



Ciencia Latina
Internacional

Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), septiembre-octubre 2024,
Volumen 8, Número 5.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i5

**PREVALENCIA DE DEPRESIÓN PERINATAL
EN MUJERES EMBARAZADAS DE 15 A 45 AÑOS
ADSCRITAS A LA UMF 47, DE LEÓN
GUANAJUATO EN EL 2024**

**PREVALENCE OF PERINATAL DEPRESSION IN PREGNANT
WOMEN AGED 15 TO 45, AT THE FAMILY MEDICINE UNIT
47 IN THE YEAR 2024 OF LEÓN, GUANAJUATO**

Dra. Eunice Hernández Huerta

Instituto Mexicano del Seguro Social, México

Dr. Christian Galeana Castro

Instituto Mexicano del Seguro Social, México

Dra. Gisela Berenice Orozco Torres

Instituto Mexicano del Seguro Social, México

DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i5.13913

Prevalencia de Depresión Perinatal en Mujeres Embarazadas de 15 a 45 Años Adscritas a la UMF 47, de León Guanajuato en el 2024

Dra. Eunice Hernández Huerta¹

eu_nice6@hotmail.com

eh2imss@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0007-7997-2484>

Instituto Mexicano del Seguro Social

UMF No. 47

León, Guanajuato

México

Dr. Christian Galeana Castro

Tebe_83@hotmail.com

<https://orcid.org/0009-0008-0300-5962>

Instituto Mexicano del Seguro Social

UMF No. 47

León, Guanajuato

México

Dra. Gisela Berenice Orozco Torres

dragiselaorozco@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0001-7983-6438>

Instituto Mexicano del Seguro Social

UMF No. 47

León, Guanajuato

México

RESUMEN

Objetivo: Determinar la prevalencia de depresión perinatal en mujeres embarazadas de 15 a 45 años en la UMF 47 en el año 2024, Se realizó un estudio con enfoque Cuantitativo, Observacional, Transversal, Prospectivo y Descriptivo. Se realizó el cálculo muestral con el uso de la fórmula para el cálculo de una proporción, se obtuvo una muestra: 264 derechohabientes adscritas a la unidad, sin embargo se obtuvo una muestra total de 304 pacientes, debido a la aceptación de las derechohabientes. Se realizó estadística descriptiva con uso de medidas de tendencia central para las variables cuantitativas y las cualitativas rangos y frecuencias, se realizó el análisis estadístico en el SPSS 26. Resultados: 304 mujeres derechohabientes embarazadas adscritas a la Unidad de Medicina Familiar no. 47 encuestadas, se obtuvo una prevalencia conformada por un grupo de pacientes sin depresión con n= 231 (76%), un grupo de pacientes con probable depresión con n= 73 (24%), con un promedio de 24/25 años (9%), casada (43%), secundaria (41%), hijos 0 (41%), primigesta (35%). Obteniendo mayor relación los factores socioculturales en relación con la aparición de síntomas de depresión. Conclusiones: esta investigación realizada en la UMF no. 47, de León, Guanajuato; encontró nuestro sujeto de estudio más frecuente; una mujer de 24/25 años, Casada, escolaridad secundaria, primigesta o un hijo.

Palabras clave: depresión, embarazo, prevalencia

¹ Autor principal

Correspondencia: eu_nice6@hotmail.com

Prevalence of Perinatal Depression in Pregnant Women aged 15 to 45, at the Family Medicine Unit 47 in the Year 2024 of León, Guanajuato

ABSTRACT

Objective: Determine the prevalence of perinatal depression in pregnant women aged 15 to 45 years in the UMF 47 in the year 2024. A study was carried out with a Quantitative, Observational, Cross-sectional, Prospective and Descriptive approach. The sample calculation was carried out with the use of the formula for calculating a proportion, a sample was obtained: 264 beneficiaries assigned to the unit, however a total sample of 304 patients was obtained, due to the acceptance of the beneficiaries. Descriptive statistics were carried out with the use of measures of central tendency for the quantitative variables and the qualitative variables, ranges and frequencies, the statistical analysis was carried out in SPSS 26. Results: 304 pregnant women beneficiaries assigned to the Family Medicine Unit no. 47 surveyed, a prevalence was obtained consisting of a group of patients without depression with n= 231 (76%), a group of patients with probable depression with n= 73 (24%), with an average of 24/25 years (9 %), married (43%), high school (41%), children 0 (41%), first child (35%). Obtaining a greater relationship between sociocultural factors in relation to the appearance of depression symptoms. Conclusions: this research carried out at UMF no. 47, from León, Guanajuato; found our most frequent study subject; a woman of 24/25 years old, married, secondary education, first child or a child.

