Artículo original
Ginecol Obstet Mex 2025; 93 (1): 6-12.

https://doi.org/10.24245/gom.v93i1.114

Depresión perinatal en mujeres mexicanas diagnosticadas mediante la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo

Perinatal depression in mexican women according to the Edinburgh Postnatal Depression Scale.

Gerardo Flores Ramos,[1] Francisco Javier Castro Apodaca,[1] Luis Alfredo Garay Vizcarra,[2] César Enrique Favela Heredia,[3] Luis Fernando Acosta Alfaro,[3] Adrián Canizalez Román,[4,5] Dalia Magaña Ordorica,[5] Eli Terán Cabanillas,[5] Nidia Maribel León Sicarios,[5] Gloria María Peña García,[5] Paul Alberto Sandoval Quiñonez,[6] Joel Murillo Llanes[4,5]

Resumen

OBJETIVO: Identificar la prevalencia de pacientes con depresión perinatal mediante la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo, con un punto de corte de ≥ 12 puntos.
MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio prospectivo, transversal, descriptivo y observacional efectuado en el posparto de pacientes atendidas en el Hospital de la Mujer de Culiacán, Sinaloa, entre octubre y diciembre de 2022. Para evaluar los síntomas depresivos se aplicó la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo. Se realizaron estadísticas descriptivas y cálculos de prevalencia con STATA 13.0, el valor de $p < 0.05$ se consideró estadísticamente significativo.
RESULTADOS: Se estudiaron 141 pacientes y se obtuvo una prevalencia de depresión perinatal del 14.18%. El análisis demográfico reveló que el 58.2% de las participantes con depresión eran multigestas y el 41.8% primigestas. Se analizaron diversos factores en relación con la depresión perinatal, sin lograr establecer relaciones estadísticamente significativas.
CONCLUSIONES: Asumir la salud mental es fundamental en los procesos de atención preconcepcional y prenatal porque influye significativamente en los desenlaces del embarazo. Este tema requiere un enfoque integral y multidisciplinario. Para facilitar la identificación temprana de trastornos depresivos durante el embarazo y el periodo posparto, los proveedores de atención médica deben utilizar la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo. Si bien el punto de corte establecido para la detección es de 12 puntos, algunos estudios en la población mexicana sugieren un punto de corte de 10 puntos.

PALABRAS CLAVE: Depresión; Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo; periodo posparto; síntomas depresivos; prevalencia; estado psiquiátrico; escalas de valoración.

Abstract

OBJECTIVE: To determine the prevalence of patients with perinatal depression using the Edinburgh Postnatal Depression Scale, with a cut-off of ≥ 12 points.
MATERIALS AND METHODS: Prospective, cross-sectional, descriptive and observational study conducted in the postpartum period of patients seen at the Hospital de la Mujer de Culiacán, Sinaloa, between October and December 2022. The Edinburgh Postnatal Depression Scale was used to assess depressive symptoms. Descriptive statistics and prevalence calculations were performed using STATA 13.0, and $p < 0.05$ was considered statistically significant.

[1] Residente de Ginecología y Obstetricia.
[2] Médico adscrito a Ginecología y Obstetricia.
[3] Médico adscrito al servicio Materno Fetal.
[4] Departamento de Investigación.
[5] Investigador de tiempo completo, Universidad Autónoma de Sinaloa, Culiacán.
[6] Centro de Diagnóstico Fetal, Los Mochis, Sinaloa.
Hospital de la Mujer Culiacán, Sinaloa.

ORCID
https://orcid.org/0000-0002-1857-1595

Recibido: octubre 2024
Aceptado: noviembre 2024

Correspondencia
Francisco Javier Castro Apodaca
francisco.castroapodaca@uas.edu.mx

Este artículo debe citarse como:
Flores-Ramos G, Castro-Apodaca FJ, Garay-Vizcarra LA, Favela Heredia CE, et al. Depresión perinatal en mujeres mexicanas diagnosticadas mediante la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo. Ginecol Obstet Mex 2025; 93 (1): 6-12.

