) notificó una prevalencia del 21.7% en el año 2001. (9)

### **Fisiopatología de la depresión postparto**

La fisiopatología de la enfermedad es un poco incierta nos menciona que el primer predisponente es tener algún desorden del estado de ánimo de base que no ha sido adecuadamente abordado, la rápida disminución de hormonas posterior al nacimiento probablemente contribuya a su desencadenamiento sumado a los factores genéticos , sociales e interpersonales su curso natural es la resolución espontánea, pero existen pacientes cerca de un 20 % con cuadros persistentes hasta posterior a un año y un 13% posterior a los 2 años. (10) su desarrollo es complejo e incluyen evidencia de factores biológicos, hormonales, genéticos y de función inmunitaria que participan en su desarrollo.

Las hormonas tienen etiología importante en la depresión post parto ya que conllevan el procesamiento de las emociones y se equilibran varios sistemas biológicos que participan también en el desarrollo de depresión como el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, carga genética así como existen estudios que reflejan como neurotransmisores se regulan por las hormonas disminuidas en el post parto. La pregnenolona metabolito principal de la progesterona puede tener una función especial es un modulador de receptores del ácido  $\gamma$ -aminobutírico GABA ha demostrado tener relevancia antidepresiva. Niveles bajos de GABA están relacionados con depresión y trastornos en el estado de ánimo. GABA neurotransmisor inhibitor del sistema nervioso central equilibrando el sistema inhibitorio – excitatorio, gracias a que regula la respuesta al estrés a largo plazo es por eso por lo que se ve refleja que con los niveles bajos de progesterona se da una disminución de las subunidades  $\gamma$  y  $\delta$  predisponiendo a la depresión post parto. Desde 1980 Emrich propuso la implicación de la importancia del neurotransmisor GABA así como se ha reiterado su importancia al evidenciar que la administración ISRR produce que las concentraciones de GABA aumenten hasta en un 34 % con mejora de los cuadros depresivos. (11)



Es por eso por lo que en ciertas fases reproductivas como premenstrual, posparto y perimenopausia se pueden ver acompañadas de gran componente depresivo.

### **Diagnóstico de la depresión postparto**

El impacto a futuro de una depresión postparto no atendida repercute en satisfacer necesidades de los hijos o hijas, así como el desarrollo cognitivo, conductual, emocional con problemas de apego inseguro y mayor riesgo de presentar problemas psiquiátricos futuros.

Es por ello por lo que es necesario una estrategia diferente para lograr abordar y canalizar a las pacientes adecuadamente. la aparición de depresión post parto es más común en los primeros 3 meses (12)

En la guía de práctica clínica Mexicana se menciona que si se va a hacer uso de una herramienta universal para su diagnóstico se recomienda entre la semana 6 y 16 así se equilibrara la detección temprana y tardía del padecimiento y quedamos dentro del pico de mayor incidencia de la enfermedad (12)

Se hace relevancia a las intervenciones psicológicas tempranas, se puede realizar la valoración a través de la prueba de Edimburgo prueba de alta seguridad que logra identificar en un 60 % a las pacientes dentro de las primeras 20 semanas post parto y 80 % dentro del primer año (13)

La escala de Edimburgo es un cuestionario de pesquisa desarrollado desde 1987 con 10 preguntas con puntuación cada una de 0 - 3 pts. sobre el comportamiento del paciente sobre los 7 días anteriores que busca indagar los comportamientos y pensamientos de las puérperas como lo son menos rendimiento, alteraciones en el patrón de sueño, ánimo depresivo, sentimientos de culpa, ideaciones suicidas, pérdida del placer, etc. Puntuaciones iguales o mayores a 10 es breve con una duración de aproximadamente 5 minutos y valido una herramienta económica para llevarse a cabo presencialmente, vía telefónica o correo electrónico.



Sin embargo, se debe tener en claro que no es diagnóstica ya que el estándar de oro es el diagnóstico realizado por los criterios DSM -V, así como la valoración clínica de un psiquiatra, pero tiene gran relevancia como prueba de cribado y valoración de riesgo (14)

La escala de depresión post parto de Edimburgo fue validada en el año 2000 en la población Mexicana donde muestran una sensibilidad del 90% y una especificidad del 82% con un valor predictivo positivo del 77 % y un valor predictivo negativo del 94% (15).

### **Tratamiento de la depresión postparto**

La relevancia que tiene la infancia en el crecimiento y desarrollo infantil, así como se mencionaba anteriormente en la creación de vínculos afectivos e interpersonales incluidos también hábitos nutricionales y cognitivos que repercuten en la vida adulta es por ello por lo que las intervenciones para mejorar de depresión materna contribuirán a mejores resultados pediátricos (16).

El manejo integral y multidisciplinario se tienen que lograr reuniendo estrategias sociales que contribuyan al autocuidado, la socialización, apoyo emocional teniendo como meta reducir el impacto negativo de ciertos eventos vitales o factores estresantes, actividades como lo son el ejercicio aeróbico, intervenciones en el sueño infantil que como tal produzcan aumento en la calidad y cantidad de horas de sueño materno son algunos de los cambios psicosociales a implementar. Para algunas mujeres con depresión post parto leve las acciones psicosociales aunadas a terapia cognitivo conductual pueden ser suficientes sin embargo las pacientes con síntomas graves requieren estrategias adicionales siendo las intervenciones psicológicas junto con farmacoterapia lo indicado.

Las terapias farmacológicas hay que recalcar que en su mayoría son aprobadas en lactancia un punto importante a tomar en cuenta en el posparto. Los inhibidores de la recaptura de la serotonina ISRS como la sertralina, fluoxetina, escitalopram, venlafaxina, tienen un paso mínimo a leche compatible con la lactancia segura así que el beneficio supera los posibles



eventos adversos que no han sido descritos sobre el su uso durante esta etapa sin embargo los estudios de seguridad más grandes los tiene la sertralina. (5)

Los ISRS como se menciona son seguros durante la lactancia, sin embargo, medicamentos como el bupropión está contraindicado por poder ocasionar convulsiones en infantes, los antidepresivos tricíclicos tienen mayor paso a leche materna por lo cual no son considerados de primera línea durante esta etapa y si es necesario su uso la nortriptilina tiene la mayor seguridad, (5).

Medicamentos coadyuvantes o potenciadores de la terapia farmacológica como los son benzodiazepinas o antipsicóticos no son recomendados. también es importante informar a las pacientes que estos medicamentos requieren una adecuada adherencia al tratamiento y semanas para poder valorar su eficacia.

En el 2019 se aprobó por la FDA un nuevo medicamento únicamente para la depresión postparto la alopregnenolona con su nombre comercial Brexanolona un moduladora de los receptores GABA únicamente usado en centros psiquiátricos autorizados donde se realiza una infusión endovenosa continua por 60 horas con monitorización de la paciente. (5)

### **3. ANTECEDENTES**

La depresión postparto es un trastorno mental que afecta del 13 – 15 % de las mujeres púerperas (17) Empezando por síntomas depresivos en las primeras semanas o meses tras el nacimiento de sus hijos, lo que nos puede llevar a tener desenlaces fatales tanto para la madre como para el bebé, la salud mental materna históricamente es un tema poco abordado a comparación de con otras patologías del embarazo y parto. Pero en los últimos años, diversos estudios han recalcado la importancia de identificar y tratar los síntomas depresivos en las mujeres en periodo de puerperio. El estudio de la depresión post parto no comenzaría en México hasta en los años 80, En nuestro país se han realizado aproximadamente nueve estudios a partir de 1991 según la dirección de investigaciones epidemiológicas y psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz dando la



prevalencia por entrevista clínica y autoinforme en zonas urbanas siendo más alta la entrevista clínica con el 6.6 % hasta el 24-6 %. (17)

Existen menos estudios para las zonas rurales con 2 estudios en donde se estima prevalencia del 11% y 12.9 % y grupos indígenas con un pequeño estudio únicamente con una prevalencia del 7% en la muestra además de un solo estudio registrado que tome en cuenta el riesgo de depresión post parto en padres y únicamente el 10 % cumplió criterios para DPP (17).

En el año 2014 se redactó en México la guía de práctica clínica para la prevención, diagnóstico y manejo de la Depresión post parto en el primer y segundo nivel de atención. La Norma Oficial Mexicana NOM- 007-SSA-2016 de la Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y la atención de recién nacido publicada en Julio de 1994 pero no fue hasta el año 2010 donde se incluyen criterios para atender, cuidar e identificar síntomas depresivos o cualquier trastorno relacionado con la salud mental en la mujer en estado de puerperio (18), por otra parte, la norma no especifica ni destina recursos materiales ni humanos para su implementación.

Son pocos los estudios encontrados acerca del tema sin embargo durante la revisión bibliográfica se encontró también trabajos académicos de investigación con temáticas similares a este trabajo como son: Prevalencia y factores de riesgo asociados depresión posparto en puérperas en el hospital de la mujer de Ciudad Juárez en el año 2014 concluyendo que la prevalencia de depresión posparto dentro del hospital era lo esperado para las estadísticas de países en vías de desarrollo y como factor de riesgo principal la realización de operación cesárea en su población (19) , En el año 2016 se elaboró un estudio recopilando los factores de riesgo , síntomas de depresión y ansiedad en el posparto en adolescentes con una muestra conformada por 120 adolescentes entre 14 – 19 años cursando el primer semestre posparto en dos centros de salud T-III ubicados en las jurisdicciones Sanitarias de Iztapalapa y Xochimilco como resultados se encontraron que 30 % de las pacientes cuentan con síntomas depresivos y 18.3 % de ansiedad, los análisis indicaron que el sentirse deprimidas o con cambios en el estado de ánimo durante el embarazo fue el factor de riesgo



primordial asociado a su persistencia en el posparto (20). Y el más reciente Depresión Postparto en el puerperio durante la pandemia SARSCOV-2 en un hospital de tercer nivel en el año 2022 siendo un análisis longitudinal prospectivo en el Hospital Universitario “ Dr José Eleuterio González “ en Monterrey Nuevo León al momento de puerperio inmediato 24- 48 hrs posteriores al parto con la aplicación del cuestionario de Edimburgo como resultado se obtuvo una incidencia de depresión postparto del 15% con un incremento en el 3% a lo reportado por la misma institución en el 2013 (21).

