



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTOMONA DE MEXICO**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO**  
**SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 92**  
**ECATEPEC DE MORELOS ESTADO DE MÉXICO**

**“DEPRESION EN MUJERES CON ESTADOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO DE LA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.92”**

**TRABAJO PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALIDAD EN  
MEDICINA FAMILIAR**



**PRESENTA**

**FACULTAD DE MEDICINA**  
**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**  
**SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**

**M. C. VIRIDIANA ITZEL MIER RINCÓN**

**REGISTRO DE AUTORIZACIÓN**

**R-2022- 1401- 027**

**ASESORA**

**E. EN MF DEVANE BELEM VEGA DE LUCI**



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.

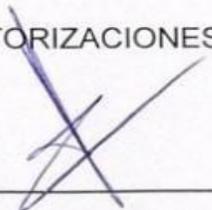
"DEPRESION EN MUJERES CON ESTADOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 92"

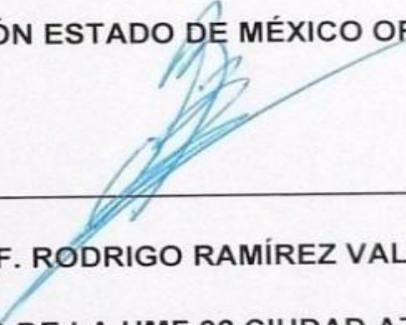
TRABAJO PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

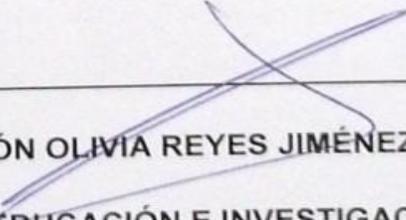
PRESENTA

M. C. VIRIDIANA ITZEL MIER RINCÓN

AUTORIZACIONES

  
\_\_\_\_\_  
M. E. EN EDUCACIÓN FATIMA KORINA GAYTAN NUÑEZ  
COORDINADOR AUXILIAR DE EDUCACIÓN EN SALUD  
DELEGACIÓN ESTADO DE MÉXICO ORIENTE

  
\_\_\_\_\_  
M. EN MF. RODRIGO RAMÍREZ VALDÉZ  
DIRECTOR DE LA UMF 92 CIUDAD AZTECA  
DELEGACIÓN ESTADO DE MÉXICO ORIENTE

  
\_\_\_\_\_  
M. EN EDUCACIÓN OLIVIA REYES JIMÉNEZ  
COORDINADORA CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD  
DELEGACIÓN ESTADO DE MÉXICO ORIENTE



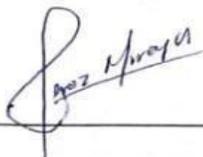
"DEPRESION EN MUJERES CON ESTADOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.92"

TRABAJO PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

M. C. VIRIDIANA ITZEL MIER RINCÓN

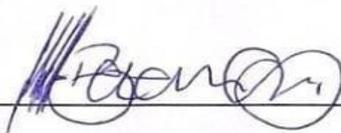
**AUTORIZACIONES**



E. EN MF. MIREYA PÉREZ PÉREZ

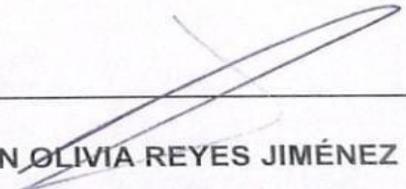
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN

EN MEDICINA FAMILIAR (UMF 92 CIUDAD AZTECA)



E. EN MF. DEVANE BELEM VEGA DE LUCIO

ASESORA DE TESIS (UMF 92 CIUDAD AZTECA)



M. EN EDUCACIÓN OLIVIA REYES JIMÉNEZ

COORDINADORA CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

(UMF 92 CIUDAD AZTECA)



**FACULTAD DE MEDICINA**  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

“DEPRESION EN MUJERES CON ESTADOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO DE  
LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.92”

TRABAJO PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

M. C. VIRIDIANA ITZEL MIER RINCÓN

**AUTORIZACIONES**



**DR. JAVIER SANTACRUZ VARELA**

**JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR DIVISIÓN DE  
ESTUDIOS DE POSGRADO FACULTAD DE MEDICINA UNAM**



**DR. GEOVANNI LÓPEZ ORTÍZ**



**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES**

**COORDINADOR DE DOCENCIA DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO FACULTAD DE MEDICINA UNAM**





INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



### Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 1401.  
H. GRAL. REGIONAL 196 Fiel Velázquez Sánchez

Registro COFEPRIS 17 CI 15 033 046  
Registro CONBOÉTICA CONBOÉTICA 15 CEI 001 2017022

FECHA Martes, 28 de junio de 2022

**M.E. DEVANE BELEM VEGA DE LUCIO**

**PRESENTE**

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **DEPRESION EN MUJERES CON ESTADOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO DE LA UMF 92** 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 **APROBADO**:

Número de Registro Institucional

R-2022-1401-027

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

**Dr. GENARO ÁNGEL CUAZOCHPA DELGADILLO**  
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 1401

Original

**IMSS**  
SEGURIDAD Y SALUD PARA TODOS

*Agradecimientos:*

Esta tesis está dedicada al amor de mi familia...

Agradezco a la persona más maravillosa que tengo en la vida mi hija Lizeth... por su amor y comprensión a lo largo de todo este camino.

Agradezco a mi madre por su amor incondicional y su apoyo, a mi padre Ángel por ser siempre mi motivación para ser médico.

Agradezco a los profesores que me apoyaron para terminar este proyecto, y al instituto por darme la oportunidad para formarme como especialista.

Gracias a Dios y a la vida por dejarme vivir esta experiencia.

Gracias ...

## INDICE

I.	RESUMEN ESTRUCTURADO .....	7
II.	MARCO TEORICO .....	9
III.	JUSTIFICACIÓN .....	15
IV.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	16
V.	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN .....	19
VI.	OBJETIVOS: .....	19
VII.	HIPOTESIS .....	19
VIII.	MATERIAL Y METODOS .....	20
IX.	CRITERIOS DE SELECCIÓN .....	21
X.	TAMAÑO DE LA MUESTRA .....	21
XI.	TÉCNICA DE MUESTREO .....	22
XII.	VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN .....	22
XIII.	DESCRIPCION DEL ESTUDIO .....	26
XIV.	INSTRUMENTOS .....	27
XV.	ANALISIS DE DATOS .....	27
XVI.	ASPECTOS ETICOS .....	29
XVII.	RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y/O FACTIBILIDAD .....	36
XVIII.	DIFUSION .....	37
XIX.	ANALISIS DE LOS RESULTADOS .....	38
XX.	DISCUSIÓN .....	47
XXI.	CONCLUSIONES .....	49
XXII.	RECOMENDACIONES .....	51
XXIII.	REFERENCIA BIBLIOGRAFICA .....	52
XXIV.	ANEXOS .....	57

## I. RESUMEN ESTRUCTURADO

### DEPRESIÓN EN MUJERES CON ESTADOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO DE LA UMF 92.

Mier R. V.I<sup>1</sup> Vega D. L<sup>2</sup>

**Antecedentes:** La depresión en el embarazo afecta un 20%. La enfermedad hipertensiva del embarazo tiene importancia por las complicaciones maternas y perinatales 10% al 15%, es la segunda causa de complicación materna para la organización mundial de la salud.

**Objetivo:** Identificar los factores de riesgo involucrados para desarrollar depresión en mujeres con estados hipertensivos del embarazo de la UMF 92.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio tipo observacional, descriptivo y transversal, se aplicó la escala de depresión Edimburgo en mujeres con enfermedad hipertensiva, y la hoja de recolección de datos para variables sociodemográficas, se utilizó la prueba de regresión logística y chi-cuadrada.

**Resultados:** Se incluyó a 141 mujeres con enfermedad hipertensiva del embarazo de la UMF 92, de acuerdo a la edad se obtuvo una media de 26.5, mediana de 20, moda de 22, la edad máxima de presentación fue 19 años, la mínima 39 años, mujeres en unión libre 45% (N=65), amas de casa 53.2%(N=75), preparatoria 58.9% (N=83), embarazadas 47.5% (N=67), posparto 33.3% (N=47), con sospecha de depresión 110, sin depresión 31, primigestas 60.3% (N=85), el índice de masa corporal no se observó impacto estadístico pero se relaciona con complicaciones en el embarazo como hipertensión gestacional y preclamsia.

**Conclusión:** Existe poca relación con los factores de riesgo estudiados para depresión, ya que tienen poco impacto estadístico, pero pueden llegar a desencadenarla, las primigestas son las más expuestas a desencadenar trastornos psiquiátricos y en el posparto, se recomienda realizar la detección en primer nivel en mujeres con factores de riesgo para desarrollar depresión, con la finalidad de dar un enfoque preventivo y una atención integral y así contrarrestar los efectos negativos sobre la madre y el recién nacido. Así mismo disminuir los altos costos del sistema de salud por las depresiones no tratadas o mal diagnosticadas.

**Palabras clave:** Depresión, estados hipertensivos del embarazo.

1. Investigador: Mier Rincon Viridiana Itzel

2. Asesora metodológica y temática: De Lucio Vega Belem Devane

## **ABSTRACT:**

### **I. STRUCTURED SUMMARY**

#### **DEPRESSION IN WOMEN WITH HYPERTENSIVE STATES OF PREGNANCY OF UMF 92.**

Mier R. V.I<sub>1</sub> Vega D. L<sub>2</sub>

**Background:** Depression in pregnancy affects 20%. The hypertensive disease of pregnancy is important due to maternal and perinatal complications 10% to 15%, it is the second cause of maternal complication for the world health organization. **Objective:** To identify the risk factors involved in developing depression in women with hypertensive states of pregnancy from the UMF 92. **Material and methods:** An observational, descriptive and cross-sectional study was carried out, the Edinburgh depression scale was applied in women with hypertensive disease, and the data collection sheet for sociodemographic variables, the logistic and chi-square regression test was used.

**Results:** 141 women with hypertensive disease of pregnancy from UMF 92 were included, according to age a mean of 26.5 was obtained, median of 20, mode of 22, the maximum age of presentation was 19 years, the minimum 39 years. , women in free union 45% (N=65), housewives 53.2% (N=75), high school 58.9% (N=83), pregnant 47.5% (N=67), postpartum 33.3% (N=47) , with suspicion of depression 110, without depression 31, primiparous 60.3% (N=85), the body mass index was not observed statistical impact but it is related to pregnancy complications such as gestational hypertension and preeclampsia.

**Conclusion:** There is little relationship with the risk factors studied for depression, since they have little statistical impact, but they can trigger it, primiparous women are the most exposed to trigger psychiatric disorders and in the postpartum period, it is recommended to carry out detection at the first level. in women with risk factors for developing depression, in order to provide a preventive approach and comprehensive care and thus counteract the negative effects on the mother and the newborn. Likewise, reduce the high costs of the health system due to untreated or misdiagnosed depressions.

**Keywords:** Depression, hypertensive states of pregnancy.

## II. MARCO TEORICO

### Depresión

La organización mundial de la salud define la depresión como la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, acompañada de trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.<sup>1</sup>

El periodo del embarazo puede incrementar en algunas mujeres la vulnerabilidad de enfermedades psiquiátricas como la depresión, en esta etapa hay una predisposición para presentar estrés psicológico, lo que determina que sea una etapa de mayor vulnerabilidad y la posibilidad de que aparezca la depresión.<sup>2</sup>

Se han descrito múltiples factores de riesgo para desarrollar esta enfermedad como: historia familiar de depresión, consumo de tabaco, violencia doméstica, ausencia de pareja, nivel socioeconómico bajo.<sup>3</sup> La depresión durante el embarazo es frecuente, afectando un 20% de las gestantes y de esta tres cuartas partes no son tratadas, los síntomas depresivos están asociados con marcadores de inflamación, por lo tanto, las gestantes con síntomas depresivos adquieren un riesgo aumentado de desarrollar hipertensión arterial durante el embarazo, por un incremento en el tono del sistema nervioso simpático.<sup>4</sup>

La embarazada con síntomas depresivos adquiere un riesgo aumentado para la aparición de hipertensión arterial durante su embarazo debido a la conjunción de factores como alteración de la respuesta inflamatoria, alteraciones inmunológicas e hiperactividad del sistema nervioso simpático, reportándose que la depresión y la ansiedad en embarazos tempranos están asociados con riesgos subsecuentes para padecer preeclampsia.<sup>5</sup>

Según la Organización Mundial de la Salud el 10% de la población mundial padece algún trastorno mental y más de 300 millones personas padecen depresión, siendo uno de los primeros cinco trastornos que generan mayor discapacidad y dependencia ya que según la intensidad del cuadro depresivo.<sup>6</sup>

La Escala de depresión de Edimburgo para Embarazo y posparto fue desarrollada por Cox y cols en 1987 para detectar síntomas depresivos específicamente en mujeres puérperas, buscando discriminar aquellos síntomas específicos propios de la gestación y así diferenciarlos de los síntomas físicos asociados a depresión clínica, dicha escala también ha sido aplicada en la sintomatología depresiva en el embarazo, tiene un alfa de Cronbach

de 0.87. A las respuestas se les otorga un puntaje de 0, 1, 2 y 3 de acuerdo a la letra que marca, el puntaje total se calcula sumando los puntajes para cada uno de los 10 ítems.

Durante el embarazo una puntuación de 13 o más puntos indica sospecha de depresión, en el posparto una puntuación de 10 o más puntos indica sospecha de depresión posparto, cualquier puntaje distinto de cero en la pregunta número 10 requiere de evaluación adicional dentro de 24 horas.

La mayoría de las mujeres podrán contestar la escala sin dificultad en un tiempo aproximado de 10 minutos.

### **Enfermedad Hipertensiva del Embarazo: Aspectos generales:**

Bajo este término se engloba una gran variedad de procesos que tienen en común la hipertensión arterial durante el embarazo.

