



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA EN SONORA  
JEFATURA DE SERVICIO DE PRESTACIONES MÉDICAS  
COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL  
COORDINACIÓN AUXILIAR DE INVESTIGACIÓN EN SALUD  
HOSPITAL GENERAL ZONA NO. 5

**TESIS**

Para obtener el grado de especialista en:

Medicina Familiar

**DEPRESIÓN EN PACIENTES EMBARAZADAS Y POSTPARTO  
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 55  
CANANEA SONORA**

PRESENTA:

**Lic. en Medicina: BRENDA CABRERA LOPEZ**

Director de Tesis  
Médico Especialista en Medicina Familiar  
Leopoldo Hernández Chávez

**Nogales, Sonora 2021.**



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.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



**Dictamen de Aprobado**

Comité Local de Investigación en Salud **2604**.  
U MED FAMILIAR NUM 37

Registro COFEPRIS 17 CI 26 030 083

Registro CONBIOÉTICA CONBIOETICA 26 CEI 003 2018080

FECHA **Martes, 01 de octubre de 2019**

**Dr. BRENDA CABRERA LOPEZ**

**PRESENTE**

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **DEPRESIÓN EN PACIENTES EMBARAZADAS Y POSTPARTO DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 55 CANANEA SONORA** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**

Número de Registro Institucional

R-2019-2604-025

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

*A. Mariz Martínez*  
**Mtra. ANGÉLICA MARIEL MARTÍNEZ LÓPEZ**  
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 2604

[Imprimir](#)

**IMSS**  
SEGURIDAD Y SALUD SOCIAL

**DR. ENRIQUE GRAUE WIECHERS**

Rector de la Universidad Autónoma de México

**DR. GERMÁN FAJARDO DOLCI**

Director de La Facultad de Medicina UNAM

**MTRO. HORACIO J. ARROYO DIAZCONTI**

Coordinador de Posgrado de la Facultad de Medicina UNAM

**DRA. MARIA DE LOURDES DIAZ ESPINOSA**

Jefa de Prestaciones Médicas

OOAD Sonora IMSS

**DR. EUSEBIO ROSALES PARTIDA**

Coordinador de Planeación y Enlace Institucional

OOAD Sonora IMSS

**DR. JAIME GUADALUPE VALLE LEAL**

Coordinador Auxiliar Médico de Educación en Salud

OOAD Sonora IMSS

**DR. JORGE RAFAEL HERNANDEZ DONNADIEU**

Coordinador Auxiliar Médico en Investigación en Salud

OOAD Sonora IMSS



**DEPRESIÓN EN PACIENTES EMBARAZADAS Y POSTPARTO DE LA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIA No. 55 CANANEA SONORA**

**TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA**

**EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:**

**DRA. BRENDA CABRERA LOPEZ**

**AUTORIZACIONES**



**DR. JAVIER SANTACRUZ VARELA  
JEFE DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



**DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN  
DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.**



**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.**



**FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR**

**DEPRESIÓN EN PACIENTES EMBARAZADAS Y POSTPARTO  
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 55  
CANANEA SONORA**

**No. REGISTRO: R-2019-2604-025**

**DR. EUSEBIO ROSALES PARTIDA**  
Coordinador de Planeación y Enlace Institucional  
Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada  
Sonora.



**DR. JAIME GUADALUPE VALLE LEAL**  
Coordinador de Educación en Salud  
Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada  
Sonora.

**DR. JORGE RAFAEL HERNANDEZ DONADDIEU**  
Coordinador de Investigación en Salud  
Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada  
Sonora.

**DEPRESIÓN EN PACIENTES EMBARAZADAS Y POSTPARTO  
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 55  
CANANEA SONORA  
No. REGISTRO: R-2019-2604-025**



---

**DR. LEOPOLDO HERNÁNDEZ CHÁVEZ**

Coordinador de Educación e Investigación en Salud  
Hospital General de Zona No. 5, Nogales, Sonora.



---

**DR. LEOPOLDO HERNANDEZ CHAVEZ**

Médico Familiar

Investigador colaborador / Asesor de Tesis.



---

**DRA. SANDRA LORENA RAMIREZ GUEVARA**

Profesor Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar  
para Médicos Generales de Base del IMSS.

## DEDICATORIA

**A mis padres:** Abel Cabrera Guzmán y María Paulina López Tapia, toda una vida no sería suficiente para agradecerles todo el esfuerzo, los sacrificios, la paciencia, el apoyo incondicional y amor que me han dado para poder llegar hasta donde estoy. Mis logros son suyos, todo lo que fui, soy y seré es por y para ustedes, Gracias.

**A mi esposo:** Fernando Rafael Guerrero López, por todo su apoyo, por su amor y confianza, “eres el amor de mi vida, mi mejor amigo”. No sé qué haría si no estuvieras conmigo.

### **A mis hijos:**

Fernando Daniel, por ser mi cómplice, mi mejor amigo, por ser tan maduro a su corta edad y apoyarme en todo, “eres la luz de mis ojos”.

Ana Paulina: Mi pequeñita traviesa que todos los días esperaba mi llegada, nunca se cansó de preguntar si iba a llegar y el fin de semana me recibía con muchos abrazos y una gran sonrisa. “eres mi alegría”.

**A mi hermano:** Jesús Oswaldo que aunque este lejos, siempre está cuidándome y preocupándose por mí. Con sus consejos me salva el día.

**A mi Profesora:** Sandra Ramírez Guevara, por su amistad, por su confianza, por permitirme formar parte de su familia, por todo su apoyo incondicional. No hubiera sido nada fácil sin usted.

Y no debe faltar mi compañero de Residencia “Roberts” que él me enseñó como ver el mundo de manera diferente, gracias por todo y espero que no olvidemos esta

bonita amistad.

## **AGRADECIMIENTOS**

A lo largo de nuestra vida nos cruzamos con muchos tipos de personas y sin duda, algunos son para recordar y guardar en nuestros corazones.

Mi agradecimiento y mi aprecio, por tanto, al Dr. Leopoldo Hernández Chávez y a la Dra. Sandra Lorena Ramírez Guevara, que me prestaron sus oídos, sus conocimientos, sus consejos y su paciencia para realizar este estudio.

Un agradecimiento a la Universidad Nacional Autónoma de México, por avalar tan importante grado como lo es la Especialidad en Medicina Familiar modalidad ECA, además, por estar siempre al pendiente de la mejora continua en nuestros programas académicos.

Mis más sincero agradecimiento a la Subdivisión de Medicina Familiar en la Universidad Nacional Autónoma de México, ya que son un gran equipo de trabajo que siempre ha estado al pendiente y con gran disposición, apoyando el desarrollo de todo lo que conlleva el programa.

Agradezco al Instituto Mexicano del Seguro Social, por darme la oportunidad de prepararme aún mejor, para servir a los derechohabientes con mayor calidad y calidez.

Me es grato dar las gracias a la Coordinación de Educación de la OOAD en Sonora, a la Coordinación de Educación e Investigación en Salud del Hospital General de

Zona No. 5 y a los Directivos del mismo, por su constante apoyo en todas las actividades que implica el Curso de Especialización en Medicina Familiar modalidad ECA.

## INDICE

RESUMEN	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCION	3
ANTECEDENTES	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
JUSTIFICACION	10
OBJETIVOS	11
HIPÓTESIS	12
MATERIAL Y MÉTODOS	13
DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	14
CRITERIOS DE SELECCIÓN:	16
MUESTREO:	17
RECURSOS FINANCIEROS	19
RESULTADOS	20
GRAFICAS Y TABLAS	21
GRAFICA No. 2: NIVEL DE ESCOLARIDAD	21
DISCUSIÓN:	28
CONCLUSIONES	31
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	33
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	36
ANEXOS	37

## ÍNDICE DE GRAFICAS Y TABLAS

GRAFICA No. 1: EDAD DE LAS PARTICIPANTES	20
GRAFICA No. 2: NIVEL DE ESCOLARIDAD	21
GRAFICA No. 3: ESTADO CIVIL	22
GRAFICA 4: OCUPACIÓN	23
TABLA No. 1	24
TABLA No. 2	25
TABLA No. 3	26
TABLA No. 4	27



## **RESUMEN**

**INTRODUCCION:** El embarazo debe ser una etapa positiva, muchas veces se desarrollan estados depresivos en el periodo prenatal y postnatal, que nos llevan a un inadecuado diagnóstico y con ello a un mal tratamiento, para ello hay que investigar los factores que desencadenan este problema. Así evitaremos las consecuencias que llegan a ser fatales para el binomio madre-hijo.

**OBJETIVO:** Evaluar la existencia de depresión en pacientes en etapa prenatal y postnatal de la Unidad de Medicina Familiar No 55, Cananea, Sonora.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Investigación observacional, descriptiva, transversal a 114 mujeres etapa prenatal y postnatal que acudan a consulta, se aplicó Escala de Edimburgo y Escala de depresión del centro epidemiológico CES-D.