A nivel estatal en Chihuahua hay pocos estudios sobre prevalencia y factores de riesgo lo que no permite visualizar el impacto de la salud materna la cual afecta más allá de solo la madre afectando la dinámica familiar y el desarrollo del recién nacido y demás hijos.

#### **4. PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA**

La salud mental ha cobrado gran relevancia, por lo que el personal de salud debe estar más consciente de la importancia de identificar los problemas que afectan a los pacientes. En las mujeres, durante las distintas etapas de su vida como la adolescencia, embarazo, puerperio y menopausia presentan una mayor vulnerabilidad a trastornos del estado de ánimo, como la depresión y la ansiedad.

Entre estos, la depresión posparto representa uno de los trastornos mentales con mayor impacto tanto en las madres como en el recién nacido, afectando el vínculo afectivo madre hijo y el desarrollo cognitivo, emocional y social del infante, se ha observado que no se brinda la debida atención a los trastornos de salud mental, en particular a la depresión posparto. Se ha documentado que la prevalencia e incidencia de esta condición es mayor durante las primeras doce semanas posteriores al parto.

El embarazo y el puerperio son periodos de cambios fisiológicos, psicológicos y sociales intensos que pueden detonar alteraciones en el estado emocional. Se estima que cerca del 85% de las mujeres experimentan algún grado de alteración anímica durante el puerperio, y



entre un 8% a 25% pueden presentar síntomas incapacitantes, siendo que hasta un 50% de los casos no son diagnosticados adecuadamente (7).

La depresión posparto, definida por el DSM-5 como un trastorno depresivo mayor con inicio en las primeras semanas hasta los 12 meses posteriores al parto (3) requiere atención clínica oportuna para evitar complicaciones graves, incluyendo pensamientos suicidas o ideas de daño hacia el recién nacido.

En países en vías de desarrollo, como México, la prevalencia de depresión posparto puede alcanzar hasta un 20% (8), influida por factores sociales, económicos y culturales. A nivel nacional, el Instituto Nacional de Perinatología reportó una prevalencia del 21.7% en 2001. (9) A pesar de estas cifras, persiste un déficit en el diagnóstico y tratamiento oportuno de esta enfermedad, debido principalmente a la falta de herramientas de tamizaje sistemáticas en las unidades de salud, así como la escasa capacitación del personal en salud mental perinatal

En el caso específico del Hospital General "Dr. Salvador Zubirán Anchondo", se ha observado que no se implementa de manera rutinaria un protocolo de detección temprana de síntomas depresivos en el puerperio, limitando así la posibilidad de intervenir oportunamente. Herramientas como la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo, que ha mostrado una alta sensibilidad y especificidad en la población mexicana, podrían representar una estrategia eficaz de cribado.

Considerando esta problemática, surge la necesidad de conocer la magnitud del problema en el contexto local para promover la implementación de estrategias efectivas de prevención, detección y atención. Por tanto, se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la frecuencia del riesgo de depresión posparto durante las primeras doce semanas del puerperio y cuáles son los principales factores de riesgo asociados en mujeres atendidas en el Hospital General "Dr. Salvador Zubirán Anchondo"?



## 5. JUSTIFICACIÓN

La depresión posparto es la patología psiquiátrica más común en mujeres en puerperio, que afecta considerablemente la calidad de vida de las mujeres y que puede tener consecuencias negativas tanto para la madre como para el desarrollo del recién nacido debido a la vulnerabilidad emocional y fisiológica que caracteriza este periodo. A pesar de su alta prevalencia a nivel mundial con tasas que oscilan entre el 8% y el 25%— y la existencia de herramientas eficaces para su detección, como la Escala de Edimburgo, en muchos hospitales del sistema de salud mexicano no se implementa un tamizaje sistemático, lo cual retrasa el diagnóstico oportuno y el acceso a tratamiento.

El identificar la frecuencia del riesgo dentro de la institución, así como reconocer sus manifestaciones clínicas, factores de riesgo y herramientas diagnósticas disponibles, es fundamental para lograr un diagnóstico preciso y brindar un tratamiento adecuado permitiría la implementación de estrategias efectivas para su detección temprana dentro del sistema de salud, así como la canalización oportuna a consulta especializada. Además, contribuiría a crear intervenciones más tempranas y eficaces. previniendo consecuencias graves, como el deterioro de la dinámica familiar, el posible abuso de sustancias, el descuido materno e incluso escenarios críticos como el suicidio o la omisión de cuidado hacia el recién nacido y otros infantes.

En el Hospital General “Dr. Salvador Zubirán Anchondo”, actualmente no se cuenta con estadísticas propias al respecto. Este estudio permite crear evidencia local, indispensable para diseñar programas de prevención y atención específicos según el contexto y las características de la población atendida.

Así mismo, esta investigación puede servir como base para promover la capacitación del personal de salud en el uso de instrumentos de detección de riesgo de depresión y el desarrollo de protocolos institucionales que contemplen el abordaje de la salud mental perinatal, alineándose con las recomendaciones de la NOM y la Guía de Práctica Clínica



aunado a generar conciencia sobre la importancia de integrar la salud mental materna en el cuidado integral del embarazo y puerperio.

## **6. HIPÓTESIS**

Se espera que al menos 15% de las mujeres puérperas dentro de las primeras doce semanas posparto atendidas en el Hospital General de Chihuahua "Dr. Salvador Zubirán Anchondo" presentan riesgo de depresión posparto.

## **7. OBJETIVOS**

### **7.1 OBJETIVO GENERAL**

Identificar la frecuencia de pacientes con riesgo de depresión post parto dentro de las primeras doce semanas de puerperio, en mujeres atendidas en el Hospital General de Chihuahua "Dr. Salvador Zubirán Anchondo".

### **7.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Comparar la frecuencia de cesárea entre las pacientes con y sin riesgo de depresión post parto dentro de las primeras doce semanas de puerperio, en mujeres atendidas en el Hospital General de Chihuahua "Dr. Salvador Zubirán Anchondo".
- Comparar la frecuencia de comorbilidades entre las pacientes con y sin riesgo de depresión post parto dentro de las primeras doce semanas de puerperio, en mujeres atendidas en el Hospital General de Chihuahua "Dr. Salvador Zubirán Anchondo".
- Comparar la frecuencia de complicaciones durante el parto entre las pacientes con y sin riesgo de depresión post parto dentro de las primeras doce semanas de puerperio, en mujeres atendidas en el Hospital General de Chihuahua "Dr. Salvador Zubirán Anchondo".
- Comparar la frecuencia de complicaciones neonatales entre las pacientes con y sin riesgo de depresión post parto dentro de las primeras doce semanas de puerperio, en



mujeres atendidas en el Hospital General de Chihuahua “Dr. Salvador Zubirán Anchondo”.

## **8. MATERIAL Y MÉTODOS**

### **8.1 tipo estudio**

Observacional

### **8.2 diseño de estudio**

Transversal, comparativo, prospectivo

### **8.3 población de estudio**

Pacientes en las primeras 12 semanas posteriores a la atención de parto atendidas por Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de Chihuahua “Dr. Salvador Zubirán Anchondo”.

### **8.4 lugar de realización**

Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de Chihuahua “Dr. Salvador Zubirán Anchondo”.

### **8.5 grupo de estudio**

Pacientes con o sin riesgo de depresión postparto, evaluadas a través de la Escala de Edimburgo.

### **8.6 criterios de selección**

#### **Criterios de Inclusión**

- Edad mayor a 18 años
- Que acepte participar en el estudio
- Que cuente con número telefónico para poder dar seguimiento a la paciente



## Criterios de exclusión

- Pacientes con diagnóstico psiquiátrico previo documentado (depresión mayor, trastorno bipolar, esquizofrenia, etc.).
- Mujeres con diagnóstico actual de enfermedad neurológica que interfiera con la valoración del estado de ánimo.
- Mujeres con complicaciones obstétricas graves que impidan su participación (ej. ingreso a terapia intensiva, pérdida neonatal inmediata, etc.).
- Mujeres con dificultad para la comunicación.

## 8.7 tamaño de la muestra

Utilizando el software estadístico Equidad versión 3.1, se aplicó la fórmula para el cálculo del tamaño de muestra para una proporción con población finita. Se consideró una población estimada de 625 pacientes atendidas por parto en un periodo promedio de cinco meses, con una proporción esperada del 15% de riesgo de depresión posparto, un intervalo de confianza del 95% y una precisión del 5%. Con estos parámetros, se obtuvo un tamaño de muestra de 150 pacientes. Las pacientes serán seleccionadas mediante muestreo consecutivo hasta completar el tamaño de la muestra.