Se define como la presión arterial igual o superior a 140 mmHg sistólica o igual o superior a 90mmHg diastólica, o una tensión arterial media de 105 mmHg. La valoración de una presión arterial alterada obliga a repetir la medición nueva a las 4 horas, con un máximo de 6 horas, manteniendo a la gestante en reposo y sentada durante al menos 5 minutos.<sup>9</sup>

La definición de la Organización Mundial de la Salud respecto a hipertensión arterial aplica también para la gestante: tensión arterial igual o mayor a 140 mm Hg sistólica y/o 90 mm Hg diastólica, registrada en dos tomas separadas de por lo menos cuatro a seis horas. El promedio de la tensión arterial normal durante el embarazo en términos generales es de 120/80 mmHg.<sup>10</sup>

Los desórdenes hipertensivos en el embarazo son clasificados según la guía de práctica clínica de la siguiente manera: Hipertensión crónica, preeclampsia agregada con hipertensión crónica, preeclampsia, Hipertensión gestacional.<sup>11</sup>

La clasificación difiere entre algunas organizaciones, la guía national institute for health and care excellence no incluye la preeclampsia sobreañadida, y la international society for the study of hipertensión in pregnancy incluye la hipertensión de bata blanca.<sup>12</sup>

**Hipertensión crónica:** Se define como presión arterial mayor 140/90mmHg registrada antes del embarazo y antes de las 20 semanas de gestación está asociada a antecedentes familiares de hipertensión acompañada de sobrepeso y obesidad. La presencia de hipertensión secundaria se debe a enfermedades renales parenquimatosas como glomerulonefritis.<sup>13</sup>

**Preeclampsia agregada con hipertensión crónica:** Se refiere al desarrollo de preeclampsia o eclampsia con hipertensión crónica preexistente.

**Preeclampsia:** Síndrome multisistémico de severidad variable, se presenta después de la semana 20 de gestación, durante el parto o en las primeras dos semanas después de este. Caracterizado por hipertensión 140/90 mmHg, acompañado proteinuria mayor o igual a 300mg/d, es frecuente que además se presente cefalea, acufenos, fosfenos, edema dolor abdominal y alteraciones de laboratorio.<sup>14</sup>

**Preeclampsia severa o con criterios de severidad:** Es la preeclampsia con uno o más de los siguientes criterios:<sup>15</sup>

Síntomas maternos como cefalea, alteraciones visuales o cerebrales, epigastralgia, dolor torácico o disnea, signos de disfunción orgánica, y en caso de hipertensión severa sistólica mayor o igual 160 o diastólica mayor o igual 110 mm Hg; edema agudo pulmonar o sospecha de desprendimiento placentario.

Alteraciones de laboratorio: Elevación de creatinina sérica mayor 1.1 mg/dl, incremento de aspartoaminotransferasa mayor 70 IU/l o deshidrogenasa láctica, disminución de plaquetas menor 100,000/ mm<sup>3</sup>.

**Hipertensión inducida por el embarazo o hipertensión gestacional:** La hipertensión gestacional se definió como presión arterial sistólica elevada igual o superior a 140 mmHg o presión arterial diastólica igual o superior a 90 mmHg, en al menos dos ocasiones con cuatro horas de diferencia, y que aparece por primera vez después de 20 semanas de gestación sin proteinuria. Se resuelve dentro de los tres meses posteriores al nacimiento.<sup>16</sup>

### **Epidemiología**

Los trastornos hipertensivos del embarazo son muy frecuentes, llegan a complicar 10% al 15% de los embarazos, se consideran la primera causa de muerte materna en los países desarrollados. La incidencia de la hipertensión gestacional es de 5% y 9%, de preeclampsia 2% y 9%, la hipertensión arterial crónica entre 1% y 5% con riesgo de preclamsia sobreañadida entre 17% y 25%.<sup>17</sup> Se asocian con un mayor riesgo de morbilidad materna y perinatal, también pueden suponer alteraciones vasculares y metabólicas futuras.<sup>18</sup> Para la Organización Mundial de la Salud es la segunda causa de complicación materna grave, luego de las hemorragias posparto, requiriendo hospitalización en unidades de cuidados intensivos.<sup>19</sup> Se asocia a factores de riesgo como historia de preeclampsia familiar, nuliparidad, embarazo múltiple, obesidad enfermedades crónicas persistentes como hipertensión y diabetes mellitus.<sup>20</sup>

El riesgo relativo de padecer hipertensión crónica tras hipertensión en el embarazo es de 2,3 y 11 veces mayor.<sup>21</sup>

## **Etiología y Factores de riesgo**

La causa sigue siendo desconocida, sin embargo, un número de mecanismos han sido propuestos para explicar su causa. La preeclampsia parece ser la culminación de los factores maternos, placentarios y fetales. Los que actualmente se consideran importantes son: Implantación de la placenta con la invasión trofoblástica anormal de las arterias uterinas. Tolerancia inmunológica con cambios entre los tejidos maternos, paternos, y fetal. Mala adaptación materna a los cambios cardiovasculares o inflamatorios del embarazo normal. Los factores genéticos de predisposición hereditaria incluidos los genes, así como influencias epigenéticas.<sup>22</sup>

La Organización Mundial de la Salud define como factor de riesgo cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.<sup>23</sup>

Los factores de riesgo reconocidos, asociados a hipertensión gestacional y preeclampsia de acuerdo a la guía de práctica clínica incluyen:<sup>24</sup>

*Edad materna:* La Organización Mundial de la Salud realizó una encuesta e informó que las mujeres mayores de 35 años estaban en alto riesgo de preeclampsia, aunque no de eclampsia, y las menores de 19 años de edad estaban en alto riesgo de eclampsia, pero no de un diagnóstico de preeclampsia.<sup>25</sup> Edad materna avanzada es considerado epidemiológicamente un factor de riesgo importante. Las mujeres mayores tienden a tener factores de riesgo adicionales, como la diabetes mellitus, la hipertensión crónica, o alguna enfermedad crónica que las predispone a preeclampsia.

*Nuliparidad:* El riesgo relativo en nulíparas es de 2:1.<sup>26</sup>

*Historia familiar de preeclampsia:* Un estudio danés informó que un antecedente de preeclampsia comienzo temprano o intermedio en la madre o hermana aumenta el riesgo de preeclampsia en al menos 50% comparado con mujeres sin dicho historial familiar.<sup>27</sup>

*Embarazo mediante técnicas de reproducción asistida:* La hipertensión y la preeclampsia pueden afectar más del 25% de las madres con embarazos múltiples con donación de óvulos.<sup>28</sup>

*Índice de masa corporal:* Factores de riesgo metabólicos, cardiovasculares, sobrepeso y obesidad son factores de riesgo específicos para el desarrollo de preeclampsia con complicaciones severas.<sup>29</sup>

*Comorbilidad:* Antecedentes de hipertensión arterial crónica e hipertensión gestacional en embarazos anteriores.<sup>30</sup>

*Trastornos inmunológicos:* Lupus eritematoso sistémico, síndrome antifosfolípido.

*Factores psicosociales:* Están vinculados a preeclampsia, también se ha estudiado asociación de factores como el estrés, depresión, ansiedad y violencia y nivel socioeconómico.<sup>31</sup>

Los siguientes factores de riesgo no modifican el riesgo de presentar preeclampsia: embarazo con intervalo mayor a 10 años, consumo de cocaína o metanfetaminas, ganancia excesiva de peso durante el embarazo, aumento de las concentraciones de triglicéridos antes del embarazo<sup>32</sup>.

### **Diagnostico:**

Es muy importante la historia clínica completa en la paciente embarazada, para identificar factores de riesgo para el desarrollo de enfermedad hipertensiva del embarazo y preeclampsia, en los grupos de riesgo se recomienda vigilancia cada tres o cuatro semanas con estudios auxiliares de diagnóstico como examen general de orina y biometría hemática.

El síndrome de preeclampsia puede ser subdividido en preeclampsia y preeclampsia con datos de severidad. El diagnóstico se integra en pacientes con embarazo igual o mayor a 20 semanas de gestación o en etapa de puerperio o hipertensión asociada a proteinuria o en ausencia de proteinuria.<sup>33</sup>

***Preeclampsia leve:*** Presión arterial sistólica mayor igual a 140mmhg o presión arterial diastólica mayor o igual a 90mmhg, se requiere de por lo menos dos tomas con diferencia de 6 horas entre cada uno con la paciente en reposo.

Proteinuria mayor o igual a 300mg en una recolección de orina de 24 horas, o reporte en tira reactiva de 30mg/dl (+) en dos muestras de orina tomadas al azar con diferencia de 6 horas entre cada una, pero en un lapso no mayor de 7 días.<sup>34</sup>

***Preeclampsia severa:*** Presión arterial mayor o igual a 160mmhg/110mmhg en al menos dos determinaciones, con por lo menos dos horas de diferencia, con proteinuria de cinco gramos o más en una recolección de orina de 24 horas o por tira reactiva tres cruces o más en dos muestras con al menos cuatro horas de diferencia, otras características son oliguria, alteración de pruebas de función hepática, creatinina sérica mayor a 1.2mg/dl, trombocitopenia, restricción del crecimiento intrauterino.<sup>35</sup>

***Hipertensión Gestacional:*** Se desarrolla por primera vez después de la semana 20 de gestación con una tensión arterial mayor o igual a 140/90mmhg, si la paciente ya tenía hipertensión antes del embarazo o se presenta antes de la semana 20 de gestación. <sup>36</sup>

## **Profilaxis**

El ejercicio aeróbico de aproximadamente 30 a 60 minutos dos a siete veces por semana durante el embarazo, se asocia con un riesgo significativamente reducido de trastornos hipertensivos gestacionales.

Se recomienda uso de aspirina a dosis bajas 80-150 mg administración nocturna, en pacientes de alto riesgo.<sup>37</sup>

Quienes recibieron vitamina D y calcio reduce el riesgo de preeclampsia, se recomienda de 1.5 a 2 gramos al día de calcio. La administración de suplementos de calcio en la segunda mitad del embarazo reduce las consecuencias graves de la preclamsia.<sup>38</sup>

## **Tratamiento**

El tratamiento en preeclampsia requiere la integración de un equipo interdisciplinario, los fármacos recomendados para el uso de terapia antihipertensiva oral son: metildopa, labetalol, hidralazina, antagonistas del calcio como nifedipino, bloqueadores beta como metoprolol o propranolol. Se recomienda la inducción de trabajo de parto en mujeres con trastorno hipertensivo controlado después de las 38 semanas de gestación.

Se recomienda como tratamiento de primera línea la metildopa para mantener el control de la hipertensión arterial sistémica crónica, el uso de los bloqueadores de los canales de calcio como segunda línea. Se sugiere mantener cifras tensionales de 130/80mmHg.<sup>39</sup>

El sulfato de magnesio está recomendado como primera línea para prevención de eclampsia en la paciente con preeclampsia con datos de severidad. El esquema de Zuspan cuatro gramos de sulfato de magnesio intravenoso para 30 minutos seguido de 1 gramo por hora en mujeres con embarazo y preeclampsia con datos de severidad, evita la progresión a eclampsia en 1 de cada 50 pacientes y en mujeres con preeclampsia sin datos de severidad las previene 1 de cada 100.

### III. JUSTIFICACIÓN

La depresión es la morbilidad psiquiátrica más común en el embarazo, llega a afectar a más del 13% de las gestantes, en esta etapa hay una predisposición para presentar estrés psicológico, lo que determina que sea una etapa de mayor vulnerabilidad y posibilidad de que aparezca depresión.<sup>2</sup> Las gestantes con síntomas depresivos adquieren un riesgo aumentado de desarrollar hipertensión arterial durante el embarazo, debido al incremento en el tono del sistema nervioso simpático.<sup>3</sup>

Las enfermedades hipertensivas son la complicación más frecuente durante el embarazo. En México de acuerdo con la secretaria de Salud, la preeclampsia representa el 34% del total de las muertes maternas, por lo que constituye la principal causa de muerte asociada a complicaciones del embarazo.<sup>5</sup> Los estados hipertensivos del embarazo incluyen diferentes padecimientos, cuyo nexo común es la hipertensión arterial: preeclampsia, eclampsia, hipertensión gestacional, hipertensión crónica e hipertensión crónica con preeclampsia sobreañadida. De este grupo, el más frecuente es la hipertensión gestacional.<sup>24</sup> La importancia de estos diferentes síndromes no sólo radica en que aumentan el riesgo de morbilidad y mortalidad materna y neonatal, sino que, además, en la actualidad existe evidencia de los efectos a largo plazo de los estados hipertensivos del embarazo.<sup>17</sup>

Actualmente el conocimiento que se tiene sobre la patogénesis de la hipertensión durante el embarazo está asociado a múltiples teorías, en estas se incluye la invasión trofoblástica, el daño endotelial y vasoespasmo.<sup>40</sup> El embarazo es una etapa que predispone a diferentes alteraciones de salud, como la depresión, esta se considera una condición frecuente en el embarazo ya que implica cambios en la forma de vivir, se ha llegado a considerar como una crisis ya que pone en juego la estabilidad emocional de la mujer, está identificada como un problema de salud el cual no es diagnosticado y tratado de manera adecuada, además asociado a diferentes factores de riesgo.<sup>5</sup>

En este estudio se opta por identificar los factores de riesgo relacionados a depresión en mujeres con enfermedad hipertensiva del embarazo en derechohabientes del a UMF92.

Es de vital importancia realizar detección oportuna de síntomas asociados a depresión en mujeres embarazadas o periodo posnatal para un diagnóstico oportuno y manejo adecuado y de ser requerido envió a segundo nivel de atención, con la finalidad de disminuir la morbilidad materna y perinatal y que esto se vea reflejado en el binomio materno feta.<sup>23</sup>

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **Trascendencia**

La depresión en el embarazo, es una condición que se presenta con frecuencia y se asocia a complicaciones maternas y neonatales.

El embarazo se asocia con múltiples cambios cardiovasculares, metabólicos y mentales lo cual hace más vulnerable el estado de salud y puede perjudicar el binomio materno fetal, es la morbilidad psiquiátrica más común en el embarazo, y llega a afectar a más del 13% de las gestantes.<sup>5</sup>

Los trastornos hipertensivos del embarazo son las principales causas de morbimortalidad materna y neonatal.

Es por ello que es necesario realizar un estudio exhaustivo sobre todo de los factores de riesgo que puedan desencadenar dicha enfermedad, tomar medidas de forma oportuna y evitar desarrollarla, la principal preocupación acerca de la presión arterial elevada son sus posibles efectos perjudiciales, tanto para la madre como para el feto.<sup>3</sup>

La organización mundial de la salud la considera una complicación materna grave después de la hemorragia post parto. <sup>3</sup>

Dentro de los factores de riesgo para enfermedad hipertensiva del embarazo se menciona la edad materna con una mayor incidencia en mujeres menores de 20 años y mayores de 35 años al momento del embarazo, el 75% de los casos corresponden a pacientes primigestas.<sup>32</sup>

Es fundamental el conocimiento de los factores de riesgo, dándole un enfoque preventivo, mediante un manejo oportuno, proporcionar cuidados de salud que disminuyan la gravedad de la misma y así proteger la calidad de vida de la gestante y del niño por nacer.<sup>3</sup>

### **Magnitud**

La depresión es la segunda causa de incapacidad de las mujeres y la morbilidad más común en la gestación.<sup>1</sup> El trastorno depresivo en el embarazo es una patología altamente frecuente, con una prevalencia de un 7% a nivel mundial, y un 10% en nuestro país, es la morbilidad psiquiátrica más común en el embarazo, y llega a afectar a más del 13% de las gestantes.<sup>41</sup>

Aproximadamente el 10% de la población mundial padece algún trastorno mental, la organización mundial de la salud indica que más de 300 millones de personas padecen depresión, siendo uno de los primeros cinco trastornos que generan mayor discapacidad y dependencia.<sup>2</sup>

La hipertensión gestacional complica una de cada diez gestaciones, los desórdenes hipertensivos durante el embarazo representan 50,000 muertes maternas y 900,000 perinatales, además constituyen una predisposición a presentar complicaciones cardiovasculares en el futuro.<sup>3</sup> La hipertensión ocurre del 6 al 10% de los embarazos.