**RESULTADOS:** De 114 participantes, 71 estaban en posparto y se les aplicó la escala de Edimburgo, resultó que el 30% tenía depresión; 43 estaban embarazadas, de las cuales el 12% presentó depresión con la encuesta de escala CES-D.

**CONCLUSIONES:** Se obtuvieron los resultados con base a las encuestas aplicadas a 114 participantes. El grupo etario con más participantes fue 30 a 35 años (41%), seguido de 26 a 29 años (32%), con un grado escolar de bachillerato o carrera técnica (45%), secundaria (36%), su estado civil en unión libre (47.3%), con empleo (47%), amas de casa (23%) y obreras (16%), mostrando que tanto la edad como la ocupación influyen para el desarrollo de la depresión.

**PALABRAS CLAVE:** Depresión, Embarazo, Escala de Edimburgo, Escala CES-D.

## **ABSTRACT**

**INTRODUCTION:** Pregnancy must be a positive stage, depressive states often develop in the prenatal and postnatal period, which lead us to an inadequate diagnosis and with it to a bad treatment, for this we must investigate the factors that trigger this problem. . In this way we will avoid the consequences that become fatal for the mother-child binomial.

**OBJECTIVE:** To evaluate the existence of depression in patients in the prenatal and postnatal stages of the Family Medicine Unit No 55, Cananea, Sonora.

**MATERIAL AND METHODS:** Observational, descriptive, cross-sectional investigation of 114 prenatal and postnatal stage women who come to the family medicine consultation, the Edinburgh Scale and the depression scale of the CES-D epidemiological center were applied.

**RESULTS:** Of 114 participants, 71 were postpartum and the Edinburgh scale was applied, it turned out that 30% had depression; 43 were pregnant, of which 12% presented depression with the CES-D scale survey.

**CONCLUSIONS:** The results were obtained based on the surveys applied to 114 participants. The age group with most participants was 30 to 35 years (41%), followed by 26 to 29 years (32%), with a high school or technical degree (45%), secondary (36%), their marital status in common law (47.3%), with employment (47%), housewives (23%) and workers (16%), showing that both age and occupation influence the development of depression.

**KEY WORDS:** Depression, Pregnancy, Edinburgh Scale, CES-D Scale.

## **INTRODUCCION**

Aunque el embarazo debe ser una etapa positiva muchas veces se desarrollan estados depresivos en el periodo prenatal y postnatal, en ocasiones no diagnosticados, lo que lleva a un inadecuado tratamiento, por ello es importante investigar los factores que desencadenan este problema, así evitaremos las consecuencias que incluso llegan a ser fatales para el binomio madre-hijo.<sup>1</sup>

La Organización Mundial de la Salud define la depresión como un trastorno mental frecuente y afecta a una de cada seis mujeres que dan a luz, se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración, puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria.<sup>2</sup>

La Guía de Práctica Clínica IMSS define a la depresión perinatal como un episodio de depresión mayor durante el embarazo también referido como el periodo ante-parto o prenatal o después del nacimiento, adopción de un bebe. Este episodio se caracteriza por ausencia de afectividad positiva, perdida de interés de la vida diaria placentera.<sup>3</sup>

## **ANTECEDENTES**

En el 2013 en México se realizó una investigación que indica que se presenta una alta prevalencia en trastornos del estado de ánimo del puerperio, dentro de las que se encuentran la tristeza postparto, depresión postparto y psicosis postparto. La tristeza postparto se genera por cambios hormonales, sociales y aparece en los dos y cuatro días posteriores al parto presentándose clínicamente con labilidad emocional, irritabilidad, llanto constante. Referente a la depresión postparto se define como un trastorno depresivo que inicia con cansancio, solicitud de ayuda constante, múltiples dolores, miedos, lo preocupante es que tienen pensamientos para dañarse o dañar a su hijo, ideaciones suicidas y requiere tratamiento especializado en segundo nivel de atención médica. Para la psicosis postparto como su nombre lo indica, tiene síntomas psicóticos principalmente en primíparas.<sup>4-5</sup>

En 2014 en Chile se publica en año 2020 datos importantes donde mencionan que la enfermedad depresiva será la segunda causa de discapacidad a nivel mundial y en Chile en este año fue la primera causa de discapacidad en mujeres de edad reproductiva. Dentro de los factores de riesgo se encuentran historia de depresión, embarazo no deseado, problemas sociales como falta de apoyo familiar. Se informa que es importante detectar durante el primer mes del puerperio los síntomas

depresivos como medida preventiva. En caso de no realizar acciones preventivas oportunas se tienen complicaciones conductuales y cognitivos entre madre e hijo.<sup>6</sup>

En el 2015 se tiene otra investigación en la que mencionan Constanza Mendoza y Sandra Valdivia que la prevalencia mundial de estado depresivo es del 10 al 20% predominado en las madres adolescentes hasta un 26%, otro factor importante es el nivel socioeconómico bajo llegando a ser hasta 38.2%.

Se hace referencia que las acciones preventivas durante el parto apoyan a disminuir la presencia de depresión y que otro factor que influye son cambios hormonales propios del embarazo y factores sociales.<sup>7</sup> En 2016 Madrid publicó un artículo referente a las acciones preventivas y factores de riesgo en la depresión tanto perinatal como posnatal donde se menciona que los principales factores de riesgo para depresión en esta etapa son: tener antecedentes psicopatológicos, mala percepción de apoyo social, estrés, inadecuada relación de pareja y las complicaciones presentadas durante el embarazo o parto.<sup>8</sup>

En Venezuela se realizó un estudio prospectivo en el 2017 en el que reportan que aproximadamente el 13% de las mujeres en Latinoamérica presentan depresión en la etapa postparto, al realizar su investigación con 512 pacientes aplicándoles el test de Edimburgo informan que la incidencia fue del 34.48%, en la cual las adolescentes representaron el 16.89%, en las mujeres con antecedentes de multiparidad se presentó la depresión en el 22.13% y 12.33% en primíparas y como factores de riesgo encontraron el desempleo, la complicación ginecobstetrica, embarazo no deseado y bajo nivel social.<sup>9</sup>

En 2015 en el estado de Tlaxcala se publicó un estudio transversal en el que participaron 300 pacientes en etapa de puerperio fisiológico y se realizó una auto-aplicación de la escala de Edimburgo teniendo como resultado que el 18.3% de prevalencia de depresión en esta etapa.<sup>10</sup>

Estudios publicados por Méndez Cerezo en 2014 mencionan que todos los tratamientos para la depresión postparto tienen coincidencia, una vez identificado el problema, debe realizarse ejercicio. Con el sustento de la Administración de alimentos y Medicamentos en Estados Unidos de Norteamérica que indica no aceptar ningún tipo de medicamento psicotrópico durante el embarazo o lactancia, así la madre puede pasar tiempo empujando de la carriola y caminando por 30 min con su hijo y al mismo tiempo puede perder un poco de peso. Se han propuesto varios mecanismos por los cuales el ejercicio puede influir en el estado mental.<sup>11, 12</sup>

En el 2014 se realizó un estudio en México dando como resultado que su prevalencia es en el 19% en la segunda semana posterior al parto y se reportó que un 22% aparece a las 4 semanas en la etapa postnatal.<sup>13</sup>

Un estudio realizado en México en 2015 demostró que la sintomatología depresiva es de 19.91% asociada con violencia, tener más de cuatro hijos, mala alimentación y el inicio de la vida sexual activa previo a los 15 años de edad.<sup>14</sup>

En ese mismo año se realizó otro estudio en el cual indica que el 21% de la población la presenta con diferentes factores de riesgo asociados como historia previa de depresión, divorcios de padres, madre soltera, baja escolaridad entre otros.<sup>15</sup>

Cada vez existe mayor evidencia respecto a que los hijos de madres que sufrieron depresión durante el embarazo y posparto se encuentran expuestos a un apego inseguro, a una menor duración de lactancia materna, mayor probabilidad de ingresos hospitalarios, o de sufrir maltrato infantil. Las madres deprimidas interactúan menos con sus hijos, lo que afectaría el desarrollo del lenguaje y de destrezas sociales tempranas.<sup>11</sup>

