



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA  
DE SALUD



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

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO  
DIRECCIÓN DE FORMACIÓN, ACTUALIZACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIÓN

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN  
MEDICINA FAMILIAR

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN EN EL EMBARAZO Y  
PUERPERIO DE LAS MUJERES ADSCRITAS AL CENTRO DE SALUD DR.  
JOSÉ CASTRO VILLAGRANA, SSCDMX EN EL PERIODO 2023**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN SOCIOMÉDICA

PRESENTADO POR  
CINTHIA DE GAONA CHÁVEZ

PARA OBTENER EL GRADO EN ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

DIRECTORA DE TESIS  
DRA. CONSUELO GONZÁLEZ SALINAS

2021-2024



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.



**FORMATO DE REGISTRO DE PROTOCOLOS DE MÉDICOS RESIDENTES DE LA SECRETARÍA DE SALUD  
CON RIESGO MÍNIMO Y MENOR QUE EL MÍNIMO**

**Instructivo:**

Este formato se fundamenta en la normatividad vigente en materia de investigación para la salud. Para ingresar la información posicione el cursor en la celda o espacio inferior requerido década apartado, se solicita el mismo tipo de letra, con espaciado sencillo y usar mayúsculas y minúsculas.

I. Ficha de identificación													
Título del proyecto de investigación													
<b>"Factores de riesgo asociados a la Depresión en el embarazo y puerperio en mujeres adscritas al Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana, SSCDMX en el periodo 2023."</b>													
INVESTIGADORES PARTICIPANTES				INSTITUCIÓN/ESPECIALIDAD									
Nombre del investigador principal ( <i>médico residente</i> ) <b>De Gaona Chávez Cynthia</b>				Secretaría de Salud de la Ciudad de México/ UNAM Medicina Familiar									
Nombre del Investigador Asociado, en caso de existir													
Nombre del Profesor Titular de la Especialidad <b>Dra. Consuelo González Salinas</b>				Secretaría de Salud de la Ciudad de México/ UNAM Medicina Familiar									
Domicilio y teléfono del investigador principal Tezoquipa 114, DEP 302, colonia la Joya, Tlalpan, CP 14090													
Correo electrónico del investigador principal cindirelladec11@hotmail.com / degaonacynthia711@gmail.com													
Unidad(es) operativa(s) dónde se realizará el estudio Centro De Salud TIII Dr. José Castro Villagrana													
II. Servicio dónde se realizará el estudio													
<input checked="" type="checkbox"/>	Medicina	<input type="checkbox"/>	Odontología	<input type="checkbox"/>	Nutrición	<input type="checkbox"/>	Administración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	Enfermería	<input type="checkbox"/>	Psicología	<input type="checkbox"/>	Trabajo Social	<input type="checkbox"/>	Otra(especifique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
III. Área de especialidad donde se realizará el estudio													
<input type="checkbox"/>	Anestesiología	<input type="checkbox"/>	Medicina Interna	<input type="checkbox"/>	Medicina de Urgencias	<input type="checkbox"/>	Dermatopatología	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	Cirugía General	<input checked="" type="checkbox"/>	Medicina Familiar	<input type="checkbox"/>	Cirugía Pediátrica	<input type="checkbox"/>	Medicina Crítica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	Ginecología y Obstetricia	<input type="checkbox"/>	Ortopedia	<input type="checkbox"/>	Cirugía Plástica y Reconstructiva	<input type="checkbox"/>	Medicina Legal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	Pediatría	<input type="checkbox"/>	Dermatología	<input type="checkbox"/>	Otra(especifique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
IV. Periodo de estudio													
DEL		0	6	0	7	2	AL	0	1	0	8	2	3
		Día		Mes		Año		Día		Mes		Año	
V. Datos de validación													
Jefe de Enseñanza e Investigación				Nombre				Firma					
Dra. Patricia Flores Huitron													
Director de la Unidad Operativa				Dra. Jaqueline Beatriz Roo Prato									
Director de Tesis				Dr. Jesús Aurelio Cruz Martínez									
ESPACIO PARA SER LLENADO POR EL PRESIDENTE DEL COMITÉ DE ENSEÑANZA, CAPACITACIÓN, INVESTIGACIÓN Y ÉTICA													
Aprobación y registro													
Fecha de recepción				Fecha de aprobación									
Día Mes Año				Día Mes Año									
Presentes en sesión de trabajo, los miembros del Comité de Enseñanza, Capacitación, Investigación y Ética perteneciente al Hospital _____ de la Secretaría de Salud de la CDMX, aprueban por consenso la evaluación del protocolo que se indica.													
Nombre del presidente						Firma							
Comité de Enseñanza, Capacitación, Investigación y Ética del Hospital _____													
Dictamen													
Aprobado ( )													
Condicionado (Hacer correcciones y volver a presentar) ( )													
No aprobado ( )													
Fecha de registro				Código de registro									
Día Mes Año				6 3 4 1 0 1 0 3 2 3				Unidad Clave Número Año					

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN  
EN EL EMBARAZO Y PUERPERIO DE LAS MUJERES  
ADSCRITAS AL CENTRO DE SALUD DR. JOSÉ CASTRO  
VILLAGRANA, SSCDMX EN EL PERIODO 2023**

Cinthia De Gaona Chávez



---

Dra. Consuelo González Salinas



---

Profesora Titular del Curso de Especialización  
De Medicina Familiar Centro de Salud TIII  
Dr. José Castro Villagrana  
Secretaría de Salud de la Ciudad de México

Dra. Julieta Ivone Castro Romero



SECRETARÍA DE SALUD DE LA  
Subdirectora de **Formación y**  
Actualización Médica  
SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO  
INVESTIGACIÓN

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN EN EL EMBARAZO Y  
PUERPERIO DE LAS MUJERES ADSCRITAS AL CENTRO DE SALUD DR. JOSÉ  
CASTRO VILLAGRANA, SSCDMX EN EL PERIODO 2023.**

Cinthia De Gaona Chávez



---

Dra. Consuelo González Salinas



---

Directora de Tesis  
Profesora Titular del Curso de  
Especialización de Medicina Familiar  
Centro de Salud TIII Dr. José Castro Villagrana  
Secretaría de Salud de la Ciudad de México

Dr. Jesús Aurelio Cruz Martínez



---

Asesor de Tesis  
Profesor Adjunto de Especialización de  
Medicina Familiar  
Centro de Salud TIII Dr. José Castro Villagrana  
Secretaría de Salud de la Ciudad de México

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN EN EL EMBARAZO Y  
PUERPERIO DE LAS MUJERES ADSCRITAS AL CENTRO DE SALUD DR. JOSÉ  
CASTRO VILLAGRANA, SSCDMX EN EL PERIODO 2023.**

Cinthia De Gaona Chávez



---

AUTORIDADES DE LA SUBDIRECCIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO


Dr. Javier Santacruz Varela



---

Jefe de la Subdivisión de Medicina Familiar  
División de Estudio de Posgrados  
Facultad de Medicina, UNAM

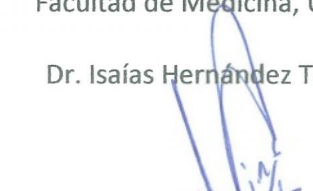
Dr. Geovani López Ortiz



---

Coordinador de Investigación Subdivisión de Medicina Familiar  
División de Estudios de Posgrado  
Facultad de Medicina, UNAM

Dr. Isaías Hernández Torres



---

Coordinador de Docencia  
Subdivisión de Medicina Familiar  
División de Estudios de Posgrado  
Facultad de Medicina, UNAM

## Dedicatorias

Este trabajo de investigación quiero dedicarlo a una persona que me apoyo durante estos tres consejos, antes momentos difíciles y darme la oportunidad de ser parte de sus residentes a la Dra. Consuelo González Salinas por ser un gran médico y ser humano.

Dedico esta tesis, a mis padres Rafaela y Mariano Jerónimo por estar conmigo, contando con su apoyo durante estos años de formación de médico.

Mis hermanos Rossy y Jesús por estar presentes en esta nueva etapa de mi vida, por el apoyo y la confianza, para salir adelante continuar con la especialidad en Medicina Familiar.

gradecer a mi madrina Carmen, que siempre me apoyado y ha estado en mis momentos de triunfos a lo largo de esta vida, por sus consejos.

Mi tío Conrado por su apoyo, sus consejos y siempre estar presente en mi vida.

mis compañeros y amigos, que me apoyaron, por estar ahí en mis momentos de felicidad, tristeza, por sus palabras de aliento para seguir adelante, durante estos 3 años.

A los dos Ángeles que están en el cielo, mi abuelita paterna Leonila Castillo y mi abuelo materno Juan Ángeles, que me cuidan desde el cielo, sé que están orgullosos de mí.

## Agradecimientos

Primero que nada, quiero darle las gracias a la doctora Consuelo González Salinas, coordinadora de la especialidad de medicina familiar, darle las gracias, por darme la oportunidad de ser parte de una de sus generaciones de residentes, por darme consejos, y no dejarme rendirme en situaciones difíciles. Por el conocimiento que me otorgo durante estos tres años.

Una de las palabras que siempre tendré en mi mente presente, que la doctora me ayudo a entender durante estos tres años y su significado.

***“Resiliencia: es una ventaja que se apoya en superar y adaptarse a instantes adversos, con la confianza de que saldrás adelante pese a todo”***

***MIL GRACIAS DRA. CONSUELO GONZÁLEZ SALINAS POR TODO.***

Gracias a todos los médicos que fueron parte de mi formación durante estos tres años, por su enseñanza, consejos.

Dar las gracias a las autoridades del centro de salud Dr. José castro Villagra, por la autorización y apoyo a todas las pacientes que aceptaron ser parte de este estudio.

Quiero dar gracias a mis padres por ser la persona que soy, por apoyarme en ser el médico que soy, el estar siempre en mi vida para darme consejos, guiarme en momentos difíciles.

Gracias a Dios, por todo lo que has hecho por mí, por toda la gente que me apuesto en mi camino para seguir creciendo en lo profesional.

***“Dichoso el que estudia para aprender, el que estudia para enseñar, pero más el que lo hace para CURAR.”***



## ÍNDICE

<b>Resumen</b> .....	1
<b>Abstract</b> .....	2
<b>I. Introducción</b> .....	3
<b>II. Marco Teórico</b> .....	4
2.1 Antecedentes.....	4
2.2. Planteamiento del Problema.....	16
2.3. Justificación.....	17
2.4. Objetivos.....	18
2.4.1. Objetivo General.....	18
2.4.2. Objetivo Especificos.....	18
2.5. Hipótesis.....	19
<b>III. Material y Métodos</b> .....	19
3.1 Tipo de estudio.....	19
3.2. Diseño de la Investigación.....	19
3.3. Población, lugar y tiempo.....	20
3.4. Muestra.....	20
3.5. Criterios de inclusión, no Inclusión, eliminación.....	20
3.6. Variables.....	20
3.6.1 Definición Conceptual de la variable y la operación.....	20
3.6.2. Definición Operacional de las variables.....	22
3.7. Instrumento de Recolección de datos.....	23
3.8. Método de Recolección de datos.....	23
3.9. Procedimiento estadístico.....	23
3.9.1. Diseño y Construcción de base de datos.....	23
3.10. Análisis estadístico.....	24
3.11. Recursos humanos, materiales, Recursos Físicos, financiamiento del estudio.....	24
3.12. Consideraciones Éticas.....	24
<b>IV. Resultados</b> .....	28
<b>V. Discusión</b> .....	32
<b>VI. Conclusiones</b> .....	34
<b>VII. Bibliografía</b> .....	35
<b>VIII. Anexos</b> .....	36

## RESUMEN

Factores de riesgo asociados a la Depresión en el embarazo y puerperio de las mujeres adscritas al Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana, SSCDMX en el periodo 2023.

**Autores; De Gaona CH. C, Gonzalez SC, Cruz MAJ.**

**Antecedentes:** la definición de depresión perinatal se refiere a la depresión que se desarrolla durante cualquier etapa del embarazo hasta 12 meses después del parto. epidemiología Se estima que en México, en 2020, la presencia de depresión en el embarazo es una de las segundas causas de discapacidad, teniendo una prevalencia del 10 al 25%, junto con el estrés a condiciones biopsicologicas, afectando el binomio materno. - niño y se asocia con parto prematuro, bajo peso al nacer, preeclampsia, tristeza, conflictos familiares, sociales y laborales. **Objetivo general:** El objetivo de este trabajo es relacionar los factores de riesgo con la presencia de síntomas depresivos en el embarazo y el puerperio en mujeres que acuden al Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana en el periodo junio-julio del 2023.

**Material y métodos:** es un estudio observacional descriptivo transversal, no probabilístico, por conveniencia (50 mujeres embarazadas y en posparto), se reclutaron mujeres en cualquier trimestre del embarazo y en la etapa posparto, que acudieron al Hospital Dr. José Castro Villagrana. durante los meses de junio y julio de 2023 obtuvieron 28 etapas prenatales y 22 etapas posparto. Criterios de inclusión: todas las mujeres de cualquier trimestre de embarazo y etapa del puerperio. No inclusión: pacientes con antecedentes de depresión u otra patología psiquiátrica, mujeres no embarazadas. Eliminaciones los pacientes que no respondan adecuadamente la escala no firman el consentimiento informado. Variables: edad, estado civil, educación, ocupación, embarazo no deseado, núm. Embarazo, abortos, semanas de gestación, atención prenatal, antecedentes de depresión, consumo de sustancias, violencia familiar, miedo al parto, depresión.

