



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 62, CUAUTITLÁN, ESTADO DE MÉXICO.



**“COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO Y SU RELACIÓN CON EL
TAMIZAJE DE DEPRESIÓN POSPARTO EN MUJERES, UMF 62.”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR PRESENTA:

ITZIA YAMILETT SEDILLO TORRES

Registro de autorización:

F-2020-1406-015

CUAUTITLÁN, ESTADO DE MÉXICO

2022

Asesor:

Dr. Rubén Ríos Morales

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD



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.

**“COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO Y SU RELACIÓN CON EL
TAMIZAJE DE DEPRESIÓN POSPARTO EN MUJERES, UMF 62”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

ITZIA YAMILETT SEDILLO TORRES

AUTORIZACIONES:

DRA. ARACELI GUTIERREZ ROMERO

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN UMF 62 CUAUTITLAN

DR. RUBÉN RÍOS MORALES

ASESOR DE TESIS

COORDINADOR CLINICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACION EN SALUD

DR. RUBÉN RÍOS MORALES

COORDINADOR CLINICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACION EN SALUD.

DR. PEDRO ALBERTO MUÑOZ REYNA

COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE EDUCACION DELEGACION 15
ORIENTE ESTADO DE MÉXICO.

DRA. OLGA MARGARITA BERTADILLO MENDOZA

COORDINADOR DE PLANEACION Y ENLACE INSTITUCIONAL DELEGACION
15 ORIENTE ESTADO DE MÉXICO.

CUAUTITLÁN, ESTADO DE MÉXICO.

2022

INDICE GENERAL

RESUMEN.....	4
ABSTRACT	5
MARCO TEÓRICO.....	6
JUSTIFICACIÓN.....	12
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
OBJETIVOS	15
HIPÓTESIS	15
METODOLOGIA.....	15
CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN.....	17
VARIABLES.....	18
METODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACION.....	20
PRUEBA PILOTO.....	20
ASPECTOS ÉTICOS.....	22
RECURSOS HUMANOS, FISICOS, FINANCIEROS Y FACTIBILIDAD	32
RESULTADOS.....	33
TABLAS Y GRAFICAS	34
DISCUSION DE LOS RESULTADOS.....	39
CONCLUSIÓN	41
REFERENCIAS	42
ANEXOS	46

RESUMEN

ANTECEDENTES: En México, la depresión posparto prevalece en un 17.4%, lo que conlleva a consecuencias negativas tanto la madre y el bebé **OBJETIVO GENERAL:** Se relacionarán las complicaciones durante el embarazo y el tamizaje de depresión posparto en mujeres de la UMF 62. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Se realizó un estudio observacional, analítico, prolectivo y transversal. Se estudiaron a 47 mujeres puérperas entre 18 y 36 años adscritas a la UMF 62, firmaron carta de consentimiento informado y se aplicó el cuestionario Edimburgo. Se realizó análisis univariado con las variables cualitativas nominales dicotómicas y variables cuantitativas discretas. Se realizó análisis bivariado por medio de la relación de variables (tamizaje de depresión posparto y complicaciones del embarazo) con la prueba de χ^2 $p < 0.05$. **RECURSOS E INFRAESTRUCTURA:** Propios del investigador y del instituto. **RESULTADOS:** De las 47 mujeres encuestadas en etapa de puerperio, 18 de ellas cursaron con alguna complicación durante su embarazo, ninguna de ellas con sospecha de depresión posparto La media de edad fue de 26.87 años. 89% de las mujeres en etapa de puerperio se encontraban casadas. 43% de ellas se dedican al hogar. La mayoría de las mujeres contaban con nivel preparatoria completa y la minoría de ellas con alguna licenciatura. El 34.04% habían cursado su primer embarazo. La complicación gestacional con mayor frecuencia fue anemia. **CONCLUSION:** No se logró establecer relación entre la presencia de complicaciones durante el embarazo y tamizaje sospechoso de depresión posparto en las mujeres puérperas de la UMF 62.

ABSTRACT

BACKGROUND: In Mexico, postpartum depression ranges in a 17.4% what it entails to negative consequences for both the health of the mother and the health of the baby. **GENERAL OBJECTIVE:** Relate complications during pregnancy and screening for postpartum depression in puerperal women of the UMF 62 **MATERIAL AND METHODS:** An observational, analytical, prolective, and cross-sectional study was carried out, we studied 47 between 18 – 36 years old attached to UMF 62, who signed a letter of informed consent, and the Edinburgh questionnaire was applied. A univariate analysis was performed with the dichotomous nominal qualitative variables and discrete quantitative variables. A bivariate analysis was performed using the relationship of variables (screening for postpartum depression and pregnancy complications) by means of the χ^2 $p < 0.05$ test. **RESOURCES AND INFRASTRUCTURE:** Own of the researcher and the institute. **RESULTS:** From the 47 respondent women, 18 attended a complication during pregnancy, none of them with suspect of postpartum depression. The average of age was 26 ± 3 years old. The 89% of the puerperal women were married, 43% were housewives. The most of them had completed high school and the minority had bachelor's degree. The 34.04% have had their first pregnancy. Anemia was the most frequent pregnancy complication. **CONCLUSION:** We couldn't establish relationship between pregnancy complications and positive screening in postpartum depression in puerperal women of UMF 62. It is suggested to carry out the study in a larger population.

MARCO TEÓRICO

En el mundo, la depresión prevalece en 4.7%. La ira, es el signo más común de depresión en mujeres en quienes no se les ha dado completamente la clasificación psiquiátrica ¹. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión es un trastorno mental que afecta a 350 millones de personas en el mundo y es dos veces más prevalente en mujeres de entre 18 y 44 años de edad. La prevalencia en mujeres es del 15 al 21% y se presenta con mayor frecuencia durante la etapa reproductiva, por lo que el embarazo y el posparto, son etapas clave, incrementa la morbilidad y mortalidad tanto materna como del producto. Dentro de los factores desencadenantes, se incluyen, la violencia doméstica, contar con antecedentes familiares de depresión, nivel socioeconómico bajo y las complicaciones obstétricas durante el embarazo o en embarazos previos, en un estudio realizado en una institución de salud del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en Mérida, Yucatán, se encontró que el 17.8% de las mujeres estudiadas, había tenido dificultad durante su embarazo ².

En un estudio realizado a 93 pacientes en febrero del 2018 en UMF 1 del IMSS en Hidalgo, se encontró que casi la tercera parte, es decir el 30.1% presentó depresión posparto y se encontró que el 25.8% de todas las mujeres, había abandonado la lactancia materna. Y en este estudio se determinó que las mujeres que abandonan la lactancia materna, tienen tres veces más riesgo de presentar depresión posparto ³.

La depresión perinatal es un estado depresivo menor o mayor durante el embarazo y/o durante el primer año posparto. Las principales características son: estado de ánimo depresivo, ansiedad, pensamientos compulsivos, pérdida del control, sentimientos de insuficiencia, miedos irracionales, fatiga y desesperación. Los principales factores de riesgo para desarrollar depresión perinatal son: historia previa de ansiedad o depresión, desordenes de bipolaridad, embarazo no deseado, estrés, historia de abuso sexual, violencia doméstica, bajo o nulo apoyo social, relaciones de baja calidad. Las mujeres que se encuentran deprimidas durante el

embarazo, suelen atender menos su estado de salud y no llevan un adecuado control prenatal, tienden a una mala nutrición, aumento en el uso de sustancias ilícitas, aumento de peso excesivo, y todo esto conlleva a resultados negativos al nacimiento ⁴. El 40% de los embarazos a nivel mundial no son deseados lo cual conllevaría a consecuencias adversas que, de igual manera, incluyen un mal control prenatal, disminución en el tiempo de lactancia materna, complicaciones a la hora del nacimiento y una elevada mortalidad del infante ⁵.

En México, la prevalencia de depresión en el embarazo va de 9 a 12.3% y los síntomas depresivos se reportan en un 6.4 a 16.6% en mujeres durante la etapa prenatal. La depresión posparto varía entre 13.3 a 17.4% y los síntomas depresivos posterior al embarazo se presentan hasta en un 20% ⁶.

La mayoría de las personas espera el embarazo y lo experimenta, sin embargo, durante este proceso de adaptación y angustia familiar, que afecta al ser individual, a la pareja y a la familia se pueden manifestar cambios biopsicosociales en aspectos como el autoconcepto, la autoestima, síntomas de depresión y ansiedad y angustia emocional. Uno de los desafíos más grandes durante esta etapa, es lidiar con los cambios psicológicos, es importante estudiar y detectar los síntomas de depresión y ansiedad durante el embarazo y hasta los siguientes 3 años después del parto. Usualmente las mujeres presentan estos síntomas de depresión y ansiedad durante el tercer trimestre del embarazo, al nacimiento y a los 3 y 12 meses posparto ⁷.

Solo algunas mujeres buscan ayuda profesional ante el reconocimiento de sus síntomas, sin embargo, algunas de ellas muestran dificultades en diferenciar el estrés normativo del embarazo y los síntomas depresivos. En un estudio realizado por Whitton, Warner y Appleby en 1996 se encontró que el 97% de las mujeres reconocían sentirse de forma diferente a lo habitual y que sólo el 25% creía tener depresión posparto y un 55% creía que sus síntomas no eran tan severos como para considerarlos síntomas de depresión ⁸.

A pesar de las recomendaciones para la detección de los síntomas depresivos durante el embarazo, éstos siguen sin identificarse y sin ser tratados. Si nos enfocamos en los síntomas depresivos durante su etapa inicial, podremos emplear

estrategias que le brindarán herramientas a la mujer embarazada para el manejo de sus síntomas, lo cual permitirá un mejor pronóstico tanto para ella, el bebé y su familia. La depresión materna, puede impactar de forma negativa en la funcionalidad familiar ⁹.

Durante el embarazo se incrementa la exposición a distintas hormonas psicoactivas, como el estrógeno, progesterona y cortisol, esto quizá desencadene los síntomas depresivos. Los niveles de estrógeno aumentan hasta 30 veces más durante el embarazo que durante el ciclo menstrual y los niveles de cortisol son mayores en los desórdenes depresivos. Se cree que los síntomas tanto psicológicos como somáticos, variarán durante el transcurso del embarazo y que esto se debe a los cambios hormonales y fisiológicos que se asocian con la llegada del nacimiento ¹⁰.

Cerca del 30% de las primíparas, reportan tener síntomas de depresión, ansiedad y/o estrés, pero sólo 1 de cada 3 se diagnostica con depresión. La ansiedad durante el embarazo es un factor de riesgo para padecer depresión posparto ¹¹.