Existen varias escalas que se usan para identificar trastornos depresivos durante la gestación. Una de ellas es la Escala de depresión de Post-Parto de Edimburgo la cual indica la manera en la que la madre se sintió durante la semana anterior y aun así después de dos semanas, no es útil para detectar neurosis de ansiedad, fobias o trastornos de la personalidad. Para realizar la encuesta se le pide a la mamá que seleccione la respuesta que más se asemeje a la manera en que se sintió en los siete días previos, deben responderse las 10 preguntas, es de respuesta personal, puede utilizarse hasta las 6 u 8 semanas posteriores al parto. A las categorías de las respuestas se les dan puntos de 0, 1, 2, 3 según el aumento de la gravedad del síntoma. Los puntos para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9,10 se anotan en orden inverso (ejemplo 3, 2, 1,0). Se suman todos los puntos para dar la puntuación total, una puntuación de 10 + muestra la probabilidad de una depresión, pero no su gravedad. Cualquier número que se escoja que no sea el 0 para la pregunta número 10, significa que es necesario hacer evaluaciones adicionales inmediatamente. La puntuación está diseñada para asistir al juicio clínico, no para reemplazarlo.<sup>16</sup>

La escala para depresión del centro epidemiológico (CES-D) se utiliza para evaluar

los síntomas depresivos presentes en la última semana, consta de siete ítems que indican la probable presencia de síntomas depresivos y frecuencia durante la última semana en que los presento, se menciona que un tiempo aproximado para su aplicación es de 5 minutos, se tiene un puntaje mínimo de 0 y máximo de 21 puntos, se suman los puntos por cada respuesta. Para su interpretación de acuerdo a la sumatoria de todas las respuestas de la persona mayor con el puntaje obtenido, se pueden considerar los siguientes parámetros: normal menos de 5 puntos, síntomas depresivos significativos igual o mayor a 5 puntos.<sup>17</sup>

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Dado que la depresión prenatal y postnatal es un importante trastorno de salud pública, y tomando en cuenta que la depresión es una causa de incapacidad, con una prevalencia tres veces más alta en los países en desarrollo, siendo más frecuente en los niveles socioeconómicos bajos, afecta a millones de personas sin importar su raza, nacionalidad o cultura, se considera de etiología multifactorial, afecta tanto el bienestar materno y del bebé, es importante llevar un buen control desde el embarazo para poder evitarlo o disminuirlo en el periodo de postparto.

Con un seguimiento adecuado en la consulta prenatal y una historia clínica adecuada podremos detectar los factores de riesgo para desarrollarla. Si identificamos factores de riesgo como la susceptibilidad, inicio y progresión de la enfermedad nos permitirá

la aplicación de intervenciones terapéuticas en fases tempranas y así evitaremos las consecuencias que esta enfermedad trae consigo.

Se estima que en el año 2020 sea un motivo principal de discapacidad en mujeres adultas a nivel mundial, pero actualmente en México es el principal motivo de discapacidad en este género. <sup>(4)</sup>

Para identificar oportunamente la depresión en el periodo postparto en México se realizaron estudios en el año 2014 y 2015 donde se reporta que en el primer mes del puerperio se detecta la sintomatología depresiva.

En México en el 2014 se realizó un estudio donde se aplicó la escala de Edimburgo, el cual identifica sentimientos y estado depresivo aplicado entre la semana 24 y 34 de embarazo e indica que el realizar ejercicio disminuye el estado depresivo en las pacientes. <sup>(16)</sup>

Con base a esta información, surgió la siguiente pregunta: ¿Existe depresión en pacientes embarazadas y postparto de la Unidad de Medicina Familiar No 55, Cananea, Sonora?

## **JUSTIFICACION**

La depresión prenatal y postnatal es la complicación emocional más común de la maternidad, que afecta aproximadamente al 10 al 15% de las mujeres y, como tal, representa un problema considerable de salud tanto para ellas y sus hijos recién nacidos, así como para sus familias.

Se realizó la siguiente investigación con la finalidad de dar a conocer a la Unidad de Medicina Familiar participante, no solo la incidencia de depresión prenatal y postparto en las derechohabientes, sino también, el poder identificar las áreas de

oportunidad presentes en las pacientes que tengan esta patología para brindar atención médica oportuna y un seguimiento estricto con la finalidad de mejorar su calidad de vida y funcionalidad familiar. Se requiere el apoyo de médicos de primer nivel de atención de la Unidad de Medicina Familiar No 55 en Cananea, Sonora para llevar a cabo el estudio, identificar a las pacientes y en su caso derivarlas a segundo nivel de atención médica para su tratamiento multidisciplinario. Actualmente no existen datos con relación a esta entidad nosológica en este universo de población y como anteriormente en el marco teórico se mencionó es una entidad clínica sub-diagnosticada que puede tener consecuencias incluso fatales, pero que puede ser identificada y tratada oportunamente.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo General:**

Evaluar la existencia de depresión en pacientes en etapa prenatal y postnatal de la Unidad de Medicina Familiar No 55, Cananea Sonora

### **Objetivo específico:**

1. Identificar el número de pacientes que presenten depresión en etapa de

embarazo mediante la escala CES-D.

2. Identificar los factores de riesgo involucrados en la generación de depresión durante el postparto con la escala de Edimburgo.
3. Identificar la escolaridad y ocupación que se tienen de las pacientes propensas a desarrollar depresión durante el embarazo y postparto.
4. Identificar la edad en el que predomina la depresión en embarazo y postparto.
5. Determinar el grado de severidad de depresión en embarazo y postparto.

## **HIPÓTESIS**

Hi: Existe depresión en el 40% de las mujeres en etapa de embarazo y postparto en una Unidad de Medicina Familiar.

Ho: No existe depresión en el 40% de las mujeres en etapa de embarazo y postparto en una Unidad de Medicina Familiar.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

### **Características del lugar donde se llevará a cabo el estudio:**

El presente proyecto se llevó a cabo en el municipio de Cananea, Sonora, en la Unidad de Medicina Familiar No. 55 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Cuenta con servicio de atención médica continua disponible las 24 horas en el cual

se encuentran 6 camas, una cuna pediátrica, un cuarto de curaciones y un consultorio; 4 consultorios para la consulta externa de Medicina Familiar, un consultorio de salud en el trabajo, un consultorio de Estomatología, uno de Traumatología, uno de Pediatría y uno para Medicina Interna. También cuenta con laboratorio, farmacia, oficinas administrativas, comedor y archivo clínico. Es una unidad céntrica, con accesos disponibles para todos los derechohabientes de la región. Según el censo de población y vivienda de INEGI 2015, Cananea cuenta con 35,892 habitantes.

**Diseño y tipo de estudio:** La investigación se considera de tipo observacional, prospectiva, descriptivo, transversal simple.

## DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION
----------	--------------------------	---------------------------	---------------------	-----------	-----------------------

<b>Edad</b>	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	Años registrados por las participantes en el apartado correspondiente del cuestionario.	Cuantitativa Dicotómica	Independiente	1.- 18 a 20 años 2.- 21 a 25 años 3.- 26 a 29 años 4.- 30 a 35 años 5.- 36 a 39 años 6.- 40 a 45 años
<b>Embarazo</b>	Es el periodo que transcurre entre la implantación en el útero del ovulo fecundado y el momento del parto.	Se registra en el cuestionario correspondiente por la paciente el número de semanas que lleva de embarazo de acuerdo a fecha de ultima regla	Cualitativa	Independiente	1.- 5 semanas a 12 semanas 2.- 13 semanas a 20 semanas 3.- 21 semanas a 25 semanas 4.- 26 semanas a 42 semanas
<b>Postparto</b>	Es el periodo después del parto en el que el organismo recupera la situación previa al embarazo comprende las 6 semanas siguientes al parto.	La paciente registrara las semanas que lleva después del parto en el apartado correspondiente del cuestionario.	Cuantitativa	Independiente	a.- 1 a 2 semanas b.- 3 a 4 semanas c.- 5 a 6 semanas
<b>Nivel escolar</b>	Nivel de educación más alto que una persona ha terminado.	La pacientes anotara el grado escolar que tiene actualmente	Cualitativa ordinal.	Independiente	0: Sin educación 1.- primaria incompleta 2.- Primaria completa 3.- Secundaria. 4.- Bachillerato/Carrera técnica. 5.- Licenciatura/Pos-grado.
<b>Estado civil</b>	Situación civil del paciente al momento de realizar la encuesta	La participante registrara en el cuestionario su estado civil actual	Cualitativa	Independiente	1.- soltero 2.- casado 3.- viudo 4.- divorciado 5.- Unión libre
<b>Ocupación</b>	Hace referencia a lo que ella se dedica: trabajo, empleo, actividad o profesión.	Se determina en base a los datos proporcionados por la paciente en el cuestionario	Cualitativa nominal.	Independiente	0: Empleada. 1: Desempleada. 2: Obrera 3: Pensionado. 4: Ama de casa. 5. Jubilada
<b>Escala de Edimburgo</b>	Es un cuestionario eficaz para identificar a las pacientes en riesgo de depresión postparto.	Se aplicara cuestionario a la participante y seleccionara las respuestas de acuerdo a su estado de ánimo actual.	Cualitativa	Dependiente	1.-0-9 puntos: Sin depresión 2.-+10 puntos: Depresión
<b>Escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos CES-D</b>	Es un instrumento de tamizaje para la detección de casos de depresión con base en su sintomatología durante la última semana	Se aplicara cuestionario a las participantes y en el apartado de instrumento de recolección de datos se anotará el resultado de grado de depresión	Cuantitativa	Dependiente	1.-0-5 sin depresión 2.->5 con depresión

**Universo o población de estudio:** En la presente investigación se aplicaron dos cuestionarios a 114 pacientes embarazadas o en etapa de puerperio que pasaron a

consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 55

**Tamaño de la muestra:** Se aplicaron a todas las participantes dos cuestionarios, validado específicamente para identificar depresión. Con un muestreo no probabilístico por conveniencia. Se incluyeron al total de 114 participantes de la Unidad que acudieron a consulta externa en la Unidad de Medicina Familiar No. 55 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Cananea, Sonora, previa explicación y firma de la carta de consentimiento informado.