## 8.8 operacionalización de las variables

### Variable dependiente

Variable	Definición	Indicador	Tipo de variable y escala de medición
Riesgo de Depresión posparto	Mediante la aplicación de la Escala de Edimburgo se idéntica la presencia o no de riesgo de depresión postparto	1. Posible 2. Bajo Riesgo	Cualitativa nominal



### VARIABLES INDEPENDIENTES

Variable	Definición	Indicador	Tipo de variable y escala de medición
Comorbilidad	Presencia de alguna patología previa al embarazo y se mantiene durante el embarazo, como la Diabetes Mellitus, el hipotiroidismo, la hipertensión crónica.	1. Si 2. No	Cualitativa nominal
Complicaciones de la madre	Presencia de patologías propias del embarazo, como la Diabetes Gestacional, los trastornos hipertensivos del embarazo, hemorragia obstétrica.	1. Si 2. No	Cualitativa nominal
Vía de interrupción del embarazo	Resolución del embarazo vía abdominal o vaginal.	1. Parto 2. Cesárea	Cualitativa nominal
Complicaciones del neonato	Presencia de patologías del recién nacido que ocasionen su estancia en UCIN o en pediatría.	1. Si 2. No	Cualitativa nominal

### VARIABLES DE CONTROL

Variable	Definición	Indicador	Tipo de variable y escala de medición
Edad de la madre	Años cumplidos al momento del estudio.	Años	Cuantitativa discontinua
Gestas	Número de embarazos al momento del estudio.	Número de gestas	Cuantitativa discontinua
Estado civil		1- Soltera 2- Casada 3- Unión libre	Cualitativa nominal
Escolaridad	Último nivel de estudios	1- Analfabeta 2- Sabe leer y escribir 3- Primaria 4- Secundaria 5- Nivel técnico 6- Preparatoria 7- Profesional 8- Otro	Cualitativa nominal



## 8.9 procedimiento

Se llevó a cabo un estudio descriptivo de tipo transversal, que incluyó a pacientes de todas las edades atendidas por el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General "Dr. Salvador Zubirán Anchondo" de la ciudad de Chihuahua, Chihuahua, durante las primeras doce semanas posteriores a su evento obstétrico (parto o cesárea).

### 1. Consentimiento informado

Al momento del ingreso hospitalario, se solicitó a las pacientes su consentimiento informado para ser contactadas vía telefónica a las doce semanas postparto, con el fin de dar seguimiento a su estado de salud mental mediante la aplicación de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo.

### 2. Recolección de datos

Se aplicó un cuestionario estructurado para recolectar datos sociodemográficos y clínicos. Cada cuestionario contó con un folio único que permitió su identificación y coincidencia con los resultados de la escala de Edimburgo.

### 3. Aplicación de la Escala de Edimburgo

La Escala de Edimburgo fue aplicada vía telefónica a las doce semanas postparto.

Esta herramienta consta de 10 preguntas con respuestas en escala de tipo Likert (de 0 a 3 puntos), que evalúa la intensidad de síntomas depresivos durante la última semana. Los síntomas evaluados incluyen:

- Ansiedad
- Alteraciones del sueño
- Sentimientos de culpa
- Tristeza
- Anhedonia
- Pensamientos autolesivos

Los puntajes obtenidos se interpretaron de la siguiente manera:

- 0 a 9 puntos: Bajo riesgo de depresión



- 10 a 12 puntos: Posible depresión (requieren atención especializada)
- 13 puntos o más: Alto riesgo de depresión (requiere atención especializada)
- Cualquier puntaje mayor a 0 en el ítem 10: Indicativo de riesgo de suicidio (requiere atención urgente)

#### 4. Intervención y canalización

Las pacientes con posible riesgo ( $\geq 10$  puntos) serán canalizadas al servicio de psicología para su seguimiento. Aquellas con alto riesgo ( $\geq 13$  puntos) o con puntuación positiva en el ítem 10 serán referidas de manera prioritaria al servicio de psiquiatría para su evaluación integral y atención especializada.

#### 8.10 análisis estadístico

Los datos serán capturados en una base de datos en formato EXCEL, el análisis se realizará en el Software estadístico EPIINFO ver 7.2.5.0 y MINITAB 21.

Se realizará un análisis descriptivo bivariado, utilizando medidas de frecuencia para las variables cualitativas y de resumen y dispersión para las cuantitativas. Para la comparación de grupos se utilizará X<sup>2</sup> para las variables cualitativas y T de Student para las cuantitativas considerando un valor de  $p < 0.05$  para establecer significancia estadística.

### 9. CONSIDERACIONES ÉTICAS

De acuerdo con la declaración de Helsinki, la cual establece que "El bienestar de los seres humanos debe tener siempre primacía sobre los intereses de la ciencia y la sociedad", toda investigación que involucre seres humanos debe contar con un consentimiento informado por escrito. Este debe explicar con claridad la finalidad del estudio, asegurarse de que el participante no tenga relación o dependencia con el investigador, evitar cualquier conflicto de intereses y procurar que el participante reciba algún beneficio directo o indirecto respetando en todo momento los principios de autonomía, beneficencia y no maleficencia y justicia.

Este estudio fue sometido previamente a la evaluación del comité de Ética del Hospital General de Chihuahua "Dr. Salvador Zubirán Anchondo", el cual verificó que se cumplieran todas las disposiciones éticas para su realización.

Siguiendo estos principios a cada participante se le invitó de manera voluntaria a formar parte del estudio. Aquellas pacientes que acepten se les pidió consentimiento informado, utilizando un código único para vincular los cuestionarios con los datos personales sociodemográficos sin que se revelara su identidad resguardados únicamente para fines académicos con uso exclusivo en este trabajo de investigación.



## 10. RECURSOS

**Recursos humanos:** Investigador a cargo

**Recursos materiales:** Internet, computadora Laptop, impresora, hojas de papel tamaño carta para impresión de borradores.

**Recursos económicos:** Se utilizaron recursos económicos propios del investigador principal

## 11. CRONOGRAMA

Actividades 2025	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
Elaboración del protocolo									
Autorización del Comité de Ética									
Recolección de la información									
Procesamiento de datos									
Informe final									

## 12. RESULTADOS

Durante el periodo de estudio se identificaron 272 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. De ellas, se obtuvo el número telefónico con el fin de localizarlas; sin embargo, únicamente 150 pacientes respondieron a la llamada y aceptaron participar en el estudio.

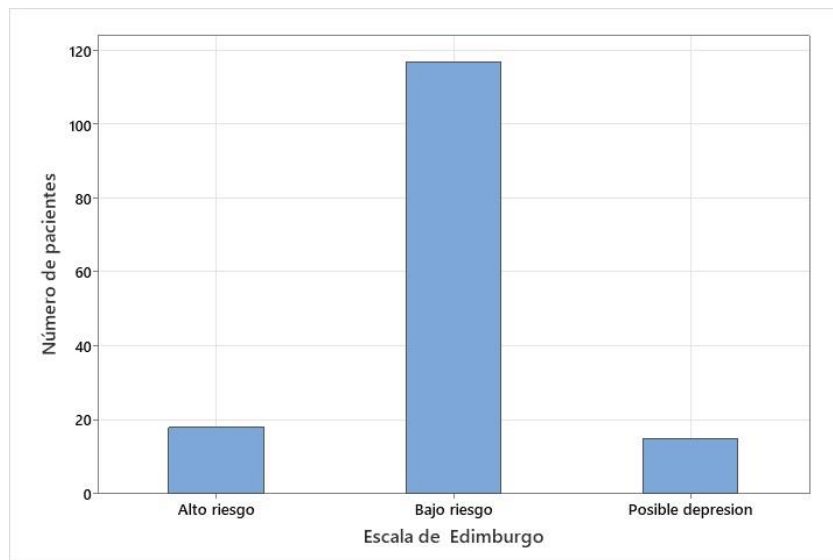
De las 150 participantes incluidas en el estudio, el 78% (n=117) fueron clasificadas con bajo riesgo, mientras que el 12% (n=18) presentaron alto riesgo y el 10% (n=15) mostraron indicios de posible depresión. Tabla 1 y Gráfica 1.



**Tabla 1. Clasificación del riesgo emocional en las pacientes participantes**

Clasificación	Frecuencia	Porcentaje
<b>Alto riesgo</b>	18	12.00%
<b>Bajo riesgo</b>	117	78.00%
<b>Posible depresión</b>	15	10.00%
<b>Total</b>	150	100.00%

**Gráfica 19. Clasificación del riesgo de depresión de acuerdo con la escala de Edimburgo en las pacientes participantes**

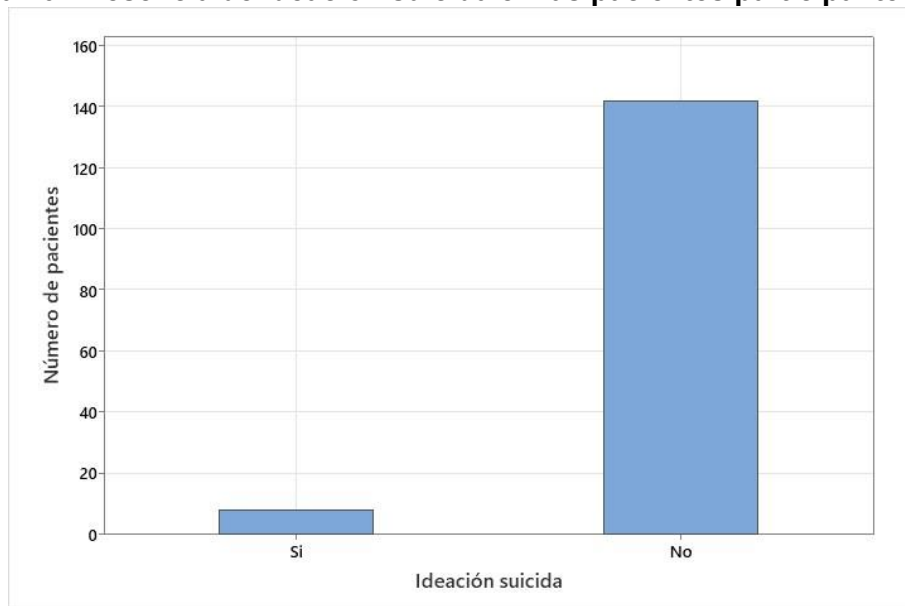


En cuanto a la presencia de ideación suicida, el 5.33% (n=8) refirió haber tenido pensamientos suicidas, en contraste con el 94.67% (n=142) que no reportó este tipo de pensamientos, Tabla 2 y Gráfica 2.

