

Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.  
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), julio-agosto 2025,  
Volumen 9, Número 4.

[https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v9i2](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i2)

**ASOCIACIÓN ENTRE LA DEPRESIÓN  
POSPARTO EN MUJERES Y EL TIPO DE RIESGO  
REPRODUCTIVO, EN EL HOSPITAL GENERAL  
DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR NO 1  
PACHUCA, HIDALGO**

ASSOCIATION BETWEEN POSTPARTUM DEPRESSION IN WOMEN  
AND THE TYPE OF REPRODUCTIVE RISK AT THE GENERAL ZONE  
HOSPITAL WITH FAMILY MEDICINE NO. 1 PACHUCA, HIDALGO

**Sandra Angélica Jiménez Oropeza**

Instituto Mexicano del Seguro Social , México

**Evangelina Martínez Melo**

Instituto Mexicano del Seguro Social , México

**Lorena Chaparro Gordillo**

Instituto Mexicano del Seguro Social , México

DOI: [https://doi.org/10.37811/cl\\_rem.v9i4.18854](https://doi.org/10.37811/cl_rem.v9i4.18854)

## Asociación entre la Depresión Posparto en Mujeres y el Tipo de Riesgo Reproductivo, en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No 1 Pachuca, Hidalgo

**Sandra Angélica Jiménez Oropeza<sup>1</sup>**  
[orojim86@gmail.com](mailto:orojim86@gmail.com)  
<https://orcid.org/0009-0001-9379-4166>  
Instituto Mexicano del Seguro Social  
México

**Evangelina Martínez Melo**  
[dra\\_evamtz@hotmail.com](mailto:dra_evamtz@hotmail.com)  
<https://orcid.org/0009-0003-4777-0248>  
Instituto Mexicano del Seguro Social  
México

**Lorena Chaparro Gordillo**  
[lorechg24@gmail.com](mailto:lorechg24@gmail.com)  
<https://orcid.org/0009-0003-7556-7909>  
Instituto Mexicano del Seguro Social  
México

### RESUMEN

La depresión posparto afecta entre el 10 y 15% de las mujeres durante el embarazo y el primer año después del parto, con consecuencias graves para la madre y el niño. Este estudio observacional y prospectivo se realizó en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 1 Pachuca, Hidalgo, para evaluar la asociación entre la depresión posparto y el tipo de riesgo reproductivo. Se aplicó la Escala de Depresión Perinatal de Edimburgo y un cuestionario de riesgo reproductivo a mujeres en puerperio (días 8-42). El 90% de las participantes tenían riesgo reproductivo alto, pero solo el 10% presentó depresión posparto. No se encontró asociación estadísticamente significativa entre el tipo de riesgo reproductivo y la depresión posparto. Se concluye que la depresión posparto puede presentarse independientemente del riesgo reproductivo, por lo que es crucial realizar tamizajes rutinarios y brindar atención integral para mejorar la salud materna y prevenir complicaciones graves.

**Palabras clave:** depresión posparto, riesgo reproductivo, puerperio, escala de Edimburgo, salud materna

---

<sup>1</sup> Autor principal.  
Correspondencia: [orojim86@gmail.com](mailto:orojim86@gmail.com)

# Association Between Postpartum Depression in Women and the Type of Reproductive Risk at the General Zone Hospital with Family Medicine No. 1 Pachuca, Hidalgo

## ABSTRACT

Postpartum depression affects between 10% and 15% of women during pregnancy and up to one year after delivery, with serious consequences for both mother and child. This observational, prospective study was conducted at the Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 1 in Pachuca, Hidalgo, to evaluate the association between postpartum depression and reproductive risk type. The Edinburgh Postnatal Depression Scale and a reproductive risk questionnaire were applied to women in the puerperium period (days 8-42). Ninety percent of participants had high reproductive risk, but only 10% presented postpartum depression. No statistically significant association was found between reproductive risk type and postpartum depression. It is concluded that postpartum depression may occur independently of reproductive risk, highlighting the importance of routine screening and comprehensive care to improve maternal health and prevent severe complications.

**Keywords:** postpartum depression, reproductive risk, puerperium, Edinburgh Scale, maternal health

*Artículo recibido 07 junio 2025  
Aceptado para publicación: 12 julio 2025*



## INTRODUCCIÓN

La depresión es una alteración patológica del estado de ánimo con descenso del humor en el que predominan los síntomas afectivos (culpa, soledad, tristeza, sentimientos de dolor profundo, entre otros) así como, síntomas cognitivos (baja concentración y memoria, pensamientos de muerte o ideación suicida), volitivo (apatía, anhedonia) y somático (propensión a infecciones, cefalea, fatiga, alteraciones del sueño, somatizaciones, entre otros) (Instituto Mexicano del Seguro Social. , 2015).

Se considera que cerca del 4% de la población experimenta depresión, incluido el 5% de los adultos (estimando el 6% en mujeres) (OMS, 2023); a nivel mundial cerca de 280 millones de personas padecen depresión (Instituto de Sanimetría y Evaluación Sanitaria. , 2023). Se tiene en cuenta que aproximadamente el 9% de la población ha padecido un episodio de depresión al menos una vez en su vida, al igual que una de cada cinco personas sufrirá depresión antes de los 75 años (Wagner, González-Forteza, Sanchez-García, García-Peña, & Gallo, 2012). Del total de personas que sufren depresión, es más frecuente en mujeres que en hombres, cerca del 50%. Considerándose así, que el género parece ser un factor de riesgo independiente para padecer depresión. Siendo los momentos críticos coincidentes con situaciones de cambio vitales; por ejemplo, la presencia de, el síndrome premenstrual (SPM) en la edad reproductiva (Chamón, 2006).

De las mujeres embarazadas y en estado de puerperio en el mundo, se contabiliza que entre el 10% y 15% experimentan depresión, cuyo diagnóstico debe ser oportuno y contemplar los criterios del DSM-5 (Woody, Ferrari, Siskind, & Whi, 2017) (Malpartida, 2020).

La depresión posparto es un trastorno significativo que afecta hasta al 56% de las mujeres latinas. Se considera en México que 30.7% - 33% de las mujeres padecen depresión en algún momento del embarazo y hasta 1 año después del parto. La depresión perinatal produce un elevado costo social caracterizado por el desempleo, el ausentismo laboral y la pérdida de productividad global; considerando que el gasto en salud por trastornos mentales puede llegar hasta el 4% del producto interno bruto. El retraso en su atención se asocia a suicidio y filicidio siendo una de las causas de muerte materna durante el período perinatal (Caparros , Romero, & Peralta, 2018) (Contreras-Carreto, Villalobos-Gallegos, & Mancilla-Ramírez, 2022).



El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales quinta edición (DSM -5) define la depresión perinatal como un episodio depresivo mayor con inicio en el período periparto, es decir, el inicio de los síntomas del estado de ánimo ocurre durante el embarazo o en las cuatro semanas posteriores al parto (Asociación Americana de Psiquiatría. , 2013); ocasionalmente, también es posible desarrollar una forma más grave de enfermedad, depresión con características psicóticas, durante el periparto (Adeponle, Groleau, Gureje, & Kirmayer, 2023). La depresión perinatal es distinta de la "tristeza posparto" que muchas mujeres experimentan después del parto y que comúnmente se presenta con labilidad del estado de ánimo, irritabilidad, llanto y dificultad para dormir, que comienza en los primeros 2 a 3 días después del parto y tiene una duración de hasta 2 semanas (Dagher, Bruckheim, Colpe, Edwards, & White, 2021).

La depresión posparto no tiene una causa clara; sin embargo, cuenta con diversos factores de riesgo; dentro de los cuales se observa frecuentemente: depresión en embarazo o en el posparto anterior, ausencia del padre de su hijo durante el embarazo, otros problemas relacionados con el embarazo, tal como un nacimiento prematuro, o un bebé con algún defecto congénito, también ocurre este trastorno cuando el embarazo actual no fue planeado o cuando la madre consideró realizar un aborto, se han identificado como factores de riesgo las complicaciones obstétricas durante el embarazo, parto o después del mismo, principalmente en aquellos de alto riesgo, ausencia de pareja luego del nacimiento y falta de apoyo de los familiares, ingresos bajos, condición de inmigrante, edad materna joven, antecedentes de adicciones, escasos recursos sociales, entre otros (JM, 2020) (Payne & Maguire, 2019).

