

**BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA
FACULTAD DE MEDICINA**



**Hospital Regional ISSSTE Puebla
Ginecología y Obstetricia**

TITULO DE LA TESIS PROFESIONAL

**“Incidencia y factores de riesgo a depresión postparto en
puérperas intervenidas en el Hospital Regional ISSSTE, Puebla
de Agosto a noviembre 2021”**

**Tesis presentada para obtener grado:
Especialidad en Ginecología y Obstetricia**

**Presenta
Dra. María Fernanda San Juan Córdova**

**Director de Tesis:
MCMi José Luis Gálvez Romero**

**Asesor Metodológico:
Dr. José Alberto Díaz Anaya**

Puebla de Zaragoza, febrero 2022.

ÍNDICE

1.	RESUMEN.....	1
2.	INTRODUCCIÓN.....	2
3.	ANTECEDENTES.....	3
3.1	ANTECEDENTES GENERALES	3
4.	PLANTAMIENTO DEL PROBLEMA.....	18
5.	OBJETIVOS	19
	OBJETIVO PRINCIPAL.....	19
	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	19
6.	MATERIALES Y METODOS.....	20
7.	RESULTADOS.....	27
8.	CONCLUSIONES.....	37
9.	PERSPECTIVAS	35
10.	DISCUSIÓN.....	35
11.	FORTALEZAS.....	38
12.	LIMITACIONES.....	38
13.	RECOMENDACIONES.....	38
14.	BIBLIOGRAFÍA	39
15.	ANEXOS	44

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Criterios para clasificar la depresión.....	4
Tabla 2. Variables de estudio.....	26
Tabla 3. Características sociodemográficas de mujeres del Hospital Regional ISSSTE de Puebla.....	31
Tabla 4. Relación de factores demográficos y comorbilidad.....	33

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Relación potencial entre depresión postparto.....	12
Figura 2. Interacción compleja entre mecanismos patológicos y la depresión postparto.....	13
Figura 3. Estrategia de trabajo.....	23
Figura 4. Prevalencia de depresión postparto en mujeres del Hospital Regional ISSSTE de Puebla.....	36
Figura 5. Asociación de escolaridad con riesgo a depresión postparto.....	37

LISTA DE ABREVIATURAS

BDI	Inventario de depresión de Beck
DPP	Depresión postparto
EDPS	Escala de depresión postparto de Edimburgo
HPA	Hormonas esteroideas y peptídicas que alteran los ejes hipotalámico, pituitario, suprarrenal
HPG	Hormonas esteroideas y peptídicas que alteran los ejes hipotalámicos, gonadal
IES-R	Escala de impactos de eventos revisados
MAI	Maternal Attachment Inventory
OMS	Organización mundial de la salud
PTSS	Síntomas de estrés postparto depresivo y postraumático
RQ	Cuestionario de relación

1. RESUMEN

Antecedentes: La depresión es una enfermedad que afecta a más de 300 millones de personas, esta enfermedad es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana, la cual, no se debe tomar a la ligera, ya que, puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares. El puerperio es uno de los períodos de mayor riesgo en la presentación de trastornos del estado de ánimo, por ello, es importante conocer cuáles son los factores mayormente influyentes para la depresión postparto ya que pasa de manera desapercibida siendo confundido como sintomatología normal del postparto en muchas ocasiones provocando un déficit en el estado de salud y afectando su interacción con los demás integrantes tanto de la familia como de la sociedad.

Objetivo:

Determinar la incidencia y los factores de riesgo para la depresión posparto en las puérperas que acuden al Hospital regional ISSSTE, Puebla.

Material y Métodos: Se entrevistaron a puérperas afiliadas al Hospital Regional ISSSTE Puebla con dos encuestas, una para obtener los datos sociodemográficos y otro para determinar la depresión posparto, utilizando la escala de depresión posparto de EDIMBURGO (EDPS). Se empleo estadística descriptiva para las variables cualitativas y para los factores de depresión posparto, se empleará una u de Mann Whitney.

Resultados: Se estudiaron a 97 pacientes, con edad de 32 ± 5.3 años, el 82.5% empleadas, el 80.4% con estudios superiores, el 73% planificó su embarazo, el 74.2% fueron multigestas y el 88.7% finalizó embarazo a través de cesárea. El 33% presentó riesgo de depresión y la variable asociada con riesgo de depresión fue el nivel escolar.

Conclusiones: La prevalencia de riesgo de depresión posparto fue de 33%. Dentro de las variables evaluadas, solamente el grado escolar en licenciatura se relacionó con el incremento en el riesgo de depresión posparto.

Palabras clave: Depresión posparto, escala Edimburgo, puérperas, incidencia, factores de riesgo.

2. INTRODUCCIÓN

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se acompaña de anhedonia, tristeza, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. La gestación y el puerperio son las etapas con mayor incidencia de trastornos depresivos en la vida de la mujer, siendo los desórdenes mentales puerperales más frecuentes: disforia posparto, depresión posparto (DPP) y psicosis posparto. Los factores de riesgos más frecuentes, el desempleo, complicaciones obstétricas, estrato social y embarazo no deseado (OMS, 2020; Póo *et al.*, 2008).

Un estudio realizado por Gonzáles-González y col, en 2019 relacionaron la depresión posparto con una incidencia alta en la población de Bartolomé Masó de la provincia Granma, al asociar estadísticamente a la edad menor de 20 años, el estado civil soltera, la tenencia de dos hijos, el antecedente de depresión previo al embarazo y el antecedente de violencia. La presencia de la enfermedad tuvo un riesgo de ideación suicida muy elevado. Un estudio de Meléndez y Cols en 2017, mencionan que la incidencia de depresión posparto es de 34.46% (204 pacientes), las adolescentes representaron 16.89%, las adultas 17.57%. Las mujeres multíparas con depresión 22.13% y las primíparas 12.33%.

Por lo tanto, es importante identificar los factores que impactan en el desarrollo de la depresión posparto en la población de puérperas del Hospital regional ISSSTE, Puebla., ya que, muchas veces pasa de manera inadvertida, confundiendo el cuadro de depresión con la sintomatología normal del puerperio; sí no es atendido de manera adecuada u oportuna, puede desencadenar un déficit en el estado de salud, tanto física, cómo mental, o incluso afectando la interacción con la familia y la sociedad.

Es por todos esos motivos que se realizó un estudio el cual nos permitiera realizar la detección oportuna en el diagnóstico en nuestra derechohabiente con el fin para brindar apoyo en diferentes áreas y evitar un impacto en la vida personal.

3. ANTECEDENTES

3.1 ANTECEDENTES GENERALES

El puerperio es uno de los períodos de mayor riesgo en la presentación de trastornos del estado de ánimo. Cerca de 85% de las mujeres presentan algún tipo de alteración del estado de ánimo durante el posparto. Algunas mujeres experimentan síntomas transitorios y leves. Sin embargo, entre 8 y 25% de las mujeres manifiestan algún tipo de trastorno incapacitante y persistente. En este último grupo, permanecen sin diagnosticar el 50% de los casos. (Ongeri et al., 2018).

Existen diversos criterios para clasificar la depresión (**Tabla 1**), una de las más comunes es dividirla depresión en reactiva y orgánica, la primera puede ser causada por las patologías crónicas (Calderón-Narváez, 1995; Domínguez-López, 2004; Castro-Magdonel 2008). Entre las sustancias causantes de este tipo de depresión están lo antihipertensivos, los ansiolíticos, los anti parkinsonianos, anticonvulsivantes, anticonceptivos, alcohol, corticosteroides, sedantes y antineoplásicos. La asociación entre ellos y la depresión puede ocurrir, pero no es una regla (Piccinelli *et al.*, 2000).

Los síntomas de la depresión se dividen en cuatro grupos:

- a) Trastornos afectivos, que consisten en tristeza, inseguridad, pesimismo, irritabilidad y miedo.
- b) Trastornos intelectuales que acompañan a la depresión, consisten en una disminución de la sensopercepción de la capacidad de la memoria, relacionadas con una baja atención y comprensión, asociada a ideas de culpabilidad o fracaso y gran obsesión de pensamientos.
- c) Los trastornos conductuales incluyen disminución de la actividad y la capacidad de trabajar, en este punto de la depresión el individuo puede llegar a tener ideaciones suicidas, así como tendencia al abuso de fármacos.

- d) Trastornos somáticos, los cuales pueden afectar cualquier parte del organismo en forma de dolores vagos y sensación de malestar, así como una mayor susceptibilidad a contraer infecciones (Dowd, 2003).

Tabla 1. Criterios para clasificar la depresión
(Tomado de Peralta y Cuesta, 2002)

Según etiología:

- a) Primarias
 - a.1. *Endógenas*
 - a.1.1. Con factores hereditarios
 - a.1.2. Sin factores hereditarios
 - a.2. *Reactivas (a desencadenantes psicosociales)*
- b) Sintomáticas o secundarias (a factores biológicos o enfermedades medicas)

Según la presencia de factores específicos:

- a) Estacionales
- b) Hormonales
 - b.1. *Neuróticas*
 - b.2. *Distímicas*
 - b.3. *Atípicas*

Según la clínica (depresiones melancólicas y /o endógenas):

- a) Melancolía simple
 - a.1. *Depresión agitada (angustiosa)*
 - a.2. *Depresión inhibida (estuporosa)*
 - a.3. *Depresión obsesiva*
- b) Depresión vital
 - b.1. *Anergia*
 - b.2. *Vegetativa (depresión enmascarada)*
- c) Depresión con síntomas de despersonalización
- d) Depresión psicótica

Según la evolución:

- a) Trastornos depresivo recurrente (depresión monopolar)
- b) Depresión bipolar (trastorno ciclotímico, trastorno bipolar)
- c) Depresión crónica (trastornos distímicos)
- d) Depresión resistente al tratamiento

Según la intensidad del síndrome depresivo:

- a) Leve
- b) Moderada
- c) Grave

c.1. Sin síntomas psicóticos

c.2. Con síntomas psicóticos

Según la edad de presentación:

- a) Infantiles
- b) Del adulto
- c) De la tercera edad

Se estima que uno de cada cinco mujeres puede presentar depresión mayor a lo largo de su vida en cualquiera de sus etapas vitales. Sin embargo, suelen ser más susceptibles en algunos periodos como durante el síndrome pre menstrual o disfórico, en la menopausia, durante la gestación o en el posparto (González-González *et al.*, 2019).

Depresión posparto

La depresión posparto es un trastorno mental afectivo severo, que afecta hasta al 56 % de las mujeres latinas residentes en México y Estados Unidos durante los primeros cuatro meses tras el nacimiento de su bebé. Tiene un pico máximo en el primer mes, incluso puede durar hasta el año después del parto, debido al gran cambio que se produce con la llegada de un niño, con síntomas depresivos típicos: tristeza, sentimientos de desesperanza y de minusvalía, insomnio, pérdida de apetito, lentitud de movimientos, pensamientos recurrentes de muerte, síntomas físicos varios y ansiedad elevada entre otros. Tiene una prevalencia de 10 a 15 % a nivel mundial, la cual se observa más en

puérperas por primera vez y en adolescentes (Lara et al., 2017; Caparros et al., 2018; Young, 2017).