**Tabla 2. Presencia de ideación suicida en las pacientes participantes**

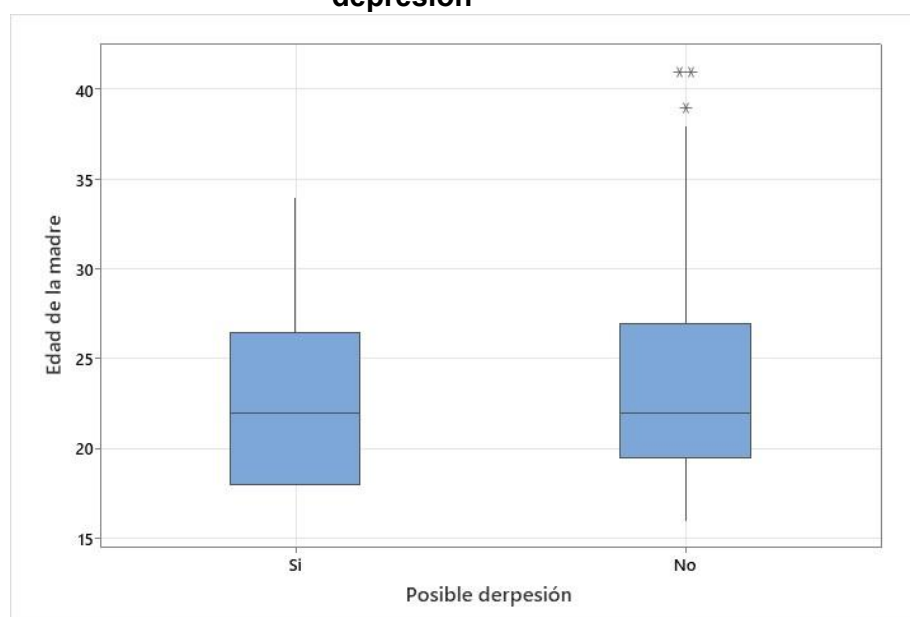
Clasificación	Frecuencia	Porcentaje
<b>Si</b>	8	5.33%
<b>No</b>	142	94.67%
<b>Total</b>	150	100.00%

**Gráfica 20. Presencia de ideación suicida en las pacientes participantes**



La edad promedio de las madres fue ligeramente menor en el grupo con posible depresión ( $23.2 \pm 4.7$  años) en comparación con el grupo sin depresión ( $24.0 \pm 5.7$  años). Sin embargo, esta diferencia no fue estadísticamente significativa ( $t = -0.76$ ;  $p = 0.449$ ). Gráfica 3

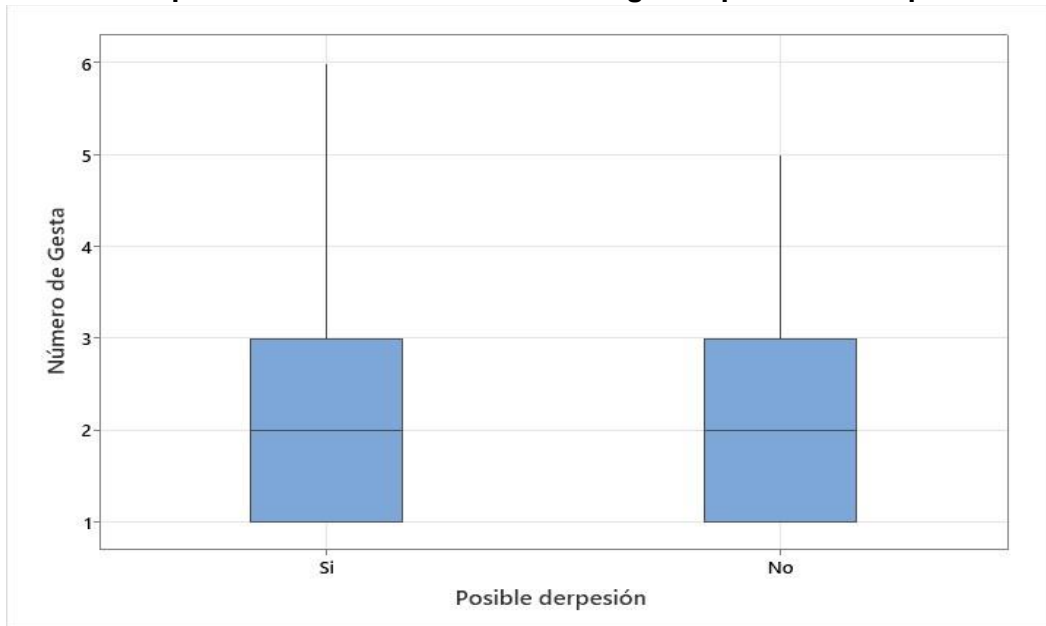
**Gráfica 3. Comparación de la edad materna según la presencia de posible depresión**





El número promedio de gestas fue muy similar entre las participantes con posible depresión ( $2.12 \pm 1.24$ ) y aquellas sin depresión ( $2.13 \pm 1.08$ ). El análisis estadístico no reveló diferencias significativas entre ambos grupos ( $t = -0.03$ ;  $p = 0.97$ ), lo que indica que el número de gestas no se asoció con la presencia de síntomas depresivos en la población estudiada. Gráfica 4.

**Gráfica 4. Comparación del número de estas según la presencia de posible depresión**



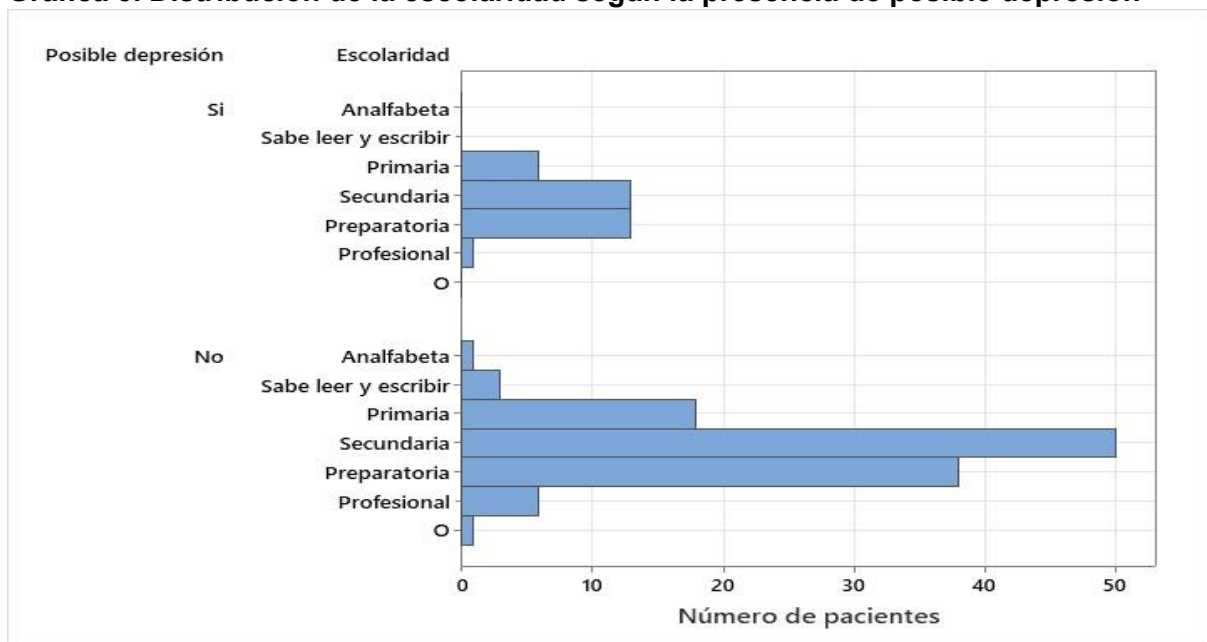
La distribución de la escolaridad mostró que la mayoría de las participantes, tanto con posible depresión ( $n = 33$ ) como sin depresión ( $n = 117$ ), contaban con nivel de secundaria (39.39% y 42.74%, respectivamente) o preparatoria (39.39% y 32.48%, respectivamente). Niveles educativos más bajos o altos fueron menos frecuentes en ambos grupos. El análisis estadístico no mostró una asociación significativa entre la escolaridad y la presencia de posible depresión ( $\chi^2 = 2.2$ ;  $p = 0.89$ ), lo que indica que el nivel educativo no influyó en la aparición de síntomas depresivos en la muestra analizada. Tabla 3 y Gráfica 5.