**Resultados:** Se obtuvo una edad de 18 a 21 años, frecuencia de edad de 21 (42%), predominando el estado civil siendo unión libre en ambos con un porcentaje de 34 (68%), nivel educativo medio (40% ), seguido del nivel básico (38%), la ocupación predominante fue el hogar con una frecuencia de 30 (60%). Riesgos biológicos (ginecológico-obstétricos, las variables con correlación significativa son el número de embarazos ( $p=0.0378$ ) y las semanas de gestación con un rango de 36 a 40 ( $p=0.0456$ ). Mientras que las demás variables estudiadas no existe correlación significativa. correlación.

**Conclusiones:** A partir de estos resultados se pudo construir un perfil de mujeres en estas etapas con síntomas depresivos, teniendo el rango de edad de 25 a 46 años, con estado civil de unión libre, ocupación del hogar, semanas de gestación y número de gestación. Debido al resultado obtenido se sugiere continuar con la aplicación del instrumento de Edimburgo a todas las pacientes que acuden para control de embarazo ya que es un instrumento de tamizaje corto y de fácil aplicación.

**Palabras clave:** puerperio, embarazo, semanas, gestación, deseado, control, violencia, miedo, sustancia, consumo.

## ABSTRA

### **Risk factors associated with depression in pregnancy and postpartum of women assigned to the Dr. José castro Villagrana, SSCDMX health center in the period 2023**

**Autores; De Gaona CH. C, Gonzalez SC, Cruz MAJ.**

**Background:** definition perinatal depression refers to depression that develops during any stage of pregnancy up to 12 months after childbirth. epidemiology It is estimated that in Mexico, in 2020, the presence of depression in pregnancy is one of the second causes of disability, having a prevalence of 10 to 25%, along with stress to biopsychological conditions, affecting the mother binomial. - child and is associated with preterm birth, low birth weight, preeclampsia, sadness, family, social and work conflicts. **General objective:** The objective of this work is to relate risk factors to the presence of depressive symptoms in pregnancy and the postpartum period in women who attend the Dr. José Castro Villagrana Health Center in the period June-July 2023.

**Material and methods:** it is a cross-sectional descriptive observational study, non-probabilistic, for convenience (50 pregnant and postpartum women), they recruited women in any trimester of pregnancy and in the postpartum stage, who attended the Dr. José Castro Villagrana during the months of June and July 2023 obtained 28 prenatal stages and 22 postpartum stages. Inclusion criteria: all women of any trimester of pregnancy and stage of the postpartum period. No inclusion: patients with a history of depression or other psychiatric pathology, non-pregnant women. Eliminations patients who do not answer the scale adequately do not sign the informed consent. Variables: age, marital status, education, occupation, unwanted pregnancy, no. Pregnancy, abortions, weeks of gestation, prenatal care, history of depression, substance use, family violence, fear of labor, depression.

**Results:** An age of 18 to 21 years was obtained, frequency of age of 21 (42%), with marital status that predominates being a free union in both with a percentage of 34 (68%), middle level education level (40%), followed by basic level (38%), the predominant occupation was home with a frequency of 30 (60%). Biological risks (gynecological-obstetrics, the variables with a significant correlation are the number of pregnancies ( $p=0.0378$ ) and the weeks of gestation with a range of 36 to 40 ( $p=0.0456$ ). While the other variables studied, there is no significant correlation.

**Conclusions:** Based on these results, it was possible to build a profile of women in these stages with depressive symptoms, having the age range of 25 to 46 years, with a marital status of common law, household occupation, weeks of gestation and number of gestation. Due to the result obtained, it is suggested to continue with the application of the Edinburgh instrument to all patients who come for pregnancy control since it is a short screening instrument that is easy to apply.

## **I. Introducción**

La depresión en el embarazo es reconocida mundialmente como un problema importante de salud pública por su frecuencia y consecuencias negativas sobre la salud y bienestar de la madre y de las y los infantes.

El aumento de depresión hoy en día, afectando a toda la población, tanto hombres y mujeres, de diversas edades. Ya que en el aumento en estos años se ha identificado más por la pandemia que se ha vivido, a nivel mundial.

Existen varios factores que están relacionados con la depresión en etapa del embarazo y el puerperio como son los sociodemográficos, psicológicos, e incluso los socioeconómicos, incluyendo también factores hormonales que viven desde que inicia su embarazo, hasta el estrés y miedo que presentan antes de la resolución del embarazo.

Diversos estudios indican que la depresión es prevenible, detectable y tratable por lo que es posible minimizar sus efectos negativos a corto y largo plazo; sin embargo, uno de los principales desafíos es la falta de detección y tratamiento oportuno. A pesar de la existencia de tratamiento psicológico y farmacéutico para depresión moderada y severa, sigue existiendo aumento de casos a nivel mundial.

Si se logran identificar síntomas iniciales de depresión en la mujer en cualquier etapa del embarazo y en etapa del puerperio se podrá iniciar un tratamiento oportuno, y de esta forma prevenir complicaciones emocionales como el riesgo de suicidio, abandono del recién nacido, e incluso la afectación en su entorno familiar.

Existen varias herramientas para la detección de síntomas depresivos, en la población, En el presente estudio se pretende identificar síntomas depresivos en la mujer embarazada y en la etapa del puerperio a través de la escala de Edimburgo, la cual está validada, asido utilizada para la etapa del embarazo y del puerperio.

## **II. Marco Teórico**

### **2.1. Antecedentes**

#### **Depresión en embarazo y puerperio**

##### **Historia**

En los tiempos prehistóricos, las causas de los trastornos mentales, estaba la creencia universal de fenómenos sobrenaturales, especialmente en la influencia de los espíritus. El sistema mágico religioso que influye en los métodos curativos primitivos, puede considerarse como un intento de introducir racionalidad y de satisfacer necesidades socialmente esperadas de la experiencia psicológica del hombre primitivo.

La depresión es casi la única alteración mental descrita claramente en la literatura poética y médica desde la antigüedad hasta nuestros días. Homero, Plutarco, Hipócrates y Areteo la describieron tan claramente como cualquier observador moderno y no solo la describieron, sino que la distinguieron de entre otras alteraciones mentales, puntualizaron sus características y sugirieron esquemas razonables de tratamiento para esa época<sup>1</sup>.

Durante el período de la Edad Media, un largo período de oscurantismo invadió la Psiquiatría, predominando la creencia general de fuerzas sobrenaturales, demonología, pecado, etc., más existieron quienes rechazaban a estas ideas y retomaron los conocimientos acumulados con anterioridad.<sup>1</sup>

La descripción del término depresivo proviene del latín depressio que significa agobio, encogimiento o desanimo. El concepto se remota a la antigua Grecia cuando Hipócrates en el siglo IV A.C. Se realizó la primera descripción de los trastornos mentales después del parto para referirse a la etapa donde las mujeres experimentales situaciones que dificultan su adaptación a los procesos de maternidad. Según Brocington, el concepto de depresión fue utilizado inicialmente en la literatura médica en el siglo XI D.C. por la escritora italiana Trota de Salerno en su libro De Passionibus Mulierum Curandarum, donde describe que si el útero está muy húmedo, el cerebro se llena de agua y la humedad cae hacia los ojos, forzándoles involuntariamente a derramar lágrimas.

En el transcurso del siglo XX el psiquiatra Brice Masterman Pitt, realizó la primera descripción detallada del concepto de depresión postparto (DPP), empleando el vocablo de depresión "atípica" para hacer alusión a esta, basándose en la ansiedad y otras alteraciones afectivas (sucesos reiterativos, espontáneos e inmanejables de llantos, risa, confusión y baja autoestima).<sup>2</sup>

## Definición

La depresión se define como una alteración mental del estado de ánimo, caracterizada por un descenso del humor que termina en tristeza, acompañado de diversos síntomas y signos que persisten por lo menos 2 semanas. Con frecuencia tiende a manifestarse en cualquier etapa del ciclo vital y con varios episodios adquiriendo un curso recurrente, con tendencia a la recuperación entre episodios que afecta a todas las edades.

La definición de depresión que otorga el DSM-V, se caracteriza por más de 5 síntomas presente durante el mismo periodo de dos semanas, como es cambio del estado de ánimo, pérdida de interés o placer al realizar actividades cotidianas, estado de tristeza.<sup>3,12</sup>

La depresión y sus características de acuerdo a las edades como los niños y adolescentes, se manifiestan por dificultad para identificar sus emociones y sentimientos, se caracterizan por tristeza, retraimiento o irritabilidad.

En el adulto, la depresión algunas veces presenta una causa aparente y otras no, el estado de ánimo depresivo puede surgir como reacción ante una enfermedad física, fallecimiento de un ser querido, el estar sometido a estrés, con una sobrecarga continua de trabajo, problemas económicos, los síntomas son menos agudos y de corta duración.

El adulto mayor presenta mayores síntomas melancólicos, con más probabilidades que la gente joven para presentar ideas delirantes del tipo de culpabilidad, nihilismo, el suicidio está muy ligado en esta época con la depresión geriátrica.<sup>5</sup>

La depresión perinatal se refiere a aquella que se desarrolla durante cualquier etapa del embarazo hasta 12 meses posterior al parto. Posee características similares a los cuadros depresivos que se presentan en otras etapas del ciclo vital, pero difiere en las consecuencias emocionales que puede tener no sobre la madre sino también sobre el hijo, sobre el apego y sobre el vínculo madre/hijo que se establece.<sup>4</sup>

Hay una mención en el manual de DSM-V, donde se refiere a la definición de peri-parto, especificando se puede aplicar al episodio actual de depresión mayor más reciente, si los síntomas del estado de ánimo se producen durante el embarazo o las cuatro semanas después del parto, también el DSM-V hace referencia en estudios prospectivos han demostrado que los síntomas de estado de ánimo y de ansiedad durante el embarazo, así como el desánimo puerperal aumentan el riesgo de un episodio de depresión mayor después del parto.

La literatura menciona que las pacientes que presentan un episodio depresivo en el embarazo tienen 50 % de probabilidades de desarrollar depresión postparto.

El puerperio o periodo post-parto se define como un periodo posterior al parto que lleva de 6 semanas aproximadamente, que es el tiempo de adaptación después del parto se revierten los cambios anatómicos, fisiológicos y el cuerpo de la madre regresa a su estado previo del embarazo.<sup>4,12,13</sup>

## Panorama Epidemiológico

Se estima que el 2021 el 3,8% de la población experimenta depresión, incluido el 5% de los adultos (4% entre los hombres y el 6% entre las mujeres) y el 5,7% de los adultos mayores de 60 años. A nivel mundial, aproximadamente 280 millones de personas sufren depresión.<sup>1</sup>

La secretaria de Salud de México estima un total de 3.6 millones de personas adultas padecen depresión, de ellas, 1% son casos severos, revela un estudio realizado en 2021 por los Servicios de Atención Psiquiátrica (SAP) de la Secretaría de Salud.

Se estima que la depresión es aproximadamente un 50% más frecuente entre las mujeres que entre los hombres. De igual forma otros países mencionan que es más común que es que la mujer desarrolle depresión en comparación con los hombres, con prevalencias 10.4% y 5.4% respectivamente, existiendo una gran brecha más amplia en el periodo reproductivo.<sup>7</sup>

En cuanto la depresión posnatal, su prevalencia en los países con alto ingreso es de aproximadamente de un 10-15%. En los países asiáticos su prevalencia es de 30%, en los países de medianos ingresos es de un 20%

Durante el 2018, en un congreso anual de American College de Ginecología y Obstetricia (ACOG), en una conferencia sobre los trastornos de ánimo en el periodo perinatal, Moore Simas MD, MPH de la Universidad de Massachusetts Medical School planteo que “el suicidio materno supera como causa de mortalidad materna a los trastornos hipertensión y hemorrágicos” por lo que se sugiere detectar a tiempo la sintomatología.<sup>21</sup>

En países latinoamericanos muestran que la prevalencia de depresión en el embarazo puede llegar a ser igual o más prevalente que la depresión postparto con un 14% a 25% de las mujeres embarazadas. Teniendo así que la primigestas y primíparas, la incidencia puede ser a un mayor 12 a 25%, en grupos de riesgo puede llegar al 35%.<sup>24</sup>

Con respecto a las embarazadas más del 10% de las mujeres que acaban de dar a luz experimentan depresión.

La depresión del embarazo es causa de discapacidad, el país reporto una prevalencia para el año 2020, de 10 a 25 %, causante de discapacidad junto con el estrés a condiciones biopsicologicas, afectando al binomio madre- hijo y se asocia con parto pre término, bajo peso al nacer, preeclampsia, tristeza, conflictos familiares, sociales y laborales.<sup>7</sup>

En México que un 30.7% de las mujeres sufren depresión en algún momento del embarazo e incluso has un 1 mes después del parto.<sup>14</sup> aproximadamente un 10 a 15% de las mujeres desarrollan una depresión postparto, siendo el trastorno psiquiátrico más común en el puerperio. Sin embargo, también se observa que los síntomas depresivos durante la gestación pueden variar ampliamente entre un 2% y 51% en el último trimestre de embarazo.<sup>14</sup>

## Factores de riesgo

Se han descrito varios factores de riesgo que puede presentar en el adulto, que pueden des cadena con la depresión en algún momento de su vida, como es el estilo de vida que se inicia desde la infancia hasta la adolescencia, antecedentes familiares con depresión, nivele socioeconómico, violencia familiar, estrés laboral.