De acuerdo al Foro Global de Bioética en Investigación, es adecuado promover la investigación en torno al embarazo y puerperio, evitando el perpetuar el riesgo al que se exponen las mujeres embarazadas diariamente, no excluyendo de forma tal a la población que se desea proteger (Saenz, Alger, Beca, Belizán, Cafferata, & Guzmán, 2017).

La depresión en la mujer embarazada y puérpera puede generar de forma negativa cambios conductuales dentro de los que se pueden mencionar mal apego a las indicaciones médicas, repercutiendo en el estado de salud de madre e hijo (Ministerio de Salud, 2014); amenaza la relación madre-hijo ya que crea un ambiente en el cual se ve afectado el desarrollo de bebé de manera negativa tanto en el desarrollo neurológico (formación de sinapsis, migración neuronal) como en el desarrollo socioemocional y



conductual, así como nutricional, ya que es posible la interrupción temprana de lactancia materna, al igual que, la presencia de conductas negligentes respecto a la supervisión del niño para el manejo de la seguridad y la salud (Marian & Earls, 2010).

Es apropiado el cribado de la depresión posparto mediante la aplicación de escalas psicológicas de depresión, logrando la adecuada identificación del grupo de embarazadas con riesgo de presentar los síntomas de depresión posparto, así como la aplicación de medidas de prevención en torno a la prevención desde la perspectiva de la salud pública; con la finalidad de mejorar la salud de las mujeres durante el embarazo y el puerperio fortaleciendo la salud y el desarrollo fetal e infantil (Caparros , Romero, & Peralta, 2018). Para ello es imperativo la pronta identificación, así como el inicio de tratamiento desde las primeras semanas, siendo prioritario la pesquisa sistemática en toda paciente con factores de riesgo; dicha pesquisa puede ser realizada mediante el uso de escalas de tamizaje validados como lo es la Escala de Edimburgo (JM, 2020). La cual de acuerdo a Macías-Cortes tiene una aplicación sencilla y accesible, así como una moderada exactitud; por ello hace énfasis en la importancia de concientizar al personal de salud sobre la realización rutinaria de esta escala para el tamizaje de las madres durante la cita de valoración del recién nacido (Macías-Cortés, Lima-Gómez, & Asbun-Bojalil, 2020).

La escala de depresión perinatal de Edimburgo fue validada para la población mexicana hace más 23 años, con un estudio realizado en el INPerIER (Ortega, Lartigue, & Figueroa, 2001). La escala fue creada para asistir al médico en atención primaria de salud, en la detección de madres que padecen depresión posparto; se creó en los centros de salud en Livingston y Edimburgo. Consta de 10 declaraciones cortas a las cuales la madre debe escoger una de las cuatro posibles respuestas (aquella que más se asemeje a la manera en que se sintió en los últimos 7 días) (Cox, Holden, & Sagovsky, 1987).

Siendo en el año 2004 donde se determinó que el punto de mejor equilibrio entre sensibilidad y especificidad, determinando que con un punto de corte de 14 se alcanzaron valores de 0.74 para la sensibilidad y 0.83 para la especificidad (Espíndola, Morales, Mota, Díaz, Meza, & Rodríguez, 2004).



La importancia del enfoque de riesgo reproductivo radica en que permite identificar las necesidades de salud de las mujeres, utilizando la presencia de factores de riesgo como guía para acciones futuras (Cárdenas, 2007). El enfoque de riesgo reproductivo se ha usado desde hace ya muchos años; donde se conceptualiza la idea de dar puntos en relación con la importancia clínica y al sumarlos establecer un pronóstico predictivo; siendo creadas, las “Tablas de Riesgo”, las cuales constan de factores de riesgo previos al embarazo actual, y otros que siguen existiendo al instaurarse el mismo o aparecen durante el embarazo. En el IMSS se puede ocupar como herramienta médica para calificar el riesgo reproductivo; cuando el médico familiar no tenga acceso al expediente clínico electrónico, registra los datos de la vigilancia prenatal, identificando los factores de riesgo por los antecedentes, mediante el interrogatorio obstétrico en el formato MF5/2000. Tomando en cuenta un puntaje de 4 para caracterizar el riesgo alto o bajo (IMSS, 2022).

El concepto de riesgo reproductivo preconcepcional se aplica a las mujeres en edad reproductiva en los periodos no gestacionales. El objetivo del concepto es clasificar a la mujer en edad fértil no embarazada de acuerdo al riesgo que un futuro embarazo produciría en su salud, la salud del feto o el recién nacido. Se conoce que las mujeres que tienen alto riesgo preconcepcional es muy posible que presenten un alto riesgo obstétrico, en el caso de gestar; y son ellas quienes tienen mayor probabilidad de sufrir una complicación en el proceso de reproducción. Es imperiosa la necesidad de identificar a las mujeres con alto riesgo para proporcionarles una atención con base en sus requerimientos, de acuerdo a las normas y procedimientos establecidos (OPS, 1996).

Debido a que millones de personas a nivel mundial se ven afectadas con síntomas afectivos, cognitivos, así como somáticos característicos, que se integran con el diagnóstico de depresión, donde se ven mayormente afectadas las mujeres, de manera coincidente, con momentos críticos vitales. Siendo en la etapa reproductiva donde aproximadamente 1 de cada 10 mujeres es diagnosticada con depresión. Tomando en cuenta que es un trastorno de depresión mayor que ocurre durante el embarazo o durante las 4 semanas posteriores al parto, el cual cuenta con diversos factores de riesgo.

A nivel nacional aproximadamente poco más de la mitad de las mujeres embarazadas se ve afectada y diagnosticada con depresión posparto, es así, como el 15 % se asocia al suicidio al igual que a él filicidio.

La depresión posparto no tiene una causa clara; sin embargo, cuenta con diversos factores de riesgo;



dentro de los cuales se observa: depresión en embarazo o en el posparto anterior, ausencia del padre de su hijo, problemas relacionados con el embarazo actual; también se han identificado como factores de riesgo las complicaciones obstétricas, principalmente en embarazos de alto riesgo, edad materna joven, algunos de los cuales son enunciados en el formato MF-5 el cual apoya en la determinación del riesgo reproductivo.

Es por ello prioritario promover la investigación en torno al embarazo y al puerperio desde la perspectiva de salud pública y mental, para mejorar el bienestar en las mujeres y fortalecer la salud y el desarrollo fetal e infantil.

## **METODOLOGÍA**

Se aplicó el cuestionario de depresión posparto y se recolectó información para completar el formato institucional MF- 5 (el apartado que evalúa el riesgo reproductivo) en aquellas mujeres que se encontraban en periodo de puerperio tardío, es decir del día 8 al día 42, quienes tras la formal invitación desearon participar y firmaron el consentimiento informado; previa autorización por parte del comité de ética e investigación. En el caso de identificación de paciente con depresión se dio orientación para su atención. Posteriormente se recolectó la información de las variables estipuladas y se vació en la hoja de recolección de datos de los cuestionarios aplicados. Se capturó la información en una base de datos creada en Microsoft Excel para posterior análisis con apoyo de SPSS.

Se utilizó estadística descriptiva para obtener frecuencias absolutas y porcentajes relativos para variables cualitativas. Se ocupó la prueba de Chi cuadrada con la finalidad de establecer la asociación estadística, con una significancia de  $P < 0.5$ .

## **RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

Se aplicó el cuestionario de depresión posparto y se recolectó información para completar el formato institucional MF- 5 (el apartado que evalúa el riesgo reproductivo) en aquellas mujeres que se encontraban en periodo de puerperio tardío, es decir del día 8 al día 42, hasta obtener la muestra correspondiente a 68 mujeres.