**Tabla 3. Distribución de la escolaridad según la presencia de posible depresión**

ESCOLARIDAD	Posible Depresión			
	Si		No	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Analfabeta	0	0.00%	1	0.85%
Sabe leer y escribir	0	0.00%	3	2.56%
Primaria	6	18.18%	18	15.38%
Secundaria	13	39.39%	50	42.74%
Preparatoria	13	39.39%	38	32.48%
Profesional	1	3.03%	6	5.13%
Otro	0	0.00%	1	0.85%
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100.00%</b>	<b>117</b>	<b>100.00%</b>
<b>Prueba de Hipótesis y valor p</b>	$\chi^2= 2.2$ $p=0.89$			

**Gráfica 5. Distribución de la escolaridad según la presencia de posible depresión**



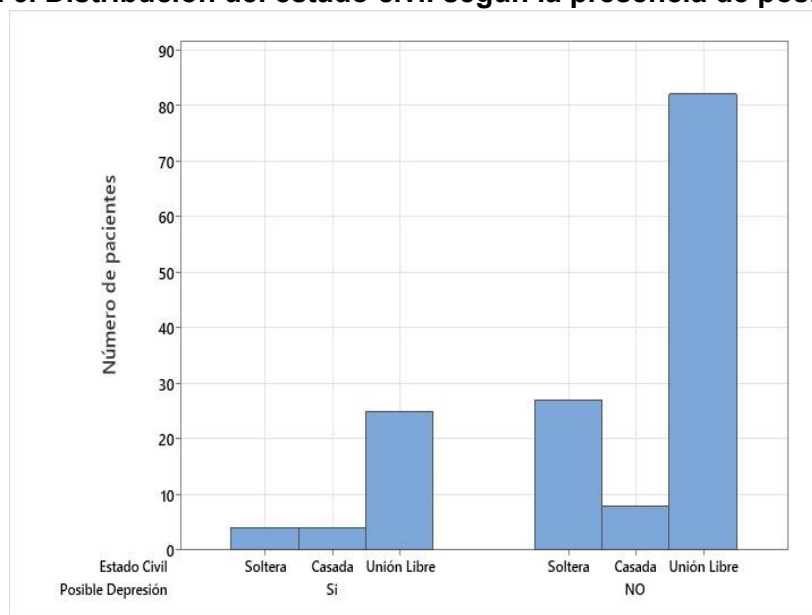


En cuanto al estado civil, la mayoría de las participantes, tanto con posible depresión (n = 33) como sin depresión (n = 117), se encontraban en unión libre (75.76% y 70.09%, respectivamente). Las mujeres casadas representaron el 12.12% en el grupo con depresión y el 23.08% en el grupo sin depresión, mientras que las solteras constituyeron el 12.12% y 6.84%, respectivamente. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ( $\chi^2 = 2.51$ ;  $p = 0.285$ ). Tabla 4 y Gráfica 6

**Tabla 4. Distribución del estado civil según la presencia de posible depresión**

Estado Civil	Posible Depresión			
	Si		No	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	4	12.12%	8	6.84%
Casada	4	12.12%	27	23.08%
Unión libre	25	75.76%	82	70.09%
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100.00%</b>	<b>117</b>	<b>100.00%</b>
<b>Prueba de Hipótesis y valor p</b>	$\chi^2 = 2.51, p = 0.285$			

**Gráfica 6. Distribución del estado civil según la presencia de posible depresión**



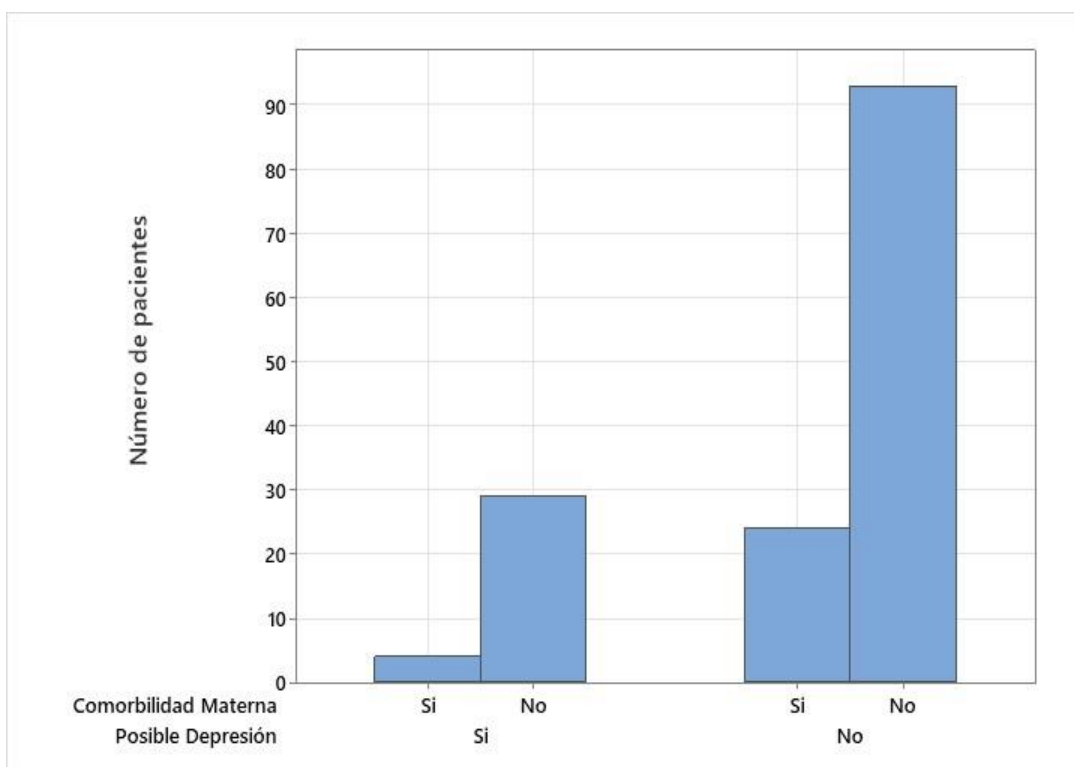


Respecto a la comorbilidad, el 12.12% de las pacientes con posible depresión y el 20.51% de las no deprimidas presentaron alguna enfermedad concomitante; sin embargo, esta diferencia no fue significativa ( $\chi^2 = 1.19$ ;  $p = 0.276$ ). Tabla 5 y Gráfica 7

**Tabla 5. Distribución de las comorbilidades según la presencia de posible depresión**

Comorbilidad	Posible Depresión			
	Si		No	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Con comorbilidad	4	12.12%	24	20.51%
Sin comorbilidad	29	87.88%	93	79.49%
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100.00%</b>	<b>117</b>	<b>100.00%</b>
<b>Prueba de Hipótesis y valor p</b>	$\chi^2 = 1.19$ , $p = 0.276$			

**Gráfica 7. Comorbilidades presentes en las participantes según la presencia de posible depresión**



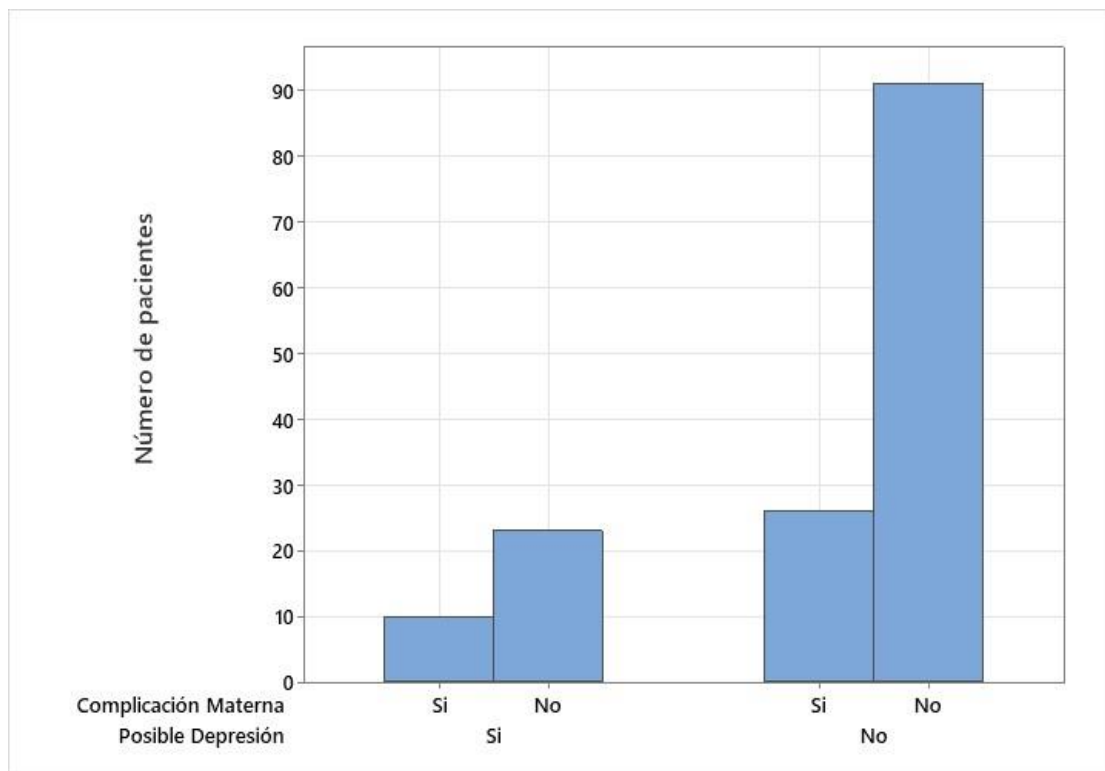


En relación con las complicaciones maternas, estas se presentaron en el 30.30% de las mujeres con posible depresión y en el 22.22% de las sin depresión, sin diferencias significativas ( $\chi^2 = 0.92$ ;  $p = 0.339$ ). Tabla 6 y Gráfica 8.

