



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**



**H.G.Z/M.F. No. 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"
DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**DETERMINACIÓN DE LA PRESENCIA DE SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA EN
PACIENTES EMBARAZADAS Y/O EN PERIODO POSTPARTO MEDIANTE ESCALA
DE EDIMBURGO EN EL H.G.Z/M.F. No. 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"**

**TESIS
REALIZADA PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

P R E S E N T A

CRUZ SANCHEZ ESTHER

Residente de Medicina Familiar, Matricula:97374487, adscripción; HGZ/UMF No.8
"Dr. Gilberto Flores Izquierdo" IMSS
Cel: 5616110880 Fax: No Fax Correo: estrella.med.ge41@gmail.com

DIRECTORA DE TESIS:

DRA. MARAVILLAS ESTRADA ANGELICA

Médico Familiar, Profesora Titular de La Especialidad De Medicina Familiar
Matricula: 98113861, adscripción; H.G.Z. / U.M.F. No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"
Teléfono: 5545000340 Fax: No Fax. Email: angelica.maravillas@imss.gob.mx

ASESOR METODOLÓGICO

DR. VILCHIS CHAPARRO EDUARDO

Médico Familiar Maestro en Ciencias de la Educación. Doctor en Ciencias de la Familia
Doctor en Alta Dirección en Establecimientos de Salud
Profesor Médico del CIEFD Siglo XXI Centro Médico Nacional Siglo XXI
Matricula: 97377278. Cel. 5520671563, Email: lalovilchis@gmail.com. Fax: No Fax.

ASESORA CLÍNICA

DRA. GARDUÑO MARTINEZ YAZMIN ADRIANA

Médico Psiquiatra H.G.Z./U.M.F. No 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"
Matricula: 98150473 Cel. 5516821703
Email: yazmingarduno@hotmail.com Fax: No fax.

DRA. THALYNA POLACO DE LA VEGA

ENC. DE LA

COORDINACION CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

**CIUDAD DE MEXICO, 2021
No. DE REGISTRO: F 2021-3703-136**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DETERMINACIÓN DE LA PRESENCIA DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN PACIENTES EMBARAZADAS Y/O EN PERIODO POSTPARTO MEDIANTE ESCALA DE EDIMBURGO EN EL H.G.Z/M.F. NO. 8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

AUTORES: Angelica Maravillas Estrada¹, Eduardo Vilchis Chaparro², Yazmín A. Garduño Martínez³, Cruz Sánchez Esther⁴.

1. Médico especialista en medicina Familiar, Profesora Titular de La Especialidad de Medicina Familiar adscrita a HGZ/UMF 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”
2. Médico especialista en medicina Familiar, Maestro en Ciencias de la Educación. Doctor en Ciencias de la Familia, Doctor en Alta Dirección en Establecimientos de Salud, Profesor Médico del CIEFD Siglo XXI
3. Médico Especialista en psiquiatría, adscrita al HGZ/UMF 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”
4. Médico Residente de la especialidad de Medicina Familiar HGZ/MF 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

OBJETIVO

Determinar la presencia de sintomatología depresiva en pacientes embarazadas y/o en periodo postparto en el Hospital General de Zona/Medicina Familiar No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio transversal, prospectivo, descriptivo y observacional, realizado en 60 pacientes. Se incluyeron pacientes femeninas en estado de gravidez y pacientes femeninas en periodo post parto en el servicio de la consulta externa de la UMF 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo.

RESULTADOS

Se encontró que la media de edad en las pacientes estudiadas fue de 27.6 años. En el puntaje de sintomatología depresiva obtenido mediante Escala de Edimburgo para Depresión Perinatal se encontró una media de 8.65 puntos, una mediana de 8 puntos, moda de 9 puntos, desviación estándar de 4.124 puntos, varianza de 17.011 puntos, un rango mínimo de 2 y un máximo de 21 puntos. Se determinó también que 23.3 % de pacientes femeninas en periodo perinatal obtuvieron un puntaje sugestivo de depresión, mientras que 76.7% obtuvieron un puntaje No sugestivo de depresión.

CONCLUSIONES

En este estudio se encontró que casi una cuarta parte de las pacientes estudiadas presento puntaje sugestivo de sintomatología depresiva determinado mediante Escala de Edimburgo para Depresión Perinatal, los resultados obtenidos en la presente tesis derivan en la continuación de la búsqueda de estrategias y planes para detectar este tipo de patologías en la población femenina en periodo perinatal, ya que su detección temprana, y/o tratamiento oportuno, son de vital importancia para la prevención de potenciales complicaciones o secuelas graves tanto para la madre como para su hijo.

PALABRAS CLAVE:

Depresión, madre, materno, perinatal, sintomatología depresiva, medición, escala, salud materna.

**DETERMINACIÓN DE LA PRESENCIA DE
SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA EN
PACIENTES EMBARAZADAS Y/O EN
PERIODO POSTPARTO MEDIANTE ESCALA
DE EDIMBURGO EN EL H.G.Z/M.F. No. 8 “DR.
GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA / UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 8
“DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA**

AUTORIZACIONES

**DR. GUILLERMO BRAVO MATEOS
DIRECTOR DEL H.G.Z. / U.M.F. No. 8 “DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

**DRA. THALYNA POLACO DE LA VEGA
ENC. DE LA
COORDINACION CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
DEL H.G.Z. / U.M.F. No. 8 “DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

**DRA. ANGELICA MARAVILLAS ESTRADA
PROFESORA TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
DEL H.G.Z. / U.M.F. No. 8 “DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

**DRA. ANGELICA MARAVILLAS ESTRADA
PROFESORA TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
DEL H.G.Z. / U.M.F. No. 8 "DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO"**

**DR. EDUARDO VILCHIS CHAPARRO
PROFESOR MÉDICO DEL CIEFD SIGLO XXI
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI
ASESOR METODOLÓGICO DE TESIS**

**DRA. YAZMIN ADRIANA GARDUÑO MARTINEZ
MEDICA PSIQUIATRA DEL H.G.Z. / U.M.F. No. 8
"DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO"
ASESORA CLÍNICA DE TESIS**

AGRADECIMIENTOS:

Agradezco a mis padres J. Lilia Sánchez Pérez, y L. Heriberto Cruz López por su ejemplo, su apoyo, su perseverancia, porque gracias a su soporte he llegado y continuado hasta lo alcanzado hoy en día, gracias por ser un ejemplo de fortaleza y coraje para sobrellevar los obstáculos, por su paciencia y sus sacrificios, por brindarme lo mejor pudieron brindarme educación y amor, por enseñarme que todo esfuerzo tiene recompensas, gracias infinitas a ustedes, porque en este camino maravilloso y peculiar de la residencia medica estuvieron ahí siempre recordándome que las cosas valiosas requieren trabajo, esfuerzo y dedicación, eso lo aprendí de ustedes amados padres.

Agradezco a mis hermanos, que con su sola presencia hacen mi vida mejor, así como a mis amados sobrinos otro incentivo enorme en mi vida.

A mis maestros, Dr. Gilberto Espinoza, Dra. Angelica Maravillas, y todos los demás docentes, especialmente agradecimiento a Dr. Eduardo Vilchis C. gracias por su apoyo, por iluminarme dentro del caos, porque mediante una sencilla analogía me recordó una de las características más importantes y valiosas de un docente; Guiar.

Gracias a mis compañeros de quienes aprendo a diario constantemente en todos los aspectos, y que me hacen ser una mejor persona.

ÍNDICE

TEMA	PÁGINA
1. Marco teórico.	8
2. Justificación.	28
3. Planteamiento del problema.	29
4. Objetivos.	30
5. Hipótesis.	31
6. Material y métodos.	32
7. Diseño de investigación.	33
8. Ubicación temporal y espacial de la población	34
9. Muestra	34
10. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.	36
11. Variables.	37
12. Diseño estadístico.	43
13. Instrumento de recolección.	44
14. Método de recolección.	45
15. Maniobras para evitar y controlar sesgos.	46
16. Cronograma de actividades.	48
17. Recursos humanos, materiales, físicos y financiamiento del estudio	49
18. Consideraciones éticas.	50
19. Resultados.	56
20. Tablas y gráficas.	60
21. Discusión.	79
22. Conclusiones.	86
23. Bibliografía.	89
24. Anexos.	94

MARCO TEORICO:

En México, como en el ámbito global, la depresión es la principal amenaza a la salud mental de las mujeres en edad reproductiva y tiene una contribución importante en la carga de morbilidad, sobre todo en contextos de vulnerabilidad socioeconómica y marginación. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) recomiendan mejorar la salud materno-infantil, lo que incluye reducir los factores asociados con la depresión y la sintomatología depresiva (SD) materna y promover intervenciones de bajo costo para mejorar la salud mental materna.

Estudios internacionales indican que la SD afecta negativamente las vidas de las mujeres, sus hijos y sus familias. Las mujeres deprimidas presentan dificultades laborales relacionadas con conseguir y mantener un empleo, prevalencias más elevadas de enfermedad cardiovascular, derrame cerebral y diabetes tipo 2.¹

En México, se han realizado nueve estudios sobre la prevalencia, de la Depresión Post parto (DPP) de 1991 a 2016, la prevalencia de DPP va de 6.6% a 24.6% por entrevista clínica y de 10% a 20% por autoinforme en zonas urbanas. En población rural solo existen dos estudios publicados, los cuales estiman la prevalencia entre 11% y 12.9%. En mujeres indígenas, solo una investigación ha estudiado este trastorno en un pequeño grupo, encontrando presencia de DPP en 7% de la muestra. Estas prevalencias no distinguen entre casos de inicio en el posparto de aquellos que se presentaban desde la gestación.

En lo que respecta a la Depresión en el embarazo, en México, de 2001 a 2016, ocho estudios han abordado el problema, todos en población urbana. La depresión en el embarazo se estimó entre 9% y 14% por entrevista clínica y de 6.4% a 30.7% por autoinforme. Las diferencias en las prevalencias entre estos estudios pueden deberse al uso de distintos instrumentos de medición, edad de las entrevistadas y etapa del periodo perinatal en que se hace la valoración.²

La depresión perinatal está específicamente vinculada al periodo comprendido entre el inicio del embarazo y el primer año tras haber dado a luz. La gestación y el posparto son etapas en las que se desencadenan numerosos episodios depresivos. Síntomas como la irritabilidad, la falta de interés, los trastornos en el apetito o el sueño y los sentimientos de tristeza, culpabilidad o desesperanza pueden iniciarse en cualquier momento de la etapa perinatal, derivando en los casos más graves en pensamientos destructivos de la madre

hacia ella misma o hacia su bebé. Con carácter general, los sistemas de salud evalúan regularmente a las mujeres embarazadas para determinar los casos de síndrome de Down o diabetes gestacional, estando las tasas de estas patologías están entorno a un 3%. Sin embargo, no se incorpora a los protocolos de vigilancia de la salud el cribado y seguimiento del riesgo de sufrir depresión perinatal, aun cuando esta enfermedad, con una tasa en torno al 20%, afecta a una de cada cinco mujeres y tiene importantes repercusiones si no se atiende adecuadamente.³

La depresión posparto es un trastorno mental afectivo severo, que afecta hasta al 56% de las mujeres latinas residentes en México y Estados Unidos durante los primeros 4 meses tras el nacimiento de su bebé. Su incidencia mundial es del 15% y está incluida en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición (DSM-5) bajo la denominación de “trastorno depresivo durante el período perinatal”. Se asocia a suicidio y filicidio, y el primero es una de las causas más importantes de muerte materna durante el período perinatal. La depresión posparto se relaciona con síntomas psicológicos y alteración de patrones biológicos, entre los que están un estado emocional triste, altos niveles de cansancio, trastornos del sueño y afectación del eje hipotalámico-hipofisiario-adrenal, responsable de la secreción de la hormona cortisol, necesaria para hacer frente a situaciones de estrés. Aunque los síntomas suelen aparecer tras el nacimiento del bebé, las mujeres que posteriormente desarrollan depresión posparto presentan síntomas psicológicos durante el embarazo (somatización, depresión, ansiedad y estrés específico del embarazo) y mayores niveles de cortisol desde el primer trimestre. Las altas tasas de depresión posparto entre mujeres latinoamericanas residentes en distintos países, junto con la mayor cantidad de síntomas psicopatológicos que las mujeres inmigrantes experimentan durante el período posparto, hacen necesaria la creación de estrategias para apoyar y facilitar el acceso de este grupo de riesgo a los servicios de salud mental.⁴

La depresión perinatal y la importancia del contexto sociocultural

Socialmente, la presencia de la depresión perinatal se expresa en la relación madre-infante, pues es en la madre donde se leen y se perciben los efectos que pudiera llegar a causar la depresión en ambos miembros de la díada. La relación madre-infante es fundamental en los primeros años de vida de cualquier persona; cuando existe una “buena” respuesta de la

madre a las necesidades de acercamiento del hijo, esto le proporciona protección y, por ende, seguridad, con lo que se conforma una relación emocionalmente saludable. Pero dicha respuesta puede ser alterarse por la presencia del tipo de estado de ánimo de la mujer, la cual a su vez contribuirá al tipo de acercamiento que entablará la madre deprimida con su hijo(a).⁵

DEFINICIÓN:

La depresión perinatal es un término usado para describir un **episodio de depresión mayor** que se presenta durante el embarazo (también referido como período anteparto o prenatal) o después del nacimiento (también conocido como período posparto o posnatal) o adopción de un bebé.

SEGÚN DSM5: DEFINE A UN TRASTORNO DE DEPRESIÓN MAYOR:

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días.
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días.
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días.
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días.
9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Con inicio en el periparto: Este especificador se puede aplicar al episodio actual o, si actualmente no se cumplen todos los criterios para un episodio de depresión mayor, al episodio de depresión mayor más reciente si el inicio de los síntomas del estado de ánimo se produce durante el embarazo o en las cuatro semanas después del parto. Nota: Los episodios del estado de ánimo se pueden iniciar durante el embarazo o en el posparto. Aunque las estimaciones difieren según el período de seguimiento después del parto, entre un 3% y un 6% de las mujeres experimentarán el inicio de un episodio de depresión mayor durante el embarazo o en las semanas o meses que siguen al parto. El 50% de los episodios de depresión mayor “posparto” comienzan realmente antes del parto. Así pues, estos episodios se denominan colectivamente episodios del periparto. Las mujeres con episodios de depresión mayor en el periparto con frecuencia sufren ansiedad grave e incluso ataques de pánico.

Estudios prospectivos han demostrado que los síntomas del estado de ánimo y de ansiedad durante el embarazo, así como el desánimo puerperal aumentan el riesgo de un episodio de depresión mayor después del parto. Los episodios del estado de ánimo que se inician en el periparto pueden presentar o no características psicóticas. El infanticidio se asocia la mayoría de las veces a episodios psicóticos posparto que se caracterizan por alucinaciones que ordenan matar al niño o delirios de que el niño está poseído, pero los síntomas psicóticos también pueden aparecer en episodios graves del estado de ánimo posparto sin estos delirios o alucinaciones específicas.

Los episodios del estado de ánimo (de depresión mayor o maníacos) en el posparto con características psicóticas se producen en un número de partos que oscila entre 1 de cada 500 y 1 de cada 1.000 partos y pueden ser más frecuentes en primíparas. El riesgo de episodios posparto con características psicóticas es especialmente mayor en mujeres con episodios del estado de ánimo posparto anteriores, pero también es elevado en pacientes con antecedentes de un trastorno depresivo o bipolar (en especial el trastorno bipolar I) y en las que tienen antecedentes familiares de trastornos bipolares. Cuando una mujer ha tenido un episodio posparto con características psicóticas, el riesgo de recurrencia con cada parto posterior es del 30% al 50%. Los episodios posparto se han de diferenciar del síndrome confusional que sucede en el período posparto, que se distingue por un grado de conciencia o atención fluctuante. El período posparto es excepcional en cuanto al grado de

alteraciones neuroendocrinas y de ajustes psicosociales, el posible impacto de la lactancia materna en el plan de tratamiento y las implicaciones a largo plazo de una historia de trastorno del estado de ánimo posparto en la planificación familiar posterior.⁶

FACTORES DE RIESGO PARA DEPRESIÓN DURANTE EL EMBARAZO:

Ansiedad materna; la ansiedad tiene una fuerte relación con los síntomas depresivos durante el embarazo. Eventos vitales estresantes; los eventos vitales estresantes, tales como divorcio, muerte de un familiar, pérdida de empleo, etc. tienen una relación significativa con la presencia de la depresión antenatal. Historia previa de depresión; la presencia de diagnóstico previo de depresión es un predictor de la depresión antenatal. Falta de apoyo social; estudios revisados por Lancaster el tamaño del efecto es medio. Sin embargo, cuando es la pareja la que no presta apoyo el tamaño del efecto es mayor. Violencia doméstica; los estudios señalan un tamaño del efecto entre pequeño y mediano. Intención con el embarazo; El interés por conseguir el embarazo presenta una relación media con la depresión. Tipo de relaciones de pareja; el estatus en las relaciones de pareja (cohabitación, no cohabitación, etc.) presenta una relación una relación pequeña con la depresión antenatal. Tipo de cobertura médica; los estudios han encontrado que las mujeres con coberturas médicas más deficientes presentan más riesgo de sufrir depresión. Estatus socioeconómico; los estudios revisados por Lancaster presentan una relación inconsistente; sin embargo, la literatura ha recogido este factor como un importante factor de riesgo. Factores que presentan resultados inconsistentes; entre estos factores con resultados inconsistentes se encuentran el consumo de alcohol, tabaco u otras drogas, raza/etnia de las madres, la edad materna o la historia obstétrica previa.⁷

FACTORES DE RIESGO PARA DESARROLLO DE DEPRESIÓN POSTPARTO:

Los factores de riesgo más fuertemente asociados a la aparición de depresión postparto son la presencia de depresión y ansiedad durante el embarazo, los antecedentes personales y heredofamiliares psiquiátricos de la paciente, eventos estresantes (defunciones, divorcios, pérdida de trabajo) y en ciertos casos el embarazo y el parto en si se catalogan como eventos estresores. Por último, el soporte o ayuda sociales son un factor

protector importante para el desarrollo de depresión postparto. La mujer que haya presentado algún episodio de DPP está en riesgo de sufrir episodios similares en partos futuros y en momentos no relacionados al parto.

Otros factores de riesgo, con menor evidencia clínica que se deben tomar en cuenta son el tipo de relación marital, factores psicológicos propios de la madre (tipo de personalidad), factores de riesgo obstétricos (complicaciones, cesárea de emergencias) y estado socioeconómico. Es importante reconocer estos factores de riesgo y realizar un adecuado tamizaje durante la consulta prenatal.⁸

Existen diversas causas que impactan en la atención y salud materna, existen diversos factores que influyen en la toma de decisiones con respecto al autocuidado materno, y este tiene una relación con la autopercepción que tiene una madre respecto a sí misma, en lo que respecta a este tema se refiere que existe una vinculación entre expresiones del empoderamiento (autonomía y poder de decisión) y las prácticas de autocuidado y de búsqueda de atención durante el embarazo y posterior al parto, dicha vinculación se indaga en el artículo “Empoderamiento y búsqueda de atención en salud: un factor ignorado de la mortalidad materna en una comunidad indígena mexicana” es un enfoque que resulta muy importante, ya que la población indígena presenta mayor número frecuencia de complicaciones y riesgos durante su embarazo debido al difícil acceso a la atención materna así como a su propio estilo de vida y costumbres.⁹

Depresión posparto: es frecuente que este diagnóstico se retarde o minimice debido a la incapacidad de diferenciarlo, por su proximidad temporal, de la reacción depresiva puerperal. Los síntomas depresivos más comunes en las mujeres puérperas son: problemas de sueño, falta de energía o fatiga crónica, inapetencia, cambios de peso corporal, alteraciones gastrointestinales y menoscabo en el funcionamiento cognitivo y sexual. Otros síntomas de mayor gravedad son la ansiedad que puede llegar a estados de pánico, irritabilidad que se vuelve enojo, culpabilidad, sensación constante de ser sobrepasada por la vida cotidiana y sentimientos de inadecuación. Con respecto a su relación con el neonato, pueden aparecer dificultades para la lactancia, sentimientos de ser un fracaso como madre y de no embonar emocionalmente con el menor, descuido o desapego y mala regulación afectiva con el bebé. Datos significativos señalan que la depresión y el estrés durante la época perinatal pueden afectar adversamente la evolución

obstétrica y el bienestar del niño. La interacción entre mujeres con depresión posparto y sus hijos se distingue por falta de responsabilidad, pasividad, alejamiento o evitación. Una investigación que incluyó madres reveló que las afectadas por este tipo de depresión (17.8%) eran más propensas a suspender la lactancia. En estudios longitudinales se ha encontrado una desviación estándar menos en el nivel de inteligencia de los hijos de madres que sufrieron depresión posparto una década anterior. Asimismo, se han correlacionado positivamente casos de niños hiperactivos con comportamiento violento con el hecho que sus madres hayan sufrido depresión posparto. Se han destacado en múltiples publicaciones el beneficio de las intervenciones psicológicas tempranas, dado que el trastorno en el vínculo materno-infantil afecta de manera determinante la conducta del niño.¹⁰

La depresión posparto consiste en el desarrollo de un conjunto de síntomas, en la madre, posteriores al nacimiento de su hijo. A veces esta depresión puede tener una fácil explicación, bien porque el hijo no ha sido deseado o porque es anormal. Estas mujeres experimentan una de las complicaciones más frecuentes del parto, la depresión posparto, un trastorno que en la actualidad sufren en silencio un gran número de mujeres. Los trastornos del estado de ánimo que pueden encontrarse tras el parto se clasifican en: Depresión posparto leve o “maternity blues”: síndrome leve y transitorio que se presenta del 2º al 4º día del parto y desaparece sin secuelas de forma espontánea en un plazo de no más de 10 días o dos semanas. La depresión mayor posparto: se inicia entre la 2ª a 8ª semanas tras el parto, y en ocasiones incluso seis meses más tarde con fuertes sentimientos de culpa, incapacidad para hacerse cargo de su hijo y de ambivalencia afectiva hacia el mismo. Psicosis Posparto: Enfermedad aguda y grave, se caracteriza por depresión, ideas delirantes y pensamientos de dañar al lactante o a ella misma.