Las enfermedades hipertensivas del embarazo en especial la preeclampsia se consideran la principal causa de morbilidad y mortalidad perinatal, en pacientes con hipertensión crónica que no desarrollan preeclampsia la muerte perinatal se produce en el 0.9% de los casos en cambio si desarrollan preeclampsia se presenta en un 10%.<sup>24</sup>

De acuerdo con la organización mundial de la salud, la incidencia de preeclampsia oscila entre el 2 y 10% del total de embarazos, y su prevalencia es siete veces mayor en los países en vías de desarrollo 2.4% que en los países desarrollados 0.4%. En México, la preeclampsia constituye la principal causa de muerte materna en las instituciones que conforman el sistema nacional de salud.<sup>33</sup>

### **Vulnerabilidad**

En esta investigación se aplicó el test de depresión de Edimburgo para embarazo y posparto y se analizaron variables sociodemográficas mediante la hoja de recolección de datos en mujeres con enfermedad hipertensiva de la UMF. 92.

La depresión en el embarazo es una patología frecuente, la importancia de su detección oportuna radica en que se asocia a múltiples efectos negativos a corto y mediano plazo. Un número sustancial de gestantes tienen síntomas depresivos, pero la mayoría de ellas no son diagnosticadas y no son tratadas adecuadamente durante este período vulnerable que es el embarazo.<sup>2</sup>

Mediante este estudio se busca identificar factores de riesgo asociados a desarrollar depresión en mujeres con enfermedad hipertensiva del embarazo, con la finalidad de dar enfoque preventivo, también se informó sobre los signos de alarma obstétrica ya que debido al nivel sociocultural de nuestra población se desconocen, teniendo en cuenta que será más fácil para el personal de salud la detección oportuna y así brindar un manejo

multidisciplinario y evitar que desarrollen complicaciones durante el embarazo y posterior a este.<sup>15</sup>

### **Factibilidad**

El análisis de este estudio se realizó a través del cuestionario de depresión de Edimburgo para embarazo y posparto y su asociación con variables sociodemográficas en mujeres gestantes que pertenezcan a la unidad de medicina familiar número 92.

El test de Edimburgo es un instrumento validado y confiable, aplicado en la población mexicana, es una herramienta breve, no requiere de personal especializado para su aplicación y calificación, además de que su uso es económico.

El momento adecuado para la aplicación del cuestionario de Edimburgo en el embarazo es en el control de ingreso, o en el segundo control de embarazo, repitiendo su aplicación a las cuatro o seis semanas posteriores si el puntaje obtenido es entre diez y doce puntos se otorga el resultado de sospecha de depresión.

El cuestionario consta de diez ítems la cual evalúa si se tiene sospecha o no de depresión, a las respuestas se les otorga un puntaje de 0, 1, 2 y 3 de acuerdo a la letra marcada el puntaje total se calcula sumando los puntajes para cada uno de los diez ítems.

Durante el embarazo una puntuación de trece o más puntos indica sospecha de depresión.

En el posparto una puntuación de diez o más puntos indica sospecha de depresión posparto, cualquier puntaje distinto de cero en la pregunta número diez requiere de evaluación adicional dentro de 24 horas.<sup>42</sup>

#### **IV. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuáles son los factores de riesgo involucrados para desarrollar depresión en mujeres con estados hipertensivos del embarazo de la UMF No. 92?

#### **V. OBJETIVOS:**

##### Objetivo general

- ✓ Identificar los factores de riesgo involucrados para desarrollar depresión en mujeres con estados hipertensivos del embarazo de la UMF 92.

##### Objetivo específico:

- ✓ Mencionar las características sociodemográficas en mujeres con estados hipertensivos del embarazo que cursen con depresión tales como: Edad, estado civil, ocupación y escolaridad.
- ✓ Describir el comportamiento de los factores de riesgo involucrados para desarrollar depresión en mujeres con estados hipertensivos del embarazo de la UMF 92.

#### **VI. HIPOTESIS**

Si ser primigesta es el factor de riesgo más frecuente involucrado para desarrollar depresión, entonces las mujeres con enfermedad hipertensiva del embarazo tendrán depresión en un 35%<sup>51</sup>.

## VII. MATERIAL Y METODOS

### VIII.I Características donde se realizará el estudio.

El estudio se realizó en la Unidad de Medicina Familiar No.92 que se encuentra ubicada en Avenida Central y Santa Prisca, Col. Ciudad Azteca C.P. 55140 Ecatepec, Estado de México, brinda atención médica en el municipio de Ecatepec. Cuenta con 32 consultorios de medicina familiar, con un consultorio de nutrición, con cinco consultorios de dental, departamento de laboratorio y gabinete, departamento de ARIMAC y departamento de trabajo social. Las embarazadas acuden en forma espontánea y con cita previa.

### VIII.II Diseño de la investigación

Es un estudio *descriptivo*, se realizó la recolección de datos, en una población específica, en este caso mujeres con enfermedad hipertensiva del embarazo adscritas a la unidad de medicina familiar 92.

Es un estudio *observacional* ya que se recolecto la información mediante encuestas aplicadas en mujeres embarazadas de la unidad de medicina familiar número 92.

Es un estudio *transversal*: Este estudio se realizo mediante la aplicación del cuestionario de depresión de Edimburgo en mujeres embarazadas del segundo trimestre y se analizó la hoja de recolección de datos para factores de riesgo de enfermedad hipertensiva del embarazo de la unidad de medicina familiar número 92.

### VIII.III Universo de trabajo

Esta investigación se realizó en mujeres adscritas a la UMF No. 92 con estados hipertensivos del embarazo, a partir de las 20 semanas de gestación y periodo posnatal, ya que el trastorno hipertensivo del embarazo se presenta a partir de la semana 20 de gestación y en periodo posnatal.

### VIII.IV Grupo de estudio

Mujeres con estados hipertensivos del embarazo del segundo trimestre y periodo posnatal que cumplan los siguientes criterios de selección de la muestra:

## VIII. CRITERIOS DE SELECCIÓN

### Criterios de inclusión:

- ✓ Mujeres embarazadas que cursaron con diagnóstico de enfermedad hipertensiva del embarazo de cualquier tipo, a partir de las 20 semanas de gestación y periodo posnatal, adscritas a la UMF 92.
- ✓ Mujeres con antecedentes obstétricos: como edad, número de gestas, antecedente de trastorno hipertensivo en el embarazo.
- ✓ Mujeres embarazadas con diagnóstico de enfermedad hipertensiva del embarazo a partir de las 20 semanas de gestación y periodo posnatal que acepten participar en la encuesta.

### Criterios de exclusión:

- ✓ Mujeres con amenaza de aborto
- ✓ Mujeres con amenaza de parto prematuro
- ✓ Mujeres con preeclampsia con datos de severidad
- ✓ Mujeres con diabetes gestacional
- ✓ Mujeres embarazadas que contesten la encuesta de manera incompleta.
- ✓ Mujeres embarazadas que no firmen el consentimiento informado.
- ✓ Expediente incompleto o embarazadas que abandonaron su control prenatal.

## IX. TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se incluyeron a 241 mujeres con diagnóstico de enfermedad hipertensiva del embarazo, atendidas en la unidad de medicina familiar número 92.

$$n = \frac{N \times Z_{\alpha}^2 \times P \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_{\alpha}^2 \times P \times q}$$

N= Total de la población.

Z<sub>α</sub>= 1.96 al cuadrado (si la seguridad es del 95%). p= proporción esperada (en este caso 5%=0.05)

q = 1- p (en este caso es 1-0.05=0.95) d

= precisión (5%).

$$n = \frac{241 \times 1.96^2 \times 0.05 \times 0.95}{0.05^2 (241 - 1) + 1.96^2 \times 0.05 \times 0.95} = 141$$

## **X. TECNICA DE MUESTREO**

Se seleccionó a población con diagnóstico de enfermedad hipertensiva del embarazo en el segundo trimestre, derechohabientes de la unidad de medicina familiar número 92, la cual se obtuvo en el área de ARIMAC, con respectiva autorización del director de la unidad de medicina familiar número 92.

La información se recolecto mediante el cuestionario aplicado de depresión de Edimburgo para embarazo y posparto y la ficha de recolección de datos.

El muestreo fue no probabilístico y por conveniencia debido a que solo se realizó la investigación en población con enfermedad hipertensiva del embarazo derechohabientes de la unidad de medicina familiar número 92.

## **XI. VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN**

- ✓ Depresión.
- ✓ Variables obstétricas: Numero de gestas. Estado nutricional: sobrepeso u obesidad, antecedente de enfermedad hipertensiva del embarazo.
- ✓ Variables sociodemográficas: Edad, estado civil, ocupación, escolaridad.

### XII.I Definición de variables

La descripción de las variables del presente estudio se esquematizará en un cuadro en donde se toma en cuenta su definición conceptual, definición operacional, tipo de variable, valores y escala de medición.

## XII.II OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Indicador
Depresión	Se define como la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, acompañada de trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. <sup>1</sup>	De acuerdo a la escala de depresión de Edimburgo para Embarazo y posparto. Una puntuación de 10 o más indica sospecha de depresión. Alpha de Cronbach .87 <sup>42</sup>	Cualitativa	Ordinal	Si No
Antecedente de trastorno hipertensivo del embarazo	La hipertensión gestacional se definió como presión arterial sistólica elevada igual o superior a 140 mmHg y / o presión arterial diastólica igual o superior a 90 mmHg en al menos dos ocasiones con cuatro horas de diferencia y	Mujer que presento enfermedad hipertensiva en el embarazo anterior	Cualitativa	Nominal	Si No

	que aparece por primera vez después de 20 semanas de gestación sin proteinuria. <sup>16</sup>				
Sobrepeso /Obesidad	<p>Sobrepeso de acuerdo al índice de masa corporal entre 25.0 y 29.9.</p> <p>Obesidad se define como un índice de masa corporal superior a 30.<sup>41</sup></p>	De acuerdo al índice de masa corporal que es el peso de una persona en kilogramos dividido por el cuadrado de una persona en metros.	Cuantitativa	Ordinal	<p>De acuerdo al IMC</p> <p>Normal: 18.5 -24.9.</p> <p>Sobrepeso: 25-29.5.</p> <p>Obesidad grado I: 30-34.9.</p> <p>Obesidad grado II: 35-39.9.</p> <p>Obesidad grado III: Más de 40</p>

### XIII.III Sociodemográficas

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Indicador
Edad	Tiempo que ha vivido una persona. <sup>38</sup>	Se tomará la edad que se encuentre registrada en el expediente clínico.	Cuantitativa	Discreta	15 a 42 años.
Estado civil	Condición de una persona en relación a su nacimiento, nacionalidad, filiación o matrimonio que se hacen constar en el registro civil. <sup>38</sup>	El estado civil reportado mediante la historia clínica.	Cualitativa	Nominal	Soltera Casada Unión libre
Ocupación	Trabajo, empleo u oficio. <sup>38</sup>	Trabajo media jornada. Trabajo jornada completa. Labores del hogar.	Cualitativa	Nominal	Empleada Ama de casa Estudiante
Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente. <sup>38</sup>	Se considerará el grado de estudios registrado en el expediente clínico.	Cualitativa	Ordinal	Sin escolaridad Primaria Secundaria Preparatoria Licenciatura

## **XII. DESCRIPCION DEL ESTUDIO**

Para el desarrollo de este estudio de investigación primero se realizó la selección del tema prioritario, una vez establecido se realizó la búsqueda intencionada de información actualizada acerca de depresión y enfermedad hipertensiva del embarazo a través de diversos buscadores como Google y PubMed para posteriormente ordenar la información, elaborar el marco teórico y la estructura del trabajo de estudio.

Una vez terminado se solicitó el registro y aprobación del protocolo a través del Sistema de Registro Electrónico de la Coordinación de Investigación en Salud (SIRELCIS), el Comité de ética local (1401-8) y el Comité de investigación en salud (1401) correspondiente.

El cual fue aceptado y cuenta con el siguiente número de registro R-2022-1401-027.

Posteriormente se identificó a la población de estudio, obteniendo el tamaño de la muestra a través de los datos proporcionados por el área de recursos humanos.

Se otorgó un folio de manera progresiva, mediante visita en consultorio a los sujetos de investigación, para invitarlos a participar en esta investigación, se realizó la presentación del investigador con los participantes de manera cordial y portando credencial para identificación, se otorgó alcohol gel para aseo y desinfección de manos, así como cubrebocas, se realizó de manera gentil la invitación para ser partícipe de forma voluntaria en el estudio de investigación y se explicó de forma clara y breve los beneficios que obtendrán al finalizar el estudio, los cuales fueron sobre la depresión las causas que pueden desencadenar dicha patología, y datos de alarma obstétrica así como en qué momento deben acudir a solicitar atención médica o al servicio de urgencias.

A las mujeres que aceptaron se les otorgó un consentimiento informado el cual firmaron voluntariamente, se les otorgó alcohol gel y un bolígrafo y se les realizó la invitación para contestar los cuestionarios, se les proporcionó una tabla de madera la cual les sirvió de apoyo para contestar la ficha de recolección de datos (anexo 2) una vez contestada se explicaron las instrucciones para llenar el cuestionario de depresión de Edimburgo para Embarazo y Posparto.

Por otro lado, los datos que obtuvimos durante el estudio son confidenciales y no se usó nombre, ni número de seguridad social de la participante, solo se otorgó un número de folio para preservar su privacidad.

Una vez terminada su participación se les entregó un tríptico con información importante sobre la patología y se resolvieron dudas respecto al tema.

### **XIII. INSTRUMENTOS**

Se realizó un total de 141 encuestas con una duración de 10 minutos por persona, mediante la escala de depresión de Edimburgo para Parto y Posparto.

En mujeres con embarazo a partir de las 20 semanas de gestación, ya que de acuerdo a la definición de enfermedad hipertensiva del embarazo esta se presenta a partir de las 20 semanas de gestación.<sup>16</sup>

Escala de depresión posnatal de Edimburgo diseñada por, Holden y Sagovsky en 1987<sup>35</sup>, validada en México por Alvarado, Sifuentes, Salas y Martínez en el 2006, es hoy día el instrumento de tamizaje de depresión perinatal más utilizado en el mundo<sup>50</sup>.