El tema del estrés durante el embarazo ha recibido mucha atención, pero no se sabe tanto sobre los efectos de las adversidades de la vida sobre el embarazo, principalmente lo referente a la regulación neuroendocrina como respuesta al estrés. Las mujeres embarazadas con historia previa de exposición temprana a adversidades, muestran variaciones en la regulación del cortisol, que induce al descenso de la reactividad del estrés¹².

Muchas mujeres han experimentado cambios cognitivos durante el embarazo, principalmente en la memoria y en la concentración. Tanto el estrés como la ansiedad, se han relacionado con algunos déficits cognitivos, tales como problemas en el aprendizaje, en el funcionamiento ejecutivo, la memoria y la atención ¹³.

La insatisfacción sobre la imagen corporal está asociada con depresión prenatal y posparto. Las mujeres con baja satisfacción de su imagen corporal, tienden a presentar un alto nivel de ansiedad, y mayormente en aquellas con sobrepeso, en donde los altos niveles de ansiedad las conllevan a adquirir conductas extremas para control de peso. El personal médico debe prestar atención a la mujer

embarazada que presente insatisfacción con respecto a su imagen corporal, ya que puede indicar un trastorno del estado de ánimo ¹⁴.

Diversos factores conllevan a desarrollar depresión durante el embarazo, la salud mental materna previa es muy importante, las mujeres con sintomatología depresiva antes del embarazo suelen presentar complicaciones obstétricas tempranas, y las mujeres con historia de abuso, experimentan los síntomas depresivos más severos, una temprana identificación y tratamiento pueden disminuir la morbilidad y mortalidad para estas mujeres, sus hijos y sus familias¹⁵.

La presencia de obesidad y depresión, llevan a la mujer a un grupo de alto riesgo para padecer complicaciones en la madre y en el feto. Ambas condiciones se han asociado a preeclampsia, cesáreas, parto pretérmino y a un decremento en el inicio de la lactancia, se asocia con un alto riesgo de padecer hipertensión gestacional, diabetes gestacional, y complicaciones perinatales como abortos espontáneos, muerte fetal, defectos al nacimiento, macrosomía, mortalidad infantil y estancias en la terapia intensiva neonatal ¹⁶. La salud mental materna, puede verse afectada por la gravedad de las enfermedades hipertensivas del embarazo, además de otros factores perinatales como la prematurez, la hospitalización del recién nacido o la muerte fetal. La depresión posparto ocasiona cambios emocionales, conductuales, cognitivos y físicos, pueden afectar al 15% de las mujeres durante las primeras semanas posteriores al parto y al 22% durante el primer año posterior¹⁷.

Se ha sugerido la calidad de la dieta como medida preventiva para mejorar la depresión postnatal, durante el embarazo, las mujeres requerirán de nutrientes adicional para favorecer el crecimiento fetal y sus necesidades metabólicas asociadas a la reproducción. La nutrición es la base del funcionamiento psicológico saludable, pues regula los sistemas biológicos que influyen en el estado de ánimo, incluyendo el sistema endocrino y las vías de los neurotransmisores ¹⁸. También existen factores ambientales que pudieran estar relacionados con el desarrollo de depresión después del embarazo, se ha sugerido que la contaminación del aire ambiente está asociada con un funcionamiento neuropsicológico adverso. En la Ciudad de México, se llevó a cabo un estudio, se buscó la asociación entre la

exposición a contaminación por partículas durante el embarazo y el funcionamiento psicológico posparto, se encontró que la exposición a partículas contaminantes durante el embarazo incrementa 83% el riesgo de depresión posparto, anhedonia y síntomas de depresión a los 6 meses después del parto¹⁹. Existe también una relación entre las estaciones del año y su influencia en los desórdenes afectivos, esto se presenta principalmente durante el otoño y el invierno, remitiendo en verano y primavera. Se ha sugerido que existe influencia de las estaciones del año en los síntomas depresivos antes del embarazo y durante el periodo postnatal ²⁰.

La prevalencia de anemia en la mujer embarazada varía entre el 14 y 80% en distintas sociedades. Los efectos de la anemia durante el embarazo incluyen la preeclampsia, ruptura prematura de membranas, bajo peso al nacimiento, partos prematuros, muerte materna o fetal. La anemia durante el embarazo y después del parto, incrementan significativamente el riesgo de depresión posparto. Se cree que el descenso de la hemoglobina interfiere con la función de los neurotransmisores y por consiguiente afecta el metabolismo celular y de las hormonas tiroideas ²¹.

Los cuidados de la depresión incluyen terapia antidepresiva y/o salud mental, se ha visto que la terapia no farmacológica es igual de efectiva que la terapia farmacológica para los casos de depresión leve a moderada. Algunas mujeres requerirán de terapia antidepresiva, considerando los efectos negativos de la depresión perinatal, el riesgo del uso de los medicamentos es relativamente bajo. Cerca del 10% de las mujeres con depresión perinatal utilizan antidepresivos. Los médicos de la atención primaria pueden recomendar monoterapia como primera línea para el tratamiento de la depresión perinatal, refiriendo a las pacientes con condiciones más complejas con un experto de la salud mental ²².

El gran punto de prevalencia del inicio de los síntomas de depresión, es la etapa posparto, pero hay un aumento en la evidencia que algunas mujeres inician la sintomatología durante el embarazo. Las guías NICE, la Iniciativa Australiana de Depresión Perinatal y la OMS recomiendan realizar tamizaje para depresión durante el embarazo y el posparto ²³.

Los sistemas de salud realizan evaluaciones para determinar patologías durante el embarazo, ya sean maternas o fetales, sin embargo, no se realiza cribado para la detección de depresión perinatal. El Colegio Americano de Ginecólogos y Obstetras, recomiendan realizar protocolo para detección de depresión desde las primeras consultas obstétricas y ginecológicas para iniciar su diagnóstico y tratamiento ²⁴.

En 1987 se desarrolló la Escala de Depresión Posparto de Edinburgo (EPDS) para el cribado de depresión posparto, es un cuestionario auto-aplicable, de 10 preguntas, se utiliza en diferentes países y se ha traducido a 36 idiomas ²⁵. La Escala de Depresión Perinatal de Edinburgo fue diseñada y validada por sus autores para evaluar específicamente los síntomas depresivos en el periodo postnatal. En el 2000, esta escala fue validada para población mexicana con un estudio realizado en el INPerIer. En el 2004, se buscó la calibración del punto de corte para la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgo, se determinó que, con un punto de corte de 14, se determinó que cuenta con sensibilidad del 90% y una especificidad de 82% ²⁶. En 2014 se realizó un estudio con el objetivo de validar la traducción al español de la versión mexicana de EPDS en una población de mujeres embarazadas en Durango ²⁷. La escala de Edinburgo, también identifica otras dimensiones del funcionamiento psicológico posparto, tales como la ansiedad y anhedonia ²⁸. La depresión prenatal es muy importante para el desarrollo de los sentimientos de las mujeres hasta el periodo posparto. El embarazo es crucial para la preparación psicológica de las mujeres para asumir la maternidad ²⁹. Con la prevención de la depresión perinatal, tendremos mejores resultados para el binomio madre-hijo. La mayoría de las mujeres, pueden ser identificadas a través del uso de herramientas breves y las cuales se pueden realizar dentro del primer nivel de atención ²⁹.

JUSTIFICACIÓN

Se ha estimado que, en México, aproximadamente el 15% de los embarazos presentan complicaciones obstétricas, de igual forma, tanto en México como a nivel mundial, la depresión es un problema de salud pública, que muchas veces pasa desapercibido por el personal de salud, perdiendo así oportunidades de diagnóstico y tratamiento oportuno. La depresión es la principal amenaza a la salud mental en mujeres en edad reproductiva. Se dice que la prevalencia de depresión o sintomatología depresiva va del 6 al 24% en mujeres que son madres. Existe mayor prevalencia de depresión posparto, llegando a ser de un 55%, se dice que estas mujeres que la presentan después del nacimiento, cursaron con síntomas psicológicos durante el embarazo (ansiedad, depresión, somatización y estrés específico del embarazo). Dentro de los factores de riesgo con mayor asociación a esta patología, se encuentran la depresión y ansiedad durante el embarazo, los antecedentes personales y heredofamiliares psiquiátricos de la paciente, eventos desencadenantes tales como defunciones, divorcios o el embarazo mismo. **Algunos otros factores de riesgo con menor evidencia clínica pero que de igual forma debemos tomarlos en cuenta son el tipo de relación marital, el tipo de personalidad de la madre, factores de riesgo obstétricos tales como complicaciones durante la gestación, al momento del parto o cesáreas de emergencia.** Por ello, es importante reconocer estos factores de riesgo para poder ofrecer un adecuado tamizaje durante la consulta prenatal y después del nacimiento.

El beneficio para el instituto con la realización de mi trabajo es que, si encontramos relación entre las complicaciones durante el embarazo y la depresión posparto, podremos prestar mayor atención a las pacientes que se encuentren cursando alguna complicación durante el embarazo y posteriormente realizar tamizaje de depresión posparto, para evitar que esta patología pueda ocasionar más adelante problemas de salud tanto ellas como sus hijos. Diversos estudios han demostrado que las mujeres que cursan con complicaciones durante su embarazo, pueden desarrollar depresión posparto. Es por ello que identificar el problema dentro de la unidad de medicina familiar, nos

ayudará a poder realizar estrategias para intervenir directamente sobre la salud de la mujer en periodo gestacional o posparto.

El beneficio para las pacientes será que, al ser detectadas a través del tamizaje con sospecha de depresión posparto, podrán recibir atención médica y de ser necesario, ser canalizadas con la finalidad de disminuir la morbi-mortalidad en esta población.

Por lo que, con el presente trabajo, pretendo contribuir a la unidad de medicina familiar 62 y a sus mujeres en periodo de posparto a ofrecerles la oportunidad de que, si cursan con alguna sintomatología depresiva, puedan ser detectadas y derivadas a tiempo si así lo requieren. Y en un futuro, la identificación de complicaciones obstétricas durante la consulta prenatal y su posterior seguimiento para tamizaje de depresión posparto.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Trascendencia.

La depresión posparto, es común, y tiene diversos desenlaces, el más sobresaliente es el sufrimiento que provoca a la madre, este interfiere con la disposición de la madre a cuidar su salud y la de su hijo, no buscan atención médica, son más propensas a consumir alcohol, drogas, afectando así la vida de la madre, de la pareja, de la familia y del infante. El problema radica en que, si la depresión posparto no es tratada a tiempo, impactará en el desarrollo cognitivo, conductual y emocional de las y los hijos.

Se han realizado diversos estudios en donde han profundizados aspectos específicos que se relacionan con la depresión perinatal entre ellos se encuentran la violencia de pareja, el abuso sexual en la infancia y adolescencia y el apego materno.