El diagnóstico de depresión posparto no se realiza o pasa desapercibido por parte del médico familiar, aun cuando existen herramientas útiles que pueden ser aplicadas por parte del personal de salud para identificar a las pacientes que presenten ciertas características que orienten al diagnóstico de una posible depresión posparto y así evitar problemas a futuro en la madre y el hijo. Entre los métodos auxiliares para un adecuado diagnóstico, además de la entrevista clínica se han aplicado escalas psicológicas de distintos tipos, una de las más utilizadas para la detección de síntomas depresivos en el posparto es la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo (Edinburgh Posnatal Depression Scale) diseñada por

Cox en 1987, siendo traducida a múltiples idiomas, ha probado ser eficaz en diferentes países.¹¹

Cada día se reconoce y atiende más la depresión postnatal como un problema de salud pública, mientras que la depresión durante el embarazo, que es muy común, ha recibido menos atención. Por lo general se presenta de manera inesperada en un periodo de la vida en el que la mujer debería experimentar gran alegría. Padecen depresión mayor durante la gestación de 2% a 21% y hasta 38% entre quienes tienen bajo nivel socioeconómico, y sintomatología depresiva, de 8% a 31%, y entre los menos favorecidos de 20% a 51%. En México los síntomas de depresión se observan en 22% a 37% de las gestantes. Cuando la mujer padece de algún trastorno mental durante el embarazo, como la depresión, su habilidad para responder a las demandas de la maternidad se ve disminuida. Bennett et al. concluyen que ésta lleva a malos hábitos de alimentación, falta de adherencia a los cuidados prenatales y conductas de riesgo como consumo de sustancias y tabaco, las cuales se asocian con partos prematuros y bebés debajo peso al nacer. La depresión gestacional también incrementa el riesgo de padecer depresión posparto, la cual tiene consecuencias graves sobre la madre y el infante. Uno de los primeros pasos para atender la depresión perinatal y reducir los riesgos de salud física y emocional asociados a ésta, es detectarla durante los primeros meses de gestación.¹²

La depresión materna puede estar asociada a: una historia de episodios depresivos previos, la pobreza, el madre-solterismo, las dificultades matrimoniales o a una disminución en el apoyo social. El embarazo y las complicaciones durante el parto, los problemas de salud de los infantes, o la irritabilidad y los cólicos de los niños también pueden desencadenar síntomas depresivos en mujeres vulnerables. A menudo los niños pequeños sufren el peso de la depresión materna y, cuando la depresión también está relacionada con estrés matrimonial y bajo apoyo social, los efectos en los niños pequeños se pueden ver exacerbados. Adicionalmente, algunos infantes y caminadores pueden ser más vulnerables que otros a los efectos de la depresión materna, según sus características temperamentales, su estado de salud y la disponibilidad de cuidadores alternativos.¹³

La relación entre la depresión materna y los problemas de adaptación en los niños ha sido bien documentada, sin embargo, quedan muchas preguntas acerca de los mecanismos que

subyacen estas asociaciones. Dichas preguntas son centrales al considerar las implicaciones clínicas de las investigaciones en esta área, incluyendo la prevención y el tratamiento. Por ejemplo, ¿cómo y por qué la depresión materna está relacionada con el desarrollo y la adaptación de los niños? ¿Por qué algunos hijos de madres deprimidas desarrollan síntomas psicopatológicos o tienen limitaciones en su funcionamiento, mientras que otros niños no? Existen muchos retos para la identificación y prueba de procesos causales, tales como procurar modelos y diseños de investigación lo suficientemente sofisticados que guíen el estudio de múltiples procesos que frecuentemente están interrelacionados.¹⁴

En los últimos años se advierte un progreso notable en el ámbito de la psiquiatría perinatal, disciplina que se ocupa de los aspectos psicopatológicos relacionados con el embarazo y el postparto. A la luz de este hecho, resulta fundamental que los profesionales de la gineco-obstetricia y la pediatría se familiaricen con estos avances, toda vez que el estrecho contacto que mantienen con las embarazadas/ puérperas proporciona una oportunidad única para diagnosticar y tratar precozmente la depresión materna del pre y/o postparto. Ello puede permitir evitar o minimizar numerosas consecuencias negativas que la depresión perinatal puede ocasionar a la madre, el entorno familiar y, en particular, a la descendencia, en la etapa de feto/lactante o incluso, en épocas más tardías de la vida. Como parte del cuadro clínico puede haber rechazo, rabia o ambivalencia con relación al embarazo, sobre todo si este no es planificado. Asimismo, la mujer puede experimentar angustia por la responsabilidad que significa asumir el rol de madre o sentirse culpable por creer que no está contribuyendo al bienestar de su bebé.¹⁵

Depresión posparto y vínculo madre-hijo(a): Como consecuencia de la DPP, se puede resentir el vínculo madre-hijo(a), sobre todo si la depresión permanece sin tratar. En algunos casos, las madres pueden involucrarse menos o, por el contrario, tornarse estimuladoras en exceso. Los hijos pueden responder menos, mostrarse menos propensos a la interacción y en general presentar más emociones negativas. En la actualidad se cuenta con múltiples estudios en los que se han documentado los numerosos efectos adversos asociados a la depresión materna posparto. Estas investigaciones han encontrado consecuencias negativas a nivel del vínculo madre-hijo(a) y el desarrollo infantil, tanto en términos emocionales, conductuales como cognitivos. Por ejemplo, Hay y colaboradores

encontraron que los preadolescentes cuyas madres presentaron una depresión a los tres meses de tenerlos; es decir, sufrieron de DPP, tuvieron coeficientes intelectuales significativamente más bajos que los niños cuyas madres no se deprimieron en ese período.¹⁶

Las mujeres con antecedentes de depresión crónica, bipolaridad u otras psicopatologías son más susceptibles de tener depresión posparto; de la misma forma, las que han sufrido episodios previos de depresión posparto están en mayor riesgo de volver a experimentarla. Datos significativos señalan que la depresión y el estrés durante la época perinatal pueden afectar adversamente la evolución obstétrica y el bienestar del niño. Asimismo, existen variables sociodemográficas como la insatisfacción laboral o económica que influyen en este padecimiento. La interacción entre mujeres con depresión posparto y sus hijos se distingue por falta de responsabilidad, pasividad, alejamiento o evitación.¹⁷

En la actualidad no existe una conceptualización que defina depresión prenatal; sin embargo, en la guía de referencia rápida Prevención, diagnóstico y manejo de la depresión prenatal y posparto se menciona como un factor de riesgo para el padecimiento de depresión posparto. De igual manera dentro de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) y problemas relacionados con la salud, la depresión prenatal se ubica en el apartado 099 “Otras enfermedades maternas clasificadas en otra parte, pero que complican el embarazo, el parto y el puerperio”. La depresión prenatal incrementa la morbilidad y la mortalidad tanto materna como del producto, es decir, se asocia a conductas poco saludables como la omisión de la atención prenatal o el incremento del uso de sustancias nocivas como alcohol, tabaco, fármacos y sustancias ilegales. De la misma manera, el trastorno depresivo en gestantes es un factor de riesgo para intentos de suicidio y suicidios consumados¹⁸

Un término importante por definir es el Baby Blues, es importante distinguir este término de la Depresión Postparto (DPP), el cual es una condición transitoria de síntomas leves como tristeza, irritabilidad, ansiedad, insomnio, disminución de la concentración y labilidad emocional. Se presenta en aproximadamente el 60% de las mujeres durante el puerperio, siendo un trastorno común cuya patogenia se desconoce, pero los cambios hormonales durante el postparto podrían originarlo. El cuadro clínico incluye; Síntomas leves como

tristeza, irritabilidad, ansiedad, insomnio, disminución de la concentración y labilidad emocional, que se desarrolla en el segundo o tercer día postparto y se puede prolongar incluso hasta 1 semana. Dentro su abordaje es importante una adecuada comunicación con la paciente, una historia clínica y examen físico detallados. El diagnóstico se realiza si hay 3 o 4 síntomas depresivos presentes. Se recomienda descanso, ideal que alguien más pueda hacerse cargo del bebé durante la noche para que la madre pueda conciliar el sueño. Entre sus complicaciones si ésta se prolonga más de una semana, cabe la posibilidad de que la paciente esté desarrollando una depresión postparto. No requiere tratamiento, es autolimitado es importante el apoyo familiar hacia la paciente.¹⁹

Se recomienda informar a la madre, la pareja y los familiares acerca de la existencia de esta entidad clínica; Tristeza Postparto (Baby Blues) especialmente sobre la diferencia con la DPP (Depresión Postparto) Se puede sugerir, también, que haya acompañamiento y apoyo familiar durante estos momentos, con el propósito de que la mujer pueda atravesar esta etapa con mayor facilidad. Es indispensable informar que el estado de tristeza postparto se debe primordialmente a los cambios hormonales, así como al ajuste familiar y social que enfrenta la madre. Así mismo, es preciso enfatizar que, si los síntomas aumentan o no han desaparecido después de dos a tres semanas, se debe contactar a un profesional de la salud.²⁰

TRATAMIENTO:

Tratamiento de la depresión en el embarazo: La evidencia actual sugiere que la depresión en el embarazo no tratada puede afectar negativamente tanto la salud de la madre como la del hijo por nacer. Estas complicaciones están principalmente asociadas con un aumento de la comorbilidad de las mujeres. Las consecuencias y riesgos de una depresión en el embarazo no tratado sobrepasan a los potenciales riesgos del uso de antidepresivos durante el embarazo. Durante el embarazo se sugiere iniciar el tratamiento con alternativas terapéuticas no farmacológicas, como intervenciones psicoterapéuticas individuales, grupales y familiares. El uso de psicofármacos debe ser evaluado en forma individual, según el caso.

a) Estrategias no farmacológicas y psicoterapia de la depresión en el embarazo Indicadas en pacientes embarazadas con depresiones leves a moderadas, o en aquellas mujeres que rechazan tratamiento farmacológico durante su embarazo. Psicoeducación: Favorecer mediante la conversación y a través de procesos cognitivos el reconocimiento de los cambios tanto físicos como emocionales y buscar técnicas de afrontamiento al período de cambios propio del embarazo. Intervenciones psicoterapéuticas basadas en Mindfulness (MBI): tienen la capacidad tanto para prevenir el desarrollo de un cuadro anímico y/o ansioso, como también para aliviar síntomas ansiosos y/o depresivos. Psicoterapia: La psicoterapia cognitivo conductual es una alternativa para la disminución de síntomas anímicos o ansiosos leves a moderados durante el embarazo, pero no para mejorar el vínculo madre-hijo, para lo cual las alternativas adecuadas serían intervenciones individuales o grupales de psicoterapia de apoyo o interpersonal.

Farmacoterapia: Su indicación está dada en mujeres embarazadas que cursan un cuadro depresivo moderado a severo, con falta de respuesta a otros tratamientos o cuando existe una alta probabilidad de recidiva. Considerando que todos los fármacos atraviesan la placenta la sugerencia es, dentro de lo posible, evitar el uso de psicofármacos durante las doce primeras semanas del embarazo debido al período de organogénesis. El riesgo de los psicofármacos se evalúa por las normas establecidas por la FDA. La mayor información disponible sobre uso de antidepresivos en el embarazo se asocia con ISRS; sertralina, citalopram y fluoxetina, los cuales mostrarían una escasa evidencia de teratogénesis en relación a su uso durante la gestación. Existen guías disponibles para el tratamiento de la

depresión en el embarazo, un consenso de éstas sugiere el uso de sertralina como tratamiento de primera línea en el embarazo y en la lactancia. Algunas sugieren evitar el uso de paroxetina durante el período de gravidez debido a que su uso se ha asociado a un aumento de riesgo de malformaciones cardiovasculares en el recién nacido.

Tratamiento de la depresión postparto: Los beneficios de la lactancia materna han sido ampliamente demostrados y difundidos tanto para la madre como el hijo. Durante la depresión postparto resulta necesario en muchos casos utilizar algún fármaco para su tratamiento con el subsecuente temor de la madre de tener que suspender la lactancia o de producir algún daño derivado del fármaco al bebé, lo que puede interferir en que las mujeres no consulten o lo hagan en forma tardía. Existen alternativas farmacológicas y no farmacológicas para el tratamiento de la depresión postparto, las cuales dependen entre otros factores de la severidad del cuadro. La mayoría de los psicofármacos son seguros para la lactancia. Una adecuada monitorización (observación) minimizaría los posibles efectos adversos. Para el adecuado tratamiento de la diada madre-bebé es necesario un equipo multidisciplinario.

- a) Tratamientos e intervenciones de depresión postparto Se utilizan en mujeres con depresiones leves a moderadas, que se encuentran en lactancia y no desean usar fármacos. Se recomienda psicoterapia cognitivo conductual o psicoterapia interpersonal (individual o grupal). Estrategias como psicoeducación tanto para la madre como para sus redes de apoyo y/o terapias grupales de apoyo también son de utilidad.
- b) Farmacoterapia de depresión postparto Frente a la necesidad de inicio de tratamiento farmacológico durante el periodo de lactancia debe revisarse en forma individualizada y entregar la información a la paciente sobre los riesgos y beneficios tanto para la madre como para el hijo de cada alternativa terapéutica a considerar. Los ISRS son el tratamiento de primera línea en el manejo de depresión postparto: sertralina, fluoxetina, escitalopram, citalopram. Diversos autores coinciden que el tratamiento de primera elección en el tratamiento de depresión postparto durante la lactancia es la sertralina. Brexanolone es el primer tratamiento farmacológico aprobado por la FDA para depresión postparto (marzo 2019), favorecer la

monoterapia y la utilización de la mínima dosis eficaz. Monitorizar posibles efectos adversos en el lactante.²¹

Existen otros medios y estrategias no farmacológicas que ayudan a preservar, fomentar o recuperar la salud materna, disponemos de un manual versión 2015 de la OPS/OMS llamado Pensamiento saludable, Manual para la atención psicosocial de la depresión perinatal que nos puede contribuir y guiar en la búsqueda de un abordaje integral de la salud mental materna, y con ello mejorar también la salud física.

Entre mucha información de utilidad perteneciente a este manual podemos citar lo siguiente;

“Las intervenciones psicosociales deben ser la primera línea del manejo de la depresión durante el embarazo y la lactancia materna, la medicación antidepresiva debe en lo posible evitarse en esta población. *Pensamiento saludable* es una intervención psicosocial para la depresión, basada en datos científicos, adaptada al período perinatal.

El enfoque de pensamiento saludable ofrece instrucciones para una comunicación empática, clara y sensible con las mujeres y sus familiares, así como para la movilización y el apoyo social.

Proporcionar psicoeducación. El enfoque de *Pensamiento Saludable* psicoeduca de una manera que evita la sobre medicalización. Para evitar estigmas, en lugar de trastorno depresivo o depresión se utilizan términos generalmente conocidos como estrés o carga. Proveer terapia cognitivo-conductual, si estuviera disponible, emplea imágenes y actividades estructuradas para aplicar un tipo simplificado de tratamiento basado en los principios de la terapia cognitivo-conductual. Ofrecer en lo posible tratamientos complementarios, como actividad física estructurada, relajación y resolución de problemas. El enfoque de pensamiento saludable integra estas actividades en la rutina diaria de la madre. Reactivar las redes de relaciones sociales. El enfoque de pensamiento saludable recalca la importancia del apoyo social durante toda la intervención. Prestar atención al bienestar general. El enfoque de pensamiento saludable aborda la salud física y psicológica de la madre, además de recalcar la importancia de la relación entre la madre y el hijo durante este período.²²

INSTRUMENTO DE EVALUACION

ESCALA DE EDIMBURGO:

La EPDS (Escala de Depresión Postparto de Edimburgo), que fue desarrollada en los centros de salud de Livingston y Edimburgo para ayudar a los profesionales de atención primaria en la detección de la depresión posnatal consta de 10 preguntas cortas auto aplicadas que hacen referencia a cómo se han sentido las madres durante la última semana; cada una de las respuestas es valorada de 0 a 3 puntos, obteniendo la puntuación global con la suma de todas ellas. Su sensibilidad y especificidad son variables según los estudios, pero en una revisión realizada por Eberhard-Gran et al, 8 sobre 18 estudios de validación de la EPDS entre los años 1987 y 2000 oscilaron entre el 65-100% y el 49-100%, respectivamente.²³

Diversos autores proponen diferentes puntos de corte para la escala, la decisión de utilizar uno y otro dependerá del objetivo que se busque con la aplicación de la prueba. Se recomienda utilizar un punto de corte de 9/10 para estudios de tamizaje dado que se obtiene una sensibilidad aceptable; si se usa para precisar los casos es preferible usar un corte de 12/13, ya que se logra una especificidad adecuada.²⁴

La Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) es una escala de auto reporte de 10 puntos, bien validada, para evaluar la intensidad del humor depresivo. Las preguntas incluyen: humor, ansiedad, culpa e idea de suicidio. Valoraciones de 10 o más han mostrado ser útiles para identificar depresión postparto. Algunos estudios han demostrado que valores de 12 tienen una sensibilidad de 86% y un valor predictivo positivo de 73% para identificar mujeres con depresión postparto.²⁵

La EPDS se ubica dentro de las escalas de auto reporte y comprende diez preguntas que exploran los síntomas comunes de un episodio o trastorno depresivo mayor o menor, que haya ocurrido quince días anteriores a su aplicación. Cada pregunta o reactivo se califica en un intervalo de 0 a 3 puntos, de acuerdo con la severidad o duración; requiere únicamente de 5 minutos para ser respondida y ha sido ampliamente aceptada por las mujeres en diversos ámbitos, ya sea en el hogar, en estudios de comunidad o bien en clínicas, hospitales y centros de desarrollo infantil. Con este instrumento se han informado

elevados niveles de confiabilidad en población del INPer la consistencia interna calculada a través del coeficiente alfa que reporta de 0.818.²⁶

Otras Herramientas de Evaluación para Los Trastornos Depresivos

1. Escala de depresión de Hamilton (Hamilton Depression Rating Scale-HAM-D) Esta herramienta se utiliza en pacientes ya diagnosticados con depresión y tiene su fuerza en la evaluación y la cartografía de la gravedad de la enfermedad. Su longitud lo hace menos práctico en entornos clínicos. La versión comúnmente utilizada tiene 17 artículos e incluye muchos síntomas somáticos, como disminución del apetito, pérdida de peso, fatiga, ansiedad e insomnio.

2. Escala hospitalaria de ansiedad y depresión (Hospital Anxiety and Depression Scale - HADS-) Esta sencilla escala de percepción abarca a la depresión (siete preguntas) y a la ansiedad (siete preguntas). Ha sido desarrollada para su uso en pacientes de medicina general y no se centra en los síntomas somáticos que son comunes entre los pacientes médicos. La HADS se puede comprar en el sitio Web de los proveedores.

3. Escala de depresión de Montgomery-Asberg (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale-MADRS-) Esta es una escala de clasificación clínica de 10 ítems que incluye síntomas somáticos. Se utiliza para medir la gravedad de los episodios depresivos.

4. Inventario de depresión de Beck (Beck Depression Inventory-BDI-) Esta es una escala subjetiva que debe ser completada por el paciente. Tiene ítems que se centran en la cognición depresiva del paciente. El BDI se puede comprar en el sitio Web del proveedor.

5. Cuestionario de salud del paciente (Patient Health Questionnaire-9-PHQ-9-) El PHQ-9 es un instrumento breve y útil en la atención primaria. Se puede autoadministrar y se utiliza para la detección, el seguimiento, y la evaluación del diagnóstico y la gravedad de la depresión.

6. Cuestionario de salud general de Goldberg.²⁷

Dentro de los estudios realizados en México con otros instrumentos está el de Ansiedad y depresión en pacientes embarazadas, de Sainz-Aceves KG evaluada mediante el cuestionario ansiedad y depresión (Goldberg) y factores de riesgo en pacientes embarazadas de 12-44 años de la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar (UMF) no. 51 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en dicho estudio Sainz-Aceves KG determinaron que el grupo para depresión fue el de 12-19 años, es decir en el grupo de edad más joven ²⁸

En un estudio llevado a cabo para depresión postparto en una población indigente en el Bronx, Nueva York, usando el EPDS realizado por Morris-Rush JK et al., cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de tamiz positivos para depresión postparto utilizando el Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) en una zona urbana: En sus visitas postparto, mujeres quienes fueron vistas en dos zonas urbanas, se auto administraron el EPDS, un umbral de 10 o más puntos fue seleccionado como tamiz positivo de depresión postparto. Morris-Rush JK et al. encontraron en su estudio 121 mujeres participaron en el estudio, y detectaron que un 27 (22%) de esas 121 pacientes tuvieron un tamiz positivo para depresión postparto, utilizando un punto de corte de 10 o más.²⁹

La depresión en el embarazo sin tratamiento es factor de riesgo para depresión posparto en 50 a 65 % y reacción depresiva puerperal (baby blues o maternity blues) hasta en 80 %, por lo que es importante la detección oportuna de la depresión en la atención primaria.⁵⁻⁷ Para su evaluación se utiliza la Escala de Edimburgo, que tiene una sensibilidad de 0.75 y una especificidad de 0.84. En México se ha informado una prevalencia de depresión posparto de 17 a 22 %. es importante llevar a cabo la búsqueda intencionada, principalmente en las mujeres que han cursado con algún evento depresivo que ameritó tratamiento y en las adolescentes embarazadas o con algún antecedente de riesgo. Como se refiere en la literatura, el embarazo en la adolescencia es un factor de riesgo para depresión.³⁰

ANTECEDENTES

En México entre los primeros estudios realizados con respecto a la depresión perinatal se encuentra el de Ortega Lucia, y cols. (México, 2001) "Prevalencia de depresión, a través de la Escala de Depresión Perinatal de Edinburg (EPDS), en el cual se realizó una determinación de la prevalencia de depresión durante el último trimestre del embarazo así como se determinó también la validez y confiabilidad de la EDPE, la investigación se llevó a cabo en una muestra de 360 mujeres en las semanas 28-34 de gestación, mediante la aplicación de la EDPE, en dicho estudio Ortega et al. determinaron un alfa de Cronbach de 0.818, así mismo detectaron en su estudio que un 21.7% de las mujeres de la muestra podría haber estado experimentando un probable episodio depresivo.³¹

Con respecto a los estudios previos existentes acerca de la presencia de depresión en mujeres en periodo postparto, en el estudio de Sierra Manzano J.M., et al. "Variables asociadas al riesgo de depresión postparto" en el que se evaluaron a mujeres en periodo postparto mediante la EPDS en dicho estudio se remitieron los cuestionarios por correo para ser completados por 306 mujeres, Sierra Manzano J.M., et al., se encontraron que un 15.7% de las mujeres encuestadas obtuvieron una EPDS ≥ 13 puntos, indicativa de depresión postparto así mismo en su artículo Sierra Manzano J.M., et al concluyeron que el riesgo de depresión posparto se relaciona principalmente con variables socioeconómicas y familiares. La detección de dichas variables y la aplicación de la EPDS tras el parto alertan sobre una posible depresión posparto, lo que permite iniciar su estudio y seguimiento en beneficio de la madre y de la posterior evolución del recién nacido.³²

Un estudio más reciente en México fue el llevado a cabo por Espíndola JG, et al., en el que se llevó a cabo una investigación en la consulta externa del INPer, en una muestra de 264 pacientes, entre las semanas 13-40 de gestación, a quienes aplicaron EPDS, dicho estudio encontró que la confiabilidad obtenida mediante alfa de Cronbach fue de 0.8454, similar a los obtenidos en investigaciones previas, en el estudio Espíndola JG, et al. concluyeron que la EPDS demostró ser un instrumento confiable y valido para la detección de "probable depresión perinatal" en pacientes que cursan un embarazo entre as semanas 13 y 40.³³

Otro estudio realizado por Alvarez Escutia A, et al, "Frecuencia de depresión postparto en pacientes de dos clínicas de medicina familiar en México", en 2008, fue realizado en dos clínicas: "Dr. Ignacio Chávez" y "Tlalnepantla" de junio; dirigida a las pacientes en el posparto de 4 semanas a 6 meses, previo consentimiento informado, se aplicó el instrumento que constó de cinco secciones: 1) ficha de identificación, 2) antecedentes gineco-obstétricos, 3) información de los integrantes de la familia, 4) criterios del DSM IV y 5) cuestionario de EDPS, Alvarez Escutia A, et al obtuvieron los siguientes resultados: Se aplicaron 130 encuestas, se detectaron de acuerdo a los criterios del DSM IV 32 pacientes (24.6%) y con el EDPS 22 pacientes (16.9%) sospechas de depresión posparto respectivamente. Sus conclusiones fueron: Se identificaron pacientes sospechosas de presentar depresión posparto mediante el cuestionario EDPS. Instrumento útil para detectar posible depresión posparto ³⁴

En países de América Latina también se han llevado a cabo estudios respecto a este tema, en el estudio de Luna Matos ML, et al. Depresión mayor en embarazadas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú. El cual fue un estudio descriptivo transversal en donde se analizó a 222 mujeres gestantes de 16-42 años con bajo riesgo obstétrico que acudieron a la consulta externa del Departamento de Obstetricia del Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú, a cada embarazada se le aplicó la escala de depresión de Edimburgo y un cuestionario sobre datos sociodemográficos y obstétricos. Luna Matos ML, et al., encontraron que, de las 222 gestantes estudiadas, 89 (40,1%) presentaron depresión mayor. Las mujeres casadas tendían a deprimirse menos; las que no planificaron su embarazo y que presentaron complicaciones durante su gestación tendieron a deprimirse más que sus pares. No se encontró que la edad, el número de hijos, la edad gestacional, el nivel educacional, los antecedentes de aborto, el consumo de alcohol u otras sustancias, la falta de apoyo familiar y la percepción de tener problemas de pareja, familiares, económicos o personales influyeran en la frecuencia de depresión. ³⁵

Tenemos también que en el estudio de Rodríguez-Baeza AK, et al, Prevalencia y factores asociados a depresión perinatal en una institución de salud México 2017 en el cual se evaluó a 258 mujeres embarazadas. Uno de los instrumentos empleados fue la escala de depresión de Edinburgo, Rodríguez-Baeza AK, et al determinaron una prevalencia de depresión prenatal de 16.66%. ³⁶

JUSTIFICACIÓN

Magnitud: La depresión es una enfermedad común, que afecta a una gran proporción de mujeres en edad fértil. No existe un consenso sobre si la depresión posparto es más o menos grave que la depresión en otros períodos de la vida y hay poca evidencia de que la naturaleza de los síntomas varíe entre la depresión prenatal, posparto y la depresión en otro periodo de la vida. En esta investigación se identificará sintomatología depresiva en pacientes embarazadas y/o postparto mediante la Escala para depresión posparto de Edimburgo.

La enfermedad mental es también un factor significativo en la mortalidad materna. Se ha encontrado que en la mayoría de las mujeres que mueren por suicidio se ha encontrado presente un grave trastorno del estado de ánimo.

Factibilidad: Es posible realizar el estudio, pues solamente se necesitarán hojas de papel, plumas, equipo de cómputo, USB, que serán utilizadas recabar información y analizarla.

Viabilidad: Los programas de atención a la salud en México contemplan a la salud materna como área fundamental y prioritaria de atención y un aspecto fundamental de ésta es la salud mental materna que a su vez repercute en la salud del producto

Vulnerabilidad: Dicha investigación resulta pertinente para el manejo de la población de mujeres embarazadas y/o en periodo postparto, ya que el manejo correcto de esta enfermedad beneficia al paciente y a su institución.

Trascendencia: La importancia de este estudio es fundamental, ya que la salud materna en nuestro país como parte de las prioridades en salud no solo nacional sino a nivel mundial, engloba diversos aspectos de dicha condición, entre ellos el bienestar tanto físico como mental de las pacientes embarazadas. La depresión perinatal es especialmente importante porque se produce en un momento crítico en la vida de la madre, su bebé y su familia. Si no se trata a tiempo, puede dar lugar a un efecto prolongado y deletéreo sobre la relación entre la madre y el bebé y sobre el desarrollo psicológico, social y educativo del niño. La relación entre la madre y su pareja también puede verse afectada negativamente.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La depresión y los trastornos relacionados afectan el bienestar de la mujer, su hijo y su pareja e impactan en las relaciones dentro de la familia, durante un tiempo que es fundamental para el futuro de la salud y el bienestar de los niños. El impacto de los trastornos de salud mental durante el período perinatal independientemente de si los síntomas son leves, moderados o severos, se sabe que los problemas de salud mental materna tienen un impacto significativo en todos los aspectos de la vida de una mujer, y también afectan a los niños, parejas y familias, el impacto sobre la mujer con síntomas de depresión posparto en combinación con fatiga extrema y las responsabilidades adicionales de un nuevo bebé pueden crear dificultades en las relaciones íntimas de la mujer y en su capacidad para cuidar de su bebé, la ansiedad y los trastornos depresivos se encuentran asociados con estrés en la relación, que puede conducir a una pérdida de las redes de apoyo y al posterior aislamiento si no se resuelve. A largo plazo, la depresión también puede tener un impacto en la participación de la mujer en la fuerza laboral y su elegibilidad para el seguro de vida, seguro de viaje o seguro de protección de ingresos. Se ha reconocido universalmente que la salud mental de los padres es uno de los determinantes clave para el desarrollo saludable de los niños, el desarrollo infantil social, psicológico, conductual y cognitivo se produce en el contexto de una relación de cuidado y que la madre (o persona de cuidados primarios) y el infante son una unidad. La angustia materna durante el embarazo influye en los resultados obstétricos del parto y puede afectar negativamente el desarrollo del cerebro fetal y, por lo tanto, e influir en el comportamiento infantil. Los trastornos de la salud mental materna en el posparto tienen un impacto sobre la lactancia, el estado nutricional y la salud del infante, y sobre las tasas de crecimiento. Un trastorno de salud mental puede afectar las relaciones, el trabajo, la educación y la vida social, así como la salud física y mental.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la presencia de sintomatología depresiva en pacientes embarazadas y/o en periodo postparto determinada mediante Escala de Edimburgo en el H.G.Z./M.F. No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”?

OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL

Determinar la presencia de sintomatología depresiva en pacientes embarazadas y/o en periodo postparto del H.G.Z./U.M.F. No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Obtener los datos acerca de la presencia de sintomatología depresiva pacientes embarazadas y en periodo postparto del del H.G.Z./M.F. No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”.
- Identificar a la población de pacientes embarazadas y en periodo postparto que presentan sintomatología depresiva del H.G.Z./M.F. No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”.
- Determinar la edad de las pacientes embarazadas y/o en periodo postparto que presentan sintomatología depresiva del H.G.Z./M.F. No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” en años; de los 18 años a mayores de 41 años
- Definir la edad de las pacientes embarazadas y/o en periodo postparto que presentan sintomatología depresiva del H.G.Z./M.F. No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”.
- Precisar el estado civil de la paciente, de acuerdo con lo siguiente: Soltera, casada, unión libre, divorciada.
- Medir el nivel de escolaridad que presente cada paciente de acuerdo a los siguientes rubros: Nivel básico, Nivel medio, Nivel medio superior
- Establecer la ocupación de cada paciente, en los rubros siguientes: Empleada, desempleada.
- Determinar la presencia o no de una religión, manifestada por cada paciente, de la siguiente manera: Con religión, sin religión
- Definir la presencia o no de comorbilidades en cada paciente, conforme a la siguiente clasificación: HAS (Hipertensión arterial sistémica), Alteraciones tiroideas, otras comorbilidades.
- Establecer el número de embarazo que esté presente en las pacientes embarazadas conforme a la siguiente clasificación: Primera gesta, segunda gesta, tercera gesta, cuarta gesta o más.

- Precisar el trimestre de embarazo presente en cada paciente: Primer trimestre de embarazo, segundo trimestre de embarazo, tercer trimestre de embarazo
- Determinar la presencia o no de embarazo en cada paciente.
- Cuantificar mediante la aplicación de la “escala de Edimburgo” para pacientes con sintomatología depresiva en periodo perinatal, la presencia o la ausencia de dicha sintomatología.
- Cuantificar el resultado de dicha encuesta y catalogar de acuerdo con los siguientes puntos de corte: puntaje no sugestivo de depresión (0-10), puntaje sugestivo de depresión: Mayor o igual a 11 puntos)

HIPOTESIS

Se realizan con fines de enseñanza.

Hipótesis Nula (H_0):

No existe presencia de sintomatología depresiva en pacientes embarazadas y en periodo postparto en el H.G.Z./U.M.F. No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”.

Hipótesis Alterna (H_1):

Existe presencia sintomatología depresiva en pacientes embarazadas y/o en periodo postparto en el H.G.Z./M.F. No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”.

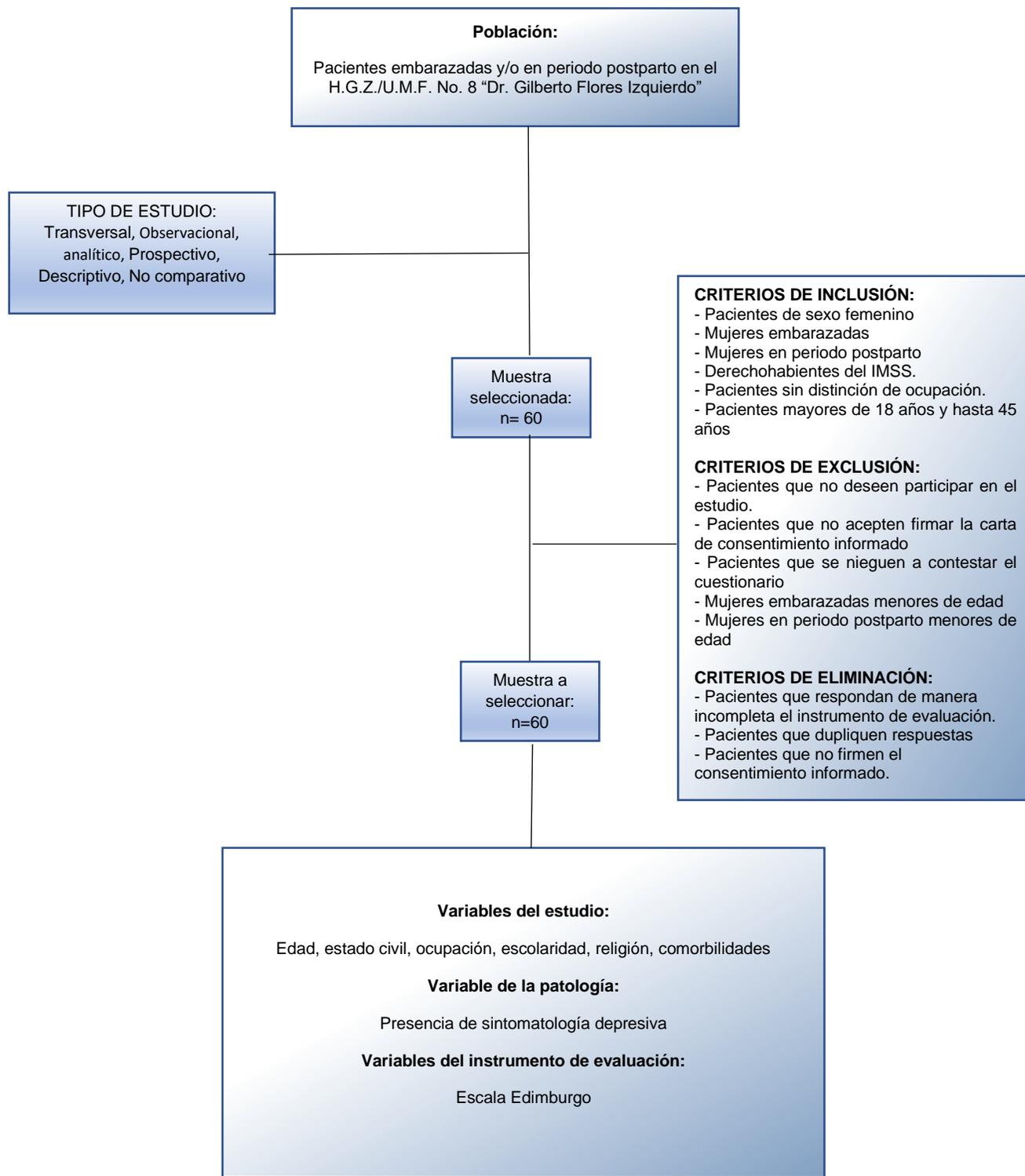
MATERIAL Y METODOS

TIPO DE INVESTIGACIÓN

Este es un estudio, transversal, prospectivo, descriptivo y observacional:

- a) **TRANSVERSAL:** Según el número de una misma variable o el periodo y secuencia del estudio.
- b) **PROSPECTIVO:** Según proceso de tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información.
- c) **DESCRIPTIVO:** Según el control de las variables o el análisis y alcance de los resultados.
- d) **OBSERVACIONAL:** Ya que la investigación solo describe el fenómeno estudiado.

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:



POBLACIÓN O UNIVERSO

El estudio se realizó en una población urbana en el H.G.Z./U.M.F. No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”, en la CDMX en pacientes mujeres adultas embarazadas y/o mujeres en periodo postparto mayores de edad.

UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL DE LA POBLACIÓN

La investigación se llevó a cabo en el HGZ/MF 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo que se ubica en Río Magdalena No 289 Tizapán San Ángel C.P. 01090, Distrito Federal México. En un periodo comprendido de 3 años.

MUESTRA

El tamaño de la muestra necesaria para este estudio descriptivo de una variable dicotómica fué de 60 pacientes con un intervalo de confianza de 95% (Z), con una proporción del 0.20 Con amplitud total del intervalo de confianza 0.20

DEFINICIÓN DE CONCEPTOS DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA:

n=Tamaño muestral

Z alfa= Desviación normal estandarizada para alfa bilateral.

P= Proporción esperada.

(1-P) = Nivel de confianza del 95%

W= Amplitud del intervalo de confianza.

$$N= 4 \frac{Z\alpha^2 P (1-P)}{W^2}$$

$$N= 4 (1.96)^2 * 0.20 (0.80) / 0.20^2$$

$$N= 4 (3.8416) * (0.16) / 0.04$$

$$N= 15.3664 (0.16) / 0.04$$

$$N= 2.4586 / 0.04$$

$$N= 60$$

Total de la muestra=60 pacientes

CRITERIOS DE SELECCIÓN

● CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes de sexo femenino
- Mujeres embarazadas
- Mujeres en periodo postparto
- Derechohabientes del IMSS.
- Pacientes sin distinción de ocupación.
- Pacientes mayores de 18 años y hasta 45 años

● CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes que no deseen participar en el estudio.
- Pacientes que no acepten firmar la carta de consentimiento informado
- Pacientes que se nieguen a contestar el cuestionario
- Mujeres embarazadas menores de edad
- Mujeres en periodo postparto menores de edad

● CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

- Pacientes que respondan de manera incompleta el instrumento de evaluación.
- Pacientes que dupliquen respuestas
- Pacientes que no firmen el consentimiento informado.

VARIABLES

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS:

1. Edad
2. Edad en rangos
3. Estado civil
4. Escolaridad
5. Ocupación
6. Religión
7. Comorbilidades

VARIABLES DE LA PATOLOGÍA:

Presencia de sintomatología depresiva

VARIABLES DEL INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN:

1. Escala de Edimburgo

OTRAS VARIABLES:

- Numero de gesta
- Trimestre de embarazo

ESPECIFICACIÓN DE VARIABLES:

VARIABLE INDEPENDIENTE:

- Condición; Embarazo/puerperio

VARIABLE DEPENDIENTE:

- Presencia de sintomatología depresiva en mujeres embarazadas y/o en periodo postparto

DEFINICION CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES:

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	DEFINICIÓN OPERATIVA	VALORES
Edad	Periodo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento actual	Cuantitativa	Continua	Se medirá la edad de las pacientes en años en números enteros, de los 18 años a mayores de 41 años.	Números enteros
Edad en rangos	Es el intervalo entre el valor máximo y el valor mínimo concedido en los datos. Permite obtener una idea de la dispersión de los datos, cuanto mayor es el rango, más dispersos están los datos.	Cualitativa	Ordinal	Se cuantificará la edad de las pacientes de acuerdo con 5 rangos que incluyen desde los 18 años a mayores de 41 años distribuidos de la siguiente manera: <ul style="list-style-type: none"> • Rango:18-23 años • Rango:24-29 años • Rango:30-35 años • Rango:36-41 años • Rango: Mas de 41 años 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 18-23 años 2. 24-29 años 3. 30-35 años 4. 36-41 años 5. Mas de 41 años
Estado Civil	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Cualitativa	Nominal	Se medirá esta variable de acuerdo con el estado civil de la paciente, de la siguiente manera: <ul style="list-style-type: none"> • Soltera • Casada • Unión libre • Divorciada 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Soltera 2. Casada 3. Unión libre 4. Divorciada
Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.	Cualitativa	Ordinal	Esta variable se medirá de acuerdo con el nivel de escolaridad que presente cada paciente de la siguiente manera: <ul style="list-style-type: none"> • Nivel básico • Nivel medio • Nivel medio superior 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Educación básica 2. Educación nivel medio 3. Educación nivel medio superior
Ocupación	Es el oficio o profesión (cuando se desempeña en ésta) de una persona, independiente del sector en que puede estar empleada, o del tipo de estudio que hubiese recibido. Generalmente se define en términos de la combinación de trabajo, tareas y funciones desempeñadas.	Cualitativa	Nominal	Esta variable se medirá de acuerdo con la ocupación de cada paciente, en los rubros siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • Empleada • Desempleada 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Empleada 2. Desempleada

Religión	Conjunto de creencias religiosas, de normas de comportamiento y de ceremonias de oración o sacrificio que son propias de un determinado grupo humano y con las que el hombre reconoce una relación con la divinidad (un dios o varios dioses).	Cualitativa	Nominal	La variable se medirá de acuerdo con la presencia o no de una religión, manifestada por cada paciente, de la siguiente manera: <ul style="list-style-type: none"> • Con religión • Sin religión 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Con religión 2. Sin religión
Comorbilidades	La presencia de uno o más trastornos (o enfermedades) además de la enfermedad o trastorno primario	Cualitativa	Nominal	Esta variable se medirá de acuerdo con la presencia o no de comorbilidades en cada paciente, conforme a la siguiente clasificación: <ul style="list-style-type: none"> • HAS (Hipertensión arterial sistémica) • Alteraciones tiroideas • Otras comorbilidades 	<ol style="list-style-type: none"> 1. HAS 2. Alteraciones tiroideas 3. Otras comorbilidades
Número de gesta	Número de veces que ha estado embarazada una mujer, incluyendo abortos, embarazos ectópicos, molas hidatiformes e incluye el embarazo actual	Cuantitativa	Discontinua	Esta variable se medirá de acuerdo con el número de embarazo que esté presente en las pacientes embarazadas conforme a la siguiente clasificación: <ul style="list-style-type: none"> • Primera gesta • Segunda gesta • Tercera gesta • Cuarta gesta o más 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Primera gesta 2. Segunda gesta 3. Tercera gesta 4. Cuarta gesta o más
VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	DEFINICIÓN OPERATIVA	VALORES
Trimestre de embarazo	División en tiempo del embarazo, puede dividirse en trimestres: <ul style="list-style-type: none"> - El primer trimestre va de la 1ª SDG hasta el final de la semana 12ª SDG - El segundo trimestre va de la 13ª SDG hasta el final de la semana 26ª SDG 	Cuantitativa	Continua	Esta variable se medirá de acuerdo con el trimestre de embarazo presente en cada paciente: <ul style="list-style-type: none"> • Primer trimestre de embarazo • Segundo trimestre de embarazo • Tercer trimestre de embarazo 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Primer trimestre de embarazo 2. Segundo trimestre de embarazo 3. Tercer trimestre de embarazo

	- El tercer trimestre va de la 27ª SDG hasta el final del embarazo.				
Condición: Embarazo	Embarazo: En la mujer, proceso de gestación de un hijo que va desde la implantación en el útero del óvulo fecundado hasta el parto. En la especie humana el embarazo dura aproximadamente 9 meses. Durante el embarazo se producen en la mujer importantes cambios fisiológicos, metabólicos y morfológicos.	Cualitativa	Nominal	La variable se medirá de acuerdo con la presencia o no de embarazo en cada paciente: <ul style="list-style-type: none"> • Si se encuentra embarazada • No se encuentra embarazada 	1. Si 2. No
Sintomatología depresiva	Los síntomas de la depresión durante el embarazo y en el posparto no difieren de los de la depresión en otras etapas de la vida; es decir, existe estado de ánimo bajo y sentimientos de culpa, pero en la depresión posparto sobresale la tendencia al llanto y la labilidad emotiva. Las ideas de culpa se refieren a la situación de la maternidad, hay sentimientos de insuficiencia, incapacidad, irritabilidad, pérdida del deseo sexual e ideas obsesivas o franco rechazo al niño, en los casos más graves.	Cualitativa	Nominal	Esta variable será cuantificada mediante la aplicación de la “escala de Edimburgo” para pacientes con sintomatología depresiva en periodo perinatal, cuyo resultado se catalogará en los rubros siguientes de acuerdo: <ul style="list-style-type: none"> • Con presencia de sintomatología depresiva • Sin presencia de sintomatología depresiva 	1. Si presenta sintomatología depresiva 2. No presenta sintomatología depresiva
Escala de Edimburgo	La Escala para Depresión Postparto de Edimburgo EPDE se ubica dentro de las escalas de autor reporte y comprende diez preguntas que exploran los síntomas comunes de un episodio o trastorno depresivo mayor o menor, que haya ocurrido quince días anteriores a su aplicación	Cuantitativa	Continua	Esta variable será medida por medio de la aplicación de la “escala de Edimburgo” para pacientes con sintomatología depresiva en periodo perinatal, cuyo resultado se catalogará en los rubros siguientes de acuerdo con los siguientes puntos de corte: <ul style="list-style-type: none"> • Puntaje no sugestivo de depresión (0-10) 	1. Puntaje no sugestivo de depresión (0-10) 2. Puntaje sugestivo de depresión 3. (Mayor o igual a 11 puntos)

				<ul style="list-style-type: none">• Puntaje sugestivo de depresión: Mayor o igual a 11 puntos)	
--	--	--	--	--	--

Elaboró: Esther Cruz Sánchez

DISEÑO ESTADISTICO

El análisis estadístico se llevó a cabo a través del programa SPSS 21 de Windows. Para el análisis de los resultados se utilizaron medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar, varianza, rango, valor mínimo y valor máximo), frecuencias, rangos, estimación de medias y proporciones con intervalos de confianza, se calcularon distribución de las frecuencias y porcentajes. El tipo de muestra es representativa y se calculó a través de la prevalencia. Tomando como valor de la proporción esperada (p) 0.20 de sujetos que presentan la variable de interés, con un nivel de confianza del 95%. La muestra que se estudió es de 60 pacientes.

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

“ESCALA DE EDIMBURGO”

La Escala para Depresión Postparto de Edimburgo EPDE se ubica dentro de las escalas de autorreporte y comprende diez preguntas que exploran los síntomas comunes de un episodio o trastorno depresivo mayor o menor, que haya ocurrido quince días anteriores a su aplicación. Cada pregunta o reactivo se califica en un intervalo de 0 a 3 puntos, de acuerdo con la severidad o duración; requiere únicamente de 5 minutos para ser respondida y ha sido ampliamente aceptada por las mujeres en diversos ámbitos, ya sea en el hogar, en estudios de comunidad o bien en clínicas, hospitales y centros de desarrollo infantil. En la presente tesis se utilizó el cuestionario “Escala de Edimburgo”

La puntuación total se obtiene sumando los valores de los ítems

El rango de la puntuación obtenida puede variar de 0-30 puntos. Diversos autores proponen diferentes puntos de corte para la escala, la decisión de utilizar uno y otro dependerá del objetivo que se busque con la aplicación de la prueba. Se recomienda utilizar un punto de corte de 9/10 para estudios de tamizaje dado que se obtiene una sensibilidad aceptable; si se usa para precisar los casos es preferible usar un corte de 12/13, ya que se logra una especificidad adecuada.

Por lo anterior y en concordancia con los estudios revisados, en la presente tesis se utilizó el punto de corte sugerido para estudios de tamizaje y también sugerido en la GPC Prevención, Diagnóstico y Manejo de la Depresión prenatal y Postparto en el Primero y Segundo Niveles de Atención que propone un puntaje de 11 o más puntos como indicador de sospecha de depresión posparto

Se menciona en diversos estudios que es la EPDE es la escala más utilizada en población latina e internacionalmente para la valoración sintomatología depresiva en periodo perinatal.

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se utilizó para la investigación una hoja de recolección de datos, para la cual se obtuvieron los siguientes datos de las pacientes que ingresen al servicio de consulta externa de medicina familiar con el diagnóstico de embarazo, los datos obtenidos fueron; Edad, Ocupación, Estado civil, Religión, condición (embarazo/puerperio), número de gesta, en el caso de pacientes embarazadas; trimestre de embarazo, y comorbilidades

MÉTODO DE RECOLECCIÓN

La recolección de muestras y su procesamiento se llevó a cabo por la investigadora de la tesis, Dra. Esther Cruz Sánchez en el H.G.Z./U.M.F. No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”. Previo acuerdo con las autoridades del H.G.Z./U.M.F. No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” del IMSS y con la aprobación del proyecto de investigación.

Se procedió a la selección de pacientes (de acuerdo con los criterios de inclusión) con diagnóstico de embarazo y/o puerperio en el rango de edad 18-45 años que ingresen al servicio de consulta externa de medicina familiar en el H.G.Z./U.M.F. No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”.

A las pacientes seleccionadas se les invitó de forma verbal, se les brindó información de lo que implica su participación en el protocolo de investigación. A quienes aceptaron se les entregó una hoja de consentimiento informado, la cual leyeron y firmaron si estuvieron de acuerdo con lo expuesto en dicho documento.

El tiempo aproximado para resolver el test fue de 15 minutos, así mismo se interrogaron las variables sociodemográficas, datos que fueron registrados en una hoja de recolección de datos para, de esta forma finalizar el llenado de la misma.

Posteriormente se llevó a cabo la recolección de las encuestas, y el concentrado de la información en una hoja de trabajo de Excel, para realizar su análisis y aplicación de pruebas estadísticas en el programa SPSS 21.

MANIOBRAS PARA CONTROLAR SESGOS

CONTROL DE SESGOS DE INFORMACIÓN:

- Se utilizaron artículos recientes en fuentes bibliográficas reconocidas.
- Se realizó una revisión sistemática de la literatura de la medicina basada en evidencia y de fuentes de información confiable.

CONTROL DE SESGOS DE MEDICIÓN:

- Se utilizó el cuestionario (EPDS) Escala para Depresión Perinatal Edimburgo. Su reproducibilidad es excelente, con coeficientes de Alpha de Cronbach ponderado de 0.81 intra-observador y mayores de 0.84 Inter-observador.

CONTROL DE SESGOS DE SELECCIÓN:

- Se calculó el tamaño de la muestra para un estudio descriptivo con una población de 60 pacientes, con un intervalo de confianza de 95%.
- Se eligieron grupos representativos en base a criterios de inclusión, exclusión y eliminación.

CONTROL DE SESGOS DE ANÁLISIS:

- Para minimizar errores en el proceso de captura de información se verificaron los datos recabados.
- No se manipularon los resultados con la intención de lograr objetivos de conclusiones.
- Se corroboró que el instrumento no tenga errores de redacción.
- Se verificó que el paciente sepa leer, escribir y no tenga problemas visuales.
- Se aseguró que el paciente no sea ayudado por terceras personas.

- El examinador explico al sujeto, sus dudas siendo este quien señale sus percepciones u opiniones.
- Se registraron y analizaron los datos obtenidos de los cuestionarios correctamente, excluyendo los cuestionarios que se encuentren sin concluir.



**CRONOGRAMA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL**

**DETERMINACIÓN DE LA PRESENCIA DE SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA EN PACIENTES
EMBARAZADAS Y/O EN PERIODO POSTPARTO EN EL H.G.Z./U.M.F. NO. 8 "DR. GILBERTO
FLORES IZQUIERDO"**

2019-2020

FECHA	MAR 2019	ABR 2019	MAY 2019	JUN 2019	JUL 2019	AGO 2019	SEP 2019	OCT 2019	NOV 2019	DIC 2019	ENE 2021	FEB 2021
TITULO		A										
ANTECEDENTES		A										
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA		A										
OBJETIVOS		A										
HIPOTESIS		A										
PROPOSITOS			A									
DISEÑO METODOLOGICO					A							
ANALISIS ESTADISTICO						A						
CONSIDERACIONES ETICAS						A						
RECURSOS							A					
BIBLIOGRAFIA											A	
ASPECTOS GENERALES												A

2020-2021

FECHA	MAR 2021	ABR 2021	MAY 2021	JUN 2021	JUL 2021	AGO 2021	SEP 2021	OCT 2021	NOV 2021	DIC 2021	ENE 2022	FEB 2022
REGISTRO Y AUTORIZACIÓN POR CLIS				P								
PRUEBA PILOTO				P								
ETAPA DE EJECUCION DEL PROYECTO				P								
RECOLECCION DE DATOS					P	P	P	P	P			
ALMACENAMIENTO DE DATOS							P	P	P			
ANALISIS DE DATOS									P			
DESCRIPCION DE DATOS										P		
DISCUSIÓN DE DATOS											P	
CONCLUSION DEL ESTUDIO											P	
INTEGRACION Y REVISION FINAL											P	
REPORTE FINAL											P	
AUTORIZACIONES												P
IMPRESIÓN DEL TRABAJO												P
PUBLICACION												P

INICIO
 FIN
 PENDIENTE
 APROBADO

Autores: Angelica Maravillas Estrada ¹, Eduardo Vilchis Chaparro², Yazmín A. Garduño Martínez ³, Cruz Sánchez Esther⁴.

1. Médico especialista en medicina Familiar, Profesora Titular de La Especialidad de Medicina Familiar adscrita a HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"
2. Médico especialista en medicina Familiar, Maestro en Ciencias de la Educación. Doctor en Ciencias de la Familia, Doctor en Alta Dirección en Establecimientos de Salud, Profesor Médico del CIEFD Siglo XXI
3. Médico Especialista en psiquiatría, adscrita al HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"
4. Médico Residente de la especialidad de Medicina Familiar HGZ/MF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"

RECURSOS HUMANOS, FÍSICOS, MATERIALES Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO

Recursos humanos

Investigador y recolector de datos: Cruz Sánchez Esther

Directora de protocolo: Maravillas Estrada Angelica

Asesor metodológico: Vilchis Chaparro Eduardo.

Asesora clínica: Garduño Martínez Yazmín Adriana

Recursos físicos

Instalaciones del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 “**Dr. Gilberto Flores Izquierdo**” del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Recursos materiales

Equipo de cómputo, impresora con tinta negra, lápices, plumas y hojas de papel blanco, fotocopidora, USB para almacenar datos, fotocopias del instrumento a utilizar.

