



BUAP

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

Facultad de Medicina

Secretaría de Salud

Hospital Psiquiátrico "Dr. Rafael Serrano"

Residencia en Psiquiatría

"Prevalencia de depresión perinatal en mujeres embarazadas de edad de 18 a 30 años atendidas en Hospital de la Mujer Puebla".

Fecha de entrega: Marzo 2024

Tesis presentada para obtener el grado de: Especialidad en Psiquiatría

Presenta:

Mitzi Jocelyn Ponce Salinas

Médico residente de cuarto año de psiquiatría

Correo electrónico: dra.jocelynponcesalinas@gmail.com

CEL: 9541078651 Matrícula: 220650052



Asesor experto:

Dra. Laura Lilia Torija Rivero

Médico Psiquiatra

Dr. Rubén Quiroz Sánchez

Medico Gineco-obstetra

Asesor metodológico:

Dr. Irvin Garay Salinas

Médico psiquiatra

Profesor Investigador en Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

Cel: 2227531266

Jefa de enseñanza:

Dra. Laura Eréndira Gómez Mendoza

Médico Psiquiatra

AGRADECIMIENTOS

A mi papá por ser uno de los pilares más grandes de mi vida y ser un excelente padre, porque siempre procuro darme lo necesario y más, por todas tus enseñanzas, valores y apoyo incondicional, te amo papá.

A mi mamá, quien representa el otro gran pilar en mi vida, agradezco por enseñarme que con amor y esfuerzo se puede alcanzar el éxito. Aprecio tu papel no solo como madre, sino también como amiga. Agradezco por todos los consejos brindados. Te quiero mucho, mami.

A mis hermanas Leidy y Karen, porque a pesar de ser distintas en diferentes maneras siempre creyeron en mí, alentándome a seguir siempre adelante y cumplir mis sueños y metas.

A Hugh Carl Scheie por su apoyo incondicional en todo momento, gracias infinitas, te quiero mucho.

A Eliud quien durante todo este tiempo me brindo su apoyo total, gracias por estar a mi lado en todo momento procurándome y brindándome tu amor y cariño.

A Jorge Luis, mi co-R y amigo, el tenerte como compañero de guardia fue una de las mejores cosas que me pudo haber pasado en la residencia médica. Gracias por haber estado en mis momentos más tristes y ser mi apoyo incondicional.

A mis adscritos y profesores, gracias por hacerme ver el potencial que puedo tener, cuando no me sentía capaz, por sus enseñanzas y conocimientos tanto en lo personal como en lo laboral.

DEDICATORIA

Este logro es para mis padres; Isidoro Ponce Tolentino y Angela Salinas Martínez, todo lo que soy y siempre seré, es gracias a ustedes.

RESUMEN

TITULO: Prevalencia de depresión perinatal en mujeres embarazadas de edad de 18 a 30 años atendidas en Hospital de la Mujer Puebla.

AUTORES: Ponce Salinas M*, Garay Salinas I**, Torija Rivero L***, Quiroz Sánchez R****

*Médico Residente del Cuarto año de Psiquiatría. ** Médico psiquiatra/Profesor Investigador en Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. *** Médico Adscrito del servicio de Psiquiatra en Hospital Psiquiátrico Dr. Rafael Serrano. **** Medico Gineco-obstetra en Hospital de La Mujer Puebla.

Palabras clave: Depresión perinatal, periodo prenatal, periodo posparto, embarazo.

Antecedentes: La tristeza, la melancolía y la psicosis desde el siglo XX se han considerado parte de la depresión posparto. Actualmente la depresión perinatal se continúa describiendo según el instante en que se llegue a presentar (prenatal y posparto). La OMS estima que del 20 al 40% de mujeres desarrollan depresión perinatal. Se ha observado que las embarazadas con depresión son más propensas a descuidar su embarazo, además de que se encuentran con más vulnerabilidad a consumir sustancias psicoactivas.

Métodos y Material: Es una investigación homodémico, observacional, descriptivo y transversal. Se estudiaron a 95 participantes que cumplían los criterios de selección, atendidas por cualquier causa en el Hospital de la Mujer Puebla de la secretaria de Salud, con diagnóstico de embarazo mayor a 20 semanas de gestación y puerperio en un rango de edad de 18 a 30 años.

Resultados: Se registraron 150 participantes, 55 participantes se excluyeron porque abandonaron el estudio y no cumplían criterios. La edad promedio fue de 24 a 26 años. El estado civil promedio fue relación informal. El nivel de educación promedio fue secundaria completa. La ocupación promedio fue labores del hogar. El 84.21% de las

participantes se encontraba cursando con su embarazo. Las semanas de gestación promedio fue de 36 a 40 SDG con un porcentaje de 40%. El 65% de las participantes refirió ser multigesta. En cuanto a la severidad según la escala de Edimburgo, un porcentaje un 21.05% se encontraba sin depresión, un 52.63% experimentaba una depresión leve a moderada.

Conclusiones: Este estudio confirma que la prevalencia de depresión posparto es elevada y es un problema mayor de lo documentado previamente. Aunque se ha prestado mucha atención al manejo de la salud emocional, los centros de atención familiar carecen de los recursos y la experiencia para gestionar eficazmente la salud mental familiar. Es importante promover la coordinación entre las organizaciones de salud y de salud mental. Es esencial implementar estrategias efectivas para abordar la depresión posparto y mejorar la atención de salud mental prenatal, al igual que capacitar al personal y fortalecer los recursos disponibles.

ABSTRACT

TITLE: Prevalence of perinatal depression in pregnant women aged 18 to 30 years attended at the Women's Hospital Puebla.

Authors: Ponce Salinas M*, Garay Salinas I**, Torija Rivero L***, Quiroz Sánchez R****

*Resident Physician in the Fourth Year of Psychiatry. ** Psychiatrist/Medical Professor at the Benemérita Autonomous University of Puebla. *** Attending Physician in the Psychiatry Service at Dr. Rafael Serrano Psychiatric Hospital. **** Obstetrician-Gynecologist at the Women's Hospital Puebla

Keywords: Perinatal depression, prenatal period, postpartum period, pregnancy

Background: Sadness, melancholy, and psychosis have been considered part of postpartum depression since the 20th century. Currently, perinatal depression is still described by different names, depending on when it occurs (prenatal depression and postpartum depression). Currently, perinatal depression continues to be described based on the time it occurs (prenatal depression and postpartum depression). The WHO estimates that 20 to 40% of women develop perinatal depression. It has been observed that pregnant women with depression are more likely to neglect their pregnancy and are also more vulnerable to substance abuse.

Methods and materials: It is a homodemographic, observational, descriptive, and cross-sectional study. A total of 95 participants who met the selection criteria and were attended at The Women's Hospital in Puebla, under the Ministry of Health, diagnosed with pregnancy of more than 20 weeks of gestation and postpartum within the age range of 18 to 30 years, were studied

Results: A total of 150 participants were registered, and 55 participants were excluded because they dropped out of the study and did not meet the criteria. The average age fell

of 24 to 26 years. The average marital status was in a common-law relationship. The average education level was completed secondary school. The average occupation was homemaking. 84.21% of the participants were currently pregnant. The average gestational weeks ranged from 36 to 40 gestational weeks, with a percentage of 40%. The 65% of the participants reported being multiparous. With regard to severity according to the Edinburgh Scale, 21.05% had no depressive symptoms, 52.63% experienced mild to moderate depression.

Conclusions: This study confirms that the prevalence of postpartum depression is high and is a larger issue than previously documented. Although much attention has been given to the management of emotional health, family care centers lack the resources and expertise to effectively handle family mental health. It is important to promote coordination between health and mental health organizations. Implementing effective strategies to address postpartum depression and improving prenatal mental health care is essential, along with training staff and strengthening available resources.

ÍNDICE GENERAL

| | |
|---|-----------|
| MARCO TEORICO | 11 |
| INTRODUCCIÓN | 11 |
| DEPRESIÓN | 12 |
| <i>Antecedentes Generales</i> | 12 |
| <i>Definición</i> | 14 |
| <i>Epidemiología</i> | 15 |
| <i>Etiología</i> | 17 |
| <i>Criterios diagnósticos</i> | 20 |
| <i>Clasificación</i> | 22 |
| DEPRESIÓN PERINATAL | 22 |
| <i>Antecedentes específicos</i> | 22 |
| <i>Definición</i> | 24 |
| <i>Etiología</i> | 24 |
| <i>Factores de Riesgo</i> | 25 |
| <i>Prevalencia</i> | 25 |
| <i>Manifestaciones clínicas</i> | 26 |
| <i>Prevención</i> | 27 |
| <i>Diagnóstico</i> | 27 |
| <i>Instrumentos de Tamizaje</i> | 28 |
| <i>Tratamiento</i> | 29 |
| <i>Evolución y Pronóstico</i> | 30 |
| METODOLOGÍA | 31 |
| JUSTIFICACIÓN | 31 |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 33 |
| HIPOTESIS | 34 |
| OBJETIVOS | 34 |
| <i>Objetivos Generales</i> | 34 |
| <i>Objetivos Específicos</i> | 34 |
| MATERIAL Y MÉTODOS | 35 |
| <i>Tipo de estudio</i> | 35 |
| <i>Ubicación espacio-temporal</i> | 35 |
| <i>Estrategia De Trabajo</i> | 35 |
| <i>Universo de estudio</i> | 35 |
| <i>Sujeto de Estudio</i> | 36 |
| <i>Selección de la muestra</i> | 36 |
| <i>Criterios De Selección</i> | 36 |
| <i>Diseño Y Tipo De Muestreo</i> | 36 |
| <i>Tamaño de la muestra</i> | 37 |
| VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN | 37 |
| <i>Instrumentos de medición</i> | 39 |
| <i>Método de recolección de datos</i> | 41 |
| <i>Técnicas y procedimientos</i> | 41 |
| ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS | 43 |
| DISCUSIÓN | 51 |
| CONCLUSIONES | 54 |
| LIMITACIONES | 55 |
| CONSIDERACIONES ÉTICAS | 56 |
| LOGÍSTICA | 57 |
| ANEXOS | 58 |

| | |
|--------------------------------|----|
| BIBLIOGRAFÍA | 67 |
| CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES..... | 71 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|--|----|
| TABLA 1. EDADES DE LAS PARTICIPANTES | 43 |
| TABLA 2. ESTADO CIVIL DE LAS PARTICIPANTES | 44 |
| TABLA 3. NIVEL ACADÉMICO DE LAS PARTICIPANTES. | 45 |
| TABLA 4. OCUPACIÓN DE LAS PARTICIPANTES | 46 |
| TABLA 5. SEMANAS DE GESTACIÓN DE LAS PARTICIPANTES | 47 |
| TABLA 6. NÚMERO DE GESTAS DE LAS PARTICIPANTES. | 48 |
| TABLA 7. DEPRESIÓN EN EMBARAZADAS Y PUÉRPERAS. | 49 |
| TABLA 8. SEVERIDAD SEGÚN ESCALA DE EDIMBURGO..... | 50 |

ÍNDICE DE GRÁFICAS

| | |
|--|----|
| GRÁFICA 1 EDADES DE LAS PARTICIPANTES..... | 43 |
| GRÁFICA 2 ESTADI CIVIL DE LAS PARTICIPANTES | 44 |
| GRÁFICA 3 NIVEL ACADEMICO DE LAS PARTICIANTES | 45 |
| GRÁFICA 4 OCUPACIÓN DE LAS PARTICIPANTES..... | 46 |
| GRÁFICA 5 SEMANAS DE GESTACIÓN DE LAS PARTICIPANTES..... | 47 |
| GRÁFICA 6 NÚMERO DE GESTAS DE LAS PARTICIPANTES | 48 |
| GRÁFICA 7 DEPRESIÓN EN EMBARAZADAS Y PUÉRPERAS | 49 |
| GRÁFICA 8 SEVERIDAD SEGÚN ESCALA DE EDIMBURGO | 50 |

MARCO TEORICO

INTRODUCCIÓN

Este análisis se basa en la observación de las mujeres embarazadas y puérperas que acudieron a valoración psiquiátrica al Hospital Psiquiátrico “Dr. Rafael Serrano”. El embarazo es un periodo con mayor vulnerabilidad debido a los cambios tanto físicos, fisiológicos y adaptativos. Por lo tanto, es necesario brindar cuidados integrales en esta etapa, ya que la depresión perinatal no solo impacta significativamente la salud mental y física de la madre, sino que también se ha observado que puede tener repercusiones en el recién nacido, afectando tanto su salud física como mental y cognitiva. Estas consecuencias pueden tener un impacto duradero en la vida adulta del individuo.

La depresión perinatal es un diagnóstico “umbrela” pensando en la inclusión de dos periodos, el prenatal y el posparto. El DSM 5 describe la depresión perinatal basándose en los criterios de diagnóstico de un episodio depresivo mayor y los criterios de momento de aparición alrededor del parto, lo que sugiere que el 50% de las depresiones posparto comenzaron en la etapa perinatal. La CIE-10 clasifica la depresión posparto en dos grandes categorías: una forma parte de los trastornos mentales y del comportamiento asociados al puerperio, no clasificados en otra parte, y la otra forma parte de las enfermedades asociadas al embarazo, el parto y el puerperio.

La depresión perinatal implica muchos factores e impacta a cualquier número de gestación y parto. Se ha llegado a estimar que en México alrededor del 30% de las mujeres llegan a presentar depresión en cualquier momento del embarazo hasta un año después del nacimiento, y se ha observado que la sintomatología suele iniciar en las semanas de la 6 a la 12 al término del embarazo con una duración de 7 meses.

La intención de esta tesis es permitir a cualquier médico o personal de salud para que lea y se informe acerca de este tema, para que conozca y sepa el actuar adecuado ante este grupo de pacientes, conocer y distinguir la sintomatología característica. Logrando

así, una mejor atención, tratando de prevenir o diagnosticar oportunamente y dar un mejoramiento en su sistema de referencia-contrarreferencia de las instituciones de salud ya sea de primer, segundo y tercer nivel para que las pacientes y sus bebés tengan un mejor pronóstico de vida.

DEPRESIÓN

Antecedentes Generales

Durante poco más de 2 mil años, las declaraciones sobre la melancolía giraron en torno a teorías humorales. La depresión se explicó como una enfermedad fría y seca causada por un exceso de materia negra en el cerebro. En los siglos V y VI a.C., Hipócrates acuñó el término melancolía y lo describió como aversión a la comida, depresión, insomnio, irritabilidad y ansiedad, depresión, miedo, síntomas gastrointestinales asociados con la agresión, ideación suicida y negatividad. (Cobo Gómez, 2005).

A lo largo de aproximadamente mil quinientos años los textos médicos islámicos como los occidentales han mantenido la característica principal de que la depresión es una forma de locura febril y prolongada. En los casos de esta locura, los pacientes están muy asustados, deprimidos, cansados de la vida, acompañada de algunos delirios.