El tamaño de la muestra se determinó de la fórmula para poblaciones finitas, con una confianza del 95% y el 5% de margen de error, en donde se obtuvo un total de 89 sobre una población de 114 pacientes que actualmente se encuentran como participantes para el estudio, a lo cual para que sea una muestra significativa participaran todas las pacientes.

Se utilizó la siguiente formula

Dónde:

$$n = \frac{N * z^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + z^2 * p * q}$$

N = Total de la población: 114  $Z_{\alpha} = 1.96$  al cuadrado (95%)  
p = Proporción esperada (5% = 0.05) q = 1 – p (1-0.05 = 0.95)  
d = precisión (5%) N: 89

Se incluyeron a un total de 114 mujeres para dar mayor confiabilidad y evitar sesgos.

#### **CRITERIOS DE SELECCIÓN:**

**a) Criterios de inclusión:**

- a. Pacientes femeninas mayores de 18 años hasta los 45 años de edad que acuden a consulta de medicina familiar para su control prenatal y puerperio.

**b) Criterios de exclusión:**

- a. Pacientes que ya tengan diagnóstico de depresión antes del embarazo.
- b. Pacientes que presenten alguna discapacidad mental, discapacidad física o intelectual, no les sea posible responder las preguntas del investigador.

**c) Criterios de eliminación:**

- a. Pacientes mayores de 45 años de edad.
- b. Pacientes menores de 18 años de edad.
- c. Pacientes que no sepan leer y/o escribir.
- d. Cuestionarios no legibles o incompletos.
- e. Pacientes que se retiren de la investigación voluntariamente.

**MUESTREO:**

El tipo de muestreo empleado es no probabilístico por conveniencia, por medio de la investigación se buscó evaluar la existencia de depresión en las participantes que estaban embarazadas o en etapa de postparto durante el periodo de 05 de septiembre al 05 octubre del 2019 en la Unidad de Medicina Familiar No.55 de Cananea, Sonora.

Previa autorización para llevar a cabo el protocolo por parte de un comité local de investigación y con la anuencia de las autoridades correspondientes del Instituto Mexicano del Seguro Social, el presente proyecto se llevó a cabo en la Unidad de Medicina Familiar No.55 de Cananea, Sonora.

Para realizar el presente proyecto se entrevistó de manera directa a cada paciente por la investigadora aplicando los cuestionarios según corresponda, si la paciente está embarazada se aplicó el cuestionario de CES-D (Anexo 1) y para las que están etapa postparto se le entregó el cuestionario de Edimburgo (Anexo 2), quienes decidieron participar en el estudio fué previa firma de consentimiento informado que está especialmente adaptado para esta investigación y es entregado por la investigadora a cada participante (anexo 3). Los datos obtenidos se manejaron en forma confidencial ya que ningún cuestionario se hizo público.

El cuestionario CES-D, es un instrumento que indica la probable presencia de síntomas depresivos y frecuencia durante la última semana en que los presentó en el embarazo. Su forma de medición es normal menos de 5 puntos y síntomas depresivos significativos igual o mayor a 5 puntos.

El cuestionario de Edimburgo explora síntomas cognoscitivos de un episodio

depresivo mayor durante los últimos 15 días. Su forma de medición es la siguiente: a las categorías de las respuestas se les da puntos de 0, 1, 2, 3 según el aumento de la gravedad del síntoma. Los puntos para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8,9 y 10 se anotaron en orden inverso. Se suman todos los puntos para dar una puntuación total, una puntuación de más de 10 muestra la probabilidad de una depresión pero no su gravedad. Cualquier número que se escoja que no sea el 0 para la pregunta 10 significa que es necesario hacer evaluaciones adicionales inmediatamente La puntuación de la escala está diseñada para asistir al juicio clínico no para reemplazarlo, se les hará evaluaciones adicionales a las mujeres antes de decidir el tipo de tratamiento. La escala puede utilizarse entre la semana 6 y 8 de postparto. Ambos cuestionarios tienen una duración aproximada de 5 a 10 minutos para responder.

**Análisis estadístico:** El análisis de datos se realizó por medio de estadísticas descriptivas con el paquete estadístico SPSS, otorgando resultados en forma de medidas de tendencia central, porcentaje para determinar frecuencia de los casos. Los resultados obtenidos se mostraron en forma de tablas y gráficas para así facilitar su interpretación.

## RECURSOS FINANCIEROS



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD  
DESGLOSE PRESUPUESTAL PARA PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN EN  
SALUD

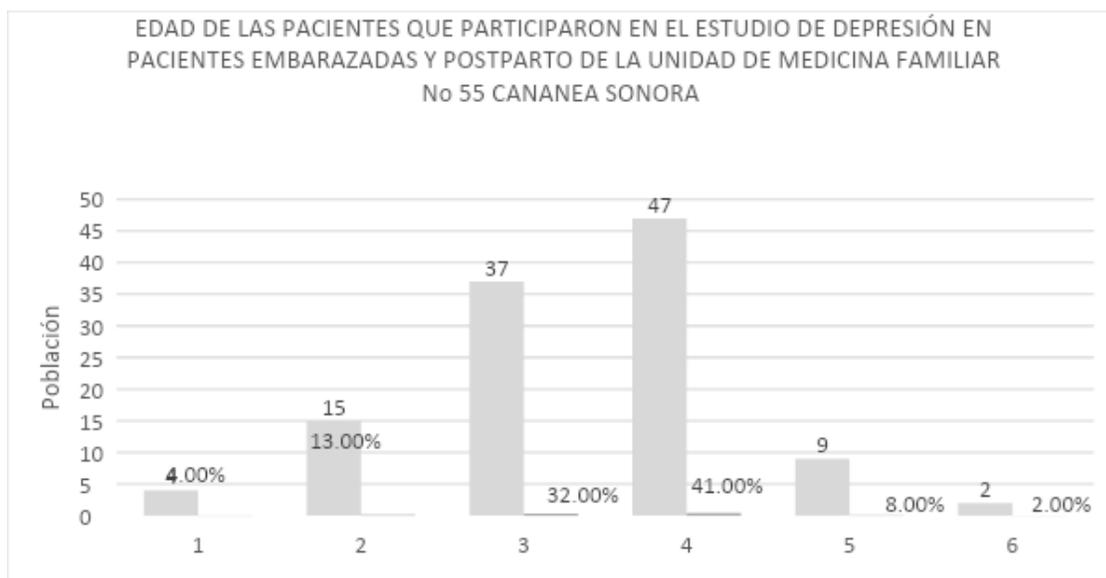
<b>Título del Protocolo de Investigación:</b>		
DEPRESIÓN EN PACIENTES EMBARAZADAS Y POSTPARTO DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 55 CANANEA, SONORA		
<b>Nombre del Investigador Responsable</b>		
CABRERA LÓPEZ BRENDA		
Apellido paterno	Materno	Nombres

<b>Presupuesto por Tipo de Gasto</b>		
<b>Gasto de Inversión.</b>		
1	Equipo de laboratorio.	NA
2	Equipo de cómputo.	11,000.00
3	Herramientas y accesorio	NA
4	Obra civil. *	NA
5	Creación de nuevas áreas de investigación en el IMSS. *	NA
6	A los que haya lugar de acuerdo a los convenios específicos de financiamiento.*	NA
<b>Subtotal Gasto de Inversión</b>		<b>11,000.00</b>
<b>Gasto Corriente</b>		
1	Artículos, materiales y útiles diversos.	2,800.00
2	Gastos de trabajo de campo.	NA
3	Difusión de los resultados de investigación.	NA
4	Pago por servicios externos.	NA
5	Honorarios por servicios profesionales.	NA
6	Viáticos, pasajes y gastos de transportación.	3000.00
7	Gastos de atención a profesores visitantes, técnicos o expertos visitantes.	NA
8	Compra de libros y suscripción a revista.	NA
9	Documentos y servicios de información.	NA
10	Registro de patentes y propiedad intelectual.	NA
11	Validación de concepto tecnológico.	NA
12	Animales para el desarrollo de protocolos de investigación.	NA
13	A los que haya lugar de acuerdo con los convenios específicos de financiamiento.*	NA
<b>Subtotal Gasto Corriente</b>		<b>5,800.00</b>
<b>TOTAL</b>		<b>16,800.00</b>

## RESULTADOS

El presente proyecto fué descriptivo, observacional, prospectivo, transversal, simple, en el que participaron 114 pacientes derechohabientes embarazadas y en etapa postparto de la Unidad de Medicina Familiar No. 55 de Cananea, Sonora que acudieron a consulta externa de la unidad, una vez autorizado el proyecto se realizó, los resultados del presente proyecto se plasmaron en forma de tablas, gráficas para su interpretación con apoyo de programa estadístico.