Magnitud, frecuencia y distribución:

La depresión posparto se presenta en un 5 a 25% de las mujeres, y es considerada como la complicación más común y más seria del embarazo. Aunque la mayor parte de los estudios se enfocan en la depresión posparto, la depresión durante el

embarazo también es de gran importancia y se observa entre el 2 y 21% de las gestantes, así como sintomatología depresiva del 8 al 25%. En México esta sintomatología se observa en el 22 a 37% de las mujeres embarazadas. En México se conoce ya la prevalencia y los factores de riesgo asociados depresión posparto, sin embargo, aún faltan estudios de diversas áreas geográficas, de grupos rurales, urbano e indígenas que nos permitan tener un panorama más amplio sobre el problema, sin embargo, es bien sabido que su frecuencia es mayor en mujeres con exposición a condiciones de pobreza.

Vulnerabilidad

La identificación de los síntomas depresivos es fácil a través de la escala de Edinburgo, la cual se realiza de forma rápida en la consulta de medicina familiar, al tener un tamizaje positivo para depresión posparto, se brindaría la atención inmediata a la mujer en riesgo. Con esto podríamos después implementar la aplicación de la encuesta durante el periodo de gestación con la finalidad de identificar la patología de forma más temprana y evitar entonces las posibles complicaciones que ésta pudiera causar durante y después del embarazo.

Factibilidad.

Los resultados de los estudios previamente realizados han servido a la contribución de identificar el problema, y con ello poder intervenir de manera temprana en la incidencia de esta patología para poder disminuir las complicaciones futuras tanto para la madre como para el recién nacido.

Dentro de la unidad de medicina familiar No. 62 será posible capacitar a los médicos familiares para poder aplicar el instrumento que nos permita identificar los síntomas depresivos en las mujeres en periodo posparto en aquellas mujeres que hayan cursado con complicaciones durante el embarazo.

OBJETIVOS

General

1. Relacionar las complicaciones durante el embarazo y el tamizaje de depresión posparto en mujeres de la UMF 62.

Específicos

1. Clasificar la presencia o ausencia de síntomas depresivos en las mujeres en puerperio.
2. Clasificar a las mujeres con complicaciones y sin complicaciones durante el embarazo.
3. Identificar las variables demográficas (edad, ocupación, grado escolar, estado civil, número de embarazo) de las mujeres que participan en el estudio

HIPÓTESIS

Hipótesis de trabajo: Más del 50% de las mujeres que cursaron con complicaciones durante el embarazo, presentará sospecha de depresión posparto.

METODOLOGIA

CARACTERÍSTICAS DONDE SE REALIZARÁ EL ESTUDIO:

Este estudio

Nivel de atención: **primer nivel de atención.**

TIPO DE ESTUDIO: Se realizó un estudio observacional, analítico, prolectivo y transversal.

POBLACION, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO:

- Tiempo: El estudio se realizó del 01 enero 2021 al 01 julio 2021.
- Lugar: Se llevó a cabo en la UMF No.62, la cual pertenece a la delegación Oriente 15, del Instituto Mexicano del Seguro Social, ubicada en Avenida 16

de septiembre número 39 Colonia Guadalupe código postal 54800 Cuautitlán, Estado de México.

- Población: Se estudiaron a mujeres que se encontraban en puerperio inmediato, mediato o tardío de 18 a 36 años de edad adscritas a la Unidad de Medicina Familiar Numero 62.

TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA:

La muestra estuvo compuesta por 47 pacientes, se calculó a través de la fórmula de proporción finita, por muestreo **tipo no probabilístico por conveniencia**. Se incluyeron mujeres de 18 a 36 años que se encontraban en puerperio, adscritas a la UMF 62.

Fórmula de cálculo:

$$\frac{N * Z^2 * pq}{d^2 * (N - 1) + Z^2 p * q}$$

N= 54 (total de mujeres en puerperio UMF 62)

Z α =1.96

p=0.51 (Mujeres con alguna complicación durante el embarazo y depresión posparto 51.2%) *

q=0.49

d=0.05

$$n = \frac{54 * 1.96^2 * (0.51 * 0.49)}{0.05^2 (54 - 1) + 1.96^2 0.51 * 0.49}$$

n= 47

CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN

Inclusión:

- Mujeres con edad de 18 a 36 años en periodo puerperal.
- Adscritas a la UMF 62
- Que sepan leer y escribir.
- Que firmen carta consentimiento informado.

Exclusión:

- Mujeres con diagnóstico de depresión o estén en tratamiento antidepresivo.
- Mujeres que hayan perdido a algún familiar cercano 7 días previos a la aplicación del instrumento.

VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Definición operativa	Tipo de variable	Escala de medición	Unidades de medición
VARIABLE DEPENDIENTE					
Depresión posparto	Episodio de depresión mayor después del nacimiento.	Se identificará mediante la escala de Edinburg y se divide en con sospecha de depresión y sin sospecha de depresión. Un resultado de 11 o más puntos indica sospecha de depresión posparto. Un resultado menor de 10 indica sin sospecha de depresión posparto.	Cualitativa	Nominal dicotómica	1.- Con sospecha de depresión 2.- Sin sospecha de depresión
VARIABLE INDEPENDIENTE					
Complicaciones durante el embarazo	Problemas de salud que se dan durante el periodo de gestación.	Se obtendrá a través de la ficha de identificación de la paciente y se clasificará como presente o ausente. Se considerarán como presentes, las siguientes: a) Infecciones cervicovaginales b) Infección de vías urinarias recurrentes. c) Diabetes gestacional d) Preeclampsia e) Eclampsia f) Anemia g) Infección por VIH h) Parto prematuro i) Hemorragias durante el parto j) Hemorragias durante la cesárea k) Desprendimiento de placenta normoinsera l) Otras. m) Ninguna En caso de que la paciente curse con otra patología no mencionada en la lista, deberá elegir la opción l) Otras y especificar. En caso de NINGUNA se clasificará como ausente.	Cualitativa.	Nominal dicotómica.	1.- Presente 2.- Ausente
VARIABLES DE ESTUDIO					
Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo	Se obtendrá mediante la ficha de identificación y se clasificará en años.	Cuantitativa.	Continua.	1.- Años.

	contando desde su nacimiento.				
Ocupación	Trabajo, empleo, oficio.	Se obtendrá mediante la ficha de identificación y se clasificará en ama de casa, obrera, profesionista o jubilada.	Cualitativa	Nominal politémica	1.- Ama de casa 2.- Empleada 3.- Jubilada
Grado Escolar	Cada una de las etapas en que se divide un nivel educativo. A cada grado corresponde un conjunto de conocimientos.	Se obtendrá mediante la ficha de identificación y se clasificará en sin estudios, primaria, secundaria, preparatoria, licenciatura y posgrado.	Cualitativa.	Ordinal.	1.- Sin estudios 2.- Primaria 3.- Secundaria 4.- Preparatoria 5.- Licenciatura 6.- Posgrado
Número de Embarazos	Cantidad de embarazos completos o incompletos experimentados por una mujer.	Se obtendrá mediante la ficha de identificación y se clasificará en primer embarazo, segundo embarazo, tercero o más embarazos	Cualitativa.	Ordinal.	1.- Primer embarazo 2.- Segundo embarazo 3.- Tercero o más embarazos
Estado Civil	Condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo o de su mismo sexo, con quien creará lazos que serán reconocidos jurídicamente aunque el mismo no sea un pariente o familiar directo.	Se obtendrá mediante la ficha de identificación y se clasificará en soltera, casada, divorciada, separada, viuda.	Cualitativa.	Nominal politémica.	1.- Soltera 2. Casada 3. Divorciada 4. Separada 5. Viuda

Variable dependiente: Depresión posparto

Variable independiente: Complicaciones durante el embarazo

METODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACION

Posterior a la aceptación del comité local de investigación en salud y comité de ética 1406, se realizó este estudio la Unidad de Medicina Familiar 62 ubicada en Cuautitlán México, en donde se obtuvieron los datos del censo de la población en estado de puerperio en el servicio de Arimac, una vez obtenidos los datos, a través de muestreo no probabilístico por conveniencia, tomé 53 pacientes que cumplen con los criterios de inclusión, posteriormente capté del censo de vigencias sus números telefónicos y les llamé explicando que se realizaría un estudio el cual se llevaría a cabo en la UMF, que los detalles se les explicaría el día de su cita, la cual se llevó a cabo en el aula de educación médica que se encuentra en el primer piso de la UMF 62, en los casos donde no se logró localizar a las pacientes, se continuó con la siguiente en la lista y así sucesivamente hasta obtener la muestra completa. Por cada día, el número de citados fue de 10 pacientes, en cada cita expliqué el motivo de la investigación, así como la explicación de la carta consentimiento informado, para continuar su seguimiento con su médico familiar y trabajo social, una vez entendido lo anterior, se les dio a firmar el consentimiento informado, con lo que quedó asentado que la paciente acepta las condiciones de esta investigación, posteriormente les entregué ficha de identificación y cuestionario de evaluación y les expliqué la manera en la que debían ser llenados. Una vez obtenidos los resultados, se vaciaron los datos en el programa SPSS v 20 para realizar gráficas, tablas, e interpretación de los resultados.

PRUEBA PILOTO

La escala de Edinburgh fue desarrollada por Cox y cols., en 1987 para detectar síntomas depresivos y depresión clínica específicamente en mujeres puérperas buscando discriminar aquellos síntomas físicos propios de la gestación de los síntomas físicos asociados a la depresión. Es una escala de auto-reporte y comprende 10 preguntas que exploran los síntomas comunes de un episodio o trastorno depresivo mayor o menor, que haya ocurrido 7 días anteriores a su

aplicación. Cada pregunta o reactivo se califica en un intervalo de 0 a 3 puntos, por lo cual su puntaje tiene un rango de 0 a 30 y a mayor puntuación mayor severidad. En el año 2000, esta escala fue validada para población mexicana con un estudio realizado en el INPerIEr. En el 2004, se buscó la calibración del punto de corte para la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgo, se determinó que, con un punto de corte de 14, se alcanzaron valores de 0.74 para la sensibilidad y 0.83 para la especificidad, lo que corresponde a una sensibilidad del 90% y una especificidad de 82%, la cual tiene Coeficiente Alfa de Cronbach de 0.87, para evaluar la probabilidad de padecer enfermedad depresiva. El tiempo promedio de autoaplicación del instrumento es de 5 minutos.

Interpretación:

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

En México, se ha utilizado la escala de Edinburgo en diversos estudios:

- En el año 2014, J. Fernández, et al., en su trabajo titulado Depresión posparto valorada mediante la escala de Edimburgo, aplicaron este instrumento en un estudio realizado a 658 mujeres en etapa de puerperio. En donde ellos clasificaron la puntuación de la siguiente manera: Normal: puntuación hasta 5 y ausencia de factores de riesgo. Leve: puntuación hasta 10 y con un factor de riesgo. Moderado: puntuación entre 11 y 20, y con 2 factores de riesgo. Severo: puntuación mayor que 20 y con más de 2 factores de riesgo
- En el año 2015, Juárez-Romero. Et al., en su estudio Prevalencia de depresión posparto en el Hospital de la Mujer del estado de Tlaxcala, aplicaron este instrumento a 300 mujeres en periodo posparto, en donde se encontró una prevalencia de depresión posparto de 18.3%.