La escala consta de diez ítems la cual evalúa el grado de depresión, a las respuestas se les otorga un puntaje de 0, 1, 2 y 3 de acuerdo a la letra que marca, el puntaje total se calcula sumando los puntajes para cada uno de los 10 ítems. Durante el embarazo una puntuación de 13 o más puntos indica sospecha de depresión.<sup>42</sup>

Validación: Alfa de Cronbach de 0.87.<sup>50</sup>

### **XIV. ANALISIS DE DATOS**

Se realizó una base de datos para su análisis, para el cual se utilizó el Programa Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS) para Windows 10 versión 22. El análisis estadístico fue invariado ya que solo se trabajó con variables de tipo cuantitativo como la edad, se elaboró un grafica de cajón y bigote y se utilizaron medidas de tendencia central (media, mediana y moda). Por lo que respecta a las variables de tipo cualitativa el análisis estadístico se realizó mediante frecuencia y porcentaje, las cuales incluyen nivel de depresión se graficarán en barras y sectores.

<b>Variable</b>	<b>Tipo de variable</b>	<b>Escala de medición</b>	<b>Análisis estadístico</b>	<b>Representación gráfica</b>
Depresión	Cualitativa	Ordinal	Frecuencia y porcentaje	Grafica sectores de
Paridad	Cualitativa	Ordinal	Frecuencia y porcentaje	Barras
Antecedente de enfermedad hipertensiva del embarazo	Cualitativa	Nominal	Frecuencia y porcentaje	Grafica sectores de
Obesidad o sobrepeso	Cuantitativa	Ordinal	Frecuencia y porcentaje	Barras
Edad	Cuantitativa	Discreta	De acuerdo a su distribución se realizará media, mediana y moda	Cajón y bigote
Estado civil	Cualitativa	Nominal	Frecuencia y porcentaje	Pastel
Ocupación	Cualitativa	Nominal	Frecuencia y porcentaje	Barras
Escolaridad	Cuantitativa	Ordinal	Frecuencia y porcentaje	Barras

## **XV. ASPECTOS ETICOS**

### Valor científico

El objetivo principal de esta investigación fue identificar los factores de riesgo para depresión en mujeres con enfermedad hipertensiva del embarazo, se aplicó el cuestionario de depresión de Edimburgo y se realizó el llenado de la hoja de recolección de datos mediante la cual se recabo información sobre las variables sociodemográficas. Los cuestionarios solo se aplicaron en mujeres derechohabientes de la unidad de medicina familiar No.92. Mediante este estudio de busca implementar medidas preventivas, así como también mejorar las acciones del equipo médico multidisciplinario.

Esta investigación fue de carácter no obligatorio para las participantes, no afecto la integridad física ni psicológica del ser humano, se toman en cuenta las siguientes leyes de protección:

### Código de Nurnberg (Normas éticas sobre experimentos en seres humanos)<sup>43</sup>

Se hizo uso del consentimiento informado, se solicitó autorización y firma posterior a la información que se le brindo al sujeto. Previo se le brindo una cordial invitación para que participara de manera voluntaria, se le explico la finalidad, del procedimiento y riesgos: como alguna caída que se pudiera presentar, los beneficios del estudio, su finalidad, y beneficios.

Es importante realizar la detección oportuna de factores de riesgo para depresión en mujeres con enfermedad hipertensiva del embarazo de la UMF No. 92 con la finalidad de realizar una atención integral completa en la embarazada y al recién nacido.

Los sujetos de estudio no fueron sometidos a ningún daño físico que generen alguna discapacidad al ser realizado, ya que solo se solicitó contestar el cuestionario de depresión de Edimburgo y la ficha de recolección de datos, donde se evaluó el grado de depresión en el embarazo y los factores de riesgo asociados a depresión, se realizó con previa firma de la carta de consentimiento informado, se realizó por un médico certificado Viridiana Itzel Mier Rincón médico cirujano con cedula profesional 10599672 con conocimiento del tema, derivado de la lectura de la literatura médica más reciente y quien apoyo para la lectura y se contó en todo momento con la asesoría del especialista en medicina familiar quien posee los conocimientos científicos. Durante la realización de la investigación el sujeto podrá

retirase cuando él lo crea conveniente, en cualquier momento sin ser obligado a continuar y sin tener repercusiones en su atención médica en el instituto.

*Declaración de Helsinki (Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, 64 Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013)*<sup>44</sup>

En la declaración de Helsinki el principio básico que se rige es el respeto y derecho a la toma de decisiones. Por lo que esta investigación con el tema de “Depresión en mujeres con estados hipertensivos del embarazo de la unidad de medicina familiar número 92” se basó en los principios de ética médica, por lo que ya cuenta con la autorización del comité de ética núm. 1401-8 y comité local de investigación núm. 1401 para llevarse a cabo su realización. Posteriormente se realizó por medio de personal médico calificado el cual será a cargo del residente de medicina familiar Mier Rincon Viridiana Itzel y bajo la supervisión de la doctora Devane Belem Vega Lucio con especialidad de medicina familiar, de modo que se evitó en todo momento daño físico o psicológico innecesarios.

Así como también el participante tiene derecho de no participar en el estudio o retirarse en cualquier momento de la investigación respetándose su autonomía, sin causar alguna alteración laboral. Los resultados obtenidos se informaron de manera confidencial sin exponer datos personales del sujeto y se otorgó un número de folio para su identificación por parte del investigador.

Informe de Belmont, Principios y guías éticas para la protección de los sujetos humanos de investigación.<sup>45</sup>

Tiene como objetivo principal que las investigaciones en seres humanos se lleven a cabo de forma ética y protegiendo a los sujetos de la investigación. Basados en este informe esta investigación protege el respeto, de las personas mediante los siguientes principios:

#### Autonomía:

El principio se llevó a cabo mediante la libertad de elegir si se desea participar en la investigación, una vez que se explicó al sujeto cual fue la finalidad, y los riesgos como herir susceptibilidades así como beneficios, como detección oportuna de depresión asociada a factores de riesgo para enfermedad hipertensiva del embarazo, así como el procedimiento de cómo se llevó a cabo quedando materializado por escrito en la carta de consentimiento informado, la cual se solicitó sea firmada en caso de aceptar ser parte del estudio. Se menciona que el objetivo del estudio de investigación es identificar factores de riesgo en

mujeres con enfermedad hipertensiva del embarazo, mediante los dos cuestionarios, se aceptó y respeto su opinión y decisión.

#### Beneficiencia:

Los sujetos participantes conocieron el significado de depresión y su asociación con factores de riesgo para desarrollarla en enfermedad hipertensiva del embarazo, se les proporcionó la información sobre estos conceptos, así como su grado de depresión, se hizo mención de las acciones para la depresión y detección de factores de riesgo como lo son: actividad física, socialización, baile, música, control prenatal durante el embarazo se hizo énfasis en los factores de riesgo asociados a enfermedad hipertensiva del embarazo, con esto se benefició al sujeto así como a nivel institucional disminuyendo gastos económicos respecto a medicamentos y hospitalizaciones el instituto mexicano del seguro social.

#### Justicia:

No hubo ningún tipo de discriminación sobre la edad, raza, estado de salud mental, nivel socioeconómico, nivel de estudios o apariencia física. En este estudio todos los sujetos tuvieron la misma oportunidad de participar sin ser objeto de discriminación de ningún tipo. Esta investigación no se pretende provocar ningún tipo de atentado tanto físico como psicológico en los sujetos de estudio. El objetivo fue informar a las participantes sobre el grado de depresión y los factores de riesgo que presentan para el desarrollo de enfermedad hipertensiva del embarazo y evitar las complicaciones de la misma, por medio de múltiples actividades.

### **REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE INVESTIGACIÓN PARA LA SALUD<sup>46</sup>**

Publicado en el diario oficial de la federación de 1987, última reforma publicado DOF 0204-2014.

Artículo 13: El ser humano como objeto de estudio, se protegerán sus derechos y bienestar sin violar su integridad, ni bienestar físico, sin causar algún daño a su persona.

Artículo 14: La investigación que se realizó en este estudio, se desarrolló bajo principios éticos, en donde fue mayor el beneficio obtenido, ya que se brindó apoyo al sujeto en estudio sobre depresión y factores de riesgo asociados a enfermedad hipertensiva del embarazo siempre con la autorización por medio del consentimiento informado bajo la supervisión de

un representante del instituto mexicano del seguro social, siendo avalado el estudio de investigación por el Comité de investigación ética y de Bioseguridad.

Artículo 16: Toda investigación que sea realizada en seres humanos debe protegerse la privacidad del sujeto, por lo que en la hoja de recolección de datos no se solicitara su nombre o número de seguridad social, por lo que serán foliadas las hojas, y en caso de ser requerida su identificación esta será usada en caso de que el mismo otorgue su autorización.

Artículo 17: Con base a este artículo a la investigación presento riesgo mínimo, se empleó técnica de investigación en documentos (cuestionarios Escala de Depresión de Edimburgo para parto y posparto y la hoja de recolección de datos), en la cual se hizo mención de los factores de riesgo asociados a enfermedad hipertensiva del embarazo, sin realizar ningún tipo de intervención, únicamente se realizó un cuestionario para evaluar si tiene o no sospecha de depresión y los factores de riesgo que influyen para la misma.

Artículo 20: El sujeto tubo la libertad de retirarse en el momento que él lo desee, se entregó de manera escrita al sujeto, el consentimiento informado en el cual autoriza participación en el proyecto de investigación, teniendo en cuenta con anticipación de riesgos y complicaciones que se pueden originar, como caída durante el llenado del cuestionario, el beneficio que se obtuvo durante la investigación fueron acciones para mejorar el estado de ánimo de la embarazada con enfermedad hipertensiva del embarazo.

Artículo 21: Se explicó al sujeto el objetivo principal de esta investigación de forma clara y completa. El objetivo fue identificar datos de depresión durante el embarazo mediante el cuestionario, tomando en cuenta que el cuestionario puede generar molestias y tener cierta incomodidad o preguntas que puedan desencadenar el llanto o hasta que tome la decisión de retirarse del estudio. Si decide retirarse del estudio podrá realizarlo sin inconveniente, sin que esto genere perjuicios para continuar con su cuidado y su tratamiento en cuanto a su seguimiento de su estado de salud en el instituto, manteniendo la confidencialidad de toda la información recabada en este estudio y recabando toda su privacidad.

Artículo 22: El consentimiento informado se dio por escrito, reuniendo los requisitos que ya fueron establecidos y elaborados por el investigador y aprobados por el comité local de ética 1401 e investigación en salud 1401-8. Este documento se firmó por dos testigos y por el sujeto de estudio, y cabe mencionar que, si el sujeto no sabe leer, escribir o firmar, se

plasmó su huella digital en el documento y fue firmada por otra persona que el mismo diseño.

#### Norma Oficial Mexicana NOM-012 SSSA3-2012<sup>47</sup>

La NOM-012-SSA3-2012 establece criterios para llevar a cabo investigación en humanos. De acuerdo a los siguientes apartados:

Apartado 6: Este proyecto de investigación que se titula "Depresión en mujeres con estados hipertensivos del embarazo de la UMF No. 92", cuenta con un dictamen favorable del comité de ética 1401-8, y el comité de investigación 1401 quien dictamino con la carta de consentimiento informado en materia de investigación.

Artículo 7: Se realizó y entrego un informe médico descriptivo parcial con respecto al avance de la investigación el asesor de tesis para sus correcciones y aportaciones y también al término se reportaron los resultados que se obtuvieron.

Artículo 8: Toda investigación que se realice en seres humanos deberá de realice dentro de una institución que cuente con la infraestructura y capacidad resolutive suficiente, para proporcionar una atención médica adecuada, si se llegara a presentar algún defecto adverso del protocolo de investigación previamente autorizado el cual se realizó en las instituciones de la unidad de medicina familiar número 92 de ciudad azteca quien cuenta con atención médica, en caso de que se presentara cualquier efecto adverso, como puede ser un ataque de pánico o crisis de ansiedad durante el estudio. En caso de presentar cualquier efecto adverso el investigados comunicara al comité de Ética 1401-8, e investigación 1401 relacionado con el estudio.

Apartado 10: El presente protocolo con el tema depresión en mujeres con estados hipertensivos del embarazo de la unidad de medicina familiar número 92 se planeó y se elaboró por el investigador, apegándose a los criterios de éticos, metodológicos y de seguridad del sujeto a investigación.

Apartado 11: Abarca la seguridad física y jurídica del sujeto de investigación por lo que este estudio con el título "Depresión en mujeres con estados Hipertensivos del embarazo de la Unidad de Medicina Familiar Número 92." Respecto al desarrollo de la maniobra es responsabilidad del Instituto Mexicano del Seguro Social, el participante durante la

investigación tiene derecho de retirarse en cualquier momento del estudio si así lo desea, y se asegurará al sujeto por parte del investigador la continuidad del cuidado hasta tener la certeza que no se presenten daños generados por el estudio.

Apartado 12: La información que se obtuvo durante el estudio "Depresión en mujeres con estados Hipertensivos del embarazo de la Unidad de Medicina Familiar Número 92". Fue protegida como confidencial la identidad y los datos personales de los sujetos durante la investigación.

Ley Federal de Protección de datos Personales en Posesión de los Particulares: Nueva Ley Publicada en el diario Oficial de la Federación del 05 de Julio 2010<sup>48</sup>.

El 5 de junio del 2010 se publicó el Diario oficial de la Federación (DOF) La ley de protección de datos personales en posesiones de particulares.

Artículo 7: Los datos personales se recabaron de forma legal conforme a la ley, la información se manejó de manera legal y confidencial, sin hacer mal uso para realizar un fraude.

Artículo 8: El consentimiento informado se dio a conocer de forma verbal de inicio y posteriormente se realizó por escrito.

Artículo 9: En cuanto a los datos personales se obtuvo el consentimiento expreso y escrito del sujeto de estudio, para su ingreso al estudio de investigación, por medio de su firma, se hizo mención y se dio a conocer de forma explícita la finalidad y o justificación concreta y legítima de las actividades de estudio.

Artículo 11: El investigador verifico los datos personales que se encontraron en la base de datos de manera correcta y actualizada, cuando estos datos ya no sean utilizados se cancelaran y se procederá a eliminar toda la información relativa al incumplimiento de obligaciones conductuales una vez cumplido un lapso de 72 meses contando a partir de la fecha que se presenta el incumplimiento.

Artículo 12: Todos los datos personales deberán limitarse al cumplimiento de lo previsto en el aviso de privacidad, en caso de utilizar datos para otro fin distinto que no es compatible con lo establecido anteriormente, se deberá de presentarse otro consentimiento del titular.