La incidencia estimada de depresión posparto de 10 a 20% puede ser una subestimación e incluso un problema global, con informes más bajos como resultado de diferencias en las tasas de detección o medidas de detección, entornos socioeconómicos, normas culturales, estructura de apoyo, percepciones estigmas de salud mental en todo el mundo.

Según su intensidad, la depresión posparto (DPP) se puede clasificar en tres modalidades (Ongeri et al., 2018).

- Depresión leve, también conocida como tristeza o melancolía posparto o Baby Blues que es la más común, apareciendo los primeros días del puerperio y puede persistir hasta 2 semanas presentándose en un 80% de las madres después del parto e incluso evolucionar a una depresión mayor.
- Depresión moderada, que puede durar hasta 2 años.
- Depresión intensa o psicosis puerperal, que es el caso más severo puesto que la madre experimenta una pérdida de la percepción de la realidad durante largos períodos de tiempo. Así mismo, es la modalidad más peligrosa, ya que pueden sufrir graves consecuencias tanto ella como el propio bebé, con una incidencia de 1 en 1000 mujeres, 5 % de estas mujeres mueren por suicidio y el 4% comenten infanticidio.

Epidemiología en México.

La depresión posparto es un importante problema de salud pública reconocido a nivel, por su frecuencia e impacto negativo en la salud y el bienestar de madres y madres bebé. En los treinta años transcurridos desde el inicio de la investigación, la investigación ha crecido exponencialmente, especialmente en países desarrollados (Lara, Patiño, Navarrete, & Nieto, 2014).

En un estudio sistemático, Gaines, calculó que la prevalencia de depresión leve fue de 6.5-12.9% y la prevalencia de depresión mayor en el primer año después del parto fue de 1.0-5.9% (Miller, Thomas, & Carroll, 2012).

En México, de 1991 a la fecha la prevalencia de DPP varía de 6.6% a 24.6% 15-19 -según entrevistas clínicas- y de 10% a 20% -según autoinformes en áreas urbanas. Entre la población rural, solo dos estudios publicados estiman la prevalencia entre 11% 20 y 12,9% 17. (Alvarez Escutia, Ponce Rosas, & Irigoyen Coria, 2008 ,A. Lara et al., 2014).

En México, desde 2001, ocho estudios han resuelto este problema, todos en población urbana. Se estima que la depresión en el embarazo es del 9% al 14% y del 6,4% al 30,7% mediante autoinformes. Las diferencias de prevalencia entre estos estudios pueden deberse al uso de diferentes herramientas de medición, la edad del encuestado y la etapa perinatal de la evaluación (Alvarado-Esquivel et al., 2010).

Factores de riesgo

Se desconocen los desencadenantes específicos de los trastornos del estado de ánimo en el puerperio. Sin embargo, se han descrito diversos factores relacionados con su aparición (Carro, Sierra Hernández, Ladrón y Antolin 2002) entre los que se cuentan:

Factores endógenos químicos.

La causa con mayor peso en la etiología de la depresión postparto son los cambios hormonales debido a la relación entre las variaciones de los niveles hormonales en períodos clave de desequilibrio como el período premenstrual, postparto y climaterio. Además, los estrógenos y la progesterona afectan de manera directa al sistema nervioso, estimulando o inhibiendo los centros del hipotálamo e hipófisis (Jadresic, 2017; Lawrie et al., 2010), estas modificaciones tienen repercusión en el estado de ánimo de las mujeres, llegando a provocar depresión. (Jadresic, 2017, Payne y Maguire 2018).

- *Factores psicológicos.*

Algunos antecedentes significativos son el nivel de sobrecarga experimentado por los cuidados del bebé y la sensación respecto al cuerpo posterior al parto, así como alteraciones emocionales severas previas a la gestación (Reyes et al., 2008, Mirsalimi et al., 2020,)

- *Factores sociodemográficos.*

La prevalencia de la DPP se encuentra asociada a ingresos económicos, estado civil y número de hijos (Hahn-Holdbrook et al., 2018). En la literatura antropológica sobre los nacimientos, plantea que existen elementos comunes en la estructuración social del periodo post-parto en diferentes culturas. Esto permite suponer que la experiencia de la depresión post-parto se exagera y potencializa por factores socio-culturales (Lartigue et al., 2008)

- *Factores Anamnésicos.*

Entre los factores de riesgo se encuentran historia de trastornos depresivos anteriores, historia familiar de trastornos del estado de ánimo, amenaza de aborto, imposibilidad de lactar o el cese temprano de la lactancia (Hahn-Holdbrook et al., 2018). De acuerdo con los resultados de un estudio realizado en México, la pérdida gestacional recurrente es un evento traumático que impacta en forma negativa la percepción que tiene la mujer de los futuros eventos reproductivos, transformándose en un factor de riesgo para la DPP (Arranz et al., 2005; Nicholson et al., 2006). También se ha sugerido que el número de partos es un factor asociado a la Depresión Postparto. Diversas investigaciones han concluido que el nacimiento del primer hijo representa un estrés único y se correlaciona con la depresión de manera más estrecha que en caso de un segundo o tercer parto. (Ongeri et al., 2018; Ghaedrahmati et al., 2017).

- *Factores familiares.*

Un factor que tiene gran peso sobre DPP es la calidad de la relación con el padre del último hijo, durante el embarazo. De acuerdo con diversos estudios, los síntomas depresivos elevados, son asociados perceptiblemente a conflictos familiares, baja educación materna,

raza y/o pertenencia étnica maternal, salud física de la madre y crianza de los hijos (Caparros *et al.*, 2017; Hahn-Holdbrook *et al.*, 2018).

El diagnóstico de DPP confiere algunas dificultades, entre ellas el escaso reconocimiento de los trastornos del ánimo durante el embarazo. Alrededor de la mitad de los cuadros depresivos diagnosticados durante el puerperio iniciaron o continuaron su curso durante el embarazo, pese a conocerse que el diagnóstico y tratamiento correcto previo al parto implica una menor probabilidad de cursar una depresión posnatal. Por otro lado, la sintomatología depresiva durante el puerperio puede confundirse con la adaptación normal a esta etapa de la vida (Hmdan y Tamin, 2011; Ghaedrahmati *et al.*, 2017). Durante las primeras semanas posparto, cerca del 80 % de las madres experimenta un cuadro denominado disforia/tristeza posparto, caracterizado por inestabilidad emocional, tristeza, insomnio, llanto, fatiga irritabilidad y ansiedad. Este cuadro cursa entre el tercer y décimo día posparto y ha sido asociado con los cambios hormonales de la etapa, por lo mismo, no requiere de tratamiento farmacológico, sino de la contención y apoyo de la familia (National Health and Medical Research council 2000, Yim *et al.*, 2009 ; Mirsalimi, *et al.*, 2020).

Escalas de medición para la DPPD

Muchos estudios reportan una serie de métodos para su evaluación, sin embargo, existe consenso que el mejor instrumento de tamizaje es la Escala de Depresión de Edimburgo, diseñada especialmente para reconocer síntomas anímicos en mujeres puérperas. Sus ítems se agrupan básicamente en torno a dos factores: tristeza y ansiedad; tiene una consistencia interna adecuada, 100 % de sensibilidad y 80 % de especificidad. Ha sido validada en diversos países y culturas, con resultados que permiten justificar su uso como instrumento de tamizaje, logrando su mayor sensibilidad con un punto de corte entre 10 y 12 puntos (Maroto *et al.*, 2004; Pope y Mazmanian, 2016, Anokye *et al.*, 2018).

La Escala de Depresión de Edimburgo mide intensidad sintomática, por esta razón el método más confiable de evaluación del trastorno del ánimo durante el puerperio implica un proceso de dos etapas. Primero haciendo uso de esta escala para luego derivar a evaluación por especialistas a través de entrevistas estandarizadas de diagnóstico a aquellas mujeres que obtengan puntajes altos (Albuja *et al.*, 2017).

El mejor momento para aplicar la Escala de Depresión de Edimburgo es a las ocho semanas posparto ya que coincide con el período de máxima incidencia de la depresión puerperal, además, con la disminución de los síntomas atribuibles a un período adaptativo normal (Sierra-Manzno *et al.*, 2002).

COVID y depresión

La gestación es un momento vulnerable en el que las mujeres tienden a presentar síntomas de ansiedad y depresión, sin embargo durante la pandemia de COVID-19 se pudo observar que estos síntomas fueron más agudizados, aumentando el riesgo de presentar depresión post parto y ansiedad prenatal, causando cambios en el entorno social, afectando el estado de ánimo materno y desarrollo fetal, las consecuencias que trae esta pandemia en la salud son angustiantes, desencadenando problemas de salud, incertidumbre económica, incertidumbre en la atención médica e incluso la muerte, las personas han estado físicamente aisladas de la familia, amigos, comunidad, escuelas, guarderías en todo el mundo, los síntomas de ansiedad y depresión prenatal se ha documentado que pueden asociarse al aumento en el riesgo de presentar aborto espontáneo, parto pretérmino, bajo peso al nacer e incluso puntuaciones bajas de Apgar al nacer, asimismo estos padecimientos presentados durante el embarazo pueden repercutir durante la cognición, comportamiento y salud mental de los niños nacidos, sin embargo se ha visto que estos cambios en el desarrollo ocurre a través de múltiples mecanismos, epigenéticos, hormonales, conductuales y factores sociales los cuales pueden ser modificables y prevenibles mediante intervenciones.(Lebel, C., MacKinnon.2020).

Por lo anterior se ha observado la importancia de buscar factores potencialmente resilientes que puedan ayudar a combatir el estrés prenatal elevado, la red de apoyo social e incluso la actividad física pueden ayudar a amortiguar estos síntomas de ansiedad y depresión. El apoyo social es una herramienta de suma importancia para el bienestar psicológico durante el embarazo, la red de apoyo es esencial para fomentar la salud mental, pudiendo expresar sentimientos positivos y mejora en la regulación de emociones por consiguiente disminución del estrés materno prenatal. (Durankuş, F., & Aksu,E.2020)