Financiamiento del estudio

Todos los gastos para la realización del este estudio serán financiados por el investigador

ASPECTOS ÉTICOS

El presente proyecto de investigación está bajo las consideraciones del Reglamento de la Ley General de Salud, que hace referencia a los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, así como también bajo los criterios de la Norma Oficial de Investigación Científica (Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012) que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

Para garantizar la pertinencia ética de esta investigación, se parte del reconocimiento de los principios establecidos en el **Código de Núremberg**, la declaración de Helsinki y las diferentes declaraciones de la Asociación Médica Mundial, la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, además de los principios establecidos en el **Informe Belmont** en materia de investigación en seres humanos.

Declaración de Helsinki

La Declaración fue originalmente adoptada en junio de 1964 en Helsinki, Finlandia, y ha sido sometida a cinco revisiones y dos clarificaciones, creciendo considerablemente de 11 a 37 párrafos. La Asociación Médica Mundial (AMM) promulgó la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables. Se agregan los párrafos más relevantes sobre los cuales se fundamenta el actual protocolo de investigación:

Párrafo 6: El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.

Párrafo 7: La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.

Párrafo 10: Los médicos deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico nacional o internacional disminuya o elimine cualquiera medida de protección para las personas que participan en la investigación establecida en esta Declaración.

Párrafo 22: El proyecto y el método de todo estudio en seres humanos deben describirse claramente y ser justificados en un protocolo de investigación. El protocolo debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso y debe indicar cómo se han considerado los principios enunciados en esta Declaración.

Párrafo 25: La participación de personas capaces de dar su consentimiento informado en la investigación médica debe ser voluntaria.

Durante las diferentes etapas de diseño, implementación y comunicación de los resultados de esta investigación, prevalecerá el criterio del respeto a la dignidad y protección de los derechos y bienestar de las personas que participan en la misma, como lo establece el Artículo 13 del Capítulo I, Título segundo del **Reglamento de la Ley General de Salud**, en Materia de Investigación para la Salud.

Se considera que esta investigación será realizada en un grupo que reúne las características de grupos subordinados, siendo una población de estudiantes en entornos hospitalarios, como lo establece el Reglamento de la Ley General de Salud, en Materia de Investigación para la Salud. Por lo que se implementarán las acciones necesarias para dar cumplimiento a lo establecido por la misma, y a fin de salvaguardar su integridad.

Artículo 17.- Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este Reglamento, las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías:
I. Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los

individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta;

II. Investigación con riesgo mínimo: Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva; electrocardiograma, termografía, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimiento profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 ml. en dos meses, excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico, autorizados para su venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación que se definen en el artículo 65 de este Reglamento. El protocolo de investigación presentado entra en este rubro ya que se realizarán encuestas con un instrumento transculturalizado.

III. Investigación con riesgo mayor que el mínimo: Son aquéllas en que las probabilidades de afectar al sujeto son significativas, entre las que se consideran: estudios radiológicos y con microondas, ensayos con los medicamentos y modalidades que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, ensayos con nuevos dispositivos, estudios que incluyan procedimientos quirúrgicos, extracción de sangre mayor al 2% del volumen circulante en neonatos, amniocentesis y otras técnicas invasoras o procedimientos mayores, los que empleen métodos aleatorios de asignación a esquemas terapéuticos y los que tengan control con placebos, entre otros.

Ya que se considera como riesgo de la investigación “a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio”, el presente proyecto se puede clasificar como estudio clase II, con riesgo mínimo. Si bien se realizará una intervención que no plantea modificar la conducta de los participantes, las

preguntas contenidas en los instrumentos de evaluación, podría llegar a incidir en la esfera emocional de los alumnos.

Por lo tanto, durante todo el proceso de la investigación y publicación de resultados se contemplan:

1. Confidencialidad: Los datos de identificación de cada uno de los participantes se utilizarán única y exclusivamente para fines de investigación del, así mismo los resultados derivados del presente estudio se reportarán y se publicarán en forma anónima respetando la confidencialidad de los participantes.
2. Consentimiento Informado: Se realizará una explicación clara y completa de la justificación y objetivos de la investigación, así como de su participación, riesgos y beneficios, apoyo y orientación en caso de que derivado de su participación se encontrara en situación de necesitarlas.

Se explicará el carácter de voluntario de su participación con los derechos asociados a dicha voluntariedad. Se explicará el carácter anónimo de su participación.

Se le brindará una explicación adecuada para cada caso sobre los contenidos del documento Informado, mismo que se le otorgará para su lectura y firma, facilitando la comunicación con los investigadores en caso de que existan dudas.

Tomando como fundamento al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación, y los lineamientos del Instituto Mexicano de Seguro Social para la investigación en salud, el documento contiene los siguientes datos:

Nombre completo con que fue registrado el proyecto en el comité local de investigación, número de registro, efectos adversos que pudieran presentarse, beneficios y obligaciones de los participantes, así como nombre completo y teléfonos del investigador principal, nombre completo del participante, así como de dos testigos (ver anexos).

El consentimiento informado será recabado por alguna persona que no se encuentre en una situación jerárquica en la cual el participante pueda estar sujeto a presiones por subordinación.

El paciente tiene:

1. Derecho a retirarse del estudio. Los participantes podrán solicitar retirarse del estudio en cualquier momento sin que existan consecuencias de ningún tipo en su perjuicio.
2. Anonimato: se respetará el anonimato de cada uno de los participantes en el presente proyecto de investigación al no revelarse los datos de identificación a ninguna otra persona ajena al proyecto.

PAUTAS ÉTICAS INTERNACIONALES PARA LA INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA EN SERES HUMANOS Preparadas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS/OMS)

1. Respeto a las personas: Todo participante será respetado como agentes autónomos.
2. Beneficencia: Se evitará que se dañe a los participantes mediante el respeto a la información y confidencialidad.
3. Justicia: La selección de expedientes, sin discriminación a sus condiciones particulares y/o raza, sexo, preferencia sexual o nivel económico.

El respeto por las personas incluye, a lo menos, dos consideraciones éticas fundamentales:

Respeto por la autonomía, que implica que las personas capaces de deliberar sobre sus decisiones sean tratadas con respeto por su capacidad de autodeterminación; y protección de las personas con autonomía disminuida o deteriorada, que implica que se debe proporcionar seguridad contra daño o abuso a todas las personas dependientes o vulnerables.

La beneficencia se refiere a la obligación ética de maximizar el beneficio y minimizar el daño. Este principio da lugar a pautas que establecen que los riesgos de la investigación sean razonables a la luz de los beneficios esperados, que el diseño de la investigación sea

válido y que los investigadores sean competentes para conducir la investigación y para proteger el bienestar de los sujetos de investigación. Además, la beneficencia prohíbe causar daño deliberado a las personas; este aspecto de la beneficencia a veces se expresa como un principio separado, no maleficencia (no causar daño). La justicia se refiere a la obligación ética de tratar a cada persona de acuerdo con lo que se considera moralmente correcto y apropiado, dar a cada uno lo debido.

En la ética de la investigación en seres humanos el principio se refiere, especialmente, a la justicia distributiva, que establece la distribución equitativa de cargas y beneficios al participar en investigación.

NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

Los beneficios de este estudio son los siguientes; proporcionar información acerca de la salud mental en pacientes embarazadas y/o en periodo postparto así como la detección oportuna y envío a valoración a un segundo nivel de atención (psiquiatría), por lo que de esta manera recibirá atención y/o tratamiento oportuno y seguimiento en caso de que alguna de las pacientes encuestadas lo requiera. Los resultados del presente estudio serán manejados de manera confidencial con fines del desarrollo de la estrategia educativa, el desarrollo del estudio y la publicación de los resultados, previa revisión y análisis por parte de asesores, comités revisores y comité editorial. El presente estudio se ajusta a los lineamientos generales en materia de investigación, buenas prácticas médicas y de protección de datos, por lo que:

- **Contará con un consentimiento informado.**
- **Se apegará a las recomendaciones del comité local de investigación y ética.**
- **Se apega a la normatividad en relación con protección de datos, los cuales serán de uso exclusivo para la investigación.**

Todos los autores de la investigación declaran que no tienen conflicto de intereses.

RESULTADOS

Se estudió a 60 pacientes femeninas en el HGZ/UMF No. 8, de entre 18-45 años y se encontró que la media de edad fue de 27.60 años, con una mediana de 27.0 años y moda de 23 años. Además, cuenta con una desviación estándar de 5.984 años, varianza de 35.803 años, un rango de edad de 24 años, un valor mínimo de 18 años y un valor máximo de 42 años.

En el apartado puntaje sugestivo de depresión determinado mediante la escala de Edimburgo en pacientes embarazadas y/o en periodo postparto en el HGZ/UMF No 8 se halló: una media de 8.65 puntos, mediana de 8 puntos, moda de 9 puntos, desviación estándar de 4.124 puntos, varianza de 17.011 puntos, un rango mínimo de 2 y un máximo de 21 puntos.

Con respecto a la sección de rango de edad en pacientes embarazadas y/o en periodo postparto en el HGZ/UMF No 8, observamos 19 (31.7%) con rango de edad 18 a 23 años, 20 (33.3 %) con rango de edad 24 a 29 años, 14 (23.3%) 30 a 35 años, 6 (10.0 %) de 36 a 41 años, y 1 (1.7%) mayor de 41 años. [Ver tabla y gráfica 1].

Para el rubro de escolaridad en pacientes embarazadas y/o en periodo postparto en el HGZ/UMF No 8, se observó, 19 (31.7%) con nivel de educación básica, 27 (45.0%) con educación nivel medio superior, 14 (23.3%) con nivel de educación superior. [Ver tabla y gráfica 2].

En el apartado de ocupación se observó 37 (61.7%) como empleadas, y 23 (38.3%) como desempleadas. (Ver tabla y gráfica 3)

En lo que respecta al estado civil se encontró que: 8 (13.3 %) son casadas, 5 (8.3%) son solteras, 46 (76.7%) viven en concubinato, y 1 (1,7%) es divorciada (1.7%). (Ver tabla y gráfico 4)

Con respecto al apartado condición de pacientes observamos a 27 (45.0%) embarazadas, y 33 (55.0 %) en puerperio. [Ver tabla y gráfica 5].

En el rubro presencia o ausencia de comorbilidad en pacientes embarazadas y/o en periodo postparto en el HGZ/UMF No 8, se observó a 8 (13.3%) con comorbilidad y 52 (86.7%) sin comorbilidad. [Ver tabla y gráfica 6].

En la sección tipo de comorbilidades se identificó que 3 (5.0%) tiene hipertensión arterial sistémica, 4 (6.7%) tiene alteraciones tiroideas, y 1 (1.7%) con otra comorbilidad. (Ver tabla y gráfico 7)

En lo que respecta a número de gesta se encontró que:18 (30.0 %) son primigestas, 29 (48.3 %) de la segunda gesta, 9 (15.0 %) de la tercera gesta, y 4 (6.7%) de la cuarta gesta o más. (Ver tabla y gráfico 8)

En el rubro trimestre de embarazo se observó a 2 pacientes (3.3%) del primer trimestre de embarazo, 3 (5.0%) del segundo trimestre de embarazo, y 22 (36.7%) del tercer trimestre de embarazo. [Ver tabla y gráfica 9].

En el bloque puntaje sugestivo de depresión determinado mediante la Escala de Edimburgo en pacientes embarazadas y/o en periodo postparto en el HGZ/UMF No 8, se encontró que 46 pacientes (76.7%) obtuvieron un puntaje No sugestivo de depresión, mientras que 14 (23.3 %) obtuvieron un puntaje sugestivo de depresión. [Ver tabla y gráfica 10].

En el apartado rango edad y puntaje sugestivo de depresión determinado mediante la Escala de Edimburgo en pacientes embarazadas y/o en periodo postparto en el HGZ/UMF No 8, se observó en el rango de edad 18-23 años: 15 (25.0 %) con puntaje No sugestivo de depresión, y 4 (6.7%) con puntaje sugestivo de depresión, en el rango de edad 24-29 años: 14 (23.3%) con puntaje No sugestivo de depresión, y 6 (10.0%) con puntaje sugestivo de depresión, en el rango de edad 30-35 años:11 (18.3%) con puntaje No sugestivo de depresión, y 3 (5.0%) con puntaje sugestivo de depresión, en el rango de edad 36-41 años 5 (8.3%) con puntaje No sugestivo de depresión, y 1 (1.7%) con puntaje sugestivo de depresión, en el rango de edad más de 41 años 1 (1.7%) con puntaje No sugestivo de depresión, y 0 (0%) con puntaje sugestivo de depresión. [Ver tabla y grafica 11].

Respecto al rubro escolaridad y puntaje sugestivo de depresión determinado mediante la Escala de Edimburgo en pacientes embarazadas y/o en periodo postparto en el HGZ/UMF No 8, se encontró en el nivel de educación básica 14 (23.3%) con puntaje No sugestivo de depresión, y 5 (8.3%) con puntaje sugestivo de depresión, en el nivel de educación medio superior 22 (36.7%) con puntaje No sugestivo de depresión, y 5 (8.3%) con puntaje sugestivo de depresión, y en el nivel de educación superior 10 (16.7%) con puntaje No sugestivo de depresión, y 4 (6.7%) con puntaje sugestivo de depresión. [Ver tabla y grafica 12].

En la valoración de ocupación y puntaje sugestivo de depresión determinado mediante la Escala de Edimburgo en pacientes embarazadas y/o en periodo postparto en el HGZ/UMF No 8, se observó lo siguiente: empleadas 29 (48.3%) con puntaje No sugestivo de depresión, desempleadas: 17 (28.3%) con puntaje No sugestivo de depresión, y empleadas 8 (13.3%) con puntaje sugestivo de depresión, desempleadas: 6 (10.0%) con puntaje sugestivo de depresión. [Ver tabla y grafica 13]

En el módulo estado civil y puntaje sugestivo de depresión determinado mediante la Escala de Edimburgo en pacientes embarazadas y/o en periodo postparto en el HGZ/UMF No. 8, se analizó lo siguiente: soltera 4 (6.7%) con puntaje No sugestivo de depresión, y 1 (1.7%) con puntaje sugestivo de depresión, casada: 5 (8.3%) con puntaje No sugestivo de depresión, y 3 (5.0%) con puntaje sugestivo de depresión, unión libre 36 (60.0%) con puntaje No sugestivo de depresión, y 10 (16.7%) con puntaje sugestivo de depresión, divorciada 1 (1.7%) con puntaje No sugestivo de depresión y 0 (0.0%) con puntaje sugestivo de depresión. [Ver tabla y grafica 14].

En el rubro número de gesta y puntaje sugestivo de depresión determinado mediante la Escala de Edimburgo en pacientes embarazadas en el HGZ/UMF No 8, se observó lo siguiente; primera gesta 12 (20.0%) con puntaje No sugestivo de depresión, y primera gesta 6 (10.0%) con puntaje sugestivo de depresión, segunda gesta 22 (36.7%) con puntaje No sugestivo de depresión, y segunda gesta 7 (11.7%) con puntaje sugestivo de depresión, tercera gesta 8 (13.3%) y tercera gesta 1 (1.7%) con puntaje sugestivo de depresión, cuarta gesta o más 4 (6.7%) con puntaje No sugestivo de depresión y cuarta gesta o más 0 (0.0%) con puntaje sugestivo de depresión. [Ver tabla y grafica 15].

Con respecto al apartado trimestre de embarazo y puntaje sugestivo de depresión determinado mediante la Escala de Edimburgo en pacientes embarazadas en el HGZ/UMF No 8, se encontró lo siguiente: dentro del primer trimestre de embarazo 1 (1.7%) con puntaje No sugestivo de depresión, y del primer trimestre de embarazo 1 (1.7%) con puntaje sugestivo de depresión, del segundo trimestre de embarazo 1 (1.7%) con puntaje No sugestivo de depresión, y del segundo trimestre de embarazo 2 (3.3%) con puntaje sugestivo de depresión, del tercer trimestre de embarazo 19 (31.7%) con puntaje No sugestivo de depresión, y 3 (5.0%) con puntaje sugestivo de depresión. [Ver tabla y grafica 16].

En el bloque condición y puntaje sugestivo de depresión determinado mediante la Escala de Edimburgo en pacientes embarazadas y/o en periodo postparto en el HGZ/UMF No 8, se encontró embarazadas 21 (35.0%) con puntaje No sugestivo de depresión, y embarazadas 6 (10.0%) con puntaje sugestivo de depresión, en puerperio 25 (41.7 %) con un puntaje No sugestivo de depresión, y en puerperio 8 (13.3%) con puntaje sugestivo de depresión. [Ver tabla y gráfica 17].

En la categoría presencia/ausencia de comorbilidades y puntaje sugestivo de depresión determinado mediante la Escala de Edimburgo en pacientes embarazadas y/o en periodo postparto en el HGZ/UMF No. 8, se describió lo siguiente: sin comorbilidad (sanas) 41 (68.3%) con puntaje No sugestivo de depresión y 11 (18.3%) pacientes sin comorbilidad (sanas) con puntaje sugestivo de depresión, 5 (8.4%) pacientes con comorbilidad con puntaje No sugestivo de depresión, y 3 (5.0%) pacientes con comorbilidad con puntaje No sugestivo de depresión. [Ver tabla y grafica 18].

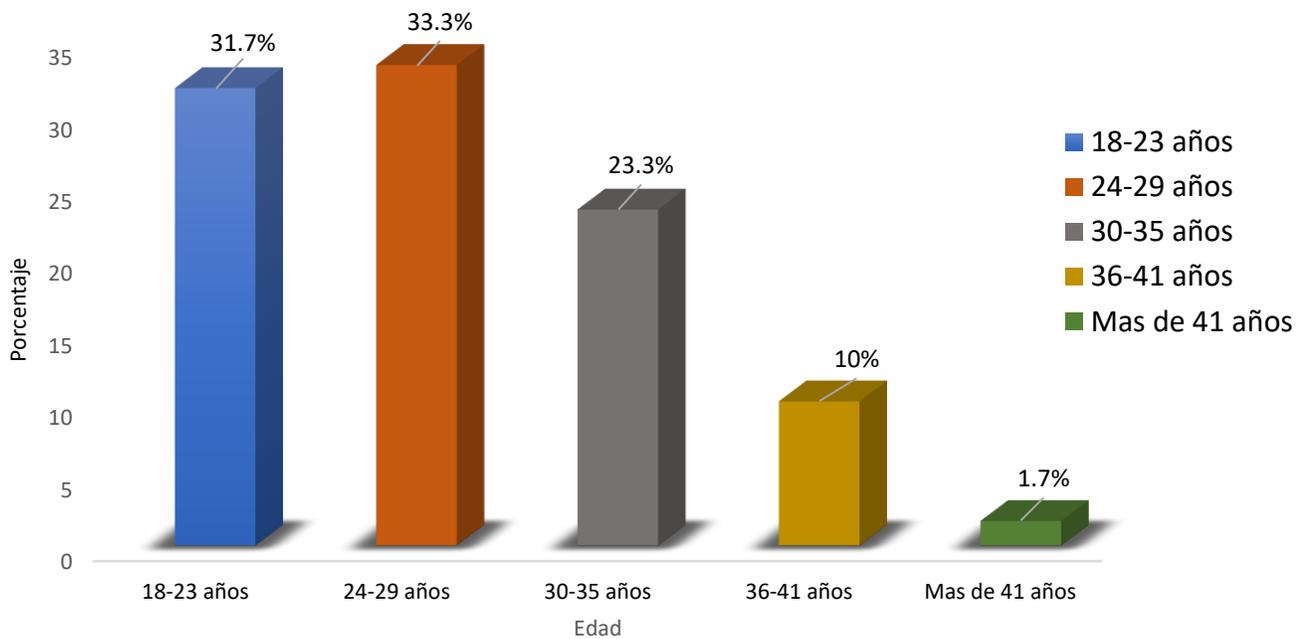
Con respecto al apartado tipo de comorbilidad y puntaje sugestivo de depresión determinado mediante la Escala de Edimburgo en pacientes embarazadas y/o en periodo postparto en el HGZ/UMF No. 8, se encontró pacientes con hipertensión arterial sistémica; 1(1.7%) con puntaje No sugestivo de depresión, y 2 (3.3%) con hipertensión arterial sistémica y puntaje sugestivo de depresión, con alteraciones tiroideas 3 (5.0%) con puntaje sugestivo de depresión y con alteraciones tiroideas 1 (1.7%) y con puntaje sugestivo de depresión, con otras comorbilidades 1 (1.7%) con puntaje no sugestivo de depresión, y con otras comorbilidades 0 (0.0%) con puntaje sugestivo de depresión. [Ver tabla y grafica 19].

Tabla y Grafica 1. Frecuencia de edades en pacientes embarazadas y/o en periodo postparto en el HGZ/UMF No 8. “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

Tabla 1. Frecuencia de edades		
Edad en rangos	Frecuencia	Porcentaje (%)
18-23 años	19	31.7
24-29 años	20	33.3
30-35 años	14	23.3
36-41 años	6	10.0
Mas de 41 años	1	1.7
Total	60	100

Fuente: n=60 Cruz-S CES, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Garduño-M JA. Determinación de la Presencia de sintomatología Depresiva en Pacientes Embarazadas y/o en Periodo Postparto mediante Escala de Edimburgo en H.G.Z/M.F. NO. 8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO” 2021.

Grafica 1. Frecuencia de edades en pacientes embarazadas y/o en periodo postparto en el HGZ/UMF No 8



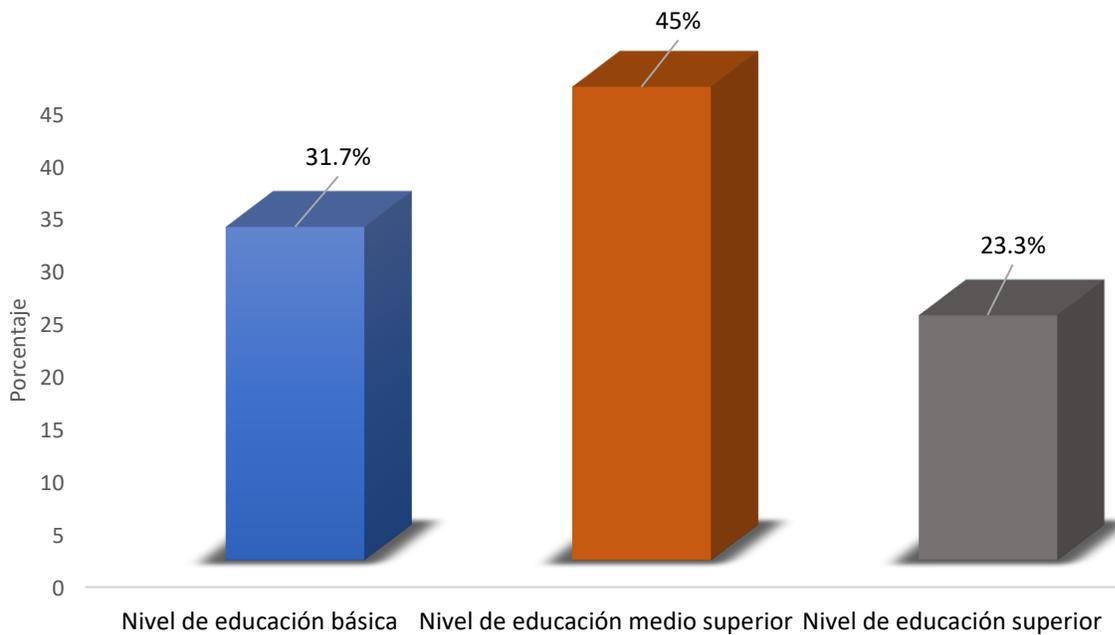
Fuente: n=60 Cruz-S CES, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Garduño-M JA. Determinación de la Presencia de sintomatología Depresiva en Pacientes Embarazadas y/o en Periodo Postparto mediante Escala de Edimburgo en H.G.Z/M.F. NO. 8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO” 2021.

Tabla y Grafica 2. Escolaridad en pacientes embarazadas y/o en periodo postparto en el HGZ/UMF No 8. "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"

Tabla 2. Escolaridad en pacientes embarazadas y/o en periodo postparto en el HGZ/UMF No 8		
	Frecuencia	Porcentaje (%)
Nivel de educación básica	19	31.7
Nivel de educación medio superior	27	45.0
Nivel de educación superior	14	23.3
TOTAL	60	100

Fuente: n=60 Cruz-S CES, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Garduño-M JA. Determinación de la Presencia de sintomatología Depresiva en Pacientes Embarazadas y/o en Periodo Postparto mediante Escala de Edimburgo en H.G.Z/M.F. NO. 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO" 2021.