Keywords: depression, pregnancy, prevalence

Artículo recibido 08 agosto 2024

Aceptado para publicación: 30 septiembre 2024



INTRODUCCIÓN

El organismo de la mujer tiene la finalidad de adaptarse y dar respuesta a la gran demanda que representan las 40 semanas de gestación que durarán la formación un nuevo ser humano en su interior, cambios que ocurren de manera gradual y continua, que van de cambios cardiovasculares, digestivos, pulmonares, hematológicos y endocrinos, los cuales terminan por revertirse de manera paulatina durante el puerperio. Estos cambios y el momento en el que ocurren en el embarazo, para que pueda realizar una oportuna identificación de las alteraciones que pueden representar estados patológicos que resulten una amenaza para el bienestar materno y fetal (1). La mujer experimenta una serie de cambios, fisiológicos, hormonales, psicológicos y sociales en efecto directo con la condición de la mujer (2). La depresión, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es un trastorno mental afectivo común y tratable, frecuente en el mundo y caracterizado por cambios en el ánimo con síntomas cognitivos y físicos, y estos pueden ser de etiología primaria o secundaria al encontrarse enfermedades de base, como el cáncer, enfermedad cerebro vascular, infartos agudos al miocardio, diabetes, VIH, enfermedad de Parkinson, trastornos alimenticios y abuso de sustancias (5). La depresión representa un problema de salud pública debido a su alta prevalencia alrededor del mundo, la etiología es compleja ya que intervienen factores psicosociales, genéticos y biológicos. La enfermedad depresiva, es el resultado de interacciones complejas entre los factores mencionados, quienes han pasado por circunstancias vitales adversas tienen más probabilidades de sufrir depresión. A su vez, la depresión puede generar más estrés y disfunción, empeorar la situación vital de la persona afectada, por consiguiente la propia depresión, afectando a más de 450 millones de personas en todo el mundo, además una de cuatro personas sufrirá algún problema de este tipo a lo largo de su vida, la influencia de la salud mental en el bienestar físico también es importante, ya que cerca de 13% de las enfermedades están asociadas a trastornos de salud mental, en México la depresión ocupa el primer lugar de discapacidad para las mujeres y el noveno para los hombres, arrojando el ENEP en México que el 9.2% de los mexicanos sufrieron un trastorno afectivo en algún momento de su vida (5).

Episodio depresivo mayor durante el embarazo y posparto, es el periodo de dos semanas de síntomas persistentes de estado de ánimo depresivo, o pérdida de interés, por realizar actividades de la vida diaria, con al menos 4 de los siguientes síntomas; disminución de interés, hipersomnias, pérdida de peso



significativa, fatiga significativa de energía, agitación psicomotora, pensamientos recurrentes de muerte, culpa, poca capacidad de concentrarse. La prevalencia de un episodio depresivo mayor es del 12.7% durante el embarazo (7.5% corresponde a un episodio nuevo) siendo el 21.9% en el primer año del postparto, es una de las principales complicaciones del parto. Esta puede continuar por meses o años, afectando de manera importante a la madre, siendo mayor la limitación física y psicológica en casos de embarazos adolescentes (6). La depresión es la morbilidad psiquiátrica más común en el embarazo, y llega a afectar a más del 13% de las gestantes. Su diagnóstico se basa en los criterios establecidos por el DSM-V y la aplicación de escalas validadas como la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo; sin embargo, entre los profesionales de la salud aún existen errores y falencias en el reconocimiento, el diagnóstico y el tratamiento de la depresión durante el embarazo, lo que propicia las diferentes consecuencias y repercusiones para la gestación misma o el feto (7). La enfermedad está incluida en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición (DSM-V) bajo la denominación de: trastorno depresivo durante el período perinatal (9).

Los estudios sobre la salud mental en el puerperio han llamado la atención de los psiquiatras y psicólogos por la vulnerabilidad durante este periodo y los riesgos asociados desde el punto de vista psíquico. Entre los trastornos psiquiátricos identificados en el puerperio se distingue el *baby blues* o disturbio de pánico en el posparto, psicosis puerperal y depresión posparto (9).

El nacimiento de un niño es a menudo recibido con mucha alegría y entusiasmo, puede generar preocupación en los nuevos padres, especialmente las madres. Durante el período perinatal, las familias se adaptan a sus nuevos roles, y pueden aumentar los niveles de estrés, ansiedad y depresión. El período perinatal aumenta el riesgo de enfermedades psiquiátricas y los riesgos asociados a morbimortalidad materno-infantil (10). Las redes sociales pueden contribuir a la salud y al bienestar al facilitar la interacción social, construir comunidades, normalizar el comportamiento de búsqueda de ayuda, inspirar cambios saludables en el estilo de vida y ayudar a la investigación médica. Es fundamental educar adecuadamente a las mujeres en etapa perinatal en alfabetización digital en salud que incluya el uso eficiente de las redes en Internet como soporte socioemocional y la evaluación de la calidad de información que se encuentra en las redes sociales y en Internet para una adecuada toma de decisiones (10). En la actualidad la depresión perinatal se encuentra descrito con diferentes nombres (depresión