**Tabla 6. Distribución de las complicaciones maternas según la presencia de posible depresión**

Complicaciones maternas	Posible Depresión			
	Sí		No	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
<b>Sí</b>	10	30.30%	26	22.22%
<b>No</b>	23	69.70%	91	77.78%
<b>Total</b>	33	100.00%	117	100.00%
<b>Prueba de Hipótesis y valor p</b>	$\chi^2 = 0.92$ , $p = 0.339$			

**Gráfica 8. Distribución de las complicaciones maternas según la presencia de posible depresión**



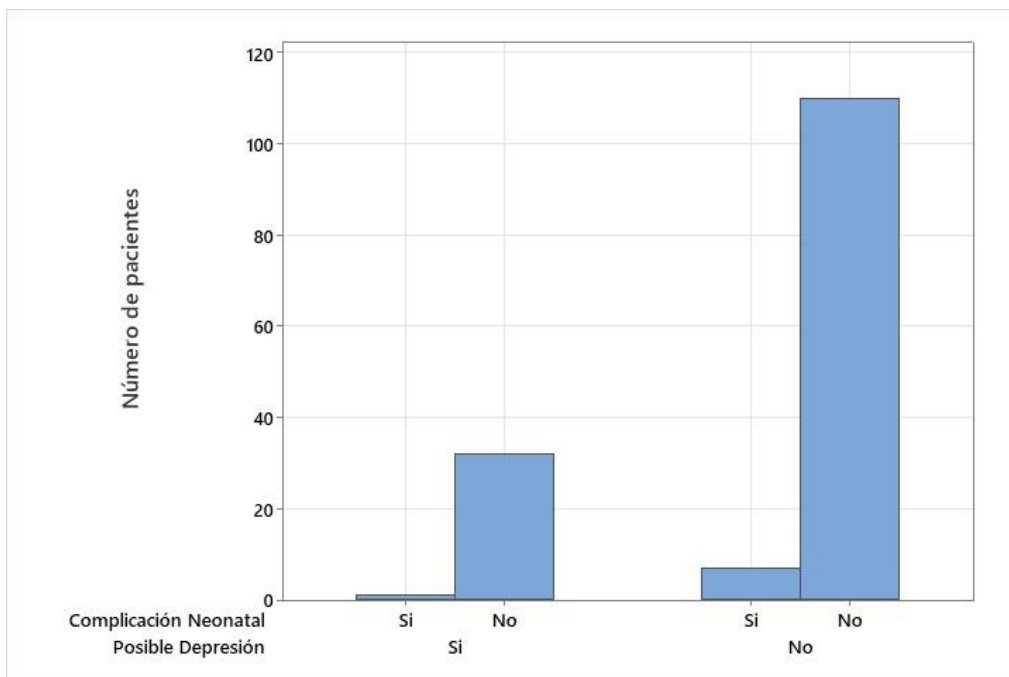


Por otro lado, las complicaciones neonatales fueron poco frecuentes, observándose en el 3.03% del grupo con posible depresión y en el 5.98% del grupo sin depresión, sin asociación significativa ( $\chi^2 = 0.44$ ;  $p = 0.506$ ). Tabla 7 y Gráfica 9.

**Tabla 7. Distribución de las complicaciones neonatales según la presencia de posible depresión**

Complicaciones neonatales	Posible Depresión			
	Sí		No	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
<b>Sí</b>	1	3.03%	7	5.98%
<b>No</b>	32	96.97%	110	94.02%
<b>Total</b>	33	100.00%	117	100.00%
<b>Prueba de Hipótesis y valor p</b>	$\chi^2 = 0.44$ , $p = 0.506$			

**Gráfica 9. Distribución de las complicaciones neonatales según la presencia de posible depresión**



Finalmente, al analizar la vía de interrupción del embarazo, se identificó una diferencia significativa: el parto vaginal fue más frecuente en las mujeres con posible

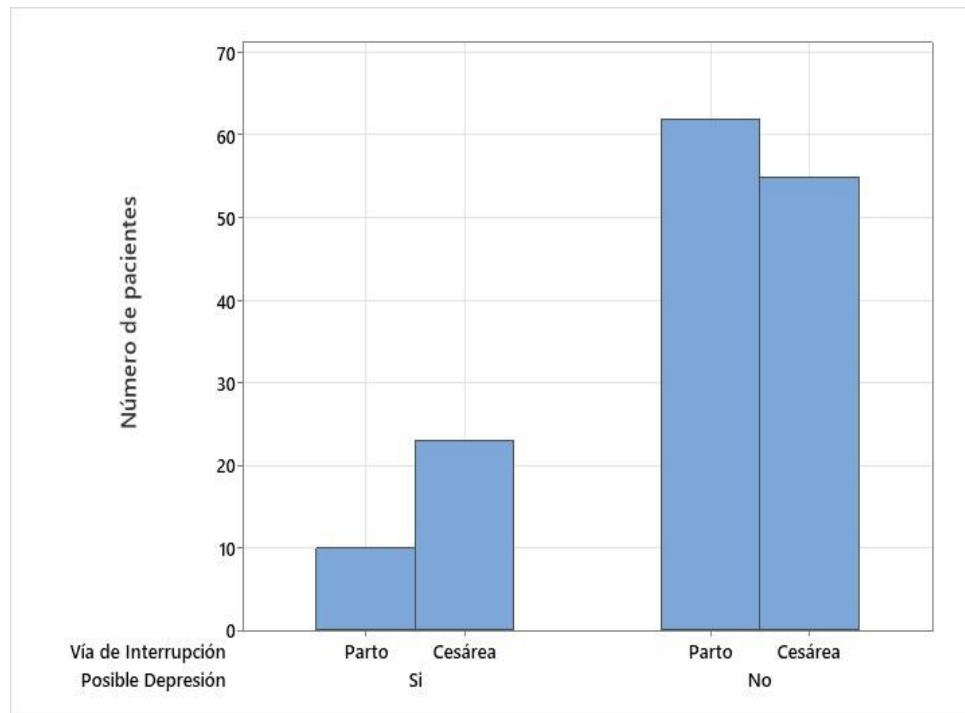


depresión (69.70%) comparado con las no deprimidas (47.01%), mientras que la cesárea predominó en el grupo sin depresión (52.99%). Esta asociación resultó estadísticamente significativa ( $\chi^2 = 5.27$ ;  $p = 0.022$ ; RR = 2.12; IC95%: 1.09–4.15).  
Tabla 8 y Gráfica 10.

**Tabla 8. Distribución de la vía de interrupción según la presencia de posible depresión**

Vía de interrupción	Posible Depresión			
	Si		No	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Vaginal	23	69.70%	55	47.01%
Cesárea	10	30.30%	62	52.99%
Total	33	100.00%	117	100.00%
Prueba de Hipótesis y valor p	$\chi^2 = 5.27$ , $p = 0.022$ ; RR = 2.12 (IC95%: 1.09–4.15)			

**Gráfica 10. Distribución de la vía de interrupción según la presencia de posible depresión**





### 13. DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio fue analizar el riesgo de depresión postparto en mujeres atendidas en el Hospital General Salvador Zubirán de Chihuahua e identificar posibles factores asociados. Los resultados fueron de un 22 % de riesgo de depresión postparto, englobando posible depresión postparto con un 10 % y alto riesgo con un 12 %, lo cual demuestra y supera la hipótesis de demostrar que al menos en el hospital se encontraba un 15 % de riesgo de depresión postparto. El hallazgo no solo cumplió, sino que superó la hipótesis coincidiendo con lo encontrado en la bibliografía del 8-25 % de riesgo a nivel mundial y un 21.7 % reportado en México por el Instituto Nacional de perinatología (22). mostrando también concordancia con el 13 % para los países desarrollados y el 20 % para los países en vías de desarrollo como el nuestro (23).

Los resultados demostraron que la depresión postparto es un problema latente en la población de nuestra unidad y marcan la necesidad de establecer herramientas de detección oportuna con un plan eficaz de referencia a los servicios de psicología y psiquiatría respectivamente.

La mayoría de las variables sociodemográficas que se tomaron en cuenta para el estudio no mostraron relevancia significativa con el riesgo de depresión postparto, mostrando que no siempre estos factores se muestran como predictores, lo que refleja lo complejo y multifactorial del padecimiento.

La falta de significancia estadística no determina que la variable sea irrelevante, pero sí la falta de asociación predictiva. Los resultados indicaron que la presencia de comorbilidades previas al embarazo ( $p = 0.276$ ) y las complicaciones neonatales ( $p = 0.506$ ) no mostraron asociación con la muestra; de hecho, el porcentaje de pacientes sin depresión que presentan comorbilidad fue ligeramente mayor (20.51 %) que el grupo con posible depresión (12.12 %). Esto podría explicarse por el seguimiento prenatal más estricto y el acompañamiento médico continuo, el cual puede mitigar el riesgo psicológico. La ausencia de significancia en complicaciones maternas y neonatales es un punto interesante. Si bien las complicaciones del



recién nacido son potencialmente traumáticas y con gran carga emocional en la madre, la falta de relevancia estadística podría deberse a la atención oportuna y adecuada comunicación médico-paciente dentro del hospital que contenga los eventos colaterales, aunado a que la angustia generada puede ser decreciente a las 12 semanas postparto, momento en el que se aplicó la escala de Edimburgo.

Los factores demográficos evaluados (edad, estado civil y escolaridad) tampoco alcanzaron significancia estadística. Aunque el estado civil de unión libre fue el más prevalente dentro de nuestra población, cercano al (75 %) en ambos grupos, no mostró diferencia significativa entre los grupos ( $p = 0.285$ ). Esto sugiere que la estructura legal del matrimonio o de la unión no es un factor protector o de riesgo, sino la calidad del vínculo, apoyo emocional y social percibido por la pareja y familia podría ser el predictor de la DPP, independiente de la etiqueta civil.

La falta de asociación de la edad y nivel educativo indica que el riesgo de DPP afecta a las mujeres de cualquier rango de edad y nivel educativo dentro de la población estudiada.