Grafica 2. Escolaridad en pacientes embarazadas y/o en periodo postparto en el HGZ/UMF No. 8

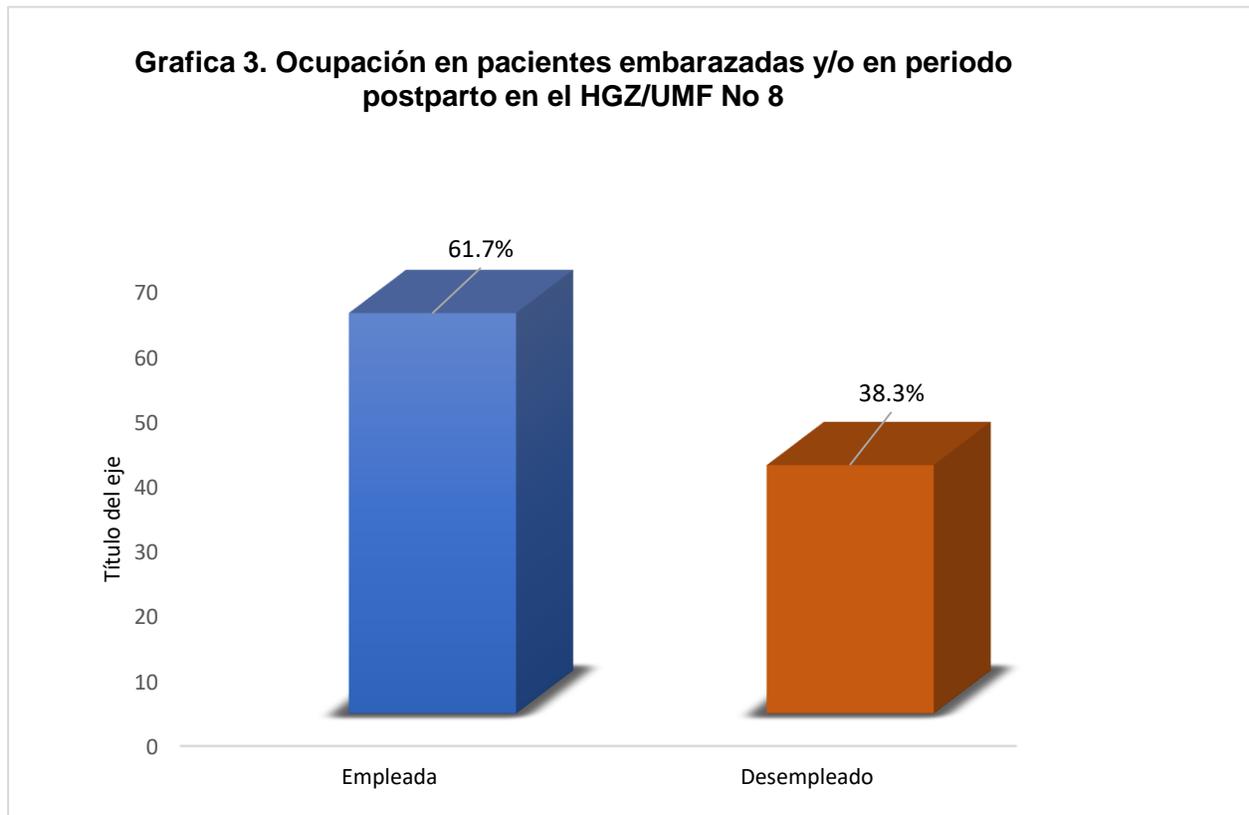


Fuente: n=60 Cruz-S CES, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Garduño-M JA. Determinación de la Presencia de sintomatología Depresiva en Pacientes Embarazadas y/o en Periodo Postparto mediante Escala de Edimburgo en H.G.Z/M.F. NO. 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO" 2021.

Tabla y Grafica 3. Ocupación en pacientes embarazadas y/o en periodo postparto en el HGZ/UMF No 8. “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

Tabla 3. Ocupación en pacientes embarazadas y/o en periodo postparto en el HGZ/UMF No 8		
Ocupación	Frecuencia	Porcentaje (%)
Empleada	37	61.7
Desempleado	23	38.3
TOTAL	60	100

Fuente: n=60 Cruz-S CES, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Garduño-M JA. Determinación de la Presencia de sintomatología Depresiva en Pacientes Embarazadas y/o en Periodo Postparto mediante Escala de Edimburgo en H.G.Z/M.F. NO. 8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO” 2021.

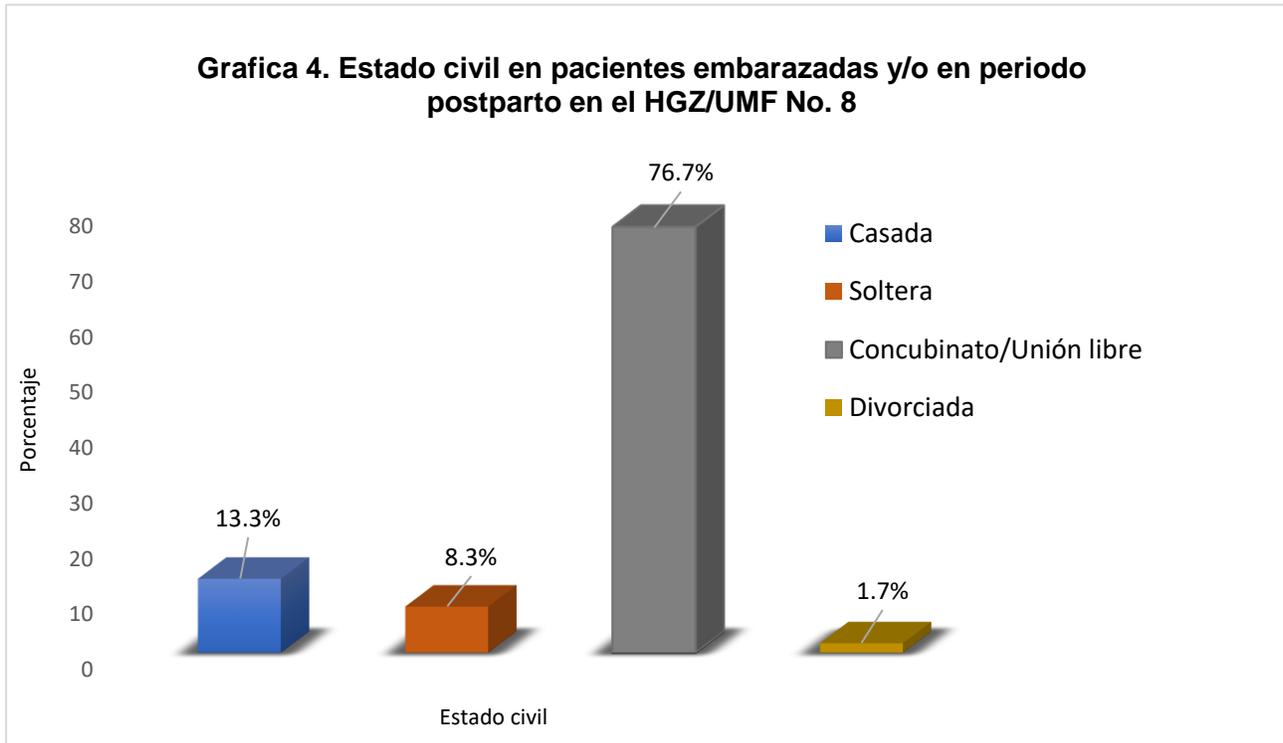


Fuente: n=60 Cruz-S CES, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Garduño-M JA. Determinación de la Presencia de sintomatología Depresiva en Pacientes Embarazadas y/o en Periodo Postparto mediante Escala de Edimburgo en H.G.Z/M.F. NO. 8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO” 2021.

Tabla y Grafica 4. Estado civil en pacientes embarazadas y/o en periodo postparto en el HGZ/UMF No 8. “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

Tabla 4. Estado civil en pacientes embarazadas y/o en periodo postparto en el HGZ/UMF No 8		
Estado civil	Frecuencia	Porcentaje (%)
Casada	8	13.3
Soltera	5	8.3
Concubinato/Unión libre	46	76.7
Divorciada	1	1.7
TOTAL	60	100

Fuente: n=60 Cruz-S CES, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Garduño-M JA. Determinación de la Presencia de sintomatología Depresiva en Pacientes Embarazadas y/o en Periodo Postparto mediante Escala de Edimburgo en H.G.Z/M.F. NO. 8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO” 2021.



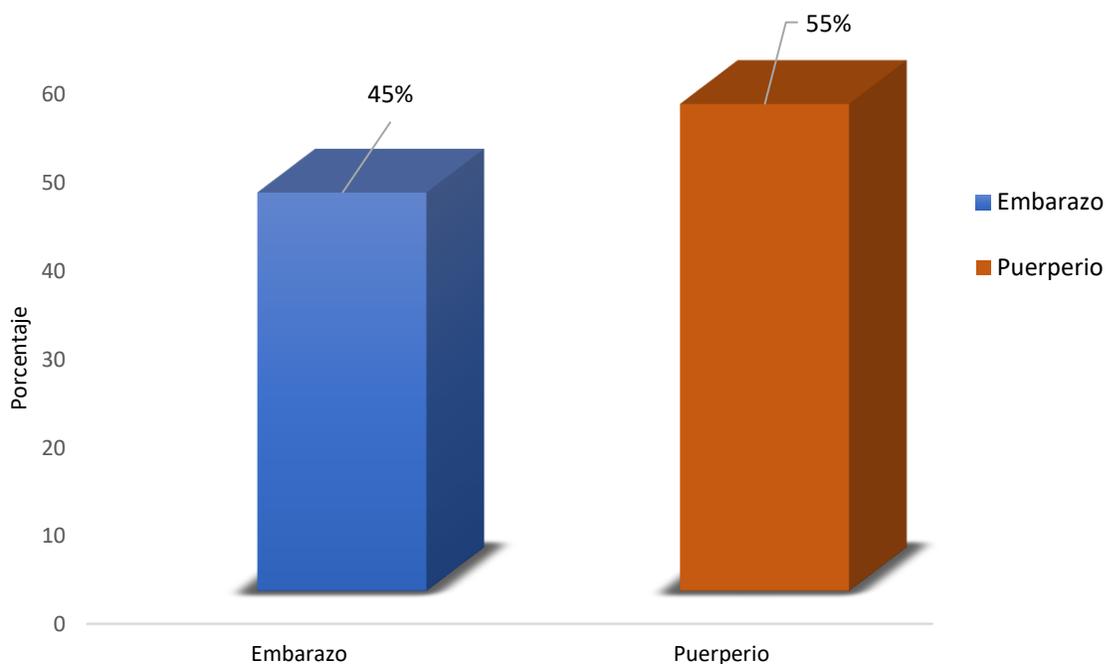
Fuente: n=60 Cruz-S CES, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Garduño-M JA. Determinación de la Presencia de sintomatología Depresiva en Pacientes Embarazadas y/o en Periodo Postparto mediante Escala de Edimburgo en H.G.Z/M.F. NO. 8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO” 2021.

Tabla y Grafica 5. Condición en pacientes embarazadas y/o en periodo postparto en el HGZ/UMF No 8. "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"

Tabla 5. Condición en pacientes embarazadas y/o en periodo postparto en el HGZ/UMF No 8		
CONDICION:	Frecuencia	Porcentaje (%)
Embarazo	27	45.0
Puerperio	33	55.0
TOTAL	60	100

Fuente: n=60 Cruz-S CES, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Garduño-M JA. Determinación de la Presencia de sintomatología Depresiva en Pacientes Embarazadas y/o en Periodo Postparto mediante Escala de Edimburgo en H.G.Z/M.F. NO. 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO" 2021.

Grafica 5. Condición, en mujeres embarazadas y/o en periodo postparto en el HGZ/UMF No. 8

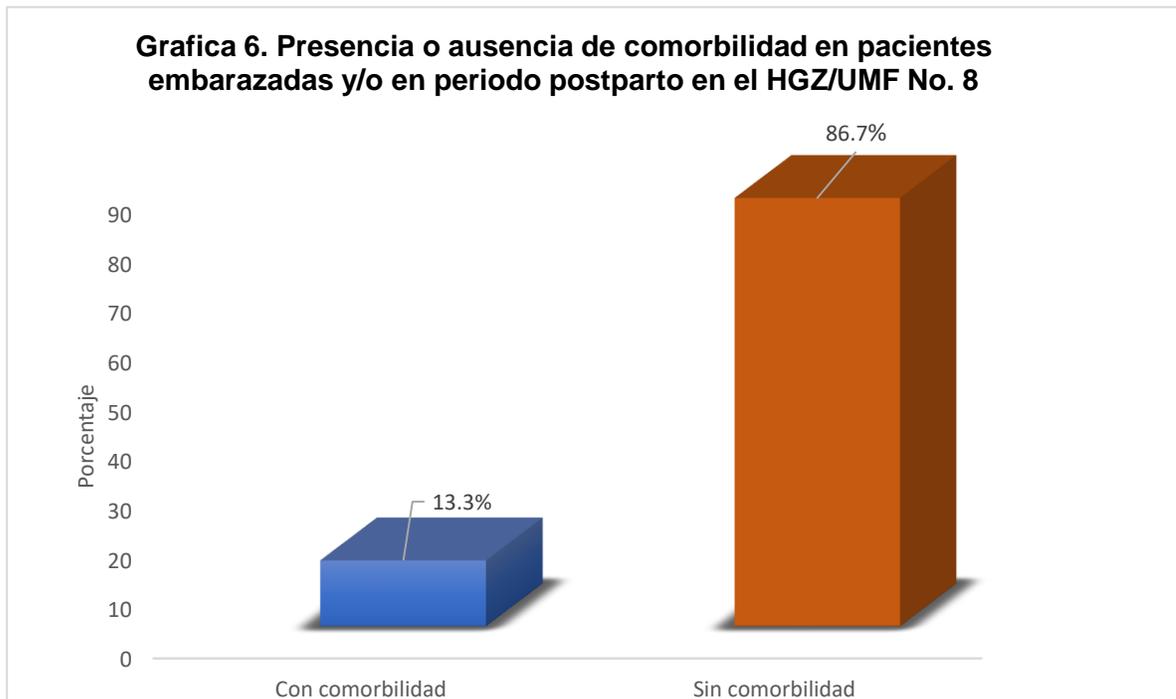


Fuente: n=60 Cruz-S CES, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Garduño-M JA. Determinación de la Presencia de sintomatología Depresiva en Pacientes Embarazadas y/o en Periodo Postparto mediante Escala de Edimburgo en H.G.Z/M.F. NO. 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO" 2021.

Tabla y Grafica 6. Presencia o ausencia de comorbilidad en pacientes embarazadas y/o en periodo postparto en el HGZ/UMF No 8. “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

Tabla 6. Presencia o ausencia de comorbilidad en pacientes embarazadas y/o en periodo postparto en el HGZ/UMF No 8		
	Frecuencia	Porcentaje (%)
Con comorbilidad	8	13.3
Sin comorbilidad	52	86.7
TOTAL	60	100.0

Fuente: n=60 Cruz-S CES, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Garduño-M JA. Determinación de la Presencia de sintomatología Depresiva en Pacientes Embarazadas y/o en Periodo Postparto mediante Escala de Edimburgo en H.G.Z/M.F. NO. 8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO” 2021.



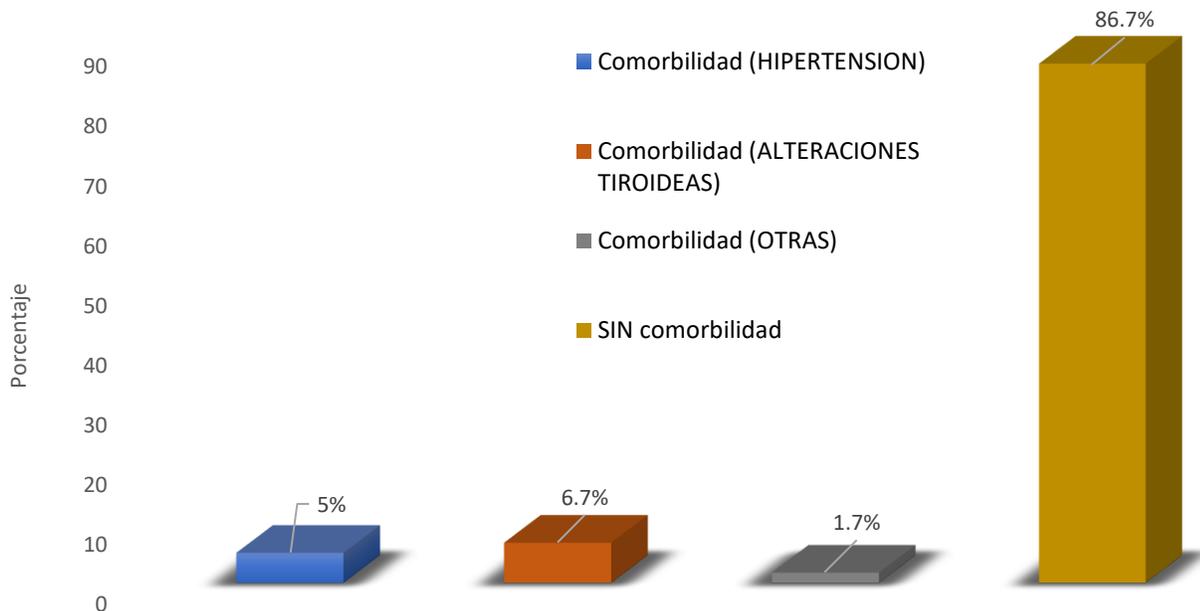
Fuente: n=60 Cruz-S CES, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Garduño-M JA. Determinación de la Presencia de sintomatología Depresiva en Pacientes Embarazadas y/o en Periodo Postparto mediante Escala de Edimburgo en H.G.Z/M.F. NO. 8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO” 2021.

Tabla y Grafica 7 Tipo de comorbilidad en pacientes embarazadas y/o en periodo postparto en el HGZ/UMF No 8. "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"

Tabla 7 Tipo de comorbilidad en pacientes embarazadas y/o en periodo postparto en el HGZ/UMF No 8		
	Frecuencia	Porcentaje (%)
Comorbilidad (HIPERTENSION)	3	5.0
Comorbilidad (ALTERACIONES TIROIDEAS)	4	6.7
Comorbilidad (OTRAS)	1	1.7
SIN comorbilidad	52	86.7
TOTAL	60	100.0

Fuente: n=60 Cruz-S CES, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Garduño-M JA. Determinación de la Presencia de sintomatología Depresiva en Pacientes Embarazadas y/o en Periodo Postparto mediante Escala de Edimburgo en H.G.Z/M.F. NO. 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO" 2021.

Grafica 7. Tipo de comorbilidad en pacientes embarazadas y/o en periodo postparto en el HGZ/UMF No. 8



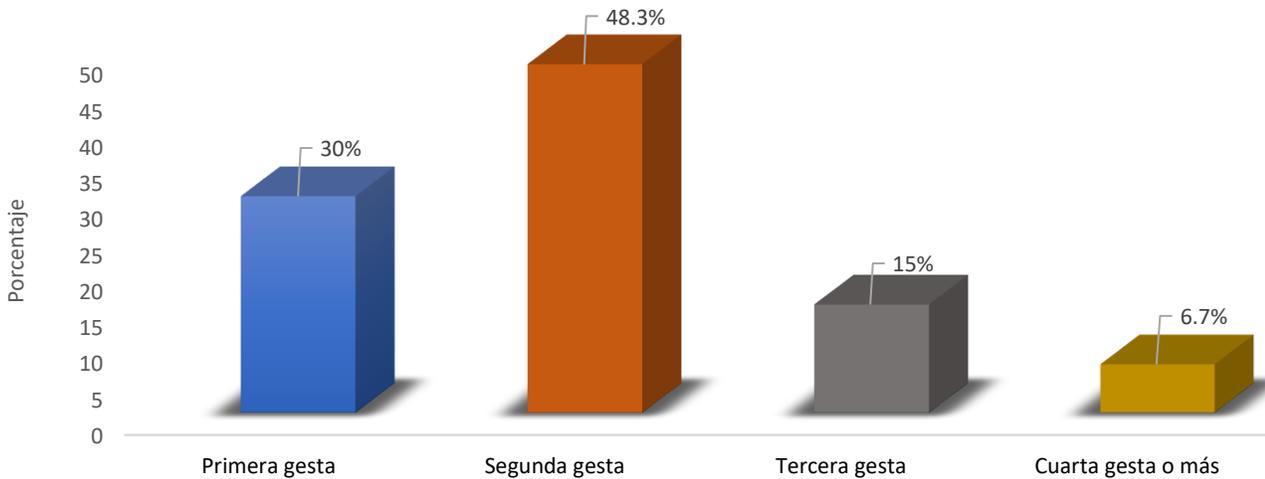
Fuente: n=60 Cruz-S CES, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Garduño-M JA. Determinación de la Presencia de sintomatología Depresiva en Pacientes Embarazadas y/o en Periodo Postparto mediante Escala de Edimburgo en H.G.Z/M.F. NO. 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO" 2021.

Tabla y Grafica 8. Numero de gesta en pacientes embarazadas y/o en periodo postparto en el HGZ/UMF No 8. "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"

Tabla 8. Numero de gesta en pacientes embarazadas y/o en periodo postparto en el HGZ/UMF No 8		
GESTA:	Frecuencia	Porcentaje (%)
Primera gesta	18	30.0
Segunda gesta	29	48.3
Tercera gesta	9	15.0
Cuarta gesta o más	4	6.7
TOTAL	60	100

Fuente: n=60 Cruz-S CES, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Garduño-M JA. Determinación de la Presencia de sintomatología Depresiva en Pacientes Embarazadas y/o en Periodo Postparto mediante Escala de Edimburgo en H.G.Z/M.F. NO. 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO" 2021.

Grafica 8. Numero de gesta en pacientes embarazadas y/o en periodo postparto en el HGZ/UMF No. 8



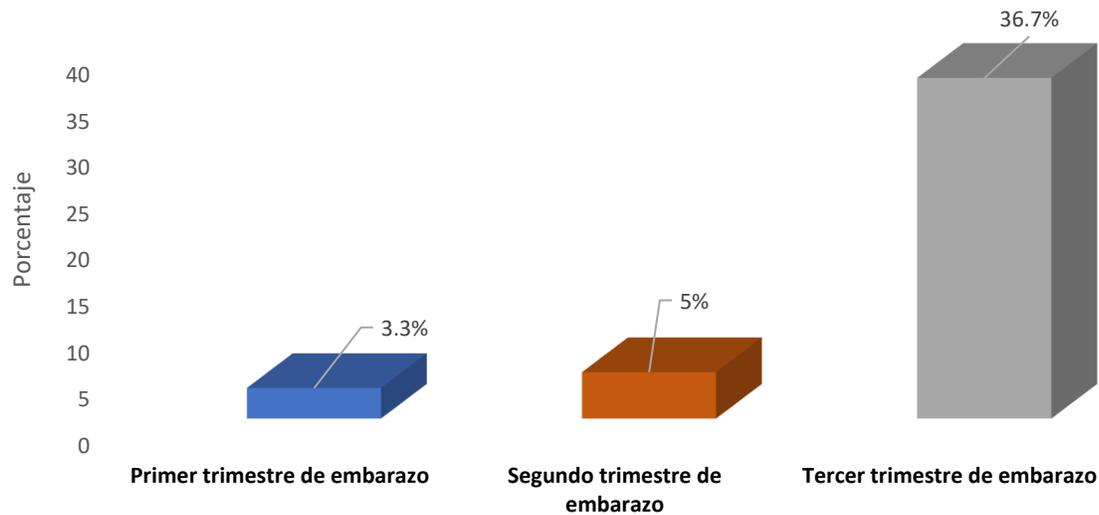
Fuente: n=60 Cruz-S CES, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Garduño-M JA. Determinación de la Presencia de sintomatología Depresiva en Pacientes Embarazadas y/o en Periodo Postparto mediante Escala de Edimburgo en H.G.Z/M.F. NO. 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO" 2021.

Tabla y Grafica 9. Trimestre de embarazo en pacientes gestantes del HGZ/UMF No. 8. "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"

Tabla 9. Trimestre de embarazo en pacientes gestantes HGZ/UMF No 8		
	Frecuencia	Porcentaje (%)
Primer trimestre de embarazo	2	3.3
Segundo trimestre de embarazo	3	5.0
Tercer trimestre de embarazo	22	36.7
TOTAL	27	45.0

Fuente: n=60 Cruz-S CES, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Garduño-M JA. Determinación de la Presencia de sintomatología Depresiva en Pacientes Embarazadas y/o en Periodo Postparto mediante Escala de Edimburgo en H.G.Z/M.F. NO. 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO" 2021.

Grafica 9. Trimestre de embarazo en pacientes gestantes en el HGZ/UMF No. 8

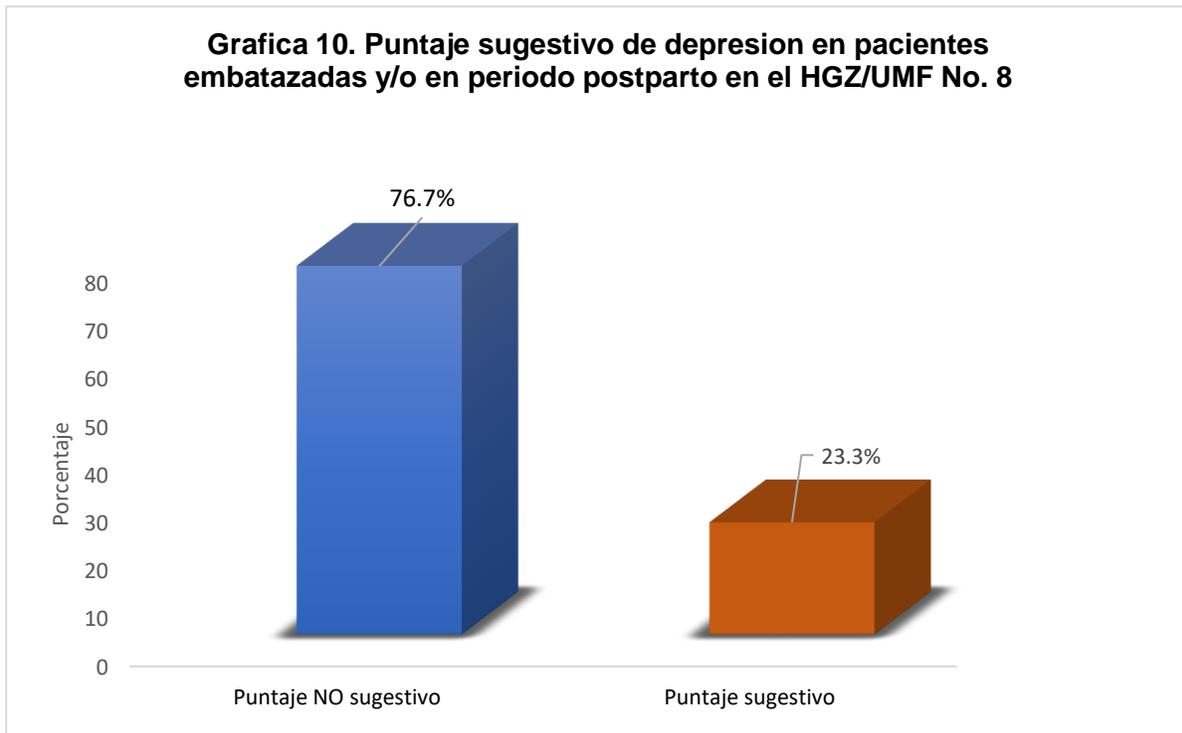


Fuente: n=60 Cruz-S CES, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Garduño-M JA. Determinación de la Presencia de sintomatología Depresiva en Pacientes Embarazadas y/o en Periodo Postparto mediante Escala de Edimburgo en H.G.Z/M.F. NO. 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO" 2021.