Los siglos XVI y XVII se vieron muchos cambios en la descripción tradicional de la melancolía, como la aparición de delirios. Las dos obras principales de la época fueron "Tratado de melancolía" de Timothy Bright en 1586 y "Anatomía de la melancolía" de Robert Burton en 1621. Escritores como Timothy Bright pudieron distinguir entre una forma de melancolía melancólica, posteriormente muchos escritores distinguieron entre melancolía "natural" y "no natural" llamada atrabilis o melancolía lúgubre.

Durante el siglo XVIII, el síntoma de la idea delirante se convirtió en elemento habitual en las descripciones clínicas (Mori & Caballero, 2010). Desde el enfoque psicoanalítico, Freud postuló que la depresión era equiparable a un proceso de duelo, ya que muchos

de sus síntomas eran similares, salvo por la diferencia en la autoestima, que se ve disminuida (Ochoa Gómez et al., 2015), mientras que Keller en sus investigaciones demostró que los síntomas de depresión correspondían a un suceso de vida específico.

Un estudio realizado en España (Keller, Neale y Kendler, 2008) que abarcó a 4.856 participantes (53% mujeres) evidenció que el conjunto de síntomas depresivos se relacionaba con un evento vital específico. Los resultados revelaron que la pérdida de un ser querido se traducían en una mayor manifestación de tristeza, pérdida de apetito y desinterés en casi todas las actividades. En cambio, el estrés y los fracasos se asociaron con fatiga, pérdida de disfrute en las actividades, y un aumento en la duración del sueño, aunque con menor expresión de tristeza.

Durante el Renacimiento, la creencia en el juicio astrológico dio lugar a la idea de que el mundo era un mundo bueno tanto grande como pequeño, donde la influencia de Saturno podía describirse como oscura y seca, fría, agresiva y arrogante, especialmente entre las personas mayores (Gastó & Vallejo, 1990).

La teoría adoptada por Galeno y propuesta por Rufo de Éfeso y adoptada describe que existen tres tipos de depresión: depresión gástrica, depresión gaseosa y depresión hipocondríaca. Esta clasificación se mantuvo hasta el siglo XVII. Unos años más tarde, Sydenham y Thomas Willis separaron este grupo de síntomas de la depresión y la denominaron hipocondría. Boerhaave afirmó que la hipocondría era muy diferente de la depresión, pero pensaba que todavía estaba dentro del rango en el que los casos graves podían progresar a depresión y/o manía (Cobo Gómez, J. V. 2005). A inicios del siglo XX, Kraepelin combinó sus conceptos de manía y melancolía sobre el trastorno bipolar y describió dos o tres síntomas principales en un extremo. En la depresión, los tres factores son la supresión del pensamiento, la supresión emocional y la presión mental. (Cobo Gómez, J. V. 2005).

Definición

Para poder conocer acerca de este trastorno debemos tener en cuenta aspectos fundamentales como, el significado de la palabra “Depresión”, la cual proviene del latín “depressus” que significa abatimiento. Según la teoría de los cuatro humores propuesta por Hipócrates, un sobrante de sangre provoca un comportamiento hiperactivo (maníaco), mientras que un exceso de humor negro provoca depresión, provocando depresión e indiferencia. Por tanto, la palabra “bilis negra” o “melancolía” es similar a tristeza, y en ocasiones se asocia con depresión, insomnio, irritabilidad e inquietud, depresión y falta de alimentación. Con el paso del tiempo se añadió otro síntoma, el miedo. Por lo cual el término de melancolía estaba vinculado con el miedo y la tristeza.

En la actualidad, la depresión se define como una condición altamente incapacitante y prevalente a nivel mundial. En ocasiones, se manifiesta sin una causa evidente y puede persistir durante periodos que abarcan meses o incluso años. Se caracteriza por la presencia de síntomas depresivos que perduran durante un mínimo de dos semanas, acompañados de al menos cuatro síntomas adicionales concurrentes para ser diagnosticado como un trastorno depresivo mayor. Estos síntomas abarcan cambios en el apetito, el peso, el patrón de sueño y la actividad, así como la falta de energía, sentimientos de culpa, dificultades en la toma de decisiones, y pensamientos recurrentes sobre la muerte y el suicidio. Lo que la distingue fundamentalmente es su capacidad para inducir aislamiento social, pérdida de apetito y alteraciones en el sueño, así como la disminución del interés en participar en diversas actividades (Cobo et al., 2000).

Conforme al DSM-5 (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Quinta Edición) de la American Psychiatric Association (2014), la depresión se conceptualiza como una alteración del estado de ánimo, siendo su característica principal la perturbación del humor. Según su origen y temporalidad, se clasifica de manera específica, destacándose los trastornos bipolares, el trastorno distímico y el trastorno depresivo mayor como los principales subtipos. Se postula que la depresión surge como resultado de una compleja interacción entre factores sociales, psicológicos y

biológicos. Esto hace que la persona afectada tenga más probabilidades de vivir con mayor estrés y debilidad.

World Health Organization. (s.f) la define como un trastorno mental afectivo ordinario y manejable, que ocurre con frecuencia en todo el mundo y caracterizado por fluctuaciones del estado de ánimo con síntomas tanto físicos como cognitivos, de etiología primaria o secundaria al encontrarse en enfermedades, como el cáncer, diabetes, VIH, enfermedad de Parkinson, trastornos alimenticios, enfermedad cerebrovascular, infartos agudos al miocardio y abusos de sustancias.

Epidemiología

La depresión constituye una patología prevalente que incide en los aspectos cognitivos y emocionales de las personas, afectando tanto su bienestar mental como físico. Su impacto se extiende sin distinción de edad, género, raza o estatus económico, afectando a aproximadamente 450 millones de individuos en todo el mundo. Se estima que una de cada cuatro personas experimentará dificultades vinculadas a la depresión a lo largo de su vida, independientemente de su edad o posición social. En la actualidad, la depresión es reconocida como la principal causa de discapacidad a nivel global y figura entre los principales contribuyentes a la carga de morbilidad. De acuerdo con el Instituto Nacional de Salud Mental (2022), en 2019, aproximadamente uno de cada cinco adultos mayores de 18 años en los Estados Unidos recibió un diagnóstico de depresión. Además, según el mismo instituto, alrededor de 17.3 millones de adultos estadounidenses experimentaron un episodio de depresión mayor en 2017, constituyendo el 7.1% de la población adulta estadounidense, con una prevalencia más significativa en el grupo de edad de 18 a 25 años.

De acuerdo con la OMS, los trastornos mentales han aumentado a nivel mundial principalmente los trastornos relacionados con ansiedad y depresión, los cuales anualmente llegan a ser la principal causa en el mundo de discapacidad, y se pronostica que seguirá siendo la mayor causa de morbilidad para el 2030, y en la actualidad las mujeres son las más afectadas.

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el 4,4% de la población mundial (3,6% hombres, 5,1% mujeres) padecía depresión en 2015 (Organización Mundial de la Salud, 2017). Se estima que más del 20% de la población mundial sufrirá alguna enfermedad que requerirá tratamiento en algún momento de su vida. Además, se estima que la depresión será la segunda causa principal de discapacidad en todo el mundo en 2020 (Organización Mundial de la Salud, 2008). En México, tres de las diez enfermedades más incapacitantes (psiquiátricas, neurológicas y por abuso de sustancias) son neuropsiquiátricas (“Institute for Health Metrics and, Evaluation, The Lancet. Findings from the Global Burden of Disease Study”, 2017).

La prevalencia de los trastornos mentales, incluida la depresión, es tema de estudios epidemiológicos en México. Según la Encuesta Epidemiológica Nacional de Psiquiatría (ENEP) realizada entre 2001 y 2002, el 9,2% de la población afirmó haber sufrido depresión en algún momento de su vida, y el 4,8% afirmó haber sufrido depresión en los 12 meses anteriores a su aparición de la enfermedad. Además, se estima que uno de cada cinco mexicanos morirá por alguna discapacidad antes de los 75 años (Kessler et al., 2007). Varios estudios epidemiológicos han examinado la prevalencia de los trastornos mentales en México, incluida la depresión, sus episodios y factores relacionados. Según la Encuesta Nacional de Epidemiología de Psiquiatría (ENEP) realizada entre 2001 y 2002, el 9,2% de la población sufrió depresión durante su vida y el 4,8% sufrió depresión en los 12 meses anteriores a la encuesta. Además, se estima que una de cada cinco personas quedará discapacitada antes de los 75 años (Kessler et al., 2007).

Aunque se cree que la depresión se puede prevenir, detectar y tratar, uno de los mayores desafíos del mundo es la falta de tiempo adecuado y de acceso al tratamiento para los problemas de salud mental. A pesar de la disponibilidad de tratamientos psicológicos y medicamentos para la depresión leve y grave, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que entre el 76% y el 85% de la población de los países de ingresos bajos y medios está relacionada con enfermedades mentales (Cerecero-García et al., 2020).

Etiología

Las primeras investigaciones sobre la causa del trastorno depresivo mayor (TDM) surgió inesperadamente durante la investigación sobre los efectos secundarios de fármacos que reducen los niveles de monoaminas a nivel cerebral. Actualmente, se sabe que la etiología de la depresión es multifacética y se pueden identificar al menos tres vías que combinan el desarrollo en el desarrollo de esta patología: factores genéticos, biológicos y psicosociales (Piñar Sancho et al., 2020).

Factores biológicos

Las aminas biógenas, entre las cuales se incluye la serotonina, desempeñan un papel de relevancia en la modulación de diversos procesos fisiológicos y mantienen una estrecha relación con la manifestación de la depresión. En particular, la serotonina se vincula con funciones fundamentales, como el ciclo del sueño, la actividad motora, la percepción sensorial, el comportamiento sexual, los apetitos y la regulación hormonal. La desregulación o desequilibrio de estas aminas biógenas ha sido asociada con la aparición de síntomas depresivos, lo que confiere a la serotonina una posición central en la comprensión de la fisiopatología de la depresión.

La noradrenalina participa en la regulación negativa o negativa de los receptores beta-adrenérgicos. Esta vía se ha implicado en trastornos emocionales como la impulsividad, el estado de alerta-vigilia, el anhelo, el aprendizaje, el apetito y la recompensa. En cuanto

a la dopamina, se observado una disminución de su actividad está relacionada con la anhedonia, considerada como un síntoma característico del trastorno depresivo mayor (TDM).

Las alteraciones en la regulación hormonal, en particular en relación con el estrés crónico, se consideran relevantes en los trastornos afectivos depresivos. Se postula que hay una conexión con las hormonas somatostatina y hormona liberadora de adrenocorticotropa (CRH). Estas hormonas inhiben la secreción de noradrenalina y dopamina. Dada la alteración en la plasticidad neuronal, los pacientes con trastorno depresivo mayor muestran cómo esta alteración se refleja en una mayor sensibilidad a cada evento estresante que enfrentan.

La relación entre la inflamación y el estado de ánimo ha sido el foco de la investigación durante las últimas dos décadas. Al examinar las respuestas a los medicamentos en pacientes con hepatitis B, cáncer o VIH-SIDA, los estudios muestran cómo las citocinas inflamatorias pueden alterar la plasticidad cerebral.

Desde una perspectiva neuroanatómica, se han identificado cuatro regiones que podrían estar involucradas en la depresión mayor: la corteza prefrontal, la región cingulada anterior, el hipocampo y la amígdala. Los estudios estructurales y funcionales del cerebro revelan la presencia de hiperintensidades anormales en los ganglios subcorticales, periventriculares, basales y tálamo en pacientes afectados por esta patología. Además, se ha observado una disminución significativa en el volumen del hipocampo. Investigaciones utilizando técnicas como la tomografía por emisión de positrones (PET) han evidenciado que la depresión mayor se caracteriza por anomalías en la corteza límbica, con una disminución de la actividad en la corteza prefrontal y un aumento de la actividad en la amígdala.

Factores genéticos

La herencia familiar juega un papel importante en la depresión mayor. Si un padre sufre un ataque cardíaco, existe entre un 10% y un 25% de posibilidades de que su hijo padezca la misma afección. El riesgo se duplica si ambos padres padecen la enfermedad. Se ha descubierto que el trastorno depresivo mayor afecta a una gran proporción de mujeres (40%) en comparación con el 30% de los hombres.

En cuanto a los genes, se han identificado casi 200 genes relacionados con la depresión, los cuales han sido difíciles de determinar en una relación directa debido a la complejidad de factores sociales y ambientales. Sin embargo, algunos genes mostraron una asociación más fuerte porque producen cambios anatómicos, afectan a las neuronas o influyen en las vías hormonales. Estos genes incluyen:

| | |
|--------------|--|
| Gen 5-HTTLPR | Codifica el transportador de recaptura de serotonina |
| Alelo FKBP5 | Impacta el eje Hipotálamo-Adrenal-Pituitaria, que está en relación con las hormonas cortisol y ACTH. |
| Gen COMT | Afecta el volumen del hipocampo |
| Gen BDNF | Se asocia con la severidad del TDM |

Estos hallazgos resaltan la complejidad genética de la depresión y cómo varios genes pueden contribuir a su desarrollo.

Factores psicosociales

Los factores del estilo de vida y el estrés ambiental pueden tener un impacto significativo en la biología del cerebro. El estrés de un evento puede provocar cambios a largo plazo en la función cerebral, afectando a varios neurotransmisores. Además, se ha demostrado que el estrés contribuye a la pérdida de neuronas y a una disminución significativa de los receptores sinápticos. Este proceso puede afectar la neuroplasticidad y la respuesta del sistema nervioso ante situaciones futuras. La exposición crónica al estrés afecta la homeostasis de los sistemas neurobiológicos involucrados en el manejo del estrés y puede ser un factor en el desarrollo o empeoramiento de trastornos mentales, incluida la depresión mayor.

Criterios diagnósticos

La quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) reorganizó la clasificación anterior de "trastornos mentales". Se divide en dos categorías principales: "trastornos oscuros" y "Trastorno bipolar y trastornos relacionados". Las principales características del diagnóstico de depresión son un período de dos o más semanas consecutivas que muestran al menos cinco síntomas, uno de los cuales es un sentimiento de tristeza, disminución del interés o alegría en todas las actividades, casi todas las actividades. Los trastornos depresivos mayores se pueden clasificar como leves, moderados o graves, y el DSM-5 proporciona códigos específicos para indicar la eliminación parcial, completa o total del trastorno (APA, 2014).