Al analizar la edad, se observó que el grupo de edad predominante fue de 18 a 20 años con un 25% (17 pacientes); los grupos de 21 a 25 años y de 26 a 30 años con un 19.1% (13 pacientes); el grupo de 31 a 35 años con el 22.1% (15 pacientes); el grupo de 36 a 40 años con el 11.8% (8 pacientes) y por último



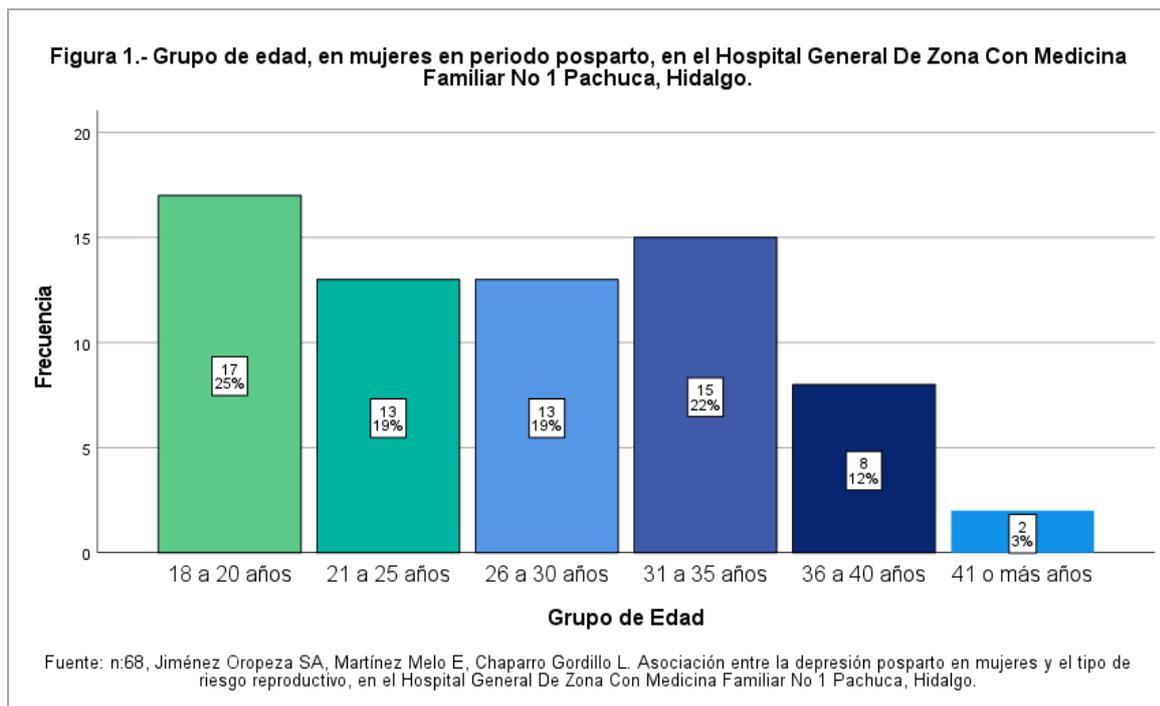
el grupo de más de 41 años con 2.9 % (2 pacientes). (Tabla 1) (Figura 1).

**Tabla 1.-** Grupo de edad, en mujeres en periodo posparto, en el Hospital General De Zona Con Medicina Familiar No 1 Pachuca, Hidalgo.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	18 a 20 años	17	25,0	25,0	25,0
	21 a 25 años	13	19,1	19,1	44,1
	26 a 30 años	13	19,1	19,1	63,2
	31 a 35 años	15	22,1	22,1	85,3
	36 a 40 años	8	11,8	11,8	97,1
	41 o más años	2	2,9	2,9	100,0
	Total	68	100,0	100,0	

Fuente: n:68, Jiménez Oropeza SA, Martínez Melo E, Chaparro Gordillo L. Asociación entre la depresión posparto en mujeres y el tipo de riesgo reproductivo, en el Hospital General De Zona Con Medicina Familiar No 1 Pachuca, Hidalgo.

**Figura 1**



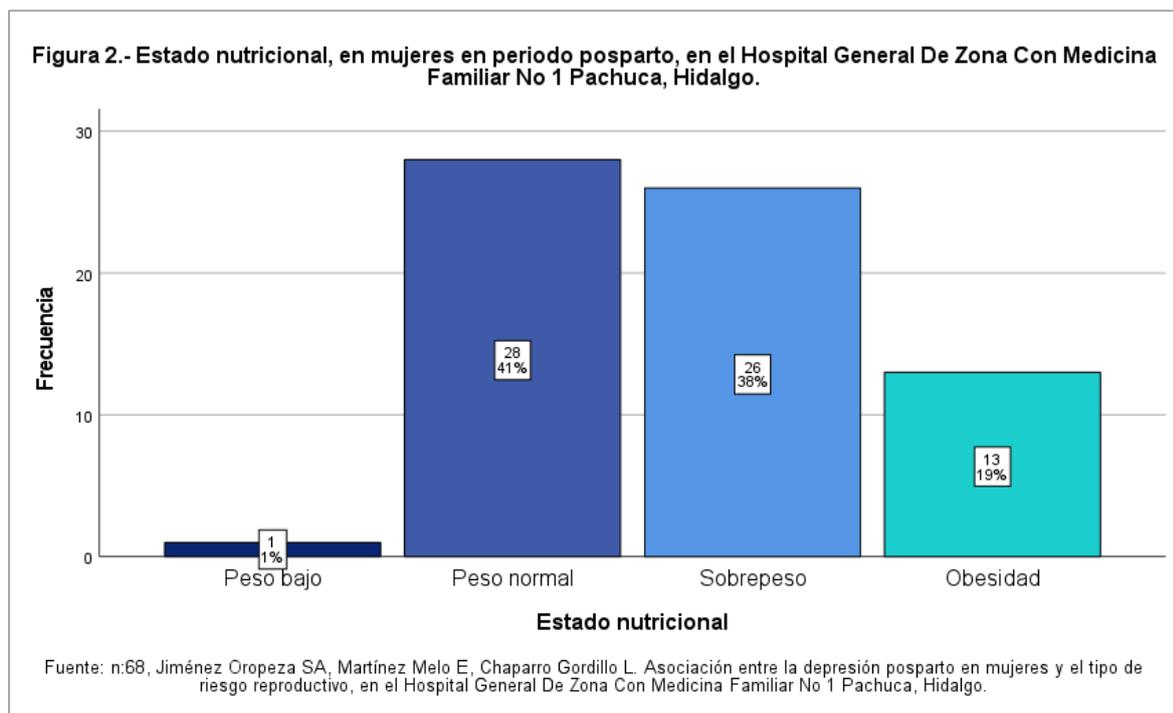
De acuerdo con el estado nutricional en mujeres en periodo posparto se encontró 1% (1 paciente) con peso bajo, con peso normal 41% (28 pacientes), con sobrepeso 38% (26 pacientes) y con obesidad 19% (13 pacientes). (Tabla 2) (Figura 2)

**Tabla 2.** Estado nutricional en mujeres en periodo posparto, en el Hospital General De Zona Con Medicina Familiar No 1 Pachuca, Hidalgo.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Peso bajo	1	1	1	1
	Peso normal	28	41	41	43
	Sobrepeso	26	38	38	81
	Obesidad	13	19	19	100
	Total	68	100	100	

Fuente: n:68, Jiménez Oropeza SA, Martínez Melo E, Chaparro Gordillo L. Asociación entre la depresión posparto en mujeres y el tipo de riesgo reproductivo, en el Hospital General De Zona Con Medicina Familiar No 1 Pachuca, Hidalgo.