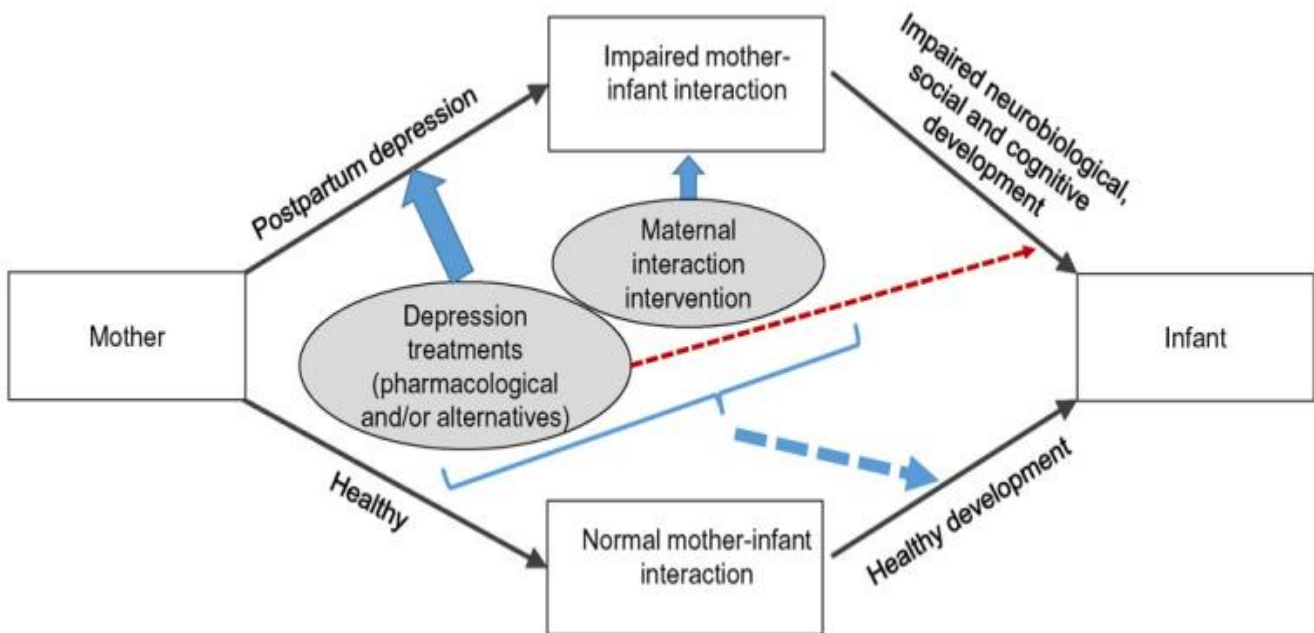
De ahí la importancia de realizar intervenciones para el apoyo emocional en pacientes embarazadas durante la pandemia COVID 19. ya que de no recibir atención prenatal adecuada aunado al aislamiento social pueden generar sentimientos negativos y estos repercutir sobre la salud de su bebe y de ellas mismas. (Lebel, C., MacKinnon.2020).

3.2 ANTECEDENTES ESPECÍFICOS

Como se desarrolla la PPD

El embarazo y el posparto se asocian con alteraciones dramáticas en las hormonas esteroides y peptídicas que alteran los ejes hipotalámico pituitario suprarrenal (HPA) e hipotalámico pituitario gonadal (HPG) (Brummelte & Galea, 2016) .

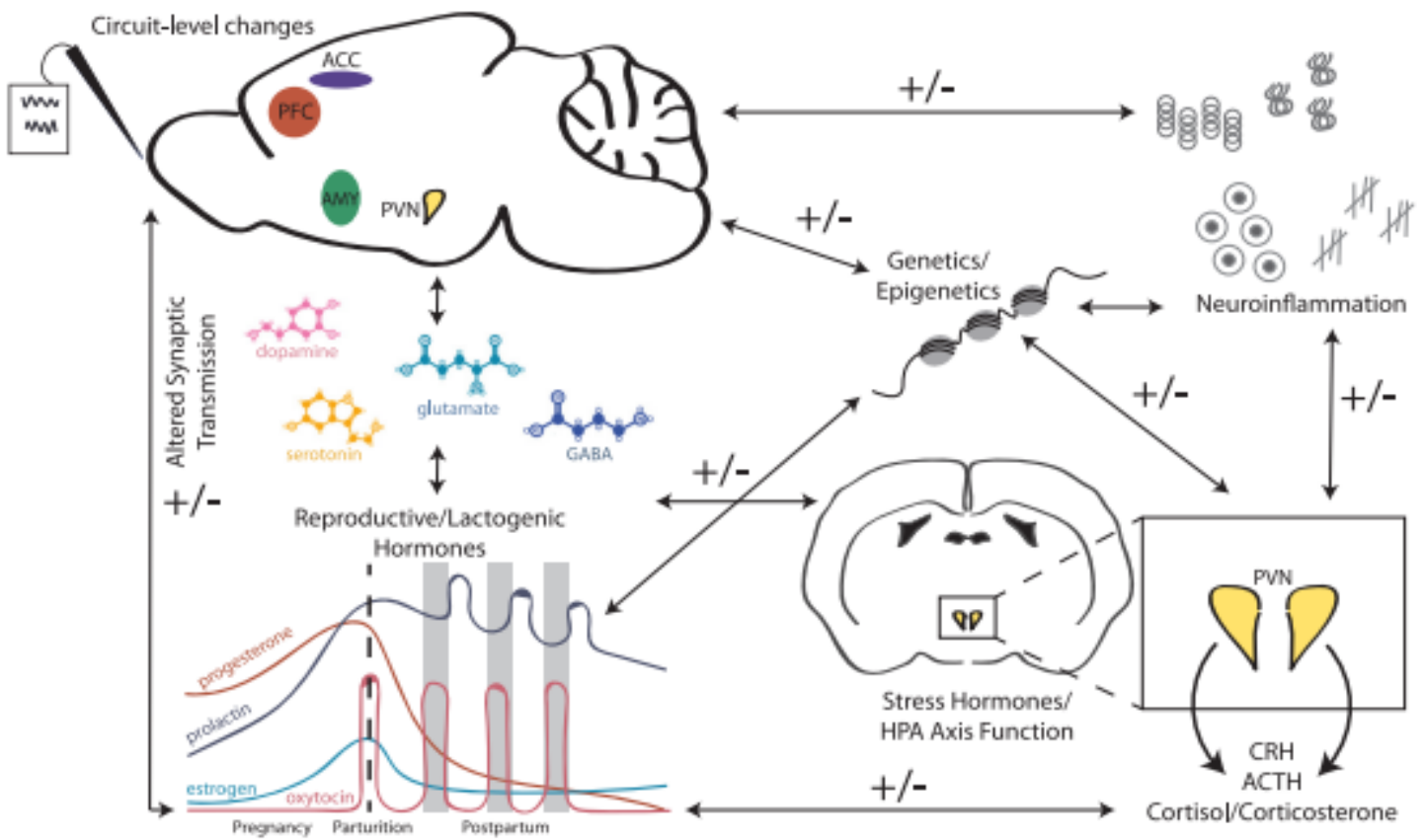
Es una gran sorpresa que el embarazo y el período posparto puedan tener efectos profundos en el estado de ánimo de la madre. La depresión posparto afecta aproximadamente al 10-15% de las mujeres y afecta las interacciones madre-hijo que en a su vez son importantes para el desarrollo del niño. El apego materno, la sensibilidad y el estilo de crianza son esenciales para una maduración saludable de las habilidades sociales, cognitivas y conductuales de un bebé y las madres deprimidas a menudo muestran menos apego, sensibilidad y comportamientos parentales más duros o perturbados, que pueden contribuir a los informes de verso de los resultados de los niños



en los hijos de madres deprimidas ;por lo tanto los hijos de madres que padecen PPD corren el riesgo de sufrir trastornos emocionales y conductuales. y problemas psicológicos, así como el desarrollo cognitivo y del lenguaje (Brummelte & Galea, 2016) .

Figura 1: Relación potencial entre la depresión posparto, la interacción materno-infantil y el resultado del niño (Brummelte & Galea, 2016) .

Están surgiendo investigaciones sobre modificaciones epigenéticas en la depresión posparto, pero estos estudios son prometedores y brindan información sobre los mecanismos fisiopatológicos subyacentes. Curiosamente, estos estudios señalan la interacción entre la modificación epigenética y las señales a nivel de hormonas reproductivas y neuro esteroides, uniendo múltiples mecanismos de desarrollo posparto



y combinando influencias ambientales y biológicas (Payne & Maguire, 2019).

Figura 2: Interacción compleja entre los posibles mecanismos patológicos que contribuyen a la depresión posparto, incluidas alteraciones en las hormonas reproductivas

/ lactogénicas, estrés y disfunción del eje HPA, neuro inflamación, epigenética, transmisión sináptica alterada y cambios a nivel de circuito en la comunicación de la red en las regiones del cerebro asociadas con el estado de ánimo y / o la "red de atención materna" (Payne & Maguire, 2019).

Variables sociodemográficas y depresión postparto

Mariana Branquinho y colaboradores realizó un estudio en octubre de 2019 en población portuguesa en donde analizaba Conocimientos y actitudes sobre la depresión posparto, con una población de 621 mujeres, en este estudio encontraron que se tiene un nivel adecuado sobre el conocimiento y actitudes sobre la depresión posparto; también en este estudio se determinó que la depresión posparto se asoció con niveles más altos de conocimiento ($p <.001$) y actitudes más positivas hacia la depresión posparto ($p <.001$) y los participantes que asistieron a las campañas de educación pública informaron niveles más altos de conocimiento sobre la depresión posparto ($p <0.001$) (Branquinho, Canavarro, & Fonseca, 2019).

En 2020 Ying Liu y colaboradores decidieron realizar un análisis sobre la Prevalencia y factores asociados de síntomas de ansiedad y depresión posparto entre mujeres en Shanghai, China en donde con una muestra de 1204 pacientes midieron la depresión posparto utilizando la escala de Edimburgo, obteniendo una puntuación media 8.18 ± 5.80 . Concluyendo así que la prevalencia estimada de síntomas de PPA y PPD fue de 15,2% y 23,2%, respectivamente. En términos de síntomas de depresión postparto, los factores de riesgo incluían fumar antes del embarazo, separación de la madre del bebé, fatiga, dificultades para amamanta (Liu, Guo, Li, Zhuang, & Jiang, 2020).

La depresión posparto es una depresión de moderada a grave en una mujer después de haber dado a luz es por lo que Ayse Figen Turkcapar en 2015 decidió realizar un estudio sobre las Características sociodemográficas y clínicas de la depresión posparto entre mujeres turcas con una muestra de 540 mujeres y utilizando la escala de Edimburgo en una evaluación posparto posterior obtuvieron que Ochenta y tres (15,4%) de las 540

mujeres tenían puntuaciones por encima del punto de corte (> 13) en la escala de Edimburgo encontrando correlaciones estadísticamente significativas entre las puntuaciones de depresión en mujeres que sufrieron violencia física durante el embarazo (OR: 6,20) o durante el período posparto (OR: 5,87), mujeres con antecedentes psiquiátricos previos (OR: 4,16) y embarazo no planificado (OR: 1,69); por lo que concluyeron que para prevenir y tratar la depresión posparto, se debe prestar especial atención a las mujeres que reporten estas características (Turkcapar et al., 2015).

En el mismo año Danielle Clout estudio los Predictores sociodemográficos, del embarazo, obstétricos y posnatales de estrés posparto, ansiedad y depresión en madres primerizas en donde se encontró que el parto por cesárea se asoció con niveles elevados de depresión, ansiedad y estrés posparto. Los problemas de sueño de los niños se relacionaron con la depresión, los problemas de salud de los niños se relacionaron con la ansiedad, más que con el estrés elevado y los problemas de sueño maternos se relacionaron con la depresión posparto. Sin embargo, los resultados dejaron de ser significativos después de controlar los niveles de angustia prenatal. Finalmente, las mujeres que se sometieron a cesárea tuvieron niveles más altos de estrés, ansiedad y depresión prenatal, en comparación con las mujeres que no se sometieron al procedimiento (Clout & Brown, 2015).

Katrien S De Wilde en 2013 estudio ciertas variables sociodemográficas relacionadas con el postparto y la depresión en las que destacaba el nivel educativo con 523 mujeres flamencas, medidos mediante el Inventario de Depresión de Beck (BDI), se encontró que a menor edad mayor era la probabilidad de sufrir esta depresión (De Wilde et al., 2013).