DSM-5:

- Cinco o más de los siguientes síntomas han estado presentes durante dos semanas e indican un cambio en el desempeño anterior: Uno de los síntomas es (1) depresión, (2) pérdida de deseo o placer.

| |
|--|
| Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día y/o casi todos los días. |
| Disminución importante del interés o el placer de las actividades. |
| Pérdida importante de peso o disminución y/o aumento del apetito. |
| Insomnio o hipersomnia casi todos los días. |
| Agitación o retraso psicomotor casi todos los días |
| Fatiga o pérdida de la energía casi todos los días. |
| Sentimientos de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada. |
| Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse o para tomar decisiones, casi todos los días. |
| Pensamientos de muerte recurrentes, ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo. |

Síntomas que causan malestar clínico o deterioro en el ámbito social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. El episodio no puede ser causado por los efectos fisiológicos de una sustancia u otra condición médica. Un episodio depresivo mayor no se explica mejor por la esquizofrenia, el trastorno esquizofreniforme, el trastorno delirante, otros trastornos del espectro de la esquizofrenia u otra enfermedad mental. No se produjeron episodios maníacos o hipomaníacos.

CIE-10

- La CIE-10 clasifica la depresión mayor ("En: La Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10", 1996).

| |
|---|
| Un episodio depresivo leve. |
| Un episodio depresivo mayor sin síntomas psicóticos |

Un episodio depresivo mayor con síntomas psicóticos.

Independientemente de la causa, el episodio depresivo debe durar al menos dos semanas y deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas que se consideran depresiones clásicas: sentirse deprimido, pérdida de interés o placer y aumento de la fatiga.

Clasificación

Otras clasificaciones que vemos incluyen:

- Depresión leve, cuando el paciente presenta menos de cinco síntomas según los criterios diagnósticos durante al menos dos semanas.
- Depresión atípica, cuando se acompaña de síntomas inusuales como alucinaciones y delirios.
- Distimia o trastorno depresivo persistente (PDD), una forma de depresión crónica leve que dura hasta dos años.
- Depresión posparto, depresión que experimentan las mujeres durante el embarazo o hasta un año después del final del embarazo.

DEPRESIÓN PERINATAL

Antecedentes específicos

Los trastornos depresivos mantienen su prevalencia tanto a nivel nacional como internacional, afectando de manera significativa a las mujeres, quienes presentan una incidencia de dos a tres veces mayor en comparación con los hombres. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS). Según la investigación de Juárez et al. (2020), se presume que entre el 20% y el 40% de las mujeres presentan depresión durante estos períodos.

La depresión prevalece a nivel nacional e internacional y afecta a las mujeres de manera desproporcionada, dos o tres veces más que a los hombres. Según el estudio de Juárez et al. (2020), se estima que entre un 20% y un 40% de las mujeres experimentan depresión durante este periodo.

Este hallazgo es significativo ya que la depresión se ha identificado como la segunda causa principal de discapacidad en mujeres, y es la morbilidad más frecuente durante el embarazo y el posparto. Esta realidad subraya la relevancia de la atención de la salud mental y del apoyo a las mujeres durante estas importantes etapas de la vida. La detección temprana, el tratamiento adecuado y el apoyo psicológico son importantes para combatir la depresión y mejorar el bienestar de las mujeres embarazadas y los recién nacidos

Los trastornos afectivos, en particular la depresión perinatal, representan un desafío significativo. Es crucial la identificación y tratamiento temprano de la depresión perinatal. Como se señaló en un artículo de la Revista Médica Clínica Las Condes (Krauskopf y Valenzuela, 2020), es importante reconocer y tratar rápidamente los síntomas de la depresión en la mujer durante el embarazo y durante la familia. Esta necesidad es aún mayor considerando que el 30% de las mujeres embarazadas en Chile presentan síntomas de depresión y ansiedad. Esta estadística es similar a las estadísticas internacionales. No recibir un diagnóstico y tratamiento oportunos puede tener graves consecuencias tanto para la madre como para el niño, incluidos problemas de conducta y dificultades educativas para el niño en el futuro. Además, el artículo afirma que, a pesar del enfoque anterior en la depresión posparto, el interés en la depresión durante el embarazo ha aumentado en los últimos 15 años, enfatizando la importancia de la prevención y la intervención temprana para la depresión posparto.

Muchas mujeres pueden quedar embarazadas estando ya en un estado depresivo o desarrollar depresión durante el embarazo, lo que puede tener serias repercusiones tanto en la salud de la madre como del bebé. Se ha observado que las embarazadas con depresión tienden a descuidar su embarazo, omitiendo controles prenatales y desatendiendo las recomendaciones médicas. También suelen consumir sustancias psicoactivas como alcohol, tabaco y otras drogas, que afectan el desarrollo del feto. Se asocia con embarazos prematuros, bajo peso al nacer, circunferencias craneales reducidas, bajos puntajes de APGAR y preeclampsia. A nivel biológico se activan los sistemas de respuesta materna, aumentando el cortisol fetal (Meijer et al., 2011). Además, se ha demostrado que los hijos de madres que sufren depresión posparto tienen un deterioro en el desarrollo social y psicológico desde la infancia, aumentando el riesgo de experimentar síntomas de depresión desde la infancia.

Definición

La depresión en el embarazo es un trastorno del estado de ánimo que afecta a las mujeres durante y después de la gestación, que comprende el período desde la concepción hasta un año después del nacimiento, existe la depresión prenatal que ocurre durante el embarazo y la depresión posparto que ocurre después del nacimiento del niño. Las mujeres con depresión perinatal experimentan una profunda tristeza, ansiedad y fatiga, lo que dificulta sus actividades cotidianas, incluyendo el autocuidado y el cuidado de otros. Según el DSM-5, la depresión perinatal (DPN) es un episodio de depresión mayor que se presenta durante el embarazo o durante las primeras cuatro semanas después del nacimiento.

Etiología

La etiología de la depresión en periodo gestacional no se conoce con precisión, pero se cree que factores de riesgo biológicos, psicosociales y hormonales juegan un

papel importante. Una hipótesis sugiere que la disminución abrupta de los niveles de esteroides gonadales podría estar asociada con este trastorno, aunque no se presenta en todas las mujeres.

Factores de Riesgo

Las causas reconocidas para depresión perinatal abarcan la ansiedad materna, sucesos estresantes significativos, historial previo de depresión o antecedentes familiares, carencia de respaldo social, experiencias de violencia doméstica o de género, intenciones relacionadas con el embarazo, naturaleza de las relaciones de pareja, cobertura médica, posición socioeconómica y diversos factores tales como el consumo de sustancias, origen étnico, edad de la madre y antecedentes obstétricos. También son significativos la historia patológica previa, la percepción insuficiente de respaldo social, una relación de pareja desfavorable y un aumento en la incidencia de eventos estresantes. (Rodríguez-Muñoz et al., 2016). Según un estudio por Las Condes, Revista Médica Clínica, la exposición a eventos vitales estresantes durante el embarazo, como embarazos no planificados o deseados, Otra manera de expresar esa idea podría ser: Desafíos financieros, conflictos en la pareja, situaciones de violencia doméstica, carencia de respaldo familiar, y antecedentes de problemas emocionales, ansiedad, estrés y depresión., están asociados con el desarrollo de depresión durante la gestación (Krauskopf & Valenzuela, 2020).

Prevalencia

Las tasas de fertilidad exhiben variaciones con base en el nivel de ingresos del país, situándose entre el 10% y el 15% en naciones de ingresos altos, aproximadamente el 20% en países de ingresos bajos y medianos, y alcanzando el 30% en naciones asiáticas. En el contexto de México, más del 30% de las mujeres enfrentan episodios de depresión en algún momento durante el embarazo y hasta un año después del parto, según un estudio realizado por Contreras-Carretero et al. en 2020. Este trastorno a menudo

pasa desapercibido y conlleva consecuencias significativas para la salud física y mental de la madre, así como para el desarrollo del recién nacido.

Según un artículo de la revista médica *Las Condes*, se reporta que el 50% de las mujeres que padecen depresión durante el embarazo también experimentan depresión posparto. Además, diversos estudios han corroborado que la prevalencia de la depresión durante el embarazo iguala o supera la incidencia de la depresión posparto. Se estima que entre el 14% y el 25% de las mujeres embarazadas presentan síntomas depresivos suficientes para cumplir con los criterios diagnósticos de depresión mayor, según los estándares del DSM V, como señalan Krauskopf y Valenzuela en 2020. Adicionalmente, se estima que entre el 10% y el 16% de las mujeres experimentan depresión mayor durante el embarazo o en el primer año después del parto, observándose un incremento del 5% en mujeres de mayor edad con depresión cada año (Rodríguez-Muñoz et al., 2016).

Manifestaciones clínicas

La depresión posparto a menudo se presenta con síntomas de depresión que se observan en otras áreas de la vida, incluidos problemas de sueño y atracción, depresión, ansiedad, culpa, anhedonia, cambios en el apetito, llanto, sentimientos de no ser una buena madre, desesperanza y psicosis.

La depresión prenatal puede causar muchos problemas al bebé, incluido el bajo peso al nacer, un mayor riesgo de muerte fetal, preeclampsia, irritabilidad neonatal y cuidados personales durante el embarazo (como fumar, beber o consumir drogas). La adherencia al control de la natalidad es baja (Krauskopf y Valenzuela, 2020).

En el posparto, se distinguen dos condiciones clínicas psiquiátricas principales relacionadas con el estado de ánimo: La primera es un estado depresivo temprano conocido como "Baby Blues" o tristeza posparto, que se manifiesta como un síndrome

transitorio presente en hasta el 80% de las madres, resolviéndose de manera espontánea y rápida. La segunda es una depresión más prolongada que dura más de dos semanas, caracterizada por afectar el estado de ánimo diario, con síntomas como fatiga, llanto, tristeza, alteraciones del sueño y del humor. Aproximadamente un 10 a 15% de las mujeres experimentan esta condición y solo un 0.2% desarrollan psicosis posparto (Meijer et al., 2011).

Prevención

En la década de 1990 se inició el primer grupo de intervención en Estados Unidos con el programa "Mamás y Bebés". (MB), enfocado en mujeres latinas de bajos ingresos y alto riesgo. Un ensayo aleatorio de 217 participantes publicado en 2011 encontró que la terapia cognitivo-conductual era eficaz para prevenir la depresión familiar y reducir los síntomas depresivos (Le et al., 2011). La reunión anual de 2018 del Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) encontró que el sangrado y los trastornos hemorrágicos son menos comunes que el suicidio materno. Enfatizó la importancia de detectar signos de depresión en la madre y realizar una evaluación clínica completa, que incluya anamnesis, examen físico y evaluación del estado mental, así como un seguimiento que tenga en cuenta los factores de riesgo y los antecedentes de depresión. Es importante preguntar correctamente a las mujeres embarazadas y en posparto sobre síntomas como depresión, fatiga, llanto y rechazo al bebé.

Diagnóstico

Dada la alta prevalencia de cuadros depresivos en mujeres y el aumento del riesgo en ciertas etapas de la vida, se recomienda la implementación de sistemas de detección activos en unidades materno-fetales y neonatales. Se sugiere utilizar herramientas de cribados validados, como la Escala de Edimburgo para la Depresión Postnatal, para mejorar las estadísticas hospitalarias y el tratamiento de la enfermedad (Contreras-Carreto et al., 2020). A pesar de las directrices existentes en México, la

carencia de procedimientos detallados para llevar a cabo su aplicación reduce su eficacia en la planificación de recursos y estrategias efectivas (Contreras-Carreto et al., 2020).

Instrumentos de Tamizaje

Las herramientas de detección diseñadas para detectar la depresión durante el embarazo y el parto son herramientas valiosas para la evaluación clínica. El objetivo principal es identificar casos de depresión temprana durante el embarazo o el parto, mejorando así el conocimiento de quienes tienen mayor riesgo de desarrollar esta condición. Esto permite la prevención y la intervención temprana (Krauskopf y Valenzuela, 2020). La menstruación durante el embarazo es una enfermedad muy conocida y conocida, pero se estima que el 50% de las mujeres infectadas son diagnosticadas durante un examen médico (Littlewood et al., 2016).

Las herramientas de detección más populares incluyen la Escala de Edimburgo y el Cuestionario Whooley. La Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EDRS) desarrollada por Cox et al. Fue desarrollado originalmente en 1987 como una herramienta simple de detección de síntomas emocionales en mujeres en el posparto, pero también se ha recomendado su aplicación durante el embarazo (Murray y Cox, 1990). 9/10 indica depresión posparto (una puntuación de 10 o más indica depresión posparto) y 12/13 indica embarazo (13 o más indica posibles problemas durante el embarazo). (Alvarado et al., 2015). La aplicación óptima del EDPS se considera a las 8 semanas después del nacimiento, lo que corresponde a la alta incidencia de depresión posparto y la reducción de los síntomas adaptativos generales.

Las preguntas de Whooley, que están incluidas en la guía del NICE (Instituto Nacional para la Excelencia en la Salud y la Atención), son otro recurso útil que pueden utilizar una variedad de profesionales de la salud. Estas preguntas están relacionadas con los dos criterios principales para el diagnóstico de un episodio depresivo mayor según el DSM V: el estado de ánimo deprimido y la pérdida de la capacidad de experimentar placer (conocida como anhedonia). Una buena respuesta a estas

preguntas plantea la tercera cuestión planteada por Arrol (Navarrete et al., 2019), que indica la importancia de buscar ayuda profesional.

Tratamiento

El primer objetivo del tratamiento de la depresión en mujeres embarazadas es mejorar la condición y reducir los riesgos para el desarrollo del feto. El tratamiento comienza con recomendaciones generales, que incluyen dejar de consumir sustancias como la cafeína, la nicotina y el alcohol y descansar más. También se cree que ayudan las técnicas de relajación y las modificaciones ambientales (Enrique Jadresic, 2014). Un metaestudio reciente encontró que la actividad física es eficaz en el tratamiento de la depresión durante el embarazo (Daley et al., 2015).

Para la depresión leve a moderada, muchos pacientes pueden ser tratados únicamente con psicoterapia. Para abordar trastornos concurrentes como la ansiedad y la depresión, las técnicas de relajación, la terapia cognitivo-conductual y la psicoterapia de apoyo pueden resultar de gran ayuda. Para los síntomas más leves, la terapia cognitivo-conductual (TCC) y la psicoterapia (PII) pueden ser más eficaces (Flynn et al., 2006).

Considerar el uso de farmacoterapia en mujeres embarazadas que sufren de depresión o que no responden a otros tratamientos. Por cuestiones éticas, no existen investigaciones sobre la eficacia de los antidepresivos en el tratamiento de la depresión en mujeres embarazadas. Sin embargo, existen directrices disponibles para el tratamiento de la depresión durante el embarazo (Yonkers et al., 2010; "Altshuler LL Expert Consensus Guideline Series. Treatment of Depression in Women", 2001; Yonkers et al., 2004).