**Figura 2**



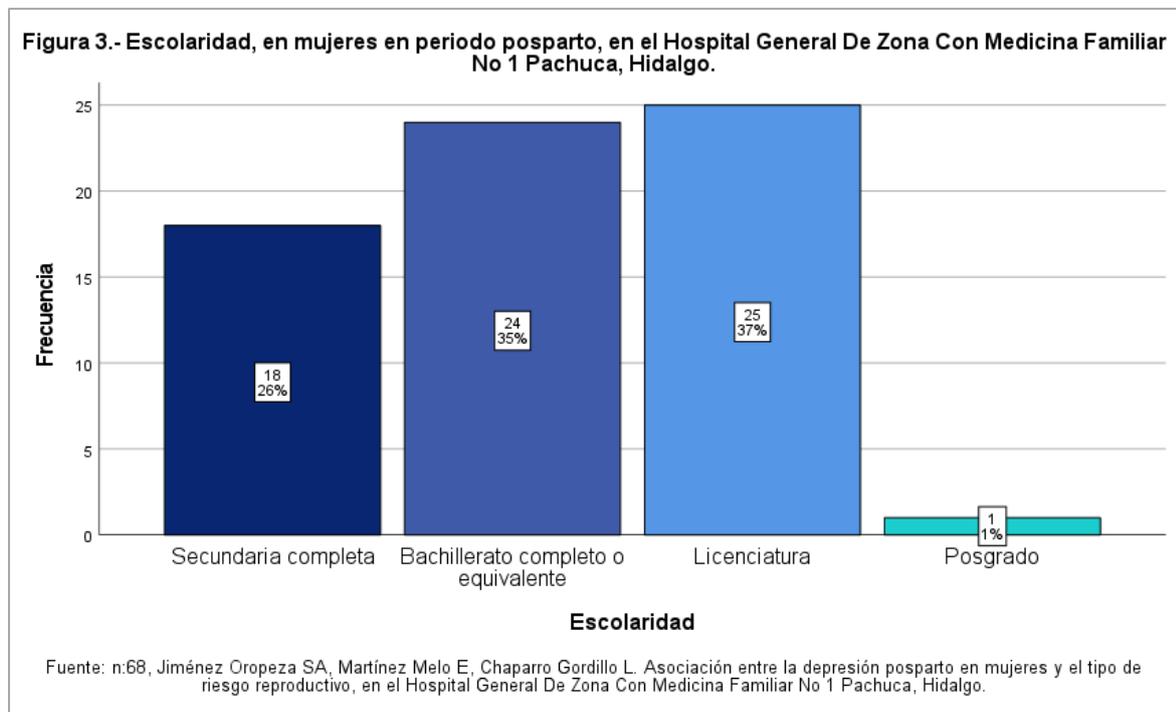
En la sección de escolaridad en mujeres en periodo posparto se encontró con secundaria completa el 26% (18 pacientes), bachillerato completo o equivalente 35% (24 pacientes), licenciatura 37% (25 pacientes), y con posgrado 1% (1 paciente). (Tabla 3) (Figura 3).

**Tabla 3.-** Escolaridad en mujeres en periodo posparto, en el Hospital General De Zona Con Medicina Familiar No 1 Pachuca, Hidalgo.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Secundaria completa	18	26	26	26
	Bachillerato completo o equivalente	24	35	35	62
	Licenciatura	25	37	37	99
	Posgrado	1	1	1	100
	Total	68	100	100	

Fuente: n:68, Jiménez Oropeza SA, Martínez Melo E, Chaparro Gordillo L. Asociación entre la depresión posparto en mujeres y el tipo de riesgo reproductivo, en el Hospital General De Zona Con Medicina Familiar No 1 Pachuca, Hidalgo.

**Figura 3**



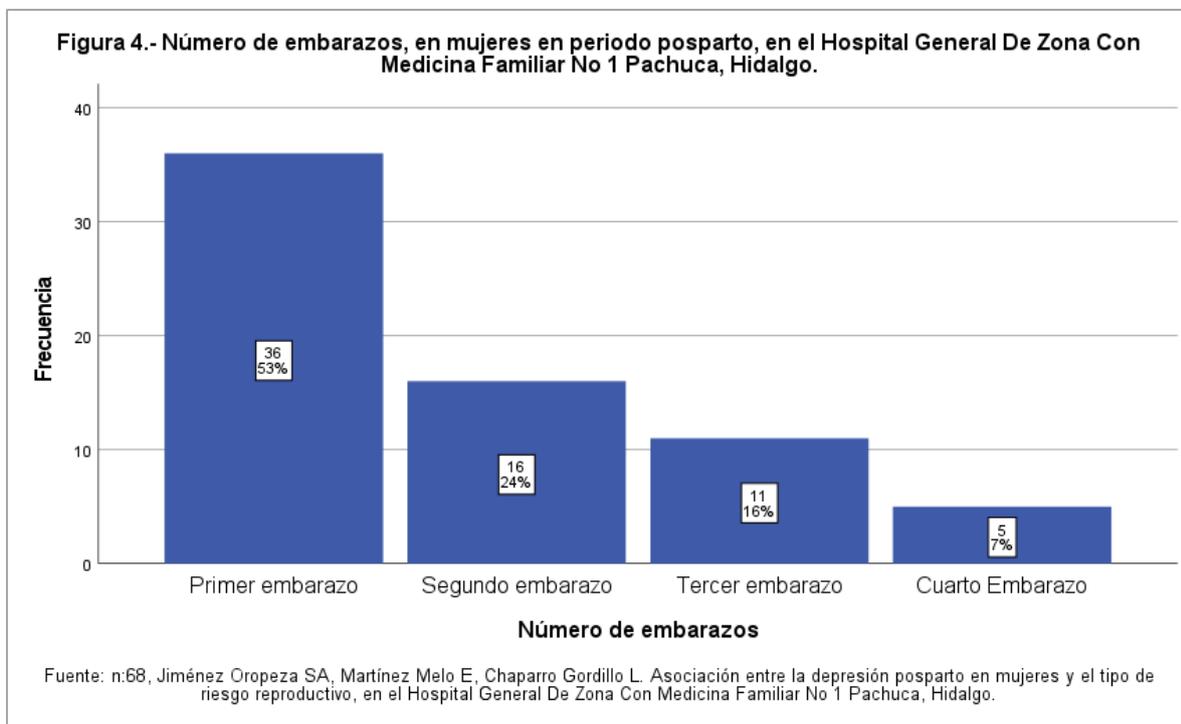
En cuanto al número de embarazos en mujeres en periodo posparto se detectó un 53% (36 pacientes) en su primer embarazo, segundo embarazo 24% (16 pacientes), tercer embarazo 16% (11 pacientes) y cuarto embarazo 7% (5 pacientes). (Tabla 4) (Figura 4).

**Tabla 4.-** Número de embarazos en mujeres en periodo posparto, en el Hospital General De Zona Con Medicina Familiar No 1 Pachuca, Hidalgo.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Primer embarazo	36	53	53	53
	Segundo embarazo	16	24	24	76
	Tercer embarazo	11	16	16	93
	Cuarto Embarazo	5	7	7	100
	Total	68	100	100	

Fuente: n:68, Jiménez Oropeza SA, Martínez Melo E, Chaparro Gordillo L. Asociación entre la depresión posparto en mujeres y el tipo de riesgo reproductivo, en el Hospital General De Zona Con Medicina Familiar No 1 Pachuca, Hidalgo.