Por otro lado, en 2020 Nahom Kiros Gebregziabher y colaboradores revisaron la Prevalencia y factores asociados de la depresión posparto entre las madres posparto en la región central, Eritrea, En este estudio se encontró que la prevalencia de la depresión posparto fue del 7.4%. Las mujeres que son amas de casa fueron menos propensas a desarrollar este padecimiento (AOR = 0.24, 95% CI: 0.06-0.97; $p = 0.046$), mientras que las mujeres con un bajo nivel económico percibido (AOR = 13.33, 95% CI: 2.66-66.78; $p = 0,002$), falta de apoyo de la pareja (AOR = 5,8, IC del 95%: 1,33-25,29; $p = 0,019$),

embarazo no planificado (AOR = 3,39, IC del 95%: 1,24-9,28; $p = 0,017$), enfermedad materna después del parto (AOR = 7,42, IC del 95%: 1,44-34,2; $p = 0,016$), tenían probabilidades más altas estadísticamente significativas de depresión posparto (Gebregziabher et al., 2020).

Donna E. y colaboradores realizaron una revisión para asegurarse que pasaba con este padecimiento encontrando que La depresión posparto no tratada afecta la salud de la mujer, el lactante y la familia. Por lo que sugirieron que las mujeres deben recibir información sobre los signos y síntomas de la depresión posparto y sus efectos. Proveedores de atención perinatal debe preguntar sobre el estado de ánimo y la ansiedad durante todas las visitas y puede utilizar las breves herramienta como cuestionarios para detectarla a tiempo (Mauri, Borri, Cargioli, Miniati, & Banti, 2016).

Zhao Xiao , quiso saber más acerca de los Factores de riesgo para la depresión posparto encontrando que existen varios factores de riesgo de depresión posparto: violencia y abuso, estatus migratorio, diabetes gestacional, cesárea, antecedentes de depresión, deficiencia de vitamina D, obesidad y sobrepeso, interrupción del sueño del parto y sueño posparto deficiente, falta de apoyo social, diabetes, partos múltiples, pretérmino y bajo peso al nacer de los lactantes, anemia posparto, experiencia negativa del parto. Por lo que concluyeron que los factores de la depresión posparto son controvertidos: el nivel sérico de cortisol, estado de autoanticuerpos de peroxidasa tiroidea, aculturación, prácticas de confinamiento nacional. Además, encontraron algunos factores no relacionados con depresión posparto: tecnología de reproducción asistida y anticoncepción hormonal, por lo anterior aún se necesitan más estudios para investigar los factores controvertidos de este padecimiento (Zhao & Zhang, 2020).

Kenta Matsumura en 2019 quiso conocer más a fondo el Nivel de educación y riesgo de posparto Depresión ya que a menudo se cree que el nivel socioeconómico más bajo está asociado con un riesgo elevado de posparto depresión; sin embargo, esta relación muestra una notable heterogeneidad entre los estudios, por lo que obtuvieron una muestra de 90194 mujeres (Matsumura et al., 2019).

El estatus socioeconómico se evaluó con base en el nivel de educación más alto de las madres durante el embarazo. La depresión posparto se identificó al mes y a los 6 meses

posparto según un estudio posparto de Edimburgo. Se utilizaron análisis de modelos de regresión lineal generalizada y logística para calcular las probabilidades de depresión posparto según el nivel de educación con el grupo de educación más alto (≥ 16 años de educación) definido como el grupo de referencia, mientras se controlan las covariables de forma escalonada; por lo que el análisis invariado reveló que un menor nivel educativo se asoció con una mayor prevalencia de depresión posparto y síntomas relacionados. Los odds ratios para los casos y los síntomas relacionados siguieron siendo significativos al mes y al sexto mes posparto. Concluyendo que un menor nivel educativo fue un factor de riesgo independiente para la depresión posparto (Matsumura et al., 2019).

Por otro lado el interés que se ha despertado para conocer más a fondo por que sucede la DPP, nos llevan a mirar a otros horizontes es por eso que Leyla Kaya y Zerrin Çiğdem se interesaron por conocer La relación entre el modo de parto y depresión posparto, realizando un estudio con 244 mujeres primerizas, utilizando como escala de medición Edimburgo y encontraron que hubo una asociación inversa entre nivel educativo y la EPDS (la evaluación de la depresión posparto de Edimburgo Scale) en los 3 meses posteriores ($P = 0.037$) (Leyla Kaya, 2018).

Se detectó relación entre grupos de edad, ocupación, ingresos, lugar de alojamiento y puntuaciones EPDS. La evaluación de la relación entre las características obstétricas y las puntuaciones EPDS reveló que los modos deseados y realizados de parto, inducción, episiotomía y anestesia espinal fueron no vinculado con las puntuaciones de EPDS. El comportamiento posparto ($\chi^2 = 10,315$; $P = 0,035$) y el método de alimentación de los lactantes ($\chi^2 = 6,109$; $P = 0,013$), concluyendo que aún se necesitan más estudios para determinar la asociación de estos factores (Leyla Kaya, 2018).

Depresión posparto y COVID-19

En diciembre de 2020 Gulden y colaboradores realizaron un estudio en donde relacionaban la Ansiedad, depresión y nivel de conocimiento en mujeres posparto durante la pandemia de COVID-19 este estudio transversal se realizó en 212 mujeres en el posparto en Turquía en donde los hallazgos arrojaron que La prevalencia de depresión fue del 34,0%. Las puntuaciones medias de ansiedad y conocimiento de COVID-19

fueron $42,69 \pm 9,93$ y $9,69 \pm 1,94$, respectivamente. Hubo una diferencia estadísticamente significativa entre las puntuaciones de ansiedad y el estado de depresión ($p < 0,001$) de las mujeres. Hubo diferencias estadísticamente significativas entre el miedo a infectarse con COVID-19 para ellos mismos ($p = 0.01$) y para los bebés ($p = 0.01$) y la depresión posparto (Guvenc et al., 2021).

También en 2020 Peiqin Liang y su equipo estudio la Prevalencia y factores asociados con la depresión posparto durante la pandemia de COVID-19 entre mujeres en Guangzhou, utilizaron un cuestionario en línea anónimo entre 864 mujeres a las 6-12 semanas posparto teniendo como resultado que la prevalencia de PPD entre las mujeres a las 6-12 semanas posparto fue del 30,0%. Un modelo de regresión logística multivariante identificó factores significativos como: mujeres inmigrantes, fiebre persistente, escaso apoyo social, inquietudes por contraer COVID-19 y determinadas medidas de precaución (Liang, Wang, Shi, Liu, & Xiong, 2020).

En el mismo año 2020 Luca Ostacoli y colaboradores analizaron los Factores psicosociales asociados con la angustia psicológica posparto durante la pandemia de Covid-19, se administraron la Escala de depresión posnatal de Edimburgo (EPDS), la Escala de impacto de eventos revisada (IES-R) y el Cuestionario de relaciones (RQ) para evaluar los niveles de síntomas de estrés posparto, depresivo y postraumático (PTSS) y el estilo relacional de adjunto. Las encuestas fueron completadas por 163 mujeres, encontrando que la prevalencia de síntomas depresivos fue del 44,2% (puntuación de corte de EPDS ≥ 11) y la tasa fue del 42,9% (puntuación de corte de IES-R ≥ 24). Los estilos de apego evasivo desdeñoso y temeroso se asociaron significativamente con el riesgo de depresión. También se reportó que el dolor durante el parto fue un factor de riesgo de depresión posparto. Por lo que concluyeron que existió una alta prevalencia de depresión posparto en mujeres que dieron a luz durante la pandemia Covid-19 (Ostacoli et al., 2020).

En 2021 se ha visto mayor mente el interés de la relación que puede llegar a tener la depresión posparto con la pandemia actual es por eso que Asli Oskovi-Kaplan quiso analizar el efecto de la pandemia de COVID-19 y las restricciones sociales sobre las tasas de depresión y el apego materno en mujeres en posparto inmediato evaluaron las tasas de depresión posparto y el estado de vinculación materno infantil entre las mujeres

posparto inmediato. Las mujeres embarazadas z recibieron las escalas de Edimburgo y Maternal Attachment Inventory (MAI) dentro de las 48 h posteriores al parto. Con una población total de 223 mujeres: la puntuación media obtenida de la escala de Edimburgo fue de 7 y se determinó que 33 (14,7%) de las mujeres tenían riesgo de depresión posparto por lo que se concluyó que los factores que afectan el estado psicológico de las mujeres embarazadas y posparto llevará al sistema de salud a mejorar las implementaciones durante la pandemia de COVID-19 (Oskovi-Kaplan et al., 2021).

4. PLANTAMIENTO DEL PROBLEMA

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se acompaña de anhedonia, tristeza, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. La gestación y el puerperio son las etapas en con mayor incidencia de trastornos depresivos en la vida de la mujer, siendo los desórdenes mentales puerperales más frecuentes: disforia posparto, depresión posparto y (DPP) y psicosis posparto (OMS, 2020; Póo et al., 2008).

Un estudio realizado por Gonzáles-González y col, en 2019 relacionaron la depresión posparto con una incidencia alta en la población de Bartolomé Masó de la provincia Granma, al asociar estadísticamente a la edad menor de 20 años, el estado civil soltera, la tenencia de dos hijos, el antecedente de depresión previo al embarazo y el antecedente de violencia. La presencia de la enfermedad tuvo un riesgo de ideación suicida muy elevado. Un estudio de Meléndez y cols en 2017, mencionan que la incidencia de depresión postparto es de 34.46% (204 pacientes), las adolescentes representaron 16.89%, las adultas 17.57%. Las mujeres multíparas con depresión 22.13% y las primíparas 12.33%.

Los factores de riesgos más frecuentes, el desempleo, complicaciones obstétricas, estrato social IV y embarazo no deseado, los datos fueron tomados de la población de Hospital Materno-Infantil Dr. José María Vargas. Por lo antes mencionado, es importante identificar los factores que impactan en el desarrollo de la depresión posparto en la población de puérperas del Hospital regional ISSSTE, Puebla., ya que, muchas veces pasa de manera

inadvertida, confundiendo el cuadro de depresión con la sintomatología normal del puerperio; sí no es atendido de manera adecuada u oportuna, puede desencadenar un déficit en el estado de salud, tanto física, cómo mental, o incluso afectando la interacción con la familia y la sociedad.

El presente proyecto pretende dar un panorama general de la depresión posparto en nuestro hospital, al mejorar el diagnóstico de la depresión posparto, disminuyendo los costos de tratamiento al realizar un diagnóstico oportuno, asimismo pacientes que cumplan con criterios de DP serán derivadas a los servicios de psicología o psiquiatría para manejo de dicho trastorno, brindando una atención integral a la derechohabiente.

Por lo antes mencionado, se planteó la siguiente pregunta de investigación

¿Existe una asociación entre las características sociodemográficas, enfermedades crónicas y la planificación familiar, con la depresión post parto?