En la mujer embarazada y puérpera, antes de iniciar con un trastorno depresivo, se sabe que no existe alguna causa específica, sin embargo, algunas mujeres, presentan afectación con etología multifactorial, incluyendo los cambios hormonales neuroendocrinos de esta etapa, además de los cambios psicosociales y ambientales. Conocer los diferentes factores de riesgo de esta enfermedad permitirá optimizar las diferentes estrategias de prevención y tratamiento en la atención a la salud.

Los factores de riesgo de depresión en el embarazo y puerperio se pueden clasificar en biológicos, socioeconómicos o psicosociales, que abarca desde: El antecedente de depresión, trastorno premenstrual, historia de abuso sexual, edad temprana al embarazo, escaso apoyo social, consumo de sustancias psicoactivas, violencia familiar, embarazo no deseado, embarazo no planeado, perdida de trabajo por parte de la pareja o de la propia persona, experiencia negativas de vidas recientes, disfunción marital, complicaciones relacionadas con el embarazo, ansiedad durante el embarazo, bajos niveles de apoyo social, acontecimientos vitales estresantes durante el embarazo o el inicio del parto.<sup>11</sup>

La existencia la falta de apoyo por la pareja, lo que la limita a expresar sus emociones por parte de la mujer embarazada, el hombre no responde expresado por su pareja puede sentirse triste, suele manifestar ansiedad con respecto a su hijo e incluso miedo al futuro. Otros factores de riesgo antes del embarazo o la propia adolescente, rechazo y violencia de la pareja al propio binomio.<sup>20</sup>

Un estudio realizado en chile,<sup>21</sup> menciona que existen diversos factores de riesgo durante el embarazo que se puede desarrollar depresión, que a continuación se señalan:

Ansiedad materna: se sabe que la ansiedad tiene una fuerte relación con los síntomas depresivos en la etapa prenatal, existiendo una correlación media-alta entre la ansiedad-depresión, en varios estudios de investigación.

Los eventos vitales: como son eventos que se han presentado durante a lo largo de su vida, como es momentos estresantes tales la separación, divorcio, fallecimiento de un familiar, pérdida de empleo, y otros eventos, estresante tiene una relación significativa con a la presencia de la depresión prenatal.

Historia previa depresión: la presencia de diagnóstico previo depresión es un predictor, a presentar a cualquier etapa del embarazo.

Falta de red de apoyo social, familiar, especialmente de la pareja.

Violencia doméstica: existe una asociación media y leve.



Deseo de embarazo: cuando el embarazo no es deseado ni planeado.

Tipo de relación de pareja: no vivir con la pareja.

Nivel socioeconómico: niveles bajos sería un factor riesgo mayor

Factores que presentan resultados inconsistentes, están el consumo de alcohol, tabaco u otras sustancias.

Estos mismos investigadores mencionan que existen otros factores de riesgo para desarrollar depresión en el postparto.

Depresión durante el embarazo.

Ansiedad durante el embarazo,

Eventos vitales estresantes Durante o en puerperio inmediato.

Parto traumático

Parto prematuro, recién nacido ingresado en cuidados intensivos.

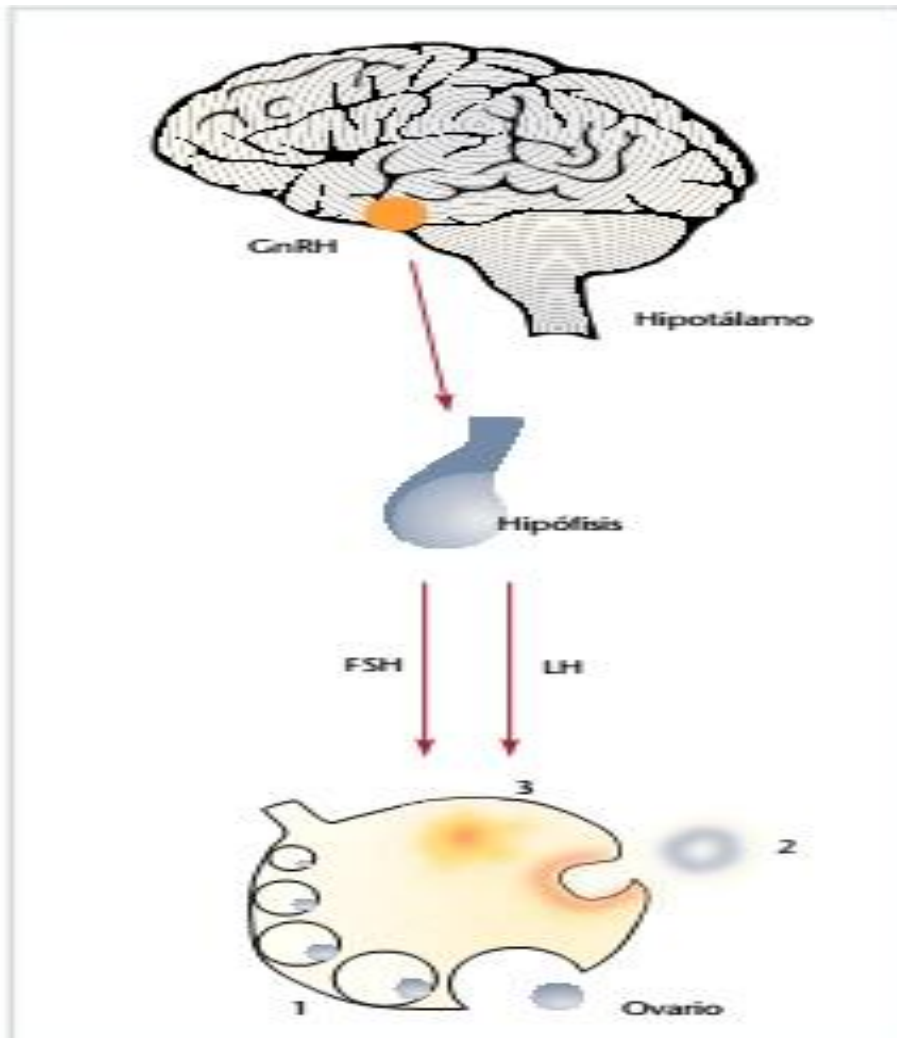
Antecedentes previos de depresión

Problemas de lactancia materna.

### **Fisiopatología**

En la depresión existen distintas circunstancias de naturaleza fisiológica pueden influir sobre los pacientes, la modificación del funcionalismo neurofisiológico y bioquímico, son capaces de determinar cambios que dará lugar manifestación de síntomas depresivos. Los síntomas neurovegetativos pueden ser debidos a una alteración de la función en el córtex pre frontal, encéfalo y el sistema límbico. En las mujeres se conoce que hay una relación entre la fisiología del ciclo reproductor femenino, la psicología, psicopatología femenina son complejas. Se lleva a cabo en el hipotálamo e hipófisis intervienen en la regulación de la función reproductora, a través del sistema circulatorio portal, por el que se vierten las neurohormonas hipotalámicas, denominadas hormonas liberadoras de gonadotropinas (GnRH), que actúan sobre la adenohipófisis, además de ejercer funciones autocrinas, paracrinas en todo el organismo, ya que hay receptores en tejidos extra hipofisarios, lo que explicaría su influencia sobre el comportamiento, incluida la actividad sexual.<sup>9</sup>

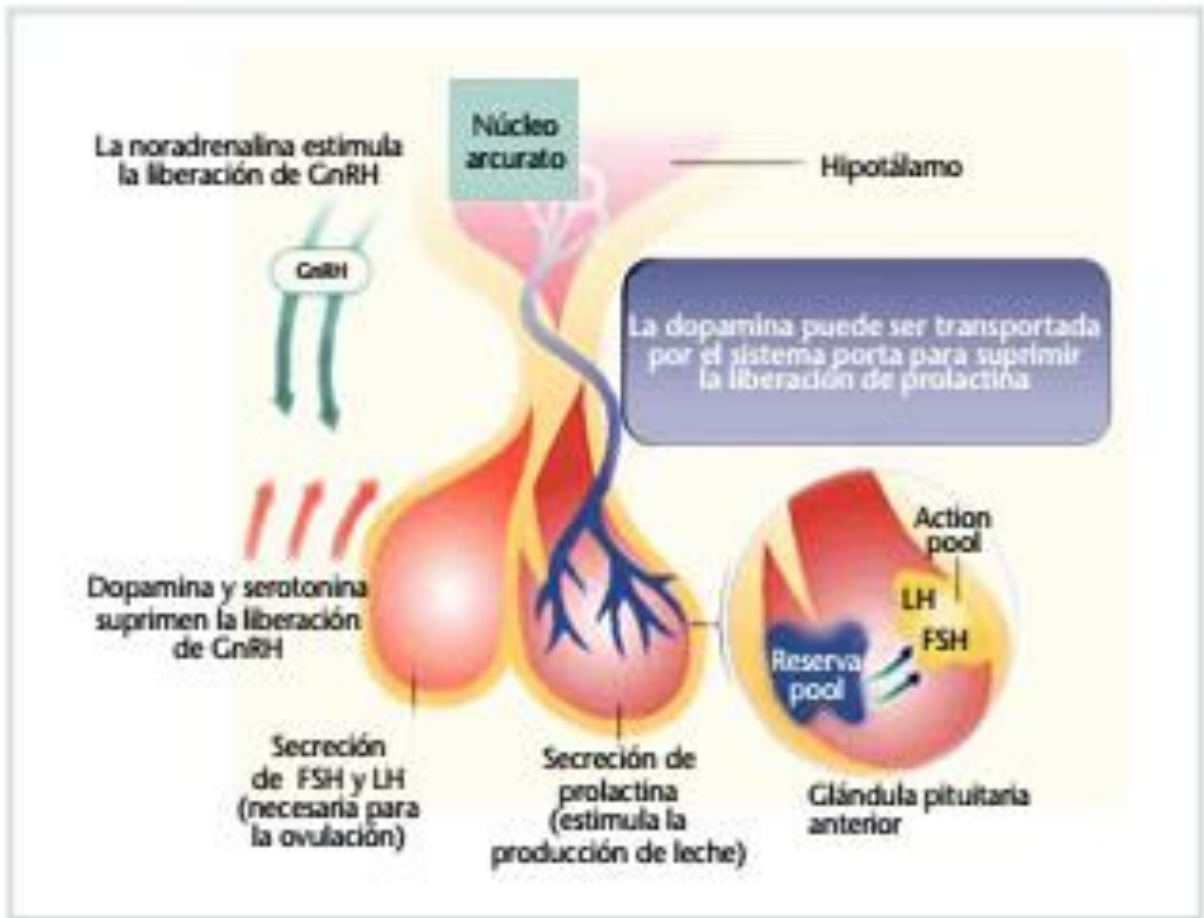
En la siguiente figura se observa relación entre hipotálamo e hipófisis y la regulación de reproductora, donde se liberan hormonas que actúan en el ovario.



Tomado de <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-depresion-el-embarazo-el-posparto-13097330>

Al no existir receptores para esteroides gonadales en neuronas liberadoras de GnRH, su secreción estará determinada por señales periféricas y de centros superiores del sistema nervioso central a través de neurotransmisores, como dopamina y noradrenalina, endorfina, serotonina y melatonina. La frecuencia de descarga de GnRH estará estimulada por la noradrenalina, mientras que la dopamina y la serotonina la inhiben, de ahí que los factores psicológicos que afecten a la función hipofisaria alteren la síntesis de catecolaminas, y en consecuencia, la liberación de GnRH.<sup>9</sup>

Esta imagen muestra neuro transmisores proveniente del hipotálamo presentando la liberación de GnRH, estimulando noradrenalina, posterior dopamina serotonina suprime la liberación GnRH.



Tomado de <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-depresion-el-embarazo-el-posparto-13097330>

### Diagnostico.

Lo síntomas que se presentar en la depresión durante el embarazo o puerperio, pueden ser síntomas de tristeza, sensación de pérdida del interés o placer, disminución del apetito, insomnio o hipersomnia, percepción de inquietud, fatiga, perdida de energía durante el día e incluso ideas o pensamientos de muerte. Dichos síntomas son muy similares a los de las mujeres cuando no se encuentran en un periodo prenatal.<sup>13</sup>

Para el diagnóstico existen instrumentos que se utilizan para detectar los síntomas depresivos como son:

Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) El BDI-II. Es un autoinforme que proporciona una medida de la presencia y de la severidad de síntomas depresivos en adultos y adolescentes de 13 años o más. Se compone de 21 ítems indicativos de síntomas tales como tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y de culpa, pensamientos o deseos de suicidio, pesimismo, etc.

La escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión (Hamilton depression rating scale (HDRS)) es una escala, aplicada, diseñada para ser utilizada en pacientes diagnosticados previamente de depresión, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido.