**Figura 4**



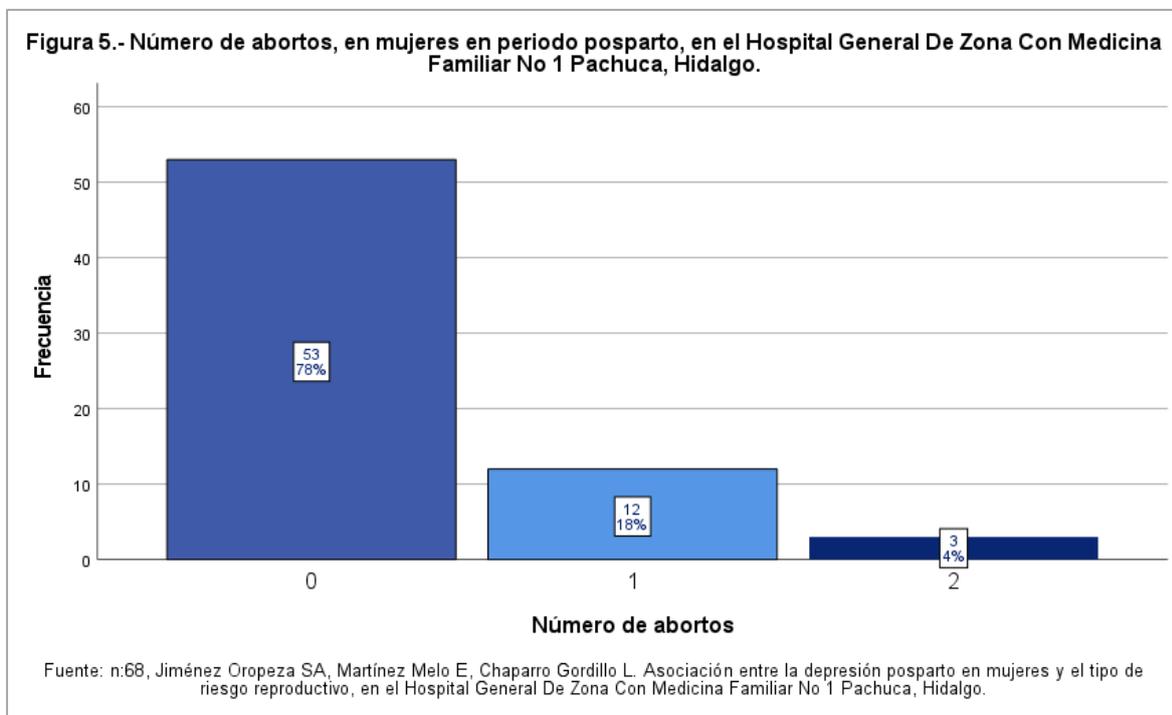
En el rubro de número de abortos en mujeres en posparto se halló 78% (53 pacientes) con cero abortos, 18% (12 pacientes) con un aborto y 4% (3 pacientes) con dos abortos. (Tabla 5) (Figura 5)

**Tabla 5.-** Número de abortos en mujeres en periodo posparto, en el Hospital General De Zona Con Medicina Familiar No 1 Pachuca, Hidalgo.

		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje válido</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
Válido	0	53	78	78	78
	1	12	18	18	96
	2	3	4	4	100
	Total	68	100	100	

Fuente: n:68, Jiménez Oropeza SA, Martínez Melo E, Chaparro Gordillo L. Asociación entre la depresión posparto en mujeres y el tipo de riesgo reproductivo, en el Hospital General De Zona Con Medicina Familiar No 1 Pachuca, Hidalgo.

**Figura 5**



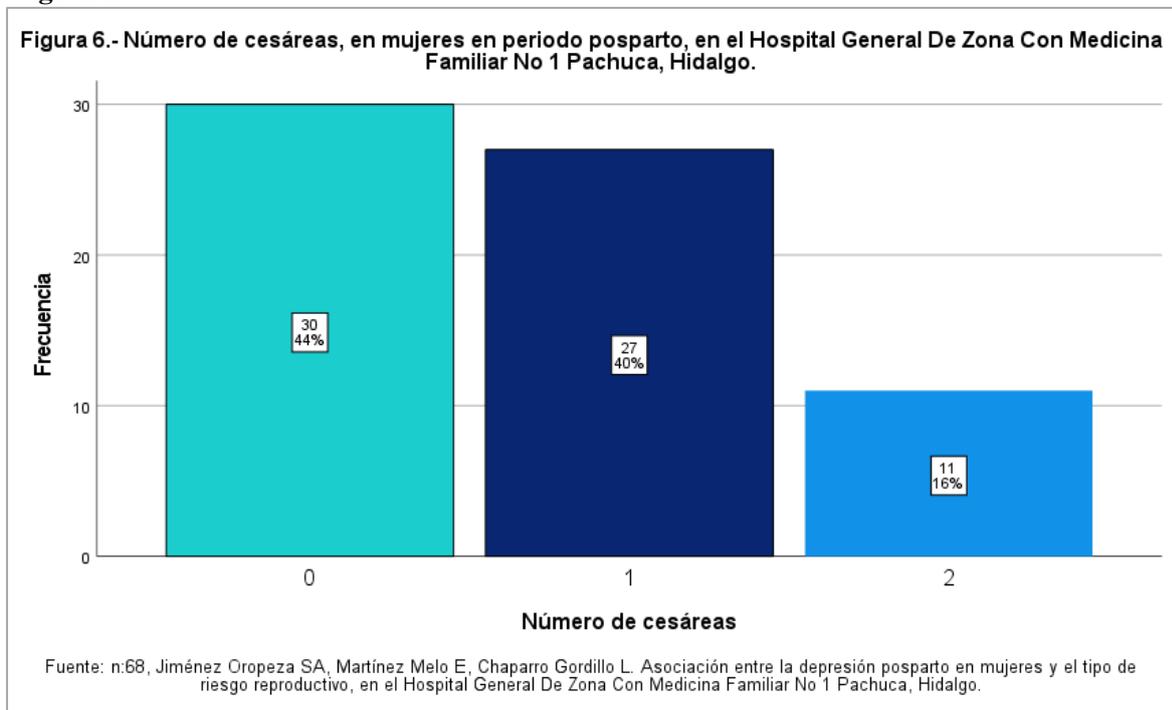
Respecto al número de cesáreas en mujeres se detectó 44% (30 pacientes) con cero cesáreas, 40% (27 pacientes) con una cesárea y 16% (11 pacientes) con 2 cesáreas. (Tabla 6) (Figura 6)

**Tabla 6.-** Número de cesáreas en mujeres en periodo posparto, en el Hospital General De Zona Con Medicina Familiar No 1 Pachuca, Hidalgo.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	0	30	44	44	44
	1	27	40	40	84
	2	11	16	16	100
	Total	68	100	100	

Fuente: n:68, Jiménez Oropeza SA, Martínez Melo E, Chaparro Gordillo L. Asociación entre la depresión posparto en mujeres y el tipo de riesgo reproductivo, en el Hospital General De Zona Con Medicina Familiar No 1 Pachuca, Hidalgo.

**Figura 6**



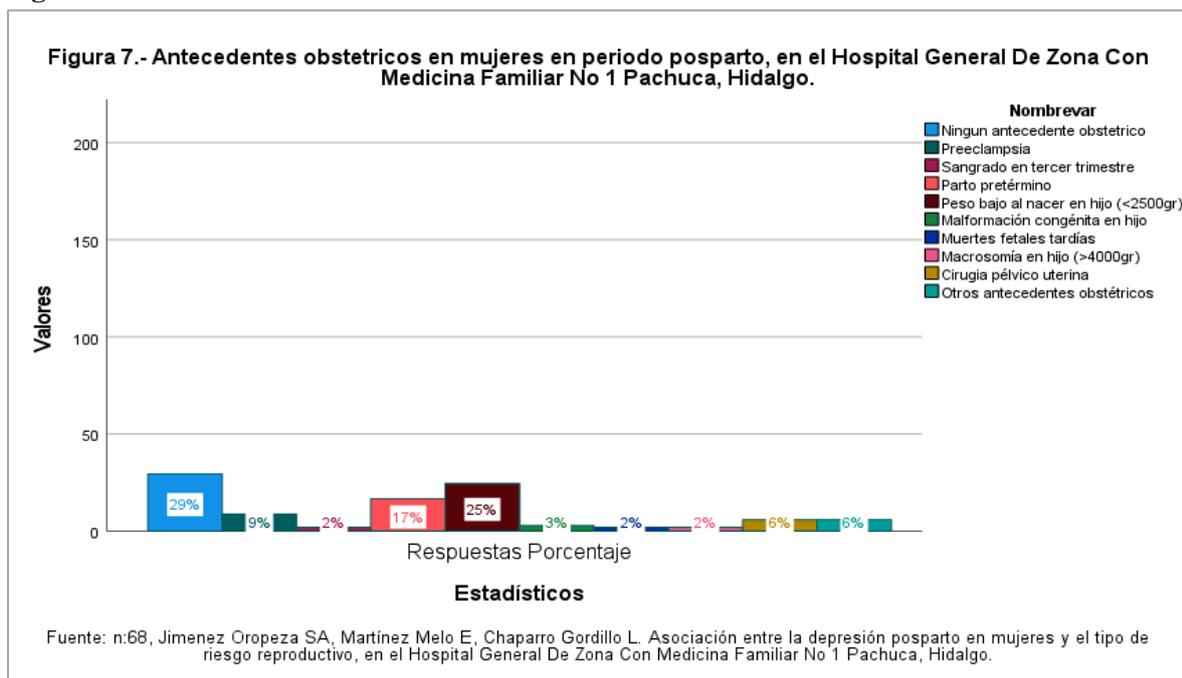
En el inciso correspondiente a los antecedentes obstétricos en mujeres en periodo de posparto se detectó que el 29.4% (30 pacientes) de personas entrevistadas no tenían ningún antecedente obstétrico, el 8.8% (9 pacientes) había presentado antecedentes de preeclampsia, 2% (2 pacientes) el 16.7% (17 pacientes) con antecedente de parto pretérmino, el 24.5% (25 pacientes) con antecedente de peso bajo al nacer en hijo, el 2.9% (3 pacientes) con antecedente de malformación congénita en hijo y el 2.0% (2 pacientes) antecedente de muertes fetales tardías. (Tabla 7) (Figura 7)