RESULTS: We examined 141 patients and obtained a prevalence of perinatal depression of 14.18%. Demographic analysis revealed that 58.2% of the participants with depression were multigestational and 41.8% were primigravid. Several factors were analyzed in relation to perinatal depression, but no statistically significant associations were found. **CONCLUSIONS:** Mental health is fundamental in preconception and prenatal care processes because it significantly influences pregnancy outcomes. This issue requires a comprehensive and multidisciplinary approach. To facilitate early identification of depressive disorders during pregnancy and the postpartum period, health care providers should use the Edinburgh Postnatal Depression Scale. Although the established cut-off point for screening is 12 points, some studies in the Mexican population suggest a cut-off point of 10 points.

KEYWORDS: Depression; Edinburgh Postnatal Depression Scale; Pospartum period; Depressive symptoms; Prevalence; Psychiatric status; Rating Scales.

ANTECEDENTES

El diagnóstico de los trastornos mentales ha avanzado, significativamente, con los progresos de la ciencia médica, y la depresión durante el embarazo y posparto representa una de las alteraciones más prevalentes. El periodo perinatal, una transición crítica hacia la maternidad, es particularmente vulnerable a los trastornos de salud mental, incluida la depresión perinatal.[1] Según la última edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-5), la depresión perinatal se caracteriza por episodios depresivos menores o mayores que ocurren durante el embarazo y en el transcurso de las primeras cuatro semanas posparto.[2]

A nivel global, la incidencia de la depresión perinatal varía entre el 10 y el 20%, con tasas que alcanzan hasta el 26% entre adolescentes y madres solteras, especialmente las de bajos niveles socioeconómicos y educativos.[3] Tanto el embarazo como el periodo posparto son factores de riesgo establecidos para padecer depresión, influidos, principalmente, por factores psicosociales y cambios hormonales, aunque se mantiene como una condición multifactorial.[4] Los factores de riesgo adicionales abarcan variables sociodemográficas, fisiológicas, biológicas y hereditarias.[5]

La identificación temprana de la depresión perinatal es decisiva, dada su potencial repercusión en el crecimiento y desarrollo del infante.[6] La Escala de Depresión Perinatal de Edimburgo (EDPE), desarrollada por Cox y su grupo en 1987 (**Cuadro 1**), sirve como una herramienta efectiva para detectar la depresión perinatal y evaluar los síntomas depresivos durante el embarazo y el posparto.[7]

Con base en lo anterior, el objetivo de este estudio fue: Identificar la prevalencia de pacientes con depresión perinatal mediane la Escala de Depresión Perinatal de Edimburgo, con un punto de corte de ≥ 12 puntos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo, transversal, descriptivo y observacional efectuado en el Hospital de la Mujer de Culiacán, Sinaloa, en el último trimestre

Cuadro 1. Escala de depresión posparto de Edinburgo

Cuestionario de Depresión Posnatal Edimburgo (EPDS)	
Nombre: _____	
Dirección: _____	
Fecha de nacimiento: _____	
Fecha de nacimiento del recién nacido: _____ Teléfono: _____	
Queremos saber cómo se siente si está embarazada o si recientemente ha tenido un hijo. Marque la respuesta que más se acerque a la forma en que se ha sentido en **LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS**, no solamente cómo se siente hoy.	
Esto significaría: Me he sentido feliz la mayor parte del tiempo durante la pasada semana. Complete las otras preguntas de la misma manera.	
1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas Tanto como siempre No tanto ahora Mucho menos No, no he podido	**6.** Las cosas me oprimen o agobian Sí, la mayor parte de las veces Sí, a veces No, casi nunca No, nunca
2. He mirado el futuro con placer Tanto como siempre Algo menos de lo que solía hacer Definitivamente menos No, nunca	**7.** Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir Sí, la mayoría de las veces Sí, a veces No muy a menudo No, nunca
3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salen bien Sí, la mayoría de las veces Sí, algunas veces No muy a menudo No, nunca	**8.** Me he sentido triste y desgraciada Sí, casi siempre Si, bastante a menudo No muy a menudo No, nunca
4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo No, para nada Casi nada Sí, a veces Sí, a menudo	**9.** He sido tan infeliz que he estado llorando Sí, casi siempre Sí, bastante a menudo Sólo en ocasiones No, nunca
5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno Sí, bastante Sí, a veces No, no mucho No, nunca	**10.** He pensado en hacerme daño a mí misma Sí, bastante a menudo A veces Casi nunca No, nunca