La escala Zung, que mide la sintomatología depresiva, es creada por el autor Zung en el año 1965, en la construcción de esta escala los criterios diagnósticos usados comprenden la mayoría de las características de la depresión, contemplando aspectos afectivos, fisiológicos y psicológicos. El índice de la escala se obtiene sumando el puntaje de los valores otorgados a cada uno de los 20 ítems, el puntaje máximo es de 80 y se asume presencia de depresión con puntajes superiores al 50 %.<sup>10</sup>

En el Reino Unido, realiza la detección mediante la guía de National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), el cual lo recomiendan a los profesionales de la salud realizar el cuestionario en la rutina diaria, que llamo a las preguntas de Whooley, en la consulta de control prenatal y postnatal. Sin embargo, existe una deficiencia en las preguntas de Whooley radica en que, desde el punto de vista psicométrico, no se ha establecido su sensibilidad ni especificidad. A diferencia de la escala de depresión postnatal de Edimburgo ya que no indaga sobre el pensamiento infrecuente, potencialmente involucran riesgo vital, como las ideas de provocar daño así mismo o al bebe.<sup>21</sup>

### **Escala de Edimburgo.**

Escala de Depresión Posparto de Edimburgo, para la detección de la depresión en el post parto. Este instrumento fue validado por Jadresic E, Araya R, Jara C. en 1995 (Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Chilean postpartum women. J Psychosom Obstet Gynaecol. 1995. La Escala de Depresión Posparto de Edimburgo es una forma eficaz de identificar a las pacientes en riesgo de depresión. Las madres que obtengan un puntaje de 10 puntos o más, un puntaje distinto a 0 en la pregunta nº 10, es probable que estén sufriendo un episodio depresivo de diversa gravedad.

Es un instrumento de tamizaje simple y rápido de contestar, desarrollado por pesquisa de síntomas depresivos en mujeres en el postparto, el cual recientemente fue validado para su uso durante el embarazo. La escala presenta una especificidad de 93%, una sensibilidad 75 %.

Para la etapa del postparto se recomienda un punto de corte 9/10, siendo que mayor o igual a 10, probable depresión postparto.

En la etapa prenatal o embarazo se recomienda un punto de corte 12/13, siendo mayor o igual a 13, probable depresión en embarazo. El momento más indicado para aplicar el cuestionario de EDPS en la octava semana posterior al parto ya que coincide con el periodo máxima de incidencia de la depresión postparto y también con disminución de los síntomas adaptativos normales.<sup>4,10</sup>

El estándar de oro para realizar un diagnóstico preciso en la depresión en mujeres embarazadas, así como en el puerperio, es el DSM-V.<sup>13,20</sup>

Considerando que, para el diagnóstico de depresión mayor en el comienzo del puerperio, a lo que menciona el DSM-V, se deben presentar 5 o más de los siguientes síntomas (pueden estar presentes durante todo el día, casi todos los días, por lo menos 2 semanas):

Humor depresivo: se presenta comúnmente entre 4-5 día después del parto, el cual es conocido como “babyblues”, que puede durar horas hasta días, pero no sobrepasa las dos semanas, si sobrepasa las 2 semanas se conoce como depresión postparto.

Falta de interés o placer en las actividades; cabe recalcar que se debe prestar atención ante la presencia de anhedonia, que es sugestivo de depresión postparto.

Alteración del sueño: es muy común presentar este síntoma, debido a los cuidados que se deben brindar al recién nacido. Pero la imposibilidad de conciliar el sueño cuando el recién nacido duerme o incapacidad de cuidar de él por consecuencia de hipersomnia, por lo que se debe sospechar depresión postparto.

Perdida/ falta de energía: es común presentar a causa de privación del sueño por cuidado del recién nacido, pero se debe sospechar si continua a pesar del adecuado sueño y siestas que tenga la madre.

Agitación o retraso psicomotor: se debe sospechar de depresión postparto ante sentimientos de fracaso, decepción o culpa.

Sentimientos excesivos de culpa: es infrecuente posterior al parto. Por lo que se debe sospechar de depresión postparto ante sentimientos de fracaso, decepción o culpa.

Disminución de concentración: este va asociado a la falta de sueño, pero si la madre conciliar el sueño y presenta inhabilidad de toma de decisiones y pérdida de continuidad del pensamiento.

Ideación suicida: son pensamiento como es “desearía no despertar más”, mi bebe estaría mucho mejor sin mí, deseos o planes para terminar con su vida.

Existe también un diagnóstico diferencial, que puede presentar trastorno de tristeza o melancólica postparto, ya que este se caracteriza por síntomas transitorios depresivos. La diferencia entre síndrome confusión que se presenta

Los siguientes criterios que se utilizan para la detección de depresión del embarazo, de acuerdo los DSM-V son:

1 o más de los síntomas principales que deben estar presentes al menos por dos semanas.

Animo depresivo la mayor parte del día.

Disminución del interés o placer en casi todas las actividades (anhedonia).

5 o más de los siguientes síntomas adicionales, presentes casi todos los días por un periodo de al menos dos semanas.

Perdida de peso clínicamente significativo

Insomnio o hipersomnia

Agitación o psicomotor

Fatiga o pérdida de energía

Sentimiento de inutilidad o de culpa excesiva

Capacidad disminuida para pensar o concentrarse

Pensamiento recurrente de muerte o ideación suicida.

## **Tratamiento**

El manejo del periodo postnatal de la madre y recién nacido juega un papel fundamental para implantación de las medidas preventivas en mejorar la salud de ambos. Existe una excelente oportunidad para evaluar la aparición temprana los síntomas depresivos, cuando las pacientes acuden a consulta prenatal.

Las estrategias de tratamiento son no farmacológicas y psicoterapia de la depresión del embarazo y puerperio.

Psico-educación; favorecer mediante la conversación y a través de procesos cognitivos los reconocimientos de los cambios tanto físicos como emocionales y buscar técnicas de afrontamiento a los cambios propios del embarazo.

Psicoterapia cognitivo conductual es una alternativa para la disminución de síntomas anímicos ansiosos leves a moderados durante el embarazo, pero no para mejorar el vínculo madre hijo. Las intervenciones individuales o grupales, que puede favorecer la conexión con su embarazo.<sup>4</sup> Se busca disminuir el estrés perinatal, teniendo como objetivo esencial dentro la promoción y la prevención en salud pública. Se ha descrito la importancia de la intervención a través de la psicoterapia, dado su impacto positivo en el bienestar materno-fetal y en el entorno familiar. Durante las sesiones de trabajo se debe actuar en los

problemas sociales, como la violencia intrafamiliar, el abuso de sustancias por la gestante o su familia.

Terapia psicodinámica: esta terapia pretende mejorar la comprensión de los conflictos repetitivos mediante la identificación de patrones, como el sentimiento y comportamientos. El paciente trabaja para desarrollar estilos de afrontamiento más productivos.<sup>4,11.13</sup>

### **Tratamiento farmacológico con antidepresivos**

Ventajas del tratamiento psicofármaco durante el embarazo y lactancia.

A pesar de que existe un riesgo a la ingesta de ciertos medicamentos para la depresión, se recomienda el tratamiento de las enfermedades psiquiátricas durante el embarazo y lactancia para evitar influencias negativas de la enfermedad en el niño, teniendo una selección adecuada y vigilancia del fármaco.

En las investigaciones que sea realizado en animales, se observa el desarrollo del feto, teniendo una influencia de negatividad que el estrés materno se presenta, teniendo como consecuencia hipoxia fetal, bajo peso, abortos. Posteriormente al nacimiento puede no existir una buena relación entre madre e hijo, ya que es de importancia en el neonato y en la primera infancia para el desarrollo emocional del niño. Por lo que es necesario valorar el inicio de un tratamiento farmacológico.

La proporción de embarazadas con prescripción de antidepresivos ha aumentado drásticamente en las últimas 2 décadas, por lo que elegir una terapia rápida, efectiva y sin efectos adversos para la madre y el feto es la prioridad dentro de la atención médica. No existen ensayos clínicos aleatorizados y controlados que permitan conocer la eficacia o la seguridad del uso de antidepresivos en la gestación. Los antidepresivos tricíclicos han estado disponibles desde 1950, periodo en que esta familia de psicofármacos fue el tratamiento de primera línea, pero hoy se emplean en menor proporción y han sido reemplazados por fármacos con mejor tolerabilidad, como es el caso de los ISRS y los IRSN.

Sertralina existe un posible riesgo pequeño de malformaciones cardíacas (2% de incidencia), específicamente en defectos septales (1%). El síndrome de adaptación neonatal puede ocurrir hasta en un 30 % de los lactantes.<sup>15</sup> Existen guías disponibles para el tratamiento de la depresión en el embarazo, un consenso de estas sugiere el uso de sertralina como tratamiento de primera línea en el embarazo y en lactancia.

Venlafaxina: el efecto es el aumento del riesgo de aborto espontaneo relacionado con la dosis. La mayoría, en los estudios realizados encuentra un aumento en el riesgo de malformaciones congénitas.

Los antidepresivos tricíclicos: Representado por amitriptilina, con riesgo menor de aborto espontaneo, aumento en el riesgo de parto prematuro y bajo peso al nacer. Existen datos insuficientes incluidos las anomalías de las extremidades.<sup>15</sup> debido a sus características lipófilas, se ha llegado a evidenciar un paso placentario de hasta el 60 % de la dosis administrada a la madre.

Estabilizadores del estado de ánimo: ácido valproico, se ha identificado como un teratógeno humano, una de la malformación más común es la espina bífida, con una incidencia de 1-2%.

Por lo que sugiere iniciar con tratamiento tanto no farmacológico, en caso de utilizar fármacos deber evaluado en forma individual de cada paciente.<sup>4,11,15,22</sup>

### **Consecuencias de la depresión en el binomio madre-hijo**

La depresión durante el embarazo, puede afectar la salud de la madre y del hijo al nacer, si no existe un tratamiento, los síntomas persisten. La depresión prenatal puede estar asociado en el binomio que nazca con un bajo peso al nacer, aumento de riesgo de parto prematuro, de presión en la adolescencia y adultos jóvenes, irritabilidad del bebe, conductas del menor de agresividad, abandono por parte de la madre. Mientras que las consecuencias de la madre durante el embarazo pueden presentar preeclampsia, eclampsia, aborto, llegar incluso a la hospitalización. Posterior al inicio del puerperio iniciar con el consumo de alcohol, tabaquismo, incluso con el consumo de alguna droga, descuido de su autocuidado, abandono de sus actividades cotidianas, en su caso el propio trabajo, incluso llegar al suicidio.

Se ha documentado que una de las consecuencias más comunes a diferencias de las demás, es el consumo de sustancias, la incapacidad laboral, aspecto deterioro al autocuidado, teniendo el riesgo de intento suicida.

Existe evidencia actual donde sugiere que la depresión en el embarazo no tratada puede afectar negativamente tanto la salud de la madre como la del hijo por nacer. Las principales complicaciones que se asocian con el aumento de la comorbilidad de las mujeres, es la falta de cuidados maternos, preeclampsia y eclampsia, incluso el riesgo de suicidio de las madres. Mientras que en los recién nacido la principal manifestación son los niveles aumento de cortisol y noradrenalina, así como también niveles bajo de dopamina y serotonina.<sup>20</sup>

Se realizó un estudio por Field. et al<sup>8</sup>., donde se encontraron concentraciones significativas de cortisol en el grupo gestante con episodios depresivos mayor, a diferencia del grupo que se encontraba en control. Lo cual se explicó que el 40 % de esta hormona cruza la barrera feto placentaria. Según Lartigue,<sup>4</sup> en su estudio demostró que los hijos de madres deprimidas que no establecían un adecuado vínculo tenían mayor probabilidad de llanto excesivo e irritabilidad, conductas agresivas e incluso dificultad para el aprendizaje.

La depresión perinatal produce un costo social elevado por los gastos en salud, afectado por desempleo, el ausentismo laboral, y la paridad de productividad global que con lleva en la economía. Teniendo un gasto del 4% en salud por los trastornos mentales a nivel nacional.

La depresión durante el embarazo puede tener efectos negativos en el feto, suele asociarse con la elevación del nivel sérico de cortisol y alteraciones en el funcionamiento hipofisario-suprarrenal y del sistema de endorfinas.<sup>20</sup>



## **Algunas estrategias de prevención**

La literatura referiré que para disminuir la morbimortalidad por depresión del embarazo y puerperio es fundamental, como es: brindar información suficiente, clara y precisa a la madre, pareja y familia, control de la sintomatología, disminuir el miedo y la angustia, fortalecer el vínculo madre- hijo y con la pareja. Promover el buen funcionamiento familiar, intervenir en los estresores actuales, fortalecer las redes de apoyo familiar, social e institucional.<sup>20</sup>

### **Acciones recomendadas en el primer nivel.**

Realizar capacitaciones a los profesionistas de salud, como médicos generales, médicos familiares, ginecólogos y neonatales, en la detección, manejo depresión.

La capacitación sobre cuestionario de Edimburgo, para que sea aplicado durante la consulta de control prenatal y post-parto realizar los cuestionarios de Edimburgo, para detectar a tiempo síntomas depresivos.

Valorar el resultado si es negativos, aplicarlo nuevamente a los dos meses. Para descartar completamente síntomas depresivos.

Si el resultado es positivo, debe ser derivada al servicio de psicología, psiquiatría.

Darle platicas de a todas las mujeres en etapa prenatal y post parto que acuden al centro de salud, para identificar los síntomas depresivos.

Capacitar a los médicos internos que están en el área detección para poder aplicar la encuesta a las mujeres que acuden a realizarse alguna detección.

Implementación de servicio de terapias de relajación o programas de actividad física para ayudar a disminución de factores estresante.

Servicio de psicoterapia individual y grupal. En el centro de salud, con apoyo del personal de psicología.

Reactivar y fortalecer la red familiar social e institucional para las pacientes embarazadas.