**Tabla 7.-** Antecedentes obstétricos en mujeres en periodo posparto, en el Hospital General De Zona Con Medicina Familiar No 1 Pachuca, Hidalgo.

		Respuestas
		Porcentaje
Antecedentes obstétricos	Ningún antecedente obstétrico	29,4%
	Preeclampsia	8,8%
	Sangrado en tercer trimestre	2,0%
	Parto pretérmino	16,7%
	Peso bajo al nacer en hijo (<2500 gr)	24,5%
	Malformación congénita en hijo	2,9%
	Muertes fetales tardías	2,0%
	Macrosomía en hijo (>4000gr)	2,0%
	Cirugía pélvico uterina	5,9%
	Otros antecedentes obstétricos	5,9%
Total	100,0%	

Fuente: n:68, Jiménez Oropeza SA, Martínez Melo E, Chaparro Gordillo L. Asociación entre la depresión posparto en mujeres y el tipo de riesgo reproductivo, en el Hospital General De Zona Con Medicina Familiar No 1 Pachuca, Hidalgo.

**Figura 7**



En lo correspondiente a los antecedentes personales patológicos se contempló la presencia de 72.5% presentó ningún antecedente personal patológico, el 2.9% presentó antecedente de hipertensión arterial, el 2.9% presentó antecedente tabaquismo, el 1.4 % refirió antecedente de alcoholismo y el 20.3 % refirieron la presencia de otra enfermedad crónica o sistémica grave. (Tabla 8) (Figura 8)

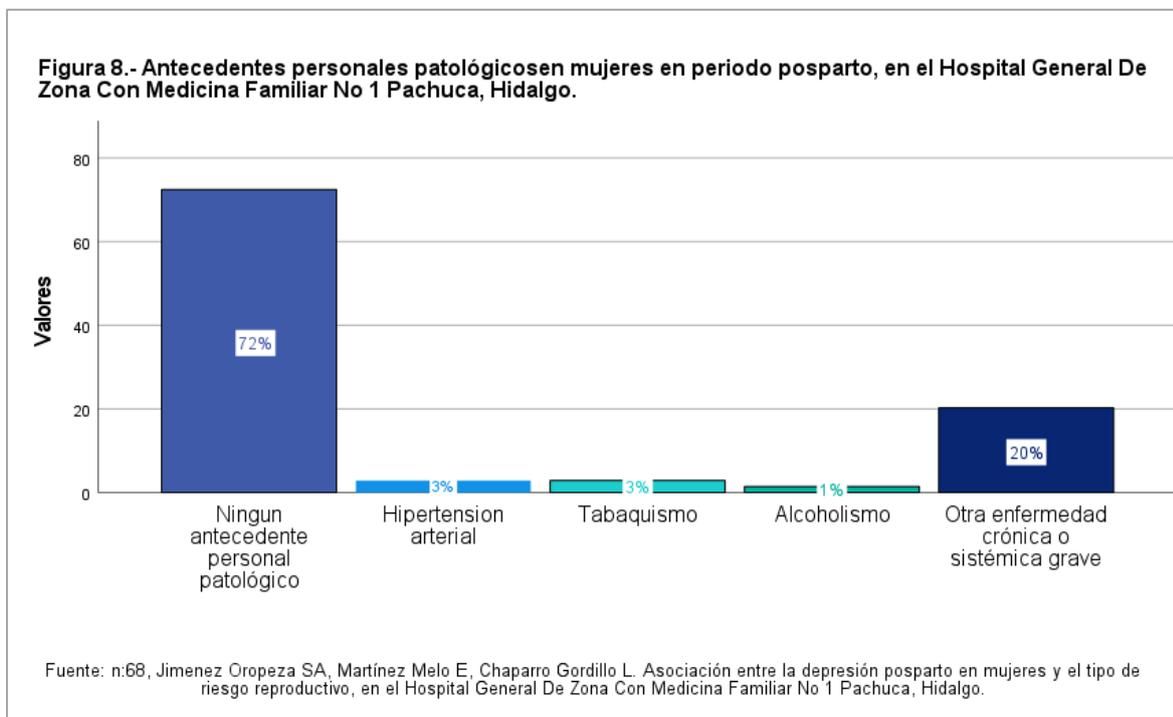


**Tabla 8.-** Antecedentes personales patológicos en mujeres en periodo posparto, en el Hospital General De Zona Con Medicina Familiar No 1 Pachuca, Hidalgo.

		<b>Respuestas Porcentaje</b>
Antecedentes patológicos	Ningún antecedente personal patológico	72,5%
	Hipertensión arterial	2,9%
	Tabaquismo	2,9%
	Alcoholismo	1,4%
	Otra enfermedad crónica o sistémica grave	20,3%
<b>Total</b>		<b>100,0%</b>

Fuente: n:68, Jiménez Oropeza SA, Martínez Melo E, Chaparro Gordillo L. Asociación entre la depresión posparto en mujeres y el tipo de riesgo reproductivo, en el Hospital General De Zona Con Medicina Familiar No 1 Pachuca, Hidalgo.

**Figura 8**



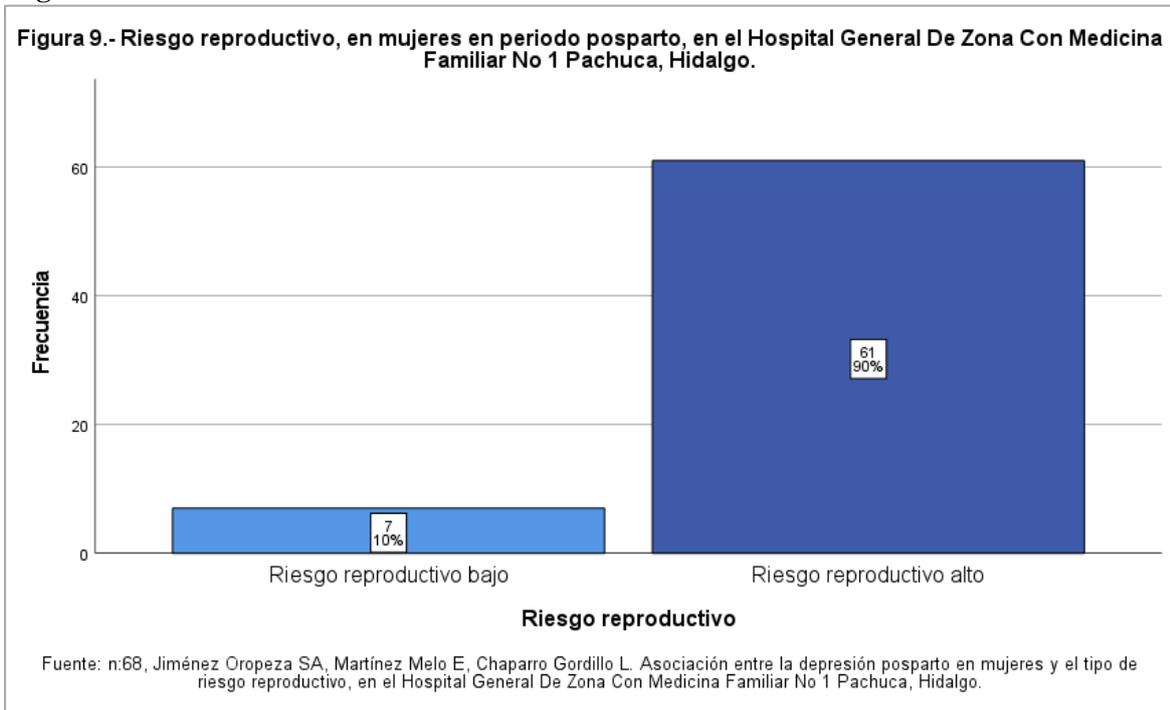
En el apartado de riesgo reproductivo se detectó un riesgo reproductivo bajo con el 10% (7 pacientes) y con 90% (61 pacientes) un riesgo reproductivo alto. (Tabla 9) (Figura 9)