Tomado de: Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. Br. J Psychiatry 1987; 150: 782-6. https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782

del 2022. *Criterios de inclusión:* pacientes en el puerperio, con finalización del embarazo dos días a cuatro semanas antes de la aplicación de la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo, que supieran leer y concedieron su consentimiento, previa explicación del objetivo de la investigación. *Criterios de exclusión:* pacientes con diagnóstico de psicosis o síndrome orgánico cerebral, quienes se encontraban en tratamiento con antidepresivos y quienes se negaron a participar en la investigación.

El cuestionario se responde, aproximadamente, en cinco minutos y consta de 10 ítems que evalúan síntomas experimentados en la semana anterior. Cada puntuación por ítem va del 0 al 3. La puntuación total se ubica entre 0 y 30. Una puntuación ≥ 12 es indicativa de

https://doi.org/10.24245/gom.v93i1.114

un diagnóstico de depresión posparto, con una sensibilidad del 86% y especificidad del 78%.[8,9] El cuestionario se aplicó dos días o hasta cuatro semanas posteriores a la finalización del embarazo por parte de personal del servicio de Psicología, previa invitación a participar en la investigación por parte de los residentes de Ginecoobstetricia, a quienes les firmaron el consentimiento informado. Todas las pacientes con diagnóstico de depresión perinatal fueron captadas por personal de Psicología, quienes les dieron seguimiento en la consulta externa.

Para analizar e interpretar la base de datos y determinar la prevalencia del trastorno depresivo perinatal en el Hospital de la Mujer de Sinaloa, los procedimientos se ajustaron a las normas éticas de la Declaración de Helsinki de 1975, al acuerdo que al respecto publicó la Secretaría de Salud el 26 de enero de 1982, y a las Normas del Comité de Ética y de Investigación del Hospital de la Mujer de Culiacán, Sinaloa, con el número de registro 202411-11.

Para las frecuencias y porcentajes de variables categóricas se utilizaron estadísticas descriptivas. Las variables cuantitativas se informaron con medidas de tendencia central y dispersión. La prevalencia se reportó como K = 1000. Se consideró estadísticamente significativa una $p < 0.05$ y un intervalo de confianza del 95%. Para el análisis se utilizó el programa estadístico STATA 13.0 (College Station, Texas, USA).

RESULTADOS

Se estudiaron 141 pacientes y se obtuvo una prevalencia de depresión perinatal del 14.18% **(Figura 1)**. Entre las características de la población estudiada se encontró que el 58.2% eran multigestas y el 41.8% primigrávidas. En cuanto al estado civil, el 62.4% estaban en unión, el 21.2% solteras y el 15.6% casadas.

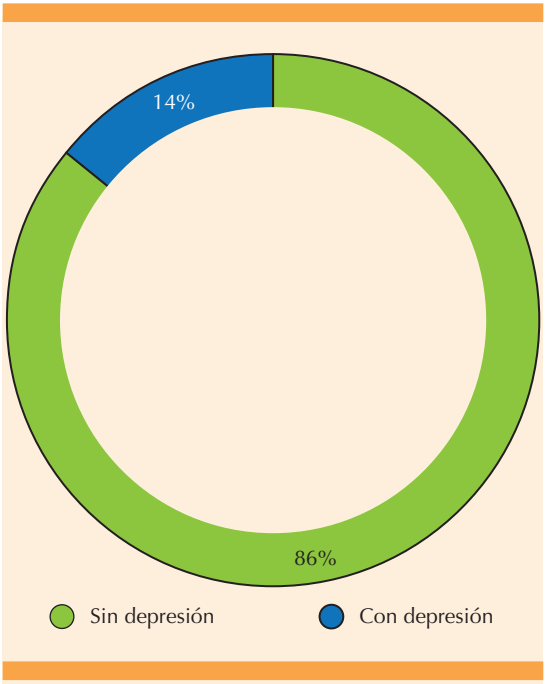


Figura 1. Prevalencia de depresión perinatal.