Contar con el centro de salud personal de psicología y psiquiatría.<sup>21</sup>

## **2.2. Planteamiento del Problema.**

La etapa del embarazo y puerperio debería ser un periodo de felicidad y alegría, para las mujeres que se encuentran en esa etapa de su vida. En mi paso por la consulta de Medicina Familiar del Centro de Salud Sede de la residencia de Medicina Familiar e incluso durante mi estancia por algunos de los hospitales por los que roté, observé que existe cierta problemática sobre varias emociones que experimentan las mujeres a lo largo del ciclo de vida, centré mi atención para el presente estudio en la etapa del embarazo y puerperio, al

abordar el contexto biopsicosocial, eje de acción fundamental de la práctica de la Medicina Familiar observé que la mayoría de las mujeres acuden a su control prenatal solas, es poco frecuente que acuden con su pareja o un familiar, lo que las hace sentir solas o con falta de apoyo. Los embarazos en ocasiones no son deseados, ni planeados simplemente llegan, puede cambiar todo en un segundo para las pacientes, otros problemas que noté violencia intrafamiliar que afecta la dinámica familiar, el rol de proveedoras, pierden su empleo, aumentando sus problemas económicos, son madres solteras y con cierto número de hijos, lo que conlleva a agudizar más su estado emocional.

Tomando en cuenta que durante el embarazo ocurren cambios fisiológicos por activación de varias hormonas aunado a factores sociales, todo ello puede conducir a desarrollar síntomas depresivos en las mujeres. Por otro lado, la mayoría de los médicos durante la consulta centran su atención en la normativa institucional con enfoque biomédico. A pesar de que dicha normativa señala que se identifiquen datos de depresión o cualquier otro trastorno en relación a la salud mental durante el embarazo, parto y puerperio, no se aborda lo emocional, el sentir de la paciente, si está feliz con su embarazo, si cuenta con apoyo de pareja o de familiares, si tuvo que dejar de estudiar ó trabajar para enfocarse en su embarazo, todo ello pasa desapercibido.

En el Centro de salud Dr. José Castro Villagrana se desconoce la prevalencia de depresión en embarazo y en etapa del puerperio, se considera que el embarazo es un evento estresante que puede reactivar estos síntomas ansiosos o depresivos, que son los más frecuentes, relacionado con los factores psicosociales y económicos que pueden estar viviendo cada paciente durante su etapa prenatal. Resulta claro que durante la vigilancia prenatal no se aborda de forma intencionada síntomas depresivos durante la atención y evolución de rutina en la mujer embarazada y puerperal que acude a consulta en el Centro de Salud conduciendo a subdiagnosticarse y por consiguiente a una falta de manejo oportuno en las mujeres que la padecen.

Resulta por lo tanto prioritario identificar la frecuencia de depresión durante el embarazo y puerperio, los factores asociados, por lo que se plantea la siguiente pregunta:

### **Pregunta de Investigación.**

¿Cuál es la frecuencia de depresión y su asociación con factores de riesgo durante el embarazo y puerperio en las mujeres que acudieron al Centro de Salud Dr. Castro Villagrana durante los meses de junio y julio del 2023?

### **2.3. Justificación**

La prevalencia de depresión a nivel mundial, reportada para el año 2022, en las mujeres durante el embarazo fue del 2 a 21 %, mientras que en el puerperio o posparto fue 10 al 15%. Mientras que los países de bajos a medianos ingresos van 19 a 25%.<sup>25</sup>

La depresión en México para el mismo año reportada prevalencia 30.7 % de las mujeres en etapa reproductiva, incluso en el puerperio. Esta enfermedad si no es tratada y manejada a tiempo, puede llevar a complicaciones tanto para la madre como para hijo.<sup>24</sup>

Según Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz en el 2018, reporta que 2 de cada 10 mujeres desarrollan depresión durante, el primer año tras el parto y 75 por ciento no es diagnosticado no reciben el tratamiento adecuado, ni la atención.<sup>23</sup>

El trastorno suele ser no identificado en la consulta prenatal y en el puerperio, lo que predispone a tener problemas en el binomio como bajo peso al nacer, aumento de riesgo de parto prematuro, irritabilidad neonatal, conductas agresivas, tendencia a desarrollar depresión en la infancia o adolescencia, infanticidio. Mientras que la mujer puede desarrollar preeclampsia, eclampsia, la falta o abandono del cuidado del recién nacido o incluso de ella misma, el inicio o consumo de sustancias como alcohol, tabaquismo, drogas, hospitalizaciones, aborto, llegando incluso al suicidio.<sup>25</sup>

Los factores de riesgo y las consecuencias que conlleva es la afectación de manera directa e indirecta de la salud mental materna, generando un costo social elevado por los gastos en salud que representa, también por desempleo, ausentismo laboral, la pérdida de productividad global.

Las Unidades de primer nivel cuentan con lineamientos y programas de acción específicos de atención a las mujeres a través del ciclo de vida y en particular en la etapa reproductiva con énfasis en la salud materno-infantil. Los médicos familiares así como los que se encuentran en entrenamiento para medicina familiar, tienen habilidades y actitudes para detectar oportunamente trastornos del estado de ánimo, a través de diversas herramientas clínicas, en los mismos programas se promueve actividades de educación para la salud.

En el Centro de Salud cuenta con una población abierta de mujeres que acuden regularmente a control prenatal, posparto para vigilancia del binomio en la consulta de Medicina Familiar por lo que fue posible aplicar el instrumento fiable por un tiempo no mayor de 5 minutos. Se contó con el apoyo de las autoridades para llevarlo a cabo y se informó de los resultados para iniciar su tratamiento oportuno por el equipo de salud mental.

No se tiene información a nivel local de este tema por lo que se consideró pertinente su realización. Asimismo, permitirá ampliar esta línea de investigación y adicionalmente contribuirá a incrementar la producción científica en el primer nivel de atención.

## **2.4. Objetivos**

### **2.4.1. Objetivo General.**

Analizar los factores de riesgo asociados a la Depresión en el embarazo y puerperio de las Mujeres adscritas al Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana, SSCDMX en el periodo 2023

### **2.4.2. Objetivos específicos.**

- Caracterizar edad, estado civil, escolaridad, ocupación.
- Determinar antecedentes Gineco-obstétricos: embarazo planeado o deseado, número de gestas, abortos, parto prematuro y control prenatal.

- identificar semanas de gestación y etapa del puerperio.
- Indagar antecedente de depresión, adicciones (alcoholismo, tabaquismo, drogas y violencia intrafamiliar).
- Conocer la frecuencia de depresión en las mujeres del estudio.
- Establecer la asociación de depresión con embarazo planeado o deseado, número de gestas, abortos, parto, control prenatal, semanas de gestación y etapa de puerperio. Miedo al trabajo de parto, antecedente de depresión, adicciones (alcoholismo, tabaquismo, drogas y violencia intrafamiliar).

## 2.5. Hipótesis de trabajo.

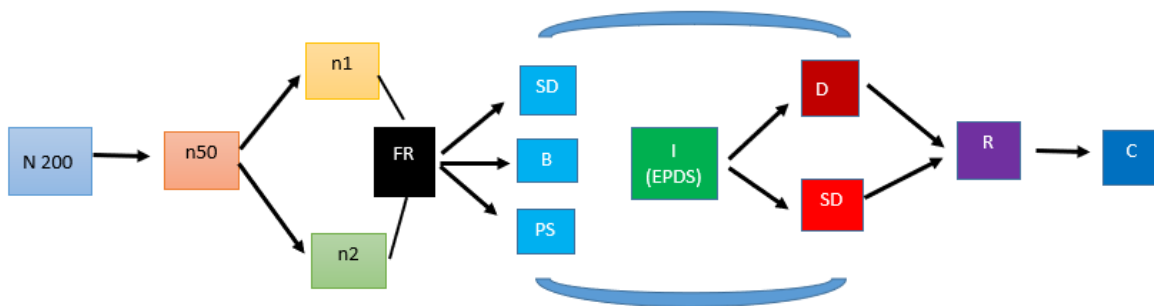
La depresión se asocia en mujeres embarazadas y etapa de puerperio con factores de riesgo biológicos y psicosociales.

## III. MATERIAL Y MÉTODOS

### 3.1. Tipo de estudio

Observacional descriptivo de corte transversal

### 3.2 Diseño de Investigación



#### Simbología.

N= Mujeres embarazadas y en etapa de puerperio  
 N= Muestra  
 n1= Embarazadas  
 N2= Púerperas  
 FR= Factores de riesgo  
 S= Sociodemográficos  
 B= Biológicos (G/Obstétricos )  
 P= Psicosociales

IEPDS= Escala de depresión de Edimburgo  
 D= Depresión  
 SD= Sin depresión  
 R= Resultado  
 C= Conclusiones

### **3.3. Población, lugar y tiempo.**

Mujeres en cualquier trimestre de embarazo y en etapa del puerperio, que acudieron al Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana durante los meses de junio y Julio 2023.

### **3.4. Muestra**

No probabilística por conveniencia (50 mujeres embarazadas y en etapa de puerperio)

### **3.5 Criterios de inclusión, de no inclusión, eliminación.**

#### **Inclusión**

Mujeres en cualquier semana de gestación y en etapa del puerperio que acudieron al Centro de Salud por cualquier motivo en el mes de junio y julio, que aceptaron participar en el estudio

#### **No inclusión**

Mujeres con diagnóstico de depresión u otra patología psiquiátrica.  
Mujeres no embarazadas

#### **Eliminación.**

Cuestionarios incompletos, mal contestados y que no firmaron la carta de consentimiento.

### **3.6 Variables**

#### **3.6.1 Definición conceptual de variables**

##### **Edad**

Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales.

##### **Estado civil**

Desde una perspectiva jurídica se puede explicar el estado civil como conjunto de situaciones en las que se ubica el ser humano dentro de la sociedad, respecto de los derechos y obligaciones que le corresponden, derivadas de acontecimiento.

##### **Escolaridad**

Período de tiempo que un niño o un joven asiste a la escuela para estudiar y aprender, especialmente el tiempo que dura la enseñanza obligatoria.

**Ocupación**

La clase o tipo de trabajo desarrollo, con especificación del puesto de trabajo desempeñado.

**Embarazo deseado/planeado**

Aquel el cual existe el deseo consciente de la mujer o de la pareja de tener hijos.

**Número de gestas**

El número total de embarazos que ha tenido la mujer.

**Aborto**

Interrupción voluntaria o involuntaria del embarazo antes de que el embrión o el feto estén en condiciones de vivir fuera del vientre materno

**Semanas de gestación**

Es el periodo que transcurre entre la implantación en el útero del ovulo fecundado hasta el momento del parto

**Falta de Control prenatal**

Inasistencia al control subsecuente en una Unidad Médica

**Antecedente depresión**

Presencia de síntomas depresivos en cualquier etapa de la vida

**Antecedentes de adicciones**

Consumo de alcohol, tabaco y drogas.

**Antecedente de violencia familiar**

Acción de daño físico y emocional ejercida en el terreno de la convivencia asimilada por parte de uno de los miembros contra otro

**Antecedente de miedo ante el trabajo de parto**

Dolor y sufrimiento durante el embarazo y el parto, ocasionado por terceras de la personas de experiencias vividas.

**Depresión**

Trastorno frecuente que implica un estado de ánimo deprimido o perdida casi completa de interés o placer en actividades que antes se disfrutaban.

### 3.6.2. Definición Operacional de las variables

Variable	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Indicador	Fuente
Edad	Número en años cumplidos	Cuantitativa	Discontinua	Números enteros	Cédula de datos
Estado civil	Unión de las personas por la conveniencia que exista.	Cualitativa	Nominal	1.Soltera 2. Unión libre 3. Casada 4. Viuda 5. Divorciada	Cédula de datos
Escolaridad	Grado máximo de estudios	Cualitativa	Ordinal	1. Ninguna 2. Nivel básico 3. Nivel medio 4. Nivel superior	Cédula de datos
Ocupación	Recepción de un pago, por ejercer un trabajo	Cualitativa	Nominal	1.Hogar 2. Empleada 3. Profesionista	Cédula de datos
Embarazo deseado/plan eado	El deseo de ser madre en conjunto a su pareja.	Cualitativa	Nominal (dicotómica)	1.Sí 2. No	Cédula de datos
Número de gestas	Número de embarazos cursados al momento de la consulta médica incluyendo abortos.	Cuantitativa	Discontinúa	Números enteros	Cédula de datos
Abortos	Producto vivo que no se desarrolla, por múltiples causas	Cualitativa	Nominal	1. Si 2.No	Cédula de datos
Semanas de gestacional	Es el periodo de crecimiento del producto por semanas de gestación	Cuantitativa	Discontinua	1. 1 a 12 semanas de gestación 2. 13 a 24 semanas de gestación 3. 25 a 37 semanas de gestación 4. >37 semanas	Cédula de datos
Control Prenatal	Asistencia regular a consulta médica subsecuente	Cualitativa	Nominal (dicotómica)	1.Si 2. No	Cédula de datos
Antecedente de depresión	Síntomas depresivos que afectan a lo largo del ciclo de vida	Cualitativa	Nominal (dicotómica)	1.si 2.no	Cédula de datos
Consumo de sustancias	Ingesta de tabaco, alcohol y drogas.	Cualitativa	Nominal (dicotómica)	1.Si 2.No	Cédula de datos
Violencia familiar	Maltrato emocional, físico por la pareja o familia	Cualitativa	Nominal (dicotómica)	1.Si 2.No	Cédula de datos
Miedo al inicio de trabajo de parto	Temor a complicación. al trabajo de parto	Cualitativa	Nominal (dicotómica)	1 Si 2.No	Cédula de datos
Depresión	Persona que presenta una tristeza, sin interés al realizar actividades cotidianas	Cualitativa	Nominal (dicotómica)	1.Presenta 2.Ausente	Escala de Depresión (EPDS)

### **3.7. Instrumento de recolección de datos**

Se elaboro una cédula que contenía información de las mujeres del estudio tales como: Datos sociodemográficos, Antecedentes Gineco-obstétricos, antecedentes de consumo de sustancias, violencia, miedo al inicio del trabajo de parto, (ver en Anexo 1)

Para identificar depresión se utilizó la escala de Edimburgo, es un cuestionario auto administrado con 10 preguntas que se respondían con 4 respuesta tipo Likert desarrollada para la detección de síntomas depresivo en mujeres que se encuentre en como punto de corte de 13 puntos que indican depresión en el embarazo, un punto de corte de 10 puntos que indican depresión posparto. (Ver anexo 2)

### **3.8. Método de recolección de datos**

Una vez registrado el proyecto se procedió a solicitar permiso a las autoridades del Centro de Salud para la aplicación del instrumento., previamente se llevó a cabo una prueba piloto para determinar el tiempo de aplicación y la comprensión de las preguntas por las mujeres,

Al mismo tiempo se dio a conocer el proyecto a todo el personal de Salud de la Institución en sesión general con la finalidad de reclutar a invitar a las pacientes por dicho personal y que cumplieran con los criterios de inclusión. En los días destinados para captar la población se asistió a diversas áreas más recurridas: Inmunizaciones, consulta general y salas de espera, grupo de embarazadas que acuden a pláticas mensualmente, etc. Las mujeres que accedieron contestar el instrumento se les dio a firmar la carta de consentimiento informado.