Se recomienda evitar el uso de psicofármacos durante las primeras 12 semanas de embarazo debido al riesgo de eventos adversos durante la organogénesis (Krauskopf y Valenzuela, 2020). Un estudio realizado por Cohen y colegas sobre mujeres que tomaban antidepresivos antes y durante el embarazo encontró una tasa de recaída del

68% cuando se suspendía el medicamento, pero sólo el 25% de las mujeres embarazadas estaban tomando medicamentos (Cohen et al., 2006). La mayor parte de la información sobre el uso de antidepresivos durante el embarazo proviene del uso de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), como fluoxetina, sertralina, citalopram y paroxetina. En general, estos estudios tienen evidencia limitada de teratogenicidad y efectos adversos relacionados con el embarazo durante la lactancia (Wen et al., 2006; Huybrechts et al., 2015), y han llevado a la conclusión de que los ISRS, con excepción de la paroxetina, son un tratamiento eficaz. . Opciones durante el embarazo (Enrique Jadresic, 2014).

Evolución y Pronóstico

El período prenatal es una oportunidad importante para identificar, prevenir e intervenir en los efectos negativos de la depresión materna y reducir el riesgo de depresión en los hijos posteriores. Las actividades y programas integrales desempeñan un papel importante en diversos aspectos de la coordinación, incluida la formación psicológica preventiva destinada a educar al público. Es importante capacitar a los profesionales de la salud para identificar a las mujeres embarazadas que corren riesgo de desarrollar depresión y para que tengan acceso a exámenes de detección oportunos. Además, es necesario brindar tratamiento, ya sea médico o psicológico, y asegurar el momento adecuado para controlar las diferentes actividades durante el parto.

METODOLOGÍA

JUSTIFICACIÓN

La depresión es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una enfermedad mental crónica que afecta a personas de todas las edades, géneros, razas y orígenes económicos. Este trastorno emocional se manifiesta a través de cambios emocionales y síntomas físicos y psicológicos, y es causado por una combinación de factores psicológicos, biológicos y sociales. Esto puede provocar estrés e inactividad, lo que puede empeorar la salud de la persona afectada. La incidencia es mayor en las mujeres, dos o tres veces mayor que en los hombres, y se sabe que es la segunda causa de discapacidad y entre el 20 y el 40% de los defectos congénitos.

El embarazo es considerado el momento más emotivo, pero también es un momento vulnerable para la aparición de trastornos mentales en la mujer. Los estudios a largo plazo han demostrado que el embarazo no protege contra los episodios depresivos o la recurrencia de una depresión previa. La depresión, que afecta a las mujeres durante y después del embarazo, amenaza la salud de la madre y del bebé. Se estima que afecta entre el 8% y el 11% de las mujeres en los países desarrollados (Grote et al., 2010).

La depresión durante el embarazo aumenta el riesgo de bajo peso al nacer, parto prematuro, cambios en el desarrollo neurológico fetal y puntuaciones bajas de APGAR. También se asocia con un mayor uso de sustancias y una menor participación en programas de cuidado infantil. Los hijos de madres deprimidas tienen más problemas de desarrollo cognitivo y social a partir de los 3 meses de edad y tienen más probabilidades de desarrollar síntomas depresivos a una edad temprana. La gravedad y la duración de la depresión posparto pueden determinarse mediante: Esto está relacionado con el alto riesgo asociado con estos cambios para los niños. Además, la depresión que experimentan las madres de niños mayores provoca problemas escolares, problemas en las relaciones con los compañeros, baja autoestima y problemas de conducta.

Dada la significativa prevalencia y las severas consecuencias de la depresión perinatal, es imperativo realizar un estudio de frecuencia de depresión en mujeres embarazadas. Este estudio no solo ayudará a comprender mejor la magnitud del problema, sino que también facilitará la identificación de condiciones de riesgo específicos y poblaciones vulnerables. Además, las conclusiones de este estudio serán fundamentales para desarrollar e implementar acciones y normativas de salud más efectivos, enfocados en la observación temprana, el abordaje adecuado, la derivación y el seguimiento multidisciplinario de la depresión perinatal. En última instancia, esta revisión ayudará a abordar una de las principales causas de muerte y discapacidad en mujeres en edad fértil y a mejorar la salud y el bienestar de las madres y los niños.

Nuestra muestra incluye mujeres en puerperio, porque el trastorno depresivo perinatal puede manifestarse durante el embarazo (depresión prenatal) y/o en el periodo posparto (depresión posparto). Dada la relevancia clínica y la interconexión entre estas fases, se consideró esencial incluir a las mujeres en el puerperio para obtener una visión más integral de la prevalencia de la depresión perinatal. Así, este estudio aborda un espectro más amplio de la experiencia perinatal, lo que enriquece la comprensión y las conclusiones derivadas de la investigación.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La motivación para desarrollar este trabajo surgió de la falta de interés o conocimiento entre los trabajadores de la salud, las familias y las propias mujeres embarazadas sobre el riesgo de depresión durante el embarazo. Conocida como la enfermedad mental más común durante el embarazo, la depresión afecta a las mujeres embarazadas con una frecuencia alarmante y las hace sentir más vulnerables. Se ha demostrado que la depresión durante el embarazo es la principal causa de depresión posparto. Sin embargo, la depresión posparto a menudo se diagnostica erróneamente y no se trata adecuadamente porque los síntomas son similares a los cambios normales relacionados con el embarazo, incluidos cambios de humor y emociones, llanto, ira, lujuria y sueño. Hoy en día, el estigma que rodea a la depresión materna persiste. Este problema se ve exacerbado por la falta de capacitación de los trabajadores de la salud para identificar síntomas y factores de riesgo, y la falta de tiempo, recursos y equipo especializado para evaluar adecuadamente la angustia familiar y los problemas de salud mental en diferentes poblaciones. De manera similar, la depresión durante el embarazo se asocia con bajo peso al nacer, mayor riesgo de parto prematuro, muerte fetal, irritabilidad neonatal y mala lactancia materna, métodos anticonceptivos (p. ej., tabaco, alcohol y otras sustancias) y cuidado infantil.

Estas observaciones nos llevan a plantear la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la prevalencia de depresión perinatal en mujeres de 18 a 30 años atendidas en el Hospital de la Mujer Puebla durante un periodo de dos meses?

HIPOTESIS

Existe una alta incidencia de depresión posparto entre las mujeres embarazadas de 18 a 30 años que son atendidas en el Hospital de Mulleres de Puebla, y esta enfermedad muchas veces no se diagnostica.

OBJETIVOS

Objetivos Generales

- Determinar la prevalencia de depresión perinatal en mujeres embarazadas en un rango de edad de 18 a 30 años en Hospital de la Mujer Puebla mediante cuestionarios, escalas o entrevista durante la consulta.

Objetivos Específicos

- Encontrar casos de depresión posparto en el Hospital de la Mujer de Puebla.
- Utilizar la escala de Edimburgo y las preguntas de Whooley para detectar y evaluar los primeros signos de depresión en mujeres durante el embarazo y el parto.
 - Identificar a las mujeres con mayor riesgo de depresión para una intervención temprana.
 - Establecer cuáles son las variables de riesgo que se manifiestan con mayor frecuencia para presentar depresión en el embarazo.
 - Revalidar los factores asociado como bajo peso al nacer, parto pretérmino, preeclampsia, irritabilidad neonatal, mala adherencia a controles prenatales.
 - Observar las conductas de bajo riesgo hay en el embarazo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Por el objetivo general: Descriptivo

Por la maniobra del investigador: Observacional

Por el número de mediciones de las variables: Transversal

Por la conformación de los grupos: Homodémico

Ubicación espacio-temporal

Se ubicará en Hospital de la Mujer, SSA Puebla en las consultas de control prenatal en el área de materno-fetal y hospitalización a usuarias atendidas durante el periodo de dos meses.

Estrategia De Trabajo

Se solicitará autorización del consejo de ética del Hospital de la Mujer Puebla, así como se solicitará información acerca de su población gestante para poder entrevistarlas mediante cuestionarios y escalas durante sus consultas de control prenatal, y en caso de detectar a alguna usuaria con depresión perinatal referirla al Hospital Psiquiátrico “Dr. Rafael Serrano” en la ciudad de Puebla para un adecuado control, diagnóstico y tratamiento oportuno a lo largo del periodo de 5 meses corroborando con el total de valoraciones realizadas a en dicho centro de salud durante este periodo, así como revisando los expedientes de los usuarios para la extracción de datos sociodemográficos (edad, nivel socio-económico, escolaridad, estado civil, y semanas de gestación).

Universo de estudio

Las mujeres embarazadas que presenten depresión en el embarazo y posparto a partir de las 20 semanas de gestación a 4 semanas posterior al parto, con un nivel de edad de 18 a 30 años atendidas por cualquier motivo en Hospital de la Mujer Puebla.

Sujeto de Estudio

Mujeres embarazadas y posparto que recibieron atención prenatal y/u obstétrica en el Hospital La Mujer Puebla de marzo de 2023 a abril de 2023.

Selección de la muestra.

Mujeres embarazadas y/o puérperas con edad gestante de 20 semanas de gestación a 4 semanas posterior al parto.

Criterios De Selección

Criterios de aceptación. Mujeres embarazadas y puérperas con un rango de edad de 18 a 30 años a partir de 20 semanas de gestación a 4 semanas posterior a parto.

Criterios de rechazo. Pacientes que no acepten firmar consentimiento informado, pacientes que no puedan ser interrogados o no puedan completar de una manera correcta la escala de evaluación de depresión Edimburgo.

Criterios de eliminación. Pacientes que abandonan el estudio

Diseño Y Tipo De Muestreo

El muestreo empleado será un muestreo no probabilístico por conveniencia.

Este muestreo es un método de selección en la investigación que implica seleccionar participantes de la población de manera no aleatoria, sino en función de su conveniencia

para el investigador. Esto permite elegir participantes que son más accesibles o fáciles de contactar.

El muestreo por conveniencia es útil en las situaciones en las que resulta costoso o difícil llevar a cabo un muestreo aleatorio o sistemático. También es útil cuando se necesita obtener datos de manera rápida y eficiente. Una de las limitaciones del muestreo por conveniencia es que no garantiza que la muestra sea significativa de la población en estudio.

Tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra se limitó a la muestra de conveniencia de pacientes disponibles en un día determinado.

VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN

| Nombre de la Variable | Tipo | Unidad de Medida | Tipo de Medida |
|-----------------------|-------------------------------------|---|--|
| Depresión Periparto | Cualitativa ordinal dependiente | Escala de depresión postparto Edimburgo (EPDS) Durante el embarazo (13+ puntos) y el postparto (10+ puntos) | Razón, proporción y tasa de incidencia |
| Semanas de gestación | Cuantitativa continua independiente | De las 20 semanas de gestación hasta | Moda, media y mediana |

| | | | |
|----------------------|-------------------------------------|--|-----------------|
| | | las 4 semanas después del parto | |
| Edad | Cuantitativa continua independiente | De 18 a 30 años cumplidos | Moda y mediana |
| Estado civil | Cualitativa nominal independiente | Soltera, unión libre, casada, divorciada, viuda | Moda |
| Escolaridad | Cualitativa ordinal independiente | Primaria, Secundaria, Bachillerato, Licenciatura | Moda |
| Ocupación/Profesión | Cualitativa nominal independiente | Autoreporte | Moda |
| Embarazos anteriores | Cuantitativa continua independiente | Número de hijos | Media y mediana |

| | |
|------------------------|------|
| Población | n=95 |
| Intervalo de confianza | 95% |
| Margen de Error | 5% |

| | |
|----------|---|
| MUESTRA | Por conveniencia |
| UNIVERSO | Mujeres embarazadas y/o con puerperio con un rango de edad de 18 a 30 años a partir de las 20 semanas de gestación a 4 semanas posterior al parto, atendidas por cualquier motivo en Hospital de la Mujer Puebla. |

Instrumentos de medición

La Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EPDS) se utiliza para evaluar con precisión la prevalencia de depresión en mujeres embarazadas de 18 a 30 años en el Hospital de la Mujer de Puebla. La herramienta de detección desarrollada por Cox y sus colegas en 1987 fue validada y diseñada para evaluar específicamente los síntomas de la depresión posparto. Posteriormente, Murray y Cox determinaron su eficacia entre las semanas 28 y 34 de embarazo. La Escala de Depresión Perinatal de Edimburgo fue validada en población mexicana mediante un estudio realizado en el INPER en el año 2000. En 2004, Tophil et al. Propusieron utilizar la Escala de Depresión Perinatal de Edimburgo para detectar la depresión posparto, una herramienta ampliamente utilizada. Esta herramienta está contrastada, es sencilla, fácil de aplicar, objetiva, sensible, específica y agradable de utilizar. Este es el único dispositivo que ha sido probado antes y después del nacimiento. Esta es una encuesta personal que consta de 10 preguntas de opción múltiple con 4 opciones, cada pregunta calificada de 0 a 3 según la capacidad de puntuación. Esta escala puede ayudar a identificar a los pacientes que corren riesgo de sufrir depresión, ya que las madres pueden experimentar 10 o más episodios de depresión de diferente intensidad. Una puntuación de 13 o más durante el embarazo se considera sugestiva de depresión. Si tiene una puntuación de 10 o más al nacer, se sospecha de depresión posparto. Una respuesta positiva a la pregunta 10 indica la presencia de pensamientos suicidas, los cuales deben ser reevaluados y/o remitidos a psicología.

También se llevarán a cabo las investigaciones de Whooley y Arrol. El Cuestionario Whooley y las directrices del Instituto Nacional para la Excelencia en la Salud y la Atención (NICE) de Inglaterra se aplican a una variedad de profesionales de la salud al evaluar a madres y niños. Las dos primeras preguntas, conocidas como preguntas de Whooley, determinan los dos criterios principales para el diagnóstico de un episodio depresivo mayor según el DSM V: depresión y anhedonia. Si la respuesta a ambas es afirmativa, se plantea una tercera pregunta, sugerida por Arrol, que indaga sobre la necesidad de buscar ayuda. La respuesta a las siguientes preguntas es sí o no.

1. ¿En el último mes se ha sentido desanimada, deprimida o sin esperanza?
2. ¿En el último mes ha sentido que tiene poco interés o que no disfruta?
- Si ambas respuestas son afirmativas, se presenta la siguiente cuestión:
3. ¿Siente que necesita ayuda?