El grado de escolaridad fue del 48.94% con secundaria, 38.30% con preparatoria, 7.09% con primaria y 5.67% con educación profesional. En cuanto a las comorbilidades maternas (durante o después del parto), el 31.91% tenía alguna enfermedad materna asociada. La modalidad de finalización del embarazo fue por parto en el 56.35% y cesárea en el 43.65%. También se analizaron las variables epidemiológicas y demográficas del modo de parto, embarazos, educación, estado civil y complicaciones maternas en busca de una asociación con la depresión posparto, sin encontrar evidencia de una asociación estadísticamente significativa. **Cuadro 2**

Además, se observó mayor depresión en pacientes que terminaron el embarazo por cesárea (20%), con una diferencia del 8.73% respecto de quienes completaron el embarazo por parto ($p = 0.6207$). También fue más frecuente en primíparas (22.03%), con una diferencia del 13.49% respecto de las multíparas ($p = 0.45$). El grado de

Cuadro 2. Frecuencia de depresión posparto según la modalidad de parto, paridad, escolaridad, estado civil y complicaciones maternas

Variables	n	%	Diferencia porcentual	IC95%		p
Cesárea	11	20	8.73	-28.53	39.73	0.6207
Parto	8	11.27				
Primíparas	13	22.03	13.49	-26.11	41.68	0.45
Multíparas	7	8.5				
Primaria	2	20				0.828
Secundaria	11	15.94				
Preparatoria	6	11.11				
Universidad	1	12.50				
Solteras	5	16.13				0.744
Casadas	4	18.18				
Unión libre	11	12.50				
Complicaciones maternas	6	13.13	1.45	-39.82	29.45	0.93

escolaridad fue más prevalente en madres con solo educación primaria (20%) que en quienes habían cursado la secundaria, preparatoria o educación profesional (p = 0.828). En relación con el estado civil, 121 pacientes (85.82%) eran solteras (no casadas o en convivencia) con diagnóstico de depresión en comparación con 20 pacientes (14.18%) casadas (p = 0.342). Las pacientes con complicaciones maternas tuvieron una prevalencia similar de depresión posparto (13.13%) en comparación con las que no tuvieron complicaciones (14.58%) (p = 0.93).

DISCUSIÓN

La depresión posparto es una afección que no debe pasarse por alto en virtud de que genera un entorno familiar inadecuado para la madre y su hijo. En muchos entornos hospitalarios, a menudo pasa inadvertida o se diagnostica erróneamente, sobre todo por falta de conocimiento de los síntomas y de métodos de detección simples que podrían ayudar en su identificación temprana.[9] Un estudio de Santos DF y colaboradores (2021) reportó una prevalencia de depresión posparto del 36.7%, que es más alta que la aquí informada.[10] Por su parte, la encuesta de prevalencia de depresión posparto y factores asociados de Moraes IG y su grupo (2006) informó una prevalencia del 19.1%, cercana a la aquí publicada del 14%.[11]

El estudio de Fiala A y coautores (2017) reportó una prevalencia más baja: del 12.8% en el periodo inmediato posparto.[12] Hartmann JM y colaboradores (2017) encontraron una prevalencia del 14% para la depresión en el periodo inmediato posparto mediante la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo, aunque usaron un puntaje de corte de 10 o más para el diagnóstico. También informaron que la depresión previa, la tristeza en el tercer trimestre del embarazo, antecedentes familiares de depresión, así como ser menor y multípara, tienen una asociación más significativa con la depresión en el periodo inmediato posparto,[13] a diferencia del estudio aquí publicado, que no encontró una asociación significativa entre estas variables. En el ensayo de Araujo IS y su grupo (2019) la depresión fue más prevalente en madres solteras

https://doi.org/10.24245/gom.v93i1.114

con solo educación primaria; esto difiere de lo aquí encontrado, donde no pudo establecerse una asociación significativa con estas variables.[14]