prenatal y depresión posparto). Sin embargo, el significado “depresión perinatal” se refiere a ambos periodos. Por tal, este trastorno se define como la ocurrencia de un TDM durante el embarazo o después del nacimiento o de la adopción de un bebé. El DSM-5 fue que se describió como “TDM con inicio en el periparto” haciendo hincapié en que el 50% de los trastornos depresivos posnatales en realidad tienen su inicio durante el periodo antenatal, por tal, utilizar el término “periparto” sería lo más adecuado. Para ello el diagnóstico debe ser considerado desde el inicio del embarazo y hasta 1 año posterior al parto. En cuanto al CIE-10 este trastorno se clasifica en dos grandes categorías: Como parte de los trastornos mentales y del comportamiento asociados con el puerperio, Como parte de las enfermedades que complican el embarazo, el parto y el puerperio (otras enfermedades maternas clasificadas en otra parte, pero que complican el embarazo, el parto y el puerperio). En México se estima un **30.7%** de las mujeres sufren depresión en alguna etapa del embarazo y hasta 1 año posterior al parto (11). La depresión materna pone a los hijos de todas las edades en un alto riesgo para desarrollar psicopatología y particularmente en un alto riesgo de desarrollar episodios depresivos. El grado de riesgo de estas alteraciones en los niños es directamente relacionado con la severidad y duración de la depresión postparto de la madre. Se han documentado efectos adversos de la depresión materna en niños mayores, tales como dificultades escolares, una baja autoestima y mayores problemas conductuales. La Universidad de Massachusetts Medical School planteó que “el suicidio materno supera como causa de mortalidad materna a los trastornos hipertensivos y hemorrágicos”, por lo que sugiere que dada la oportunidad de un contacto prolongado y regular con diferentes profesionales de la salud durante el período perinatal, es necesario realizar pesquisa de la sintomatología anímica materna (14). Un estudio de la Organización Mundial de la Salud (OMS) mostró que la prevalencia de la violencia de pareja en el embarazo puede variar del 1 al 28% entre países. La violencia puede ser de naturaleza múltiple, sexual, psicológica, física, abandono, entre otros factores (16). Investigación se han enfocado en dilucidar los mecanismos por medio de los cuales el estrés prenatal afectaría tanto el curso del embarazo como el estado de salud posnatal, en lo que se ha denominado el modelo de programación fetal; de esta manera, se presume que las exposiciones prenatales perjudiciales pueden alterar el crecimiento y el desarrollo fetal, además de producir alteraciones pato fisiopatológicas que pueden llevar a desórdenes en la salud física y mental durante la infancia, la adolescencia y la vida adulta (17). La etapa perinatal,



coincide con un periodo importante del desarrollo cerebral que dependerá en gran medida de la manera en que se relacionan los adultos, en especial la madre, con el apego del bebé, plantea que la calidad del vínculo establecido con los primeros cuidadores es uno de los factores más importantes para determinar el desarrollo del niño, el deterioro de esta función de mentalización está asociada a la depresión y falta de regulación emocional. Dificultades en el vínculo-madre bebé están relacionadas tanto con desórdenes de personalidad, como falta de regulación emocional. Por un lado, estudios realizados en los últimos años, sugieren que muchos de los desórdenes de personalidad que sufren las personas hoy en día, como ansiedad, desórdenes alimenticios, trastorno de personalidad borderline, incluyendo depresión, están relacionados con una baja capacidad de mentalización (18). El instrumento de tamizaje para depresión prenatal más usado en la actualidad en todo el mundo es la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo (EPDS), la cual fue validada para ser empleada en el postparto, pero también cuenta con validaciones en el embarazo. Esta consiste en una escala auto administrada de 10 ítems, se le pide a la mujer que responda como se ha sentido en los siete días previos, cada pregunta se obtiene un puntaje de 0-3, siendo el rango de puntaje final de 0 a 30. Como alternativa al uso de la EPDS la guía del Nacional Institute for Helth and Clinical Excellence (NICE) recomienda hacer de rutina las llamadas preguntas de Whooley en todos los controles pre y postnatales; 1. ¿se ha sentido a menudo desanimada, deprimida o sin esperanza durante el último mes? 2. ¿En el último mes, ha sentido a menudo que tiene poco interés por las cosas o que no las disfruta? Si la mujer responde si a estas preguntas se recomienda realizar la 3er. Pregunta ¿Siente que necesita o requiere ayuda? Sin embargo, la deficiencia de este test es que no establece una sensibilidad ni especificidad, ya que no indaga sobre pensamientos infrecuentes que potencialmente involucran riesgo vital, tales como ideas de provocarse daño a sí misma o pensamientos de daño al bebe. Por tal existe el riesgo de descuidar su embarazo, abandono de controles prenatales, o seguimiento erróneo de indicaciones médicas, siendo más vulnerables de abusar de abuso de tabaco, alcohol o drogas (21)