Tabla 5. Escala de Edimburgo (EDPS) para el embarazo y el postparto^{27,30}

Cuestionario Sobre Depresión Postnatal Edimburgo (EDPS)

Nombre: _____

Dirección: _____

Su fecha de Nacimiento: _____

Fecha de Nacimiento del Bebé: _____ Teléfono: _____

Queremos saber cómo se siente si esta embarazada o ha tenido un bebé recientemente. Por favor, marque la respuesta que más se acerque a cómo se ha sentido en LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, no solamente cómo se sienta hoy.
Esto significaría: Me he sentido feliz la mayor parte del tiempo durante la semana pasada. Por favor complete las otras preguntas de la misma manera.

| | |
|---|--|
| <p>1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas</p> <p>Tanto como siempre. No tanto ahora. Mucho menos. No, no he podido</p> | <p>6. Las cosas me oprimen o agobian</p> <p>Sí, la mayor parte de las veces. Sí, a veces. No, casi nada. No, nada.</p> |
| <p>2. He mirado el futuro con placer</p> <p>Tanto como siempre. Algo menos de lo que solía hacer. Definitivamente menos. No, nada.</p> | <p>7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir</p> <p>Sí, la mayoría de las veces. Sí, a veces. No muy a menudo. No, nada.</p> |
| <p>3. Me han culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien</p> <p>Sí, la mayoría de las veces. Sí, algunas veces. No muy a menudo. No, nunca.</p> | <p>8. Me he sentido triste y desgraciada</p> <p>Sí, casi siempre. Sí, bastante a menudo Solo en ocasiones No, nunca.</p> |
| <p>4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo</p> <p>No, para nada. Casi nada. Sí, a veces. Sí, a menudo.</p> | <p>9. He sido tan infeliz que he estado llorando</p> <p>Sí, casi siempre. Sí, bastante a menudo. Solo en ocasiones. No, nunca.</p> |
| <p>5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno</p> <p>Sí, bastante Sí, a veces. No, no mucho. No, nada.</p> | <p>10. He pensado en hacerme daño a mí misma</p> <p>Sí bastante a menudo. A veces Casi nunca No, nunca.</p> |

| | |
|---------------------|--------------|
| Características | |
| Tipo de Instrumento | Estructurado |

| | |
|--------------------------|-----------------|
| Tipo de Administración | Hetero aplicado |
| Número de Reactivos | 10 |
| Tiempo de Administración | >= 10 minutos |
| Área Terapéutica | Sintomatología |

Método de recolección de datos

Para la recolección de datos en este estudio, se realizó durante las consultas de control prenatal y en el área de puerperio, se proporcionó a las participantes una explicación detallada sobre la depresión perinatal. Esta información preliminar tenía como objetivo informar a las participantes sobre la relevancia del estudio y la importancia de su contribución. Posteriormente se invitó a las participantes a completar la Escala de Edimburgo para la Depresión Postnatal, junto con las preguntas de detección de Whooley y Arrol. Estas herramientas fueron seleccionadas por su eficacia comprobada en la identificación de síntomas de depresión perinatal. La información recabada a través de estas escalas y cuestionarios fue codificada cuidadosamente para garantizar la confidencialidad y la exactitud en el tratamiento de la información.

Técnicas y procedimientos

Se obtuvieron copias de Escala de Edimburgo y preguntas de Whooley y Arrol, herramientas reconocidas para la detección de síntomas depresivos. Estos instrumentos se aplicaron a las usuarias que acudieron a citas de control prenatal o a consultas posteriores a la resolución del embarazo, durante un período específico de dos meses, de marzo a abril de 2023.

En el proceso de recogida de información, se prestó especial atención a las usuarias que mostraron signos de sintomatología afectiva de tipo depresivo. En estos casos, se

estableció un protocolo de referencia en colaboración con los médicos adscritos al Hospital de la Mujer Puebla. Las pacientes identificadas con posibles síntomas de depresión fueran referidas al Hospital Psiquiátrico “Dr. Rafael Serrano” para una evaluación y atención más especializada.

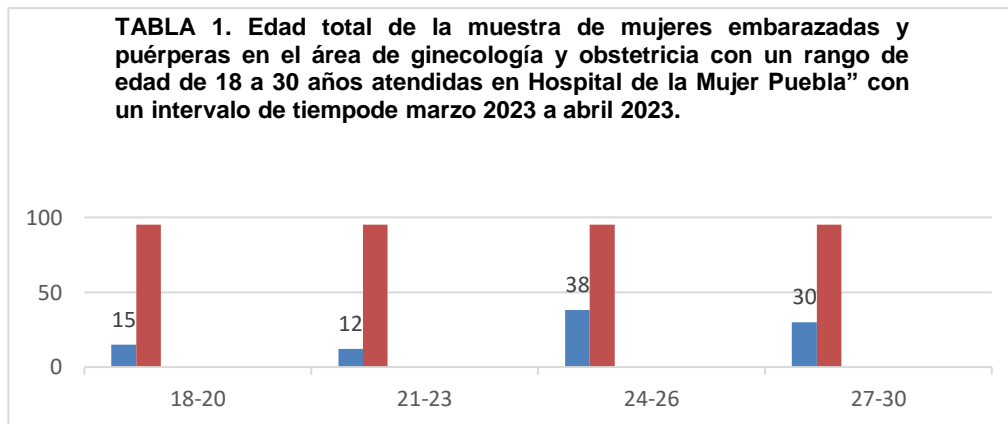
Los datos recabados de las usuarias evaluadas y referidas se extrajeron de los reportes generados. Este procedimiento no solo permitió identificar a las pacientes con síntomas depresivos, sino también facilitó el seguimiento de su atención y tratamiento.

RESULTADOS Y ANÁLISIS

TABLA 1. Edad total de la muestra de mujeres embarazadas y puérperas del área de ginecología y obstetricia, de 18 a 30 años, atendidas en el Hospital de Puebla en el periodo comprendido entre marzo de 2023 y abril de 2023.

| EDAD | PARTICIPANTES | PORCENTAJE |
|---------|---------------|------------|
| 18 - 20 | 15 | 15.78 |
| 21 - 23 | 12 | 12.63 |
| 24 - 26 | 38 | 40 |
| 27 - 30 | 30 | 31.57 |
| TOTAL | 95 | 99.98 |

Fuente: Instrumento de Medición 2023



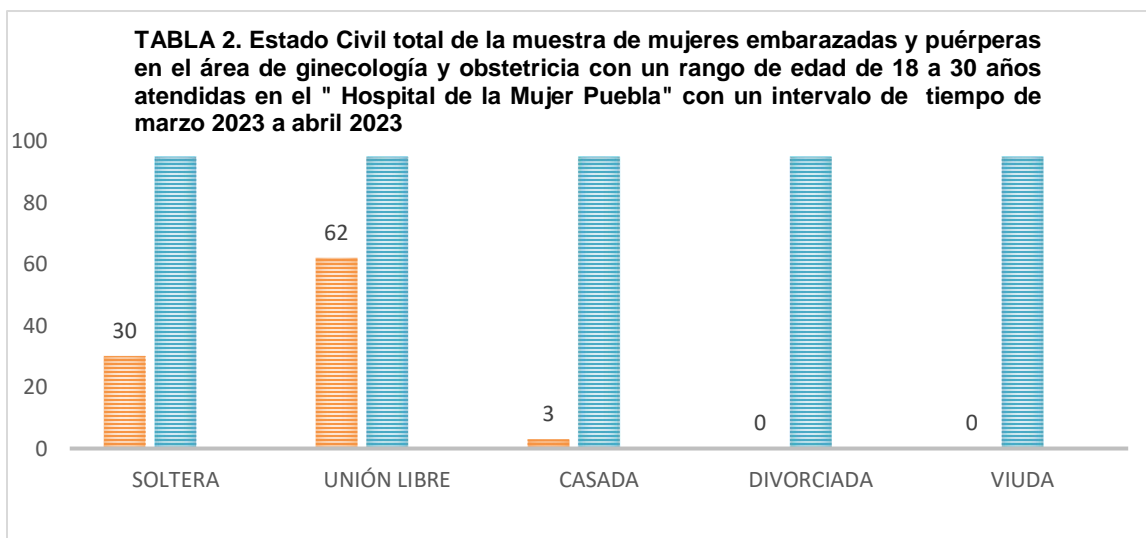
Gráfica 1 Fuente: Tabla 1

ANÁLISIS: La prevalencia de depresión es mayor en el grupo de edad de 24 a 26 años, con un 40% de los casos, mientras que en el grupo de 21 a 23 años es menor, constituyendo el 12.63% del total. Este patrón sugiere que la edad influye en la recurrencia de la depresión en esta población.

TABLA 2. Estado civil total de mujeres embarazadas y puérperas en el área de Obstetricia y Ginecología, de 18 a 30 años, atendidas en Hospital de la Mujer Puebla de marzo 2023 a abril 2023.

| ESTADO CIVIL | PARTICIPANTES | PORCENTAJE |
|--------------|---------------|------------|
| SOLTERA | 30 | 31.57 |
| UNIÓN LIBRE | 62 | 65.26 |
| CASADA | 3 | 3.15 |
| DIVORCIADA | 0 | 0 |
| VIUDA | 0 | 0 |
| TOTAL | 95 | 99.98 |

Fuente: Instrumento de Medición 2023



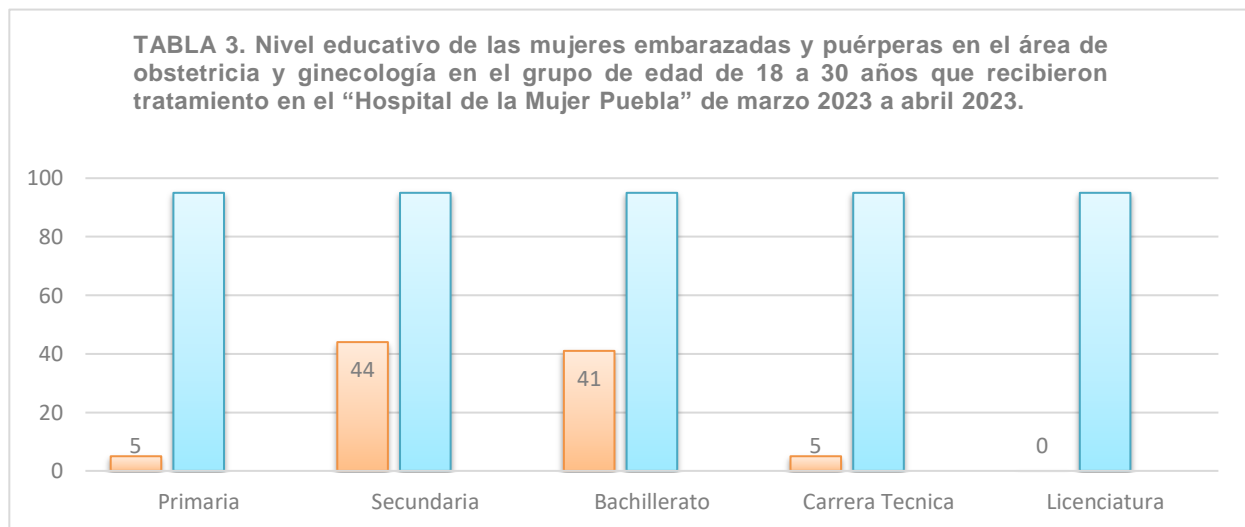
Gráfica 2 Fuente: Tabla 2

ANÁLISIS: El estado civil parece ser un factor relevante en la prevalencia de la depresión. Podemos observar que las mujeres en unión libre presentan una mayor proporción de casos de depresión, alcanzando el 65.26%. En contraste, la incidencia de depresión en mujeres casadas es notablemente más baja, representando solo el 3.15% del total observado.

TABLA 3. Nivel educativo de las mujeres embarazadas y puérperas en el área de obstetricia y ginecología en el grupo de edad de 18 a 30 años que recibieron tratamiento en el “Hospital de la Mujer Puebla” de marzo 2023 a abril 2023.

| NIVEL DE PREPARACIÓN | PARTICIPANTES | PORCENTAJE |
|----------------------|---------------|------------|
| PRIMARIA | 5 | 5.26 |
| SECUNDARIA | 44 | 46.31 |
| BACHILLERATO | 41 | 43.15 |
| CARRERA TÉCNICA | 5 | 5.26 |
| LICENCIATURA | 0 | 0 |
| TOTAL | 95 | 99.98 |

Fuente: Instrumento de Medición 2023



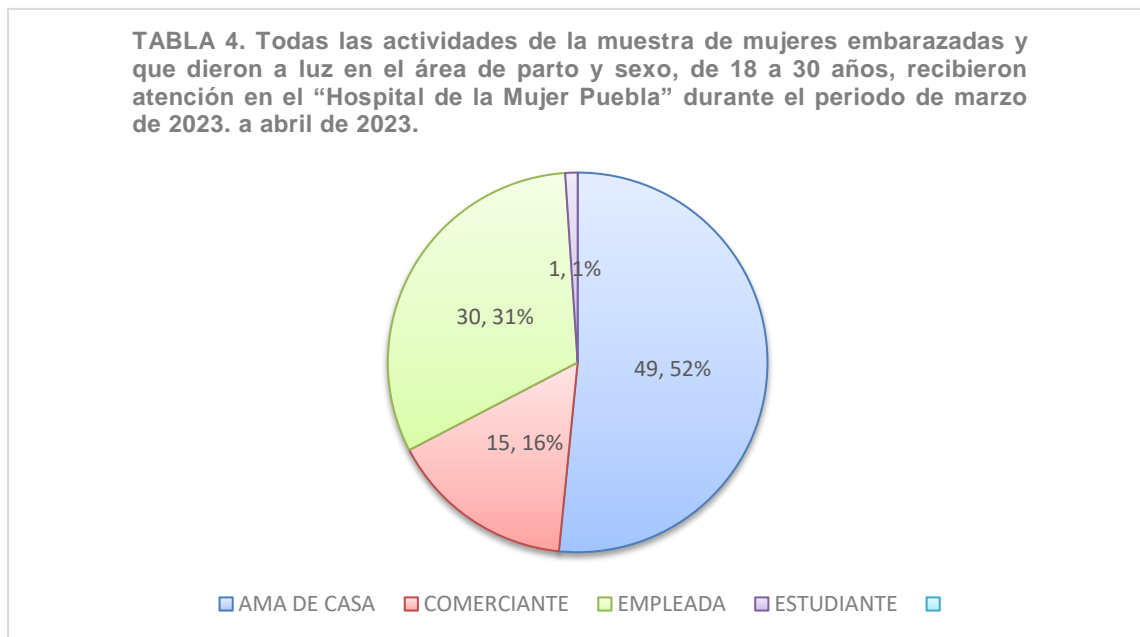
Gráfica 3 Fuente: Tabla 3

ANÁLISIS: De acuerdo a los resultados obtenidos, el nivel mínimo de preparación para trabajos básicos y técnicos en el campo de la Obstetricia y Ginecología en el “Hospital de la Mujer Puebla” corresponde al 5.26%, y en su mayoría mujeres embarazadas y que han dado a luz con secundaria con un 46.31%.