Si bien la literatura o el sentido común podría indicar que las mujeres más jóvenes o con menor nivel de estudios tienen más riesgo de desarrollar depresión postparto, en nuestra población se comportó de manera uniforme, lo cual redirige el enfoque de la prevención y hace voltear la atención de manera universal sin tratar de concentrar esfuerzos en poblaciones específicas.

Sin embargo, el modo de parto sí mostró asociación, siendo la única variable estadísticamente significativa, incrementando el riesgo hasta el doble (2.12 veces) en comparación con parto vaginal (RR 2.12 veces; IC 95 %: 1.09-4.15;  $p =$

0.022). Este hallazgo concluyente coincide con otros estudios, como lo fue en el Hospital de la Mujer en Cd. Juárez, Chihuahua, que han concluido que la operación cesárea se relacionó con mayor sintomatología depresiva en el postparto (24). Se abre un debate de la causa detrás de esto, si se trata del evento quirúrgico como tal o el contexto en el cual se desarrolla esta intervención quirúrgica, que podría tener un impacto psicológico



en las pacientes. Las posibles especulaciones abarcan desde la recuperación física más prolongada, dolor postparto, expectativas de parto no cumplidas, mayor dificultad para el cuidado del recién nacido, hasta la carga emocional que cualquier intervención quirúrgica puede implicar. Incluso las cesáreas realizadas en una situación de urgencia pueden conllevar mayor ansiedad e incertidumbre durante el proceso, siendo asociado el evento obstétrico como un suceso desafortunado.

El hecho de que la operación cesárea fuera el único factor con relevancia significativa sugiere un posible vínculo entre el modo de nacimiento y el riesgo de depresión postparto, además de abrir una línea para futuras investigaciones que corroboren estas asociaciones. Sin embargo, para confirmar y establecer la causalidad se requiere demostrar que la exposición antecede al efecto y evaluar la temporalidad. Dado que el estudio fue transversal, no se permitió determinar la secuencia temporal, sino encontrar posibles características. Los resultados se deben valorar como posibles asociaciones y no como relaciones causales. El propósito de la investigación no fue determinar causalidad, sino características con probable relevancia clínica o epidemiológica.

Es importante reconocer las limitaciones del estudio. En base a la observación durante la aplicación de la encuesta, se encontró cierta dificultad para la comprensión de las preguntas, lo cual podría mantener relación con nuestro contexto local en el cual se desarrollan nuestras pacientes y su escolaridad, concentrando casi toda la población tanto con riesgo o sin riesgo de depresión en nivel secundaria y preparatoria. Esto muestra la necesidad de un método de tamiz con lenguaje o definiciones más amigables. El diseño del estudio, como se mencionó anteriormente, al ser un estudio transversal, recolecto la información en un momento único en del tiempo, lo que no permite establecer una relación de causalidad y solo inferir asociaciones o correlaciones. Existe un sesgo al aplicarse el cuestionario en un solo momento, ya que la depresión postparto puede desarrollarse hasta el año postparto, acompañado del sesgo del uso de un instrumento de autorreporte que puede predisponer a que haya una posibilidad de que las pacientes subestimen o nieguen sus síntomas, lo que puede reducir el riesgo detectado.



El estudio cuenta también con ciertas fortalezas a reconocer, como lo son que el trabajo aborda un problema de salud poco visibilizado y subdiagnosticado en el contexto hospitalario local; la relevancia de nuestra muestra, ya que fue de un hospital de referencia de segundo nivel que ofrece datos cruciales sobre la población que atiende la Secretaría de Salud de la región. Se usó un instrumento validado, la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo, el cual es estandarizado y mundialmente validado. Se logró un hallazgo de gran impacto, siendo el parto por cesárea un posible factor de riesgo, y genera conocimiento base para posibles futuras investigaciones.

Los resultados de la investigación tienen una aplicación clínica inmediata para la mejora de protocolo de atención dentro de nuestro hospital. Como recomendación, se propone el adecuado tamizaje y, gracias al factor de riesgo significativo que se encontró en la resolución del embarazo por vía abdominal, se debe enfocar la atención en el grupo de riesgo (mujeres con operación cesárea) que pueden ser priorizadas para el tamizaje y valoración psicológica.

## **14. CONCLUSIONES**

En conclusión, se logró cumplir y superar la hipótesis del estudio, encontrando un 22 % de riesgo. Este dato confirma que la depresión post parto es un problema de salud significativo y latente en la población del Hospital General. El parto por cesárea se encontró como el único factor asociado de manera significativa, lo que incrementa el riesgo de desarrollar sintomatología depresiva 2.12 veces; ninguno de los demás factores sociodemográficos fueron determinantes.

Existe una necesidad imperante de implementar un sistema de cribado, utilizando la Escala de Edimburgo para identificar y canalizar oportunamente a las áreas de salud mental a las pacientes, especialmente a las que se les realizó operación cesárea, además de

considerar realizar más estudios para confirmar la relación de causalidad entre la operación cesárea y la depresión postparto.



## 15. REFERENCIAS

1. Ortega L, Torres LM, Martínez E, Flores F. Prevalencia de depresión, a través de la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh (EPDS), en una muestra de mujeres mexicanas embarazadas. *Salud Ment.* 2001; 15:1–10.
2. Place JMS, Billings DL, Blake CE, Frongillo EA, Mann JR, Decastro F. Conceptualizations of postpartum depression by public-sector health care providers in Mexico. *Qual Health Res.* 2015;25(4):551–568. doi:10.1177/1049732314552812.
3. Stewart DE, Vigod S. Postpartum depression. *N Engl J Med.* 2016;375(22):2177–2186. doi:10.1056/NEJMcp1607649.
4. Cernadas JMC. Postpartum depression: risks and early detection. *Arch Argent Pediatr.* 2020;118(3):154–155. doi: 10.5546/aap.2020.eng.154.
5. Kroska EB, Stowe ZN. Postpartum depression: identification and treatment in the clinic setting. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2020;47(3):409–419. doi: 10.1016/j.ogc.2020.05.001.
6. Nieto L, Lara MA, Navarrete L. Prenatal predictors of maternal attachment and their association with postpartum depressive symptoms in Mexican women at risk of depression. *Matern Child Health J.* 2017;21(6):1250–1259. doi:10.1007/s10995-016-2223-6.
7. Fernando G, Lugo O, Mondragón VJ. Trastornos afectivos posparto. *Universitas Medica.* 2006;47(2).
8. Lara MA, Navarrete L, Nieto L, Barba Martín JP, Navarro JL, Lara-Tapia H. Prevalence and incidence of perinatal depression and depressive symptoms among Mexican women. *J Affect Disord.* 2015; 175:18–24. doi: 10.1016/j.jad.2014.12.035.
9. Escutia A, Rosas P, Coria I. Frequency of postpartum depression in patients of two family medicine clinics in Mexico. *Medicina Familiar.* 2008;9(4).



10. Stewart DE, Vigod SN. Postpartum depression: pathophysiology, treatment, and emerging therapeutics. *Annu Rev Med*. 2019; 70:183–196. doi:10.1146/annurev-med-041217.
11. Flores-Ramos M, Salinas M, Carvajal-Lohr A, Rodríguez-Bores L. El papel del ácido gamma-aminobutírico en la depresión de la mujer. *Gac Med Mex*. 2017;153(4):488–497. doi:10.24875/GMM.17002544.
12. Ramírez Elías A, Torres Gómez WB, De Jesús Rodríguez G, et al. *Prevención, diagnóstico y manejo de la depresión prenatal y posparto en el primer y segundo niveles de atención*. Ciudad de México: CENETEC; 2021.
13. Hairston IS, Handelzalts JE, Assis C, Kovo M. Postpartum bonding difficulties and adult attachment styles: the mediating role of postpartum depression and childbirth-related PTSD. *Infant Ment Health J*. 2018;39(2):198–208. doi:10.1002/imhj.21695.
14. Oliveira TA, Luzetti GGCM, Rosalém MMA, Mariani Neto C. Screening of perinatal depression using the Edinburgh Postpartum Depression Scale. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2022;44(5):452–457. doi:10.1055/s-0042-1743095.
15. World Health Organization. *Mental health aspects of women's reproductive health*. Geneva: WHO; 2009.
16. Bennett IM, Schott W, Krutikova S, Behrman JR. Maternal mental health and child growth and development in four low-income and middle-income countries. *J Epidemiol Community Health*. 2016;70(2):168–173. doi:10.1136/jech-2014-205311.
17. Lara MA, Navarrete L, Nieto L. Depresión posparto, un problema de salud pública que requiere de mayor atención en México. *Salud Publica Mex*. s.f.;12.
18. Subdirección de Informática Jurídica, Dirección General de Información Automatizada, Comisión Nacional de los Derechos Humanos. *Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida*. Diario Oficial de la Federación; 7 abril 2016.
19. López Romero B. *Prevalencia y factores de riesgo asociados a depresión posparto en puérperas del Hospital de la Mujer de Ciudad Juárez* [tesis]. Ciudad Juárez; 2014.



20. Patiño González PA. *Factores de riesgo, síntomas de depresión y ansiedad en el posparto en adolescentes* [tesis]. 2016;1–126.
21. Flores Venegas SR. *Depresión posparto en puerperio durante la pandemia de SARS-CoV-2 en un hospital de tercer nivel* [tesis]. 2022;1–59.



## 16. ANEXOS.

### 16.1 escalas

#### Escala de Depresión Postparto de Edimburgo

Esta escala consta de 10 preguntas, cada una con 4 posibles respuestas que reflejan cómo se ha sentido la paciente en los últimos 7 días. La puntuación total ayuda a valorar el riesgo de depresión postparto, siendo indicativo un puntaje igual o mayor a 10.