**Tabla 9.-** Riesgo reproductivo en mujeres en periodo posparto, en el Hospital General De Zona Con Medicina Familiar No 1 Pachuca, Hidalgo.

		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje válido</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
Válido	Riesgo reproductivo bajo	7	10	10	10
	Riesgo reproductivo alto	61	90	90	100
	Total	68	100	100	

Fuente: n:68, Jiménez Oropeza SA, Martínez Melo E, Chaparro Gordillo L. Asociación entre la depresión posparto en mujeres y el tipo de riesgo reproductivo, en el Hospital General De Zona Con Medicina Familiar No 1 Pachuca, Hidalgo.

**Figura 9**



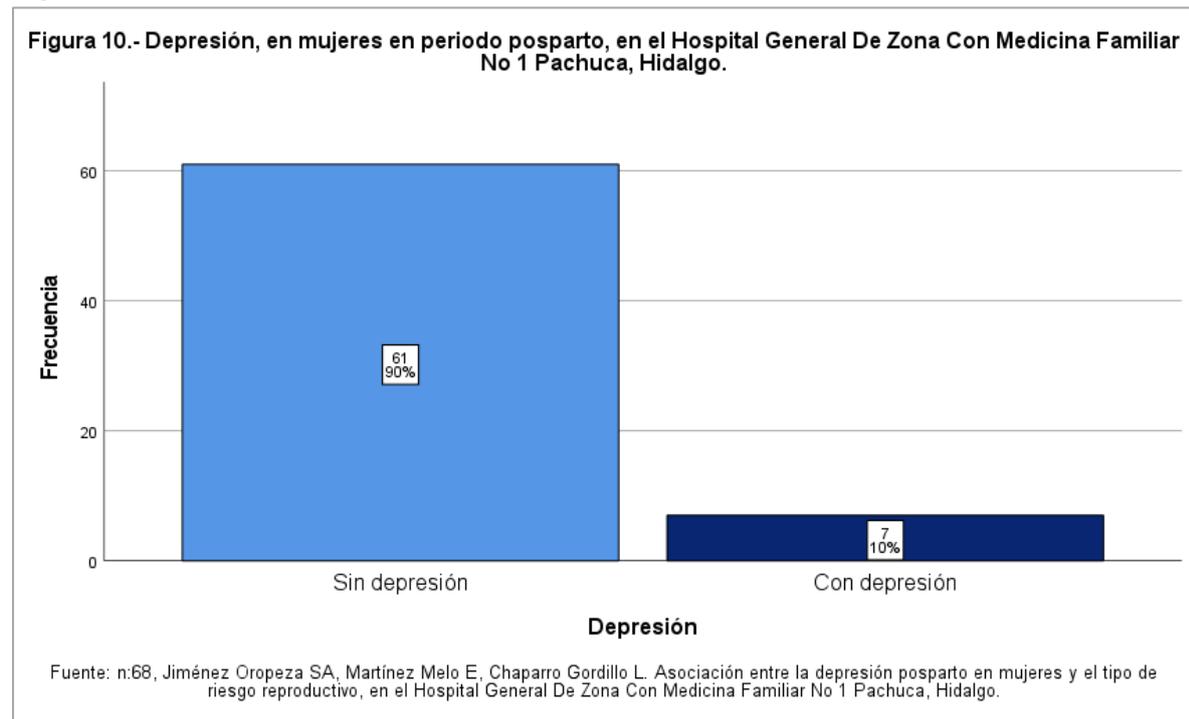
En la sección respecto a depresión posparto en mujeres se contempló 90% (61 pacientes) sin depresión y con depresión el 10% (7 pacientes). (Tabla 10) (Figura 10)

**Tabla 10.-** Depresión en mujeres en periodo posparto, en el Hospital General De Zona Con Medicina Familiar No 1 Pachuca, Hidalgo.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Sin depresión	61	90	90	90
	Con depresión	7	10	10	100
	Total	68	100	100	

Fuente: n:68, Jiménez Oropeza SA, Martínez Melo E, Chaparro Gordillo L. Asociación entre la depresión posparto en mujeres y el tipo de riesgo reproductivo, en el Hospital General De Zona Con Medicina Familiar No 1 Pachuca, Hidalgo.

**Figura**



Se realizó la prueba de Chi Cuadrada con la finalidad de buscar asociación estadística entre la depresión posparto y el riesgo reproductivo en mujeres sin encontrarse asociación estadística entre las variables, al obtener una P estadísticamente no significativa de 0.344. (Tabla 11)

**Tabla 11.-** Asociación estadística entre la depresión posparto y el riesgo reproductivo en mujeres en periodo posparto, en el Hospital General De Zona Con Medicina Familiar No 1 Pachuca, Hidalgo.

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,895 <sup>a</sup>	1	,344		
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	,084	1	,772		
Razón de verosimilitud	1,610	1	,204		
Prueba exacta de Fisher				1,000	,450
Asociación lineal por lineal	,882	1	,348		
N de casos válidos	68				

a. 1 casillas (25.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .72.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Fuente: n:68, Jiménez Oropeza SA, Martínez Melo E, Chaparro Gordillo L. Asociación entre la depresión posparto en mujeres y el tipo de riesgo reproductivo, en el Hospital General De Zona Con Medicina Familiar No 1 Pachuca, Hidalgo.

La presente investigación aborda un tema de gran relevancia en el ámbito de la salud pública y la medicina familiar al explorar la asociación entre depresión postparto y el tipo de riesgo reproductivo, en mujeres en periodo posparto, en el Hospital General De Zona Con Medicina Familiar No 1 Pachuca, Hidalgo.

Dentro de los resultados se logró determinar que el grupo de edad predominante es el de 18 a 20 años (25%) seguido de cerca por el grupo de 31 a 35 años (22.1%), 21 a 25 años y 26 a 30 años 19.1% cada uno; esto sugiere que la población estudiada es mayormente joven.

La mayoría de las mujeres tenía un peso normal (41%), pero un porcentaje considerable presentó sobrepeso (38%) y obesidad (19%), siendo esto un factor de riesgo a considerar en la salud general de las mujeres.

Los resultados sugieren un buen nivel de instrucción ya que las mujeres presentaron en su mayoría un nivel educativo de bachillerato (35%) o licenciatura (37%).

Más de la mitad de las mujeres se encontró en su primer embarazo (53%), lo que indicó que muchas son primíparas. Así mismo se presentó una población con menos complicaciones previas en términos de pérdida gestacional ya que la mayoría (78%) no había tenido abortos. Existe una distribución entre mujeres con cero cesáreas (44%) y una cesárea (40%). Una proporción significativa tuvo antecedentes de parto pretérmino (16.7%) y peso bajo al nacer en el hijo (24.5%) siendo estos factores de riesgo obstétrico a considerar.