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio observacional, prospectivo, transversal, descriptivo con enfoque cualitativo. Por medio de la fórmula de proporción se obtuvo una muestra 264 sujetos de estudio, con un nivel de confianza del 95%, precisión del 5% la cual se obtuvo de una tesis donde se estudia factores asociados



a la depresión perinatal en mujeres embarazadas (11). Con un muestreo probabilístico, aleatorio simple, se invitó a las pacientes al aula de la unidad, que se encuentra ubicada en el 2do piso de la Unidad de Medicina Familiar no. 47, a participar en el estudio bajo consentimiento informado que cumplieran con los criterios de inclusión: pacientes que acepten participar en el estudio, pacientes embarazadas de 15 a 45 años adscritas a la UMF 47, Derechohabientes de la UMF No.47 de la consulta externa y los criterios de exclusión; presencia de limitación visual, pacientes embarazadas con diagnóstico de depresión, pacientes de tratamiento de depresión.

Con apego a lo dispuesto el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud del año de 2015 y la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial: Principios Éticos para la investigación Médicas en Seres Humanos en Fortaleza-Brasil 2013. Se aplicó una encuesta con 10 ítems la cual se creó en 1987 en centros de salud de Livingston y Edinburgo, con el objetivo de asistir a los profesionales de la atención primaria, para la detección oportuna de depresión perinatal. El tiempo estimado para completar las preguntas por las derechohabientes es de aproximadamente 15 minutos para cada paciente. Consiste de 10 cortas declaraciones, la madre escoge cuál de las cuatro posibles respuestas es la que más se asemeja a la manera en la que se sintió durante la semana anterior. La información se concentró en una base de datos de Excel, se ingresaron los resultados de las variables medidas al programa Software IBM SPSS 26 para facilitar un análisis estadístico. En cuanto al análisis estadístico, la normalidad de los datos fue por medio de la prueba de Kolmogorov-Smirnov, obteniéndose una distribución normal. Se reportó frecuencias y porcentajes de todas las variables. Se aplicó la media, desviación estándar a la distribución de variables.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se realizó a 264 mujeres derechohabientes en la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar no. 47, de León Guanajuato, sin embargo, se obtuvo una muestra total de 304 pacientes, debido a la aceptación de las derechohabientes. Una encuesta de 10 ítems, instrumento previamente avalado, con reactivos de factores psicológicos, encontrando los siguientes resultados:

Se encontró en nuestro estudio una media para la edad de 27.12 años (DE de 5.598).

Tabla 1. Datos Estadísticos, Características generales de nuestra población estudiada

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Edad	16 años	42 años	27.12	5.598
Número de hijos	0 hijos	4 hijos	0.89	0.925
Número de gestaciones	1 gesta	6 gestas	2.11	1.092

Fuente: Elaboración propia.

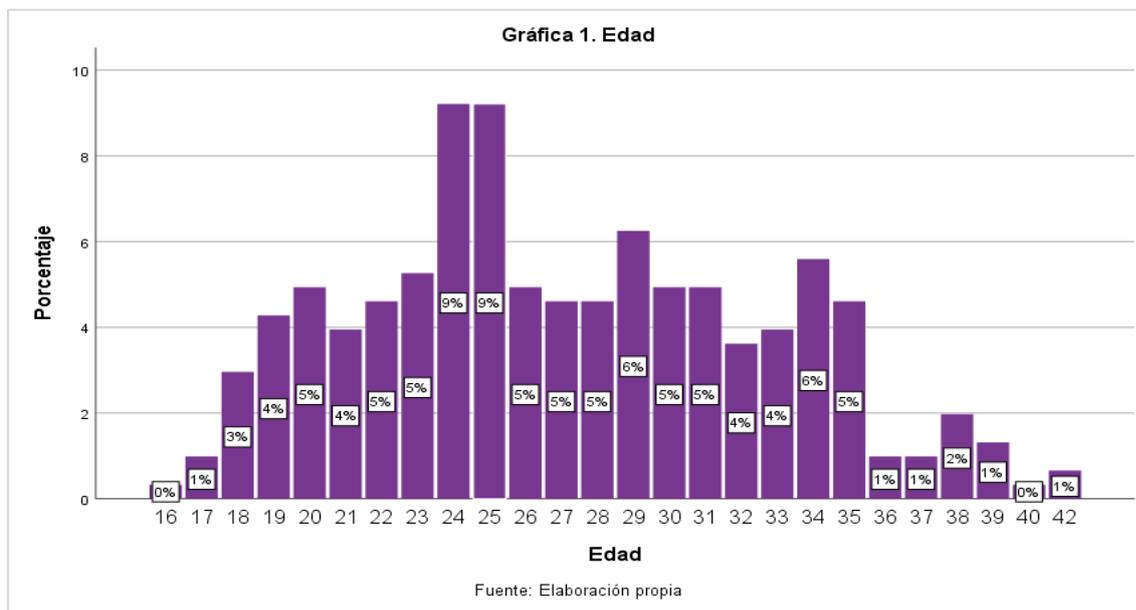
Cuadro I. Resultado de la Escala de Edimburgo