ASPECTOS ÉTICOS

Código de Núremberg

Dentro de este proyecto de investigación, la participación de las mujeres fue completamente voluntario, se les otorgó carta de consentimiento en una reunión organizada especialmente para explicar el objetivo de la investigación, así como la herramienta que se aplicó, que, en este caso, es la escala de Edinburg. Esta investigación tuvo como propósito conocer la prevalencia de síntomas depresivos durante el puerperio con la finalidad de que estos síntomas sean identificados a tiempo para evitar las complicaciones a futuro tanto de la madre como del hijo, pero para esto, es necesario la aplicación de la escala de Edinburg ya que esta escala nos permite identificar los síntomas de depresión durante el periodo posparto. Durante esta investigación, no se dañó física ni mentalmente a ninguna participante, sin embargo, existía la posibilidad que, durante la realización de la escala de Edinburg, se desencadenaran sentimientos negativos, tales como culpa, enojo o llanto, entre otros. En caso de que esto llegara a ocurrir, se le brindaría apoyo emocional a la participante y se canalizaría con su médico familiar para su atención. Está investigación la llevó a cabo la residente de medicina familiar de tercer año Itzia Yamilett Sedillo Torres, siendo el Dr. Rubén Ríos Morales el investigador principal de la misma. En caso de que, alguna de las mujeres que participaran en esta investigación, se sintieran incómodas con el estudio tuvieron la libertad de retirarse en cuanto así lo desearan.

Declaración de Helsinki

Esta investigación, cumple con los principios científicos aceptados universalmente y existe literatura que respalda los conocimientos aplicados durante la misma. De este trabajo, obtuvimos beneficios tales como la detección oportuna de los síntomas depresivos en la mujer embarazada, y con ello ofrecer tratamiento especializado con la finalidad de prevenir complicaciones a futuro para el binomio madre-hijo. Dentro de los riesgos de esta investigación, se encontraban el malestar anímico de las mujeres púerperas a quien en todo momento se les brindó apoyo. No se recabarán datos que pongan en riesgo la intimidad de las participantes, únicamente

se solicitaron datos sociodemográficos, siempre conservando la privacidad de las mujeres. Al finalizar la investigación las participantes tuvieron el derecho de conocer sus resultados y de recibir consulta con su médico familiar de era necesario. O si los resultados de la encuesta realizada indicaban que la salud mental o física de la mujer corrían peligro, los investigadores debían buscar la atención inmediata de la mujer.

Previo a la aplicación de la encuesta, se les informó a las mujeres sobre los objetivos, los métodos, beneficios y posibles riesgos, así como las molestias que esta investigación pudiera ocasionar. Se les hizo de su conocimiento que eran libres de no participar en el estudio y que podían retirarse del mismo en el momento que lo deseen. Se les otorgará consentimiento informado por escrito, el cual deberán firmar cada una de las participantes en donde expresen su deseo o no de participar en el estudio.

Informe de Belmont

Se respetó la autonomía de cada participante, expresando por escrito su deseo o no de participar en esta investigación, siempre explicando previamente tanto los beneficios como los riesgos y complicaciones que este estudio pudiera contraer.

Se buscó en todo momento la beneficencia de las mujeres siempre tratando de que los beneficios siempre sean mayores que los riesgos.

A todas las mujeres que participaron en este estudio, se les trató por igual, no hubo preferencia sobre algunas de ellas, no existió discriminación de ninguna índole para la realización de este estudio.

Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para salud, segundo de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos.

El 7 de febrero de 1984 fue publicada en el Diario Oficial de la Federación la Ley General de Salud, reglamentaria del párrafo tercero del Artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, iniciando su vigencia el 1o. de julio del mismo año.

Artículo 13. Este artículo habla sobre el respeto a la dignidad y protección de derechos y bienestar al sujeto de estudio, **es por ello que durante esta investigación y en todo momento se respetará la dignidad de las mujeres embarazadas, se garantizará la protección de sus derechos, así como de su bienestar, explicando en todo momento los pasos a realizar, dirigiéndome de forma respetuosa hacia ellas, y no divulgando información sin antes haber obtenido consentimiento informado.**

Artículo 14. Este artículo nos menciona las bases conforme se debe desarrollar toda investigación que se realice en seres humanos: Este estudio se basa en principios científicos y éticos, siempre se buscará que los beneficios sean mayores que los riesgos, en este caso, siempre se buscará el bienestar físico y mental de la mujer embarazada. **Toda participante de esta investigación, deberá contar por escrito de la carta consentimiento informado, debidamente requisitada y previamente explicada por el investigador. Esta investigación será realizada por la médico residente de medicina familiar adscrita a la UMF 62 del Instituto Mexicano del Seguro Social, bajo supervisión en todo momento del Dr. Rubén Ríos Morales, Coordinador Clínico de Investigación y Educación en Salud, quienes se encargarán de contar con los recursos materiales que se necesiten para el desarrollo del estudio. Se deberá contar con el dictamen favorable de las Comisiones de Investigación, Ética y de Bioseguridad, de ser necesario.**

Artículo 15. Este artículo nos habla sobre los diseños experimentales, y su método de selección si es que hay varios grupos. **Sin embargo, en este estudio, no se llevará a cabo el método experimental.**

Artículo 16. Nos habla sobre la privacidad del individuo, quien solo podrá ser identificado siempre y cuando los resultados lo requieran y el sujeto lo autorice. **Para realizar esta investigación, únicamente se solicitarán datos sociodemográficos, nunca solicitando nombre ni número de seguridad social, con la finalidad de salvaguardar la privacidad del paciente. Se solicitará algún medio de contacto para de ser necesario localizar a la mujer en estudio, se otorgarán los resultados obtenidos a toda mujer que lo solicite.**

Artículo 17. Nos habla sobre el nivel de riesgo de las investigaciones, se dividen en sin riesgo, riesgo mínimo y con riesgo mayor que el mínimo. **Esta investigación se considera como con riesgo mínimo, al tratarse de un estudio prospectivo, ya que se realiza un cuestionario que nos ayuda a evaluar el estado psicológico de la paciente para determinar si cursa o no con síntomas depresivos, pudiendo desencadenar así sentimientos que la paciente no sentía antes del estudio.**

Artículo 20. En este artículo nos habla sobre el consentimiento informado, en donde el sujeto de investigación o su representante legal autoriza su participación en el estudio de libre elección y sin coacción alguna, **es por ello que, en esta investigación, se le otorgará a cada participante un consentimiento informado en el que acepta de forma voluntaria participar en este estudio. Conociendo los procedimientos y riesgos a los que se enfrentará.**

Artículo 21. Este artículo nos habla sobre las consideraciones que hay que tener para los sujetos participantes en cuanto al consentimiento informado, **por ello, se dará una explicación clara y completa a todas las mujeres participantes sobre el procedimiento a seguir durante el estudio, desde sus objetivos, la justificación de realizar el estudio, así como sus riesgos y beneficios, se les garantizará la resolución de sus dudas a los largo de la investigación, se les explicará de que tienen la libertad de retirarse del estudio en cualquier momento que así lo deseen sin ninguna repercusión. Se asegura la confidencialidad y privacidad de sus datos personales, así como de los resultados del estudio, ofreciendo además el apoyo médico y/o psicológico que requieran.**

Artículo 22. Este artículo nos habla sobre el consentimiento informado y que este deberá formularse por escrito y deberá reunir ciertas características, **el consentimiento informado de esta investigación, será realizado por el investigador principal de este estudio, en donde se aclaren cada punto mencionado en el artículo previo, este deberá contener a dos testigos y su relación con la participante, este además deberá ser aprobado por el Comité**

de Ética de la Institución. Deberá ser firmado por la mujer en estudio, en caso de no poder hacerlo, deberá plasmar su huella digital y a su nombre firmará otra persona que la participante designe y se les entregará copia del consentimiento informado.

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

Apartado 6. De la presentación y autorización de los proyectos o protocolos de investigación. Para poder realizar este estudio, se debe contar con la aprobación de los Comités de Investigación y Ética en Investigación de la Institución. Además de contar con el consentimiento informado en materia de investigación.

Apartado 7. Del seguimiento de la investigación y de los informes técnico-descriptivos. Se deberá elaborar y entregar a la Secretaría un informe técnico-descriptivo según el avance de la investigación, y al termino entregar un informe final en donde se describan los resultados obtenidos.

Apartado 8. De las instituciones o establecimientos donde se realiza una investigación. La investigación se llevará a cabo dentro de la UMF 62 en donde se cuenta con la infraestructura y capacidad resolutive ante cualquier efecto adverso que ocurra durante la investigación. Las participantes tendrán derecho a negarse a participar en la investigación sin ningún tipo de represalias. De ocurrir algún efecto adverso en la investigación, el investigador principal dará aviso al Comité de Ética en Investigación, de igual forma de dará aviso en caso de no ocurrir ningún efecto adverso.

Apartado 10. Del investigador principal. El investigador principal podrá redactar su proyecto o protocolo de investigación siempre apegado a los aspectos metodológicos, éticos y de seguridad del sujeto de investigación. Deberá realizar carta consentimiento informado en materia de investigación y deberá asegurarse de que esta cuente con todos los requisitos y supuestos que se indican en el reglamento, en donde quede de forma explícita la gratuidad, la indemnización a que

tendrá derecho el sujeto de investigación, y la disponibilidad del tratamiento médico gratuito de así requerirlo.,

Apartado 11. De la seguridad física y jurídica del sujeto de investigación. El sujeto de investigación, familiar o tutor están en todo derecho de retirarse del estudio en el momento que así lo soliciten, en caso de que esto suceda, el investigador debe asegurar de que se le esté brindando atención médica hasta que tenga la certeza de que no hubo daños directamente relacionados con la investigación. El estudio es completamente gratuito, por lo que queda estrictamente prohibido recibir algún tipo de remuneración económica o material.

Apartado 12. De la información implicada en investigaciones. Se protegerá en todo momento la identidad del sujeto de investigación, tanto en el desarrollo de la investigación como en la publicación o divulgación de resultados.

Ley Federal de protección de datos personales en posesión de los particulares

Esta ley se publicó en el Diario Oficial de la Federación el 5 de julio del 2010.

De los principios de protección de datos personales.