Toda vez que se terminó las entrevistas en tiempos establecidos, la información recolectada de la cuota de 50 pacientes, se separaron las embarazadas de las puérperas, eliminándose las cédulas y cuestionarios incompletos.

### **3.9. Procedimiento estadístico**

#### **3.9.1. Diseño**

El objetivo del presente trabajo fue identificar la frecuencia de depresión en las mujeres embarazadas y en etapa de puerperio y su asociación con factores sociodemográficos, biológicos, psicosociales, una sola medición de las variables cuantitativas y cualitativas en las cuales se utilizó estadística descriptiva.

Una vez completada la información se procedió a construir una base de datos en Excel copyright versión 2206, Microsoft Office Profesional Plus 2016.



### **3.10. Análisis estadístico**

Se empleó estadística descriptiva mediante análisis bivariado, se obtuvieron medidas de resumen, frecuencias y porcentajes para variables cualitativas, para variables cuantitativas media y para establecer la asociación de las variables cualitativas se utilizó Chi cuadra con valores significativos de  $p < 0.05$ .

### **3.11. Recursos humanos, materiales, recursos físicos, financiamientos**

#### **3.11.1 Recursos humanos**

investigadora principal, residentes de 3er año de medicina familiar.

#### **3.11.2 Recursos materiales**

Hojas blancas, plumas, lápices, laptop, USB Unidad almacenamiento, impresora

#### **3.11.3 Recursos Físicos**

consultorio 7, sala de espera, aula, auditorio.

#### **3.11.4 Financiamiento del estudio**

Autofinanciado.

### **3.12. Consideraciones Éticas.**

#### **Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para a Salud**

Nuevo Reglamento publicado en el Diario Oficial de la Federación el 6 de enero de 1987  
TEXTO VIGENTE Última reforma publicada DOF 02-04-2014

#### **Título Segundo**

#### **De los Aspectos Éticos de la Investigación en seres humanos**

#### **CAPITULO I Disposiciones Comunes**

**Artículo 13.-** En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

**Artículo 14.-** La Investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases:

I. Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica; Fracción reformada DOF 02-04-2014

II. Se fundamentará en la experimentación previa realizada en animales, en laboratorios o en otros hechos científicos;

III. Se deberá realizar sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo;

IV. Deberán prevalecer siempre las probabilidades de los beneficiados esperados sobre los riesgos predecibles;

V. Contará con el consentimiento informado del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal, en caso de incapacidad legal de aquél, en términos de lo dispuesto por este Reglamento y demás disposiciones jurídicas aplicables; Fracción reformada DOF 02-04-2014

VI. Deberá ser realizada por profesionales de la salud a que se refiere el artículo 114 de este Reglamento, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actúe bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes y que cuente con los recursos humanos y materiales necesarios, que garanticen el bienestar del sujeto de investigación;

VII. Contará con el dictamen favorable de los Comités de Investigación, de Ética en Investigación y de Bioseguridad, en los casos que corresponda a cada uno de ellos, de conformidad con lo dispuesto en el presente Reglamento y demás disposiciones jurídicas aplicables; Fracción reformada DOF 02-04-2014

VIII. Se llevará a cabo cuando se tenga la autorización del titular de la institución de atención a la salud y, en su caso, de la Secretaría, de conformidad con los artículos 31, 62, 69, 71, 73, y 88 de este Reglamento;

**Artículo 16.-** En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

**Artículo 17.-** Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este Reglamento, las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías:

I. Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.<sup>19</sup>

II. Investigación con riesgo mínimo: Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva; electrocardiograma, termografía, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimiento profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 Ml. en dos meses, excepto durante 36 el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso

común, amplio margen terapéutico, autorizados para su venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, entre otros.

### **Declaración de Helsinki**

Es misión del médico salvaguardar la salud de las personas. Su conocimiento y conciencia esta dedicados al cumplimiento de esta misión. La declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico a la aseveración: “la salud de mi paciente será mi empeño principal”, y el código internacional de Ética Médica declara que, “cuando un médico proporcione una asistencia médica que pudiera tener un defecto de debilitamiento del estado físico, mental del paciente el medico deberá actuar únicamente en interés del paciente”.

4.- el deber del médico es promover y velar por la salud, bienestar y derechos de los pacientes, incluidos los que participan en una investigación médica.

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

8.- Aunque el objetivo principal de la investigación médica es generar nuevos conocimientos, este objetivo nunca debe tener primacía sobre los derechos y los intereses de la persona que participa en la investigación.

12.- La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas con la educación, formación y calificaciones científicas y éticas apropiadas. La investigación en pacientes o voluntarios sanos necesita la supervisión de un médico u otro profesional de la salud competente y calificado apropiadamente.

14.- Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal.

25.- La participación de personas capaces de dar su consentimiento informado en la investigación médica debe ser voluntaria. Aunque puede ser apropiado consultar a familiares o líderes de la comunidad, ninguna persona capaz de dar su consentimiento informado debe ser incluida en un estudio, a menos que ella acepte libremente.

31.- El médico debe informar cabalmente al paciente los aspectos de la atención que tienen relación con la investigación. La negativa del paciente a participar en una investigación o su decisión de retirarse nunca debe afectar de manera adversa la relación médico-paciente.

### **Norma Oficial de la investigación.**

Es importante el apego a la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3 2012, que establece los criterios de ejecución de proyectos investigación para la salud en los seres humanos que refiere:

10.2 El investigador principal podrá planear y elaborar el proyecto o protocolo de investigación y debe dirigir el mismo en apego a los aspectos metodológicos, éticos y de seguridad del sujeto de investigación

11.2 El sujeto de investigación, sus familiares, tutor o representante legal, tienen el derecho de retirar en cualquier tiempo, su consentimiento para dejar de participar en la investigación de que se trate, en el momento que así se solicite. Cuando esto suceda, el investigador principal debe asegurar que el sujeto de investigación continúe recibiendo el cuidado y tratamiento sin costo alguno, hasta que se tenga la certeza de que no hubo daños directamente relacionados con la investigación<sup>18</sup>

El estudio fue autorizado por el Comité de Ética e Investigación de la Institución (SEDESA).

Se solicitó firma de consentimiento informado y con participación voluntaria de los pacientes, respetando en todo momento la confidencialidad, con base la Normativa y Declaración de Helsinki esta investigación se consideró de riesgo mínimo.

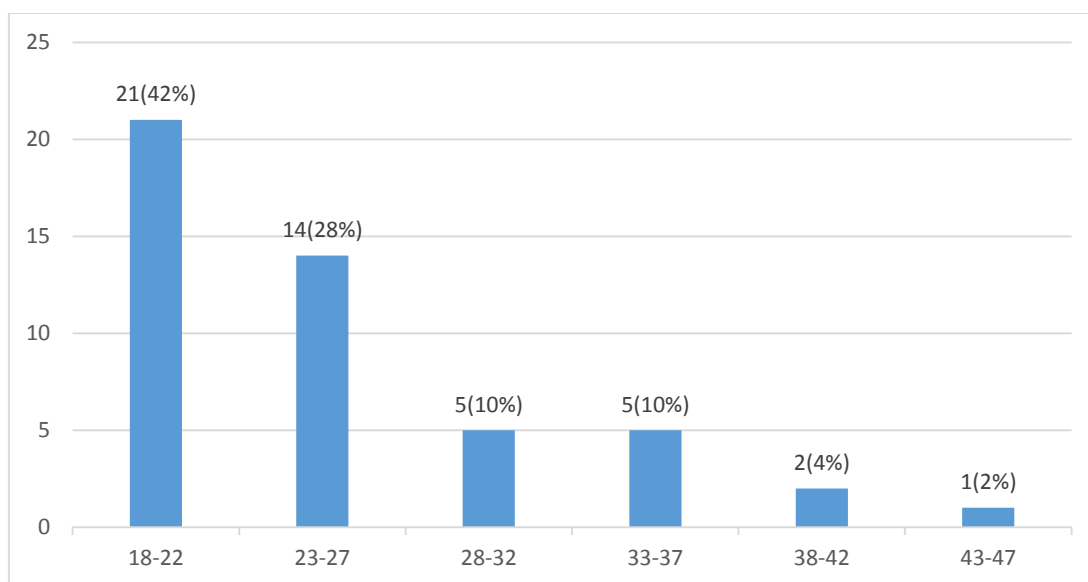
## IV. Resultados

Fueron estudiadas 50 mujeres embarazadas y en etapa de puerperio en los meses de junio y julio del 2023, de ellas 28 (56%) estaban embarazadas y 22 (34%) en etapa de puerperio.

El promedio de edad de las pacientes estudiadas fue de 25 años, con un rango de edades entre las de 18 a 46 años de ambos grupos La mayor frecuencia de casos estuvo en el intervalo de clase 18 a 22 años con una frecuencia de 21(42%) seguida del grupo de 23 a 37 años con una frecuencia de 14(28%), 28 a 32 años con una frecuencia 5(10%), 33 a 37 años con una frecuencia 5(10%), 38 a 42 años con una frecuencia 2(4%), 43 a 47 años con una frecuencia 1(2%). (Ver Figura 1)

**Figura 1**

Distribución de las mujeres embarazadas y en etapa de puerperio del Centro de Salud, por grupos de edad



Fuente: Cédula de datos 2023

Con respecto al estado civil, predominó la unión libre tanto en embarazadas como púerperas con una frecuencia de 23 (82.1%); seguido de 9(36.3%)solteras y (%) casadas. (Ver tabla 1)

**Tabla 1**

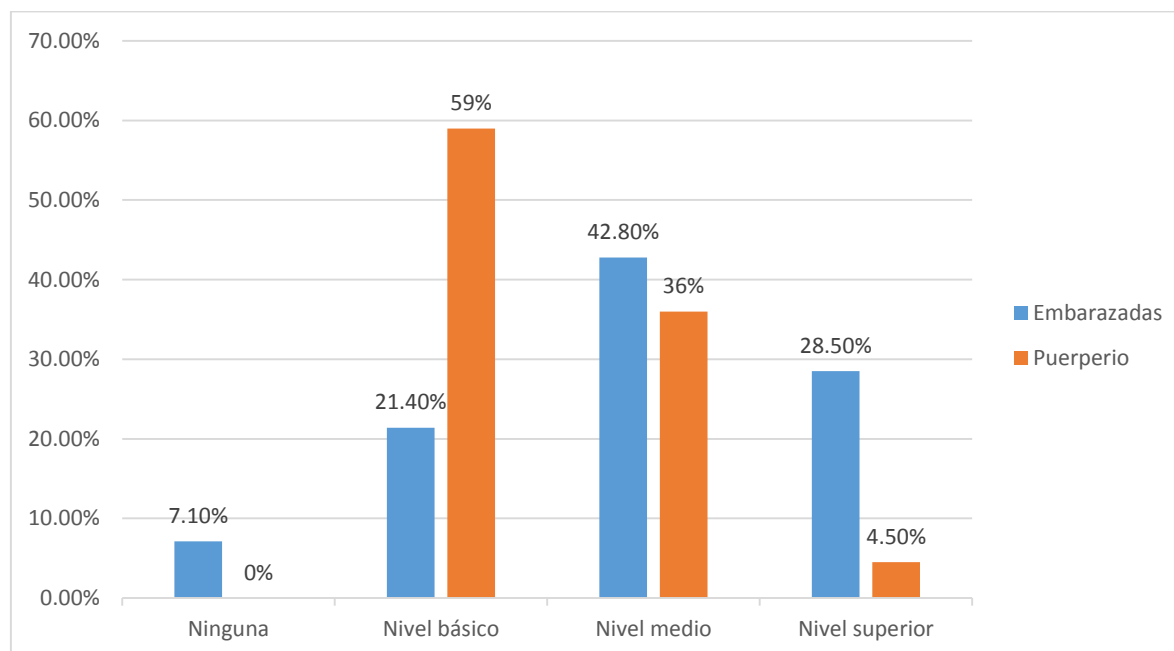
Frecuencia y porcentaje respecto al estado civil de las mujeres en etapa de embarazo y puerperio del Centro de Salud