Tabla y Grafica 10. Puntaje sugestivo de depresión determinado mediante Escala de Edimburgo en pacientes embarazadas y/o en periodo postparto en el HGZ/UMF No 8. "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"

Tabla 10. Puntaje sugestivo de depresión en pacientes en pacientes embarazadas y/o en periodo postparto en el HGZ/UMF No 8		
	Frecuencia	Porcentaje (%)
Puntaje NO sugestivo	46	76.7
Puntaje sugestivo	14	23.3
TOTAL	60	100.0

Fuente: n=60 Cruz-S CES, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Garduño-M JA. Determinación de la Presencia de sintomatología Depresiva en Pacientes Embarazadas y/o en Periodo Postparto mediante Escala de Edimburgo en H.G.Z/M.F. NO. 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO" 2021.



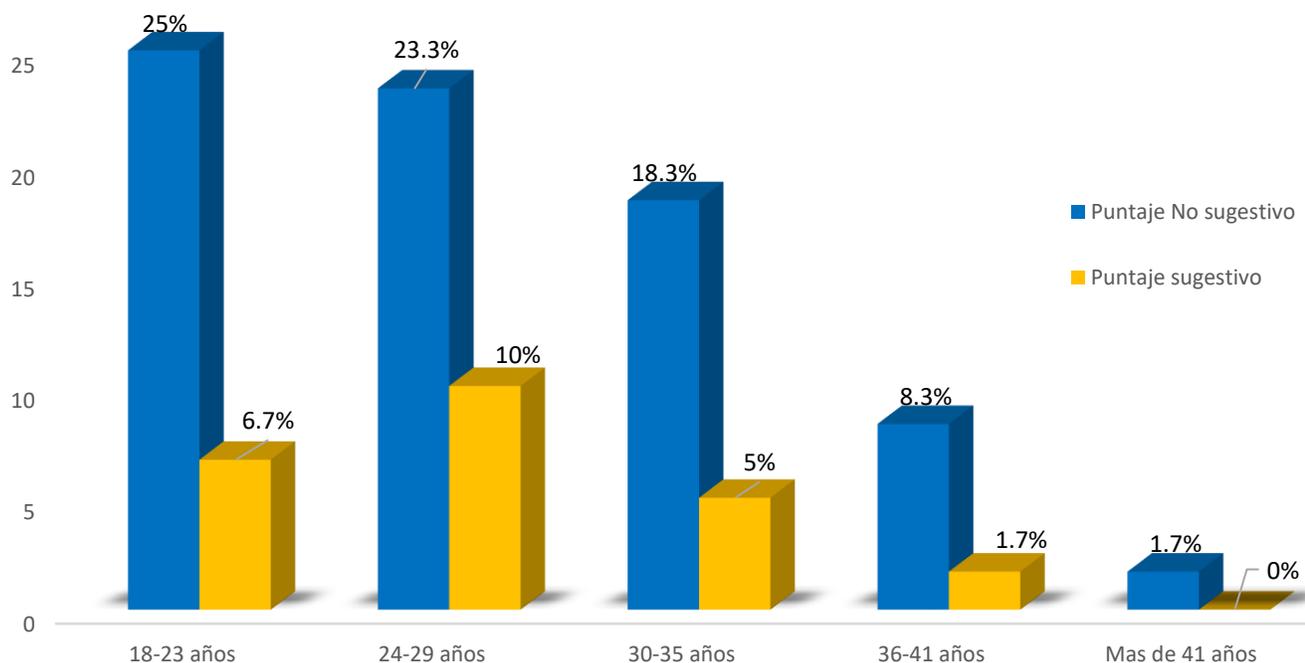
Fuente: n=60 Cruz-S CES, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Garduño-M JA. Determinación de la Presencia de sintomatología Depresiva en Pacientes Embarazadas y/o en Periodo Postparto mediante Escala de Edimburgo en H.G.Z/M.F. NO. 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO" 2021.

Tabla y Grafica 11. Edad en rangos y puntaje sugestivo de depresión determinado mediante Escala de Edimburgo en pacientes embarazadas y/o en periodo postparto en el HGZ/UMF No 8. "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"

Edad en rangos	Puntaje NO sugestivo de depresión		Puntaje sugestivo de depresión		Total	
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)
18-23 años	15	25.0	4	6.7	19	31.7
24-29 años	14	23.3	6	10.0	20	33.3
30-35 años	11	18.3	3	5.0	14	23.3
36-41 años	5	8.3	1	1.7	6	10.0
Mas de 41 años	1	1.7	0	0.0	1	1.7
%Total	46	76.7	14	23.3	60	100

Fuente: n=60 Cruz-S CES, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Garduño-M JA. Determinación de la Presencia de sintomatología Depresiva en Pacientes Embarazadas y/o en Periodo Postparto mediante Escala de Edimburgo en H.G.Z/M.F. NO. 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO" 2021.

Grafica 11. Edad en rangos y puntaje sugestivo de depresión determinado mediante Escala de Edimburgo en pacientes embarazadas y/o en periodo postparto en el HGZ/UMF No 8



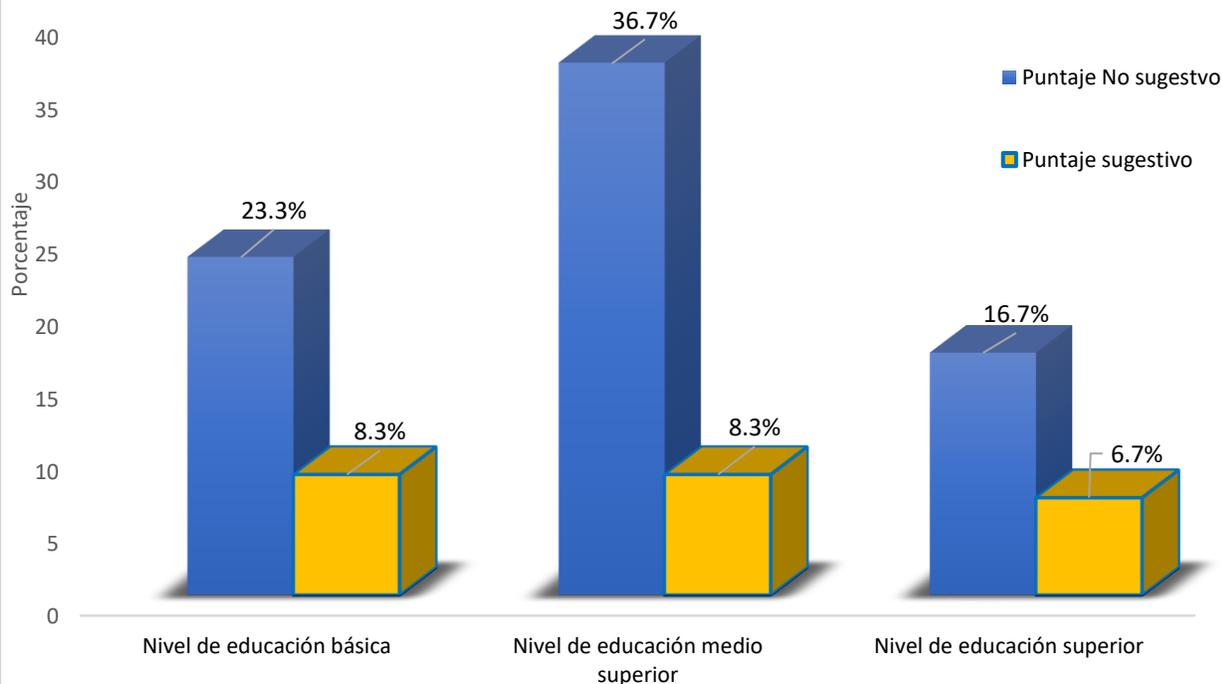
Fuente: n=60 Cruz-S CES, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Garduño-M JA. Determinación de la Presencia de sintomatología Depresiva en Pacientes Embarazadas y/o en Periodo Postparto mediante Escala de Edimburgo en H.G.Z/M.F. NO. 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO" 2021.

Tabla y Grafica 12. Escolaridad y puntaje sugestivo de depresión determinado mediante Escala de Edimburgo en pacientes embarazadas y/o en periodo postparto en el HGZ/UMF No 8.

Tabla 12	Puntaje NO sugestivo de depresión		Puntaje sugestivo de depresión		Total	
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)
ESCOLARIDAD:						
Nivel de educación básica	14	23.3	5	8.3	19	31.7
Nivel de educación medio superior	22	36.7	5	8.3	27	45.0
Nivel de educación superior	10	16.7	4	6.7	14	23.3
%Total	46	76.7	14	23.3	60	100

Fuente: n=60 Cruz-S CES, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Garduño-M JA. Determinación de la Presencia de sintomatología Depresiva en Pacientes Embarazadas y/o en Periodo Postparto mediante Escala de Edimburgo en H.G.Z/M.F. NO. 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO" 2021.

Grafica 12. Escolaridad y puntaje sugestivo de depresión determinado mediante Escala de Edimburgo en pacientes embarazadas y/o en periodo postparto en el HGZ/UMF No 8



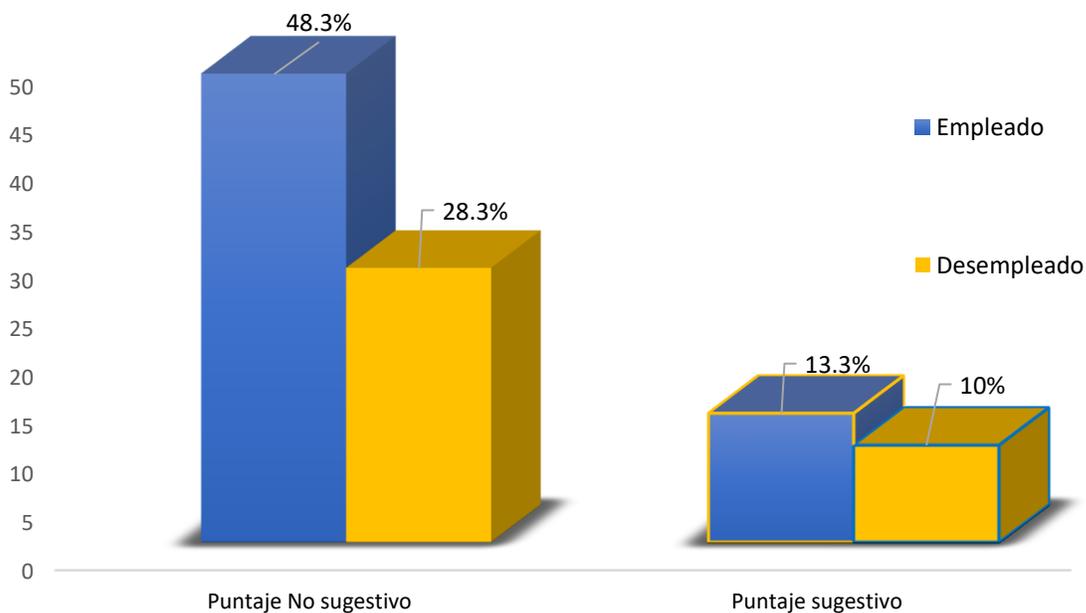
Fuente: n=60 Cruz-S CES, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Garduño-M JA. Determinación de la Presencia de sintomatología Depresiva en Pacientes Embarazadas y/o en Periodo Postparto mediante Escala de Edimburgo en H.G.Z/M.F. NO. 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO" 2021.

Tabla y Grafica 13. Ocupación y puntaje sugestivo de depresión determinado mediante Escala de Edimburgo en pacientes embarazadas y/o en periodo postparto en el HGZ/UMF No 8.

OCUPACIÓN:	Puntaje NO sugestivo de depresión		Puntaje sugestivo de depresión		Total	
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)
Empleado	29	48.3	8	13.3	37	61.7
Desempleado	17	28.3	6	10.0	23	38.3
%Total	46	76.7	14	23.3 %	60	100

Fuente: n=60 Cruz-S CES, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Garduño-M JA. Determinación de la Presencia de sintomatología Depresiva en Pacientes Embarazadas y/o en Periodo Postparto mediante Escala de Edimburgo en H.G.Z/M.F. NO. 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO" 2021.

Grafica 13. Ocupación y puntaje sugestivo de depresión determinado mediante Escala de Edimburgo en pacientes embarazadas y/o en periodo postparto en el HGZ/UMF No 8



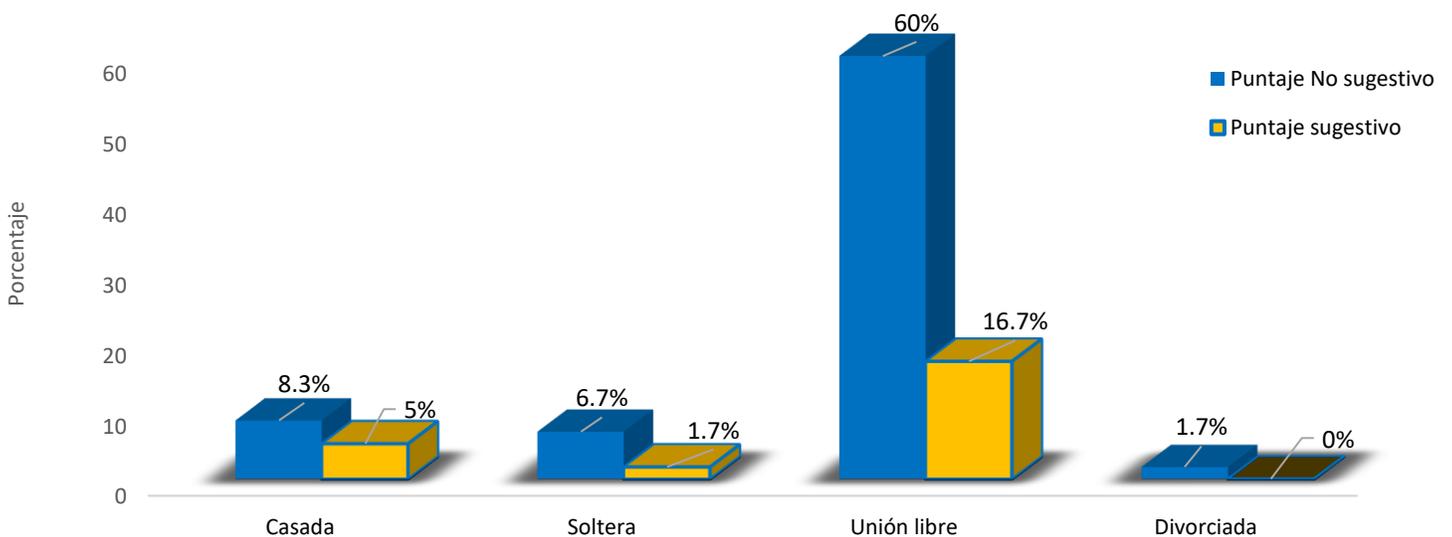
Fuente: n=60 Cruz-S CES, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Garduño-M JA. Determinación de la Presencia de sintomatología Depresiva en Pacientes Embarazadas y/o en Periodo Postparto mediante Escala de Edimburgo en H.G.Z/M.F. NO. 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO" 2021.

Tabla y Grafica 14. Estado civil y puntaje sugestivo de depresión determinado mediante Escala de Edimburgo en pacientes embarazadas y/o en periodo postparto en el HGZ/UMF No 8.

ESTADO CIVIL:	Puntaje NO sugestivo de depresión		Puntaje sugestivo de depresión		Total	
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)
Casada	5	8.3	3	5.0	8	13.3
Soltera	4	6.7	1	1.7	5	8.3
Concubinato/Unión libre	36	60.0	10	16.7	46	76.7
Divorciada	1	1.7	0	0.0	1	1.7
%Total	46	76.7	14	23.3	60	100

Fuente: n=60 Cruz-S CES, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Garduño-M JA. Determinación de la Presencia de sintomatología Depresiva en Pacientes Embarazadas y/o en Periodo Postparto mediante Escala de Edimburgo en H.G.Z/M.F. NO. 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO" 2021.

Grafica 14. Estado civil y puntaje sugestivo de depresión determinado mediante Escala de Edimburgo en pacientes embarazadas y/o en periodo postparto en el HGZ/UMF No 8



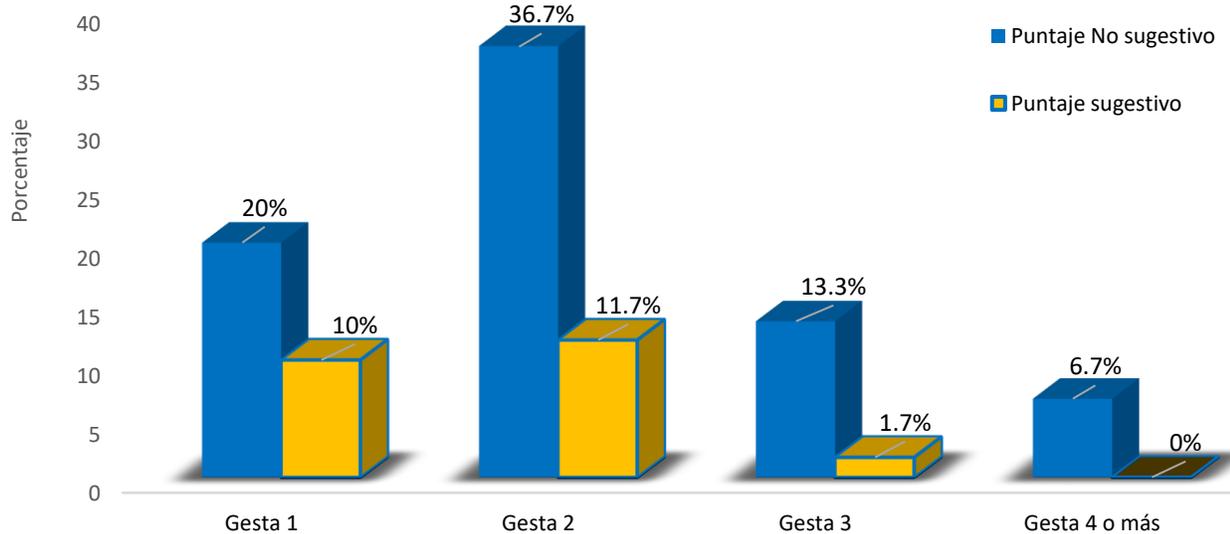
Fuente: n=60 Cruz-S CES, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Garduño-M JA. Determinación de la Presencia de sintomatología Depresiva en Pacientes Embarazadas y/o en Periodo Postparto mediante Escala de Edimburgo en H.G.Z/M.F. NO. 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO" 2021.

Tabla y Grafica 15. Número de gesta y puntaje sugestivo de depresión determinado mediante Escala de Edimburgo en pacientes embarazadas y/o en periodo postparto en el HGZ/UMF No 8

Tabla 15 Numero de gesta:	Puntaje NO sugestivo de depresión		Puntaje sugestivo de depresión		Total	
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)
Gesta 1	12	20.0	6	10.0	18	30.0
Gesta 2	22	36.7	7	11.7	29	48.3
Gesta 3	8	13.3	1	1.7	9	15.0
Gesta 4 o más	4	6.7	0	0.0	4	6.7
%Total	46	76.7	14	23.3	60	100

Fuente: n=60 Cruz-S CES, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Garduño-M JA. Determinación de la Presencia de sintomatología Depresiva en Pacientes Embarazadas y/o en Periodo Postparto mediante Escala de Edimburgo en H.G.Z/M.F. NO. 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO" 2021.

Grafica 15. Número de gesta y puntaje sugestivo de depresión determinado mediante Escala de Edimburgo en pacientes embarazadas y/o en periodo postparto en el HGZ/UMF No 8



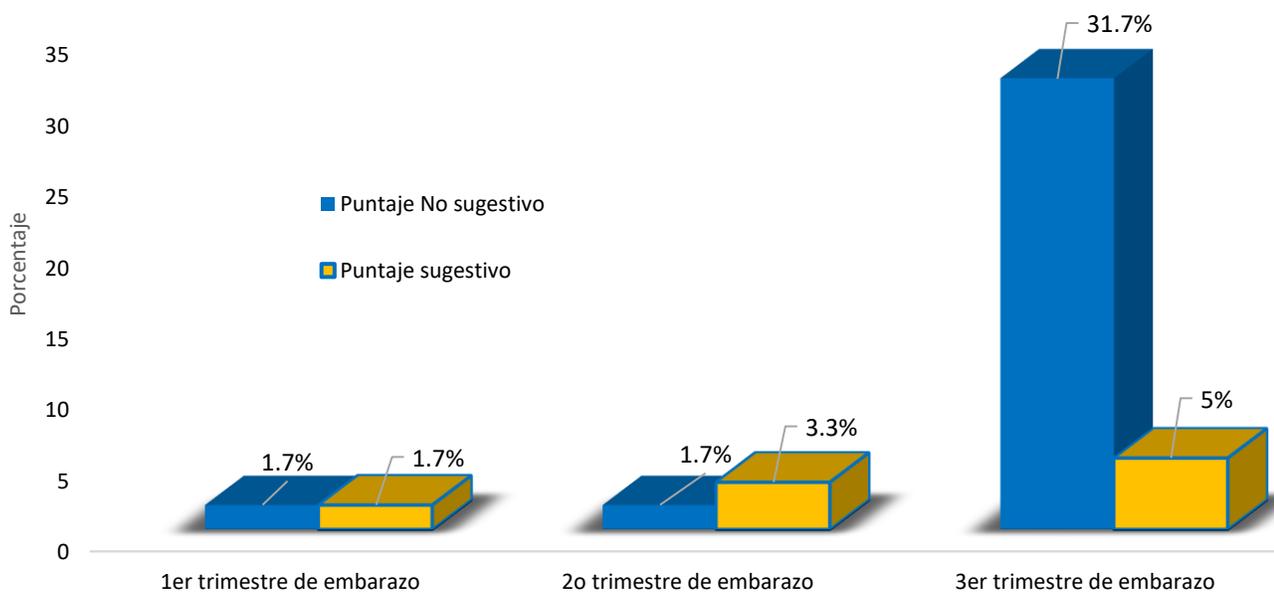
Fuente: n=60 Cruz-S CES, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Garduño-M JA. Determinación de la Presencia de sintomatología Depresiva en Pacientes Embarazadas y/o en Periodo Postparto mediante Escala de Edimburgo en H.G.Z/M.F. NO. 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO" 2021.

Tabla y Grafica 16. Trimestre de embarazo y puntaje sugestivo de depresión determinado mediante Escala de Edimburgo en pacientes embarazadas en el HGZ/UMF No 8.

Tabla 16	Puntaje NO sugestivo de depresión		Puntaje sugestivo de depresión		Total	
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)
Trimestre de embarazo						
Primer trimestre de embarazo	1	1.7	1	1.7	2	3.3
Segundo trimestre de embarazo	1	1.7	2	3.3	3	5.0
Tercer trimestre de embarazo	19	31.7	3	5.0	22	36.7
%Total	21	35.0	6	10.0	27	45.0

Fuente: n=60 Cruz-S CES, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Garduño-M JA. Determinación de la Presencia de sintomatología Depresiva en Pacientes Embarazadas y/o en Periodo Postparto mediante Escala de Edimburgo en H.G.Z/M.F. NO. 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO" 2021.

Grafica 16. Trimestre de embarazo y puntaje sugestivo de depresión determinado mediante Escala de Edimburgo en pacientes embarazadas en el HGZ/UMF No 8



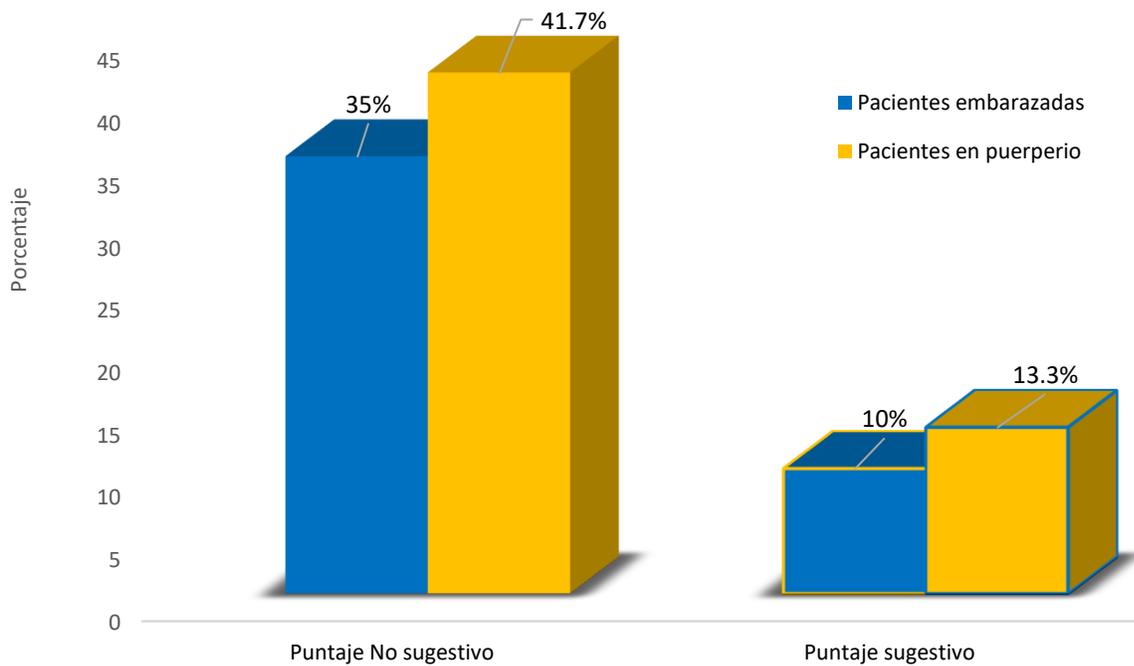
Fuente: n=60 Cruz-S CES, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Garduño-M JA. Determinación de la Presencia de sintomatología Depresiva en Pacientes Embarazadas y/o en Periodo Postparto mediante Escala de Edimburgo en H.G.Z/M.F. NO. 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO" 2021.