Artículo 7. Este artículo nos habla sobre los datos personales de los sujetos de investigación, **los cuáles serán recabados de una forma confiable para el sujeto en estudio, conforme a las disposiciones establecidas por esta ley, no se solicitará nombre de la participante, únicamente número de seguridad social, así como datos sociodemográficos, se le pedirá algún medio de contacto, para comunicarnos en caso de ser necesario.**

Artículo 8. Nos habla sobre la voluntariedad del consentimiento informado, el cual deberá manifestarse verbalmente, por escrito por medios electrónicos, ópticos o cualquier otra tecnología, **por ello, el consentimiento de las participantes se hará por escrito, con su firma autógrafa o en caso de que la paciente no cuente con ella, se utilizará su huella digital.**

Artículo 9. Este artículo trata sobre los datos personales sensibles, por lo que deberá obtenerse el consentimiento expreso y por escrito del titular, **sin embargo, en esta investigación no se solicitarán datos sensibles.**

Artículo 11. Nos habla sobre las bases de datos, las cuales deben ser pertinentes, correctos y actualizados para los fines para los cuales fueron recabados, **por lo que esta base, será revisada minuciosamente con la finalidad de asegurar la veracidad de los mismos, así como se actualizarán las veces que sean necesarias. En caso de ya no requerir más de esa información, se hará la cancelación de dicha base de datos.**

Artículo 12. Habla sobre el tratamiento de datos personales, para los cuales se limitará al cumplimiento de las finalidades previstas en el aviso de privacidad. **En dado caso de que el investigador requiera utilizar dichos datos para algún otro fin, deberá obtener un nuevo consentimiento por parte del titular.**

Artículo 13. Habla sobre el tratamiento de los datos personales, el cual debe ser necesario, adecuado y relevante en relación con lo previsto en el aviso de privacidad, **por lo que el uso correcto de los datos solicitados es responsabilidad del investigador principal , el cual será muy cuidadoso con ellos y se limitará el tratamiento de los datos únicamente en el tiempo necesario.**

Artículo 14. En este artículo habla sobre el responsable, el cual deberá velar el cumplimiento de los principios de protección que se establecen en esta ley, por lo que el investigador deberá adoptar las medidas necesarias para su aplicación. **Esto en caso de que el investigador principal asigne a un tercero para la utilización de estos datos.**

Ley General de Salud en su capítulo V sobre atención materno-infantil

Artículo 61. Trata sobre las acciones prioritarias en la atención materno-infantil, sobre la atención de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio. En esta investigación le damos prioridad a la salud mental de las mujeres en etapa de puerperio, con la finalidad de evitar daños a la salud física tanto de ellas mismas

como de los menores. En este mismo artículo nos habla sobre la promoción de la integración y del bienestar familiar, de igual forma con este estudio lograremos al identificar de manera oportuna, que la relación entre la madre y sus familiares mejore.

Artículo 62. En los servicios de salud, se promoverá la organización institucional de comités de prevención de la mortalidad materna e infantil, con la finalidad de evaluar el problema y adoptar las medidas necesarias, con esta investigación, lograremos captar a mujeres con depresión mayor, al ser referidas a un especialista podremos incidir en ellas previniendo el suicidio en algunos casos.

Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993 Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.

Apartado 5. Sobre las especificaciones, La atención a la mujer durante el embarazo, el parto o el puerperio y al recién nacido, debe ser impartida con calidad y calidez en la atención, en esta investigación siempre se tratará de lograr la satisfacción de las mujeres participantes en cuanto a trato, diagnóstico, procedimiento y solución de ser necesario.

Ley general de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia.

Es una nueva ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 1 de febrero de 2007, con una reforma publicada DOF 17-12-2015.

TITULO PRIMERO. Capítulo I. Disposiciones Generales.

Artículo 1. El objetivo de esta ley es establecer la coordinación entre la Federación, las entidades federativas, el Distrito Federal y los municipios para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres, así como los principios y modalidades para garantizar su acceso a una vida libre de violencia que favorezca su desarrollo y bienestar conforme a los principios de igualdad y de no discriminación. En esta investigación queda prohibido en cualquier etapa del procedimiento atentar contra las mujeres que aquí participan, serán tratadas con respeto buscando siempre su bienestar.

Artículo 4. Los principios rectores para el acceso de todas las mujeres a una vida libre de violencia que deberán ser observados en la elaboración y ejecución de las políticas públicas federales y locales son:

- I. La igualdad jurídica entre la mujer y el hombre;**
- II. El respeto a la dignidad humana de las mujeres;**
- III. La no discriminación, y**
- IV. La libertad de las mujeres.**

En esta investigación, todas las participantes serán libres de elegir o no continuar con el estudio, de retirarse en el momento que así lo deseen, y serán libres de expresar su sentir en todo momento, como investigador, me comprometo a respetar sus decisiones.

Artículo 6. Los tipos de violencia contras las mujeres son:

I. La violencia psicológica. Es cualquier acto u omisión que dañe la estabilidad psicológica, que puede consistir en negligencia, abandono, descuido reiterado, celotipia, insultos, humillaciones, devaluación, marginación, indiferencia, infidelidad, comparaciones destructivas, rechazo, restricción a la autodeterminación y amenazas, las cuales conllevan a la víctima a la depresión, al aislamiento, a la devaluación de su autoestima e incluso al suicidio. Dentro del área de la salud, la violencia obstétrica cabe en este rubro, en este estudio se identificarán a algunas mujeres con episodios de depresión mayor, a las cuales se les brindará todo el apoyo para referirlas al servicio de apoyo que requiera, buscando siempre su salud mental y evitar desenlaces fatales a futuro.

Sección Sexta. De la Secretaría de Salud

Artículo 46. Corresponde a la Secretaría de Salud:

I. En el marco de la política de salud integral de las mujeres, diseñar con perspectiva de género, la política de prevención, atención y erradicación de la violencia en su contra. En esta investigación se buscará la detección oportuna de depresión en las mujeres en etapa de puerperio, buscando de esta forma prevenir complicaciones de esta patología y de ser posible identificar la causa

que la está desencadenando y que la mujer en estudio reciba atención oportuna.

X. Asegurar que en la prestación de los servicios del sector salud sean respetados los derechos humanos de las mujeres. En este estudio siempre nos vamos a dirigir con respeto durante todo el procedimiento, así como siempre salvaguardando la dignidad de las mujeres. Se evitará en todo momento dañar la estabilidad psicológica, como negligencia, abandono, humillaciones y/o indiferencia, que deriven en violencia obstétrica.

XI. Capacitar al personal del sector salud, con la finalidad de que detecten la violencia contra las mujeres. En este estudio se pretende encontrar depresión posparto y las complicaciones que probablemente se hayan desarrollado durante el embarazo. Sin embargo, existen otros factores que pueden estar influyendo en este estado en las mujeres, aquí radica la importancia de capacitar al personal médico para poder identificar de manera oportuna si alguna mujer está siendo violentada ya sea física o psicológicamente y poder ofrecerle ayuda.

XII. Apoyar a las autoridades encargadas de efectuar investigaciones en materia de violencia contra las mujeres, proporcionando la siguiente información:

- a) La relativa al número de víctimas que se atiendan en los centros y servicios hospitalarios;
- b) La referente a las situaciones de violencia que sufren las mujeres;
- c) El tipo de violencia por la cual se atendió a la víctima;
- d) Los efectos causados por la violencia en las mujeres, y
- e) Los recursos erogados en la atención de las víctimas.

Como investigador, me comprometo a brindar esta información a las autoridades competentes en caso de identificar algún tipo de violencia contra las participantes en este estudio.

RECURSOS HUMANOS, FISICOS, FINANCIEROS Y FACTIBILIDAD

RECURSOS HUMANOS

- Médico residente de la especialidad en medicina familiar de la UMF 62, Cuautitlán México, Itzia Yamilett Sedillo Torres.
- Dr. Rubén Ríos Morales. Médico familiar, Coordinador de Educación e Investigación en Salud, UMF 62.
- Mujeres en periodo de puerperio

RECURSOS MATERIALES

- Instalaciones de la UMF No.62.
- Hojas blancas
- Plumas
- Lápices
- Computadora portátil
- Impresora
- Tabla
- Gomas
- Sacapuntas.

RECURSOS FINANCIEROS

Propios del instituto y del investigador.

RESULTADOS

No se observó relación entre la presencia de complicaciones durante el embarazo y la presencia de síntomas de depresión posparto ($p>0.05$) (Tabla 1).

De las 47 mujeres encuestadas que se encontraban en etapa de puerperio, 18 de ellas cursaron con alguna complicación durante su embarazo, en donde se incluían patologías como anemia, infección de vías urinarias recurrentes, infecciones cervicovaginales, preeclampsia, parto prematuro, trombocitopenia, oligohidramnios, hematoma placentario, cesárea por causa no especificada, mientras que la mayoría (29 mujeres) no mencionaron haber cursado con alguna complicación durante su embarazo. (Tabla 2).

La media de edad de las mujeres que participaron en este estudio fue de 26.87 años (Tabla 3, Ilustración 1)). Con un valor mínimo de 20 años y un máximo de 35 años.

El 89% de las mujeres en etapa de puerperio se encontraban casadas al momento de realizar la encuesta, mientras que el 11% reportó estado civil soltera (Tabla 4, Ilustración1).

57% de las mujeres encuestadas dentro de la UMF 62 cuentan con algún empleo formal, mientras que el 43% de ellas se dedican al hogar (Ilustración 2).

En cuanto al grado de estudios (Ilustración3)., la mayoría de las mujeres cuentan con nivel preparatoria completa (49.94%) seguido de aquellas que cuentan con secundaria (42.55%) y la minoría de ellas cuentan con alguna licenciatura (8.51%)

De las 47 mujeres encuestadas, el 34.04% habían cursado su primer embarazo, 31.91% el segundo embarazo y el 34.04% restante habían cursado el tercero o más embarazos. (Ilustración 4).

Las complicaciones gestacionales reportadas en la ficha de identificación, en orden de frecuencia fueron (Ilustración 5): ninguna (61.70%), anemia (10.64%), infecciones cervicovaginales (6.38%), cesárea de causa no especificada (6.38%), hematoma placentario en el primer trimestre, infección de vías recurrente y anemia,

infección cervicovaginales y urinarias, preeclampsia, infección de vías urinarias, parto prematuro (2.13%).

TABLAS Y GRAFICAS

Tabla 1 Complicaciones durante el embarazo relacionadas con el tamizaje de depresión posparto en mujeres puérperas de la UMF 62, 2021.

	Con síntomas de depresión posparto		Sin síntomas de depresión posparto		P
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Con complicaciones	0	0%	18	38.29%	0.6342
Sin complicaciones	1	2.12%	28	59.57%	

Tabla 1. Simbología: P = nivel significancia $p < 0.05$, % = porcentaje. Fuente: Ficha de identificación y encuesta Edinburgo. No se observa relación entre la presencia de complicaciones durante el embarazo y la presencia de síntomas depresivos $p > 0.05$.