Estado civil	Embarazo		Puerperio		Total Frecuencia %
	Frecuencia.	(%)	Frecuencia	%	
Soltera	1	(1.7%)	8	(23.5%)	9 (25.2%)
Unión libre	23	(41%)	11	(32.3%)	34 (73%)
Casada	4	(7.1%)	2	(5.8%)	6 (12.9%)
Viuda/divorciada			1	(2.9%)	1 (2.9%)
Total		(56%)	22	(34%)	50 (100%)

Fuente. Cédula datos 2023

En cuanto a la escolaridad, se obtuvo que, (42.8 %) embarazadas contaban con un nivel medio, mientras que las mujeres en etapa del puerperio (59%) tenían únicamente un nivel básico de escolaridad. **(Ver figura 2)**

**Figura 2**



Fuente. Cédula datos 2023

En relación a la ocupación un porcentaje del 14% de la población entre mujeres en con encontrándose con una frecuencia de 8 pacientes que se dedican estar en el hogar, mientras las otras 6 pacientes cuentan con un empleo. **(Ver Tabla 2)**

**Tabla 2**

Distribución de las mujeres en etapa de embarazo y puerperio de acuerdo a su ocupación del Centro de Salud 2023

Ocupación	Embarazo		Puerperio	Total Frecuencia (%)
	Frecuencia.	(%)	Frecuencia (%)	
Hogar	17	(34%)	13 (26%)	30 (60%)
Empleada	11	(22%)	5 (10%)	16 (32%)
Profesionista	0		4 (18%)	4 (18%)
Total	28	(56%)	22 (34%)	50 (100%)

Fuente. Cédula datos 2023

Con respecto a las mujeres con depresión se observó que las mujeres del grupo de edad mayor entre los 25 a 46 años en la etapa de embarazo y posparto con una frecuencia de 11(19.7%) sin mostrar asociación estadísticamente significativa con una (p 0.5174.)

En relación al estado civil de 23 la unión libre en mujeres embarazadas fue de casos con una p de 0.4183; mientras que para las de puerperio casos con un valor de p 0.0928, sin que existiera asociación estadísticamente significativa.

El nivel de escolaridad, de las pacientes estudiadas estuvo entre el nivel básico y medio, para embarazadas y puérperas respectivamente, no existió ninguna asociación con valores de (p 0.1355) en etapa prenatal y de (p 0.3795) en etapa de posparto.

Cuanto las mujeres embarazadas como las de etapa del puerperio que se encontraban al hogar se encuentro asociación mostrando diferencias estadísticas con un (p-0.01) y respectivamente (p 0.2985).

Con relación a los factores de riesgo biológicos(gineco-obstétricos) se observó lo siguiente: No hubo diferencias estadísticamente significativas con el embarazo deseado o planeado, en ambos grupos (embarazadas y mujeres puérperas) **(ver tabla 4)**

El número de embarazos previos en todas las pacientes se encontró de 1 a 3 gestas incluido el actual, se observó que las pacientes en etapa postparto mostraron diferencias significativas con la presencia depresión (p 0.0378), siendo así un factor de riesgo que hay una correlación significativa. Mientras que las pacientes embarazadas no se encontró ninguna asociación para depresión.

En etapa del puerperio existió asociación significativa con depresión y semanas de gestación las que se encontraban en las 33 y 40 semanas (p 0.0456).

Del total de pacientes acudieron a consulta prenatal en la etapa de embarazo y puerperio, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. **(Ver Tabla 4)**

**Tabla 4**

Frecuencia de factores de riesgo biológicos en las mujeres con depresión en etapa de embarazo y posparto en el Centro de Salud,2023.

Factores de riesgo biológicos	Embarazo	Posparto	Total	X <sup>2</sup> p<0.05
	Frecuencia (%)	Frecuencia(%)	Frecuencia (%)	
Embarazo planeado/deseado	4 (8%)	3 (4.6%)	7 ( 14% )	p<0.1584
Gestaciones (-3)	6 (12%)	5( 7.7 )	11( 19.7% )	p<0.0378
Abortos	0	0	0	
Semanas de Gestación				
	4(8%)		4(8%)	p<0.0456
	1(2%)		1 (2%)	
	1(2%)		1 (2%)	
>38 semanas				
Control Prenatal	6(12%)	5(7.7%)	11( 19.7% )	p<0.2941

Fuente. Cédula datos 2023

En cuanto a los factores de riesgo psicosocial, el miedo de trabajo de parto o resolución del embarazo en las mujeres del estudio que presentaron depresión se encontró que frecuencia 11(19.7%).

se identificó solo una mujer en etapa del embarazo 1(2%) consumo de sustancias y ninguna mujer refirió violencia en ambos grupos. (**Ver Tabla 5**)

**Tabla 5**

Frecuencia de factores de riesgo psicosociales en las mujeres con depresión en etapa de embarazo y posparto en el Centro de Salud,2023.

Factores de riesgo psicosociales	Embarazadas	Puérperas	Total	X <sup>2</sup> p<0.05
	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	
Antecedente de depresión	0	0	0	
Miedo al inicio del trabajo de parto	6 (12%)	5 (7.7%)	11 (19.7%)	P 0.1023
Consumo de sustancias	1 (2%)	0	1(2%)	P 0.1183
Violencia intrafamiliar	0	0	0	

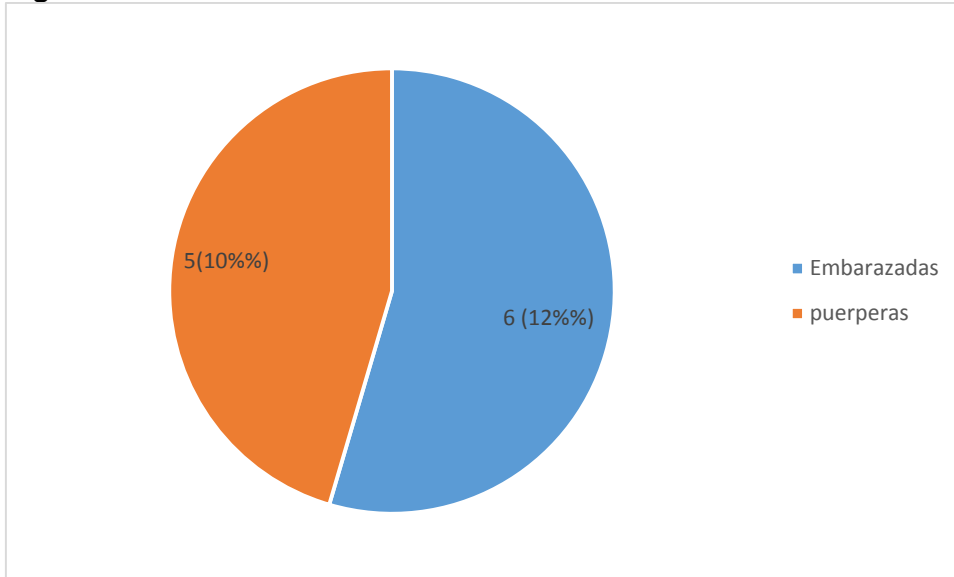
Fuente. Cédula datos 2023



Con respecto de ambos grupos de mujeres se identificó a través de la escala de depresión Edimburgo 11(24%). se encontraban en etapa de puerperio 5(10%). Se observó diferencias estadísticamente significativas  $p < 0.0428$  (Ver figura 3)

Presento las mujeres: de 11(24 %) con la frecuencia se identificó de ambos grupos presento depresión

**Figura 3**



Fuente. Cédula de datos 2023.

## V. Discusión.

En la actualidad se sabe que la depresión es una problemática frecuente, tanto para la población en general, por situaciones vividas durante 3 años de una pandemia, sin embargo, la afectación en depresión en mujeres embarazadas y en postparto sigue siendo un punto importante a nivel mundial.

En un estudio de investigación realizado por la Federación de Ginecología y Obstetricia<sup>25</sup> donde estudiaron un número de 717 pacientes, con la escala de Edimburgo, un 14.9% de las pacientes presentaron síntomas depresivos. Cifra similar a nuestro estudio en pacientes embarazadas (14 %); no así en la etapa de puerperio (22%); con diferencia notable en este último grupo.

En Brasil se realizó un estudio asociando la depresión con factores de riesgo en pacientes de primer nivel, con una muestra de 123 pacientes que se encontraban en la etapa del puerperio las dos primeras semanas y a los 6 meses, con una edad de 36 a 46 años, mostrando que no existe asociación tan significativa en la edad ya que refieren que mientras más edad adulta se presenta el embarazo siendo un factor protector para síntomas depresivos. La asociación entre factores de riesgo, estado civil, mostró que las mujeres divorciadas tienen mayor asociación ( $p < 0.0001$ ). En lo referente a escolaridad en puerperio tienen un nivel escolar básico e incluso incompleto como un nivel superior completo con una frecuencia de (52.03%). También mencionan que la ocupación mostró una asociación significativa con un valor mayor a riesgo de depresión ( $p < 0.004$ ), de las embarazadas que

se encuentran sin un empleo que las pacientes embarazadas que tienen un empleo ( $p < 0.05$ ).<sup>26</sup>

En nuestro estudio la edad se observó que la mayor frecuencia estuvo representada por el grupo de 18 a 22 años. Sin embargo, la depresión fue mayor en el grupo de 25 a 41 años tanto en la etapa de embarazo y posparto.

Otra investigación realizada en diciembre del 2022 por 4 instituciones diferentes estado de la República Mexicana,<sup>28</sup> llevado a cabo por médicos y psiquiatras con una muestra de 106 embarazadas, que obtuvieron un promedio de edad de 26 años (con un rango de 12 a 46 años), el resultado concuerda con nuestro estudio ya que en ambos casos hubo adolescentes embarazadas. Cifras similares se encontraron relación con un estado civil en unión libre (65%), nivel escolar (38%), y ocupación al hogar (80%).

En Brasil en la clínica prenatal, que se encuentra en San Paulo, realizaron el estudio, que lleva a presentar riesgo de depresión durante el embarazo en la atención prenatal de riesgo habitual, durante el 2021, donde miden la variable sociodemográfica, económica y obstétrica, teniendo como resultado que estadísticamente no presentan asociación con riesgo a depresión en el embarazo. También mencionan que la variable de ocupación mostró una asociación significativa con un valor mayor a riesgo de depresión ( $p = 0.004$ ), de las embarazadas que se encuentran sin un empleo que las pacientes embarazadas que tienen un empleo ( $p < 0.05$ ).<sup>27</sup>

Teniendo que la muestra estudiada se encontraba en el tercer trimestre de embarazo con un promedio de 34.2 semanas, con un rango máximo de 41 semanas de gestación (88.0%), en cuanto a los antecedentes obstétricos, refiere el estudio que predominan las pacientes multíparas (66.7%), con antecedentes de números de partos (38.3%) y con abortos previos (20%). Sin embargo, a comparación de los resultados obtenidos en nuestra investigación, vemos que si existe una correlación en las semanas gestacionales que se encuentren nuestras pacientes embarazadas.

No encontramos consumo de sustancias, saben que puede haber malformaciones. Suspender el consumo puede haber

Existen estudios donde la violencia se ha visto es un factor de riesgo de gran importancia para presentar síntomas depresivos en las pacientes. Sin embargo, en nuestro estudio, del total de pacientes, ninguna presentó algún tipo de violencia, es probable que no se ha identificado, ya que a las mujeres le cause incomodidad al hablar de este tema así mismo se ven estigmatizadas en diferentes ámbitos.

El miedo de trabajo de parto o resolución del embarazo es inicio a que las pacientes puedan presentar estrés, miedo por las complicaciones que pueden surgir, en este estudio el total de las mujeres presentaron miedo, al iniciar el trabajo de parto, sin importar la edad, semanas de gestación, previamente allí tenido hijos.

Sin embargo, algunos factores de riesgo biológicos como los antecedentes ginecoobstétricos, mostraron asociación con depresión. Por lo que se requiere continuar con esta línea de investigación e identificar oportunamente, sensibilizar al equipo médico, dando prioridad a la capacitación, con la finalidad que en el primer nivel de atención primaria en la salud mental y evitar un subdiagnosticado.

## **V. Conclusiones.**

En el presente estudio se cumplieron los objetivos se identificó la frecuencia de depresión en un grupo de mujeres en etapa de embarazo y puerperio así como asociar factores sociodemográficos, gineco-obstétricos y psicosociales con la presencia de depresión. Con base a estos resultados se pudo construir un perfil de las mujeres en estas etapas con síntomas depresivos, Tener el promedio de edad de 25 años, con un estado civil de unión libre, escolaridad nivel básico, ocupación al hogar, semanas de gestación, numero de gestación, embarazo deseado, sin aborto, antecedente de depresión, consumo de sustancias, miedo a trabajo de parto, violencia familiar.

