



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**DELEGACIÓN BAJA CALIFORNIA**

**JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS**

**COORDINACION DE PLANEACION Y ENLACE INSTITUCIONAL**

**COORDINACION AUXILIAR DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 18**

**PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN**

**“Prevalencia de depresión postparto en una unidad de primer nivel de atención”**

**Autor e idea original:**

**Cinthy Mora Aguilar**

**Investigador responsable:**

**Dra. Erika Armenta Inzunza**

**Asesor temático y metodológico:**

**Dra. Erika Armenta Inzunza**

## Índice

TÍTULO .....	3
IDENTIFICACION DE LOS INVESTIGADORES .....	4
RESUMEN .....	5
MARCO TEÓRICO.....	7
ANTECEDENTES .....	12
JUSTIFICACIÓN .....	14
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	15
OBJETIVOS .....	16
OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	16
HIPOTESIS .....	17
HIPÓTESIS DE TRABAJO .....	17
HIPÓTESIS NULA .....	17
MATERIAL Y MÉTODOS.....	18
MÉTODO .....	20
Análisis estadístico .....	21
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES .....	32
ASPECTOS ÉTICOS .....	35
RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD.....	36
RECURSOS:.....	36
Financiamiento: será financiado por los recursos propios del investigador .....	36
BIOSEGURIDAD.....	37
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES .....	37
Referencias bibliográficas: .....	38
ANEXOS .....	43

## **TÍTULO**

**“Prevalencia de depresión postparto en una unidad de primer nivel de atención”**

## IDENTIFICACION DE LOS INVESTIGADORES

**Nombre:** Dra. Cinthya Mora Aguilar

**Adscripción:** UMF N°18

**Matricula:** 97023517

**Teléfono:** 6671 50 23 70

**Correo:** [cinthya.mora2303@gmail.com](mailto:cinthya.mora2303@gmail.com)

**Nombre:** Dra. Erika Armenta Inzunza

**Adscripción:** UMF N°18

**Matricula:** 99263370

**Teléfono:** 6642286367

**Correo:** [erika.armentai@imss.gob.mx](mailto:erika.armentai@imss.gob.mx)

## **RESUMEN**

**Título:** Prevalencia de depresión postparto en una unidad de primer nivel de atención

**Investigador principal:** Dra. Cinthya Mora Aguilar

**Asesor metodológico y temático:** Dra. Erika Armenta Inzunza.

**Antecedentes:** La depresión posparto es un trastorno mental afectivo severo, que afecta hasta al 56 % de las mujeres latinas residentes en México y Estados Unidos durante los primeros cuatro meses tras el nacimiento de su bebé. Tiene un pico máximo en el primer mes, incluso puede durar hasta el año después del parto, debido al gran cambio que se produce con la llegada de un niño, con síntomas depresivos típicos: tristeza, sentimientos de desesperanza y de minusvalía, insomnio, pérdida de apetito, lentitud de movimientos, pensamientos recurrentes de muerte, síntomas físicos varios y ansiedad elevada entre otros.

**Objetivos:** Determinar la Prevalencia de depresión postparto en una en la Unidad de Medicina Familiar No. 18, Tijuana, B.C. ”

**Material y métodos:** Previa autorización de los Comités de investigación y ética en investigación, se realizará un estudio descriptivo, transversal de prevalencia; se llevará a cabo en la Unidad de Medicina Familiar No. 18, del Instituto Mexicano del Seguro Social, durante el periodo de marzo-Julio 2022. Se utilizará la escala de depresión perinatal Escala de Edimburgo (EPDS). Esta encuesta comprende diez reactivos que exploran los síntomas comunes de un episodio o trastorno depresivo mayor o menor, que haya ocurrido quince días anteriores a su aplicación. También se realizará otro cuestionario sociodemográfico para contextualizar el espacio muestral con variables como: edad, ocupación, estado civil, número de gestas, escolaridad, tipo de parto, embarazo deseado o no deseado.

Se realizará análisis estadístico utilizando pruebas estadísticas descriptivas, porcentajes y frecuencias de los datos obtenidos de acuerdo con las variables sociodemográficas.

Se procesarán los daros con el programa estadístico SSPS versión 21

**Resultados:** Se reunieron 207 pacientes, de las cuales 22 resultaron con puntaje en Escala de Edimburgo mayor a 10. Se encontró una prevalencia de depresión postparto del 10.6% por debajo de lo reportado a nivel nacional 19.9%.

**Conclusión:** Los resultado de este estudio nos permiten visualizar la presencia de esta enfermedad que muchas veces es subdiagnosticada e incluso pasa desapercibida para muchos profesionales de la salud, nos permitirá trabajar, capacitar al personal de los servicios de salud para la detección, manejo y derivación oportuna a segundo nivel.

**Palabras clave:** mujer, depresión, postparto, prevalencia.

## MARCO TEÓRICO

En el año 2015, el número total de personas con depresión a nivel mundial superó los 300 millones, lo cual se estimó en una prevalencia del 4.4%, siendo más común en mujeres (5.1%) que en hombres (3.6%).<sup>1</sup>

El apoyo social es un elemento crítico para el desarrollo de un cuadro depresivo, cuya ausencia no sólo parece estar relacionada con la aparición sino además con la recurrencia de esta patología, siendo un facilitador en la transición de la mujer hacia la maternidad. Se señala que las intervenciones desde el apoyo social pueden impedir que una angustia inicial evolucione a un cuadro depresivo. Además, existe una relación entre la depresión posparto y la funcionalidad familiar. Las parejas y las madres de las mujeres son las personas identificadas como principal fuente de apoyo.<sup>2</sup>