5. OBJETIVOS

OBJETIVO PRINCIPAL

Determinar la incidencia y los factores de riesgo para la depresión posparto en las puérperas que acuden al Hospital regional ISSSTE, Puebla.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las características sociodemográficas de las puérperas que acuden al Hospital regional ISSSTE, Puebla.
- Determinar la incidencia de depresión posparto en las puérperas que acuden al Hospital regional ISSSTE, Puebla.
- Asociar las características sociodemográficas con la incidencia de depresión en las puérperas que acuden al Hospital regional ISSSTE, Puebla.
- Asociar las enfermedades crónicas durante la gestación con la incidencia de depresión Posparto.

- Asociar la vía de finalización de la gestación con la incidencia de depresión post parto
- Asociar la infección por COVID -19 durante la gestación con la incidencia de depresión posparto.

6. MATERIALES Y METODOS

6.1 Diseño del estudio.

- α OBJETIVO: descriptivo de asociación
- α ASIGNACION DE LA MANIOBRA: Observacional
- α POR LA TEMPORALIDAD: Transversal
- α POR RECOLECCION DE DATOS: Prolectivo
- α POR ASIGNACION DE GRUPOS: Homodémico

6.2 Ubicación espacio temporal.

Se realizó un estudio descriptivo observacional transversal, prolectivo y homodémico con pacientes afiliadas al Hospital Regional ISSSTE Puebla las cuales cursaran el periodo del puerperio las primeras 72 horas independiente de la vía de finalización de la gestación, en el periodo comprendido de agosto a noviembre 2021

6.3 Estrategia del trabajo

Se recabo el total de pacientes que cursaran el periodo del puerperio en el tiempo correspondiente al estudio, que quisieran participar, firmaran el consentimiento informado (anexo 1) y tuvieran expediente clínico completo, posteriormente se recolecto por medio de expedientes clínicos los datos generales, posteriormente se les aplico el primer cuestionario (anexo 2) para conocer datos sociodemográficos, y en las primeras 72 horas posteriores al parto se les aplico un segundo cuestionario (anexo 3), los datos recabados

se registraron en una base de datos de Excel para su posterior análisis en el programa SPSS.

ESTRATEGIA DE TRABAJO

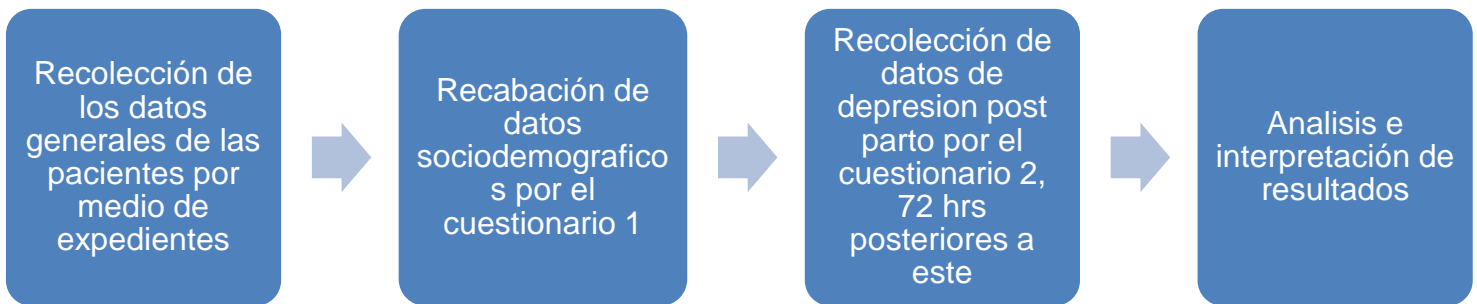


Figura 3: estrategia de la realización del proyecto de investigación.

6.4 Muestreo.

6.4.1 Definición de la unidad de muestreo

La población de estudio fueron mujeres en estado de puerperio, con expediente clínico completo, afiliadas al Hospital Regional ISSSTE Puebla, durante el periodo que corresponde al estudio.

6.4.2 Selección de la muestra

Muestreo no probabilístico, por conveniencia

6.4.3 Criterios de selección de las unidades de muestreo

6.4.3.1 Criterios de inclusión

- Mujeres afiliadas al Hospital Regional ISSSTE Puebla.
- Mujeres en las que se finalizó la gestación vía parto vaginal o cesárea al Hospital Regional ISSSTE Puebla.
- Mujeres que cursen la etapa de puerperio las primeras 72 horas.

- Mujeres que aceptaron participar en el estudio voluntariamente y firmar el consentimiento informado asimismo contestar los cuestionarios.
- Mujeres con expedientes completos.

6.4.3.1 Criterios de exclusión

- Mujeres no afiliadas al Hospital Regional ISSSTE Puebla.
- Mujeres con diagnóstico de establecido de depresión.
- Mujeres con impedimentos lingüísticos, físicos o mentales.
- Mujeres que presenten otro tipo de trastorno mental.
- Mujeres que no cursaban el puerperio las primeras 72 horas.

6.4.3.3 Criterios de eliminación

- Mujeres que decidieron no participar en el estudio.
- Mujeres con expedientes incompletos.
- Mujeres que decidan retirarse en cualquier momento del estudio.

6.4.4 Diseño y tipo de muestra

Muestreo no probabilístico por conveniencia.

6.4.5 Tamaño de la muestra

Se tomo como base en el estudio de incidencia de depresión post parto (Payne & Maguire, 2019) reporta y una prevalencia del 15%.

Para un valor finito si la verdadera frecuencia de depresión se encuentra en el 15%, con un error tipo I del 5% y un factor de precisión del 5%, requerimos estudiar a 220 pacientes como parte de nuestra muestra de estudio.

La fórmula empleada fue la siguiente:

$$n = \frac{z_{\alpha/2}^2 pq}{FE^2}$$

El tamaño de muestra elegido se realizó a conveniencia del investigador, se tomará en cuenta toda la cantidad de pacientes que acudan durante el periodo del estudio comprendido (agosto a noviembre del 2021 al servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Regional ISSSTE, Puebla).

con una n de 103 pacientes; por cálculo de ecuación estadística, se tomó la prevalencia del 50%. Se empleará la fórmula de estimación.

Sin embargo, se analizaron el 100% de las pacientes que cumplieron con los criterios de selección n= 97.

6.5 Definición de las variables y escala de medición.

6.6 Método de recolección de datos

Tabla 2. Variables de estudio

No.	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Valor	Escala de medición	instrumento
1	Edad	Tiempo de vida desde el nacimiento a fecha actual	Tiempo de vida	Cuantitativa	Edad en años	Numérica continua	Historia clínica y expediente clínico.
2	Ocupación	Acción y efecto de ocuparse	Trabajo que desempeña la paciente	Cualitativa	0.- ama de casa 1.- Sin empleo. 2.- Empleada 3.- autoempleo 4- Otros	Nominal politómica	Historia clínica y expediente clínico.
3	Escolaridad	Periodo de tiempo en el que una persona asiste a la escuela para estudiar y aprender	Grado de estudios, obtenidos por el paciente.	Cualitativa	Grado de estudios, obtenidos por el paciente. 0.- Sin estudios 1.- Primaria 2.- Secundaria 3.- Preparatoria 4.- Licenciatura 5.- Área técnica 6.- Posgrado	Ordinal	Historia clínica y expediente clínico.
4	Estado civil	Situación de las personas físicas determinadas por sus relaciones de familia provenientes del matrimonio o del parentesco	Situación de relación de pareja, en el momento del estudio	Cualitativa	0.- Soltero 1.- Casada 2.- Divorciado 3.- Separados 4.- Viuda 5.- Concubina	Nominal politómica	Historia clínica y expediente clínico.

5	Depresión posparto	Trastorno de salud mental caracterizado por tristeza, perdida del interés o placer, sentimientos de culpa, alteraciones en el sueño o del apetito que se presenta durante el post parto	Depresión a las 4 semanas a través de test de Edimburgo	Cualitativa	0-9= Sin Depresión Posparto. 10 o más= Con Depresión Posparto.	Nominal dicotómica	Test de Edimburgo
6	paridad	Relación de igualdad o semejanza de dos o más cosas entre sí	Número de embarazos registrados	Cuantitativa	0= primigesta 1=multigesta	Numérica continua	Historia clínica y expediente clínico
7	Enfermedades crónicas	Enfermedades cuyos síntomas no se resuelven con el paso del tiempo	Número de enfermedades crónicas que tiene la paciente.	Cualitativa	0.- Diabetes 1.- hipertensión arterial 2.- hipotiroidismo 3.- enfermedades autoinmunes 4.-otras	Nominal poliatómica	Historia clínica y expediente clínico.
8	Vía de la finalización	Vía en la cual culmina un embarazo	Parto Cesárea	Cualitativa	0.- parto vaginal 1.- cesárea	Nominal dicotómica	Historia clínica y expediente clínico.
9	complicaciones	Resultado desfavorable de una acción.	Resultado desfavorable de una enfermedad, condición de salud o tratamiento	Cualitativa	0.- SI 1.- NO	Nominal dicotómica	Historia clínica y expediente clínico.
10	Producto hospitalizado	Periodo de tiempo que una persona enferma pasa en un hospital hasta obtener su alta medica	Ingreso de una persona enferma en un hospital para su examen, diagnóstico, tratamiento o curación por	Cualitativa	0.- Sí 1.- No	Nominal dicotómica	Historia clínica y expediente clínico.

			parte del personal médico.				
11	COVID	Enfermedad respiratoria muy contagiosa causada por el virus SARS-COV-2	Antecedente de haber enfermado por COVID-19	cualitativa	0= sin antecedente de COVID 1: con antecedente de COVID	Nominal dicotómica	Historia clínica y expediente clínica.

6.7 Técnicas y procedimientos

Los datos generales de las pacientes fueron tomados de los expedientes, mientras que, los datos sociodemográficos fueron obtenidos mediante una encuesta (cuestionario 1, anexo 1), elaborando una hoja de recolección de datos.

Los datos sobre depresión posparto fueron recolectados mediante la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo (Cuestionario 2, anexo 2) los cuales se aplicaron en las primeras 72 horas una vez finalizada la gestación, los cuestionarios fueron aplicados de manera individual, confidencial y en un medio privado para la comodidad de las pacientes.

Los resultados se registraron en una base de datos en Excel, donde fueron agrupados para su análisis.

6.8 Análisis de datos

El análisis se realizó con estadística descriptiva: para variables cualitativas nominales y ordinales, tablas de frecuencia absolutas y relativas y razones. Para variables cuantitativas las mismas tablas más medidas de tendencia central y dispersión. La presentación se hizo por gráficos y aritmética. Lo anterior con ayuda del software SPSS versión 24.0.

6.9 Diseño estadístico

6.9.1 Hipótesis estadística

Aunque los estudios transversales y observacionales no requieren hipótesis científica, nuestra hipótesis de trabajo fue que la incidencia de depresión posparto en derechohabientes del hospital regional ISSSTE Puebla es similar a lo reportado en la literatura nacional.

7. RESULTADOS

En el estudio se incluyeron un total de 97 pacientes. La edad de las participantes fue con una media de edad de 32 ± 5.3 .

De las 97 pacientes estudiadas el 82.5 % son empleadas, mientras que el 17.5 % se dedican a labores del hogar.

En cuanto a la escolaridad de las 97 pacientes 3.1% cursaron la secundaria, 12.4% un nivel medio superior, 80.4 % superior y 4.1% posgrado.