	Número de pacientes	Porcentaje
Normal	231	76%
Probable depresión	73	24%

Fuente: Elaboración propia.

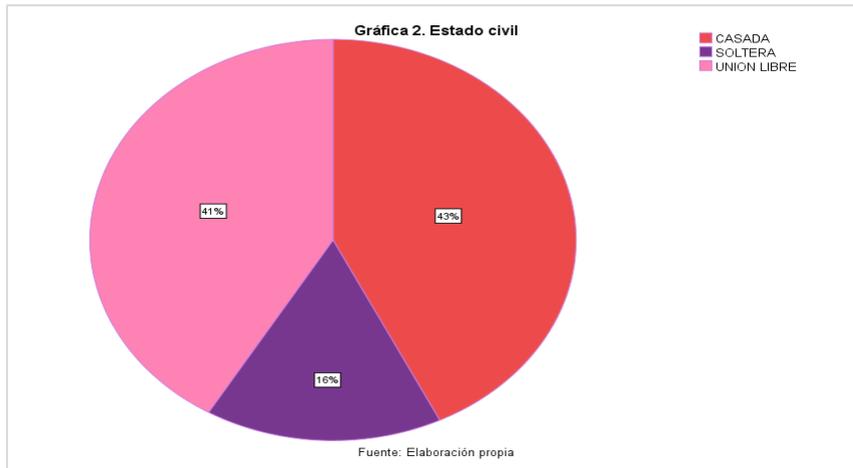
Con respecto al análisis de la edad, la edad que predomina es de 24/25 años, que corresponde a un 9% respectivamente, 6% para la edad de 29 y 34 años, 5% para las edades 20,22, 23, 26, 27, 28, 30, 31, y 35. El resto de las edades representan un 7.5% en conjunto.

Grafico 1



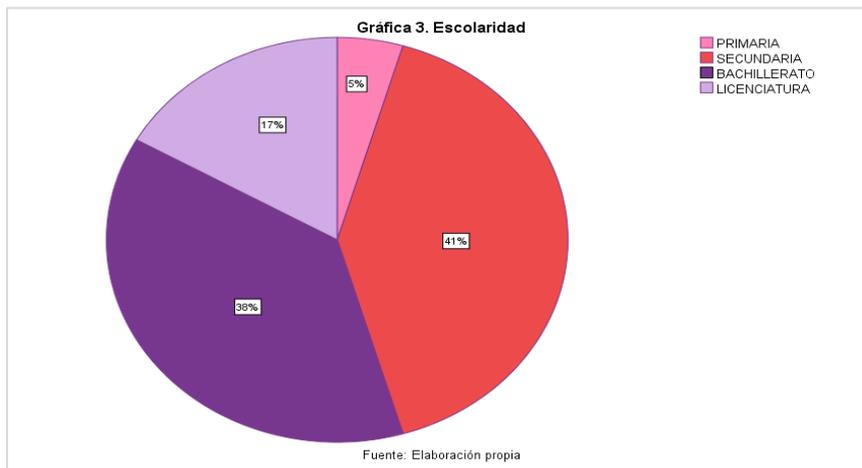
Así mismo en cuanto al Estado Civil, las mujeres casadas representan el 43% (n=130) siendo este el más frecuente, seguido del 41 % (n= 126) para Union libre, y con 16% (n= 48) para soltera.

Grafico 2



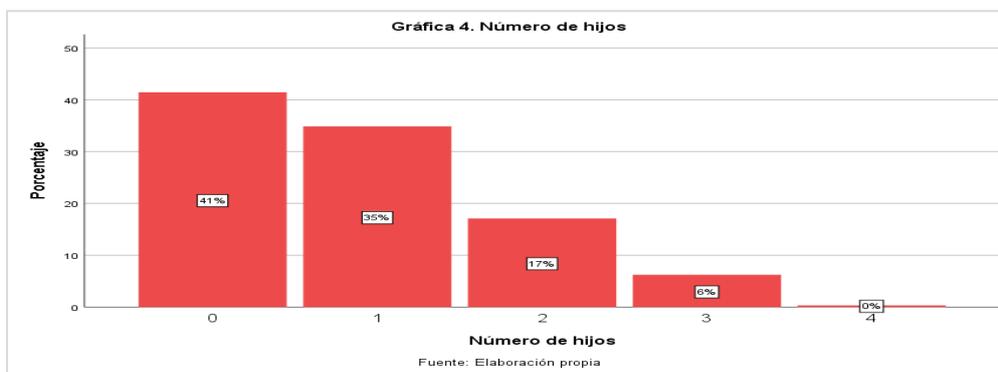
Dentro de nuestra población estudiada, la escolaridad más frecuente encontrada fue secundaria con un 41% (n= 124). seguido de bachillerato 38% (n=115), licenciatura 17 % (n= 51) y primaria 5% (n=14).