Durante el postparto, las mujeres son más susceptibles a desarrollar o exacerbar algún trastorno psiquiátrico debido a que la madre se encuentra en un periodo estresante, con grandes cambios a nivel hormonal y emocional, asociado a la responsabilidad que conlleva la maternidad.<sup>3</sup>

La depresión posparto es una enfermedad que impacta negativamente al entorno familiar. La OMS afirma que 20 a 40% de mujeres padecen depresión durante el embarazo o postparto en países en desarrollo.<sup>4</sup>

La Asociación Americana de Psicología (APA) define PPD como "un grave problema de salud mental caracterizado por un prolongado período de perturbación emocional, que ocurre en un momento de cambio de vida y que implica mayores responsabilidades en el cuidado del recién nacido".<sup>5</sup>

La depresión posparto se define como la depresión que inicia dentro de los primeros 12 meses posterior al parto, presentando síntomas diarios por al menos 2 semanas, cumpliendo los mismos criterios diagnósticos que la depresión que la paciente no embarazada ni en posparto.<sup>6</sup>

La depresión posparto es un trastorno mental afectivo severo, que afecta hasta al 56 % de las mujeres latinas residentes en México y Estados Unidos durante los primeros cuatro meses tras el nacimiento de su bebé. Tiene un pico máximo en el primer mes, incluso puede durar hasta el año después del parto, debido al gran cambio que se produce con la llegada de un niño, con síntomas depresivos típicos: tristeza, sentimientos de desesperanza y de minusvalía, insomnio, pérdida de apetito, lentitud

de movimientos, pensamientos recurrentes de muerte, síntomas físicos varios y ansiedad elevada entre otros.

Tiene una prevalencia de 10 a 15 % a nivel mundial, la cual se observa más en puérperas por primera vez y en adolescentes<sup>7</sup>

La depresión posparto es frecuente y constituye un grave problema de salud para las mujeres y sus familias. En la última década, la prevalencia de la depresión posparto ha aumentado y varía del 8,9% al 13%, como lo indican los estudios poblacionales a gran escala y las revisiones anteriores.<sup>8</sup> La prevalencia de PPD ha sido difícil de determinar debido a la diferencia de criterios para el momento de aparición utilizado por el DSM-IV y el utilizado por la mayoría de los estudios epidemiológicos.

La prevalencia también ha sido difícil de establecer debido a que las propias madres no lo reportan. Se ha estimado que solo el 20% de las mujeres que experimentan síntomas de PPD informan esos síntomas a su proveedor de atención médica.<sup>9</sup>

No es posible distinguir una única causa que explique la ocurrencia de DPP, a diferencia de otros trastornos psiquiátricos presentes en el embarazo y postparto los cuales han demostrado una relación muy fuerte en los aspectos biológicos, la DPP continúa siendo de etiología multifactorial. Diversos estudios han encontrado una mayor asociación de DPP en mujeres con antecedentes personales de baja autoestima, trastornos de la personalidad, depresión y depresión posparto previas, dificultades en las relaciones maritales, redes de apoyo insuficientes o pobres, antecedentes de eventos estresantes y en particular, cuadros ansiosos, depresivos y de estrés durante el embarazo.<sup>10</sup>

Los trastornos que se pueden observar mayormente son: depresión en otro embarazo o en el postparto anterior, los síntomas que aparecen en la gestación actual, tristeza intensa, ansiedad, llanto frecuente, cambios de humor, irritabilidad, sensación de agobio, alteración del sueño, estrés por la ausencia del padre de su hijo durante el embarazo, ausencia de pareja luego del nacimiento y falta de apoyo de los familiares.<sup>11</sup>

Aunque la causa de la depresión posparto no está clara, la predisposición hormonal, biológica, genética, social y psicológica. Estos factores se consideran de riesgo para todas las mujeres susceptibles<sup>12</sup>

El principal factor de riesgo conocido para la depresión posparto es una historia pasada de trastorno depresivo mayor, incluido el trastorno depresivo mayor o el trastorno depresivo mayor fuera del período perinatal. También se han informado como factores de riesgo la ansiedad perinatal, la paridad, el conflicto conyugal, la falta percibida de apoyo de la pareja, los eventos de vida estresantes o adversos, el embarazo no planificado y los resultados adversos del embarazo / parto.<sup>13</sup>

Los síntomas que se incluyen en la depresión mayor postparto abarcan desde; sentimiento de tristeza, sin esperanza durante todo el día, sensación de pérdida del interés o placer, disminución o pérdida del apetito, insomnio o hipersomnia, percepción de inquietud o enlentecimiento en sus actividades, fatiga, pérdida de energía durante el día, desatención de las actividades importantes, ideas suicidas, pensamientos de muerte sin un plan estructurado.<sup>14</sup>

Los sentimientos de desesperanza en casos graves de enfermedad pueden amenazar la vida y llevar al suicidio, es un factor que causa el 20% de las muertes maternas en el curso posterior al parto. Además, se han reportado temas como el miedo a dañar al bebé (36%), el débil apego al bebé (34%) e incluso, en casos extremos, intentos de suicidio infantil.<sup>15</sup>

La heredabilidad de la PPD es aproximadamente del 50%, lo que significa que la mitad de la variación fenotípica observada en la PPD se debe a la variación genética. Esto es más alto que la heredabilidad del TDM (32%), lo que sugiere que el DPP puede ser un subtipo de depresión más homogéneo.<sup>16</sup>

La prueba más utilizada, recomendada y validada internacionalmente para el tamizaje de la DPP es la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo (EPDS); Los estudios sobre la validez de la EPDS como prueba diagnóstica señalan diferencias en los valores de sensibilidad, especificidad, valores predictivos, tipo de población, tamaño de muestra, puntos de corte e instrumentos diagnósticos utilizados como referencia.<sup>17</sup>