Artículo 13: Como responsable el investigador, volverá por incumplimiento de los principios de la protección, como lo marca la ley adoptando medidas necesarias, para poder garantizar el aviso de privacidad, que se dio a conocer el titular sea respetado en todo momento.

Artículo 14: Como responsable el investigador, velara por el cumplimiento de los principios de protección de datos personales como marca la ley, adaptando todas las medidas necesarias para poder garantizar el aviso de privacidad que se dio a conocer al titular, y este sea respetado en todo momento.

## **XVI. RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y/O FACTIBILIDAD**

**Recursos humanos:** Investigador Medico general Viridiana Itzel Mier Rincón, asesor temático y metodológico. Doctora. Devane Belem Vega Lucio especialista en Medicina Familiar. Participantes del estudio mujeres embarazadas con enfermedad hipertensiva derechohabientes de la unidad de medicina familiar número 92.

**Recursos Físicos:** Un equipo de cómputo, una memoria USB, paquete de hojas, impresiones, plumas, acceso a internet, engargolados.

**Recursos Financieros:** Aportados por la beca otorgada por la especialización de medicina familiar que otorga el IMSS

## **XVII. DIFUSION**

Los resultados obtenidos se dieron a conocer por medio de la presentación de un cartel que contiene información acerca de depresión y enfermedad hipertensiva del embarazo, síntomas, factores de riesgo y prevención en mujeres embarazadas derechohabientes de la unidad de medicina familiar número 92, así mismo se realizó la entrega de trípticos con la misma información para el conocimiento de la población general, con el objetivo de prevención de esta patología, ya que la incidencia de esta es alta a nivel mundial.

## XVIII. ANALISIS DE LOS RESULTADOS

### Resultados:

En esta investigación se realizó un estudio de tipo descriptivo, observacional y transversal en el periodo comprendido entre los años 2021-2022. Para desarrollarlo se llevó a cabo muestreo no probabilístico y por conveniencia debido a que solo se realizó investigación en población con enfermedad hipertensiva del embarazo en la unidad de medicina familiar No. 92, quienes cumplieron criterios de inclusión y aceptaron su participación mediante la firma del consentimiento informado.

Se realizaron 141 encuestas las cuales contienen los siguientes instrumentos: Escala de depresión de Edimburgo para parto y posparto y la hoja de recolección de datos en mujeres embarazadas derechohabientes de la unidad de medicina familiar No. 92

Los datos recolectados se organizaron en el programa estadístico SPSS 22.0 para Windows, para el análisis de las variables cuantitativas se realizaron medidas de tendencia central (media, mediana y moda), así como de dispersión desviación estándar, para las variables cualitativas se describieron en frecuencias y porcentajes.

Encontrándose los siguientes resultados:

### VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS 🏡

#### Edad:

De la variable edad, se tomaron 141 mujeres embarazadas con enfermedad hipertensiva del embarazo. La media de edad de mujeres embarazada con enfermedad hipertensiva del embarazo fue 26.65, mientras que la mediana fue de 26.00, y la moda de 22. Edad mínima de 19 años y máximo de 39 años. (ver tabla 1).

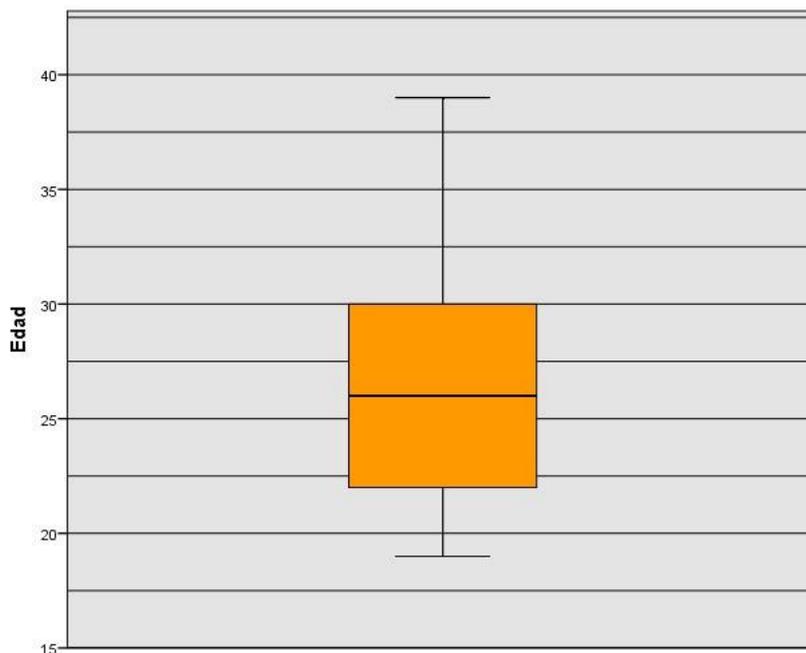
**Tabla 1.** Análisis estadístico de embarazadas con enfermedad hipertensiva del embarazo de la UMF No.92.

EDAD	
<b>Media</b>	26.5
<b>Mediana</b>	20.00
<b>Moda</b>	22

**Fuente:** Datos obtenidos de la hoja de recolección de datos en mujeres embarazadas derechohabientes de la unidad de medicina familiar No. 92 junio 2022

Se realizó la distribución de las edades, la gráfica 1 la edad mínima es de 19 años y máximo de 39 años, el mayor porcentaje de la población se centra entre 19 a 29 años. (Gráfica 1).

**Grafica 1.** Análisis estadístico de acuerdo a la edad de embarazadas con enfermedad hipertensiva del embarazo de la UMF No. 92.



**Fuente:** datos obtenidos de la Escala de depresión de Edimburgo para parto y posparto y la hoja de recolección de datos en mujeres embarazadas derechohabientes de la unidad de medicina familiar No. 92 junio 2022.

🏠 Estado civil:

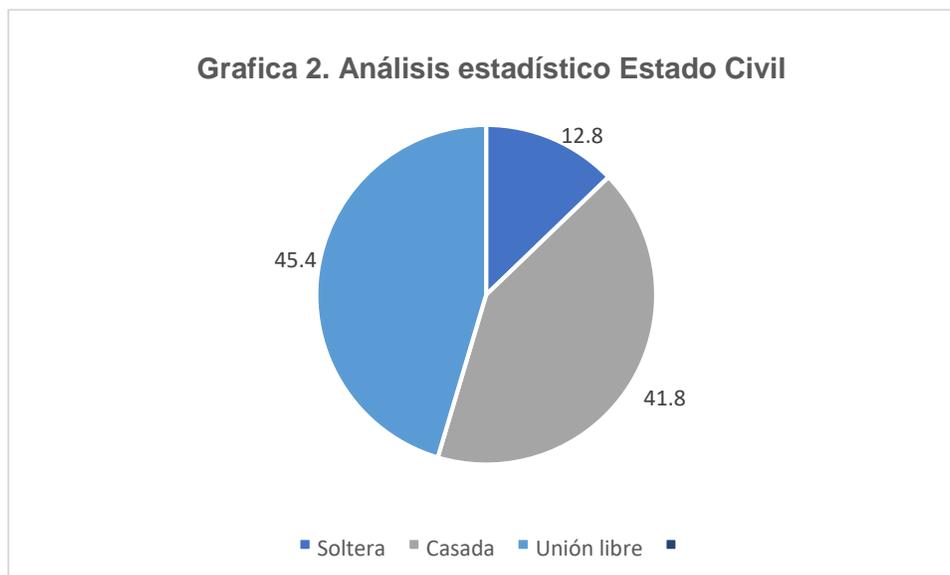
El mayor porcentaje de presentación se encontró en mujeres en unión libre 45.5% (N=65), mujeres casadas 41.8 (N=58), mujeres solteras 12.8% (N=18). (Tabla 2 y Grafica 2).

**Tabla 2.** Análisis estadístico de estado civil de mujeres con enfermedad hipertensiva del embarazo de la UMF No.92.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Soltera	18	12.8	12.8	12.8
Casada	59	41.8	41.8	54.6
Unión libre	64	45.4	45.4	100.0
Total	141	100.0	100.0	

**Fuente:** Datos obtenidos de la hoja de recolección de datos en mujeres con enfermedad hipertensiva del embarazo de la unidad de medicina familiar No. 92 junio 2022.

**Grafica 2.** Descripción estadística de la variable Estado Civil mujeres con enfermedad hipertensiva del embarazo de la UMF No. 92.



**Fuente:** Datos obtenidos de la hoja de recolección de datos en mujeres con enfermedad hipertensiva de la unidad de medicina familiar No. 92 junio 2022.

#### 🗨️ Ocupación:

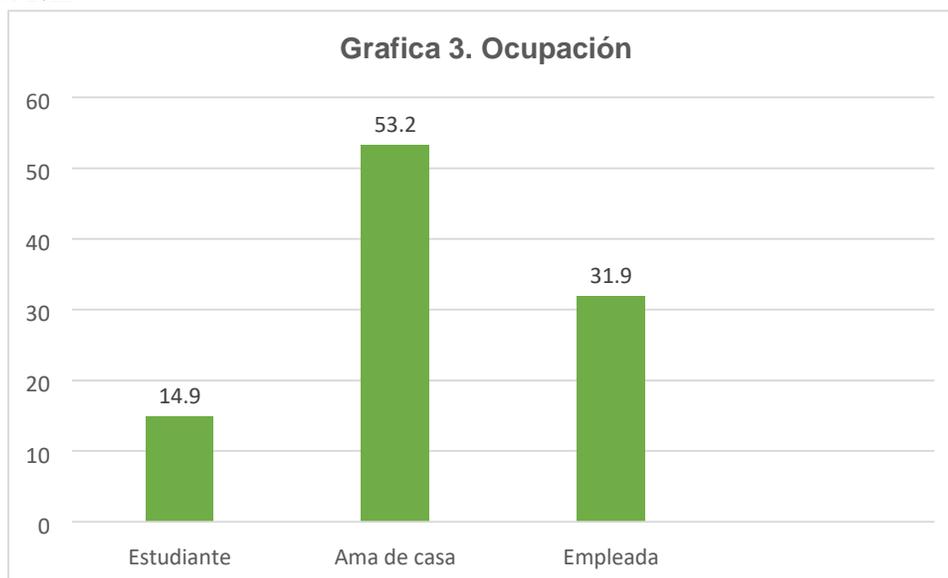
El mayor porcentaje de presentación se encontró en amas de casa 53.2% (N=75), empleadas 31.9% (N=45), estudiante 14.9%(N=21). (Tabla 3 y Grafica 3).

**Tabla 3.** Análisis estadístico de la variable ocupación en mujeres con enfermedad hipertensiva del embarazo de la UMF No.92, junio 2022.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Estudiante	21	14.9	14.9	14.9
Ama de casa	75	53.2	53.2	68.1
Empleada	45	31.9	31.9	100.0
Total	141	100.0	100.0	

**Fuente:** Datos obtenidos de la hoja de recolección de datos en mujeres con enfermedad hipertensiva del embarazo de la unidad de medicina familiar No. 92 junio 2022.

**Grafica 3.** Descripción estadística de la variable Ocupación en mujeres con enfermedad hipertensiva del embarazo de la UMF No. 92, junio 2022.



**Fuente:** Datos obtenidos de la hoja de recolección de datos en mujeres con enfermedad hipertensiva del embarazo de la unidad de medicina familiar No. 92 junio 2022.

🚦 Nivel educativo:

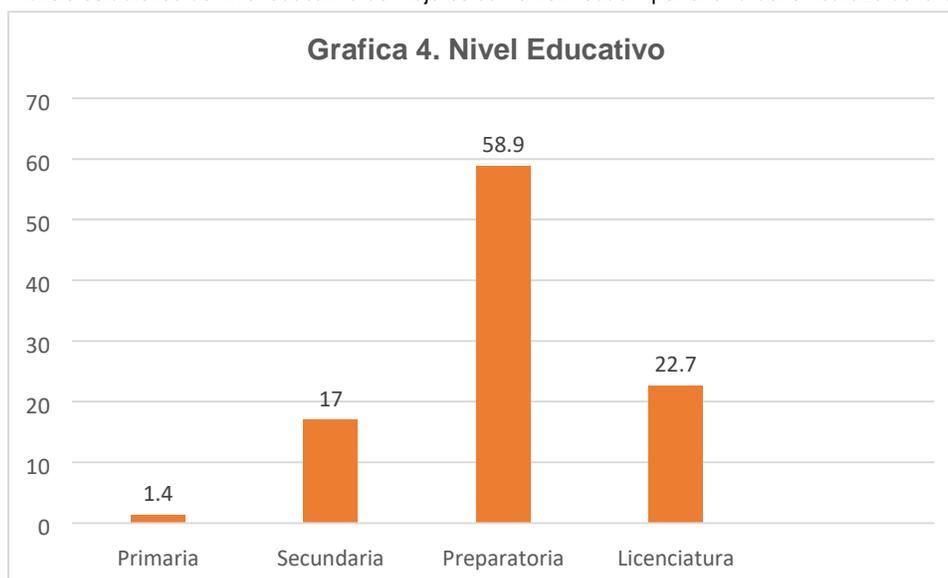
En el nivel educativo el mayor porcentaje de presentación se encontró en preparatoria 58.9% (N=83), licenciatura 22.7% (N=32), secundaria 17.0% (N=24), primaria 1.4%(N=2). (Tabla 4 y Grafica 4).

**Tabla 4.** Análisis estadístico de nivel educativo en mujeres con enfermedad hipertensiva del embarazo de la UMF No.92, junio 2022.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Primaria	2	1.4	1.4	1.4
Secundaria	24	17.0	17.0	18.4
Preparatoria	83	58.9	58.9	77.3
Licenciatura	32	22.7	22.7	100.0
Total	141	100.0	100.0	

**Fuente:** Datos obtenidos de la hoja de recolección de datos en mujeres con enfermedad hipertensiva del embarazo de la unidad de medicina familiar No. 92 junio 2022

**Grafica 4.** Análisis estadístico de nivel educativo de mujeres con enfermedad hipertensiva del embarazo de la UMF. No. 92.