Estado civil de las 97 pacientes el 10.3% son solteras, 32% en unión libre, 56.7% casadas, 1.0% divorciadas.

El 73.2% de las pacientes planificaron su embarazo mientras que el 26.8% no planifico.

El 74.2 % de las pacientes no cursaban con una enfermedad crónica degenerativa, en comparación con el 20.6 % restante.

El 74.2% eran multigestas, mientras que el 25.8% eran primigestas.

El 88.7% de las pacientes estudiadas la vía de finalización de la gestación fue cesárea, mientras que solo el 11.3% culminó en parto vaginal.

El 38.1% de las pacientes cursaron con alguna complicación obstétrica, mientras el 61.9% no.

El 20.6% de los recién nacidos vivos fueron hospitalizados y el 79.4% no requirieron hospitalización.

El 4.1 % de las pacientes curso con COVID-19 durante el embarazo, el 95.9% no curso con infección por COVID 19.

El 39.2% tuvieron un familiar con COVID-19 durante el embarazo y el 60.8% no.

De acuerdo con la clasificación de acuerdo con el puntaje de la escala de Edimburgo para depresión posparto, el 33.0% cursaron con riesgo de depresión, mientras el 67.0% no presentaron riesgo de depresión postparto.

Tabla 3. muestra las características sociodemográficas de mujeres evaluadas para depresión post parto, en el Hospital Regional Puebla en el periodo de agosto a noviembre del 2021.

La prevalencia de depresión post parto fue del 32.9 % figura 4.

Característica	n=97 Fcia (%)	n=97 $\bar{x} \pm DE$
Riesgo de depresión posparto	32/97 (32.9)	
Edad – años		32 ± 5.3
Número de embarazo		2.3 ± 1.1
Ocupación		
Empleada	80 (82.5%)	
Labores del hogar	17 (17.5%)	
Escolaridad		
Secundaria	3/97 (3.1%)	
Medio superior	12/97 (12.4%)	
Superior	78 /97(80.4%)	
Posgrado	4/97 (4.1%)	
Estado civil		
Soltera	10 /97(10.3%)	
Unión libre	31 / 97(32.0%)	

Casada	55 /97 (56.7%)	
divorciada	1/97 (1.0)	
Planificación del embarazo		
Si	71 /97(73.2%)	
No	26/97 (26.8%)	
Enfermedades crónicas		
Si	20/97 (20.6%)	
No	77 /97(79.4%)	
Paridad		
Primigesta	25 /97(25.8%)	
Multigesta	72/97 (74.2%)	
Vía de finalización del embarazo		
Parto	11 /97(11.3%)	
Cesárea	86/97 (88.7%)	
Complicación obstétrica		
Si	37 /97 (38.1%)	
No	60 /97 (61.9%)	
Hospitalización del recién nacido		
Si	20 /97 (20.6%)	
No	77/97 (79.4%)	
COVID-19 durante el embarazo		
Si	4 /91 (4.1%)	
No	93 /97 (95.9%)	
Familiar con COVID-19 durante el embarazo		
Si	38/97 (39.2%)	
No	59/97 (60.8%)	
Clasificación de acuerdo con el puntaje de la escala de Edimburgo		
Sin riesgo de depresión	65 (67.0%)	
Con riesgo de depresión	32 (33.0%)	

Las variables cuantitativas se expresan como mediana (rangos intercuartílicos) y las variables cualitativas como número (porcentaje).

Para este análisis consideramos a todas las pacientes con alto riesgo de presentar depresión postparto y compilamos en una tabla cual era la relación de los factores sociodemográficos y comorbilidad con el riesgo de padecer dicho padecimiento

Tabla 4. Relación de factores demográficos y comorbilidades con el riesgo de presentar depresión posparto.

Variable	n= 97 Fcia (%)	OR (IC _{95%})	* <i>p</i>
Ocupación			
Empleada	28/80 (35)	0.57 (0.2- 1.19)	0.3
Hogar	4/17 (23.5)		
Escolaridad			
Secundaria	0/3 (0)		0.04
Medio superior	1/12 (8.3)		
Superior	31/78 (39.7)		
Posgrado	0/4 (0)		
Estado civil			
Soltera	1/11 (9.1)		0.2
Unión libre	11/31 (35.4)		
Casada	20/55 (36.3)		
Planeación del embarazo			
No planeado	10/26 (38.4)	1.39 (0.5-3.5)	0.3
Planeado	22/71 (30.9)		
Antecedente de padecer enfermedad			

crónico-degenerativa			
Con antecedente	7/20 (35)	0.9 (0.3-2.5)	0.5
Sin antecedente	25/77 (32.4)		
Paridad			
Primigesta	6/25 (34)		
Multigesta	26/72 (36.1)	1.8 (0.6-5)	0.2
Vía de finalización			
Parto	4/11 (36.3)	0.8 (0.2.-3.1)	
Cesárea	28/86 (32.5)		0.5
Antecedente de alguna complicación durante el embarazo			
Con antecedente	9/37 (24.3)	1.9 (0.7-4.8)	0.1
Sin antecedente	23/60 (38.3)		
Antecedente de hospitalización de su bebé			
Con antecedente	8/20 (40)	0.7 (0.2-1.9)	0.3
Sin antecedente	24/77 (31.1)		

Antecedente de haber padecido COVID durante el embarazo			
Con antecedente	2/4 (50)	0.4 (0.1-3.5)	0.4
Sin antecedente	30/93 (32.2)		
Antecedente de familiar con COVID			
Con antecedente	16/38 (42.1)	0.5 (0.2-1.2)	
Sin antecedente	16/59 (27.1)		0.1

De todas las variables evaluadas con factores de riesgo la única variable que resulto con significancia estadística fue la escolaridad (tabla 2).

La diferencia de frecuencias fue analizada con Chi cuadrada y se consideró significancia estadística un valor de $p < 0.05$.

En la figura 5 se muestra a las mujeres de la población total con o sin riesgo de depresión.

Riesgo de depresión

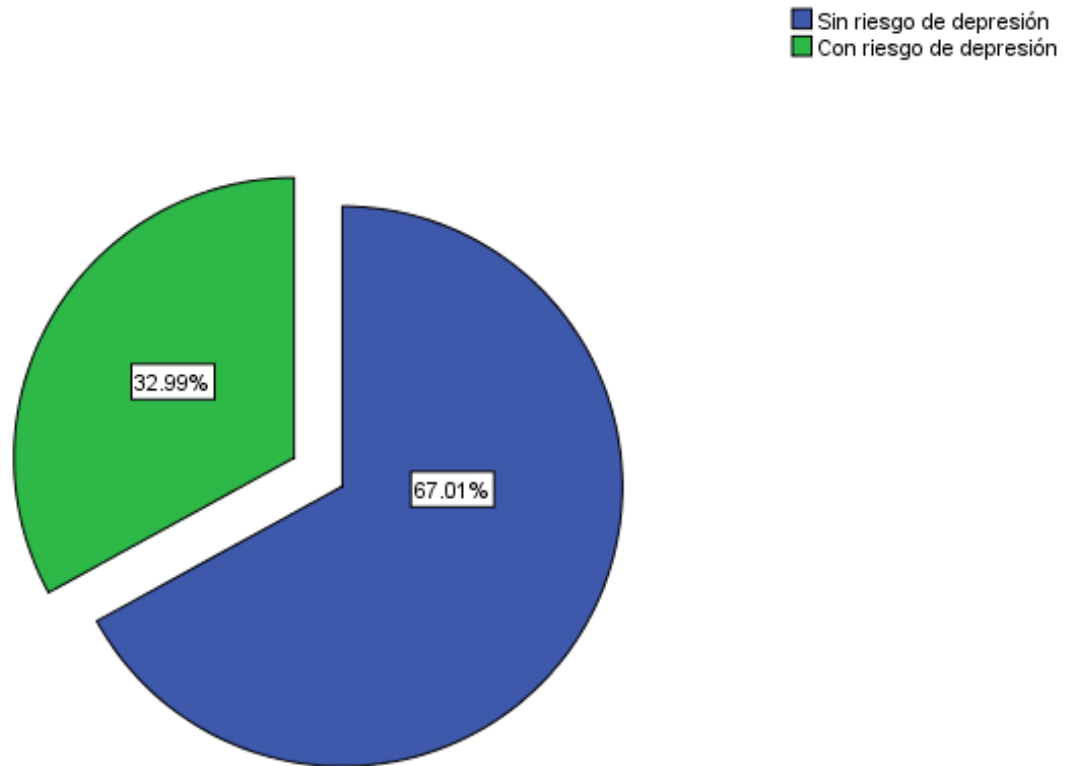


Figura 4. Prevalencia de depresión post parto mujeres evaluadas en el Hospital Regional Puebla en el periodo de agosto a noviembre del 2021.

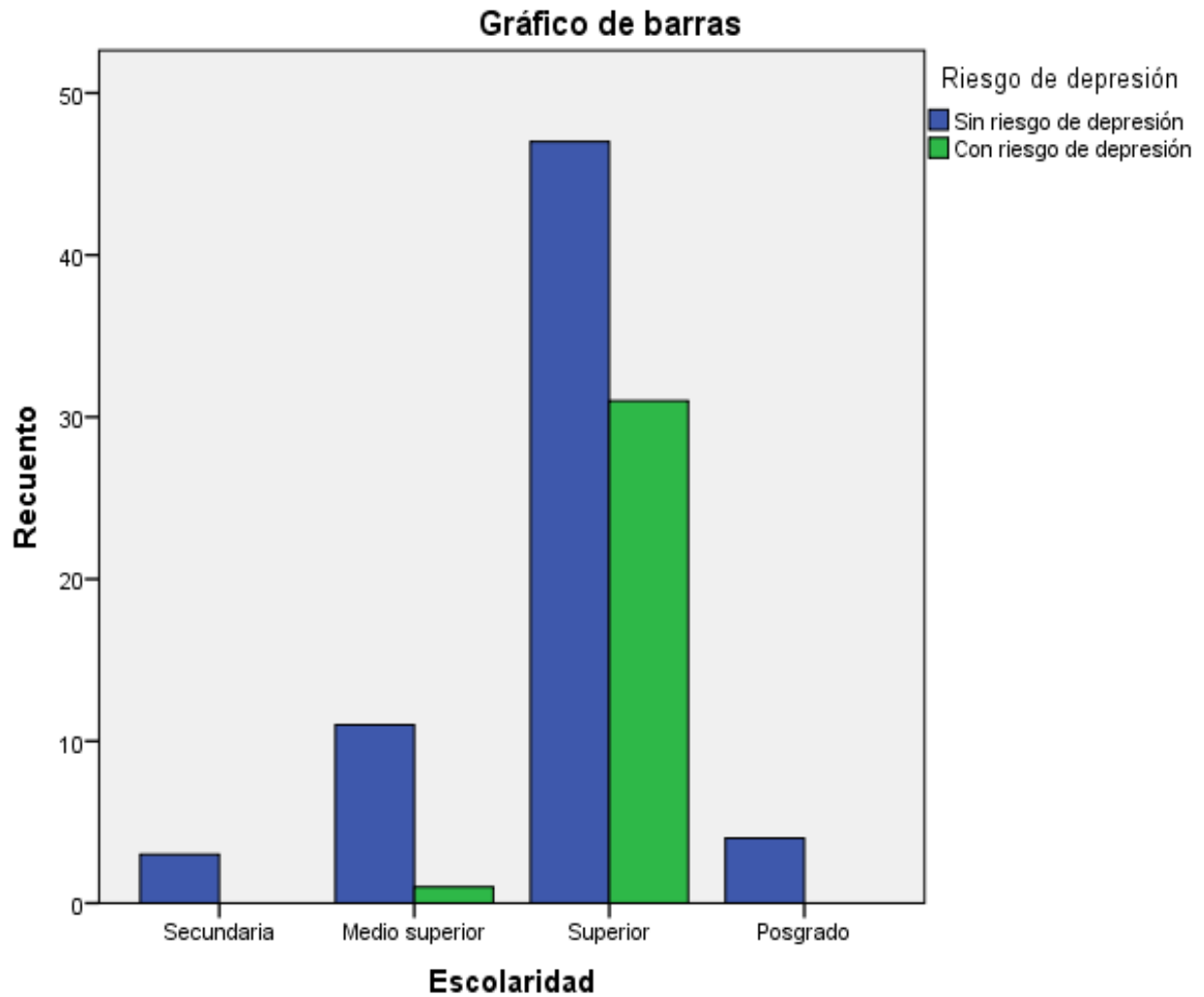


Figura 5. Asociación de escolaridad con el riesgo de presentar depresión posparto. El análisis estadístico se realizó a través de chi cuadrada con valor de $p= 0.04$