TABLA 4. Todas las actividades de la muestra de mujeres embarazadas y que dieron a luz en el área de parto y sexo, de 18 a 30 años, recibieron atención en el “Hospital de la Mujer Puebla” durante el periodo de marzo de 2023 a abril de 2023.

| OCUPACIÓN LABORAL | PARTICIPANTES | PORCENTAJE |
|-------------------|---------------|------------|
| AMA DE CASA | 49 | 51.57 |
| COMERCIANTE | 15 | 15.78 |
| EMPLEADA | 30 | 31.57 |
| ESTUDIANTE | 1 | 1.05 |
| TOTAL | 95 | 99.97 |

Fuente: Instrumento de Medición 2023



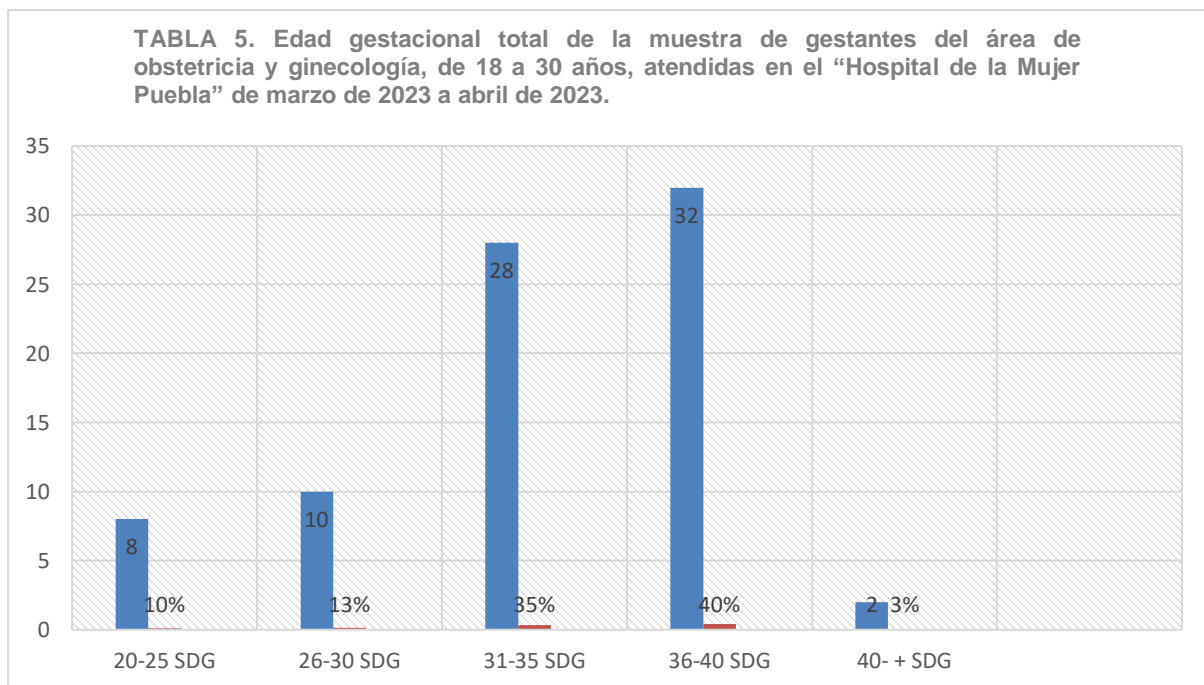
Gráfica 4 Fuente: Tabla 4

ANÁLISIS: De acuerdo con los resultados, podemos notar que la ama de casa cuenta con mayor número de padecimientos de depresión con un 51.57%, y en menor proporción con un 15.78% de las comerciantes.

TABLA 5. Edad gestacional total de la muestra de gestantes del área de obstetricia y ginecología, de 18 a 30 años, atendidas en el “Hospital de la Mujer Puebla” de marzo de 2023 a abril de 2023.

| SEMANAS DE GESTACIÓN | PARTICIPANTES | PORCENTAJE |
|----------------------|---------------|------------|
| 20-25-SDG | 8 | 10 |
| 26-30 SDG | 10 | 12.5 |
| 31-35 SDG | 28 | 35 |
| 36-40 SDG | 32 | 40 |
| 41 - + SDG | 2 | 2.5 |
| TOTAL | 80 | 100 |

Fuente: Instrumento de Medición 2023



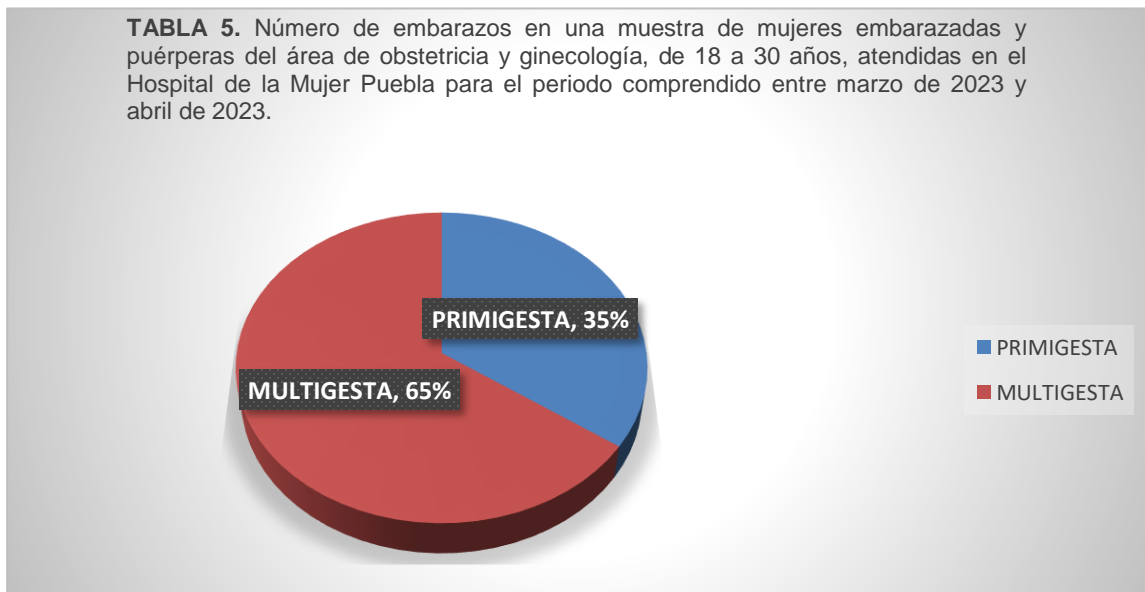
Gráfica 5 Fuente: Tabla 5

ANÁLISIS: De acuerdo con los resultados conseguidos, podemos percibir que hay una mayor prevalencia en las 36 a 40 SDG con un porcentaje 40% y menor prevalencia entre las 41-+ SDG con un 2.5%.

TABLA 6. Número de embarazos en una muestra de mujeres embarazadas y puérperas del área de obstetricia y ginecología, de 18 a 30 años, atendidas en el Hospital de la Mujer Puebla para el periodo comprendido entre marzo de 2023 y abril de 2023.

| PARTICIPANTES | CON DEPRESION | PORCENTAJE |
|---------------|---------------|------------|
| PRIMIGESTAS | 33 | 34.73 |
| MULTIGESTAS | 62 | 65.26 |
| TOTAL | 95 | 99.99 |

Fuente: Instrumento de Medición 2023



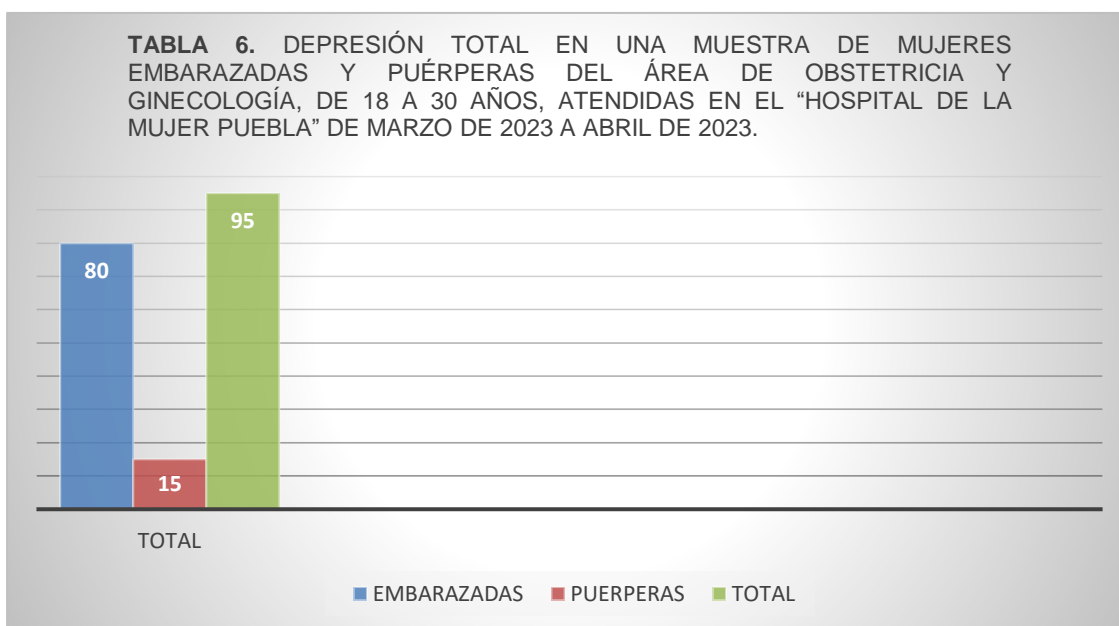
Gráfica 6 Fuente: Tabla 6

ANÁLISIS: Según los resultados, podemos observar que hay mayor prevalencia de depresión en las multigestas con un 65%, en comparación con las primigestas con un 35%.

TABLA 7. Depresión total en una muestra de mujeres embarazadas y puérperas del área de obstetricia y ginecología, de 18 a 30 años, atendidas en el “Hospital de la Mujer Puebla” de marzo de 2023 a abril de 2023.

| PARTICIPANTES | CON DEPRESION | PORCENTAJE |
|---------------|---------------|------------|
| EMBARAZADAS | 80 | 84.21 |
| PUERPERAS | 15 | 15.78 |
| TOTAL | 95 | 99.99 |

Fuente: Instrumento de Medición 2023



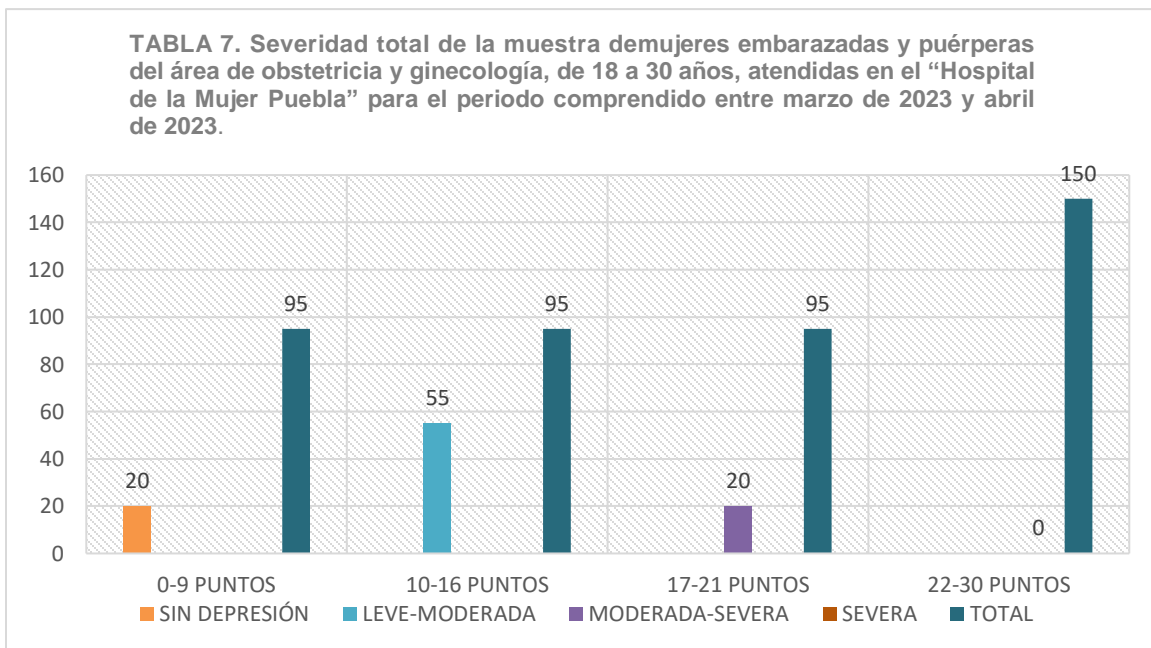
Gráfica 7 Fuente: Tabla 7

ANÁLISIS: Siguiendo la información recopilada, podemos observar que hay mayor número de padecimientos de depresión en las embarazadas con un porcentaje del 84.21%, que en las puérperas con un porcentaje del 15.78%.

TABLA 8. Severidad total de la muestra de mujeres embarazadas y puérperas del área de obstetricia y ginecología, de 18 a 30 años, atendidas en el “Hospital de la Mujer Puebla” para el periodo comprendido entre marzo de 2023 y abril de 2023.

| SEVERIDAD | PARTICIPANTES | PORCENTAJE |
|------------------------------|---------------|------------|
| SIN DEPRESIÓN 0-9 PUNTOS | 20 | 21.05 |
| LEVE-MODERADA 10 - 16 PUNTOS | 55 | 57.89 |
| MODERADA-SEVERA 17-21 PUNTOS | 20 | 21.05 |
| SEVERA 22-30 PUNTOS | 0 | 0 |
| TOTAL | 95 | 99.99 |

Fuente: Instrumento de Medición 2023



Gráfica 8 Fuente: Tabla 8

ANÁLISIS: En base a las evidencias observadas, respecto al uso de la escala de Edimburgo (EDPS) para el posparto y embarazo, se obtuvieron los siguientes datos: sin depresión 0-9 puntos un 21.05%, depresión leve-moderada con un 57.89%, depresión moderada a severa con un 21.05% y depresión severa con un 0%

DISCUSIÓN

Como se ha discutido previamente, el estado de gravidez representa un período de alta vulnerabilidad en las mujeres, en el cual es esencial proporcionar una atención integral. Esta atención es crucial, ya que tiene un impacto directo en el resultado del embarazo y en la salud del neonato. Actualmente, los profesionales de la salud enfrentan un desafío significativo en lo que respecta al manejo y diagnóstico de la depresión perinatal. A menudo estas áreas no se abordan plenamente en los programas de atención de salud, lo que demuestra la necesidad de más atención y recursos en esta área.

La depresión durante el embarazo es una afección del estado de ánimo que afecta a muchas mujeres durante y después del embarazo. Los síntomas pueden variar e incluir depresión, cambios en el apetito y el sueño, falta de interés o placer en las actividades diarias, fatiga, ansiedad, ira y problemas de atracción. Estos síntomas pueden tener un impacto significativo en el cuidado de la madre y el bebé. Los factores de riesgo que se han identificado incluyen antecedentes de problemas cardíacos, estrés durante el embarazo, falta de apoyo social o familiar, problemas de relación y factores biológicos. El diagnóstico temprano y el tratamiento adecuado son importantes, que pueden incluir psicoterapia, terapia cognitivo-conductual, medicación y apoyo familiar y comunitario.

