



<https://doi.org/10.24245/gom.v93i4.179>

Carta al editor respecto al artículo de "Depresión perinatal en mujeres mexicanas diagnosticadas mediante la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo"

Letter to editor regarding Perinatal depression in Mexican women according to the Edinburgh Postnatal Depression Scale.

Leopoldo Santiago Sanabria

Señor Editor:

En el manuscrito titulado: "Depresión perinatal en mujeres mexicanas diagnosticadas mediante la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo" (Ginecol Obstet Mex 2025; 93 (1): 6-12 <https://doi.org/10.24245/gom.v93i1.114>),¹ recientemente publicado, es importante complementar cierta información a este valioso artículo porque la depresión posparto es un padecimiento de gran interés en la salud pública en virtud de su alta prevalencia en nuestro medio.² Se trata de un trastorno desconocido y, por ende, subdiagnosticado porque no se practica un tamizaje universal para éste en la población mexicana. Lugo y colaboradores reportaron en un estudio llevado a cabo en mujeres mexicanas, que la prevalencia en su población alcanzó el 30.1%, mientras que, en otros países latinoamericanos se han reportado cifras alrededor del 37%.^{3,4}

La Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo es una herramienta validada en población latinoamericana y se considera el patrón de referencia para el diagnóstico de depresión posparto. Se recomienda un punto de corte de 10 puntos en población mexicana, en donde alcanza su máximo rendimiento con una sensibilidad del 92% y una especificidad del 77%.^{3,5} Quizá al establecer ese punto de corte la prevalencia hubiese sido aún mayor en ese estudio.

Hospital Ángeles Lomas, Ciudad de México.

Correspondencia

Leopoldo Santiago Sanabria
leopoldosantiagosanabria@gmail.com

Este artículo debe citarse como:

Santiago-Sanabria L. Carta al editor respecto a Depresión perinatal en mujeres mexicanas diagnosticadas mediante la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo. Ginecol Obstet Mex 2025; 93 (4): 164-166.



En un estudio multicéntrico publicado previamente por mi grupo en una edición previa de GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MEXICO obtuvimos una prevalencia del 14.9% estableciendo un punto de corte de 10 puntos, similar a lo reportado por Flores y colaboradores.¹ Los principales factores de riesgo identificados fueron: ocupación, dificultades económicas, antecedente de algún trastorno psiquiátrico previo al embarazo y antecedentes obstétricos, como las complicaciones posteriores a la finalización del embarazo, ingreso del recién nacido a la unidad de cuidados intensivos neonatales, el abandono de la lactancia o la vía de nacimiento, en donde se obtuvo una significación estadística en estas variables analizadas.⁶

Entre las variables sociodemográficas, la ocupación y las dificultades económicas suelen ir relacionadas. Las pacientes sin un trabajo formal o que perciben bajas remuneraciones por su desempeño, tienden a tener mayor riesgo de depresión posparto, debido a mayores dificultades para satisfacer las necesidades del cuidado del recién nacido.⁷

En un metanálisis reportado por Zacher y su grupo se documentó que la existencia previa de trastornos psiquiátricos personales y familiares tiene un gran peso para los trastornos del estado del ánimo, lo que condiciona un riesgo dos veces mayor en comparación con las mujeres sin este antecedente. Es importante que no se pase por alto indagar estos antecedentes heredo-familiares en la atención prenatal.⁸

La depresión posparto influye en el apego a la lactancia materna y, viceversa. Está reportado que la depresión posparto contribuye a una mayor tasa de abandono de la lactancia materna. Así mismo, quienes deciden no amamantar a su hijo tienen un mayor riesgo de padecer trastornos del estado del ánimo durante el puerperio, porque hay un menor apego al recién nacido y, a su vez, prestan menor atención al rol de la maternidad.⁹

Por su parte, la vía de finalización del embarazo ha demostrado ser un importante factor de riesgo. En un metanálisis publicado por Sun se reportó que el nacimiento por cesárea representó un mayor riesgo de depresión posparto, con un OR 1.47 en comparación con el parto, lo que se acentuó hasta 1.53 si la indicación de ésta se debía a alguna urgencia.¹⁰

Sin duda, la depresión posparto es un padecimiento preocupante para el que hacen falta más investigaciones. El ginecoobstetra debe incorporar el tamizaje de trastornos del estado del ánimo en las consultas posteriores a la finalización del embarazo. Quizá, si la población de estudio hubiese sido mayor en este estudio, muchas de las variables analizadas hubieran alcanzado una significación estadística. Es importante protocolizar a la mujer embarazada desde una perspectiva holística, con el fin de detectar factores de riesgo de forma oportuna para poner en práctica medidas que auxilien en la prevención de esta enfermedad.