La depresión post parto tiene un impacto secundario en el bebé a través de la discapacidad materna. Por ejemplo, la depresión materna puede conducir a una interacción deficiente entre la madre y el niño y un apego interrumpido. Se ha descubierto que los hijos de mujeres con DPP tienen problemas para dormir y comer, así como dificultades de comportamiento.<sup>18</sup>

Existe controversia en relación con el papel de la depresión posparto y el abandono de la lactancia materna. Estudios de cohorte han mostrado que las pacientes sin depresión a los seis meses del parto presentan una tasa de lactancia mayor. En este mismo sentido, se ha señalado que los niveles bajos de lactancia materna exclusiva predisponen a presentar depresión posparto.<sup>19</sup>

El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) recomienda que los proveedores de atención obstétrica examinen a las pacientes en busca de síntomas de depresión y ansiedad al menos una vez durante el período perinatal y también realicen una evaluación completa del estado de ánimo y el bienestar emocional durante la visita integral de posparto<sup>20</sup>. Abordar tanto la depresión como la ansiedad posparto en una etapa temprana puede ayudar a reducir la gravedad y la cronicidad de los síntomas, así como el impacto en la salud y el desarrollo del niño. El conocimiento de los factores que influyen en el riesgo de desarrollar depresión y ansiedad posparto puede ayudar a la detección temprana.<sup>21</sup>

Muchas mujeres decidirán suspender la medicación antidepresiva al descubrir un embarazo. Para las mujeres con un trastorno menor, esta puede ser una opción sensata, pero aquellas con depresión recurrente de moderada a grave tienen un riesgo significativo de recurrencia durante el embarazo.<sup>22</sup>

La psicoterapia, como la terapia cognitiva conductual, se recomienda como tratamiento de primera línea para depresión post parto leves a moderadas debido a la rápida eficacia, falta de efectos adversos, efectos sobre la madre y el bebé, y ningún impacto sobre la lactancia materna. Inhibidores selectivos de la serotonina, particularmente sertralina y citalopram, son recomendados debido a efectos mínimos en amamantamiento.<sup>23</sup>

Los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) son los antidepresivos más usados para tratar madres con DPP que amamantan. Probablemente, el más empleado es sertralina, pero el citalopram también es una buena opción. Se desconoce la duración óptima del tratamiento antidepresivo de la DPP. No obstante, la recomendación habitual es mantener la terapia por al menos 12 meses. Si por algún motivo se desea abreviar el período de tratamiento, se aconseja prolongarlo hasta después de verificados otros cambios hormonales.<sup>24</sup>

Uno de los fármacos que se han considerado para el tratamiento de la depresión es la ketamina. La ketamina es un N-metil-D-aspartato (NMDA) antagonista del receptor y se considera un medicamento anestésico accesible y económico. La ketamina tiene un rápido efecto antidepresivo en muchos pacientes resistentes al tratamiento, aunque su nivel y estabilidad de respuesta no es predecible. Algunos estudios han informado una disminución de los síntomas de depresión dos horas después de la administración intravenosa de ketamina en dosis bajas con un efecto de dos semanas<sup>25</sup>.

El uso de oxitocina sintética (SynOT) intraparto es una práctica muy utilizada junto con la anestesia epidural. Al administrar SynOT aumentan los niveles de OT plasmáticos, generando una desensibilización de receptores inhibiendo la retroalimentación positiva. Existiendo controversias de sus efectos en la conducta materna en el postparto.<sup>26</sup> Desde la sanidad pública se tiene que actuar responsablemente para frenar su avance y mitigar las consecuencias personales, familiares y socioeconómicas que de ella se derivan. Se requiere una mayor implicación e inversión en prevención, adecuando los protocolos de actuación de nuestros hospitales a las recomendaciones internacionales). Es importante insistir en que tanto la depresión prenatal como la depresión posparto son trastornos temporales con tendencia a la *cronicidad*. Pese a que sin tratamiento sus síntomas y consecuencias pueden prolongarse durante semanas, meses o incluso años, se estima que sólo un 23% de las mujeres afectadas reciben asistencia psicológica.<sup>27</sup>

## ANTECEDENTES

Se realizó un estudio de metaanálisis realizado a partir de la inquietud por estimar la prevalencia global de depresión post parto, así como identificar los factores que pudieran estar asociados a esta. En este metaanálisis se utilizaron solamente estudios de mujeres publicados en idioma inglés entre 1985 y 2015, este metaanálisis contiene cuatro veces más estudios, 22 veces más mujeres y datos de 36 países. El objetivo principal de este estudio es estimar la prevalencia de depresión post parto tanto a nivel mundial como por país y explorar si las metodologías divergentes o las disparidades de salud, la economía, los factores sociodemográficos o la política son factores que explican las diferencias entre países en la depresión post parto, se incluyeron 296, 284 mujeres de 291 estudios, la prevalencia combinada global de depresión post parto fue del 17.7%. Las estimaciones nacionales de depresión post parto oscilaron entre el 3,1% en Singapur y el 37,7% en Chile. El metaanálisis sugirió que había una heterogeneidad significativa en la prevalencia de PPD entre países. <sup>28</sup>

Otro estudio realizado de tipo transversal basado en instituciones y con un tipo de muestreo de conveniencia no probabilístico con un tamaño de muestra de 122 durante el periodo del 22 de febrero del 2016 al 22 de Marzo de 2016 el objetivo de este era evaluar la prevalencia de depresión post parto y los factores asociados entre las mujeres posparto que asisten en Fana, Etiopía Oriental. Este estudio encontró una prevalencia de depresión post parto una semana después del parto fue del 13,11%. Un 2,46% informó que el embarazo reciente no era deseado y el apoyo de la pareja se percibió como inadecuado por el 19% de los encuestados y la cesárea fue del 38,52%. Casi todos, el 95,90% amamantan exclusivamente a sus lactantes y menores enfermedades habían ocurrido al 13,11% de los lactantes. Otros factores encontrados fueron bebé prematuro 5,74%, mala satisfacción con la atención médica 22,13%, antecedentes familiares de trastornos mentales. <sup>29</sup>