Grafico 3



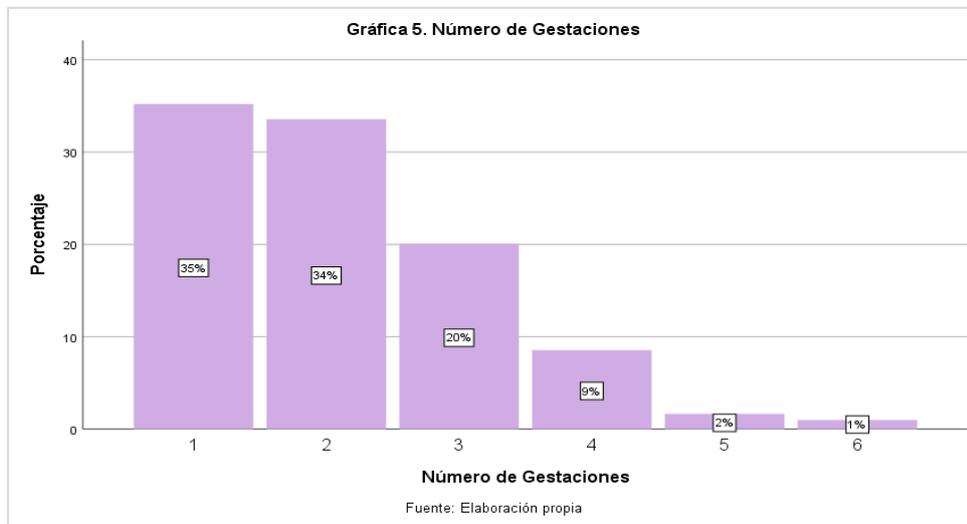
En nuestra población estudiada, el numero de hijos que obtuvo el porcentaje más frecuente, es representado por el 41% (n= 126), seguido del 35% (n= 106), 17% (n=52), 6% (n=19) y 0.3% (n=1)

Grafico 4



Encontramos que el porcentaje mayor para el número de gestaciones fue de 35 % (n= 107) para una gestación en las mujeres encuestadas.

Gráfico 5



DISCUSIÓN

Al identificar los factores, que influyen indirectamente para que las pacientes pasen desapercibidos síntomas de alarma, consideramos ser de gran importancia, promover y dar a conocer la importancia de la salud mental y frecuencia de este padecimiento. Dando el conocimiento necesario al personal de salud, así podemos implementar estrategias de educación, capacitación, platicas tanto a las pacientes como al personal multidisciplinario de primer nivel, para realizar detecciones y tratamientos oportunos, así poder frenar el incremento de la prevalencia de depresión perinatal en la población de la UMF 47.

En la recopilación de resultados encontramos en este trabajo que:

El 24% de las derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar presentan síntomas sugestivos de depresión perinatal. A diferencia del artículo que evidencia en el análisis realizado por N.A. Contreras-Carretero et al. (11) realizado en México, encontró una prevalencia de 30.7% de las mujeres sufren depresión en algún momento del embarazo y hasta en 1 año posterior al parto.

Por el contrario, en un estudio de Zaira Mindrey Villegas Carrera, Paula Daniela Vanegas Trujillo, Liliana Campos Quintero (2). realizado en Colombia, en donde hace referencia en los síntomas de este trastorno principalmente, emociones de tristeza, ansiedad, llanto fácil o espontáneo, ideación pesimista, alteraciones del sueño, quejas somáticas, difíciles de determinar. Llevando a cabo una búsqueda

rigurosa de material académico, en países de Latinoamérica con prevalencia en gestantes con porcentajes de depresión para México de 50-66%.

A comparación del estudio realizado por Karen Wedel Herrera (6) realizado en Costa Rica. donde menciona el instrumento de tamizaje recomendado para medir la depresión en el embarazo, la escala de depresión Postparto de Edimburgo (EDRS) desarrollado como pesquisa de síntomas depresivos, realizado para el uso en el postparto, pero también ha sido validado para su uso durante el embarazo. con un punto de corte de entre 12/13 mayor o igual a 13 para probable depresión en embarazo. lo que en nuestro estudio mostró un valor significativo para el corte de mas de 10 puntos obtenidos en nuestras pacientes encuestadas.