Es importante resaltar la influencia de la lactancia en la depresión, aunque no fue una variable estudiada en esta investigación. En un estudio de Avilla JC y colaboradores (2020), a propósito de la relación entre la satisfacción materna con la lactancia y los síntomas de depresión posparto, se reportó que las madres sin depresión posparto estaban más satisfechas con la lactancia.[15] En contraste, las madres con depresión posparto mostraron insatisfacción y tendían a interrumpir la lactancia, lo que podría llevar a problemas nutricionales y afectar la salud del niño en un ciclo vicioso de depresión materna. La relación entre la depresión posparto y la salud neonatal se demostró en un estudio de Lora-Loza y su grupo (2020), donde el 58.3% de las madres cuyos recién nacidos se ingresaron a unidades de cuidados intensivos neonatales tuvieron algún grado de depresión posparto, con un mayor riesgo (1.8) en comparación con los recién nacidos de madres sin depresión posparto.[16]

Durante las visitas preconcepcionales y prenatales es fundamental indagar de manera rutinaria acerca de aspectos psicológicos que puedan repercutir en la salud mental de la madre y, en consecuencia, el bienestar de la pareja madre-recién nacido. Por lo tanto, debería considerarse la aplicación de la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo para el diagnóstico de la depresión posparto, idealmente utilizándola de manera repetida en los tres trimestres del embarazo y en el periodo posparto. Este enfoque es valioso porque identifica a las madres en riesgo de depresión o depresión posparto y permite que reciban tratamiento especializado y seguimiento cercano hasta seis semanas posparto.[17,18] Un estudio de Guintivano y colaboradores (2018) también informó una prevalencia del 10 al 15%, cercana a la aquí publicada, y subraya la importancia del diagnóstico oportuno porque los cambios de humor en el lapso inmediato posparto pueden ser rápidos y potencialmente llevar a una autolesión o daño al recién nacido, con tasas de suicidio que aumentan de 1.6 a 4.5 por cada 100,000 casos de depresión posparto en Estados Unidos.[19] Aunque no se han registrado intentos de suicidio en nuestro hospital entre pacientes en el puerperio, no debe descartarse porque los cambios de ánimo en estas pacientes tienden a variar rápidamente.

CONCLUSIONES

Asumir la salud mental es fundamental en los procesos de atención preconcepcional y prenatal porque influye significativamente en los desenlaces del embarazo. Este tema requiere un enfoque integral y multidisciplinario. Para facilitar la identificación temprana de trastornos depresivos durante el embarazo y el periodo posparto, los proveedores de atención médica deben utilizar la Escala de Depresión Perinatal de Edimburgo. Si bien el punto de corte establecido para la detección es de 12 puntos, algunos estudios en la población mexicana sugieren un punto de corte de 10 puntos.

En este estudio se determinó una prevalencia del 14.18% para la depresión perinatal. Si bien el análisis no reveló asociaciones estadísticamente significativas con diversas variables clínicas y epidemiológicas, se justifica emprender investigaciones adicionales. Los estudios previos han indicado que los antecedentes familiares, la depresión preexistente, los desafíos socioeconómicos, grado de escolaridad, los embarazos, modo de vía de finalización del embarazo y las complicaciones maternas pueden estar positivamente asociados con la depresión posparto.

Es por demás importante asumir el embarazo como una situación clínica compleja que abarca dimensiones psicológicas, económicas y familiares. Luego de finalizar el embarazo debe indicarse una consulta de seguimiento

para reevaluar a la paciente y buscar síntomas de depresión posparto. Este enfoque proactivo permite intervenciones oportunas y medidas preventivas. Si se diagnostica depresión es imperativo referir a la paciente, de inmediato, a la atención de profesionales de salud mental, como psicólogos o psiquiatras, para iniciar un tratamiento integral. La intervención temprana puede ayudar a prevenir el avance de la depresión posparto y mitigar desenlaces graves, incluidos el suicidio y los efectos adversos en la salud del recién nacido.