GRAFICA No. 1: EDAD DE LAS PARTICIPANTES



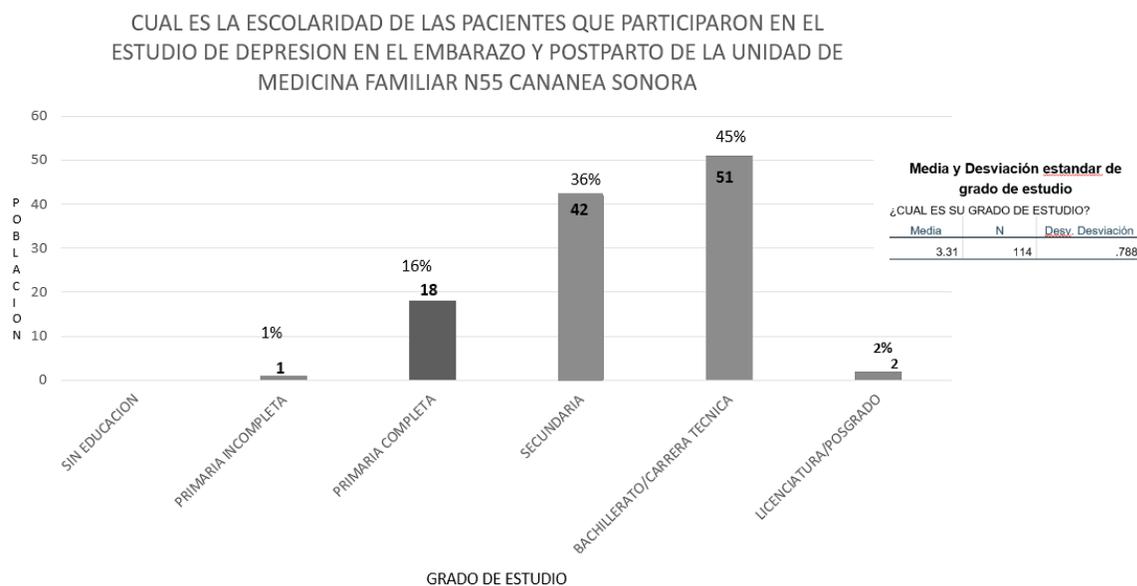
FUENTE: ENCUESTA EDIMBURGO Y CES-D 2019. UMF No. 55

De un total de 114 mujeres participantes, la mayor parte de la muestra se encontró

en el grupo de 30 a 35 años de edad con un total de 41%, seguido de grupo de edad de 26-29 con un total del 32%, 21 a 25 años en un 15%, comparado con la población que menos participó que fue la de 18-20 años con un 4% y la de 40 a 45 años con un 2%.

## GRAFICAS Y TABLAS

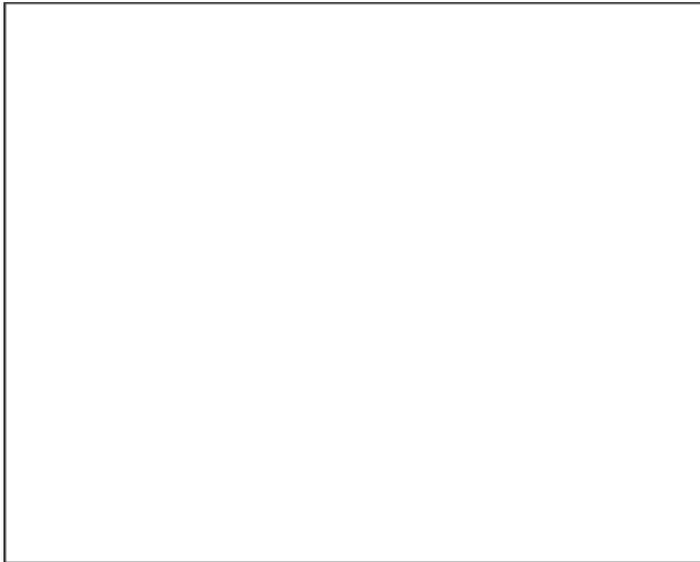
GRAFICA No. 2: NIVEL DE ESCOLARIDAD



FUENTE: ENCUESTA EDIMBURGO Y CES-D 2019. UMF No. 55

De nuestra muestra de 114 mujeres participantes, 45% tienen bachillerato o carrera técnica, seguido del grupo de mujeres que tienen secundaria 36%, posteriormente las que tienen primaria completa 16%, solamente 2 % de nuestra muestra tenían posgrado y el 1% primaria incompleta.

### GRAFICA No. 3: ESTADO CIVIL

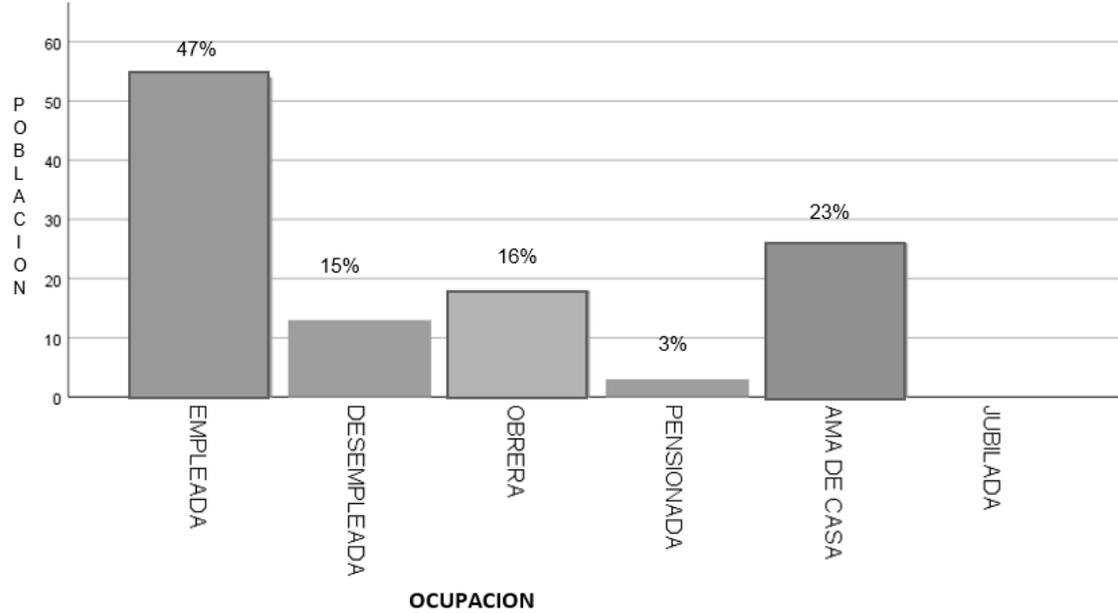


FUENTE: ENCUESTA EDIMBURGO Y CES-D 2019. UMF No. 55

Las pacientes que más participaron fueron las que están en unión libre con un 47.3% de la muestra, seguidas de las casadas en 22.80%, solteras 18.42%, divorciadas 8.77% y viudas en un 2.63%.

#### GRAFICA 4: OCUPACIÓN

CUAL ES LA OCUPACION DE LAS PACIENTES QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO DE DEPRESION EN EL EMBARAZO Y POSTPARTO DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N55 CANANEA SONORA



FUENTE: ENCUESTA EDIMBURGO Y CES-D 2019. UMF No. 55

El 47% de nuestras participantes son empleadas, seguidas del 23% que son amas de casa, 16% obreras, 15% desempleadas, 3% pensionadas y ninguna jubilada.