Un estudio tuvo como objetivo investigar la prevalencia de depresión, ansiedad y estrés percibido en mujeres mexicanas posparto durante la pandemia de COVID-19 en un hospital de nivel terciario. El estudio incluyó a 293 mujeres posparto de 4 a 12

semanas mayores de 18 años. fueron aplicados diferentes cuestionarios como la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EPDS), el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado Rasgo (T-STAI) y la Escala de Estrés Percibido Diez (PSS-10), que son todos cuestionarios validados para la población mexicana, se calcularon la prevalencia y los intervalos de confianza (IC) del 95%. La prevalencia (IC del 95%) de los síntomas de depresión posparto fue del 39,2% (34-45%). Se encontraron síntomas de ansiedad en el 46,1% (32-43%) de los participantes, y el estrés percibido moderado y alto se encontró en el 58% (52-64) y el 10,9% (7,8-15) de los participantes. La prevalencia de síntomas depresivos, ansiedad generalizada y estrés percibido fue mayor entre las mujeres mexicanas posparto durante el brote de COVID-19 que antes del encierro. <sup>30</sup>

## **JUSTIFICACIÓN**

La depresión es la morbilidad psiquiátrica más habitual durante el embarazo y en la etapa posparto. Los trastornos depresivos continúan siendo un problema de salud pública que han aumentado durante las últimas décadas, ya que, según la Organización Mundial de la Salud, alrededor de 300 millones de personas en el mundo son afectadas por la depresión, especialmente la población femenina, y alrededor del 20 al 40% de mujeres desarrollan depresión durante el embarazo, o en el posparto, en los países en vías de desarrollo.

Es sabido que incluso muchas pacientes pueden llegar a padecer depresión post parto sin estar conscientes de ello, ya que algunos síntomas se presentan de manera “inesperada” o sin razón aparente.

En estudios realizados se encontró que existen factores que pueden predisponer a nuestra paciente a desarrollar depresión post parto como son los abortos previos, embarazo adolescente, ser madre soltera, historia de trastornos afectivos, historia de abuso sexual, etc. Incluso se ha estudiado que el inicio de la depresión puede ser antes del parto y prolongarse hasta un año después del nacimiento.

De ahí surge la inquietud por determinar la prevalencia de esta enfermedad ya que como médicos familiares somos la primera línea de atención para nuestras pacientes y si se implementan estrategias que nos ayuden a identificar síntomas en nuestras pacientes podemos mejorar la calidad de vida de estas y brindarles un manejo especializado correcto.

Dentro de este proyecto de investigación se realizará el estudio de las pacientes embarazadas que acudan a vigilancia prenatal en la unidad.

Algunas de las debilidades de este trabajo sería el poco apego que la paciente pudiera tener a su control prenatal, así como el que se nieguen a compartir sus experiencias.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La depresión postparto es una enfermedad que impacta negativamente al entorno familiar. Para su diagnóstico a los episodios de depresión mayor iniciados en el proceso de gestación o postparto se les denomina con el especificador "con inicio en el periparto".

La OMS afirma que 20 a 40% de mujeres padecen depresión durante el embarazo o postparto en países en desarrollo.

En diferentes regiones de México se han reportado cifras de esta patología, en un estudio realizado en este país se encontró una prevalencia de 21.7% de sintomatología depresiva en el último trimestre de gestación.

Se han investigado factores que pudieran predecir la enfermedad encontrándose asociación entre tristeza materna y antecedentes de hijos muertos, episodios de depresión y alteraciones en el sueño, trastornos médicos durante el embarazo, enfermedad del neonato, no contar con apoyo de su pareja, antecedentes de depresión y nivel educativo primario o inferior se asociaron al desarrollo de depresión postparto, nacimiento mediante cesárea y no tener apoyo familiar se asociaron al riesgo de depresión postparto.

De aquí surge la inquietud por conocer ¿Cuál es la prevalencia de depresión postparto en la UMF No? 18 de Tijuana B.C?

## **OBJETIVOS**

Determinar la prevalencia de depresión post parto en mujeres que acuden a atención en la unidad de medicina familiar No. 18 en Tijuana B.C

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Identificar pacientes con sintomatología depresiva durante la etapa postparto.

Determinar variables sociodemográficas como: edad, escolaridad, ocupación, estado civil, número de gestas, escolaridad, tipo de parto, embarazo deseado o no deseado.

## **HIPOTESIS**

### **HIPÓTESIS DE TRABAJO**

No aplica

### **HIPÓTESIS NULA**

No aplica

## MATERIAL Y MÉTODOS

**Clasificación del estudio:** Descriptivo, transversal.

**Enfoque:** cuantitativo, cualitativo

**Lugar:** Unidad de Medicina Familiar No. 18, IMSS, Circuito de los Carlos, El laurel, 26725 Tijuana B.C

**Periodo:** Enero-mayo 2022

**Población:** Mujeres con diagnóstico de etapa post parto, adscritas en la unidad de medicina familiar No. 18 en la ciudad de Tijuana B.C

**Universo:** 1685 mujeres con diagnóstico de etapa post parto en la UMF 18, Tijuana B.C

**Tipo de muestra:** No probabilística, por muestra dirigida.

**Tamaño de la muestra:** Para determinar el tamaño de la muestra, se realizará un cálculo de muestra sobre la base de una población (N) pacientes, con un nivel de confianza de 95% ( $Z=1,96$ ). La muestra se estimará siguiendo una distribución normal y será calculada según la fórmula para la estimación en una población finita en base a la prevalencia de depresión en mujeres con al menos un hijo menor de 5 años según ENSANUT 2012 la cual es de 19.9% <sup>31</sup>.