Tabla 2. Frecuencia de la presencia y ausencia de complicaciones durante el embarazo en mujeres puérperas de la UMF 62, 2021.

	Frecuencia	Porcentaje
Con complicaciones durante el embarazo	18	38.29%
Sin complicaciones durante el embarazo	29	61.70%
Total	47	100%

Tabla 2. Simbología: % porcentaje. Fuente: Ficha de identificación.

Tabla 3 Edad en las mujeres puérperas participantes en la UMF 62, 2021.

Edad	Frecuencia
25	4
32	1
27	8
21	2
23	6
34	1
28	5
29	5
20	2
30	5
26	1
35	1
31	2
24	2
33	1
22	1
Total	47

Tabla 3. Se observa una edad media de 26.87 años en las mujeres participantes.

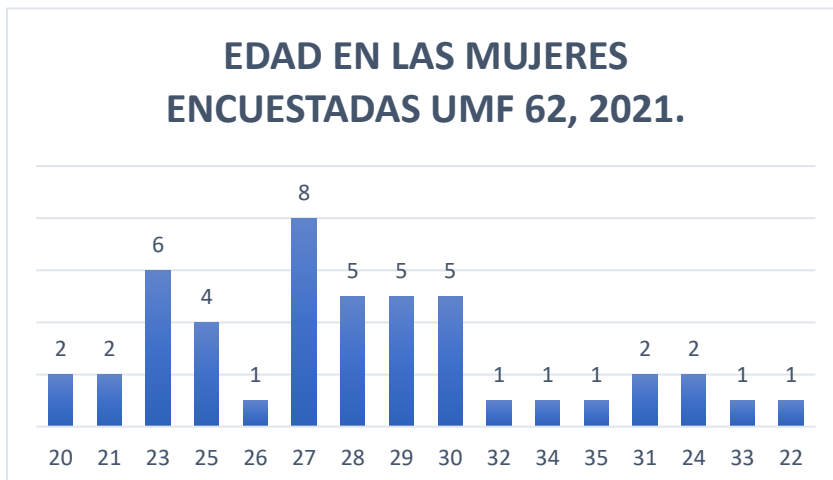


Ilustración 1 Edad en las mujeres encuestadas UMF 62, 2021.

Tabla 4 Estado civil en las mujeres encuestadas UMF 62, 2021.

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Casada	42	89.36%
Soltera	5	10.64%
Total	47	100%

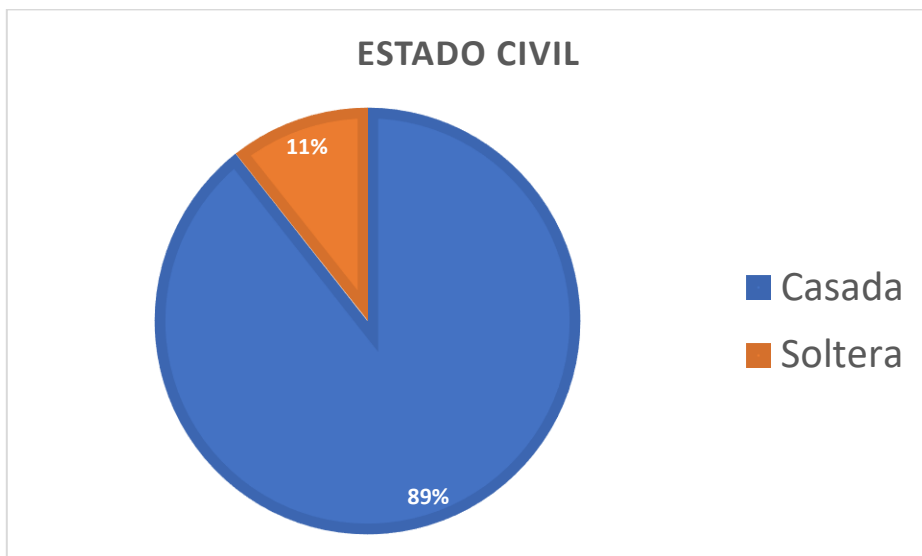


Ilustración 2 Estado civil en las mujeres encuestadas UMF 62, 2021.

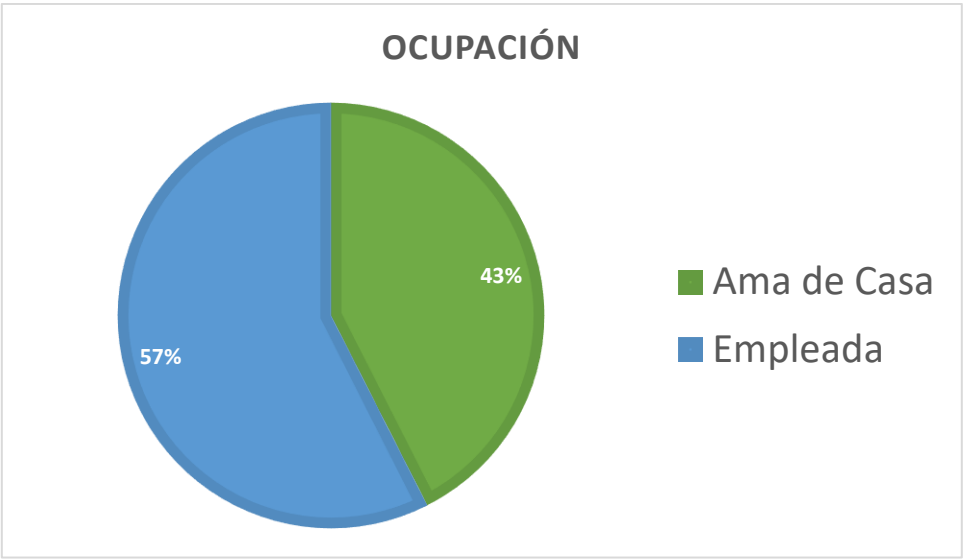


Ilustración 3 Ocupación de las mujeres encuestadas UMF 62,2021.

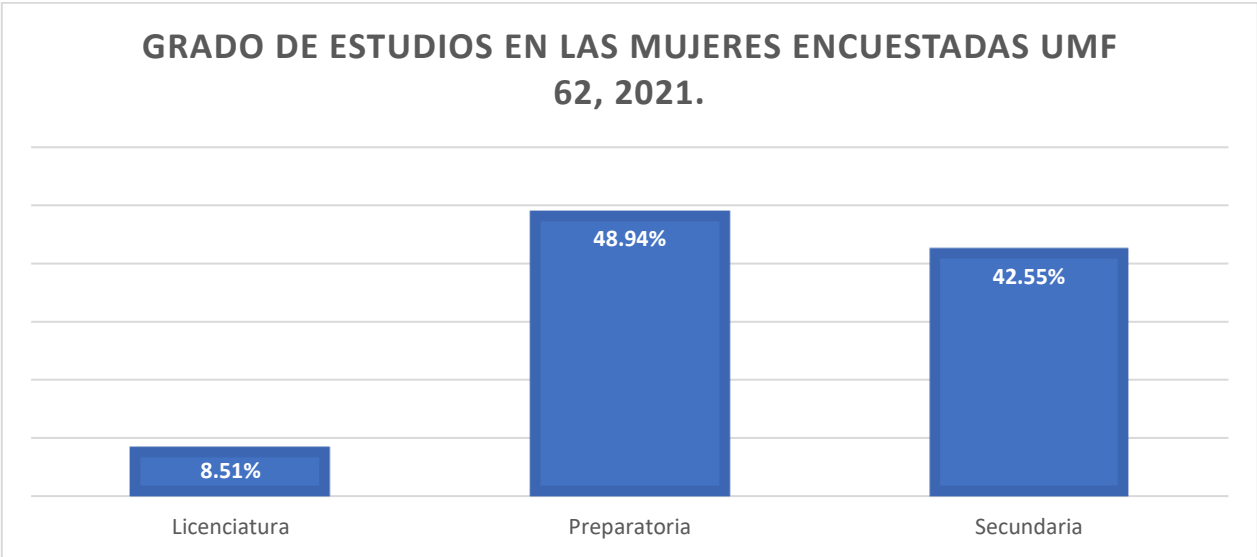
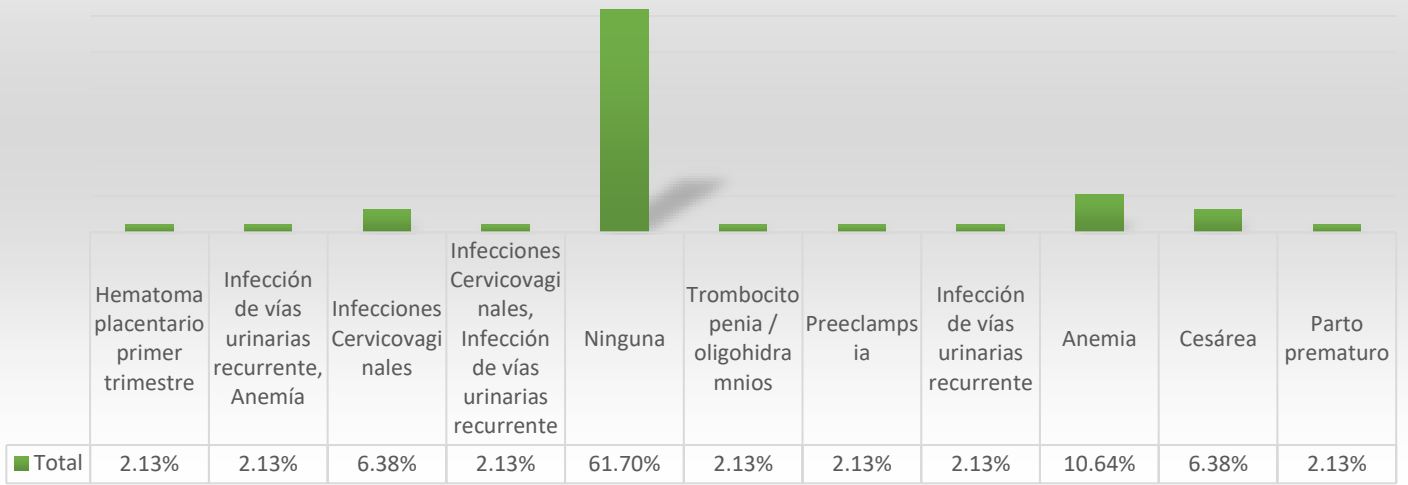


Ilustración 4 Grado de estudios en las mujeres encuestadas UMF 62, 2021. Simbología: % = porcentaje.

Complicaciones presentadas durante el último embarazo en las mujeres encuestadas. UMF 62, 2021.