TABLA No. 1

ESTADO CIVIL, OCUPACION Y GRADO DE ESTUDIO DE PACIENTES QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO DE DEPRESION EN EMBARAZO Y POSTPARTO DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 55 CANANEA SONORA

		SOLTERA Recuento	CASADA Recuento	VIUDA Recuento	DIVORCIA DA Recuento	UNION LIBRE Recuento	Total Recuento
A QUE SE DEDICA?	EMPLEADA	14	10	0	7	23	54
	DESEMPLEADA	4	4	0	0	5	13
	OBRAERA	3	2	0	1	12	18
	PENSIONADA	0	0	3	0	0	3
	AMA DE CASA	0	10	0	2	14	26
	JUBILADA	0	0	0	0	0	0
CUAL ES SU GRADO DE ESTUDIO?	SIN EDUCACION	0	0	0	0	0	0
	PRIMARIA INCOMPLETA	0	1	0	0	0	1
	PRIMARIA COMPLETA	3	3	0	1	11	18
	SECUNDARIA	6	8	1	2	25	42
	BACHILLERATO/CA RRERA TECNICA	12	13	2	7	17	51
	LICENCIATURA/POS GRADO	0	1	0	0	1	2

De la muestra de estudio se obtiene que 54 participantes tienen la ocupación de

empleadas, 23 su estado civil es unión libre y 25 su grado de estudio es nivel secundaria.

TABLA No. 2

SEMANAS DE EMBARAZO DE LAS PACIENTES QUE PARTICIPARON  
EN EL ESTUDIO DE DEPRESION EN EMBARAZO Y POSTPARTO  
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR  
No. 55 CANANEA, SONORA

		CUANTAS SEMANAS TIENE DE EMBARAZO?			
		5-12 SEMANAS Recuento	13-20 SEMANAS Recuento	21-25 SEMANAS Recuento	26-42 SEMANAS Recuento
CUAL ES EL RESULTADO DE LA ESCALA CES-D?	0-5 SIN DEPRESION	0	2	6	9
	>5 CON DEPRESION	3	0	9	14
<b>Media y desviación estándar semanas de embarazo</b>					
CUANTAS SEMANAS TIENE DE EMBARAZO?					
		Media	N	Desv. Desviación	
		3.35	43	.870	

Esta tabla muestra la presencia de depresión según las semanas de gestación, demostrando que las posibilidades de desarrollar depresión aumentan conforme avanza el embarazo.

TABLA No. 3

		CUANTAS SEMANAS TIENE DE POSTPARTO?		
		1-2 SEMANAS	3-4 SEMANAS	5-6 SEMANAS
		Recuento	Recuento	Recuento
CUAL ES EL RESULTADO DE LA ESCALA DE EDIMBURGO?	0-9 SIN DEPRESION	11	9	9
	>10 DEPRESION	8	22	12
<b>Media y Desviación estandar de semanas Postparto</b>				
CUANTAS SEMANAS TIENE DE POSTPARTO?				
		Media	N	Desy. Desviación
		2.03	71	.755

CUANTAS SEMANAS TIENEN DE PORSTPARTO LAS PACIENTES QUE PARTICIPARON  
EN EL ESTUDIO DE DEPRESION EN EMBARAZO Y POSTPARTO  
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR  
No. 55 CANANEA, SONORA

La depresión postparto conforme a los resultados de esta tabla muestra que este

padecimiento está presente con mayor frecuencia en el intermedio de recuperación del parto.

**TABLA No. 4**

RESULTADO DE LAS ESCALAS DEL ESTUDIO DE DEPRESION EN EMBARAZO Y POSTPARTO DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 55 CANANEA SONORA

		CUAL ES EL RESULTADO DE LA ESCALA DE EDIMBURGO?		CUAL ES EL RESULTADO DE LA ESCALA CES-D?	
		0-9 SIN DEPRESION	>10 DEPRESION	0-5 SIN DEPRESION	>5 CON DEPRESION
		Recuento	Recuento	Recuento	Recuento
CUANTAS SEMANAS TIENE DE EMBARAZO?	5-12 SEMANAS	0	0	0	3
	13-20 SEMANAS	0	0	2	0
	21-25 SEMANAS	0	0	6	9
	26-42 SEMANAS	0	0	9	14
CUANTAS SEMANAS TIENE DE POSTPARTO?	1-2 SEMANAS	11	8	0	0
	3-4 SEMANAS	9	22	0	0
	5-6 SEMANAS	9	12	0	0

**Media y Desviación estándar de CES-D**

	CUAL ES EL RESULTADO DE LA ESCALA CES-D?	CUANTAS SEMANAS TIENE DE EMBARAZO?
Media	1.60	3.35
N	43	43

De las 114 participantes se observa un predominio de depresión en el postparto entre la tercera y cuarta semanas y en el embarazo con un predominio de depresión a la 26-42 semana de gestación.

## **DISCUSIÓN:**

Es conocido que las mujeres presentan una mayor prevalencia de trastornos depresivos y que el riesgo de desarrollarlos puede aumentar en ciertos momentos de su vida.

Algunos de esos momentos pueden ser el embarazo y el postparto que son períodos de mayor susceptibilidad, las demandas del cuidado del recién nacido y la interacción de factores psicosociales. Los cambios fisiológicos enfrentados en el embarazo y postparto no son fáciles de comprender.

El origen de la depresión también genera discusiones frente al impacto del “determinismo socio-cultural”, pues es evidente que la forma en que la sociedad asume el embarazo, el nacimiento, la transición de roles y la capacidad de las redes

de apoyo las expectativas asociadas al nivel con que debe asumirse el rol materno pueden convertirse en un estresor. Este punto es relevante, pues el temor a ser devaluada o criticada puede interferir con la búsqueda de ayuda oportuna en una mujer cursando con síntomas depresivos pre o post-parto.

Un gran número de estudios han evaluado la prevalencia de la depresión posparto, en aquellos en los que se utilizó una metodología sólida, la prevalencia (ya sea punto o período) oscila entre 4.5% y 28% de las mujeres en el período posparto. La mayoría se concentró alrededor de 10% a 15% con un metaanálisis que da una prevalencia de 13%. Hay algunas pruebas de que, mientras que la prevalencia global de la depresión posparto no es significativamente diferente de la de la depresión en otros momentos, en este estudio se concluyó que existe mayor riesgo de depresión durante el período posparto temprano (el triple en las primeras 5 semanas de vida).<sup>3</sup>

En este estudio la depresión se presentó entre más avanzaba el embarazo y entre las 4 y 5 semanas postparto, con una desviación estándar de .755 y .87 respectivamente.

En otro estudio se observó que la depresión materna puede afectar negativamente el desarrollo del feto. Se cuenta con varios estudios que muestran una asociación entre la depresión materna y factores que predicen pobres desenlaces neonatales, los que incluyen el embarazo pretérmino, pesos de nacimiento menores, circunferencias craneales más pequeñas y puntajes APGAR más bajos. Aunque lamentablemente, la evidencia actual no permite apoyar ni refutar la validez de estas

asociaciones específicas.<sup>6</sup>

Es posible que el aumento del cortisol plasmático, el incremento de los niveles de catecolaminas, presentes en los pacientes con depresión, puedan afectar la función placentaria, a través de una disminución del flujo sanguíneo uterino y la inducción de irritabilidad uterina. A su vez, las alteraciones del eje hipotálamo-hipófisis adrenal, propias de los estados depresivos, pueden tener un efecto directo en el desarrollo fetal. Aunque un estudio realizado en Inglaterra de una cohorte de más de 9.000 mujeres y sus hijo(a)s, el cual incluyó la aplicación de la EPDS durante las semanas 18 y 32 del embarazo; y luego a las ocho semanas y a los ocho meses postparto, el seguimiento reveló que la presencia de síntomas depresivos persistentes en las madres durante el embarazo, se asoció a un retraso en el desarrollo de los niño(a)s a los 18 meses de edad, en comparación a lo observado en los niño(a)s cuyas madres no presentaron tales síntomas durante la gestación.<sup>6</sup>

Otro estudio nos muestra que 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 cuatro meses tras el nacimiento de su bebé. Tiene un pico máximo en el primer mes, incluso puede durar hasta el año después del parto, Tiene una prevalencia de 10 a 15 % a nivel mundial, la cual se observa más en púerperas por primera vez y en adolescentes.<sup>9</sup>

## **CONCLUSIONES**

En el estudio realizado se obtuvieron los siguientes resultados: de una muestra total de 114 participantes el grupo etario con más participación fué de 30 a 35 años con un 41% seguido del de 26 a 29 años con un 32%, con un grado escolar de 45% bachillerato y/o carrera técnica y 36% con secundaria, predominaron las participantes con estado civil de unión libre en un 47.3%, casadas 22.80%, solteras

un 18.4%, dentro del rubro de ocupación un 47% tenían empleo, el 23% eran amas de casa y un 16% obreras, mostrando que tanto la edad como la ocupación influyen para el desarrollo de la depresión pre y posparto.

La muestra se dividió en dos grupos, el primer grupo tenía 43 pacientes embarazadas a las cuales se les aplicó la escala de CES-D, dando como resultado que en la semana 26 a 42 son más propensas a desarrollar depresión, con un total de 14 casos y a la semana 21-25 solo se presentaron afectadas 9 participantes, el siguiente grupo fué de 71 participantes postparto, a las cuales se les aplicó la escala de Edimburgo reportando mayor depresión a la tercera y cuarta semana postparto con un total de 22 casos del total de participantes en este grupo.