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 * p * q * N}{(N - 1) E^2 + Z_{\alpha/2}^2 * p * q}$$

Donde:

- N=Total de la población
- $Z_{\alpha/2}^2=1.96^2$ (seguridad es del 95%)
- p= 19.9% prevalencia de mujeres con depresión postparto (p=0,19)
- q= 1-p (1-0.19= 0.81)
- E=error absoluto (5%)

Fórmula:

$$n = \frac{(1.96)^2 \times 0.19 \times 0.81 \times 1685}{(1685-1) \times 0.5^2 + 1.96^2 \times 0.19 \times 0.81}$$

$$n = \frac{3.84 \times 0.19 \times 0.81 \times 1685}{(1684) \times 0.0025 + 3.84 \times 0.19 \times 0.81}$$

$$n = 207$$

$$n = \frac{995.7}{4.8}$$

$$n = 207$$

Si reemplazamos los datos de la fórmula y con el total de pacientes, se obtiene el tamaño de la muestra que será de 207 pacientes.

**Criterios de inclusión:** Mujer entre 18-39 años en etapa post parto que acuda a la consulta de seguimiento en el periodo de marzo-junio 2022.

**Criterios de exclusión:** pacientes que cuenten con diagnóstico previo de enfermedades psiquiátricas.

**Criterios de eliminación:** pacientes que no contesten correctamente los cuestionarios aplicados o falta consentimiento informado incompleto.

**Consentimiento informado:** a todas las pacientes se les solicitará que brinden su consentimiento informado por escrito.

## **MÉTODO**

Previa autorización de los Comités de investigación y ética en investigación, se realizará un estudio descriptivo, transversal de prevalencia; se llevará a cabo en la Unidad de Medicina Familiar No. 18, del Instituto Mexicano del Seguro Social, localizada en Circuito de los Carlos, Calle Rene S/N, Colonia El laurel, CP 22253, en Tijuana, B.C.

Se solicitará el consentimiento y apoyo por parte de las pacientes en etapa postparto adscritas a la UMF. No 18.

Para la selección de las pacientes que participarán en este protocolo se tomarán en cuenta los criterios de inclusión antes mencionados. Se solicitará a las pacientes que cuenten con los criterios de inclusión mientras se encuentren en las salas de espera para la consulta, explicándoles el protocolo que se realizará y se solicitará la firma del consentimiento informado.

Se utilizará la escala de depresión perinatal Escala de Edimburgo (EPDS). En el año 2000 esta escala fue validada para población mexicana con un estudio realizado en el Instituto Nacional de Perinatología. Se trata de un instrumento ampliamente utilizado, validado para la patología emocional que busca detectar y para el grupo al cual se dirige, validado para la población mexicana y con estudios realizados en el INPerIER que corroboran su validez e incluso determinan el punto de corte de mayor equilibrio. Esta encuesta comprende diez reactivos que exploran los síntomas comunes de un episodio o trastorno depresivo mayor o menor, que haya ocurrido quince días anteriores a su aplicación. Cada reactivo se califica de 0 a 3 puntos acorde con la severidad o duración. Una mujer que obtiene un puntaje de 12/13 o superior muy probablemente sufra depresión en el período anterior al parto. A partir de los datos, se sugiere que disminuir el límite a un puntaje de 9/10 puede aumentar la detección de los síntomas de la DPP. También se realizará otro cuestionario sociodemográfico para contextualizar el espacio muestral con variables como: edad, ocupación, estado civil, número de gestas, escolaridad, tipo de parto, embarazo deseado o no deseado.

### **Análisis estadístico**

Se realizará análisis estadístico utilizando pruebas estadísticas descriptivas, porcentajes y frecuencias de los datos obtenidos de acuerdo con las variables sociodemográficas.

Se procesarán los datos con el programa estadístico SSPS versión 21.

## Resultados

Se reunieron 207 pacientes, de las cuales 22 resultaron con puntaje en Escala de Edimburgo mayor a 10.

### Fórmula para prevalencia puntual:

$$P = C / N \times 100$$

**Donde:**

P= Prevalencia

C= número de pacientes con DPP

N= población

**Sustituyendo:**

$$P = 22 / 207 \times 100$$

$$P = 10.6\%$$

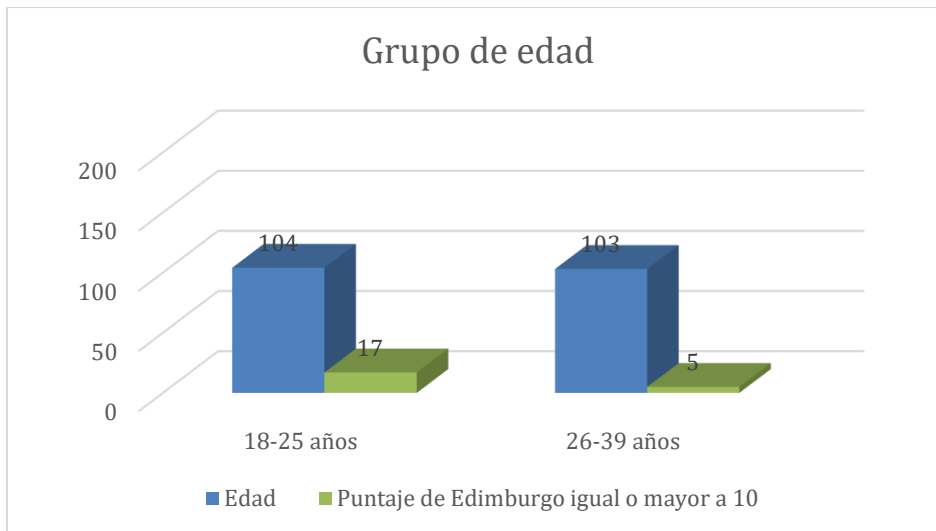
**La prevalencia de tamizaje positivo para depresión postparto para el periodo de marzo a julio de 2022 fue de 10.6%** (se estableció un punto de corte 10 o más puntos en la Escala de Edimburgo).