Es de importancia tomar en cuenta que el instrumento de la escala Edimburgo es un instrumento que se plante ya utilizar para detectar depresión en las pacientes que se encuentren en cualquier etapa prenatal o posteriormente a la etapa del puerperio.

Se sugiere continuar con la aplicación del instrumento de Edimburgo a todas las pacientes que acuden para su control de embarazo ya que es un instrumento de tamizaje corto de fácil aplicación.

En virtud de que nuestra área de acción como médicos familiares es el primer nivel, uno de los ejes de acción son acciones integrales con enfoque de riesgo y preventivo resulta fundamental incidir en dichas acciones por línea de vida y detectar oportunamente los trastornos afectivos y en su caso brindar un tratamiento oportuno y en su caso referir, es menester trabajar con equipo interdisciplinario e interprofesional como parte del seguimiento de las pacientes con diagnóstico de depresión y promoción de la salud mental.

## VI. Bibliografía.

- 1.- Maldonado Duran MJ. Salud Mental Perinatal, Organización Panamericana de la salud. 2019.
- 2.- La Sección Española de la Sociedad Marcé: impulsando la Salud Mental Perinatal. 2011; 50–4
- 3.-Minsal Santiago, Guia clínica depresion en personas de 15 año y mas, Ministerio de salud 2013
- 4.- krausopf vania, velenzuela paula. Publishing Ethics Resource Kit. Revista Médica Clínica Las Condes [Internet]. Elsevier.com. [citado el 22 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.journals.elsevier.com/revista-medica-clinica-las-condes>
- 5.-Arraras J. I. Manrique E. la percepción de la depresión y su tratamiento, An. Sist. Sanit. Navar. 2019, Vol. 42, Nº 1, enero-abril
- 6.- Cerecero-García D, Macías-González F, Arámburo-Muro T, Bautista-Arredondo S. Síntomas depresivos y cobertura de diagnóstico y tratamiento de depresión en población mexicana. Salud Pública México [Internet]. 2020; 62 (6,v-Dic):840–50. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.21149/11558>
- 7.-[https://www.gob.mx/salud/prensa/008-en-mexico-3-6-millones-de-personas-adultas-padecen depresión](https://www.gob.mx/salud/prensa/008-en-mexico-3-6-millones-de-personas-adultas-padecen-depresion)
- 8.- Martínez Paredes Jhon Freddy, Jacacome Pérez Nathalia, Depresión en el embarazo. Revista colombiana de psiquiatría, 4:58–65, 2019.
- 9.- Ayala Gómez E. A. Depresión Embarazo y el Posparto, síntomas, Epidemiología, Tratamiento vol 27.2017.
- 10.- Dembowski, P. N., & Borghero, D. F. (Eds.). *Protocolo de Detección de la Depresión durante el Embarazo y Posparto, y Apoyo al Tratamiento*.2014.
11. Martínez-Paredes, J. F., & Jácome-Pérez, N. Depresión en el embarazo. *Revista Colombiana de Psiquiatría (English Ed)*, 48(1), 58–65.2019 <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2017.07.003>.
- 12.- *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Asociación Americana de Psiquiatría. 2014 [www.psych.org](http://www.psych.org)
13. Dra. Solís Solano Mariana, DR Pineda Mejía Ana, Dra. Chacón Madrigal Joselyn, abordaje clínico y manejo de la depresión posparto, revista sinergia, vol 4, num 6, junio 2019, pp90-99.
- 14.- Shelton R. Management of major depressive disorders following failure of antidepressant treatment. *Primary Psychiatry*. 2017; 12:73–82.
- 15: Prevención, diagnóstico y manejo de la depresión prenatal y posparto en el primero y segundo niveles de atención. México: Secretaría de Salud; actualización 2021.

16.- Norma Oficial Mexicana nom-007-ssa2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida

17.- registro del estado civil de las personas Jorge fernandez ruiz

<https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/7/3100/5.pdf>

**18.- Fajardo German Enrique, Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.**

[https://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013#gsc.tab=0](https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013#gsc.tab=0)

19.- REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE INVESTIGACION PARA LA SALUD, Última reforma publicada DOF 02-04-2014, [https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg\\_LGS\\_MIS.pdf](https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf)

20.- Marcos R, Rodríguez M, Izquierdo N, Olivares M, Soto C. Depresión perinatal: rentabilidad y expectativas de la intervención preventiva. Clínica y Salud. 2019; 28:49-52

21.- Rausopf Vania, Valenzuela Paula, depresión perinatal: detección, diagnóstico y estrategias de tratamiento. Rev. Med. Clin. Condes-2020:31(2) 139-149

<https://www.journals.elsevier.com/revista-medica-clinica-las-condes>

22.- 5.-Arraras J. I. Manrique E. la percepción de la depresión y su tratamiento, An. Sist. Sanit. Navar. 2019, Vol. 42, N° 1, enero-abril

23-122.En México, do de cada 10 mujeres presentan depresión durante el embarazo o después del parto, secretaria de salud, [www.gob.mx](http://www.gob.mx).

24. Contreras Carreto Nilson A. Villalobos Gallegos Luis, análisis epidemiológico de la depresión perinatal, vol.90 no 1 ciudad de México ene/feb. 2022.

25. Ibarra Gussi Pamela María, Treviño Villarreal Paulina, Santiago Sabrina Leopoldo, depresión posparto: prevalencia y factores de riesgo asociados en un muestra de población Mexicana. Ginecol Obstet México 2023;91, (4); 227-240.

26. Marciana Fernandes-Moll, Aldo Matos factores asociados con la depresión postparto en un área urbana, vol.22no69Murcina ene.2023 Epub 20-mar-2023.

**27. Riesgo de depresión durante el embarazo en la atención prenatal de riesgo habitual,**

<https://doi.org/10.1590/1518-8345.6463.3962>

**28. Ibarra Gussi Pamela María, Treviño Villarreal Paulina, Santiago Sabrina Leopoldo, depresión posparto: prevalencia y factores de riesgo asociados en un muestra de población Mexicana. Ginecol Obstet México 2023;91, (4); 227-240.**

## VIII. ANEXOS.

### ANEXO 1

#### CRONOGRAMA

MES/AÑO	Octubre 2021	Noviembre 2021	Diciembre 2022	Febrero 2022	Marzo 2022	Abril 2022	Mayo 2022	Junio 2022	Julio 2022	Agosto 2022	Septiembre 2022	Octubre 2022	Noviembre 2022	Enero 2023	Febrero 2023	Marzo 2023	Abril 2023	Mayo 2023	Junio 2023	Julio 2023	Agosto 2023	
ACTIVIDADES																						
Búsqueda de información	■	■	■																			
Búsqueda y revisión bibliográfica				■	■	■	■	■	■	■	■											
Diseño del proyecto de investigación												■	■	■	■	■	■					
Solicitud y obtención de permisos																		■				
Aplicación de encuesta e instrumento edimburgo																			■	■		
Análisis e interpretación de datos inicial																						■
Análisis e interpretación de datos final																						■
Presentación y Difusión de resultados																						■

## ANEXO 2

### CÉDULA DE DATOS

#### Sociodemográficos

Edad	
Estado civil	
Escolaridad	
Ocupación	

#### Antecedentes Gineco-Obstétricos

Embarazo deseado/planeado	Si ( )	NO( )
Número de gestas		
Abortos		
Semanas de gestación.		
Control prenatal (consultas)		
Miedo al inicio de trabajo de parto.	Si( )	NO( )
Sentimientos que le genera el embarazo		

#### Antecedentes Psicosociales

Antecedente depresión.	Si( )	NO( )
Consumo de sustancias	Si( )	NO( )
Tipo		
Violencia familiar	Si ( )	NO( )
Quién la ejerce		
Miedo al inicio de trabajo de parto.	Si ( )	NO( )
Sentimientos que le genera el embarazo		

## ANEXO 3

### Cuestionario sobre depresión Postnatal Edimburgo (EPDS)

Nombre:  
Dirección:  
Fecha de nacimiento:  
Fecha de nacimiento del bebé:  
Teléfono:  
Expediente:

Instrucciones; Queremos saber cómo se siente si está embarazada o ha tenido un bebé recientemente. Marque la respuesta que más se acerque a como se ha sentido durante los últimos 7 días o meses.

- |  |   |
|--|---|
| <p>1.- He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>0) Tanto como siempre</li><li>1) No tanto ahora</li><li>2) Mucho menos ahora</li><li>3) No nada</li></ul>                         | <p>6.- Las cosas me han estado abrumando.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>0) No, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre.</li><li>1) No, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien.</li><li>2) Sí, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre</li><li>3) Sí, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto</li></ul> |
| <p>2.- He disfrutado mirar hacia delante.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>0) Tanto como siempre</li><li>1) Menos que antes</li><li>2) Mucho menos que antes</li><li>3) Casi nada</li></ul>   | <p>7.- Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>0) No, nunca</li><li>1) No con mucha frecuencia</li><li>2) Sí, a veces</li><li>3) Sí, la mayor parte del tiempo</li></ul>   |
| <p>3.- Cuando las cosas ha sido mal me he culpado a mí misma innecesariamente.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>0) No nunca</li><li>1) No con mucha frecuencia</li><li>2) Sí, a veces</li><li>3) Sí la mayor parte del tiempo</li></ul> | <p>8.-Me he sentido triste o desgraciada.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>0) No, nunca</li><li>1) No con mucha frecuencia</li><li>2) Sí, a veces</li><li>3) Sí, la mayor parte del tiempo</li></ul>   |
| <p>4.- He estado nerviosa o inquieta sin tener motivo.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>0) No, nunca</li><li>1) Casi nunca</li><li>2) Sí, a veces</li><li>3) Sí, con mucha frecuencia</li></ul>   | <p>9.-Me he sentido tan desdichada que he estado llorando.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>0) No, nunca</li><li>1) Solo ocasionalmente</li><li>2) Sí, bastante a menudo</li><li>3) Sí, la mayor parte del tiempo</li></ul>  |
| <p>5.- He sentido miedo o he estado asustada sin tener motivo.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>0) No, nunca</li><li>1) No, no mucho</li><li>2) Sí, a veces</li><li>3) Sí, bastante</li></ul>   | <p>10. Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>0) Nunca</li><li>1) Casi nunca</li><li>2) A veces</li><li>3) Sí, bastante a menudo.</li></ul>   |

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.
--



## ANEXO 4. CONSENTIMIENTO

Ciudad de México a      de      2023

### Consentimiento Informado

sra. ...., de ..... años de edad y con expediente .....Manifiesto que he leído y entendido la hoja de información que se me ha entregado, que he hecho las preguntas que me surgieron sobre el proyecto de investigación con el título **“Factores de riesgo asociados a la Depresión en el embarazo y puerperio de las mujeres adscritas al Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana, SSCDMX en el periodo 2023.”**Y que he recibido información suficiente sobre el mismo. Comprendo que mi participación es totalmente voluntaria, que puedo retirarme del estudio cuando quiera sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

-----

Nombre y Firma

## ANEXO 4. OFICIOS DE AUTORIZACIÓN

Ciudad de México 12 de Mayo del 2023

ASUNTO: Autorización para desarrollo de proyecto

M.E.S.P. María Magdalena Zamora Zepeda  
Encargada de la Jefatura de Unidad de AT'N Medica  
del Centro De Salud "DR. JOSÉ CASTRO VILLAGRANA"

Por medio de la presente me dirijo a usted de la manera más atenta para solicitar su autorización, para la realización del protocolo de investigación de título **"Factores de riesgo asociados a la Depresión en el embarazo y puerperio de las mujeres adscritas al Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana, SSCDMX en el periodo 2023."** El propósito de esta investigación es identificar los factores de riesgo a desarrollar depresión a la población embarazada y puerperio que asiste al Centro de Salud.

Solicito su autorización para contar con el acceso a la base de datos epidemiológicos y consultorios para la aplicación de instrumento Edimburgo de depresión de embarazo y post-parto, encuesta. El protocolo fue revisado por mi asesor Dr. Jesús Aurelio Cruz Martínez, la Dra. Consuelo González Salinas, Profesora Titular del Curso de Especialidad en Medicina Familiar.

Sin otro particular, agradezco la atención que le brinde a la presente solicitud.

Cinthia De Gaona Chávez  
Residente de tercer año  
Curso de Especialización en Medicina Familiar  
Sede Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana

ccp. Dra. Patricia Flores Huitron, Coordinadora de Enseñanza  
ccp. Dra. Consuelo González Salinas, Profesora Titular



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA  
DE SALUD



Ciudad de México a 5 de junio 2023

ASUNTO: Autorización

**Cinthia De Gaona Chávez**  
**Residente de tercer Año**  
**Curso de Especialización en Medicina Familiar**  
**P r e s e n t e**

En relación a su escrito donde solicita se le autorice llevar a cabo la realización del protocolo de investigación de título **“Factores de riesgo asociados a la Depresión en el embarazo y puerperio de las mujeres adscritas al Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana, SSCDMX en el periodo 2023**, le informo que no existe ningún inconveniente en que lleve a cabo dicha actividad, solicitándole tenga a bien dirigirse con su asesor responsable, la Dra. Consuelo González Salinas.

Sin otro particular, reciba un cordial saludo.

Atentamente

M.E.S.P. María Magdalena Zamora Zepeda  
Encargada de la Jefatura de Unidad de ATÍN Medica  
del Centro De Salud “DR. JOSÉ CASTRO VILLAGRANA”