Tomando en consideración los resultados obtenidos se concluye que sí hay depresión pre y posparto, por lo que se valora la importancia de realizar un seguimiento adecuado en la consulta pre y posnatal con una historia clínica adecuada para poder detectar los factores de riesgo que pudieran influir en el desarrollo de depresión en este grupo de pacientes, ya que si identificamos factores de riesgo como la susceptibilidad, inicio y progresión de la enfermedad de manera oportuna, nos permitirá la aplicación de intervenciones terapéuticas en fases tempranas y así evitar las consecuencias que esta enfermedad trae consigo, lo que ayudará a mantener familias funcionales, contribuyendo a una sociedad sana.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- María de la Fe Rodríguez-Muñoz, Prevención de la depresión perinatal. *Clínica y salud*, vol.27 (3) Madrid nov. 2016.
- 2.-OMS | Depresión - World Health Organization: [https://www.who.int > topics >](https://www.who.int/topics)

depression. Fecha de acceso 3-09-19.

3.- Guía de práctica clínica prevención, diagnóstico y manejo de la depresión prenatal y postparto en el primer y Segundo nivel de atención. .

[http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/SS-666-14-Depre-postparto/GER\\_INTEGRACION\\_DPP\\_DEFINITIVA.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/SS-666-14-Depre-postparto/GER_INTEGRACION_DPP_DEFINITIVA.pdf), fecha de acceso 3-09-2019.

4.-Medina S E. Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto. *Perinatología y Reproduccion Humana*. Vol 27, Numero 3 pp185-193.

5.- Melissa Mora Delgado, Depresion postpartoy tratamiento, *Revista medica de costa rica y centroamerica* LXXIII. (620) pp 511-514, 2016.

6.- Jadresic M E. Depresión perinatal: detección y tratamiento, *revista medica clínica*. Condes – 2014; 25(6) pp.1019.

7.- Mendoza B Ca, Saldivia S. Actualización en depresión postparto: el desafio permanente de optimizar su detección y abordaje. *Revista médica Chile* vol.143 no.7 Santiago jul 2015.

8.- Rodríguez M M , Olivares M E, Izquierdo N , Soto C , Prevención de la depresión perinatal ,*Clínica y Salud* vol.27 (3) Madrid nov. 2016.

9.- Meléndez, M, Díaz M, Bohorjas L, Cabaña A. Depresión postparto y los factores de riesgo. *Rev. Salus.UC*. 21(3):7-12.2017.

10.- Juárez R M, Nava C C, Méndez H P. Prevalencia de depresión posparto en el Hospital de la Mujer del estado de Tlaxcala, *Revista Investigación Medica Sur México*, 2015; 22 (3):132-135

- 11.- Schonhaut B L, Podestá L L. Rol del pediatra frente a la depresión posparto. *Revista chilena de pediatría*. vol.87 (1) salvador 2016.
- 12.- Méndez C A. Differences between postpartum depression, postpartum psychosis and maternity blues. *Perinatología y reproducción humana*. vol.28 (4) México enero 2014.
- 13.- Mendez C A. Depresión posparto y ejercicio, *Perinatología y reproducción humana*. Volumen 28 (4) pag 211-216.
- 14.- Castro F, Marie P J, Villalobos A, Allen L. Sintomatología depresiva materna en México: prevalencia nacional, atención y perfiles poblacionales de riesgo, *Salud pública de México*, vol. 57 (2) marzo-abril de 2015.
- 15.- Rodriguez B A, May N B, Carrillo B M, Rossado A L. Prevalencia y factores asociados a depresión prenatal en una institución de salud, *Revista Enfermería Instituto Mexicano del Seguro Social*. 2017:25(3): pag 181-188.
- 16.- Cox J L, Holden J M, Sagovsky R. Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgo, *British Journal of Psychiatry*, Junio de 1987 (150).
- 17.- Escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos (CES-D 7 reactivos) *Instituto nacional de geriatría*,  
[http://inger.gob.mx/pluginfile.php/37002/mod\\_resource/content/7/Archivos/Instrumentos/06\\_CES-D7.pdf](http://inger.gob.mx/pluginfile.php/37002/mod_resource/content/7/Archivos/Instrumentos/06_CES-D7.pdf). fecha de acceso 3-09-2019
- 18- Roberth A, Martinez a, Ximena G C, Betancourt et al. Prevalencia de tamiz positivo para

Depresión Postparto en un Hospital de tercer nivel y posibles factores asociados, *Revista colombiana de Psiquiatría*, 2016;45(4):253–261.

19.- Johann M, Vega D. Construcción de versiones cortas de la Escala de Psicopatología Depresiva para tamizaje de depresión mayor y sus características psicométricas, *Rev. Neuropsiquiatría*; 81(3), 2018 pag: 154-164.

20.-Jhon F, Martínez P N, Pérez J, Depresión en el embarazo. *Revista Colombiana de Psiquiatría* Volumen 48, Vol. 1, Enero marzo 2019, Pag 58-65.

21.- Romero R D, Orozco L A, sintomatología depresiva en el post parto y factores psicosociales asociados, *revista chilena obstétrica y ginecología* 2017; 82 (2): 63-73.

22.- Jadresic M E. Depresión perinatal: detección y tratamiento *Revista médica clínica. Condes* - 2014; 25(6) 1019-1028.

23.- Mendoza B C, Saldivia S, Actualización en depresión postparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje, *Revista médica Chile* vol.143 no.7. 2015.

24.- Wanda Scherrer de Araújo, Los efectos de la relajación sobre los niveles de depresión en mujeres con embarazos de alto riesgo: un ensayo clínico aleatorizado *Rev Latinoam* vol 24, 2016.

## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS  
 UNIDAD DE EDUCACION, INVESTIGACION Y POLITICAS DE SALUD  
 COORDINACION DE INVESTIGACION EN SALUD  
 DEPRESION EN PACIENTES EMBARAZADAS Y POSTPARTO DE LA UNIDAD DE MEDICINA  
 FAMILIAR No 55 CANANEA, SONORA



	ACTIVIDAD	PRODUCTO
MARZO	<ul style="list-style-type: none"> <li>Búsqueda de pregunta de investigación</li> <li>Recopilación de bibliografía</li> <li>Extracción de ideas principales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Título de Tesis</li> <li>Tema de estudio</li> <li>Banco de referencias</li> <li>Conglomerado de ideas</li> </ul>
ABRIL	<ul style="list-style-type: none"> <li>Síntesis y unificación de ideas principales</li> <li>Identificación como carencia en el conocimiento</li> <li>Identificación como prioridad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Marco Teórico</li> <li>Planteamiento</li> <li>Justificación</li> </ul>
MAYO	<ul style="list-style-type: none"> <li>Formulación del propósito</li> <li>Establecimiento de modelo de investigación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Objetivos</li> <li>Material y métodos</li> </ul>
JUNIO	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identificación de la muestra</li> <li>Identificación de criterios de selección</li> <li>Descripción del estudio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Criterios para el estudio</li> </ul>
JUL - AGOSTO	<ul style="list-style-type: none"> <li>Descripción de aspectos éticos para la investigación</li> <li>Redacción de recursos humanos y materiales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Recurso humano-financiero</li> </ul>
SEPT	<ul style="list-style-type: none"> <li>Presentación del protocolo a investigadores y registrar en plataforma SIRELCIS para su evaluación.</li> <li>Protocolo Autorizado por CLIES</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>En espera de evaluación.</li> </ul>
OCT	<ul style="list-style-type: none"> <li>Planear segundo año para recolección de datos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Planear segundo año</li> </ul>

## ANEXOS

### ANEXO1. ESCALA DE DEPRESIÓN DEL CENTRO DE ESTUDIOS EPIDEMIOLOGICOS CES-D

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS  
 UNIDAD DE EDUCACION, INVESTIGACION Y POLITICAS DE SALUD  
 COORDINACION DE INVESTIGACION EN SALUD  
 DEPRESION EN PACIENTES EMBARAZADAS Y POSTPARTO DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 55 CANANEA, SONORA

FOLIO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ ESCOLARIDAD: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_  
 ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_ OCUPACION: \_\_\_\_\_ RESULTADO: \_\_\_\_\_

#### Escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos (CES-D 7 reactivos)

Preguntas <i>Durante la última semana usted...</i>	Opciones de respuesta y puntos correspondientes			
	Rara vez o nunca (menos de 1 día)	Pocas veces o alguna vez (1-2 días)	Un número de veces considerable (3-4 días)	Todo el tiempo o la mayoría del tiempo (5-7 días)
¿Sentía como si no pudiera quitarse la tristeza?	0	1	2	3
¿Le costaba concentrarse en lo que estaba haciendo?	0	1	2	3
¿Se sintió deprimido/a?	0	1	2	3
¿Le parecía que todo lo que hacía era un esfuerzo?	0	1	2	3
¿No durmió bien?	0	1	2	3
¿Disfrutó de la vida?	3	2	1	0
¿Se sintió triste?	0	1	2	3