Tabla y Grafica 17. Condición y puntaje sugestivo de depresión determinado mediante Escala de Edimburgo en pacientes embarazadas y/o en periodo postparto en el HGZ/UMF No 8.

CONDICION	Puntaje NO sugestivo de depresión		Puntaje sugestivo de depresión		Total	
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)
Pacientes embarazadas	21	35.0	6	10.0	27	45.0
Pacientes en puerperio	25	41.7	8	13.3	33	55.0
%Total	46	76.7	14	23.3	60	100

Fuente: n=60 Cruz-S CES, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Garduño-M JA. Determinación de la Presencia de sintomatología Depresiva en Pacientes Embarazadas y/o en Periodo Postparto mediante Escala de Edimburgo en H.G.Z/M.F. NO. 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO" 2021.

Grafica 17. Condición y puntaje sugestivo de depresión determinado mediante Escala de Edimburgo en pacientes embarazadas y/o en periodo postparto en el HGZ/UMF No 8



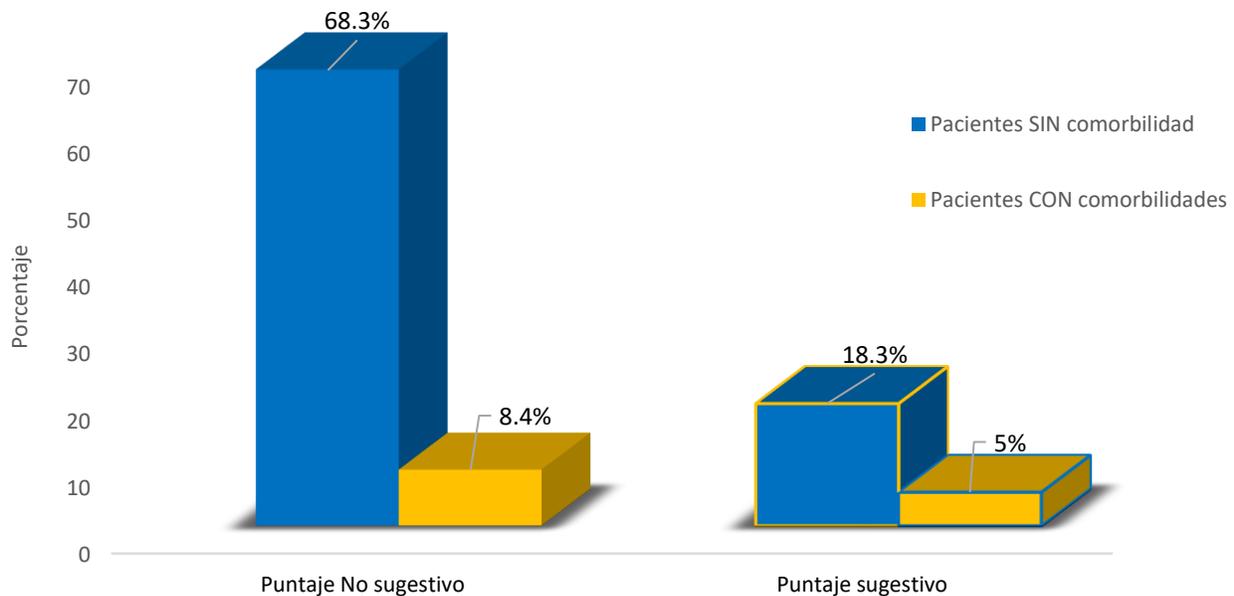
Fuente: n=60 Cruz-S CES, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Garduño-M JA. Determinación de la Presencia de sintomatología Depresiva en Pacientes Embarazadas y/o en Periodo Postparto mediante Escala de Edimburgo en H.G.Z/M.F. NO. 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO" 2021.

Tabla y Grafica 18. Ausencia/presencia de comorbilidades y puntaje sugestivo de depresión determinado mediante Escala de Edimburgo en pacientes embarazadas y/o en periodo postparto en el HGZ/UMF No 8.

Tabla 18.	Puntaje NO sugestivo de depresión		Puntaje sugestivo de depresión		Total	
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)
Pacientes SIN comorbilidad	41	68.3	11	18.3	52	86.7
Pacientes CON comorbilidades	5	8.4	3	5.0	8	13.4
%Total	46	76.7	14	23.3	60	100

Fuente: n=60 Cruz-S CES, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Garduño-M JA. Determinación de la Presencia de sintomatología Depresiva en Pacientes Embarzadas y/o en Periodo Postparto mediante Escala de Edimburgo en H.G.Z/M.F. NO. 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO" 2021.

Grafica 18. Comorbilidad y puntaje sugestivo de depresión determinado mediante Escala de Edimburgo en pacientes embarazadas y/o en periodo postparto en el HGZ/UMF No 8



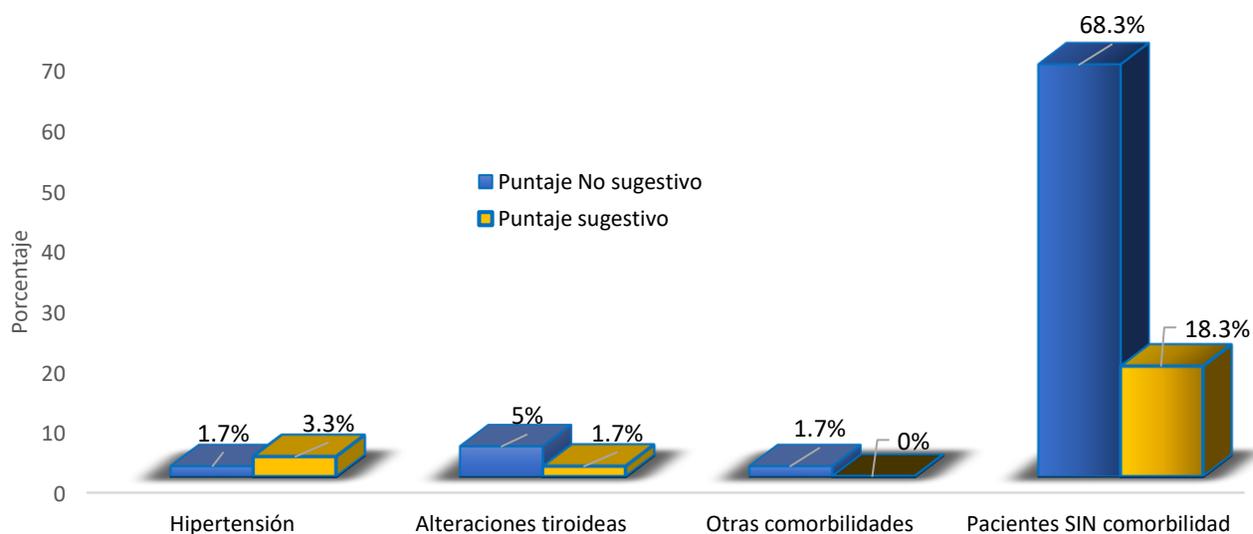
Fuente: n=60 Cruz-S CES, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Garduño-M JA. Determinación de la Presencia de sintomatología Depresiva en Pacientes Embarzadas y/o en Periodo Postparto mediante Escala de Edimburgo en H.G.Z/M.F. NO. 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO" 2021.

Tabla y Grafica 19. Comorbilidades y puntaje sugestivo de depresión determinado mediante Escala de Edimburgo en pacientes embarazadas y/o en periodo postparto en el HGZ/UMF No 8.

COMORBILIDAD	Puntaje NO sugestivo de depresión		Puntaje sugestivo de depresión		Total	
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)
Pacientes CON comorbilidad (HIPERTENSION)	1	1.7	2	3.3	3	5.0
Pacientes CON comorbilidad (ALTERACIONES TIROIDEAS)	3	5.0	1	1.7	4	6.7
Pacientes CON comorbilidad (OTRAS)	1	1.7	0	0.0	1	1.7
Pacientes SIN comorbilidad	41	68.3	11	18.3	52	86.7
%Total	46	76.7	14	23.3	60	100

Fuente: n=60 Cruz-S CES, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Garduño-M JA. Determinación de la Presencia de sintomatología Depresiva en Pacientes Embarazadas y/o en Periodo Postparto mediante Escala de Edimburgo en H.G.Z/M.F. NO. 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO" 2021.

Grafica 19. Comorbilidades y puntaje sugestivo de depresión determinado mediante Escala de Edimburgo en pacientes embarazadas y/o en periodo postparto en el HGZ/UMF No 8



Fuente: n=60 Cruz-S CES, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Garduño-M JA. Determinación de la Presencia de sintomatología Depresiva en Pacientes Embarazadas y/o en Periodo Postparto mediante Escala de Edimburgo en H.G.Z/M.F. NO. 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO" 2021.

DISCUSION:

En el presente estudio se determinó la presencia de sintomatología depresiva en pacientes en periodo perinatal del HGZ 8 MF Dr. Gilberto Flores Izquierdo a través de la escala Edimburgo para depresión postparto que es una escala que ha sido utilizada ampliamente en el abordaje de la depresión en periodo perinatal.

En México entre los primeros estudios realizados con respecto a la depresión perinatal se encuentra el de Ortega Lucia, et al., (México, 2001) "Prevalencia de depresión, a través de la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh (EPDS), en una muestra de mujeres mexicanas embarazadas" en el cual se estudió una muestra de 360 mujeres de las cuales se encontró 70.8% con edo. civil casada, 17.8% en unión libre y 11.4% solteras, mientras que en el presente estudio se encontró un 7.4 % con edo. civil casada, 81.5 % en unión libre, y 11.1 % con edo. civil soltera, lo cual difiere de manera importante en cuestión demográfica con nuestro estudio ya que se observó hubo una inversión en la relación de mujeres en unión libre/mujeres casadas, e incluso un aumento en el porcentaje de mujeres en unión libre, esto podría explicarse debido a la propia la tendencia en los últimos años hacia la convivencia de parejas en unión libre y no en casamiento vía civil que se ha observado en los últimos años. En cuanto al porcentaje de mujeres con edo. civil soltera difiere de manera escasa. Según el estudio de Ortega y col. en relación con el número de gestas 35.8% eran primigestas y 64.2% multigestas mientras que en nuestro estudio 37.0% fueron primigestas, y 62.9 % de la segunda gesta o más notándose escasa variación en los resultados obtenidos en ambos estudios.

En cuanto a escolaridad Ortega et al., encontraron 7.5% escolaridad primaria, 31.4% secundaria, que se traduciría en 38.9% con educación básica, 21.1% nivel técnico, 20.3% preparatoria o bachillerato, (41.4% nivel medio superior) y 19.7% licenciatura, en el presente estudio se encontró 29.6 % con educación básica (preescolar, primaria secundaria), 51.9 % con escolaridad nivel medio superior (bachillerato/preparatoria), y nivel superior 18.5 % (licenciatura o más), lo que difiere tanto en cuestión de porcentajes como en la clasificación de los niveles de escolaridad entre ambos estudios, y que difieren por lo tanto al momento de registro de datos, el porcentaje que menos se modificó en el tiempo fue el de nivel de educación superior. Respecto a la prevalencia de depresión en el estudio

de Ortega y col. se determinó 21.7% de mujeres estudiadas como “casos probables” de mujeres con sintomatología depresiva con un punto de corte 11/12, mientras que en nuestro estudio se determinó en mujeres embarazadas un 22.2 % presentó sintomatología depresiva, porcentaje que difiere de manera escasa.

Mientras que, con respecto a la depresión en mujeres en periodo postparto, en el estudio de Sierra Manzano J.M., García Carro T. et al., (España 2002) “Variables asociadas al riesgo de depresión postparto” en el que se evaluaron 306 mujeres en periodo postparto se encontró 15.7% con EPDS ≥ 13 puntos (punto de corte 13 o más puntos) indicativa de depresión postparto, mientras que en nuestro estudio se encontró 24.24 % con EPDS sugestiva de depresión, observándose un leve aumento en el porcentaje de mujeres con datos sugestivos de depresión, lo que podría explicarse de cierta manera debido al punto de corte menor utilizado en nuestro estudio (11 o más puntos) en cuanto a la edad materna y su relación con la EPDS indicativa de depresión postparto en el estudio de Sierra et al. se observó que las mujeres más jóvenes (menores a 24 años) presentaron puntuaciones en la EPDS significativamente mayores a las demás, coincidiendo con el presente estudio en el que se encontró un puntaje sugestivo de depresión de 6.1% en el rango de edad 18-23 años y 18.2% en el rango de edad 24-29, (los grupos de mujeres más jóvenes) mientras que en el resto de grupos de edad no se encontró presencia de sintomatología depresiva de acuerdo con la EPDS, se comenta que dicha variación en la distribución por edad de sintomatología depresiva pudiera atribuirse a el menor nivel de estudios o menor planificación del embarazo o incluso falta de actividad laboral o pérdida de la misma durante la gestación o tras el parto.

Un estudio más reciente en México fue el llevado a cabo por Espíndola JG, Morales F, Mota C, Diaz E, Meza P, Rodríguez L, “Calibración del punto de corte para la Escala de Depresión Perinatal de Edinburg, en pacientes obstétricas del Instituto Nacional de Perinatología” publicado en la Revista Perinatol Reprod Hum 2004 en el cual se estudió a 264 pacientes gestantes, se encontró una edad promedio en las mujeres encuestadas de 27.9 años, en nuestro estudio el promedio de edad para las mujeres embarazadas fue de 27.63 lo que mostró muy poca variación en resultados, en su estudio Espíndola et al. con respecto al estado civil determinaron que 17.4% eran solteras 58.3 casadas, 21.3 unión libre, en nuestro estudio se encontró 11.1% solteras, 7.4% casadas, 81.5% en unión libre, lo que

demuestra nuevamente un aumento en el número de mujeres con estado civil unión libre y una disminución en el número de mujeres casadas, en cuanto a la prevalencia de depresión perinatal obtenido en el estudios de Espíndola JG et al. fue de 17.8% (punto de corte 14). Mientras que en nuestro estudio se encontró 22.2% mujeres con puntaje sugestivo de depresión, lo que podría explicarse por el punto de corte menor que fue de 10 puntos en nuestro estudio.

En otro estudio realizado por Alvarez Escutia A, Ponce Rosas ER, Irigoyen Coria A, "Frecuencia de depresión postparto en pacientes de dos clínicas de medicina familiar en México", 2008 realizada en 130 mujeres en periodo postparto se encontró una media de edad de 29.4, en nuestro estudio la media de edad fue de 27.63, en cuanto al estado civil Alvarez Escutia A et al. encontraron en su estudio 70.8% de mujeres casadas, 20.0% en unión libre, mientras que en nuestro estudio se encontró 7.4% casadas, 81.5% en unión libre, notándose nuevamente una diferencia importante en los resultados de los estudios en cuanto a la disminución del número de mujeres casadas y el aumento en el número de mujeres en unión libre, mediante cuestionario de Edimburgo (punto de corte 12 puntos) Alvarez Escutia A et al. determinaron que un 16.9% de mujeres con sospecha de depresión, en nuestro estudio el porcentaje de mujeres postparto con un puntaje sugestivo de depresión fue de 24.2 %, lo cual marca una diferencia moderada en los resultados la cual podría ser secundaria a la diferencia en el punto de corte menor utilizado en nuestro estudio.

En países de América Latina también se han llevado a cabo estudios respecto a este tema, en el artículo de Luna Matos ML, Salinas Piélagos J, Luna Figueroa A. Depresión mayor en embarazadas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú. Rev Panam Salud Publica. 2009; en donde se analizó a 222 mujeres gestantes se encontró una edad promedio de 26.9 cerca del 80% de ellas tuvo entre 20 y 34 años, mientras que en nuestro estudio se encontró una edad promedio de 27.63 lo cual muestra escasa variación con nuestros resultados, en lo que respecta al trimestre de embarazo Luna Matos ML et al encontraron 7.2% de mujeres cursando su primer trimestre de embarazo, 25.6% el segundo, y 57.2% en el tercero, en el presente estudio encontramos a 7.4% de mujeres cursando su primer trimestre de gestación, 11.1% cursando el segundo trimestre y 81.5% el tercero, en cuanto a la escolaridad Luna Matos ML et al encontraron 64.9% nivel básico, y 18% con nivel superior en nuestro estudio encontramos 29.6% con nivel básico, y 18.5

con nivel superior con lo cual encontramos coincidencia importante en el rango de escolaridad nivel superior. Con respecto a comorbilidades Luna Matos ML et al encontraron que un 9.5% del total de pacientes reportaron alguna comorbilidad, en nuestro estudio este porcentaje fue 18.5% para pacientes gestantes. En el estudio de Luna Matos ML se encontró 40.1% con puntuación mayor a 13 en la EPDE mientras que en nuestro estudio se encontró un 22.2% de pacientes gestantes con puntaje sugestivo de depresión, lo que mostraría variación en los resultados entre las distintas poblaciones en estudio. En el estudio de Luna Matos ML et al también se encontró que la proporción de casos con sintomatología depresiva fue mayor en pacientes que presentaron alguna comorbilidad (14.5%), mientras que en nuestro estudio se encontró 3.7% de pacientes con puntaje sugestivo de depresión y reporte de alguna comorbilidad y se encontró un 18.5% de pacientes con puntaje sugestivo de depresión sin reportar ninguna comorbilidad, es decir no se determinó una asociación entre la presencia de comorbilidad y sintomatología depresiva en las pacientes gestantes de nuestro estudio.

Tenemos también que en el artículo de Rodríguez-Baeza AK, et al, Prevalencia y factores asociados a depresión perinatal en una institución de salud México 2017 en el cual se evaluó a 258 mujeres embarazadas cuya edad media fue de 27 años, en nuestro estudio la media de edad fue de 27.63 para las mujeres embarazadas, lo que mostró mínima variación en resultados, Rodríguez-Baeza AK, et al encontraron que un 14.3% de sus pacientes estudiadas presentó alguna comorbilidad, y que 59.3% fueron pacientes multigestas mientras que en nuestro estudio se encontró un porcentaje de 18.5% para pacientes gestantes con comorbilidad y 62.9% multigestas, que demuestra una variación moderada-escasa, así también en el estudio de Rodríguez-Baeza AK, et al., las características sociodemográficas encontraron que 67.8% fueron casadas, 21.3% en unión libre y 10.9% solteras, en nuestro estudio estas características tuvieron la distribución siguiente; casadas 7.4%, en unión libre 81.5% y solteras 11.1%, y se encontró en el estudio de Rodríguez-Baeza AK, et al una prevalencia del 16.66% (punto de corte 14 o más) de depresión, mientras que en nuestro estudio esta cifra fue de 22.2% pacientes gestantes con puntaje sugestivo de depresión, lo que nos indicaría una variación moderada en los resultados entre las distintas poblaciones en estudio, y también a las diferencias en el punto de corte utilizado, ya que en el estudio de Rodríguez-Baeza AK, et al, se utilizó un punto de corte superior al nuestro (14 o más) para probable depresión prenatal, en lo que corresponde a

distribución por trimestre de embarazo Rodríguez-Baeza AK, et al encontraron que fue superior el porcentaje obtenido en pacientes del segundo trimestre con un 42%, seguido del tercer trimestre con un 35% y el primer trimestre con un 23% mientras que en nuestro estudio se encontró un porcentaje mayor de pacientes gestantes con sintomatología depresiva en el tercer trimestre con 11.1%, seguido de 7.4% del segundo trimestre y finalmente 3.7% del primer trimestre.

Al comparar la presente investigación con los estudios previos existentes podemos observar similitudes y también diferencias en los resultados, así como incluso cambios marcados en las características sociodemográficas de la población a lo largo del tiempo, sin embargo, al igual que en los estudios previos se corrobora que existe un porcentaje de pacientes femeninas que durante el periodo perinatal cursan con sintomatología depresiva.

En nuestra investigación se pretende lograr un impacto positivo en la prevención de esta patología en el embarazo y periodo postparto ya que se ha encontrado evidencia de que esta patología trae diversas consecuencias negativas tanto para la madre como para el infante, y que puede prevenirse, detectarse de manera temprana y tratarse, por lo tanto, para así evitar y prevenir secuelas en el binomio madre-hijo.

Entre los alcances que se obtuvo en la presente investigación fue el determinar que efectivamente existe población femenina en periodo perinatal con presencia de sintomatología depresiva y que ésta puede llegar a ser detectada por personal que se encuentra en primer nivel de atención con un instrumento accesible eficaz y de bajo costo como la Escala para Depresión Perinatal de Edimburgo.

Otro alcance de nuestra investigación fue la obtención de datos que facilitan el abordaje dirigido a población que podría presentar mayor riesgo de presentar sintomatología depresiva, y hacer especial énfasis en dicha población por ejemplo se determinó en la presente investigación que el grupo de pacientes que presentó mayor sintomatología depresiva fue el grupo de pacientes de la segunda gesta, y por lo tanto podemos incidir de manera positiva en este grupo poblacional, se determinó también mediante la presente investigación que en pacientes embarazadas del tercer trimestre presentaron mayor

sintomatología depresiva, de igual manera esta información es útil para poner especial atención en este grupo de pacientes gestantes.

En las limitaciones de nuestro estudio fue que es de tipo transversal, lo cual impide dar seguimiento adecuado y realizar alguna intervención futura principalmente a las pacientes en las cuales se detectó un puntaje sugestivo de depresión, es decir en las pacientes en las que se detectó un puntaje igual o mayor a 11, lo cual como ya se ha mencionado antes indica sospecha de depresión posparto/perinatal, así como cualquier puntaje distinto de "0" en la pregunta 10, que requiere de evaluación adicional dentro de 24 horas, y por lo tanto requieren atención o seguimiento y/o repetición de la valoración días posteriores a la realización de la primera encuesta sin embargo a pesar de las circunstancias se realizó una indicación especial a las pacientes en las cuales se detectaron dichos puntajes para que acudieran a revisión posteriormente o bien informaran de inmediato a su médico familiar acerca de la situación. Se encontró también que debido a la afluencia escasa de pacientes en periodo perinatal, esto derivado principalmente del contexto actual de la pandemia por COVID-19 no permitió recolectar un número de pacientes mayor, las pacientes embarazadas son clasificadas como población de riesgo para COVID 19, y de acuerdo a las especificaciones de aislamiento social derivadas de la misma, durante los meses de recolección de la muestra se encontró menor cantidad de pacientes asistentes a la consulta externa de medicina familiar.

Entre los sesgos de nuestro estudio podemos, mencionar de manera inicial que se realizó durante la pandemia mundial por COVID-19, por lo que se vieron limitadas las consultas de medicina familiar. Debido a esto, muchos pacientes que asistían usualmente a control mensual a sus consultas (como lo son las pacientes embarazadas o en periodo postparto) dejaron de asistir a sus consultas de control. Otro sesgo de la investigación fue la necesidad de disminuir la muestra inicial del estudio, debido tanto a la limitación en el número de pacientes disponibles a entrevistar, como al tiempo para realizar dichas encuestas

La presente investigación tiene una relevancia importante principalmente en el primer nivel de atención ya que es en éste donde pueden y deben identificarse de manera temprana estos síntomas depresivos en las pacientes en periodo perinatal como parte de la estrategia concerniente a la salud materna en el primer nivel de atención.

En lo referente al rubro educativo se plantea la implementación de técnicas, dinámicas conferencias, pláticas o talleres que informen, instruyan y guíen a la población femenina que se encuentra cursando etapa perinatal, para poder así identificar de manera efectiva y temprana dicha patología o sintomatología indicativa de la misma.

En lo que respecta al ámbito de investigación se espera que el presente estudio contribuya al creciente interés en dirigir la atención hacia la realización de estudios para preservar o recuperar la salud mental en general materna, ya que dependen de ella muchos factores modificables que impactan de manera importante en la salud general del binomio madre-hijo. Se espera también que el presente estudio sea un inicio para la realización de futuros estudios en diferentes centros de salud y niveles de atención, y en los estudios que busquen de forma dirigida la detección temprana de alteraciones sugestivas de depresión en la mujer en periodo perinatal y en la población en general.

En el rubro administrativo nuestra investigación es de utilidad relevante para orientar y dirigir políticas de salud en favor del fomento a la salud mental, así como la gestión necesaria de presupuesto, recursos materiales y humanos dirigido a la detección, y prevención de la depresión, así mismo en la rehabilitación a través de programas de actividad física específicamente diseñados para cada grupo poblacional, y esto a través de la gestión de presupuestos específicos a ésta área de la salud

CONCLUSIONES:

En el presente estudio se cumplió el objetivo de Evaluar la presencia de sintomatología Depresiva en Pacientes Embarazadas y/o en Periodo Postparto en el H.G.Z./U.M.F. No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” encontrando una presencia significativa de dicha entidad en las pacientes evaluadas.

Los resultados que se obtuvieron en el estudio fueron de acuerdo a las hipótesis planteadas con fines educativos, esto es; se aceptó hipótesis de trabajo y se rechazó la hipótesis nula, por lo que se concluye que existe presencia de sintomatología depresiva en la población femenina en periodo perinatal valorada mediante Escala de Edimburgo para Depresión Perinatal, en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No.8.