REFERENCIAS

1. Dagher RK, Bruckheim HE, Colpe LJ, Edwards E, et al. Perinatal depression: challenges and opportunities. J Women's Health 2021; 30 (165): 154-59. https://doi.org/10.1089/jwh.2020.8862
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.https://doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596
3. Ceriani-Cernadas JM. Postpartum depression: risks and early detection. Arch Argent Pediatr 2022; 118 (3): 154-55. https://doi.org/10.5546/aap.2020.eng.154
4. Field T. Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: a review. Behav dev 2010; 33 (1): 1-6. https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2009.10.005
5. Zinga D, Dae Phillips S, Born L. Postpartum depression: we know the risks, can it be prevented? Brazilian J Psychiatry 2005; 27 (2): 56-64. https://doi.org/10.1590/S1516-44462005000600005
6. Learman LA. Screening for depression in pregnancy and the postpartum period. Clin Obstet Gynecol 2018; 61(3): 525-32. https://doi.org/10.1097/GRF.0000000000000359
7. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Devellopment of the 10-item Edinburgh postnatal pre pression scale. BJP 1987; 150: 782-86. https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782
8. Oliveira TA, Luzetti GG, Rosalém MMA, Mariani-Neto C. Screening of perinatal depression using the Edinburgh postpartum depression scale. Rev Bras Ginecol 2022; 44 (5): 452-57. https://doi.org/10.1055/s-0042-17430959
9. Falana SD, Carrington JM. Postpartum depression: are you listening? Nursing Clin North Am 2019; 54 (4): 561-67, https://doi.org/10.1016/j.cnur.2019.07.006
10. Santos DF, Silva RP, Tavares FL, Primo CC, Maciel PM, et al. Prevalence of postpartum depression symptoms and their association with violence: a cross-sectional study, Cariacica, Espirito Santo, Brazil, 2017. Epidemiol Serv Saude 2021; 30(4), e20201064. https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000400002
11. Moraes IG, Pinheiro RT, Silva RA, Horta B.L, et al. Prevalence of postpartum depression and associated factors. Rev Saude Publica 2006; 40 (1): 65-70. https://doi.org/10.1590/s0034-89102006000100011
12. Fiala A, Svancara J, Klanova J, Kasparek T. Sociodemographic and delivery risk factors for developing postpartum depression in a sample of 3233 mothers from the Czech ELSPAC study. BMC Psychiatry 2017; 17 (1): 104. https://doi.org/10.1186/s12888-017-1261-y
13. Hartmann JM, Mendoza-Sassi RA, Cesar JA. Postpartum depression: prevalence and associated factors. Cad Saúde Pública 2017; 33 (9): e00094016. https://doi.org/10.1590/0102-311X00094016
14. Araujo IS, Aquino KS, Fagundes LK, Santos VC. Postpartum depression: epidemiological clinical profile of patients attended in a reference public maternity in Salvador-BA. RBGO 2019; 41 (3): 155-63. https://doi.org/10.1055/s-0038-1676861
15. Avilla JC, Giugliani C, Bizon A, Martins ACM, et al. Association between maternal satisfaction with breastfeeding and postpartum depression symptoms. PloS One 2020; 15 (11): e0242333. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0242333.
16. Lora-Loza MG, Castro-Cruz MJ, Hernández-Angulo JN, Cabrejo-Paredes JE. et al. Morbilidad materna neonatal relacionada con la depresión y calidad de vida posparto. Rev Colombiana Salud Libre 2022; 15(1): e226998. https://doi.org/10.18041/1900-7841/rcslibre.2020v15n1.6998.
17. O'Hara MW, Engeldinger J. Treatment of postpartum depression: recommendations for the clinician. Clin Obstet Gynecol 2018; 61 (3): 604-14. https://doi.org/10.1097/GRF.0000000000000353
18. Stewart DE, Vigod SN. Postpartum depression: pathophysiology, treatment, and emerging therapeutics. Annual Review of Medicine 2019; 70: 183-96. https://doi.org/10.1146/annurev-med-041217-011106
19. Guintivano J, Manuck T, Meltzer-Brody S. Predictors of postpartum depression: a comprehensive review of the last decade of evidence. Clin Obstet Gynecol 2018; 61 (3): 591-603. https://doi.org/10.1097/GRF.0000000000000368

https://doi.org/10.24245/gom.v93i1.114