Número de embarazos en las mujeres encuestadas UMF 62, 2021.

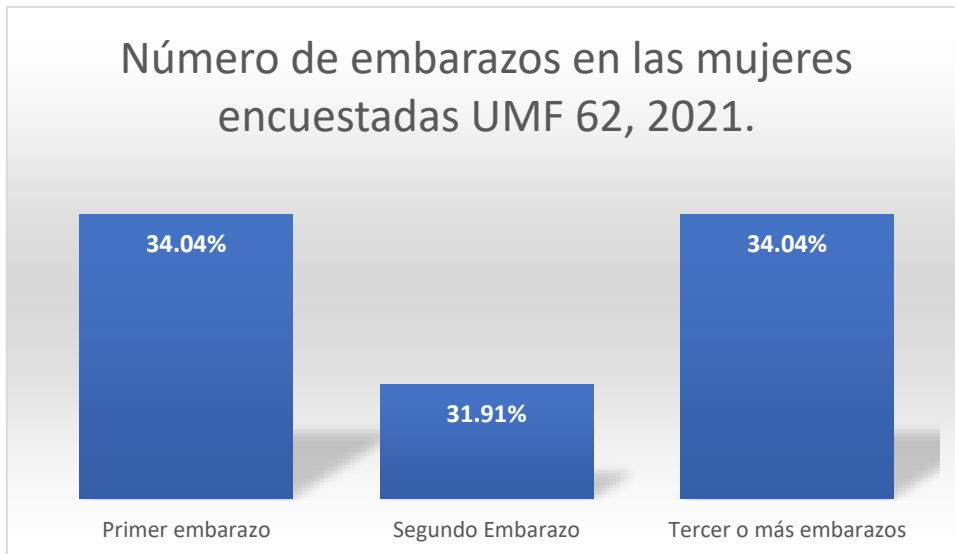


Ilustración 5 Número de embarazos en las mujeres encuestadas UMF 62, 2021. Simbología: UMF = Unidad de Medicina Familiar, % = porcentaje

Ilustración 6 Complicaciones presentadas durante el último embarazo en las mujeres encuestadas UMF 62, 2021. Simbología: UMF = Unidad de Medicina Familiar, % = porcentaje.

DISCUSION DE LOS RESULTADOS

Se estima que para el año 2020, la depresión será la principal causa de discapacidad en las mujeres según la Organización Mundial de la Salud. En México, la depresión es más frecuente durante el periodo reproductivo. En un estudio realizado en la UMF 61 en Veracruz (Vázquez Morales y cols. 2020), se estudió a una población de 219 puérperas en donde se encontró una prevalencia de depresión posparto del 36.52%. En este estudio, en donde se estudió a una población de 47 puérperas, se encontró la prevalencia de síntomas depresivos en un 2.12%.

El tamaño de la muestra de este estudio, no nos permite correlacionar la información encontrada en la bibliografía con los resultados obtenidos en este estudio, por lo que se propone ampliar el tamaño de la muestra con la finalidad de obtener de forma precisa la prevalencia de los síntomas depresivos en las mujeres en etapa de puerperio dentro de la UMF 62.

Algunos estudios señalan que las mujeres solteras tienen un mayor riesgo de presentar depresión (Quezada, 2011), en este estudio, únicamente el 11% (n=5) de las mujeres encuestadas, reportó su estado civil como soltera, siendo sólo 1 de ellas quien presentó sospecha de síntomas depresivos.

Existen diversos factores tales como la obesidad, depresión antes del embarazo, y la anemia que incrementan, sobre todo esta última, el riesgo depresión posparto. (Azami, 2019) sin embargo, la relación entre complicaciones durante el embarazo y la presencia de síntomas depresivos en el periodo posparto no fue estadísticamente significativa. También quizá debido al desconocimiento de los padecimientos durante el embarazo en las mujeres encuestadas.

En Norteamérica existe una prevalencia de anemia con hemoglobina menor a 8 mg/dl del 20%, y menor a 7mg 7dl del 7%, sin embargo, en nuestro estudio, la prevalencia de anemia reportada por las mujeres encuestadas (n=47) fue de 10.64%.

Algunos estudios han señalado que existe una relación entre la depresión y algunos procesos mórbidos asociados a la gestación, en donde es evidente una mayor prevalencia de depresión en aquellas madres que tuvieron neonatos pretérminos o con bajo peso al nacer, así como en las mujeres que cursaron con preeclampsia quienes incluso llegan a presentar altos niveles de depresión desde antes del nacimiento (Urdaneta, 2011). En este estudio, la prevalencia de complicaciones durante la gestación fue del 38.29%, mientras que la preeclampsia y el parto prematuro se presentó únicamente en el 2.13% de las mujeres estudiadas.

CONCLUSIÓN

Con base en los resultados obtenidos en este estudio, no se logra establecer una relación entre la presencia de complicaciones durante el embarazo y un tamizaje sospechoso de depresión posparto en las mujeres en estado de puerperio de la UMF 62, por lo que no se logra aceptar nuestra hipótesis de trabajo obteniendo una ($p>0.05$).

En este estudio, ninguna de las mujeres encuestadas que presentaron alguna complicación durante el embarazo (38.29%) presentó tamizaje sospechoso para depresión posparto. Lo anterior pudo verse afectado debido al tamaño de muestra, sugerimos ampliarla y compararla con el expediente clínico, ya que en este estudio nos basamos en la ficha de identificación misma que fue llenada por las encuestadas, y en donde probablemente por desconocimiento de sus patologías no son llenadas de forma correcta.

Este estudio permitió conocer la prevalencia de tamizaje de depresión posparto sospechosa en las mujeres puérperas dentro de la UMF 62, afortunadamente sólo 1 de ellas fue clasificada como sospecha de depresión posparto, misma que fue canalizada con su médico familiar para brindarle el seguimiento correspondiente.

De igual forma podemos observar que de forma rutinaria no se realiza este tamizaje para identificar síntomas de depresión posparto, el cual nos permitiría captar a las mujeres con sospecha de este padecimiento para poder brindarles atención oportuna y de esta forma evitar complicaciones futuro del binomio madre-hijo.

La Escala de Edimburgo es de fácil aplicación y se puede aplicar dentro de la consulta de medicina familiar, con ello ampliaríamos la atención a la mujer en estado de puerperio, sin olvidar que esta escala es también validada para su aplicación durante la gestación.

REFERENCIAS

1. Haroz EE, Ritchey M, Bass JK, et al. How is depression experienced around the world? A systematic review of qualitative literature. *Soc Sci Med.* 2017;183:151–162.
2. Rodríguez-baeza, Ana Karen et al. Prevalencia y factores asociados a depresión prenatal en una institución de salud. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, [S.l.], jun. 2017; v. 25, n. 3, p. 181-188.
3. Lugo Anduaga Y, Guerrero Hernández RE, López Carbajal MJ. Depresión posparto como factor asociado al abandono de la lactancia materna. *Aten Fam.* 2019;23(3): 90-94.
4. Goodman JH. Perinatal depression and infant mental health. *Arch Psychiatr Nurs.* 2019;33(3):217–224.
5. Surkan PJ, Strobino DM, Mehra S, et al. Unintended pregnancy is a risk factor for depressive symptoms among socio-economically disadvantaged women in rural Bangladesh. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2018;18(1):490.
6. Ibarra-Yruegas B, Lara MA, Navarrete L, Nieto L, Kawas Valle O. Psychometric properties of the Postpartum Depression Predictors Inventory-Revised for pregnant women in Mexico. *J Health Psychol.* 2018;23(11):1415–1423.
7. Canário C, Figueiredo B. Anxiety and depressive symptoms in women and men from early pregnancy to 30 months postpartum. *J Reprod Infant Psychol.* 2017;35(5):431–449.
8. Fonseca A, Silva S, Canavarro MC. Depression Literacy and Awareness of Psychopathological Symptoms During the Perinatal Period. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2017;46(2):197–208.
9. Kinser PA, Thacker LR, Lapato D, et al. Depressive Symptom Prevalence and Predictors in the First Half of Pregnancy. *J Womens Health (Larchmt).* 2018;27(3):369–376

10. Amiel Castro RT, Pinard Anderman C, Glover V, O'Connor TG, Ehlert U, Kammerer M. Associated symptoms of depression: patterns of change during pregnancy. *Arch Womens Ment Health*. 2017;20(4):593–594.
11. Nakić Radoš S, Tadinac M, Herman R. Anxiety During Pregnancy and Postpartum: Course, Predictors and Comorbidity with Postpartum Depression. *Acta Clin Croat*. 2018;57(1):39–51.
12. Epstein CM, Houfek JF, Rice MJ, et al. Early life adversity and depressive symptoms predict cortisol in pregnancy [published online ahead of print, 2019 Jul 9]. *Arch Womens Ment Health*. 2019;10.1007/s00737-019-00983-3.
13. Kataja EL, Karlsson L, Huizink AC, et al. Pregnancy-related anxiety and depressive symptoms are associated with visuospatial working memory errors during pregnancy. *J Affect Disord*. 2017;218:66–74.
14. Roomruangwong C, Kanchanatawan B, Sirivichayakul S, Maes M. High incidence of body image dissatisfaction in pregnancy and the postnatal period: Associations with depression, anxiety, body mass index and weight gain during pregnancy. *Sex Reprod Healthc*. 2017;13:103–109.
15. Yildiz Inanici S, Inanici MA, Yoldemir AT. The relationship between subjective experience of childhood abuse and neglect and depressive symptoms during pregnancy. *J Forensic Leg Med*. 2017;49:76–80.
16. Steinig J, Nagl M, Linde K, Zietlow G, Kersting A. Antenatal and postnatal depression in women with obesity: a systematic review. *Arch Womens Ment Health*. 2017;20(4):569–585.
17. Strapasson MR, Ferreira CF, Ramos JGL. Associations between postpartum depression and hypertensive disorders of pregnancy. *Int J Gynaecol Obstet*. 2018;143(3):367–373.
18. Nathanson R, Hill B, Skouteris H, Bailey C. Antenatal diet and postpartum depressive symptoms: A prospective study. *Midwifery*. 2018;62:69–76..
19. Niedzwiecki MM, Rosa MJ, Solano-González M, et al. Particulate air pollution exposure during pregnancy and postpartum depression symptoms in women in Mexico City. *Environ Int*. 2020;134:105325.