En otro estudio realizado por Leison Da Silva Lima, Tainá Orrara Amaral y cols. (16) realizó en Brasil, encontraron un porcentaje de 41,5 para las pacientes embarazadas con síntomas depresivos, de cualquier edad, con factores de riesgo diversos. de igual manera resultado de la realización de la Encuesta de Edimburgo, por lo que encontramos como esta similitud se demuestra en nuestro estudio al realizar este test, tener relevancia con el porcentaje encontrado siendo mayor para el estudio de Brazil, sin embargo, tener como relevancia los probables factores de riesgo que pueden afectar a la paciente embarazada.

En la UMF 47 las derechohabientes que fueron estudiadas oscilan entre las edades 15- 45 años, el 9.2 % tenían 24/25 años, estado civil un porcentaje de 42.8% para la mujer casada, escolaridad secundaria con un 40.8%, con porcentaje de 41.4% primigestas y un 35.2% con un hijo.

Para la Edad, en nuestro estudio 24/25 representa a la edad mas frecuente, en las derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar número 47, en comparación con el estudio realizado por N.A. Contreras-Carreto et. al. (11) realizado en México, destacando la adolescencia como factor de riesgo para padecer depresión perinatal. con respecto a la media de edad encontrada en la UMF 47 fue de 27.12 con una desviación estándar de 5.5, en comparación con el estudio de Elisa Martín González (12) realizado en España, encontrando una proporción en mujeres de 25 a 45 años, mostrando que en esta etapa mayor riesgo de padecerla, sin hacer mención de porcentaje presentado o desviación estándar. A comparación del estudio realizado por Karen Wedel Herrera (6) realizado en Costa Rica. en donde su grupo etáreo representa mujeres de 20 a 30 años

El estado civil con mayor frecuencia obtenido en nuestro estudio fue una mujer casada en las derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar número 47, en comparación con el estudio realizado por N.A. Contreras-Carreto et. al. (11) que se realizó en México, encontrando una mujer madre soltera como mayor prevalencia.

En cuanto a la escolaridad nuestro estudio arrojó una escolaridad de secundaria con un porcentaje de 41%. Encontrando similitud en esta variable, con el estudio realizado por N.A. Contreras-Carreto et al. (11) realizado en México, que encontró la escolaridad de secundaria como factor de riesgo.

hijos

De igual manera en el estudio hecho por Vania K. Paula V. (14) hecho en Chile, en donde mencionan como grupo de riesgo y con una incidencia mayor para la paciente primigesta, antecedente que en nuestro estudio coincide con el mayor porcentaje de las pacientes encuestadas.

CONCLUSIÓN

Con la realización de este estudio, podemos concluir que al aplicar la encuesta de depresión postparto de Edimburgo, en pacientes mujeres de entre 15 y 45 años con diagnóstico de Embarazo derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar Número 47, de León, Guanajuato con una población de pacientes estudiadas de 304 mujeres, se obtuvo que el 24 % de las participantes obtuvieron un resultado en la encuesta sugestivo de probable depresión, de las cuales se encontraban en un rango de edad promedio de 24/25 años, estado civil casada como mayor porcentaje, con una escolaridad mayor para secundaria, con un número de hijos fue 0 hijos, en tanto al porcentaje de número de gestaciones lo representó 1 gestación.

Por tal, es de llamar la atención que fue el mayor porcentaje para mujeres casadas y en unión libre, pudiendo ser así un factor de riesgo para depresión perinatal, además tener una escolaridad mínima o básica representada para secundaria, y que también representa un factor de riesgo en el embarazo para llevar a la paciente a este trastorno, así mismo al ser la paciente primigesta, representa uno de los principales factores de riesgo para este trastorno. Sugerencia de Seguimiento: Se sugiere la realización de intervenciones como sesiones académicas, para dar a conocer los resultados obtenidos, así hacer hincapié en los médicos familiares y todo el equipo multidisciplinario de primer nivel de atención en la frecuencia de este trastorno y poder dar una atención integral oportuna, tratamiento y seguimiento. Por