**Fuente:** Datos obtenidos de la hoja de recolección de datos en mujeres con enfermedad hipertensiva del embarazo de la unidad de medicina familiar No. 92 junio 2022

## VARIABLES DE ESTUDIO

### Depresión:

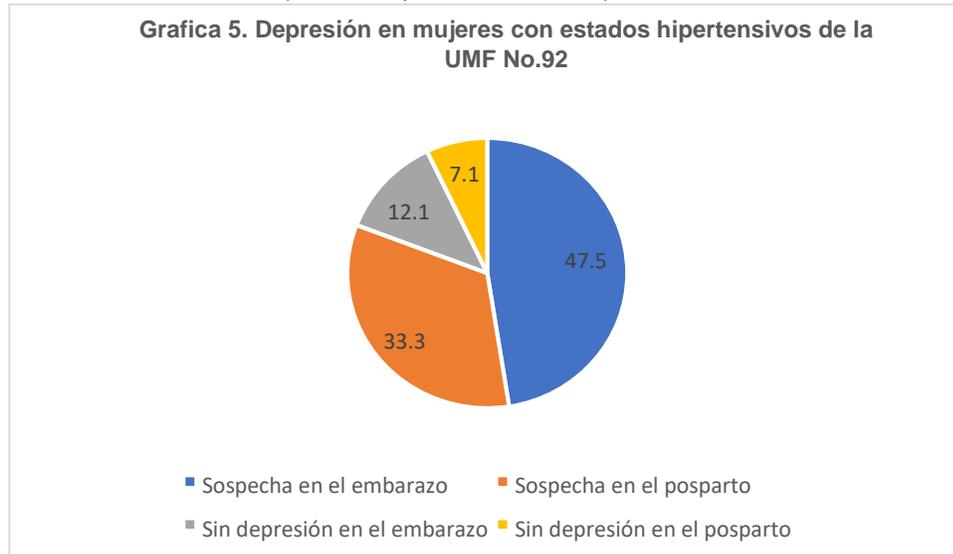
Los datos obtenidos del cuestionario de depresión de Edimburgo para parto y posparto sobre la población de estudio se muestran en la tabla 5. En relación a sospecha de depresión muestra un mayor porcentaje en mujeres que cursan con embarazo a partir de las 20 semanas 47.5% (N=67), sospecha de depresión en el posparto 32.6% (N=46), sin depresión durante el embarazo 12.1% (N=17), y en el posparto 7.1 (N=10). (Gráfica 5).

**Tabla 5.** Análisis estadístico de la variable depresión en mujeres con enfermedad hipertensiva del embarazo de la UMF.92

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sospecha en el embarazo	67	47.5	47.5	47.5
Sospecha en el posparto	47	33.3	33.3	80.9
Sin depresión en el embarazo	17	12.1	12.1	92.9
Sin depresión en el posparto	10	7.1	7.1	100.0
Total	141	100.0	100.0	

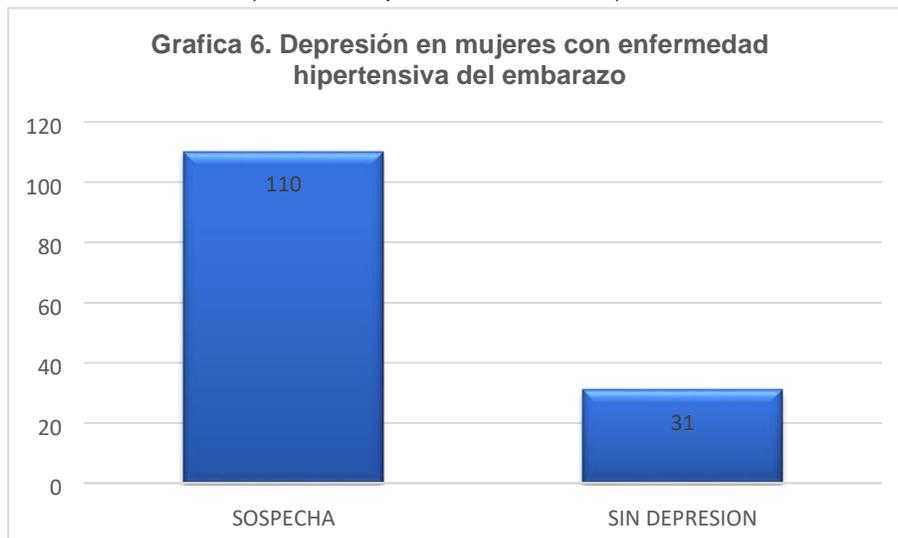
**Fuente:** Datos obtenidos de la escala de depresión de Edimburgo para Parto y Posparto, junio 2022.

**Tabla 5.** Análisis estadístico de la variable depresión en mujeres con enfermedad hipertensiva del embarazo de la UMF No.92, junio 2022.



**Fuente:** Datos obtenidos de la escala de depresión Edimburgo para Parto y Posparto, junio 2022.

**Fuente:** Análisis estadístico de Depresión en mujeres con enfermedad hipertensiva del embarazo de la UMF. 92.



**Fuente:** Datos obtenidos de la escala de depresión Edimburgo para Parto y Posparto, junio 2022.

En la gráfica 6 se observa sospecha de depresión en 110 mujeres con enfermedad hipertensiva del embarazo, y 31 mujeres con enfermedad hipertensiva del embarazo sin depresión. (Grafica 6).

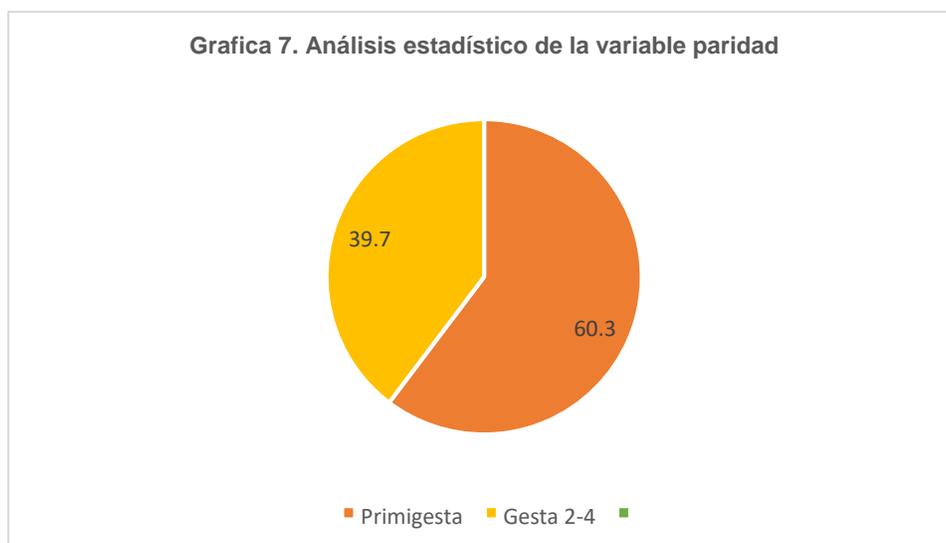
#### ✚ Paridad:

De acuerdo a los datos obtenidos de la hoja de recolección de datos de mujeres embarazadas con enfermedad hipertensiva de la UMF 92. Se observa que el grupo predominante de sospecha de depresión es en las primigestas 60.3% (N=85), gesta 2-4 39.7% (N=56). (Tabla 6 y Grafica 7).

**Tabla 6.** Análisis estadístico de la variable paridad en mujeres con enfermedad hipertensiva del embarazo de la UMF. 92

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Primigesta	85	60.3	60.3	60.3
Gesta 2-4	56	39.7	39.7	100.0
Total	141	100.0	100.0	

**Fuente:** Datos obtenidos de la hoja de recolección de datos de mujeres con enfermedad hipertensiva de la UMF 92.



**Fuente:** Datos obtenidos de la hoja de recolección de datos de mujeres embarazadas de la UMF.92.

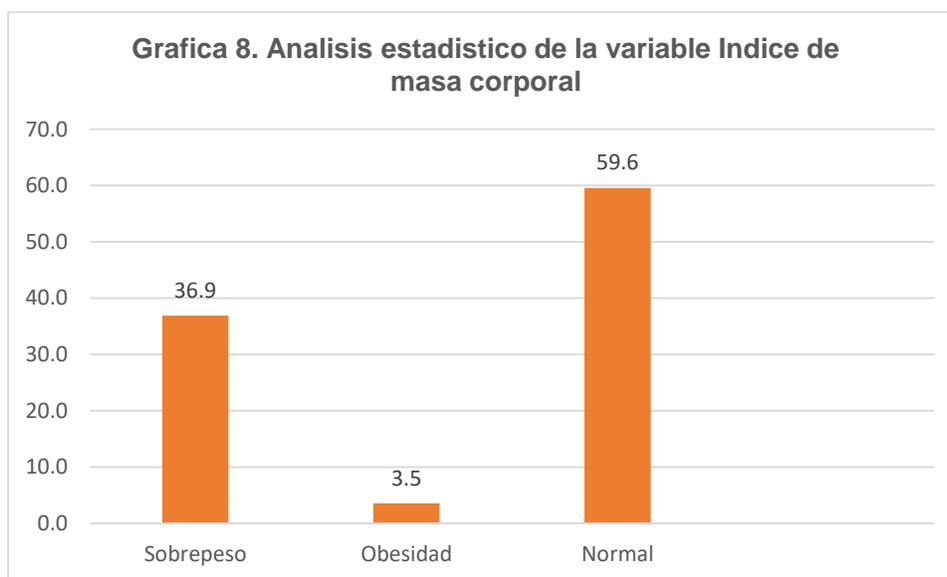
#### ✚ Índice de masa corporal (IMC):

De acuerdo a la información recabada en la hoja de recolección de datos de mujeres con enfermedad hipertensiva de la UMF.92 se observó mayor porcentaje de sospecha de depresión en mujeres con enfermedad hipertensiva del embarazo con un índice de masa corporal normal 59.6% (N=84), sospecha de depresión en mujeres con enfermedad hipertensiva del embarazo con sobrepeso 36.9% (N=52), sospecha de depresión en mujeres con enfermedad hipertensiva del embarazo que con obesidad 3.5% (N=5). (Tabla 7 y Grafica 8).

**Tabla 7.** Análisis estadístico del índice de masa Corporal en mujeres con enfermedad hipertensiva del embarazo de la UMF. 92.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sobrepeso	52	36.9	36.9	36.9
Obesidad	5	3.5	3.5	40.4
Normal	84	59.6	59.6	100.0
Total	141	100.0	100.0	

**Fuente:** Datos obtenidos de la hoja de recolección de datos de mujeres con enfermedad hipertensiva de la UMF. 92.



**Fuente:** Datos obtenidos de la hoja de recolección de datos de mujeres con enfermedad hipertensiva de la UMF. 92.

En la gráfica 8 se observa mayor porcentaje de sospecha de depresión en mujeres con enfermedad hipertensiva del embarazo en población con índice de masa corporal normal 59.6% (N=84).

## CHI-CUADRADA

Si la significación es menor de 0.05 indica que el modelo ayuda a explicar el evento, es decir, las variables independientes explican la variable dependiente. Como podemos ver en la tabla 8, la significación es 0.729, por lo cual en este estudio las variables independientes investigadas no influyen en la presencia de depresión.

**Tabla 8.** Variables de estudio. Prueba CHI<sup>2</sup> "Depresión en estados hipertensivos del embarazo de la UMF No.92"

	Chi cuadrado	gl	Sig.
Paso	3.615	6	.729
Bloque	3.615	6	.729
Modelo	3.615	6	.729

**Fuente:** Datos obtenidos de la hoja de recolección de datos de mujeres con enfermedad hipertensiva de la UMF 92.

## REGRESION LOGISTICA

La regresión logística es una de las técnicas estadístico indiferenciales mas empleadas, puede utilizarse como método descriptivo cuando se desea estudiar desde una perspectiva epidemiológica la aparición de un determinado evento en un grupo de individuos.

En esta investigación se seleccionó esta prueba ya que nos ayuda a valorar la contribución de diferentes factores en la ocurrencia de un evento simple. (Tabla 9).

**Tabla 9.** Variables de estudio. Prueba de regresión logística. "Depresión en mujeres con enfermedad hipertensiva del embarazo de la MF.92.

	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
	.233	.241	.936	1	.333	1.263
	-.366	.319	1.313	1	.252	.694
IMC	-.109	.350	.097	1	.756	.897
Estado Civil	-.298	.323	.851	1	.356	.742
Ocupación	.130	.451	.082	1	.774	1.138
Gesta	.017	.044	.144	1	.705	1.017
Edad	-.650	1.905	.117	1	.733	.522
Constante						

**Fuente:** Datos obtenidos de la hoja de recolección de datos de mujeres con enfermedad hipertensiva de la UMF No. 92. Variable(s) introducida(s) en el paso 1: IMC, Estado Civil, Ocupación, Escolaridad, Gesta, Edad.

Podemos observar que todas las variables tuvieron una significancia mayor a 0.05, por lo cual ninguna de ellas puede ser relacionada con la presencia de depresión en embarazadas con enfermedad hipertensiva.

## **XIX. DISCUSIÓN**

La depresión en el embarazo es un trastorno frecuente a nivel mundial el embarazo se considera un periodo vulnerable para adquirir o desarrollar trastornos mentales, es una afección de etiología multifactorial por lo que incluye cambios hormonales, psicosociales y ambientales, afecta del 15 al 25 % de las embarazadas.<sup>49</sup>

La Organización mundial de la salud define la depresión como un estado de tristeza persistente, pérdida del interés en situaciones que normalmente se disfrutaban e incapacidad para llevar a cabo actividades durante al menos dos semanas, se considera como la principal causa de discapacidad especialmente en las mujeres.<sup>50</sup>

En esta investigación el objetivo principal fue ver si existe depresión en mujeres con enfermedad hipertensiva del embarazo, para ello se incluyó a 141 mujeres con embarazo a partir de las 20 semanas de gestación o periodo posnatal y que con enfermedad hipertensiva derechohabientes de la UMF No.92 de las cuales se obtuvo una prevalencia de 47.5% (N=67) con sospecha de depresión durante el embarazo y 33.2% (N=46) con sospecha de depresión en mujeres que cursaron el periodo posnatal, es decir una mayor prevalencia de sospecha de depresión en mujeres que cursan con embarazo y una menor prevalencia en mujeres en el periodo posnatal. Valenzuela y cols, menciona que aproximadamente 10 -15 % de las mujeres desarrollan depresión durante el embarazo o periodo posnatal, siendo el trastorno psíquico más frecuente en el periodo posnatal, también hace referencia a que el 30% de las mujeres que cursan con embarazo presentan síntomas inespecíficos de depresión.<sup>48</sup>

Paredes y cols, mencionan que para algunas mujeres el periodo de embarazo puede incrementar la vulnerabilidad de enfermedades psiquiátricas como la depresión.<sup>50</sup>

En cuanto a la edad el mayor porcentaje de la aprobación de centra entre los 19 y 29 años de edad. Wedel hace mención al grupo etareo que presenta mayor frecuencia de depresión comprendido entre los 19, debido a que representa una crisis que se superpone con la propia de la etapa.<sup>52</sup>

Lagunas y cols, mencionan que el estrés laboral, ansiedad o depresión se asocian previamente con preeclamsia.<sup>53</sup> Pérez y cols hacen referencia a factores como nivel educativo, el desempleo y bajo estrato socioeconómico no son factores de gran impacto estadístico, sin embargo, pueden influir en la embarazada para la presencia de depresión durante y después del embarazo<sup>50</sup>.