A continuación, se describe cada una de las variables:

### Edad materna:

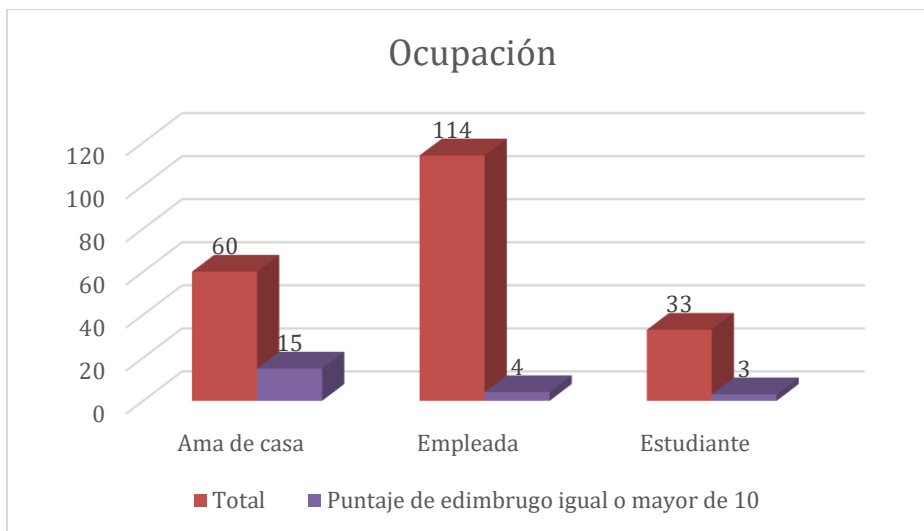
En cuanto a la edad materna predominó el grupo de 18-25 años con 104 pacientes (50.2%). (Tabla 1)

Edad	n=	Puntaje de Edimburgo igual o mayor a 10
18-25 años	104 (50.2%)	17
26-39 años	103	5
Total	207	22



Ocupación: 114(55.07%) eran empleadas, las pacientes con puntaje mayor a 10 se encontraron en el grupo de ama de casa. (Tabla 2)

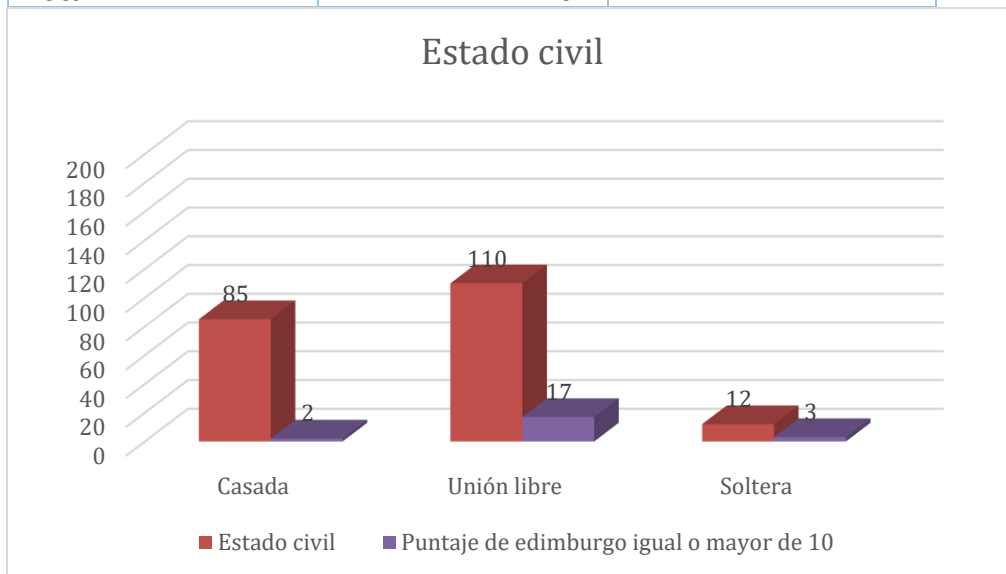
Ocupación	n=	Puntaje de Edimburgo igual o mayor a 10
Ama de casa	60	15
Empleada	114(55.07%)	4
Estudiante	33	3
<b>Total</b>	<b>207</b>	<b>22</b>



## Estado civil

En relación con el estado civil, el grupo mayoritario fue el de unión libre con 17 pacientes con puntaje de Edimburgo igual o mayor de 10 (8.2%). Las pacientes casadas se reportaron con un puntaje de Edimburgo mayor a 10 en 0.96%, mientras que las mujeres solteras obtuvieron un puntaje mayor a 10 en la escala de Edimburgo en 1.44% (Tabla 3)