1. He sido capaz de reír y ver el lado divertido de las cosas.

- 0. Tanto como siempre
- 1. No tanto ahora
- 2. Mucho menos
- 3. No, no he podido.

2. He mirado al futuro con entusiasmo.

- 0. Tanto como siempre
- 1. Algo menos de lo que solía hacer
- 2. Definitivamente menos
- 3. No, nada

3. Me he culpado innecesariamente cuando las cosas me han salido mal.

- 0. Sí, la mayoría de las veces
- 1. Sí, algunas veces
- 2. No muy a menudo
- 3. No, nunca

4. He estado ansiosa o preocupada sin una buena razón.

- 0. No, para nada
- 1. Casi nada
- 2. Sí, a veces
- 3. Sí, a menudo

5. He sentido miedo o pánico sin una buena razón.

- 0. Sí, bastante
- 1. Sí, a veces
- 2. No, no mucho

- 3. No, nada

6. Las cosas me han abrumado.

- 0. Sí, la mayor parte de las veces
- 1. Sí a veces
- 2. No muy a menudo
- 3. No, nada



7. He estado tan infeliz que he tenido dificultad para dormir.

- 0. Sí, la mayoría de las veces
- 1. Sí a veces
- 2. No muy a menudo
- 3. No, nada

8. Me he sentido triste o desdichada.

- 0. Tan a menudo como siempre
- 1. No tan a menudo ahora
- 2. Ciertamente menos que antes
- 3. Ya no del todo

9. He estado tan infeliz que he estado llorando.

- 0. Sí, casi siempre
- 1. Sí, bastante a menudo
- 2. Solo en ocasiones
- 3. No, nunca

10. He tenido la idea de hacerme daño.

- 0. Nunca
- 1. No tan a menudo ahora
- 2. Ciertamente menos que antes
- 3. Ya no del todo

Instrucciones: Cada respuesta se puntuará de 0 a 3, dependiendo de la intensidad del síntoma.

Algunas preguntas deben puntuarse de forma inversa. Un puntaje total igual o mayor a 10 indica un riesgo de depresión postparto, así como un puntaje > 0 en la pregunta 10 debe evaluarse por un profesional de la salud.



## 16.2 consentimiento informado

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

RIESGO DE DEPRESIÓN POSTPARTO Y SUS FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL "DR. SALVADOR ZUBIRÁN ANCHONDO"

Carta de consentimiento informado para participar en el proyecto

INVESTIGADOR: Dra. Narda Sofía González Garibay

Versión del consentimiento informado y fecha de preparación: 10/08/2025

#### INTRODUCCIÓN:

Por favor, tome todo el tiempo que sea necesario para leer este documento, pregunte al investigador sobre cualquier duda que tenga. Este consentimiento informado cumple con los lineamientos establecidos en el reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, la Declaración de Helsinki y las buenas prácticas clínicas emitidas por la Comisión Nacional de Bioética.

Para decidir si participa o no en el estudio, usted debe tener el conocimiento suficiente acerca de los riesgos y beneficios con el fin de tomar una decisión informada. Este formato de consentimiento informado le dará información detallada acerca del estudio de investigación que podrá comentar con su médico tratante o con algún miembro del equipo de investigadores. Al final se le pedirá que forme parte del proyecto y, de ser así, bajo ninguna presión o intimidación, se le invitará a firmar este consentimiento informado.

#### INVITACIÓN A PARTICIPAR Y DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO:

Sra:

El Hospital General de Chihuahua le invita a participar en este estudio de investigación que tiene como objetivo determinar el riesgo de depresión postparto y sus factores de riesgo en pacientes atendidas en el Hospital General "Dr. Salvador Zubirán Anchondo". El número aproximado de pacientes será de 150. La duración del estudio es de aproximadamente 5 meses.

#### PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO:

Usted será contactada a la semana doce postpartos para realizar vía telefónica la Escala de Edimburgo, la cual indaga sobre su estado de ánimo en los 7 días anteriores. Consta de 10 preguntas y la entrevista dura aproximadamente 5 minutos.

#### RIESGOS E INCONVENIENTES:

No se cuenta con ningún riesgo en la realización del cuestionario de pesquisa.

#### BENEFICIOS POTENCIALES:

Los beneficios potenciales son identificar el riesgo que tiene usted de presentar alguna alteración en el estado de ánimo o depresión postparto durante su puerperio, lo cual influye de manera importante en el desarrollo del vínculo de la madre con el recién nacido y afecta potencialmente todas las esferas de la vida diaria.

En caso de identificarse riesgo de depresión postparto, se le referirá al servicio de psiquiatría correspondiente para su debido seguimiento.



#### CONSIDERACIONES ECONÓMICAS:

No se cobrará ninguna tarifa adicional por participar en el estudio ni se le hará pago alguno.

#### COMPENSACIÓN:

El Hospital General de Chihuahua no brinda ningún tipo de compensación para cubrir daño.

#### ALTERNATIVAS A SU PARTICIPACIÓN:

Su participación es voluntaria. Usted puede elegir no participar en el estudio. En caso de decidir no participar, simplemente no se ingresará en el censo de pacientes documentadas.

#### PARTICIPACIÓN Y RETIRO DEL ESTUDIO:

Su participación es voluntaria. Si usted decide no participar, no se afectará su relación con el hospital ni su derecho a recibir atención médica o cualquier servicio al que tenga derecho. Si decide participar, tiene la libertad de retirar su consentimiento e interrumpir su participación en cualquier momento sin perjudicar su atención.

#### CONFIDENCIALIDAD Y MANEJO DE SU INFORMACIÓN:

Su confidencialidad será protegida como lo marca la ley. Ninguna información sobre su persona será compartida sin su autorización, excepto si es necesario para proteger sus derechos y bienestar o si es solicitado por la ley. Todas las hojas de recolección de datos serán guardadas con medidas de confidencialidad y solo los investigadores titulares tendrán acceso.

El Comité de Ética en Investigación del Hospital General de Chihuahua Dr. Salvador Zubirán Anchondo aprobó la realización de este estudio.

#### DECLARACIÓN DEL PACIENTE:

Yo, \_\_\_\_\_, declaro que es mi decisión participar en el estudio. Mi participación es voluntaria. He sido informada de que puedo negarme a participar o terminar mi participación en cualquier momento sin penalidad o pérdida de beneficios. Si suspendo mi participación, recibiré el tratamiento médico habitual al que tengo derecho. He leído y entendido toda la información proporcionada y recibo una copia firmada de este consentimiento informado.

Nombre del participante — Firma — Fecha



# 16.3 dictamen de aprobacion



GOBIERNO DEL ESTADO DE CHIHUAHUA SECRETARÍA DE SALUD



HOSPITAL GENERAL "DR. SALVADOR ZUBIRÁN ANCHONDO" DIRECCIÓN COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN CONBIOETICA-08-CEI-001-20170517

Chihuahua, Chih. 10 JUN 2025  
Oficio No. CEI-AP-0025-2025

## DICTAMEN

**DRA. NARDA SOFÍA GONZÁLEZ GARIBAY**  
**MÉDICO RESIDENTE DE LA ESPECIALIDAD DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**  
**P R E S E N T E.-**

En atención a su presentación ante este Comité de Ética en Investigación el día Martes 10 DE JUNIO DEL 2025, para someter a consideración su Protocolo de Investigación:

**RIESGO DE DEPRESIÓN POSTPARTO Y SUS FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL DR. SALVADOR ZUBIRÁN ANCHONDO**

Los integrantes del Comité evaluaron la calidad metodológica y los aspectos éticos de la investigación, determinando en consenso, lo siguiente:

✓	<b>APROBADO</b>	Cumple con los requisitos establecidos y se determina procedente su realización, con una vigencia de 1 año a partir de la presente fecha.
	<b>PENDIENTE DE APROBACIÓN</b>	Requiere modificaciones mayores y deberá ser evaluado por el Comité en pleno cuando se realicen dichas modificaciones, en un plazo que no exceda los 30 días naturales a partir de del día de hoy.
	<b>NO APROBADO</b>	Protocolo rechazado por razones éticas que ameritan una reestructuración mayor y el inicio de todo el procedimiento, como un nuevo protocolo.

De ser **APROBADO** se registra en el libro *Registro de Protocolos de Investigación, Tomo IV del Hospital General "Dr. Salvador Zubirán Anchondo"* con el Folio No. 0710 el cual tendrá una vigencia de 1 (uno) año, y se le solicita entregar a este Comité el formato de *Informe de Seguimiento de Protocolos Aprobados* en los siguientes meses: **SEPTIEMBRE 2025, DICIEMBRE 2025 y ABRIL 2026**

Por último, se le informa que deberá presentar sus resultados al finalizar su investigación, y se invita a realizar la publicación, de no hacerlo en un plazo máximo de 6 (seis) meses, el Comité tendrá la facultad de realizar dicha publicación. Se anexa formato de *Evaluación de Protocolos de Investigación*, donde se detallan las observaciones y/o recomendaciones de los integrantes del Comité.

**A T E N T A M E N T E**  
**"SUFRAGIO EFECTIVO: NO REELECCIÓN"**  
**PRESIDENTE DEL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN**

**DR. CARLOS ROBERTO CERVANTES SÁNCHEZ**  
HOSPITAL GENERAL "Dr. Salvador Zubirán Anchondo"  
COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

Ave. Cristóbal Colón No. 510,  
Col. Barrio El Bajo, Chihuahua, Chih.  
Teléfono (614) 429-3300 Ext.17421

www.chihuahua.gob.mx/  
secretariadesalud

"2025, Año del Bicentenario de la Primera Constitución del Estado de Chihuahua"