8. PERSPECTIVAS

Posteriores a los análisis realizados acerca de la incidencia y relación de las variables sociodemográficas con la depresión postparto encontramos que en población mexicana existe un mayor riesgo de padecer este trastorno en mujeres con un nivel de educación mayor sin embargo no se descarta que en una población mucho mayor podamos identificar que otras variables como los antecedentes familiares, antecedentes médicos obstétricos, estado de salud actual, estado familiar e historial médico personal influyan en este padecimiento.

Para las situaciones anteriores, es importante implementar la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EPDS) del seguimiento prenatal de la madre, porque la aparición de depresión durante el embarazo puede ser beneficiosa para la aparición de depresión durante el posparto.

La exploración de la posible asociación entre la DPP y planeación del embarazo, como también, con las características sociodemográficas permitirá mejorar la atención de las pacientes y detectar oportunamente la DPP en el hospital regional ISSSTE Puebla.

Aún queda mucho por resolver, pero es importante comenzar la implementación y la toma de conciencia de este tipo de padecimientos en nuestro país para futuras investigaciones y así poder establecer estudios más a fondo acerca de que factores pueden desencadenar este trastorno y poder dar una mejor perspectiva a las pacientes en esta etapa de su vida.

9. DISCUSIÓN

El puerperio es uno de los períodos que conlleva a la mujer a tener un riesgo elevado de trastornos de ánimo. Cerca de 85% de las mujeres presentan algún tipo de alteración del estado de ánimo durante el posparto.

La depresión posparto es un trastorno severo, que afecta hasta al 56 % de las mujeres en México durante los primeros cuatro meses tras el nacimiento del bebé. (Lara et al., 2017; Caparros et al., 2018; Young, 2017). La incidencia estimada de depresión posparto de 10 a 20%, con informes más bajos como resultado de diferencias en las tasas de detección o

medidas de detección, entornos socioeconómicos, normas culturales, estructura de apoyo.

Con los resultados obtenidos en la presente investigación, la sintomatología depresiva durante el puerperio puede confundirse con la adaptación normal a esta etapa de la vida esto concuerda con el estudio de Hmdan en 2011 (Hmdan y Tamin, 2011; Ghaedrahmati *et al.*, 2017). Observamos que, durante las horas del posparto, cerca del 33 % de las madres experimenta un cuadro denominado disforia/tristeza posparto, caracterizado por muchos factores emocionales y ha sido asociado con los cambios hormonales de la etapa, por lo mismo, no requiere de tratamiento farmacológico, sino de la contención y apoyo de la familia concordando con los resultados de yim 2009 (National Health and Medical Research council 2000, Yim *et al.*, 2009).

Muchos estudios han reportan métodos para su evaluación, siendo el mejor instrumento de tamizaje la Escala de Depresión de Edimburgo, diseñada especialmente para reconocer síntomas anímicos en mujeres puérperas(Maroto *et al.*, 2004; Pope y Mazmanian, 2016, Anokye *et al.*, 2018), midiendo intensidad sintomática, por esta razón el método más confiable de evaluación. Gracias a la medición de esta escala observamos que las mujeres que tienen mayor escolaridad tienen mucho mayor riesgo de padecer depresión postparto en población mexicana en comparación con mujeres de grados de escolaridad más bajo.

Por la parte de las vías de finalización del embarazo no se obtuvo una asociación entre estas y la depresión postparto en el estudio, lo contrario a lo que piensa Leyla, (Leyla Kaya, 2018), esto tal vez se deba a que el número de muestra fue un poco más limitado que en estudios anteriores y que es necesario continuar estudiando este factor, al igual que otros factores moleculares que pudieran estar relacionados a este padecimiento como los descritos por Payne (Payne & Maguire, 2019), que deja abierta la posibilidad de estudiar este padecimiento por una vía un poco más molecular.

También observamos que en esta población que estudiamos está relacionada de manera controversial con la bibliografía anterior ya que se piensa que a menor escolaridad mayor es el riesgo de sufrir DPP, sin embargo nuestros resultados tuvieron un giro inesperado,

teniendo una discrepancia con el estudio de Matsumara en Japón (Matsumura et al., 2019), por lo que esto sugiere realizar más investigaciones sobre este factor.

Por todo lo descubierto anteriormente es necesario continuar con estudios posteriores en esta misma población y así conocer más a fondo los factores que se asocian con esta prevalencia y poder determinar que sería lo más adecuado de ejecutar para la mejoría o prevención de estas pacientes,

10. CONCLUSIONES

Se identificaron las características sociodemográficas de las puérperas que acuden al Hospital regional ISSSTE, Puebla, como el nivel educativo, ocupación, edad, vía de finalización, número de embarazos, si padecieron COVID, etc. Con la escala de Edimburgo y así se determinó si existía una asociación entre estas variables y la DPP.

En nuestro estudio no se obtuvo una asociación entre las enfermedades crónicas durante la gestación con la incidencia de depresión Posparto, de la misma manera tampoco existió una relación entre la vía de finalización de la gestación con la incidencia de depresión post parto o con la infección por COVID -19 durante la gestación con la incidencia de DPP.

Existe una asociación entre el grado de escolaridad con el riesgo de presentar depresión posparto, ya que, en este estudio, nuestra población se encontró que las pacientes con nivel medio superior, creo que estas pacientes pudieran presentar ansiedad no manifiesta ante la separación del binomio madre e hijo, una vez integrándose a su vida laboral.

Pienso que las pacientes que se dedican a labores del hogar de forma permanente no presentan esta ansiedad de separación por la convivencia continua con sus hijos dentro de su hogar por lo que no serían propensas a presentar depresión posparto.

Conclusión general: la prevalencia de depresión post parto en mujeres evaluadas en el Hospital Regional Puebla ISSSTE en el periodo de agosto a noviembre del 2021 fue del 32.9%.

11.FORTALEZAS

- Primer estudio realizado en nuestro medio que nos permitió identificar oportunamente a pacientes con depresión post parto y derivarlas al servicio de psicología para su manejo
- El presente proyecto de investigación cubre necesidades emocionales que no se realizan de manera rutinaria en nuestro medio.

12.LIMITACIONES

- El estudio se realizó en tiempos de la pandemia, siendo nuestro hospital COVID, por lo que la mayoría de las pacientes no acudían a atención, por lo que no se pudieron evaluar de forma completa a las pacientes con factores de riesgo alto para depresión posparto.
- El tamaño de muestra se ajustó de acuerdo con la cantidad de pacientes revisadas durante el período de estudio; sin embargo, para confirmar nuestras observaciones, es necesario continuar con esta línea de investigación e incluir mayor tamaño de muestra, así como un seguimiento más estrecho en la recolección de datos.

13.RECOMENDACIONES

- en este estudio por el tipo de población con escolaridad media superior se encontró una casuística más elevada que en la literatura reportada.
- Sería conveniente aplicar a todas las pacientes la escala de Edimburgo para determinar el riesgo de depresión postparto por su elevada incidencia encontrada.
- Asimismo, para ampliar la cobertura de diagnóstico oportuno debería existir un servicio conjunto con psicología para que desde la consulta prenatal y en el puerperio se aplicara la escala de Edimburgo para el diagnóstico y tratamiento oportuno de este tipo de pacientes.

14. BIBLIOGRAFÍA

- Póo, A. M., Espejo, S., Claudio, Godoy P, Espejo, C., Gualda de la C, M., Hernández O, T y Pérez H, C. (2008). Prevalencia y factores de riesgo asociados a la depresión posparto en puérperas de un Centro de Atención Primaria en el Sur de Chile. *Revista médica de Chile*, 136(1), 44-52. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872008000100006>.
- González-González, A., Casado-Méndez, P. R., Molero-Segrera, M., Santos-Fonseca, R. S. y López-Sánchez, I. (2019). Factores asociados a depresión posparto. *Rev. Arch Med Camagüey*. Vol 23(6): 770-779.
- Payne, JL y Maguire, J. (2019). Mecanismos fisiopatológicos implicados en la depresión posparto. *Fronteras en neuroendocrinología* , 52 , 165-180. <https://doi.org/10.1016/j.yfrne.2018.12.001>
- Organización Mundial de la Salud, (2020). Depresión. Tomado de <https://www.who.int/topics/depression/es/>, el 12 de diciembre de 2020, a las 6:00 pm.
- Organización Mundial de la Salud, (2020). Depresión: Datos y cifras. Tomado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression#:~:text=Generalidades,problemas%20de%20la%20vida%20cotidiana>. El 13 de diciembre de 2020, a las 2 pm.
- Meléndez, M., Díaz, M., Bohorjas, L., Cabaña, A., Casas, J., Castrillo y Corbino, J. (2017). Depresión posparto y los factores de riesgo. *Rev. Salus.UC*. 21(3):7-12.
- Olivas, S. M. (2015). Factores de riesgo para la depresión posparto en madres adolescentes atendidas en el hospital nacional Daniel Alcides Carrion durante abril – junio, 2015. UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS, 7-39. recuperado de:http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4355/Atencia_os.pdf?sequence=1.
- Domínguez-López S. (2004). Efecto de la hormona folículo estimulante (FSH) sobre la desesperanza conductual de la rata hembra. Tesis de Licenciatura Xalapa Veracruz: Universidad Veracruzana, Facultad de QFB.