Resultado  Normal  Síntomas depresivos significativos

#### Interpretación:

- Normal: < 5 puntos
- Síntomas depresivos significativos: Igual o mayor a 5 puntos

## ANEXO 2. ESCALA DEPRESIÓN POSPARTO EDIMBURGO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS  
UNIDAD DE EDUCACION, INVESTIGACION Y POLITICAS DE SALUD  
COORDINACION DE INVESTIGACION EN SALUD  
DEPRESION EN PACIENTES EMBARAZADAS Y POSTPARTO DE LA UNIDAD DE MEDICINA  
FAMILIAR No 55 CANANEA, SONORA

FOLIO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ ESCOLARIDAD: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_  
ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_ OCUPACION: \_\_\_\_\_ RESULTADO: \_\_\_\_\_

A continuación seleccione la respuesta correcta de cada pregunta

### Cuestionario Sobre Depresión Postnatal Edimburgo (EPDS)

Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Su fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento del Bebé: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Queremos saber cómo se siente si está embarazada o ha tenido un bebé recientemente. Por favor marque la respuesta que más se acerque a cómo se ha sentido en LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, no solamente cómo se sienta hoy.

Esto significaría: Me he sentido feliz la mayor parte del tiempo durante la pasada semana. Por favor complete las otras preguntas de la misma manera.

- |  |  |
|--|--|
| 1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas<br>Tanto como siempre<br>No tanto ahora<br>Mucho menos<br>No, no he podido               | 6. Las cosas me oprimen o agobian<br>Sí, la mayor parte de las veces<br>Sí, a veces<br>No, casi nunca<br>No, nada                              |
| 2. He mirado el futuro con placer<br>Tanto como siempre<br>Algo menos de lo que solía hacer<br>Definitivamente menos<br>No, nada                   | 7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir<br>Sí, la mayoría de las veces<br>Sí, a veces<br>No muy a menudo<br>No, nada |
| 3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien<br>Sí, la mayoría de las veces<br>Sí, algunas veces<br>No muy a menudo<br>No, nunca | 8. Me he sentido triste y desgraciada<br>Sí, casi siempre<br>Sí, bastante a menudo<br>No muy a menudo<br>No, nada                              |
| 4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo<br>No, para nada<br>Casi nada<br>Sí, a veces<br>Sí, a menudo  | 9. He sido tan infeliz que he estado llorando<br>Sí, casi siempre<br>Sí, bastante a menudo<br>Sólo en ocasiones<br>No, nunca                   |
| 5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno<br>Sí, bastante<br>Sí, a veces<br>No, no mucho<br>No, nada  | 10. He pensado en hacerme daño a mi misma<br>Sí, bastante a menudo<br>A veces<br>Casi nunca<br>No, nunca                                       |

Los usuarios pueden reproducir el cuestionario sin permiso adicional proveyendo que se respeten los derechos reservados y se mencionen los nombres de los autores, título y la fuente del documento en todas las reproducciones.

Taken from the British Journal of Psychiatry  
June, 1987, Vol. 150 by J.L. Cox, J.M. Holden, R. Sagovsky

### ANEXO 3. CONSENTIMIENTO INFORMADO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO  
SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN,  
INVESTIGACIÓN  
Y POLÍTICAS DE SALUD  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN  
SALUD  
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	<b>DEPRESIÓN EN PACIENTES EMBARAZADAS Y POSTPARTO DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 55 CANANEA SONORA</b>
Lugar y fecha:	Nogales, sonora AGOSTO A OCTUBRE 2019
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	<u>Evaluar la existencia de depresión en pacientes en etapa prenatal y postnatal de la Unidad de Medicina Familiar No 55, Cananea, sonora.</u>
Procedimientos:	<u>Aplicación de dos encuestas a las participantes</u>
Posibles riesgos y molestias:	<u>En caso de detectar estado depresivo se canalizara al especialista correspondiente informando al paciente sobre el beneficio de acudir.</u>
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	<u>Detectar a tiempo estados depresivos y evitar complicaciones futuras</u>
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	La información se otorgara directamente ala participante
Participación o retiro:	<u>Voluntario</u>
Privacidad y confidencialidad:	<u>Se respetan ambos principios de privacidad y confidencialidad</u>
Beneficios al término del estudio:	Otorgar apoyo al servicio correspondiente en caso necesario
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Dra. Cabrera López Brenda Matrícula: 98272167 Cargo: Medico General Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 55 Cananea Sonora Domicilio: calle 10 Av. 27 Colonia Acapulco, Sonora C.P. 84610 Teléfono: (55)48551966 Correo Electrónico: <a href="mailto:brenda84@imss.com.mx">brenda84@imss.com.mx</a>
Colaboradores:	Dra. Sandra Lorena Ramírez Guevara., Matrícula: 99271822, Cargo: Medico Familiar. Adscripción: Hospital General de Zona No.5 Nogales, Sonora. Domicilio: Av. Universidad Tecnológica No. 110. Nogales, sonora. Teléfono: 631 - 113-0292. Correo Electrónico: <a href="mailto:sandra.ramirezg@imss.gob.mx">sandra.ramirezg@imss.gob.mx</a> Dr. Leopoldo Hernández Chávez, Matrícula: 99271823 Cargo: Medico Familiar, Adscripción: Hospital General de Zona No.5 Nogales, Sonora. Domicilio: Av. Universidad Tecnológica No. 110. Nogales, sonora. Teléfono: 631 -113-0288. Correo Electrónico: <a href="mailto:leopoldo.hernandezc@imss.gob.mx">leopoldo.hernandezc@imss.gob.mx</a>
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: <a href="mailto:comision.etica@imss.gob.mx">comision.etica@imss.gob.mx</a>	

<hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p>Nombre y firma del sujeto.</p>	<hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p>Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento.</p>
<p>Testigo 1</p>	<p>Testigo 2</p>
<hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p>Nombre, dirección, relación y firma.</p>	<hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p>Nombre, dirección, relación y firma.</p>

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

ANEXO 4: HOJA RECOLECCIÓN DE DATOS



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS  
 UNIDAD DE EDUCACION, INVESTIGACION Y POLITICAS DE SALUD  
 COORDINACION DE INVESTIGACION EN SALUD  
 DEPRESION EN PACIENTES EMBARAZADAS Y POSTPARTO DE LA UNIDAD DE MEDICINA  
 FAMILIAR No 55 CANANEA, SONORA



FOLIO	EDAD 1.- 18 a 20 años 2.- 21 a 25 años 3.- 26 a 29 años 4.- 30 a 35 años 5.- 36 a 39 años 6.- 40 a 45 años	ESCOLARIDAD 0: Sin educación 1.- primaria incompleta 2.- Primaria completa 3.- Secundaria. 4.- Bachillerato/Carrera técnica. 4: Licenciatura/Posgrado.	ESTADO CIVIL 1.- Soltera 2.- Casada 3.- Viuda 4.- Divorciada 5.- Unión libre	OCUPACION 0: Empleada. 1: Desempleada. 2: Obrera 3: Pensionado. 4: Ama de casa. 5. Jubilada	EMBARAZO 1.- 5 semanas a 12 semanas 2.- 13 semanas a 20 semanas 3.- 21 semanas a 25 semanas 4.- 26 semanas a 60 semanas	POSTPARTO a.- 1 a 2 semanas b.- 3 a 4 semanas c.- 5 a 6 semanas	EDIMBURGO 1.- 0-9 puntos: Sin depresión 2.- +10 puntos: Depresión	CES- 1.- 0 sin dep 2.- >5 con depresión

ANEXO 5. CARTA AUTORIZACION DIRECTOR UNIDAD



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 55



Nogales sonora a 20 junio del 2019

**Dra. Lucia Peñaflor Garnica**

Directora de la Unidad de

Medicina Familiar No. 55

Cananea, Sonora

PRESENTE

Por medio de la presente me permito solicitar a Usted la autorización, para llevar a cabo mi plan de recopilación de datos, como etapa de mi proyecto de investigación que tiene como objetivo principal, la depresión en embarazo y posparto de las pacientes que acuden a la Unidad de Medicina Familiar No. 55, realizando encuestas a todas aquellas pacientes en estado pre y postnatal, tomando en cuenta que los datos tomados serán de relevancia para fines estadísticos de la unidad, sin mostrar la identidad de los participantes.

Sin más por el momento me despido agradeciendo de antemano su atención. Quedando a su disposición.

Dra. Brenda Cabrera López  
Alumno de curso de Especialización de Medicina Familiar para Médicos Generales del IMSS.

Dra. Lucia Peñaflor Garnica  
Directora de la UMF No. 55