20. Bais B, de Groot N, Grootendorst-van Mil NH, et al. Seasonality of depressive symptoms during pregnancy. *Psychiatry Res.* 2018;268:257–262.
21. Azami M, Badfar G, Khalighi Z, et al. The association between anemia and postpartum depression: A systematic review and meta-analysis. *Caspian J Intern Med.* 2019;10(2):115–124.
22. Latendresse G, Elmore C, Deneris A. Selective Serotonin Reuptake Inhibitors as First-Line Antidepressant Therapy for Perinatal Depression. *J Midwifery Womens Health.* 2017;62(3):317–328.
23. Putnam KT, Wilcox M, Robertson-Blackmore E, et al. Clinical phenotypes of perinatal depression and time of symptom onset: analysis of data from an international consortium. *Lancet Psychiatry.* 2017;4(6):477–485.
24. Marcos-Nájera Rosa, Rodríguez-Muñoz María de la Fe, Izquierdo-Mendez Nuria, Olivares-Crespo María Eugenia, Soto Cristina. Depresión perinatal: rentabilidad y expectativas de la intervención preventiva. *Clínica y Salud [Internet].* 2017; 28(2): 49-52.
25. Usuda K, Nishi D, Okazaki E, Makino M, Sano Y. Optimal cut-off score of the Edinburgh Postnatal Depression Scale for major depressive episode during pregnancy in Japan. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2017;71(12):836–842.
26. Oquendo CM, Lartigue BT, González PI, Méndez CS. Validez y seguridad de la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh como prueba de tamiz para detectar depresión perinatal. *Perinatol Reprod Hum.* 22. 195-202.
27. Alvarado-Esquivel C, Sifuentes-Alvarez A, Salas-Martinez C. Validation of the edinburgh postpartum depression scale in a population of adult pregnant women in Mexico. *J Clin Med Res.* 2014;6(5):374–378.
28. Flom JD, Chiu YM, Tamayo-Ortiz M, et al. Subconstructs of the Edinburgh Postpartum Depression Scale in a postpartum sample in Mexico City. *J Affect Disord.* 2018;238:142–146.
29. Nieto L, Lara MA, Navarrete L. Prenatal Predictors of Maternal Attachment and Their Association with Postpartum Depressive Symptoms in Mexican Women at Risk of Depression. *Matern Child Health J.* 2017;21(6):1250–1259.

30. Freeman MP. Perinatal Depression: Recommendations for Prevention and the Challenges of Implementation. *JAMA*. 2019;321(6):550–552.
31. Prevención, diagnóstico y manejo de la depresión prenatal y posparto en el primero y segundo niveles de atención. México: Secretaría de Salud; 08/Julio/2014.
32. Breymann C. Iron Deficiency Anemia in Pregnancy. *Semin Hematol*. 2015 Oct;52(4):339-47. doi: 10.1053/j.seminhematol.2015.07.003. Epub 2015 Jul 10.
33. Urdaneta M José, Rivera S Ana, García I José, Guerra V Mery, Baabel Z Nasser, Contreras B Alfi. Factores de riesgo de depresión posparto en puérperas venezolanas valoradas por medio de la escala de Edimburgo. *Rev. chil. obstet. ginecol.* [Internet]. 2011 [citado 2021 Oct 15] ; 76(2): 102-112.

	<p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN</p> <p>Y POLITICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD</p> <p>Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación (adultos)</p>
Nombre del estudio:	<p>COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO Y SU RELACIÓN CON EL TAMIZAJE DE DEPRESIÓN POSPARTO EN MUJERES, UMF 62.</p>
Patrocinador externo (si aplica):	Ninguno
Lugar y fecha:	Cuautitlán Estado de México UMF 62 Año 2020
Número de registro institucional:	
Justificación y objetivo del estudio:	<p>La tristeza después del embarazo, es muy común y si no se detecta y trata a tiempo puede causar daños en la salud del bebé y de la mamá. Es importante que nosotros, los médicos de primer nivel de atención de la salud, encontremos a las mujeres con mucha tristeza después de tener a su bebé para poder ayudarlas tanto a la mamá y al bebé después de su nacimiento. El objetivo de mi estudio es ver si hay una relación entre el estado de ánimo que maneja ahorita y si tuvo alguna complicación en su embarazo.</p>
Procedimientos:	<p>Se le aplicará una encuesta que se llama Escala de Edinburgo, para valorar su estado de ánimo después del nacimiento de su bebé, es de 10 preguntas, la cual tardará en contestar aproximadamente 5 minutos y nos ayudará a ver si usted tiene síntomas de mucha tristeza, es importante que sepa que esta escala no nos hace diagnóstico de depresión, solamente nos orienta para sospechar y poderla orientar para que se sienta mejor, estos resultados que obtengamos, los vamos a relacionar con que haya presentado o no alguna complicación en su embarazo, esta última información la obtendré de su historial médico.</p>
Posibles riesgos y molestias:	<p>Este estudio se considera como de riesgo mínimo, ya que hay preguntas en las cuales se puedes sentir molesta, enojada, triste, ansiosa o con ganas de llorar, por lo que en cualquier momento, se puede retirar del estudio si así lo desea.</p>
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	<p>Si en los resultados, encontramos que está demasiado triste, se le enviará a las especialidades médicas necesarias para poder mejorar su estado de ánimo, yo como investigador me comprometo a llevarla con su médico familiar, informarle y buscar su atención inmediata y con esto, de ser necesaria enviarla con psicólogo o psiquiatra.</p>
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	<p>Podrá conocer los resultados del cuestionario y conocer su estado emocional. Si requiere conocer sus resultados, tiene la libertad de solicitarlos al investigador en cualquier momento que lo desee, se le entregarán de manera personal en algún consultorio de la UMF 62 para informarle sobre ellos.</p>
Participación o retiro:	<p>En cualquier momento que lo desee podrá retirarse de esta investigación.</p>
Privacidad y confidencialidad:	<p>Todos sus datos serán confidenciales, para identificarla, se le asignará un número, el cuál solo yo sabré a qué paciente le pertenece, no divulgaré información suya bajo ningún motivo. Además, sus datos estarán protegidos por el investigador los siguientes 72 meses posteriores al estudio, tal como lo marca la ley de protección de datos.</p>
Declaración de consentimiento:	
Después de haber leído y habiéndoseme explicado todas mis dudas acerca de este estudio:	
<input type="checkbox"/>	No acepto participar en el estudio.
<input type="checkbox"/>	Si acepto participar en este estudio.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	

Investigadora o Investigador Responsable:	Morales Rubén Ríos Morales Coordinador Clínico de Investigación y Educación e Medicina Familiar No. 62 Correo electrónico: rubenumf16@gmail.com , Teléfono 58821882 Ext. 51423
Colaboradores:	Itzia Yamilett Sedillo Torres Residente de Medicina Familiar Unidad de Medicina Familiar No. 62 Teléfono 55 48 59 32 98 Correo Electrónico: itziayamiletti@gmail.com
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse Al Dr Sandoval Launa Enrique presidente del comité de ética del CLIE del IMSS: Avenida Circunvalación S/N La quebrada Cuautitlán Izcalli CP 54769 Teléfono:5553101705 Correo electrónico Dr_esl10@yahoo.com.mx	
_____	Itzia Yamilett Sedillo Torres , Residente de Medicina Familiar, Unidad de Medicina Familiar No.62 Teléfono 5548593298 Correo electrónico: Itziayamiletti@gmail.com
Nombre y firma del participante	_____
	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 1	Testigo 2
_____	_____
Nombre, dirección, relación y firma	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 del estudio.	
Clave: 2810-009-013	

INSTRUMENTO DE APLICACIÓN

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Favor de llenar los campos solicitados o de ser necesario, subrayar, tachar o circular la respuesta que corresponda a su caso. ¡Gracias!

Edad: _____

Estado Civil:

- 1.- Soltera
2. Casada
3. Divorciada
4. Separada
5. Viuda

Ocupación:

- 1.- Ama de casa
- 2.- Empleada
- 3.- Jubilada

Grado de estudios:

- 1.- Sin estudios
- 2.- Primaria
- 3.- Secundaria
- 4.- Preparatoria
- 5.- Licenciatura
- 6.- Posgrado

Número de embarazo actual:

- 1.- Primer embarazo
- 2.- Segundo embarazo
- 3.- Tercero o más embarazos

¿Tuvo alguna de estas complicaciones en su embarazo?

- a) Infecciones cervicovaginales
- b) Infección de vías urinarias recurrentes.
- c) Diabetes gestacional
- d) Preeclampsia
- e) Eclampsia
- f) Anemia
- g) Infección por VIH
- h) Parto prematuro
- i) Hemorragias durante el parto
- j) Hemorragias durante la cesárea
- k) Desprendimiento de placenta normoinsera
- l) Otras. ¿Cuál?

- m) Ninguna

ESCALA DE DEPRESIÓN POSPARTO DE EDIMBURGO

Como hace poco usted tuvo un bebé, nos gustaría saber cómo se ha estado sintiendo. Por favor llene los campos que le solicitamos y SUBRAYE el número correspondiente a la respuesta que más se acerca a como se ha sentido en los últimos 7 días.

No.	CONDUCTAS	ALTERNATIVAS	PUNTAJE (a llenar por el investigador)
1.-	He sido capaz de ser y ver el lado divertido de las cosas	1. Tanto como siempre	0
		2. No tanto como ahora	1
		3. Mucho menos ahora	2

		4. No, nada	3
2.-	He disfrutado mirar hacia delante	1. Tanto como siempre	0
		2. Menos que antes	1
		3. Mucho menos que antes	2
		4. Casi nada	3
3.-	Cuando las cosas han salido mal me he culpado a mí misma innecesariamente	1. Sí, la mayor parte del tiempo	0
		2. Sí, a veces	1
		3. No, con mucha frecuencia	2
		4. No, nunca	3
4.-	He estado nerviosa o inquieta sin tener motivo	1. No, nunca	0
		2. Casi nunca	1
		3. Sí, a veces	2
		4. Sí, con mucha frecuencia	3
5.-	He sentido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo	1. Si, bastante	0
		2. Sí, a veces	1
		3. No, no mucho	2
		4. No, nunca	3
6.-	Las cosas me han estado abrumando	1. Sí, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto	0
		2. Sí, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre	1
		3. No, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien	2
		4. No, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre	3

7.-	Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir	1. Sí, la mayor parte del tiempo	0
		2. Sí, a veces	1
		3. No con mucha frecuencia	2
		4. No, nunca	3
8.-	Me he sentido triste o desgraciada	1. Sí, la mayor parte del tiempo	0
		2. Sí, bastante a menudo	1
		3. No con mucha frecuencia	2
		4. No, nunca	3
9.-	Me he sentido tan desdichada que he estado llorando	1. Sí, la mayor parte del tiempo	0
		2. Sí, bastante a menudo	1
		3. Sólo ocasionalmente	2
		4. No, nunca	3
10.-	Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño	1. Sí, bastante a menudo	0
		2. A veces	1
		3. Casi nunca	2
		4. Nunca	3
TOTAL			

Prevención, diagnóstico y manejo de la depresión prenatal y posparto en el primero y segundo niveles de atención. México: Secretaría de Salud; 08/Julio/2014