- Calderon-Narvaez G. (1995). Depresión. Causas, manifestaciones y tratamiento. Mexico-Trillas, Cap 7: 98-102.
- Castro-Magdonel B E. (2008). Determinación del efecto anti-inmovilidad de la fluoxetina en ratas estresadas de 21-42 días de edad sometidas a nado forzado. Tesis de Licenciatura. Xalapa Veracruz: Universidad Veracruzana, Facultad de QFB.
- Piccinelli M, Wilkinson G. (2000). Gender differences in depression. Critical review. Br J Psychiatry, 177: 486-92.
- Peralta V, Cuesta MJ. (2002). Psicopatología y clasificación de los trastornos depresivos. An Sist Sanit Navar, 25(5): 7-20.
- Dowd TE. (2003). Depression: Theory, assessment, and new directions in practice. Int J Clin Health Psychol 4: 414-423.
- Young Candia CR. Factores asociados a depresión posparto en puérperas del servicio de obstetricia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza [Tesis]. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2017.
- Romero, D. O. (2017). Sintomatología depresiva en el post parto y factores psicosociales asociados. Revista chilena de obstetricia y ginecología. Vol 82 (2). Pp: 152-162.
- Caparros González RA, Romero González B, Peralta Ramírez MI. (2018). Depresión posparto, un problema de salud pública mundial. Rev Panam Salud Pública.
- Lara MA, Patiño P, Navarrete L, Hernández Z, Nieto L. (2017) Association between depressive symptoms and psychosocial factors and perception of maternal self-efficacy in teenage mothers. Salud Ment. Vol 40(5).
- American Psychiatric Association. Suplemento del Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales. 5ta ed. Actualización del DSM-5, septiembre 2016 [Internet]. Arlington, EU: Asociación Americana de Psiquiatría; 2017.
- Jadresic, E. (2017). Depresión posparto en el contexto del Hospital General. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28(6), 874-880.

- Lawrie, T. A.; Herxheimer, A.; Dalton, K.; Estrógenos y progesterona para la prevención y el tratamiento de la depresión puerperal. Cochrane 6 de Octubre del 2010.
- Reyes López, J.; Urtaran Ibarzabal, Z., Prieto Doménech, S., Herraiz Soler, Y., Depresión durante el embarazo; Enfermería Integral Artículos científicos; Valencia; Junio 2008
- Payne, J. L., & Maguire, J. (2019). Pathophysiological mechanisms implicated in postpartum depression. *Frontiers in neuroendocrinology*, 52, 165–180.
- Mirsalimi, F., Ghofranipour, F., Noroozi, A., & Montazeri, A. (2020). The postpartum depression literacy scale (PoDLiS): development and psychometric properties. *BMC pregnancy and childbirth*, 20(1), 13.
- Caparros-Gonzalez, R. A., Romero-Gonzalez, B., Strivens-Vilchez, H., Gonzalez-Perez, R., Martinez-Augustin, O., & Peralta-Ramirez, M. I. (2017). Hair cortisol levels, psychological stress and psychopathological symptoms as predictors of postpartum depression. *PloS one*, 12(8), e0182817.
- Hahn-Holbrook, J., Cornwell-Hinrichs, T., & Anaya, I. (2018). Economic and Health Predictors of National Postpartum Depression Prevalence: A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-Regression of 291 Studies from 56 Countries. *Frontiers in psychiatry*, 8, 248.
- Lartigue, T.; Martin Maldonado, J.; González Pacheco, I.; Saucedo García, J. M.; Depresión en la etapa perinatal; Medigraphic Artemisa; México; 2008
- Ongeri, L., Wanga, V., Otieno, P., Mbui, J., Juma, E., Stoep, A. V., & Mathai, M. (2018). Demographic, psychosocial and clinical factors associated with postpartum depression in Kenyan women. *BMC psychiatry*, 18(1), 318.
- Ghaedrahmati, M., Kazemi, A., Kheirabadi, G., Ebrahimi, A., & Bahrami, M. (2017). Postpartum depression risk factors: A narrative review. *Journal of education and health promotion*, 6, 60.
- Hamdan A, Tamim H. Psychosocial risk and protective factors for postpartum depression in the United Arab Emirates. *Arch Womens Ment Health*. 2011;14(2):125-33.

- National Health and Medical Research Council. Postnatal depression. Not just a Baby Blues. Canberra: National Health and Medical Research Council; 2000.
- Yim I, Glynn L, Dunkel-Schetter C, Hobel C, Chicz-DeMet A, Sandman C. Risk of postpartum depressive symptoms with elevated corticotropin-releasing hormone in human pregnancy. *Arch Gen Psychiatry*. 2009;66(2):162-9.
- Maroto G, García M, Fernández A. Evaluación del estado del ánimo en el puerperio con la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo. *IJCHP*. 2004;5(2):305-18.
- Pope, C. J., & Mazmanian, D. (2016). Breastfeeding and Postpartum Depression: An Overview and Methodological Recommendations for Future Research. *Depression research and treatment*, 2016, 4765310. <https://doi.org/10.1155/2016/4765310>
- Meléndez, M., Díaz, M., Bohorjas, L., Cabaña, A., Casas, J., Castrillo y Corbino, J. (2017). Depresión postparto y los factores de riesgo. *Rev. Salus.UC*. 21(3):7-12.
- Póo, A. M., Espejo, S., Claudio, Godoy P, Espejo, C., Gualda de la C, M., Hernández O, T y Pérez H, C. (2008). Prevalencia y factores de riesgo asociados a la depresión posparto en puérperas de un Centro de Atención Primaria en el Sur de Chile. *Revista médica de Chile*, 136(1), 44-52. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872008000100006>.
- Organización Mundial de la Salud, (2020). Depresión: Datos y cifras. Tomado de <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/depression#:~:text=Generalidades,problemas%20de%20la%20vida%20cotidiana>. El 13 de diciembre de 2020, a las 2 pm.
- Asselah, T., Durantel, D., Pasmant, E., Lau, G., & Schinazi, R. F. (2021). COVID-19: Discovery, diagnostics and drug development. *Journal of hepatology*, 74(1), 168–184. <https://doi.org/10.1016/j.jhep.2020.09.031>
- protocolo: coronavirus (covid-19) y gestación (v14 21/7/2021)
- Lebel, C., MacKinnon, A., Bagshawe, M., Tomfohr-Madsen, L., & Giesbrecht, G. (2020). Elevated depression and anxiety symptoms among pregnant individuals during the COVID-19 pandemic. *Journal of affective disorders*, 277, 5–13. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.07.126>

- Durankuş, F., & Aksu, E. (2020). Effects of the COVID-19 pandemic on anxiety and depressive symptoms in pregnant women: a preliminary study. *The journal of maternal-fetal & neonatal medicine : the official journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstetricians*, 1–7. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/14767058.2020.1763946>

15. ANEXOS

ANEXO 1 CONSENTIMIENTO INFORMADO

HOSPITAL REGIONAL ISSSTE PUEBLA
DIVISIÓN DE INVESTIGACIÓN COMISIÓN DE ÉTICA
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN
EDUCATIVA

LUGAR Y FECHA _____

Por medio del presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado:

Incidencia y factores de riesgo a depresión postparto en puérperas intervenidas en el Hospital Regional ISSSTE, Puebla"

Registrado ante el comité local de investigación con el número de:

El objetivo de este estudio es la búsqueda de la incidencia y factores de riesgos a depresión post parto en mujeres puérperas intervenidas en esta institución. Si usted acepta participar en este proyecto, se le pedirán: datos básicos de identificación (nombre, edad, fecha de nacimiento) y acceso a su expediente clínico, además de su consentimiento informado (únicamente para este fin).

_____ por lo que **AUTORIZO PLENAMENTE** a ser interrogado para lograr de esta forma los objetivos anteriormente descritos.

Acepto participar de manera voluntaria

Mi participación no repercutirá de manera negativa en mis actividades derechos y obligaciones dentro de este instituto.

No habrá ninguna sanción para mí en caso de no aceptar contestar el cuestionario o decidir retirarme en cualquier momento del estudio.

No haré ningún gasto, ni recibiré remuneración alguna por la participación en el estudio.

La participación es este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas y confidenciales.

Si en los resultados de mi participación como derechohabiente se hiciera evidente algún problema relacionado con mi proceso de atención como paciente, se me brindará orientación al respecto.

Puedo solicitar, en el transcurso del estudio información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.

También tengo acceso a las Comisiones de Investigación y Ética del Hospital Regional ISSSTE Puebla, en caso de que tenga una duda sobre mis derechos como participante en el estudio.

La encuesta se realizará en un área privada en donde solo se encontrará la persona a encuestar.

Agradecemos su participación.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha

Questionario 1 (ANEXO 2)

Nombre completo	Edad
Fecha	
teléfono	Ocupación
Estado civil	Escolaridad
¿Cuántas veces se ha embarazado?	¿Su embarazo fue planeado?
¿Cuántos hijos vivos tiene?	¿El producto se obtuvo por cesárea o por parto?
¿Su embarazo transcurrió normal o con alguna complicación?	¿Su bebe fue hospitalizado?
¿Tiene alguna enfermedad crónica?	¿Curso con depresión durante su embarazo?
¿Algún familiar de usted ha presentado depresión?	¿Alguna vez ha presentado depresión ?
¿Si la respuesta es "SI" ha estado en tratamiento?	¿Su pareja muestra preocupación por su estado de salud?
¿sufrió separación de sus padres durante la infancia?	¿Presenta usted alguna adicción como al alcohol o alguna droga? ¿Ha padecido COVID durante el embarazo? ¿Algún familiar ha padecido COVID?

Firma: _____ Fecha: _____

Questionario 2 (ANEXO 3)

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha: _____

<p>1. Ha sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas?</p> <p>Tanto como siempre</p> <p>No tanto ahora</p> <p>Mucho menos</p> <p>No, no he podido</p>	<p>6. Las cosas me oprimen o agobian?</p> <p>Sí, la mayor parte de las veces</p> <p>Sí, a veces</p> <p>No, casi nunca</p> <p>No, nada</p>
<p>2. Ha mirado el futuro con ilusión o placer?</p> <p>Tanto como siempre</p> <p>Algo menos de lo que solía hacer</p> <p>Definitivamente menos</p> <p>No, nada</p>	<p>7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir?</p> <p>Sí, la mayoría de las veces</p> <p>Sí, a veces</p> <p>No muy a menudo</p> <p>No, nada</p>
<p>3. Se ha culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien ¿</p> <p>Sí, la mayoría de las veces</p> <p>Sí, algunas veces</p> <p>No muy a menudo</p> <p>No, nunca</p>	<p>8. Me he sentido triste y desgraciada? Sí, casi siempre</p> <p>Sí, bastante a menudo</p> <p>No muy a menudo</p> <p>No, nada</p>
<p>4. Ha estado ansiosa y preocupada sin motivo?</p> <p>No, para nada</p> <p>Casi nada</p> <p>Sí, a veces</p> <p>Sí, a menudo</p>	<p>9. Ha sido tan infeliz que he estado llorando?</p> <p>Sí, casi siempre</p> <p>Sí, bastante a menudo</p> <p>Sólo en ocasiones</p> <p>No, nunca</p>
<p>5. Ha sentido miedo y pánico sin motivo alguno?</p> <p>Sí, bastante</p> <p>Sí, a veces</p> <p>No, no mucho</p> <p>No, nada</p>	<p>10. Ha pensado en hacerme daño a mí misma?</p> <p>Sí, bastante a menudo</p> <p>A veces</p> <p>Casi nunca</p> <p>No, nunca</p>
<p>Pregunta 1, 2 y 4 se califica de 0, 1, 2, 3</p>	<p>Pregunta 3, 5, 6, 7, 8, 9 y 10 califica de 3, 2, 1, 0</p>