Castro y cols, menciona que el ser ama de casa se relaciona con el aumento de 1.8 veces la posibilidad de estrés en comparación con las que trabajan fuera de casa.<sup>49</sup>

En la investigación realizada el mayor porcentaje de sospecha de depresión se encontró en amas de casa 53.2% (N=75), con actividad laboral 31.9% (45) y en un porcentaje inferior estudiantes 14.9% (N=21), estos son factores que no tienen gran relevancia estadística, sin embargo, influyen para la presencia de depresión en el embarazo o después del mismo.

Ovando y cols, hacen mención sobre las mujeres más expuestas algún trastorno psiquiátrico son las primigestas y en el posparto.<sup>54</sup> Lo que se encontró en la presente investigación fue una mayor prevalencia de sospecha de depresión en primigestas 60.3% (N=85), en un menor porcentaje se reportan las gestas de 2 a 4 39.7% (N=56).

Saiz menciona que la obesidad está relacionada con complicaciones durante la gestación como hipertensión gestacional y preclamsia, además de complicaciones fetales, distocia de hombros durante el parto y muerte del recién nacido, también menciona a la obesidad como factor de riesgo para estado de ánimo deprimido tanto en el embarazo como en el posparto.<sup>55</sup>

En esta investigación se observó un mayor porcentaje en mujeres con sobrepeso 36.9% (N=52), en mujeres con obesidad 3.5% (N=5), sin embargo, Saiz hace referencia sobre una mayor tasa de depresión en mujeres con índice de masa corporal aumentado previo al embarazo<sup>55</sup>.

Los factores de riesgo que se analizaron en este proyecto tiene poco impacto estadístico para desarrollar depresión, sin embargo, pueden llegar a tener impacto para desencadenarla durante y después del embarazo.

Paredes y cols los factores de riesgo más influyentes son el antecedente de aborto, la falta de planificación de embarazo, bajo nivel educativo de la embarazada y antecedente de violencia, mala situación económica, antecedentes personales psiquiátricos o psicológicos, ser ama de casa o edad mayor en la gestante.<sup>51</sup>

Lagunas menciona la asociación significativa de estrés, depresión, ansiedad y violencia son factores vinculados a preclamsia.<sup>50</sup>

Es probable que la influencia de depresión varíe de acuerdo al contexto de la vida de la embarazada, sin embargo, se deben incorporar acciones en los servicios de salud, encaminadas a detección de depresión en el embarazo o posparto en el primer nivel de atención, el cuestionario de Edimburgo es de utilidad, nos puede orientar sobre sospecha o no depresión en el embarazo o posparto, además de que es una herramienta autoaplicable, para implementar estrategias en la embarazada.

Paredes menciona sobre la intervención a través de la psicoterapia dado su buen impacto positivo en el ámbito materno-fetal y en el entorno familiar.<sup>50</sup>

El ejercicio aeróbico disminuye de manera importante los síntomas depresivos por lo que se recomienda practicarlo mientras sea posible, la asociación americana de ginecología recomienda realizar ejercicio arábico a toda paciente embarazada siempre y cuando no tenga actividad uterina, existen otras técnicas como la realización de yoga o masajes las cuales también pueden ser de utilidad sin embargo no existe gran evidencia.<sup>51</sup>

## XX. CONCLUSIONES

De acuerdo a los datos obtenidos en la investigación podemos observar que existe poca asociación entre los factores de riesgo estudiados para depresión en mujeres con enfermedad hipertensiva del embarazo, ya que estos tienen poco impacto estadístico sin embargo aun así pueden llegar a tener impacto sobre la mujer embarazada para desencadenar depresión, algunos otros factores como el estrés está relacionado con preeclampsia.

Se sabe que el embarazo es un estado de constante cambios tanto para la gestante como para la familia, tanto a nivel fisiológico como a nivel cognitivo, alguna mujer puede incrementar el periodo de vulnerabilidad de enfermedades psiquiátricas como la depresión.

La depresión durante el embarazo alcanza un 13%, la depresión antenatal afecta 8-11%, y se considera la segunda causa de incapacidad en las mujeres.<sup>50</sup> Es un tema poco estudiado en México lo cual ocasiona que se diagnostique y se trate de manera insuficiente, se considera que la aparición de un trastorno psiquiátrico es más frecuente durante el primer mes del posparto y en mujeres primíparas que en cualquier otro periodo de la vida, estos dos rubros son los más expuestos.<sup>51</sup>

Se deben realizar acciones encaminadas a la detección de depresión durante y después del embarazo mediante la evaluación psicosocial para determinar el estado de salud mental de la mujer e implementar apoyos y servicios adaptados de acuerdo a las necesidades de la mujer, es importante tener en cuenta los tipos de enfoque que existen.

- ✓ Mujeres con síntomas moderados a graves requieren de una evaluación mental, así como apoyo farmacológico, psicológico, psicosocial y redes de apoyo familiar.
- ✓ Mujeres con antecedente de enfermedad psiquiátrica requieren una evaluación de la salud mental antes y después del embarazo, redes de apoyo familiar.
- ✓ Mujeres que experimentan síntomas leves de depresión o ansiedad consejería psicosocial y redes de apoyo familiar, así como seguimiento para determinar la eficacia de dicho apoyo.
- ✓ Mujeres sin síntomas pero que tienen algún factor de riesgo significativo como la separación de la pareja, pueden beneficiarse de apoyo psicosocial continuo.

La herramienta que utilizamos para realizar esta investigación no nos orienta si se trata de un trastorno depresivo mayor o menor, solo, nos orienta sobre sospecha o no de depresión en el embarazo y posterior a este, sin embargo es importante realizar un cribado del estado de salud mental de la mujer, sobre todo si cuenta con la presencia de factores de riesgo psicosocial, ya que la depresión debe atenderse como un problema de salud integral y se debe tener en cuenta los factores biológicos y psicosociales que afectan a la embarazada, no solo para la detección temprana, si no para la referencia a segundo nivel en caso de ser requerido ya que un episodio no tratado de depresión en el embarazo es factor de riesgo para depresión posparto hasta un 50 a 65%.<sup>55</sup>

El suicidio materno supera a los trastornos hipertensivos y hemorrágicos como causa de mortalidad materna, por lo cual es importante realizar detección oportuna de sintomatología en el embarazo y posparto en el primer nivel de atención, derivación oportuna junto con el seguimiento del periodo perinatal, para contrarrestar los síntomas de la depresión sobre la madre y el recién nacido, y lograr disminuir los altos costos del sistema de salud de las depresiones no tratadas o con un abordaje diagnóstico no adecuado.

## XXI. RECOMENDACIONES

### PACIENTE

Entre las recomendaciones dadas por el colegio estadounidense de obstetras para el tratamiento de la depresión, hace referencia a que toda gestante sin contraindicaciones medicas debe de realizar ejercicio aeróbico durante el periodo perinatal ya que se ha evidenciado que el ejercicio aeróbico disminuye de manera importante la gravedad de los síntomas depresivos, también se recomienda la realización de técnicas de meditación como el yoga o masajes. Se recomienda la participación de los miembros de la familia en el cuidado de la mujer para tener una mejor comprensión sobre el embarazo, la paternidad y efectos positivos sobre la salud mental y emocional de la familia.

### MÉDICO

Los profesionales de la salud deben asegurarse de que el interrogatorio con la paciente sea de manera empática y dirigido hacia la evaluación de la mujer y esfera psicológica, el profesional de la salud debe saber identificar si se encuentra ante la sospecha de depresión para poder brindar un tratamiento adecuado, o en su caso de ser necesario referencia a segundo nivel de atención, la evaluación y el control psicológico no deben omitirse o aislarse de la consulta de control prenatal, dada las graves consecuencias para la madre y el recién nacido, así como los efectos negativos en el embarazo y la posibilidad de padecer depresión posparto.

### INSTITUTO

Ofrecer apoyo con el área de trabajo social y psicología en aquellas mujeres en las cuales detectemos factores de riesgo que podrían estar relacionados con la presencia de depresión durante y después del embarazo, con la finalidad de lograr intervenciones de manera temprana que logren contrarrestar los efectos de la depresión sobre la madre y su hijo en el posparto, al mismo tiempo se logra abatir los altos costos que se tiene en los sistemas de salud las depresiones no tratadas.

## XXII. REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. Hernández J, Barrera M. Manejo del trastorno depresivo: Tratamiento a elegir. Rev. Med.Risaralda.2021;27(1):85-91.
2. Yeguez M, et al. Depresión en embarazadas en el segundo trimestre de gestación y su impacto en la presión arterial. Revista de la facultad de ciencias de la salud.2017;17(1): 13-17.
3. Paredes J, Pérez N. Depresión en el embarazo. Revista colombiana de psiquiatría.2019;48(1):58-65.
4. Díaz R, et al. Depresión y ansiedad en embarazadas. Revista de la facultad de ciencias de la salud.2018;17(2):25-30,
5. Acosta J, et al. The prevalence of depression in pregnant women in a first level health institution.2017;12(4):25-29.
6. Rodriguez A, et al. Prevalence and factors associated with prenatal depression in a health institution. Rev enferm inst mex seguro soc.2017;25(3):181-8.
7. Toro C, et al. Depressive symptoms in a university population in Colombia: prevalence, related factors, and validation of two scores for screening. Rev chil neuro-psiquiat. 2018; 56 (1): 18-27.
8. Díaz K, et al. Prevalencia de síntomas depresivos e invarianza factorial de la escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos en población indígena mexicana. Biomédica. 2018; 38:134-47.
9. Lima A. Intervención educativa a cerca de factores de riesgo de hipertensión gestacional. Universidad de Ciencias Médicas Holguin. Policlínico Manuel Díaz Legra.2018.
10. Cupi I. Conocimiento y actitudes sobre los signos y síntomas de los trastornos hipertensivos en gestantes, Centro materno infantil "Ollanty" junio-julio 2017 Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina. 2017.
11. Guía de práctica Clínica. Diagnóstico y Detección de Enfermedades Hipertensivas en el Embarazo. México: secretaria de Salud 2010. Catalogo maestro guías de práctica clínica. 058-08.
12. Lezcano C. *et al.* Consideraciones y actualizaciones sobre definición, etiopatogenia y diagnóstico sobre los desórdenes hipertensivos del embarazo. Rev. med. electron. 2020; 41(5):1242-1255.
13. López G. et al. Preeclampsia. Pre-eclampsia. Rev bras gineco obstet. 2017;39:496512.

14. Amel A. Preeclampsia: A review of the pathogenesis and possible management strategies based on its pathophysiological derangements. *Taiwanese Journal of obstetrics y gynecology*. 2017;56(5):593-598.
15. Guía de práctica clínica. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la Preeclampsia en segundo y tercer nivel de atención, Instituto Mexicano del Seguro Social.2017. Catalogo maestro guías de práctica clínica. IMSS.020-08.
16. Antawi E, et al. Systematic review of prediction models for gestational hypertension and preeclampsia. *Plos One*. 2020; 14(4):1-24.
17. García B, et al. Trastornos hipertensivos durante el embarazo en gestantes del politécnico universitario "Santa Clara" 2015-2016. *Revista cubana de obstetricia y ginecología*. 2017;43(2):1-14.
18. Moncloa A, et al. Hipertensión en el embarazo. *Rev perú ginecol Obstet*.2018;64(2):191-196.
19. Valero L. Estados hipertensivos del embarazo. *Revista médica sinergia*.2017; 3(2)12-15.
20. Lapidus A, et al. Estados hipertensivos y embarazo. Consenso de obstetricia FASGO.2017:1-21.
21. Álvarez B, et al. Trastornos hipertensivos en el embarazo: repercusión a largo plazo en la salud cardiovascular de la mujer. *Hipertensión y riesgo vascular*.2017;34(2):85-92.
22. Salas B, Franciny M, Gabriela. Trastornos hipertensivos del embarazo: Comparación entre la guía de la caja costarricense del seguro social del 2009 y las recomendaciones de la asociación de ginecología y obstetricia del 2019.*Revista médica sinergia*.2020;7(5):1-15.
23. Guía de práctica clínica. Detección, Diagnóstico y Tratamiento de Enfermedades Hipertensivas del Embarazo. Guía de Evidencias y Recomendaciones: IMSS.2017.058-08.
24. Chimbo C, et al. Factores de riesgo y predictores de preclamsia: Una mirada al futuro. *Revista latinoamericana de hipertensión*.2018;13(1):1-7.
25. Guevara R, González M. Factores de riesgo de preclamsia, una actualización desde la medicina basada en evidencia. *Revista médica peruana de investigación materno infantil*.2019;1(8): 30-35.
26. Romero L, et al. Fisiopatología y riesgo materno fetal asociados a la preclamsia. *Revista científica mundo de la Investigación y el conocimiento*.2019;3:590-604.

27. Aizpurua G, Berri A. La donación asistida con donación de óvulos tiene mayor riesgo de complicaciones para madres e hijos. *Evid.Pediatr.*2017;13(30):1-4.
28. Suarez A, González E. Obesidad e hipertensión en el embarazo. *Nutrición hospitalaria.*2018;4(35):751-752.
29. Martins L, *et al.* Uterine vascular resistance and other maternal factors associated with the risk of developing hypertension during pregnancy. *Journal of medical and biological research.*2021;54(1):1-7.
30. Torres M, *et al.* Factores de riesgo psicosociales asociados a preclamsia en mujeres mexicanas: análisis comparado en tres estados. *Enfermería Universitaria.*2018;3(15):1-18.
31. Amel A, Sayed E. Preeclampsia: A review of the pathogenesis and posible managements strategies base don this pathophysiological derangement. *Tawanese journal of obsetrics gynecology.* 2017;56:593-598.
32. Villasmil E.*et al.* Clinical, biophysical and biochemical markers for preeclampsia prediction. *Rev Peru Ginecol Obste.*2017;63(2):228.
33. Cirkovic A, *et al.* Systematic review supports the role of DNA methylation in the pathophysiology of preeclampsia: a call for analytical and methodological standardization. *Cirkovic Biology of Sex Differences.*2020;11(36):1-17.
34. Yousif D, *et al.* Autonomic dysfuction in preeclampsia: A systematic Review. *Frontiers in neurology.*2019(10):1-17.
35. Nezul D, *et al.* Chronic hypertension: first trimestre blood pressure control and likelihood of severe hypertension, preclamsia, and samll for gestational age. *American journal of obstetrics gynecology.* 2017;50:218-235.
36. Malosso E, *et al.* Exercise during pregnancy and risk of gestational hypertensive disorders: a systematic review and meta-analysis. *Acta obstet gynecol scand.* 2017;96(8):921-931.
37. Hofmey G, *et al.* Calcium supplementation commencing beforeore arlyin pregnancy, for preventing hypertensive disorders of pregnancy. *Cochrane database of systematic reviews.*2019;9(9):1-42.
38. Magge L, Dadelszen P. Sate of the art diagnosis and treatment of hypertension in pregnancy. *mayo clinic Proc.* 2018;93(11):1664-1677.
39. Brown M, *et al.* Hypertensive Disorders of Pregnancy: ISSHP Classification, Diagnosis, and Management Recommendations for International Practice. *Hypertension.*2018;72(1):24-43.