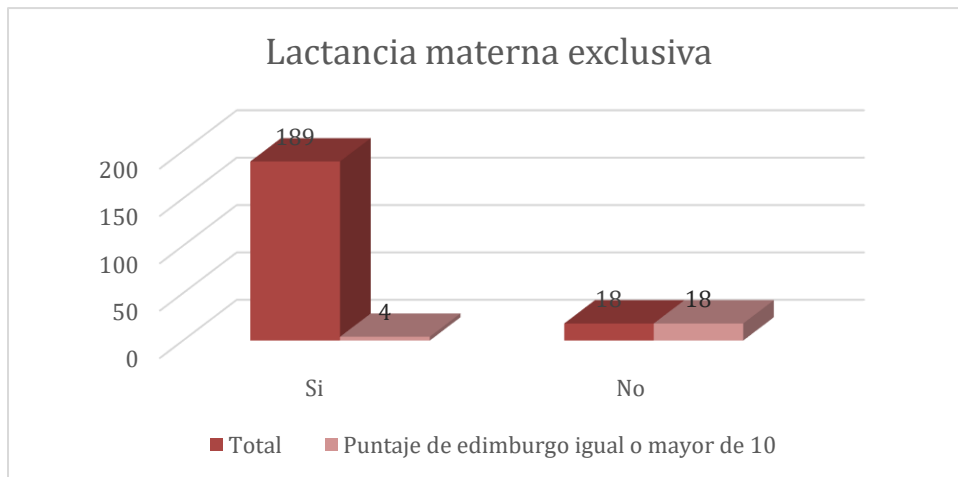
Estado civil	n=	Puntaje de Edimburgo igual o mayor de 10
<b>Casada</b>	85	2
<b>Unión libre</b>	110	17
<b>Soltera</b>	12	3
<b>Total</b>	207	22



### Lactancia materna exclusiva (LME)

En cuanto a lactancia materna exclusiva se encontró que el grupo que no la practicaba obtuvo un puntaje de Edimburgo igual o mayor a 10 en 8.6%, la cantidad de pacientes con puntaje en Escala de Edimburgo mayor a 10 fue de 4 en el grupo de aquellas que la practicaban. (Tabla 4)

Lactancia materna exclusiva	n=	Puntaje de Edimburgo igual o mayor de 10
Si	189	4
No	18	18
<b>Total</b>	<b>207</b>	<b>22</b>



Dentro de la sintomatología o padecimientos se indagaron intencionadamente los siguientes:

En cuanto al miedo se encontró que en 51 pacientes este síntoma estuvo presente y de estas 19 pacientes obtuvieron un Puntaje de Edimburgo igual o mayor de 10 (9.1%), en comparación con aquellas donde el miedo estuvo ausente, 3 presentaron un puntaje de Edimburgo igual o mayor a 10 (1.44%).

Miedo (Tabla 5)

Miedo	n=	Puntaje de Edimburgo igual o mayor de 10
Presente	51	19
Ausente	156	3
<b>Total</b>	<b>207</b>	<b>22</b>

Mientras para ansiedad al menos 44 pacientes la presentaron y de estas 20 pacientes obtuvieron un puntaje de Edimburgo igual o mayor a 10 (9.6%). En cuanto a ansiedad ausente 2 pacientes obtuvieron un puntaje de Edimburgo igual o mayor de 10 (1.44%).

Tabla 6

Ansiedad	n=	Puntaje de Edimburgo igual o mayor de 10
Presente	44	20
Ausente	163	2
<b>Total</b>	<b>207</b>	<b>22</b>

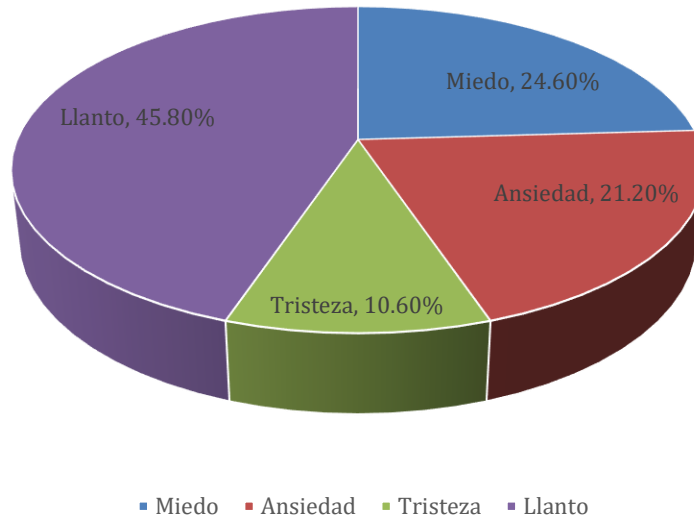
La tristeza se encontró presente en 22 pacientes, de las cuales 10 obtuvieron un puntaje de Edimburgo igual o mayor de 10. Mientras que ante la ausencia de este síntoma solo una paciente obtuvo un puntaje de Edimburgo igual o mayor a 10. Tabla 7.

Tristeza	n=	Puntaje de Edimburgo igual o mayor de 10
Presente	22	21
Ausente	185	1
<b>Total</b>	<b>207</b>	<b>22</b>

El llanto es un síntoma que se encontró presente en 95 pacientes de las cuales 20 obtuvieron un puntaje de Edimburgo mayor o igual a 10, al igual que la tristeza este síntoma estuvo ausente en 112 pacientes y solo 2 obtuvo un puntaje de Edimburgo igual o mayor a 10. Tabla 8

Llanto	n=	Puntaje de Edimburgo igual o mayor de 10
Presente	95	20
Ausente	112	2
<b>Total</b>	<b>207</b>	<b>22</b>