La depresión en el periodo gestante es un trastorno del estado de ánimo, que impacta a un número considerable de mujeres durante y después del embarazo. Los síntomas son variados e incluyen tristeza, alteraciones en el apetito y sueño, falta de interés o placer en actividades habituales, fatiga, ansiedad, irritabilidad y problemas de concentración. Estos síntomas pueden influir de manera significativa en el cuidado de la madre y de su bebé. Los factores de riesgo identificados incluyen antecedentes de trastornos del estado de ánimo, estrés durante el embarazo, falta de apoyo social o familiar, problemas en la relación de pareja y factores biológicos. El diagnóstico temprano y el tratamiento adecuado, que puede incluir terapia de conversación, terapia cognitivo-conductual, tratamiento farmacológico y apoyo familiar y social, son fundamentales.

La investigación sobre las comorbilidades asociadas a la depresión perinatal es vital, ya que esta condición a menudo no recibe la atención necesaria y es insuficientemente tratada. La mayoría de las mujeres afectadas no son atendidas en servicios de psiquiatría, sino que acuden a consultas de ginecología y obstetricia, donde sus síntomas pueden confundirse con los cambios emocionales normales del embarazo o con la tristeza posnatal, que no debería extenderse más allá de dos semanas.

El objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia de muerte fetal en mujeres embarazadas y puérperas de 18 a 30 años del Hospital de la Mujer de Puebla. Este enfoque nos permitió identificar situaciones que de otro modo se habrían pasado por alto. Para ello se utilizaron la Escala de Edimburgo y los cuestionarios de Whooley y Arrol.

En el estudio participaron 150 mujeres, de las cuales 25 fueron excluidas por abandonar el estudio y 30 por no completar correctamente la escala de Edimburgo, posiblemente debido a una falta de comprensión sobre la depresión perinatal o confusión con el periodo de "baby blues".

Los resultados mostraron que un número mayor de participantes tenían entre 24 a 26 años representando un 40%, seguidas por el grupo de 27 a 30 años. La mayoría estaban en unión libre (65.26%), seguidas por solteras y un pequeño porcentaje casadas. El nivel académico, la mayoría había completado la secundaria en un 46.31%, y un 43.15% había completado el bachillerato, y un pequeño porcentaje solo tenía educación primaria. En cuanto a su ocupación, el 51.57% se dedicaba a labores del hogar y el 15.78% se dedicaba al comercio. Del total de participantes, un 84.21% estaba en estado de embarazo, mientras que el 15.78% se encontraba en el período posparto inmediato. La mayoría se encontraba en un periodo gestacional de 36 a 40 SDG representando un 40%. El 65% de las participantes refirió ser multigesta. En cuanto a la severidad según la escala de Edimburgo, un porcentaje de 21.05% se encontraba sin depresión, un 52.63% experimentaba una depresión leve a moderada y un 26.31% tenía una depresión de moderada a grave.

Durante la recopilación de datos, se proporcionó a las participantes información sobre la depresión mayor y el "baby blues", enfatizando la importancia de desestigmatizar este padecimiento mental y alentando la intervención y búsqueda de apoyo por parte de profesionales de la salud mental. Se destacó que el tratamiento no se limita a la farmacoterapia, sino que también incluye la psicoterapia.

En este estudio, similar a lo reportado por Keller et al (2008), se encontró que los patrones de sintomatología depresiva en mujeres embarazadas y puérperas están asociados con sucesos vitales específicos. Además, este estudio reconoce cómo los avances pasados en la comprensión de la depresión han influido en el reconocimiento y tratamiento de la depresión posparto.

Como lo indican Juárez et al. (2020) y Krauskopf & Valenzuela (2020), se observó una alta prevalencia de depresión perinatal en nuestra población estudiada, similar a la reportada a nivel internacional. Se destacó el vínculo entre la depresión no tratada y las consecuencias para la madre e hijo, enfatizando la importancia de la detección oportuna y el tratamiento apropiado.

Este estudio refuerza la necesidad de enfocar la atención en la salud mental perinatal, considerando tanto el diagnóstico precoz y manejo integral, incluyendo la psicoterapia y el apoyo farmacológico cuando sea necesario. Al igual que en los estudios citados, se enfatiza la importancia de desestigmatizar la depresión perinatal y promover una mayor comprensión y sensibilización entre la población general y personal de atención médica.

CONCLUSIONES

Elevada Prevalencia y Subestimación del Problema: Este estudio confirma que la prevalencia de depresión perinatal es significativamente mayor, siendo un problema más extenso de lo documentado previamente. La atención se ha situado en instituciones de bienestar mental, mientras que los centros de atención gineco-obstétrica a menudo carecen de recursos y personal especializado para manejar adecuadamente la salud mental perinatal.

Necesidad de Coordinación entre Instituciones: Se recomienda establecer una mejor coordinación entre las instituciones de atención gineco-obstétrica y las de salud mental. Esto incluye planes de referencia y contrarreferencia eficientes, y la implementación de estrategias para recopilar datos más completos y útiles sobre la salud mental perinatal.

Reconocimiento como Tema de Salud Pública: La depresión prenatal y posnatal debe ser reconocida como un desafío creciente de salud pública. Es crucial abordar esta cuestión para disminuir la mortalidad y morbilidad materna y perinatal asociada con este trastorno.

Implementación de Estrategias para Mejorar la Atención: Es fundamental promover la coordinación entre las instituciones de salud mental y atención médica. Urge la implementación de estrategias efectivas para abordar la depresión perinatal y mejorar la atención en salud mental perinatal, priorizando la capacitación de personal y el mejoramiento de los recursos disponibles.

LIMITACIONES

Este estudio enfrentó varias limitaciones significativas que deben ser consideradas al interpretar sus resultados. La primera limitación fue la dificultad en realizar el muestreo en centros de atención primaria de salud, atribuible a la ausencia de un censo actualizado de usuarias que recibieron atención prenatal en estas instalaciones. Esta carencia de datos precisos sobre la población objetivo limitó la amplitud y representatividad del muestreo.

En segundo lugar, se identificó la falta de una rotación externa en un hospital especializado en ginecología y obstetricia. Esta limitación restringió la oportunidad de acceder a una población más diversa y, posiblemente, a casos más complejos o variados de depresión perinatal.

El tercer desafío fue el tamaño de la muestra, condicionado por las restricciones de tiempo debido a otras rotaciones académicas. El acceso limitado a los participantes, restringido a periodos libres y breves, impactó en la cantidad de encuestas que se pudieron realizar, afectando potencialmente la robustez estadística de los hallazgos.

La cuarta limitación radica en la falta de concienciación sobre la depresión perinatal dentro de la institución gineco-obstétrica. La ausencia de un programa estructurado para la referencia y contrarreferencia con instituciones de salud mental sugiere una brecha en el manejo integral de esta condición.

Finalmente, es crucial considerar que los datos del estudio se basaron en informes auto reportados por los participantes. Esta metodología puede comprometer la objetividad de los resultados, ya que depende mucho de la perspectiva y sinceridad de los individuos al responder las encuestas. Este aspecto de la autoevaluación afecta la exactitud de los datos recopilados.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este protocolo de investigación recibió la aprobación del comité de ética del Hospital Psiquiátrico “Dr. Rafael Serrano” antes de iniciar los procedimientos, entrevistas clínicas y pruebas asociadas. En el cual se respeta la autonomía total de los participantes, quienes participaron de manera voluntaria y tenían la libertad de retirarse en cualquier momento sin sufrir consecuencias ni represalias en cuanto a su seguimiento y tratamiento médico.

La información personal de las participantes quedó estrictamente protegida, y no se identificó ningún riesgo de consecuencias psicológicas y/o físicas durante el transcurso de la investigación.

En este estudio no se vulneraron ni la integridad ni los derechos humanos de las involucradas.

La investigadora principal cuenta con una beca otorgada por la secretaria de Salud del Estado de Puebla y es estudiante de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Es importante mencionar que no hubo ningún patrocinio ni financiamiento externo, y la investigadora no presenta conflictos de interés de ninguna índole.

LOGÍSTICA

Recursos Humanos

Doctor Irvin Garay Salinas, Profesor investigador en la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, asesor metodológico. Doctora Laura Lilia Torija Rivero, asesor experto y adscrita Hospital Psiquiátrico Dr. Rafael Serrano del servicio de Psiquiatría y Doctor Rubén Quiroz Sánchez, asesor experto en el área de ginecología y obstetricia. Doctora Mitzi Jocelyn Ponce Salinas, Residente de Cuarto año de Psiquiatría, investigador, quien recolectó la información en la hoja de recolección de datos, además de vaciar información para su análisis estadístico.

Recursos Materiales

Material de escritorio: Plumas (8), Impresora (1), Tinta impresora (1), Hojas para impresión (285), consentimiento informado, Internet, equipo de cómputo.

Recursos Financieros

Los gastos para la realización fueron proporcionados por la investigadora principal.

Factibilidad

Este estudio es posible porque es un estudio preliminar de nuevas investigaciones y seguimiento de la muestra poblacional.

ANEXOS

1. CONSENTIMIENTO INFORMADO



**SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA
HOSPITAL PSIQUÁTRICO DR. RAFAEL SERRANO**



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio de este medio hago constar que he recibido de la Dra. Mitzi Jocelyn Ponce Salinas, residente de psiquiatría de cuarto año, la siguiente información:

La realización de un estudio de investigación, llamado "Prevalencia de depresión perinatal en mujeres embarazadas de edad de 18 a 30 años atendidas en Hospital de la Mujer Puebla". realizado en el Hospital de la Mujer Puebla, SSA al que me encuentro adscrito como usuario, al que se me invita a participar debido a mi diagnóstico de base.

Entiendo que mi participación consistirá en la realización de encuestas o escalas, las cuales están relacionadas a mi diagnóstico y al tema de investigación, y que mis respuestas deben ser honestas, que no existe ninguna consecuencia física o psicológica para mi persona.

Se me ha explicado de manera verbal y de forma concisa y clara, que la información resultante de mis pruebas es de carácter confidencial, no siendo distribuidas a personas ajenas a esta investigación y no generando ninguna dificultad para continuar con mi control prenatal en este nosocomio, ni con ninguna consecuencia negativa para mí o mis familiares. Además, se me explicó que mis resultados no serán entregados a mi persona ni a mis familiares.

Entiendo que no hay retribución económica por mi participación, siendo el único beneficio la utilización de estos datos para nuevas investigaciones e intervenciones, que favorezcan el tratamiento que se otorga a pacientes con el mismo diagnóstico.

Por último, se me ha explicado que puedo retirarme o negarme a participar en cualquier proceso de la investigación, sin ninguna consecuencia negativa para mi persona o para mi continuación como paciente de este Hospital.

Por medio de este documento, expreso que se me ha explicado todo lo relacionado con la participación en este estudio de investigación y acepto participar voluntariamente.

Firma del participante _____

Fecha:

2. ESCALA DE EDIMBURGO



SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DR. RAFAEL SERRANO



Questionario Sobre Depresión Postnatal Edimburgo (EPDS)

Edad:

Fecha de Nacimiento del Bebé:

Queremos saber cómo se siente si está embarazada o ha tenido un bebé recientemente. Por favor marque la respuesta que más se acerque a cómo se ha sentido en LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, no solamente cómo se sienta hoy.

Esto significaría: Me he sentido feliz la mayor parte del tiempo durante la pasada semana. Por favor complete las otras preguntas de la misma manera.

1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas
Tanto como siempre
No tanto ahora
Mucho menos
No, no he podido

6. Las cosas me oprimen o agobian
Sí, la mayor parte de las veces
Sí, a veces
No, casi nunca
No, nada

2. He mirado el futuro con placer
Tanto como siempre
Algo menos de lo que solía hacer
Definitivamente menos
No, nada

7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir
Sí, la mayoría de las veces
Sí, a veces
No muy a menudo
No, nada

3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien
Sí, la mayoría de las veces
Sí, algunas veces
No muy a menudo
No, nunca

8. Me he sentido triste y desgraciada
Sí, casi siempre
Sí, bastante a menudo
No muy a menudo
No, nada

4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo
No, para nada
Casi nada
Sí, a veces
Sí, a menudo

9. He sido tan infeliz que he estado llorando
Sí, casi siempre
Sí, bastante a menudo
Sólo en ocasiones
No, nunca

5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno
Sí, bastante
Sí, a veces
No, no mucho
No, nada

10. He pensado en hacerme daño a mí misma
Sí, bastante a menudo
A veces
Casi nunca
No, nunca

3. INFORMACION DE LA PARTICIPANTE



**SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA
HOSPITAL PSIQUÁTRICO DR. RAFAEL SERRANO**

INFORMACIÓN DE LA PARTICIPANTE



Edad:

Estado civil:

Escolaridad:

Ocupación:

Religión:

Numero de embarazo:

Semanas de gestación:

Psicoterapia:

4. PREGUNTAS WHOOLEY Y ARROL







**SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA
HOSPITAL PSIQUÁTRICO DR. RAFAEL SERRANO**




Preguntas Whooley y Arrol

1. *¿En el último mes se ha sentido desanimada, deprimida o sin esperanza?*
2. *¿En el último mes ha sentido que tiene poco interés o que no disfruta?*
En caso de contestar SI a las dos anteriores:
3. *¿Siente que necesita ayuda?*

5. OFICIO DE CAMBIO DE NOMBRE DEL TITULO DE MI PROTOCOLO ACEPTADA
POR LA JEFA DE ENSEÑANZA DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DR. RAFAEL
SERRANO

| | | |
|--|---|---|
|  | Secretaría de Salud Gobierno de Puebla |  |
| HOSPITAL PSIQUIATRICO "DR. RAFAEL SERRANO" | | |
| Oficio No./HP/Enseñanza/10423/_____2023 | | |
| Cuatro veces Heroica Puebla de Zaragoza, a 15 de Febrero del 2023 | | |
| ASUNTO: Se autoriza cambio de nombre de tesis | | |
| | | |
| DRA. MITZI JOCELYN PONCE SALINAS MEDICO RESIDENTE DE 3ER. AÑO DE LA ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRIA P R E S E N T E. | | |
| | | |
| Por medio de la presente, me permito saludarle, y al mismo tiempo hago de su conocimiento que queda autorizado el cambio de nombre de sus tesis con título anterior "Prevalencia de depresión perinatal en mujeres de 20 a 30 años en la clínica de control prenatal en el Hospital de la Mujer Puebla", por el ACTUAL TITULO que sería: | | |
| "PREVALENCIA DE DEPRESIÓN PERINATAL EN MUJERES EMBARAZADAS DE EDAD DE 18 A 30 AÑOS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE LA MUJER PUEBLA". | | |
| Sin otro particular, quedo de usted. | | |
| | | |
| Atentamente "SUFRAGIO EFECTIVO. NO REELECCIÓN" JEFA DEL DEPTO. DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION Y PROFESORA TITULAR DE LA ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRIA | | |
|  | | |
| DRA. LAURA ERENDIRA GOMEZ MENDOZA | | |
| | | |
| C.c.p.- Minutario Enseñanza. Archivo. | | |
| | | |
| DRA/LEGM/dbd* | | |
| | | |
| Km. 7.5 Carretera a Valsequillo S/N. Col. Lomas de San Miguel, Puebla, Pue. Correo electrónico: ensenanzahprs@gmail.com |  800 466 37 86 PROINTEGRIDAD prointegridad.puebla.gob.mx |  |

6. OFICIO DE ACEPTACION DE PROTOCOLO EN HOSPITAL DE LA MUJER PUEBLA

**Secretaría de Salud**
Gobierno de Puebla

HOSPITAL PSIQUIATRICO "DR. RAFAEL SERRANO"

Oficio No./HP/Enseñanza/10423/* 221 2023

17 FEB 2023

Cuatro veces Heroica Puebla de Zaragoza, a 15 de Febrero del 2023

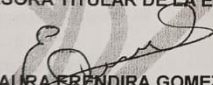
ASUNTO: Se informa.