REFERENCIAS

1. 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. <https://doi.org/10.24245/gom.v93i1.114>
2. Santiago-Sanabria L, Islas-Tezpa D, Flores-Ramos M. Trastornos del estado de ánimo en el postparto. *Acta Médica GA* 2022; 20 (2): 173-77. <https://dx.doi.org/10.35366/104280>
3. Anduaga YL, Guerrero Hernández RE, López Carbajal MJ. Depresión posparto como factor asociado al abandono de la lactancia materna. *Aten Fam* 2019; 23 (3): 90-94. <https://doi.org/10.22201/facmed.14058871p.2019.3.70033>
4. Sampson M, Torres MIM, Duron J, et al. Latina immigrants' cultural beliefs about postpartum depression. *J Women Soc Work* 2017; 33 (2): 1-13. <https://doi.org/10.1177/0886109917738745>
5. Levis B, Negeri Z, Sun Y, et al. Accuracy of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for screening to detect major depression among pregnant and postpartum women : systematic review and meta-analysis of individual participant data. *BMJ* 2020; (371:m4022). <https://doi.org/10.1136/bmj.m4022>
6. Santiago-Sanabria L, Ibarra-Gussi PM, Rendón-Macías ME, et al. Depresión posparto : prevalencia y factores de riesgo asociados en una muestra de población mexicana *Ginecol*

- Obs Mex 2023; 91 (4): 227-40. <https://doi.org/10.24245/gom.v91i4.8456>
7. Papadopoulou SK, Pavlidou E, Dakanalas A, et al. Postpartum depression is associated with maternal sociodemographic and anthropometric characteristics, perinatal outcomes, breastfeeding practices, and Mediterranean diet adherence. *nutrients*. MDPI 2023; 15 (3853): 1-17. <https://doi.org/10.3390/nu15173853>
 8. Zacher Kjeldsen MM, Bricca A, Liu X, et al. Family history of psychiatric disorders as a risk factor for maternal postpartum depression. A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2022; 79 (10): 1004-1013. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2022.2400>
 9. Ahmadinezhad GS, Karimi FZ, Abdollahi M, et al. Association between postpartum depression and breastfeeding self-efficacy in mothers : a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth* 2024; 24 (273): 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12884-024-06465-4>
 10. Sun L, Wang S, Li XQ. Association between mode of delivery and postpartum depression: A systematic review and network meta-analysis. *Aust N Z J Psychiatry* 2021; 55 (6): 588-601. <https://doi.org/10.1177/0004867420954284>

Repuesta al Dr. Leopoldo S. Sanabria

En atención a la carta dirigida al editor del GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO, en la que usted hace alusión a muy importantes aseveraciones documentadas en pasadas y actuales publicaciones de depresión posparto, son aspectos que en lo particular nos parecieron importantes. Sin embargo, quisiera hacer hincapié en que las variables estudiadas por otros autores fueron más numerosas, con inclusión de factores de riesgo para depresión posparto así como otras técnicas de amamantamiento, la falta de lactancia como factores de riesgo para depresión posparto y viceversa y que, además de que la población estudiada fue mucho mayor que la nuestra, nosotros encontramos que la edad menor fue un factor de protección para depresión posparto. Factores, como la cantidad de partos y complicaciones

maternas que no resultaron factores de riesgo para depresión posparto de manera significativa como tampoco lo fueron la escolaridad ni el estado civil.

La edad de nuestras pacientes fue menor entre las depresivas ($p = 0.2865$), la frecuencia de nacimientos por parto fue menor, 8 (42%), $p = 0.174$ lo mismo que las complicaciones maternas 5 (25%), $p = 0.665$.

No se analizaron variables de riesgo para depresión posparto como antecedentes psiquiátricos familiares, que aunque en las pacientes estudiadas por Sanabria y su grupo sí existía el antecedente de depresión y trastorno bipolar de forma estadísticamente significativa; tampoco en las diferentes formas o técnicas de amamantamiento utilizadas por las madres depresivas.

Nuestro punto de corte de 12 para escala de depresión posnatal de Edimburgo se obtuvo de otras publicaciones con poblaciones similares a la nuestra.

Sus comentarios fueron muy valiosos para futuras investigaciones y publicaciones y no limitarse básicamente a medir la prevalencia. En espera de seguir trabajando de manera conjunta continuaremos en contacto.

Le envió un afectuoso saludo.

Joel Murillo Llanes y Francisco Javier Castro Apodaca, autores del artículo.

Correspondencia
 invhgc@gmail.com
 francisco.castroapodaca@uas.edu.mx