En las mujeres estudiadas la mayoría (72.5%) no presentó antecedentes personales patológicos a considerar.

El análisis de datos reveló que las mujeres con alto riesgo reproductivo presentan una mayor predisposición a desarrollar depresión posparto, lo cual coincide con estudios de Wagner y Chamón; que señalan la influencia de factores como complicaciones obstétricas, antecedentes de trastornos mentales y condiciones socioeconómicas adversas. Este hallazgo subraya la importancia del enfoque preventivo y del uso sistemático de herramientas como la escala de Depresión Posparto de Edimburgo para identificar oportunamente las pacientes en riesgo.

Se observó que el 10% de las mujeres en periodo posparto, en el Hospital General De Zona Con Medicina Familiar No 1, tal como señalan Woody y Malpartida al determinar que entre el 10% y 15% de las mujeres embarazadas y en estado de puerperio en el mundo, experimentan depresión.

Así mismo, se observa que lo señalado por JM C y Payne el contexto social y familiar juega un papel crucial en el desarrollo de la depresión posparto. La falta de apoyo emocional por parte de la pareja o familiares cercanos, así como las dificultades económicas, son factores recurrentes entre las pacientes estudiadas. Esto refuerza la necesidad de implementar intervenciones integrales que no solo aborden los aspectos médicos, sino también los determinantes sociales de la salud.

Otro aspecto relevante es el impacto que tiene la depresión posparto no tratada en el bienestar del recién nacido. Estudios como el realizado por Marian-F han demostrado que este trastorno puede afectar negativamente el vínculo madre-hijo, así como el desarrollo neurológico y emocional del bebé. En este sentido los resultados obtenidos enfatizan la urgencia de establecer programas de tamizaje universal durante el puerperio.

Por último, cabe destacar que, aunque se identificó una asociación no significativa entre el tipo de riesgo reproductivo y la depresión posparto, existen limitaciones inherentes al diseño transversal del estudio como la imposibilidad de establecer causalidad directa. Además, factores culturales específicos de la población podrían influir en los resultados, lo cual sugiere la necesidad de realizar investigaciones adicionales para validar estos hallazgos.



## CONCLUSIONES

A partir del análisis realizado en esta investigación sobre la asociación entre la depresión posparto y el tipo de riesgo reproductivo, se pueden extraer varias conclusiones clave que tienen implicaciones tanto clínicas como sociales.

El estudio no encontró datos suficientes para determinar una asociación significativa entre la depresión posparto y el tipo de riesgo reproductivo en las pacientes analizadas; esto sugiere que factores no contemplados en la clasificación de riesgo reproductivo, como aspectos psicológicos o biológicos; podrían influir directamente en la aparición de este trastorno.

Respecto al perfil sociodemográfico se logró observar una mayor prevalencia en mujeres de 18 a 20 años (25%), con peso normal (41%) y nivel educativo de licenciatura (37%). En los antecedentes obstétricos el 53% eran primigestas; 78% sin antecedentes de aborto y 44% sin cesáreas previas.

Al observar el riesgo reproductivo en las mujeres en puerperio el 90 % se identificó con un riesgo reproductivo alto; esto destaca la utilidad del enfoque basado en riesgos para reconocer a las pacientes más vulnerables.

Los resultados subrayan la presencia de un 10 % de mujeres con depresión posparto, lo cual refuerza la importancia de la aplicación de herramientas validadas como la escala de Edimburgo como una alternativa de tamizaje esencial para la detección oportuna de casos lo cual permitirá realizar intervenciones tempranas y prevenir complicaciones graves.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Adeponle, A., Groleau, Gureje, & Kirmayer, L. (2023). Help-seeking for moderate to severe perinatal depression in Nigeria: Implications for a cultural-ecosocial approach to global mental health. *SSM, Mental Health.*, 3(100217).
- Asociación Americana de Psiquiatría. . (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: DSM-5*. Washington, DC.
- Botto, Acuña, & Jiménez, J. (2014). La depresión como un diagnóstico complejo. Implicancias para el desarrollo de recomendaciones clínicas. *Rev Med Chile*, 1297 - 1305.
- Caparros , R., Romero, B., & Peralta, R. (2018). Depresión posparto, un problema de salud pública. *Rev Panam Salud Publica.*, 42(97).



- Cárdenas, R. (2007). Acciones y programas para la reducción de la mortalidad materna: ¿qué necesitamos hacer? *Salud Pública de México*, 49, 231-233.
- Chamón, S. (2006). Manifestaciones clínicas de la depresión. Sintomatología: síntomas afectivos, de ansiedad, somáticos, cognitivos y conductuales. *SEMERGEN*, 11(5).
- Contreras-Carreto, N., Villalobos-Gallegos, L., & Mancilla-Ramírez, J. (2022). Análisis epidemiológico de la depresión perinatal. *90(1)*, 128 - 132.
- Cox, J., Holden, J., & Sagovsky, R. (junio de 1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*, 150(6).
- Dagher, R., Bruckheim, H., Colpe, L., Edwards, E., & White, D. (2021). Perinatal Depression: Challenges and Opportunities. *Journal of Women's Health*, 30(2), 154 - 159.
- Espíndola, J., Morales, F., Mota, C., Díaz, E., Meza, P., & Rodríguez, L. (2004). Calibración del punto de corte para la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh, en pacientes obstétricas del Instituto Nacional de Perinatología. *Perinatol Reprod Hum*, 18(3), 179-186.
- IMSS. (Octubre de 2022). Procedimiento para otorgar atención materna en las Unidades Médicas de Primer, Segundo y tercer Nivel de Atención 2650-A03-005.
- Instituto de Sanimetría y Evaluación Sanitaria. . (Marzo de 2023). *Global Health Data Exchange (GHDx)*. Obtenido de <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>
- Instituto Mexicano del Seguro Social. . (2015). *Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno depresivo en el adulto*. México: Clínica CTdE, editor.
- JM, C. (2020). Depresión postparto, los riesgos y su temprana detección. *Arch Argent Pediatr*, 118(3), 154 -155.
- Macías-Cortés, E., Lima-Gómez, V., & Asbun-Bojalil. (2020). Exactitud diagnóstica de la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo: consecuencias del tamizaje en mujeres mexicanas. *Gaceta médica de México*, 156(3).
- Malpartida, A. M. (2020). Depresión postparto en atención primaria. *Revista Medica Sinergia*, 5(2).
- Marian, F., & Earls, M. (2010). Clinical Report - Incorporating Recognition and Magagement of Perinatal and Postpartum Depression Into Pediatric Practice. *COMMITTEE ON PSYCHOSOCIAL ASPECTS OF CHILD*, 126, 5, 1023 - 1093.



- Ministerio de Salud. (2014). *Protocolo de Detección de la Depresión durante el Embarazo y Posparto, y Apoyo al Tratamiento*. Chile.
- OMS. (Junio de 2023). *OMS, Depresión*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- OPS. (1996). *Salud Reproductiva: concepto e importancia*. Whashington, D. C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Ortega, L., Lartigue, T., & Figueroa, M. (2001). Prevalencia de depresión, a través de la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgo (EPDS), en una muestra de mujeres mexicanas embarazadas. *Perinatol Reprod Hum.*, 15(1), 11 -20.
- Payne, J., & Maguire, J. (2019). Pathophysiological mechanisms implicated in postpartum depression. *Frontiers in Neuroendocrinology.*, 165 - 180.
- Saenz, C., Alger, J., Beca, J., Belizán, J., Cafferata, M., & Guzmán, J. (2017). Un llamado ético a la inclusión de mujeres embarazadas en investigación: Reflexiones del Foro Global de Bioética en Investigación. *Rev Panam Salud Publica.*, 41(13).
- Wagner, F., González-Forteza, Sanchez-García, García-Peña, & Gallo, J. (2012). Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. *Salud Ment.*, 35(1).
- Woody, C., Ferrari, A., Siskind, D., & Whi, H. (2017). A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. *J Affect Disord.*, 219, 86 - 92.