En este estudio se encontró que la media de las edades de las pacientes estudiadas se encontró en la tercera década de la vida, y así mismo se encontró una elevación discreta en la presencia de sintomatología depresiva en las pacientes de este grupo de edad, se encontró que casi una cuarta parte de las pacientes estudiadas presento puntaje de sintomatología depresiva, se determinó también que la mayoría de pacientes que presentaron sintomatología depresiva contaba con estudios nivel básico a nivel medio superior, también se observó que la mayoría de pacientes con sintomatología depresiva se encontraba en su gesta 2 y gesta 1, de la misma manera se encontró que la presencia de sintomatología depresiva en embarazo y puerperio fue casi la misma con muy poca elevación en el grupo de pacientes en periodo postparto, en lo que respecta comorbilidad se encontró que un poco más de la tercera parte de pacientes que presentan comorbilidades también presentaron sintomatología depresiva. En cuestión a la patología más frecuente en las pacientes con sintomatología depresiva fue la hipertensión, seguido de las alteraciones tiroideas.

Como parte de las estrategias implementadas en nuestro país y a nivel mundial para preservar y fomentar la salud materna, así mismo la prevención de las diversas patologías que afectan a las mujeres en el periodo perinatal, son de importancia trascendente la utilización de herramientas de fácil acceso de las que se disponen en el primer nivel de atención, como pudo observarse a través de los resultados de la presente tesis, existe en

nuestra población derechohabiente (así como en la población en general como lo reportan estudios ya realizados) un número de pacientes que presentan un grado de sintomatología depresiva, lo cual requiere seguimiento y atención para poder brindar un tratamiento oportuno y también poner especial énfasis en el conocimiento de estas herramientas de bajo costo, que pueden utilizarse en la consulta externa del primer nivel de atención y que proporciona un elemento más de apoyo para complementar las estrategias de prevención de una de nuestras prioridades en salud a nivel mundial, la salud materna.

Se sugiere que mediante el uso de herramientas de fácil aplicación y disponibilidad se logre mejorar la calidad en la atención que se brinda a los pacientes en cada consulta, tomando en cuenta las limitaciones de tiempo presentes en nuestro haber diario en la consulta, el acto de brindar a las pacientes en periodo perinatal y incluso a los pacientes en general una forma de expresar sus inquietudes en cuestión a salud mental, proporcionarles la debida información y explicarles acerca de la existencia de éstas patologías poco conocidas en el embarazo/puerperio puede ayudarnos a mejorar la confianza de los pacientes hacia con nosotros los médicos, esto impacta de manera fundamental en la relación médico-paciente, y establece una base para lograr dicha confianza, lo que podría traducirse en mayor apego a tratamiento y seguimiento en las consultas prenatales.

Al hacer del conocimiento de la sintomatología depresiva a las pacientes, así como de las características de ésta podemos contribuir a desmitificar los padecimientos psiquiátricos y desvelar en cierta medida el tabú acerca de la depresión que existe en la población en general y que por lo tanto en muchas ocasiones le impide a la mujer gestante/puérpera buscar ayuda o atención, debido no solamente a la etiqueta propia que aún existe de los padecimientos psiquiátricos sino también al miedo que existe en las mismas pacientes de ingerir algún medicamento que pueda dañar a su hijo/hija durante el embarazo o puerperio.

Se ha observado que dentro de las estrategias para un abordaje efectivo e integral de este padecimiento encontramos que las redes de apoyo de las pacientes son de vital importancia, ya que el involucrar a la familia/redes de apoyo en el cuidado y seguimiento de la salud materna puede proporcionarnos una herramienta adicional para lograr una aproximación integral al cuidado de la salud de nuestra población derechohabiente, en la presenta tesis con especial enfoque en la salud mental femenina en el periodo perinatal.

Esto también incluye que una vez detectada la patología se brinde tratamiento oportuno y adecuado incluyendo la concientización sobre su padecimiento a las pacientes y a la familia de éstas.

Se propone por lo tanto hacer hincapié en un plan de detección oportuna, y en caso de requerirlo, realizar una referencia idónea y tratamiento desde un primer nivel de atención, para así mejorar día a día la calidad en la atención a nuestros pacientes.

Entre las recomendaciones para los que decidan continuar con este proyecto de investigación sería incluir dentro de las variables de la muestra el estrato socioeconómico, y si realizan o no alguna actividad deportiva de manera regular, el número de consultas prenatales, así como ampliar la muestra en cantidades proporcionales de pacientes con y sin comorbilidades, ya que esto nos ayudaría a aumentar e conocimiento de las variables que podrían o no influir en dicha patología.

BIBLIOGRAFIA

- 1.-De Castro F, Place JM, Villalobos A, Allen-Leigh B, **Sintomatología depresiva materna en México: prevalencia nacional, atención y perfiles poblacionales de riesgo**, Salud Publica México 2015;57:144-154.
- 2.-Lara MA, Patiño P, Navarrete L, Nieto L, **Depresión posparto, un problema de salud pública que requiere de mayor atención en México**, Revista Género y salud en cifras, 2017;15:14-15.
- 3.-Rodríguez-Muñoz, M.F., et al. **Depresión perinatal: rentabilidad y expectativas de la intervención preventiva**. Clínica y Salud, 2017;28:49-52.
- 4.-Caparros-González R, Romero-González B, Peralta Ramírez MI, **Depresión posparto, un problema de salud pública mundial**, Revista Panamericana de Salud Pública. 2018; 42:97
- 5.-Chávez-Courtois M, González-Pacheco I, **Presencia de la depresión perinatal y la relación madre-infante. Estrategia metodológica para una mirada sociocultural**, Revista Diversas Perspectivas en Psicología, 2008; 4: 101-111.
- 6.-Asociación Americana de Psiquiatría, **Guía de consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5 2014**, 104-107, 123-125.
- 7.-Rodríguez-Muñoz et al., **Prevención de la depresión perinatal**, Clínica y Salud, 2016;27: 97–99.
- 8.-Mora DM. **Depresión postparto y tratamiento**. Rev Med Cos Cen. 2016;73(620):511-514.
- 9.-Amaya-Castellanos Claudia Isabel, Shamah-Levy Teresa, Escalante Izeta Ericka Ileana, Turnbull Bernardo, Nuñez Urquiza Rosa María, **Empoderamiento y búsqueda de atención en salud: un factor ignorado de la mortalidad materna en una comunidad indígena mexicana**, Global Health Promotion, 2020;27(2): 166-174.

10.-Arranz Lara Lilia, Ruiz Ornelas Jaime, Aguirre Rivera Wilfrido, Carsi Bocanegra E, Ochoa Madrigal Georgina, Camacho Díaz Margarita, Gaviño Ambriz Salvador, Cervantes Chávez José Francisco, **Modelo de intervención temprana en la depresión posparto en un hospital de tercer nivel**. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas. 2012;17(2):100-108.

11.-Álvarez Escutia A, Ponce Rosas ER, Irigoyen Coria A. **Frecuencia de depresión posparto en pacientes de dos clínicas de medicina familiar en México**, Archivos en Medicina Familiar, 2008;9: 133-136.

12.-Lara M A, Navarrete L, **Detección de depresión en mujeres embarazadas mexicanas con la CES-D**, SALUD MENTAL, 2012; 35(1):57-62.

13.-Campbell Susan B, **Depresión Materna y la Adaptación de los Niños Durante la Primera Infancia**, Enciclopedia Sobre el desarrollo de la Primera Infancia, University of Pittsburgh, febrero 2010;1:1-4.

14.-Cummings E. Mark, Kouros Chrystyna D, **Depresión Materna y su Relación con el Desarrollo y la Adaptación de los Niños**. Enciclopedia Sobre el desarrollo de la Primera Infancia, 2009;2:1-4

15.-Jadresic M. E, **Depresión Perinatal: Detección Y Tratamiento**, REV. MED. CLIN. CONDES, 2014; 25(6):1019-1028.

16.-Jadresic M. E, **Depresión Posparto en el Contexto del Hospital General** REV. MED. CLIN. CONDES - 2017; 28(6) 874-880].

17.-Arranz Lara, Lilia, Ruiz Ornelas, Jaime, Aguirre Rivera, Wilfrido, Carsi Bocanegra, Eduardo, Ochoa Madrigal, Georgina, Camacho Díaz, Margarita, Gaviño Ambriz, Salvador, Cervantes Chávez, José Francisco, **Modelo de intervención temprana en la depresión posparto en un hospital de tercer nivel**. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas. 2012;17(2):100-108.

- 18.-Rodríguez-Baeza Ana Karen, May-Novelo Lolina de Jesús, Carrillo-Basulto Milagros Berenice, Rosado-Alcocer Ligia María, **Prevalencia y factores asociados a depresión prenatal en una institución de salud**, Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc., 2017;25(3):181-8.
- 19.-Araya Villavicencio S, Barrantes Ortiz I, **Trastornos psiquiátricos frecuentes en el periodo postparto**, Revista Médica Sinergia, 2020; 5(12):618-620.
- 20.-Medina-Serdán E, **Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis y la tristeza postparto, Perinatología y Reproducción Humana**, Artículo de Revisión, 2013;27(3):185-193.
- 21.-Krauskopf V, Valenzuela P, **Depresión perinatal: detección, diagnóstico y estrategias de tratamiento**, REV. MED. CLIN. CONDES, 2020; 31(2) 139-149.
- 22.-OPS/OMS, **Pensamiento saludable Manual para la atención psicosocial de la depresión perinatal**, Manual OPS/OMS 2016;54-66
- 23.-J.M. Sierra Manzano A B, Carro García T, Ladrón Moreno E, **Variables asociadas al riesgo de depresión posparto. Edinburgh Postnatal Depression Scale**, Aten Primaria 2002. 30 (2): 103-111.
- 24.-Alvarez Escutia A, Ponce Rosas ER, Irigoyen Coria A, **“Frecuencia de depresión postparto en pacientes de dos clínicas de medicina familiar en México”**, Archivos en Medicina Familiar 2008;9 (4):133-136.
- 25.-Jeanine K. Morris-Rush, MD, Margaret Comerford Freda, EdD, RN and Peter S. Bernstein, MD MPH, **Sondeo de la depresión postparto en una zona urbana: Screening for postpartum depression in an inner-city population**, Revista Médica de la Universidad Veracruzana, 2004; 4 (1):26-30.

26.-Espindola José Gabriel, Morales Francisco, Mota Celia, Diaz Edgar, Meza Pilar, Rodríguez Lilian, **Calibración del punto de corte para la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh, en pacientes obstétricas del Instituto Nacional de Perinatología**, Perinatol Reprod Hum 2004;18: 179-186.

27.-GPC Prevención, **Diagnóstico y Manejo de la Depresión prenatal y Postparto en el Primero y Segundo Niveles de Atención**, Catalogo Maestro CENETEC, 2014;15-17

28.-Sainz-Aceves KG, Chavez Ureña BE, Diaz Contreras M E, Sandoval Magaña M A, Robles Romero M A, **Ansiedad y depresión en pacientes embarazadas**. Aten Fam 2013;20(1):25-27

29.-Morris-Rush JK, Comerford FM, Bernstein PS. **Sondeo de la depresión postparto en una zona urbana.**, Rev Med UV. 2004;4(1):26-30.

30.-Ceballos-Martínez, Inés, Sandoval-Jurado, Luis, Jaimes-Mundo, Erika, Medina-Peralta, Gloria, Madera-Gamboa, Joel, Fernández-Arias, Yuri Francisco, **Depresión durante el embarazo. Epidemiología en mujeres mexicanas.**, Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2010;48(1):71-74

31.-Ortega L, Lartigue T, Figueroa M E, **Prevalencia de depresión, a través de la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh (EPDS), en una muestra de mujeres mexicanas embarazadas**, Perinatol Reprod Hum, 2001;15(1): 11-20.

32.-Sierra Manzano J.M., Carro García T, Ladrón Moreno E, **Variables asociadas al riesgo de depresión posparto. Edinburgh Postnatal Depression Scale**, Aten Primaria 2002, junio. 30 (2): 103-111.

33.-Espíndola JG, Morales F, Mota C, Diaz E, Meza P, Rodríguez L, **“Calibración del punto de corte para la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh, en pacientes obstétricas del Instituto Nacional de Perinatología”** Revista Perinatol Reprod Hum 2004;18:179-186.

34.-Alvarez Escutia A, Ponce Rosas ER, Irigoyen Coria A, **“Frecuencia de depresión postparto en pacientes de dos clínicas de medicina familiar en México”**, Archivos en Medicina Familiar, 2008;9 (4), 133-136.

35.-Luna Matos ML, Salinas Piélago J, Luna Figueroa A. **Depresión mayor en embarazadas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú.**, Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health, 2009: 26(4):310-314.

36.-Rodríguez-Baeza AK, May-Novelo LJ, Carrillo-Basulto MB, Rosado-Alcocer LM, **Prevalencia y factores asociados a depresión perinatal en una institución de salud México** Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2017;25(3):181-188.

ANEXOS



**CRONOGRAMA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL**

**DETERMINACIÓN DE LA PRESENCIA DE SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA EN PACIENTES
EMBARAZADAS Y/O EN PERIODO POSTPARTO EN EL H.G.Z./U.M.F. NO. 8 "DR. GILBERTO
FLORES IZQUIERDO"**

2019-2020

FECHA	MAR 2019	ABR 2019	MAY 2019	JUN 2019	JUL 2019	AGO 2019	SEP 2019	OCT 2019	NOV 2019	DIC 2019	ENE 2021	FEB 2021
TITULO		A										
ANTECEDENTES		A										
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA		A										
OBJETIVOS		A										
HIPOTESIS		A										
PROPOSITOS			A									
DISEÑO METODOLOGICO					A							
ANALISIS ESTADISTICO						A						
CONSIDERACIONES ETICAS						A						
RECURSOS							A					
BIBLIOGRAFIA											A	
ASPECTOS GENERALES												A

2020-2021

FECHA	MAR 2021	ABR 2021	MAY 2021	JUN 2021	JUL 2021	AGO 2021	SEP 2021	OCT 2021	NOV 2021	DIC 2021	ENE 2022	FEB 2022
REGISTRO Y AUTORIZACIÓN POR CLIS				P								
PRUEBA PILOTO				P								
ETAPA DE EJECUCION DEL PROYECTO				P								
RECOLECCION DE DATOS					P	P	P	P	P			
ALMACENAMIENTO DE DATOS							P	P	P			
ANALISIS DE DATOS									P			
DESCRIPCION DE DATOS										P		
DISCUSIÓN DE DATOS											P	
CONCLUSION DEL ESTUDIO											P	
INTEGRACION Y REVICION FINAL											P	
REPORTE FINAL											P	
AUTORIZACIONES												P
IMPRESIÓN DEL TRABAJO												P
PUBLICACION												P

INICIO
 FIN
P PENDIENTE
A APROBADO

Autores: Angelica Maravillas Estrada ¹, Eduardo Vilchis Chaparro², Yazmín A. Garduño Martínez ³, Cruz Sánchez Esther⁴.
 1. Médico especialista en medicina Familiar, Profesora Titular de La Especialidad de Medicina Familiar adscrita a HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"
 2. Médico especialista en medicina Familiar, Maestro en Ciencias de la Educación. Doctor en Ciencias de la Familia, Doctor en Alta Dirección en Establecimientos de Salud, Profesor Médico del CIEFD Siglo XXI
 3. Médico Especialista en psiquiatría, adscrita al HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"
 4. Médico Residente de la especialidad de Medicina Familiar HGZ/MF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"

DETERMINACIÓN DE LA PRESENCIA DE SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA EN
 PACIENTES EMBARAZADAS Y/O EN PERIODO POSTPARTO MEDIANTE ESCALA
 DE EDIMBURGO EN H.G.Z/M.F. No. 8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”



ESCALA DE DEPRESION POSTPARTO DE EDIMBURGO:

Investigador y recolector de datos: Cruz Sánchez Esther

Directora de protocolo: Maravillas Estrada Angelica

Asesor metodológico: Vilchis Chaparro Eduardo.

Asesora clínica: Garduño Martínez Yazmín Adriana

Instrucciones para el llenado: Como hace poco usted tuvo un bebé, nos gustaría saber cómo se está sintiendo.

Por favor MARQUE en un círculo el número correspondiente a la respuesta que más se acerca a como se ha sentido en los últimos 7 días, Tiempo de llenado:10-15 minutos

Beneficio para los participantes: Conocimiento acerca la sintomatología depresiva

Riesgo probable: Investigación de mínimo riesgo (se realizará una encuesta), pueden experimentarse sentimientos de tristeza, frustración y/o miedo al leer algunas preguntas de la encuesta con mínima molestia para el participante.

No.	CONDUCTAS	ALTERNATIVAS	PUNTAJE
1	He sido capaz de ser y ver el lado divertido de las cosas	Tanto como siempre	0
		No tanto como ahora	1
		Mucho menos ahora	2
		No, nada	3
2	He disfrutado mirar hacia delante	Tanto como siempre	0
		Menos que antes	1
		Mucho menos que antes	2
		Casi nada	3
3	Cuando las cosas han salido mal me he culpado a mí misma innecesariamente	Sí, la mayor parte del tiempo	3
		Sí, a veces	2
		No, con mucha frecuencia	1
		No, nunca	0
4	He estado nerviosa o inquieta sin tener motivo	No, nunca	0
		Casi nunca	1
		Sí, a veces	2
		Sí, con mucha frecuencia	3
5	He sentido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo	Sí, bastante	3
		Sí, a veces	2
		No, no mucho	1
		No, nunca	0

6	Las cosas me han estado abrumando	Sí, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto	0
		Sí, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre	1
		No, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien	2
		No, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre	3
7	Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir	Sí, la mayor parte del tiempo	3
		Sí, a veces	2
		No con mucha frecuencia	1
		No, nunca	0
8	Me he sentido triste o desgraciada	Sí, la mayor parte del tiempo	3
		Sí, bastante a menudo	2
		No con mucha frecuencia	1
		No, nunca	0
9	Me he sentido tan desdichada que he estado llorando	Sí, la mayor parte del tiempo	3
		Sí, bastante a menudo	2
		Sólo ocasionalmente	1
		No, nunca	0
10	Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño	Sí, bastante a menudo	3
		A veces	2
		Casi nunca	1
		Nunca	0
TOTAL			

INTERPRETACION:

- Una puntuación de 11 o más puntos indica sospecha de depresión posparto
- Cualquier puntaje distinto "0" en la pregunta 10, requiere de evaluación adicional dentro de 24 horas

HOJA DE DATOS:

NOMBRE COMPLETO: _____

EDAD: _____

Teléfono: _____

Marque con una X

¿Está usted embarazada?	1.SI	2.NO
Si está embarazada, ¿cuantas semanas de gestación cursa?		

¿Está usted en periodo postparto?	1.SI	2.NO
Si está en periodo postparto, ¿cuantas semanas de periodo postparto cursa?		

Religión:	1.SI	2.NO
-----------	------	------

Ocupación:	1.EMPLEADO	2.DESEMPLEADO	3.OTRO (especifique):
------------	------------	---------------	-----------------------

Estado civil:	1.CASADA	2.SOLTERA	3.CONCUBINATO/UNION LIBRE	4.VIUDA	5.DIVORCIADA
---------------	----------	-----------	---------------------------	---------	--------------

Escolaridad:

1.ANALFABETA	2.PRIMARIA	3.SECUNDARIA	4.BACHILLERATO	5.LICENCIATURA	6.POSGRADO
--------------	------------	--------------	----------------	----------------	------------

Numero de embarazo:

1º	2º	3º	4º	5º o mas
----	----	----	----	----------

Número de hijos previos a su embarazo:

Ninguno: 0	1	2	3	4 o más
------------	---	---	---	---------

Comorbilidades: ¿Padece usted alguna enfermedad?	1.SI	2.NO
--	------	------

Si padece algún tipo de enfermedad, ¿cuál es?

CONSENTIMIENTO INFORMADO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN (ADULTOS)

Nombre del estudio:	"Determinación de la Presencia De sintomatología depresiva en pacientes embarazadas y/o en Periodo Postpart mediante la escala de Edimburgo en el H.G.Z./M.F. No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"						
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica						
Lugar y fecha:	Sala de espera de la consulta externa de Medicina Familiar del HGZ/MF No.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" ubicado en Av. Río Magdalena No. 289, Col. Tizapán San Ángel, Alcaldía Álvaro Obregón, C.P. 01090, Ciudad de México. De Julio del 2020 a septiembre del 2020						
Número de registro:	En trámite						
Justificación y objetivo del estudio:	Se me está invitando a participar en un protocolo de investigación que consiste en conocer la presencia de sintomatología depresiva en pacientes embarazadas y/o en periodo posparto en el Hospital General de Zona No. 8 con Medicina Familiar "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"						
Procedimientos:	El investigador me ha informado si acepto participar responderé un cuestionario al ser una paciente embarazada y/o en periodo posparto que se encuentra en la consulta externa del Hospital General de Zona/Medicina Familiar No. 8, éste cuestionario llamado Escala de Edimburgo para depresión evalúa la presencia de síntomas depresivos en mujeres embarazadas y/o en periodo posparto. Se dará un tiempo de 10-15 minutos para la realización del cuestionario previo consentimiento informado, garantizando la confidencialidad de mis respuestas, .						
Posibles riesgos y molestias:	Se me explicó que existe un riesgo mínimo de que al leer y/o contestar la encuesta pueda llegar a experimentar sentimientos de tristeza, enojo, frustración y/o miedo.						
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	El investigador me ha informado de los beneficios que obtendré al conocer si existen síntomas depresivos en mí persona, lo que permitirá modificar el curso natural de esta enfermedad (en caso de que la hubiera) y minimizar la aparición probables complicaciones, así como obtener seguimiento y/o derivación a segundo nivel de atención en caso de que se requiera.						
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se me informará acerca de los resultados de mi encuesta. y orientación posterior a la entrevista.						
Participación o retiro:	Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en el que considere conveniente sin que ello afecte a la atención médica que recibo en el instituto						
Privacidad y confidencialidad:	El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificara en la presentación o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados de forma confidencial.						
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<table border="0"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>No autoriza que se tome la muestra.</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.</td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.						
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	Se me ha informado que al ser derechohabiente de esta institución se me otorgará seguimiento, y/o envío a los servicios disponibles como psicología y/o psiquiatría, de manera multidisciplinaria, así como tratamiento farmacológico en caso de que así lo requiera.						

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: **ANGELICA MARAVILLAS ESTRADA**, Médico Familiar, Profesora Titular de La Especialidad De Medicina Familiar del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" Matricula: 98113861 Teléfono: 5545000340 Fax: No Fax.
Email: angelica.maravillas@imss.gob.mx

Colaboradores: **CRUZ SANCHEZ ESTHER**, Médico residente de segundo año de Medicina Familiar en HGZ/UMF No.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", Matricula:97374487 Teléfono: 5616220880, Fax: No Fax
Email: estrella.med.ge41@gmail.com
GARDUÑO MARTINEZ YAZMIN ADRIANA MEDICO NO FAMILIAR ADSCRITO AL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DE PSIQUIATRIA/ HGZ/UMF No.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", Matricula:98150473 Teléfono: 55 16 82 17 08 Fax: No Fax
Email: yazmingarduno@hotmail.com
VILCHIS CHAPARRO EDUARDO Médico Familiar. Maestro en Ciencias de la Educación. Doctor en Ciencias de la Familia Profesor Titular de Residencia de Medicina Familiar HGZ/UMF No.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" Correo: eduardo.vilchisch@imss.gob.mx Matricula: 99377278 Ce 044 55 20 67 15 63. Fax: No fax

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4 piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

_____	_____
Nombre y firma del participante	Cruz Sánchez Esther
_____	_____
Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento	
_____	_____
Testigo 1: Nombre, dirección, relación y firma	Testigo 2 Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante de estudio

Clave: 2810-009-01



Ciudad de México 03 de junio 2021
CCEIS/125 /2021

ASUNTO: CARTA DE NO INCONVENIENTE.

COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA
DESCONCENTRADA SUR DE LA CIUDAD DE MÉXICO

Por medio de la presente le informo a usted que no existe inconveniente para que los investigadores Dra. Maravillas Estrada Angelica; Médico Familiar, Profesora Titular de Medicina Familiar con Matricula; 98113861, Dr. Vilchis Chaparro Eduardo; Médico Familiar, Maestro en Ciencias de la Educación con matricula 99377278 y Dra. Garduño Martínez Yazmin Adriana; Médico Psiquiatra con matricula 98113861 realicen la investigación titulada: "DETERMINACION DE LA PRESENCIA DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN PACIENTES EMBARAZADAS Y/O PERIODO POSTPARTO MEDIANTE ESCALA DE EDIMBURGO EN HGZ/MF No.8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO" dicha investigación pretende llevarse a cabo en el HGZ/UMF No. 8 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Sur CDMX, en la cual me desempeño como Medico de base. La presente investigación será llevada a cabo en el período comprendido del 1º de marzo de 2019 al 28 de febrero del 2022. El procedimiento que se llevará a cabo en pacientes embarazadas y/o en periodo postparto que se encuentren en el HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" de los cuales se recabarán datos correspondientes a variables sociodemográficas, variables de la patología y si existe correlación entre las patologías que se estudiarán.

Por lo que no tengo ningún inconveniente en otorgar las facilidades a la investigadora Dra. Maravillas Estrada Angelica, Dr. Vilchis Chaparro Eduardo, Dra. Garduño Martínez Yazmin Adriana y a la Médica Residente de Medicina Familiar Cruz Sánchez Esther para que realicen la recolección de información y selección de pacientes en esta unidad.

Sin más por el momento me despido de usted con un cordial saludo.



DR GUILLE RAVO MATEOS
DIRECTO HGZ/MF No 8
GBM*GEA*