DR. RIGOBERTO CEREZO REYES
DIRECTOR DEL HOSPITAL DE LA MUJER
PRESENTE.

AT'N: **DR. ERIC ALEJANDRO VARELA GUTIERREZ**
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION


Por medio de la presente, reciba un cordial saludo y a través de este medio me permito solicitar a usted su valioso apoyo en la revisión y autorización del protocolo de investigación titulado "Prevalencia de depresión perinatal en mujeres embarazadas de edad de 18 a 30 años atendidas en el Hospital de la Mujer Puebla", de la Dra. **Mitzi Jocelyn Ponce Salinas**, médico residente de la Especialidad en Psiquiatría de esta Institución. Adjunto documento al mismo, no sin antes agradecer su fina atención y quedando pendiente de su respuesta.


Atentamente
"SUFRAGIO EFECTIVO. NO REELECCIÓN"
JEFA DEL DEPTO. DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION Y
PROFESORA TITULAR DE LA ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRIA

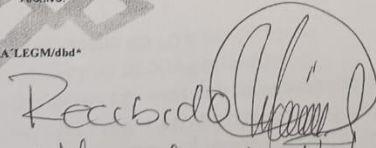

DRA. LAURA ARENDIRA GOMEZ MENDOZA

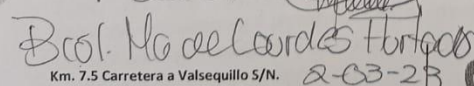
C.c.p.- Minutario Enseñanza.
Interesada
Archivo.

DRA. LEGM/dbd*


S.S.A
SERVICIO DE SALUD
DEL ESTADO DE PUEBLA
HOSPITAL PSIQUIATRICO
DR. RAFAEL SERRANO
PUEBLA, PUE

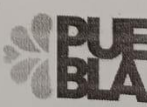

S.S.
SERVICIOS DE SALUD
DEL ESTADO DE PUEBLA
HOSPITAL PSIQUIATRICO
DR. RAFAEL SERRANO
DEPTO. ENSEÑANZA


Recibido


Bcof. No. de los Cordes Fortes

Km. 7.5 Carretera a Valsequillo S/N. 2-03-23
Col. Lomas de San Miguel, Puebla, Pue.
Correo electrónico: ensenanzahprs@gmail.com

800 466 37 86
PROINTEGRIDAD
prointegridad.puebla.gob.mx



7. OFICIO DE AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN DE TESIS



Puebla de Zaragoza, a 14 de enero del 2024

**ASUNTO:
AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN DE TESIS**

Los asesores del protocolo de investigación de la alumna **MITZI JOCELYN PONCE SALINAS**, manifiestan por medio de la presente, que posterior a la revisión de la tesis: **PREVALENCIA DE DEPRESIÓN PERINATAL EN MUJERES EMBARAZADAS DE EDAD DE 18 A 30 AÑOS ATENDIDAS EN HOSPITAL DE LA MUJER PUEBLA** desarrollada bajo la dirección del **DRA. LAURA LILIA TORIJA RIVERO, DR. IRVIN GARAY SALINAS** y **DR. RUBÉN QUIROZ SÁNCHEZ**, el trabajo se **APRUEBA** para proceder a la impresión del mismo.

Sin otro particular, reciba un saludo cordial.

ATENTAMENTE

DRA. LAURA LILIA TORIJA RIVERO

Dra. Laura Torija Rivero
Psiquiatra-Psicoterapeuta
Ced. Prof. 1880202
Ced. Esp. 3188087



S.S.A.
SERVICIOS DE SALUD
DEL ESTADO DE PUEBLA
HOSPITAL PSIQUIATRICO
DR. RAFAEL SERRANO
DEPTO. ENSEÑANZA

Carretera a Valsequillo Km. 7.5 S/N
Col. Lomas de San Miguel, Puebla, Pue.
Correo electrónico: ensenanzahprs@gmail.com
www.ss.pue.gob.mx

Un gobierno
presente



8. VARIABLES DE LAS PARTICIPANTES

| VARIABLE | | Grupo caso | |
|----------------------|-----------------|------------|-------|
| | | n=95 | % |
| Edad | 18-20 años | 15 | 15.78 |
| | 21-23 años | 12 | 12.63 |
| | 24-26 años | 38 | 40 |
| | 27-30 años | 30 | 31.57 |
| Estado civil | Soltera | 30 | 31.57 |
| | Unión libre | 62 | 65.26 |
| | Casada | 3 | 3.15 |
| | Divorciada | 0 | 0 |
| | Viuda | 0 | 0 |
| Escolaridad | Primaria | 5 | 5.26 |
| | Secundaria | 44 | 46.31 |
| | Bachillerato | 41 | 43.15 |
| | Carrera técnica | 5 | 5.26 |
| | Licenciatura | 0 | 0 |
| Ocupación/Profesión | Ama de casa | 49 | 51.57 |
| | Comerciante | 15 | 15.78 |
| | Empleada | 30 | 31.57 |
| | Estudiante | 1 | 1.05 |
| | Profesional | 0 | 0 |
| Embarazos anteriores | Primigesta | 33 | 34.73 |
| | Multigesta | 62 | 65.26 |
| Etapa perinatal | Embarazada | 80 | 84.21 |
| | Puérpera | 15 | 15.78 |

| VARIABLE | | Grupo caso | |
|----------------------|-----------|------------|------|
| | | n=80 | % |
| Semanas de gestación | 20-25 SDG | 8 | 10 |
| | 26-30 SDG | 10 | 12.5 |
| | 31-35 SDG | 28 | 35 |
| | 36-40 SDG | 32 | 40 |
| | 41-/+ SDG | 2 | 2.5 |

| VARIABLE | | Grupo caso | |
|--|----------------------------------|------------|-------|
| | | n=95 | % |
| Depresión perinatal clasificación de severidad | Sin depresión (0-9 puntos) | 20 | 21.05 |
| | Leve a moderada (10-16 puntos) | 55 | 57.89 |
| | Moderada a severa (17-21 puntos) | 20 | 21.05 |
| | Severa (22-30 puntos) | 0 | 0 |

BIBLIOGRAFÍA

1. Cobo Gómez, J. V. (2005). El concepto de depresión. Historia, definición(es), nosología, clasificación. *Psiquiatría.com*, 9(4).
2. Mori, N., & Caballero, J. (2010). Historia natural de la depresión. *Rev. peru. epidemiol*, 14(2).
3. Ochoa Gómez, C., Cruz Agudelo, A. F., & Moreno Carmona, N. D. (2015). Depresión en la mujer: ¿expresión de la realidad actual? *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 6(1), 113-135.
4. Keller, M. C., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2008). Asociación de diversos acontecimientos vitales adversos con diferentes patrones de síntomas depresivos. *American Journal of Psychiatry -Edición Española*, 11(1), 37-45.
5. Gastó, C., & Vallejo, J. (1990). *Trastornos Afectivos: Ansiedad y Depresión*. Masson.
6. Cobo, J., Rojo, J. E., & Vallejo, J. (2000). Aspectos críticos de la clasificación actual de los Trastornos Neuróticos. *Aula Médica Psiquiatría*, 2(1), 57–76.
7. Americana De Psiquiatría, A. (2014). *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Asociación Americana de Psiquiatría.
8. World Health Organization. (s.f). *Depression*. Recuperado de <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
9. National Institute of Mental Health. (2022). *Depression*. Recuperado de <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/major-depression.shtm>
10. Organización Mundial De La, S. (2017). *Depresión y otros trastornos mentales comunes*. Estimaciones sanitarias mundiales.
11. Organización Mundial De La, S. (2008). *The Global Burden of Disease: 2004 update*. Ginebra: OMS.
12. Institute for Health Metrics and Evaluation, The Lancet. (2017). *Findings from the Global Burden of Disease Study 2017*. Washington: IHME/The Lancet.
13. Kessler, R. C. et al. (2007). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*, 6(3), 168–176.

14. Cerecero-García, D. et al. (2020). Síntomas depresivos y cobertura de diagnóstico y tratamiento de depresión en población mexicana. *Salud pública de México*, 62(6), 840–850. <https://doi.org/10.21149/11558>
15. Piñar Sancho, G., Suárez Brenes, G., & De La Cruz Villalobos, N. (2020). Actualización sobre el trastorno depresivo mayor. *Revista Médica Sinergia*, 5(12), e610. <https://doi.org/10.31434/rms.v5i12.610>
16. Juárez, A. et al. (2020). Frecuencia de sintomatología depresiva y tratamiento en adultos mayores con acceso a servicios de salud. *Horizonte sanitario*, 19(3), 365–373.
17. Krauskopf, V., & Valenzuela, P. (2020). Depresión perinatal: detección, diagnóstico y estrategias de tratamiento. *Revista médica Clínica Las Condes*, 31(2), 139–149. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.01.004>
18. Meijer, J. L. et al. (2011). PRegnancy Outcomes after a Maternity Intervention for Stressful EmotionS (PROMISES): study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 12, 1-8.
19. Depresión perinatal. (s/f). National Institute of Mental Health (NIMH). Recuperado el 16 de octubre de 2023, de <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresion-perinatal>
20. Bermejo-Sánchez, F. R., Peña-Ayudante, W. R., & Espinoza-Portilla, E. (2020). Depresión perinatal en tiempos del COVID-19: rol de las redes sociales en Internet. *Acta médica peruana*, 37(1). <https://doi.org/10.35663/amp.2020.371.913>
21. Le, H. N., Perry, D. F., & Stuart, E. A. (2011). Randomized controlled trial of a preventive intervention for perinatal depression in high-risk Latinas. *Journal of consulting and clinical psychology*, 79(2), 135.
22. Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry*, 150, 782–786. <https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782>
23. Murray, D., & Cox, J. (1990). Screening for postnatal depression during pregnancy with the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EDPS). *J Reprod Infant Psychol*, 8(2), 99–107.

24. Littlewood, E., Shehzad, A., & Ansell, P. (2016). Identification of depression in women during pregnancy and the early postnatal period using the Whooley questions
25. Alvarado, R. et al. (2015). First validation of a spanish translated version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EDPS) in pregnant women. A Chilean study. *Arch Womens Ment Health*, 18, 607–612.
26. Navarrete, L. et al. (2019). Sensitivity and specificity of the three Whooley and Arroll questions for detecting perinatal depression in Mexican women. *Salud Publica de Mexico*, 61(1), 27–34. <https://doi.org/10.21149/9083>
27. Enrique Jadresic, M. (2014). Depresión perinatal: Detección y tratamiento. *Revista médica Clínica Las Condes*, 25(6), 1019–1028. [https://doi.org/10.1016/s0716-8640\(14\)70651-0](https://doi.org/10.1016/s0716-8640(14)70651-0)
28. Daley, A. J. et al. (2015). The effectiveness of exercise for the prevention and treatment of antenatal depression: systematic review with meta-analysis. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 122(1), 57–62. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.12909>
29. Flynn, H. A. et al. (2006). The impact of a brief obstetrics clinic-based intervention on treatment use for perinatal depression. *Journal of Women's Health* (2002), 15(10), 1195–1204. <https://doi.org/10.1089/jwh.2006.15.1195>
30. Yonkers, K. A., Lockwood, C. J., & Wisner, K. (2010). The management of depression during pregnancy: A report from the American psychiatric association and the American college of obstetricians and gynecologists. *Obstetrics and Gynecology*, 115(1), 189. <https://doi.org/10.1097/aog.0b013e3181c8b2bf>
31. Altshuler, L. L. (2001). The expert consensus guideline series. Treatment of depression in women. *Postgrad Med*.
32. Yonkers, K. A. et al. (2004). Management of bipolar disorder during pregnancy and the postpartum period. *The American Journal of Psychiatry*, 161(4), 608–620. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.4.608>
33. Cohen, L. S. et al. (2006). Relapse of major depression during pregnancy in women who maintain or discontinue antidepressant treatment. *Obstetrical &*

Gynecological Survey, 61(6), 368–370.
<https://doi.org/10.1097/01.ogx.0000219497.90073.85>

34. Wen, S. W. et al. (2006). Selective serotonin reuptake inhibitors and adverse pregnancy outcomes. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 194(4), 961–966. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2006.02.019>
35. Huybrechts, K. F. et al. (2015). Antidepressant use in pregnancy and the risk of cardiac defects. *Obstetric Anesthesia Digest*, 35(2), 101. <https://doi.org/10.1097/01.aoa.0000463845.01058.75>
36. Grote, N. K. et al. (2010). A meta-analysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight, and intrauterine growth restriction. *Archives of general psychiatry*, 67(10), 1012-1024.
37. Markham, J. A., & Koenig, J. I. (2011). Prenatal stress: role in psychotic and depressive diseases. *Psychopharmacology*, 214, 89-106.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

| ETAPAS DE AVANCES DEL PROTOCOLO DE TESIS: | Marzo | Abril | Mayo | Junio | Julio | Agosto | Septiembre | Octubre | Noviembre | Diciembre | Enero | Febrero |
|--|-------|-------|------|-------|-------|--------|------------|---------|-----------|-----------|-------|---------|
| » Antecedentes Generales y Específicos | | | | | | | | | | | | |
| » Justificación y factibilidad | | | | | | | | | | | | |
| » Planteamiento del problema y la pregunta de la investigación | | | | | | | | | | | | |
| » Objetivos General y Específicos | | | | | | | | | | | | |
| » Hipótesis General y/o Estadísticas | | | | | | | | | | | | |
| » Metodología: Ubicación del estudio Diseño | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| » Población y Muestra Criterios de selección | | | | | | | | | | | | |
| » Variables Definiciones C. y O. | | | | | | | | | | | | |
| » Escalas: tipos | | | | | | | | | | | | |
| » Instrumento-s de medición | | | | | | | | | | | | |
| » Métodos. Procedimientos Describirlos. Recursos. | | | | | | | | | | | | |
| » Plan de análisis de datos y manejo estadístico. | | | | | | | | | | | | |
| » Aspectos éticos. Consentimiento informado. | | | | | | | | | | | | |
| » Referencias | | | | | | | | | | | | |