medio de difusión en sesiones generales, considerando relevante hacer hincapié en el uso de la escala de Edimburgo la cual tiene una alta sensibilidad y especificidad, además de tener la cualidad, ser de fácil aplicación e interpretación, para detectar de este trastorno. Además creamos intervenciones con las derechohabientes en las sesiones mensuales de control prenatal, así poder dar a conocer la importancia del padecimiento, detección oportuna, tratamiento y seguimiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Carrillo-Mora P, García-Franco A, Soto-Lara M, Rodríguez-Vásquez G, Pérez-Villalobos J, Martínez-Torres D. Cambios fisiológicos durante el embarazo normal. Revista de la Facultad de Medicina [Internet]. 2021 Jan 10;64(1):39–48. Available from: http://revistafacmed.com/index.php?option=com_phocadownload&view=file&id=1379:cambios-fisiologicos-durante-el-embarazo&Itemid=79
- De Revisión A, Clave P, Mindrey Z, Carrera V, Daniela P, Trujillo V, et al. CINA RESEARCH Characteristics related and derived from depression in pregnant women.
- Steen M, Francisco AA. Maternal mental health and wellbeing. Vol. 32, ACTA Paulista de Enfermagem. Departamento de Enfermagem/Universidade Federal de Sao Paulo; 2019. p. III–VI.
- Arango-Dávila CA, Rincón-Hoyos HG. Depressive Disorder, Anxiety Disorder and Chronic Pain: Multiple Manifestations of a Common Clinical and Pathophysiological Core. Vol. 47, Revista Colombiana de Psiquiatría. Elsevier Doyma; 2018. p. 56–64.
- Corea Del Cid MT. La depresión y su impacto en la salud pública. Rev Med Hondur. 2021 May 3;89(Supl.1):46–52.
- Karen Wedel Herrera Fundación FIMRC San José D, Rica C, General M. Depression, anxiety and dysfunctional family in pregnancy. Vol. 3, REVISTA MEDICA SINERGIA. 2018.
- Rosa Marcos-Nájeraa, María de la Fe Rodríguez-Muñoz, Nuria Izquierdo-Mendez, María Eugenia Olivares-Crespo b y Cristina Soto, Colegio de psicólogos de Madrid, DEPRESIÓN PERINATAL: rentabilidad y expectativas de la intervención 2017, 49-52
- Martínez-Paredes JF, Jácome-Pérez N. Depression in Pregnancy. Vol. 48, Revista Colombiana de Psiquiatría. Elsevier Doyma; 2019. p. 58–65.

Factores asociados a depresión posparto Associated factors for postpartum depression. Available from:

<https://orcid.org/0000-0001-5106-3085>

Bermejo-Sánchez FR, Peña-Ayudante WR, Espinoza-Portilla E. Depresión perinatal en tiempos del COVID-19: rol de las redes sociales en Internet. ACTA MEDICA PERUANA. 2020 Mar 31;37(1).

Contreras-Carreto NA, Villalobos-Gallegos L, Mancilla-Ramírez J. Epidemiological analysis of perinatal depression. Cirugía y Cirujanos (English Edition). 2022 Jan 1;90(1):128–32.

Martín González E, Medina PG, Concepción M, Ramos Pérez C. DEPRESIÓN PERINATAL MATERNA Visibilización y relevancia de su abordaje Autora.

Marcos-Nájera R, Rodríguez-Muñoz M de la F, Izquierdo-Mendez N, Olivares-Crespo ME, Soto C. Depresión perinatal: rentabilidad y expectativas de la intervención preventiva. Clin Salud. 2017 Jul 1;28(2):49–52.

Krauskopf V, Valenzuela P. Depresión perinatal: detección, diagnóstico y estrategias de tratamiento. Revista Médica Clínica Las Condes. 2020 Mar;31(2):139–49.

Rodríguez-Muñoz M de la F, Olivares ME, Izquierdo N, Soto C, Huynh-Nhu L. Prevención de la depresión perinatal. Clin Salud. 2016 Nov 1;27(3):97–9.

da Silva Lima L, do Carmo TOA, de Souza Brito Neto C, da Cunha Pena JL. Depressive symptoms in pregnant women and intimate partner violence: a cross-sectional study. Enfermería Global. 2020 Oct 1;19(4):31–45.

Mojica-Perilla M, Redondo-Rodriguez S, Osma-Zambrano SE. Depresión y ansiedad prenatal: una revisión de la literatura. MedUNAB. 2019 Sep 26;22(2):200–12.

Castro Rey María Fe, Carolina Camino Rivera, Universidad Lima Perú, Marzo 2021, DEPRESIÓN PERINATAL Y VÍNCULO MADRE-BEBÉ.

Universidad de Granada, Facultad de psicología, Afonso Alvarez María, Bellido Gonzalez Mercedes, Factores de riesgo y de protección psicosociales durante el embarazo, 2018 mayo, pag. 24

María de la Fe Rodríguez-Muñoz (1), Laura Vallejo Slocker (1), María Eugenia Olivares, Crespo (2), Nuria Izquierdo Méndez (2), Cristina Soto (3) y Huynh-Nhu Le (4). Rev. Esp. Pública. 2017

Diciembre 15. Psychometric properties of postpartum depression predictors inventory- revised- prenatal version in a sample of Spanish pregnant women

Enrique Jadresic M. Depresión perinatal: Detección y tratamiento. Revista Médica Clínica Las Condes. 2014 Nov;25(6):1019–28.