40. Nardi B, et al. Depression in pregnancy: focus on the safety of antidepressant medications. *Recenti prog med.* 2018;109(9):432-442.
41. Yáñez C. Depresión en el embarazo lo que debemos saber cómo médicos de APS.2022;1-5.
42. Arias P. Validación ecuatoriana de la escala de depresión Edimburgo para Embarazo y posparto. Ecuador.2020.
43. Comisión Nacional de Bioética. Código de Númberg. Tribunal Internacional de Núremberg, 1947
44. Asociación Médica Mundial (AMM). Declaración de Helsinki de la AMM Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Helsinki, Finlandia: Asociación Médica Mundial; 1964 p. 1-9.
45. National institutes of health. Informe Belmont Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación. Estados Unidos: Bioeticaweb; 2003 p. 1-12.
46. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud. México: Secretaría General; 2014 p. 7-31.
47. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. México: Secretaria de Salud; 2013 p. 1-11.
48. Cámara de diputados del H. Congreso de la Unión. Ley general de protección de datos personales en posesión de sujetos obligados. México: Secretaría General; 2017 p. 1-10.
49. Castro A, et al. Factores psicosociales y obstétricos, asociados con depresión, ansiedad o estrés psicológico en embarazadas. *Ginecol obste mex.*2022;90(2):135.
50. Paredes J. et al. Depresión en el embarazo. *Rev colomb psiquiat.*2019;48(1):58-65.
51. Krauskopf V, Valenzuela Depresión perinatal: detección, diagnóstico y estrategias de tratamiento. *Rev. med. clin. condones.* 2020;31(2):140.
52. Wedel K, Depresión, ansiedad y disfunción familiar en el embarazo. *Revista médica sinergia.*2018;3(1):4.
53. Lagunas M, et al. Factores de riesgo psicosociales asociados a preeclamsia en mujeres mexicanas: Análisis comparado en tres estados. *Enfermería universitaria.*2018;15(3):228-241.
54. Ovando E, et al. Depresión antenatal y factores relacionados en mujeres primigestas y multigestas. *Perinatología y reproduc hum.*2020;34(1):3-12.

55. Rodríguez N. Riesgos y manejos de la obesidad materna en el embarazo parto y posparto inmediato. Colegio de enfermería Cantabria.2020:20-37.

## XXIII. ANEXOS

## INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

### UNIDAD DE EDUCACION, INVESTIGACION Y POLITICAS DE SALUD

#### ANEXOS 1

#### COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

Folio: \_\_\_\_\_



#### Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación (adultos)

Depresión en mujeres con estados hipertensivos del embarazo de la UMF No. 92

NO APLICA

ECATEPEC DE MORELOS ESTADO DE MEXICO, AÑO 2022

Pendiente

Nombre del estudio:

Patrocinador externo (si aplica):

Lugar y fecha:

Número de registro institucional:

Justificación y objetivo del estudio:

Procedimientos:

Le estamos invitando a participar en un protocolo de Investigación, que consiste en encontrar depresión en mujeres con estados hipertensivos del embarazo en derechohabientes de la UMF No.92.

Si usted acepta participar en este estudio se tomará sana distancia, se le otorgará alcohol-gel para el lavado y desinfección de manos, un cubrebocas en caso de no contar con él, le será entregado un bolígrafo para uso personal con el que podrá contestar los 2 cuestionarios, las preguntas realizadas cuentan con varias opciones de respuesta, usted deberá contestar cada una con lo que más se parezca a lo que siente. El primer cuestionario es para conocer la depresión, lo podrá resolver en un tiempo aproximado de 10 minutos y el segundo cuestionario es una ficha de recolección de datos, asociada a enfermedad hipertensiva del embarazo, deberá seleccionar la respuesta que sea más se parezca, el tiempo aproximado para contestarlo será de 10 minutos. Sin embargo, usted contará con el tiempo que necesite para contestar a las preguntas, en caso de alguna duda esta será resuelta por el investigador de forma inmediata.

Se realizará un estudio de riesgo mínimo lo que significa que solo requiere unos minutos para contestar los cuestionarios, de acuerdo a su percepción de cómo se sienta usted con respecto a los temas de depresión asociado a enfermedad hipertensiva del embarazo en derechohabientes de la unidad de medicina familiar número 92.

Posibles riesgos y molestias:

Al finalizar los cuestionarios se entregará una hoja con los resultados de sus pruebas para que su médico familiar, psicólogo o psiquiatra las evalúe, así mismo se le entregará un tríptico con información de depresión y enfermedad hipertensiva del embarazo el cual contiene información que le permitirá conocer las causas que pueden desencadenar sus síntomas, así como también en que momentos acudir por ayuda profesional, consejos para que pueda tener un mejor desempeño en las actividades que realiza todos los días, esta información le será explicada de forma individual. A nivel institucional esto ayudará a que los médicos de medicina familiar tengan un mejor desempeño laboral y menor afectación en su vida diaria. El personal de salud conocerá de manera más precisa los síntomas que afectan con mayor frecuencia a las personas con depresión y enfermedad hipertensiva del embarazo, y como es que disminuyen su calidad de vida para poder así emplear las medidas necesarias para ayudarlos a mejorar en ambos sentidos.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:

Información sobre resultados y El resultado final se entregará de forma individual al terminar de contestar el cuestionario, procurando las alternativas de tratamiento: confidencialidad de los datos de cada participante, al término de la evaluación de los resultados del estudio se comunicará sobre los resultados mediante un tríptico o a través de vía telefónica, invitándolos a recibir ayuda profesional por parte del servicio de psicología o psiquiatría.

Participación o retiro: Usted es libre de participar o no en el estudio. Durante la participación en esta investigación, nos comprometemos a responder cualquier duda o aclaración que usted tenga. Si en algún momento durante el proceso de su participación, decide que no quiere participar, será libre de retirarse, o no contestar el cuestionario o incluso de dejarlo inconcluso sin tener repercusiones hacia su persona o en su área laboral.

Privacidad y confidencialidad: Le aseguramos que los datos obtenidos serán manejados bajo estricta privacidad y confidencialidad. No se le identificará de forma personal, en ninguna publicación o presentación de la investigación. Ninguna

---

---

otra persona o institución tendrá acceso a esta información, ya que sus datos serán manejados exclusivamente por el investigador.

---

**Declaración de consentimiento:**

Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:

Si acepto participar en este estudio.

No acepto participar en este estudio.

No aplica

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes:

Beneficios al término del estudio:

Derivado de la información de esta investigación, los datos serán mostrados mediante un cartel en la UMF 92 con la finalidad de generar posibles estrategias de mejora y dar conocer los resultados de la investigación al personal médico. Los participantes que requieran ayuda sobre funcionalidad familiar o calidad de vida serán referidos a su médico familiar para dar seguimiento en su atención.

Investigadora o Investigador Viridiana Itzel Mier Rincon itzel\_rincom09@hotmail.com Teléfono: 4432454974 Responsable:

Colaboradores:

Dra. Devane Belem Vega Lucio miissmeactualiza13@gmail.com [Teléfono: 5540780537](tel:5540780537)

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité Local de Ética de Investigación en Salud del 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: [comité.eticainv@imss.gob.mx](mailto:comité.eticainv@imss.gob.mx) y/o al comité local de Ética 1401 con la Dra. Ana Laura Guerrero tel. 5524225428.

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

## ANEXO 2

### ESCALA DEPRESION DE EDIMBURGO PARA EMBARAZO Y POSPARTO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 92

Folio: \_\_\_\_\_

#### Investigación:

“Depresión en mujeres con estados hipertensivos del embarazo de la unidad de medicina familiar número 92” La escala depresión de Edimburgo para embarazo y posparto.

#### Instrucciones:

Como usted está embarazada o hace poco tuvo un bebé, me gustaría saber cómo se ha estado sintiendo. Por favor marque con una X el casillero con la respuesta que más se acerca de cómo se ha estado sintiendo en los últimos siete días.

Conducta	Alternativas	Puntaje
1. He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas.	<input type="checkbox"/> a) Tanto como siempre <input type="checkbox"/> b) No tanto ahora <input type="checkbox"/> c) Mucho menos ahora <input type="checkbox"/> d) No, nada	
2. He disfrutado mirar hacia adelante	<input type="checkbox"/> a) Tanto como siempre <input type="checkbox"/> b) Menos que antes <input type="checkbox"/> c) Mucho menos que antes <input type="checkbox"/> d) Casi nada	

<p>3. Cuando las cosas han salido mal me he culpado a mí misma innecesariamente.</p>	<p><input type="checkbox"/> a) No, nunca</p> <p><input type="checkbox"/> b) No, con mucha frecuencia</p> <p><input type="checkbox"/> c) Si, a veces</p> <p><input type="checkbox"/> d) Si, la mayor parte del tiempo</p>	
<p>4. He estado nerviosa o inquieta sin tener motivo.</p>	<p><input type="checkbox"/> a) No, nunca</p> <p><input type="checkbox"/> b) Casi nunca</p> <p><input type="checkbox"/> c) Si, a veces</p> <p><input type="checkbox"/> d) Si, con mucha frecuencia</p>	
<p>5. He sentido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo.</p>	<p><input type="checkbox"/> a) No, nunca</p> <p><input type="checkbox"/> b) No, no mucho</p> <p><input type="checkbox"/> c) Si, a veces</p> <p><input type="checkbox"/> d) Si, bastante</p>	
<p>6. Las cosas me han estado abrumando.</p>	<p><input type="checkbox"/> a) No, he estado haciendo las cosas también como siempre</p> <p><input type="checkbox"/> b) No, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien</p> <p><input type="checkbox"/> c) Si, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre</p> <p><input type="checkbox"/> d) Si, la mayor parte no he podido hacer las cosas en absoluto</p>	
<p>7. Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir.</p>	<p><input type="checkbox"/> a) No, nunca</p> <p><input type="checkbox"/> b) No, con mucha frecuencia</p> <p><input type="checkbox"/> c) Si, a veces</p>	

	(_) d) Si, la mayor parte del tiempo	
8. Me he sentido triste o desgraciada.	(_) a) No, nunca (_) b) No, con mucha frecuencia (_) c) Si, a veces (_) d) Si, la mayor parte del tiempo	
9. Me he sentido tan desdichada que he estado llorando.	(_) a) No, nunca (_) b) Solo ocasionalmente (_) c) Si, bastante a menudo (_) d) Si, la mayor parte del tiempo	
10. Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño.	(_) a) Nunca (_) b) Casi nunca (_) c) A veces (_) d) Si bastante a menudo	

PUNTAJE TOTAL

### ANEXO 3. HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS



#### DEPRESION EN MUJERES CON ESTADOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO DE LA UMF No.92

#### Instrucciones:

Lea con atención la siguiente lista, marque con una cruz si se cuenta con alguno de los siguientes factores de riesgo mencionados para enfermedad hipertensiva del embarazo.

Folio: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

#### Factores de riesgo obstétricos:

1. Gesta: Primigesta () gesta 2-4 ()
2. Antecedente de enfermedad hipertensiva del embarazo si () no ()
3. Índice de masa corporal: \_\_\_\_\_ Sobrepeso () Obesidad ()
4. Semanas de gestación: \_\_\_\_\_
5. Periodo posnatal: \_\_\_\_\_

#### Factores de riesgo sociodemográficos:

1. Edad ()
2. Estado civil: Soltera () Casada () Unión libre ()
3. Ocupación: Estudiante () Ama de casa () Empleada ()
4. Escolaridad: Primaria () Secundaria () Preparatoria () Licenciatura ()  
Ninguno ()

## ANEXO 4

### TRIPTICO ANVERSO

#### ¿QUE ES LA DEPRESION?

Se define como presencia de tristeza perdida de interés o placer, se acompaña de sentimiento de culpa o falta de autoestima. Durante el embarazo aumenta la vulnerabilidad en las mujeres de desarrollar depresión.



#### ◊ SINTOMAS

- ◊ Tristeza
- ◊ Pérdida del interés
- ◊ Trastorno del sueño
- ◊ Pérdida del apetito
- ◊ Sensación de cansancio o falta de concentración

#### ESTADOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO

Es una alteración muy común durante el embarazo, existen cinco tipos de alteraciones hipertensivas en el embarazo:

1. Hipertensión crónica
2. Preeclamsia agregada con hipertensión
3. Preeclamsia
4. Hipertensión gestacional
5. Síndrome de HELLP una variante de la preeclamsia

#### ¿ CUALES SON LOS SINTOMAS ?

Dolor de cabeza persistente  
Aumento de peso repentino  
Hinchazón de cara, manos y pies  
Visión doble o borrosa

INSTITUTO MEXICANO DEL  
SEGURO SOCIAL



#### DEPRESION EN ESTADOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO



UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 92

## REVERSO

### DEPRESION EN EL EMBRAZO

#### ¿QUE MEDIDAS DEBO TOMAR?

1. DESCANSA lo suficiente
2. Pasa mas tiempo con tu PAREJA
3. Evita provocarte ESTRÉS
4. Alimentación SALUDABLE
5. Busca APOYO
6. Mantén una rutina de ejercicio YOGA
7. MIMATE 



### SEÑALES DE ALARMA DURANTE EL EMBRAZO



- Dolor de cabeza constante
- Hinchazón de cara, manos, piernas y pies.
- Si ves lucécitas o borroso
- Zumbido de oídos
- Si el bebé no se mueve
- Si presentas sangrado vaginal.

**ACUDE INMEDIAMENTE A VALORACION URGECIAS**



UMF 92 IMSS  
CD. AZTECA



ELABORO: MIER RINCON VIRIDIANA ITZEL, MEDICO RESIDENTE DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR  
itzel\_rincon09@hotmail.com  
Tel. 4432454974

#### BIBLIOGRAFIA:

1. Hernández J, Barrera M. Manejo del trastorno depresivo ¿Qué tratamiento elegir? Rev. Med. Risaralda. 2021;27(1):85-91.
2. Moncloa A, et al. Hipertensión en el embarazo. Rev Peru Ginecol Obstet. 2018;64(2):191-196.