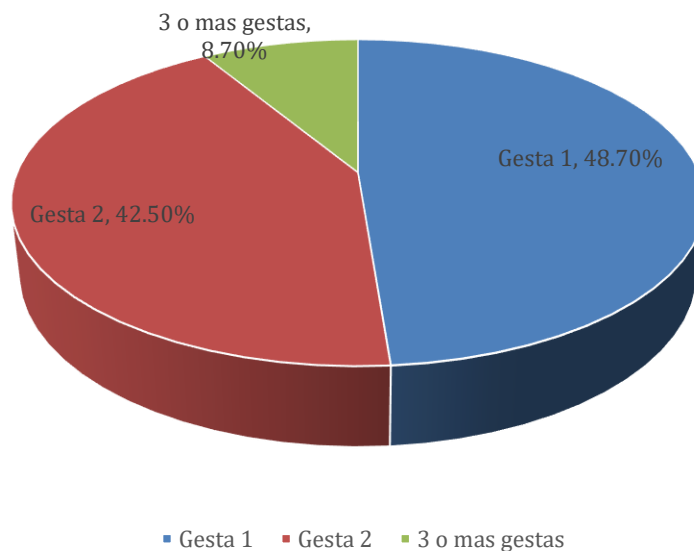
### Síntomas



Se encontró que de 101 pacientes primigestas, 17 obtuvieron un puntaje de Edimburgo igual o mayor a 10, en cuanto a las pacientes Gesta 2 solo 1 paciente obtuvo puntaje de Edimburgo mayor a 10 así como en el grupo con 3 o más gestas solo 4 obtuvieron un puntaje de Edimburgo igual o mayor de 10. Tabla 9

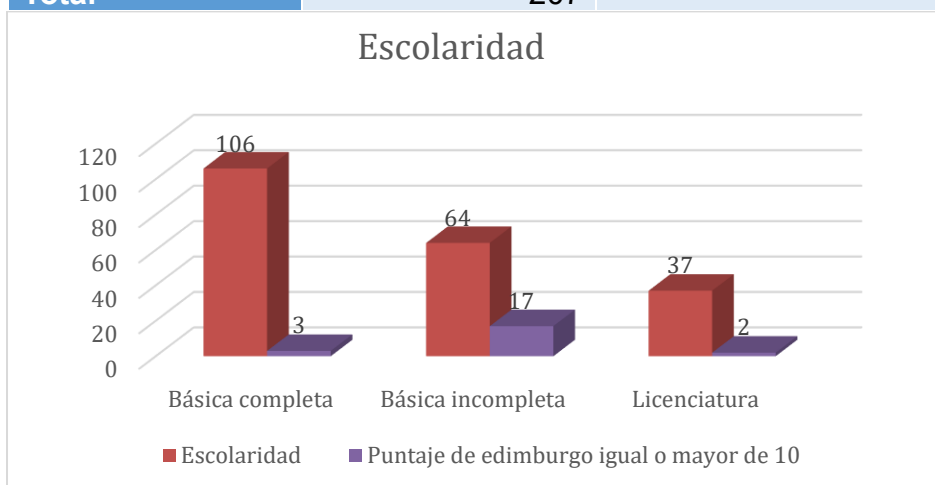
No. De gestas	n=	Puntaje de Edimburgo igual o mayor de 10
Gesta 1	101	17
Gesta 2	88	1
3 o más gestas	18	4
<b>Total</b>	<b>207</b>	<b>22</b>

### Numero de gestas



En cuanto a escolaridad, 106 pertenecieron al grupo de las pacientes con escolaridad básica completa de las cuales 3 obtuvieron un puntaje de Edimburgo igual o mayor a de 10. No siendo muy diferente 37 pacientes del grupo con Licenciatura 2 obtuvieron un puntaje de Edimburgo igual o mayor a 10, finalmente 64 pacientes contaban con básica incompleta solamente 17 presentaron puntaje de Edimburgo igual o mayor a 10. Tabla 10

Escolaridad	n=	Puntaje de Edimburgo igual o mayor de 10
Básica completa	106	3
Básica incompleta	64	17
Licenciatura	37	2
<b>Total</b>	<b>207</b>	<b>22</b>



### Tipo de parto

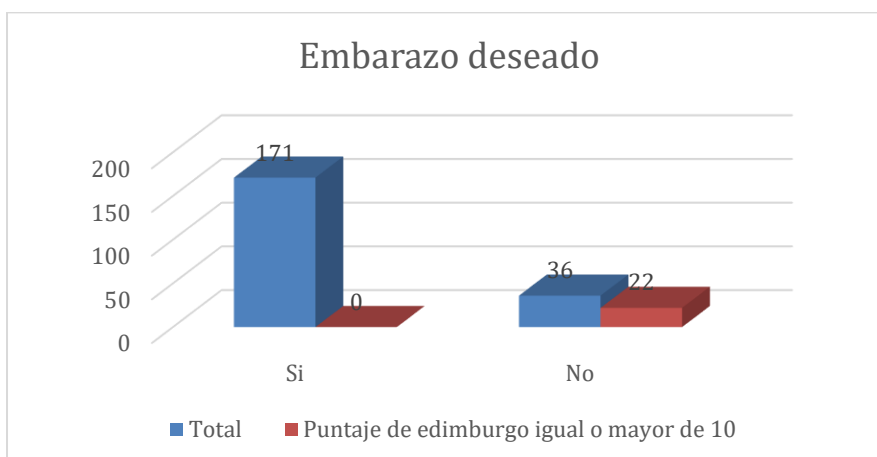
Se encontró el predominio de nacimiento vía cesárea en 116 pacientes de las cuales 18 obtuvieron un puntaje de Edimburgo igual o mayor a 10, mientras que para el grupo de parto natural solo 4 obtuvieron puntaje de Edimburgo igual o mayor a 10 (1.93%) Tabla 11

Tipo de parto	n=	Puntaje de Edimburgo igual o mayor de 10
Cesárea	116	18
Natural	91	4
<b>Total</b>	<b>207</b>	<b>22</b>



De las 207 pacientes entrevistadas, 171 afirmaron que su embarazo fue deseado, sin embargo 36 pacientes mencionaron que su embarazo no fue deseado y 22 de estas pacientes obtuvieron un puntaje de Edimburgo igual o mayor de 10. Tabla 12

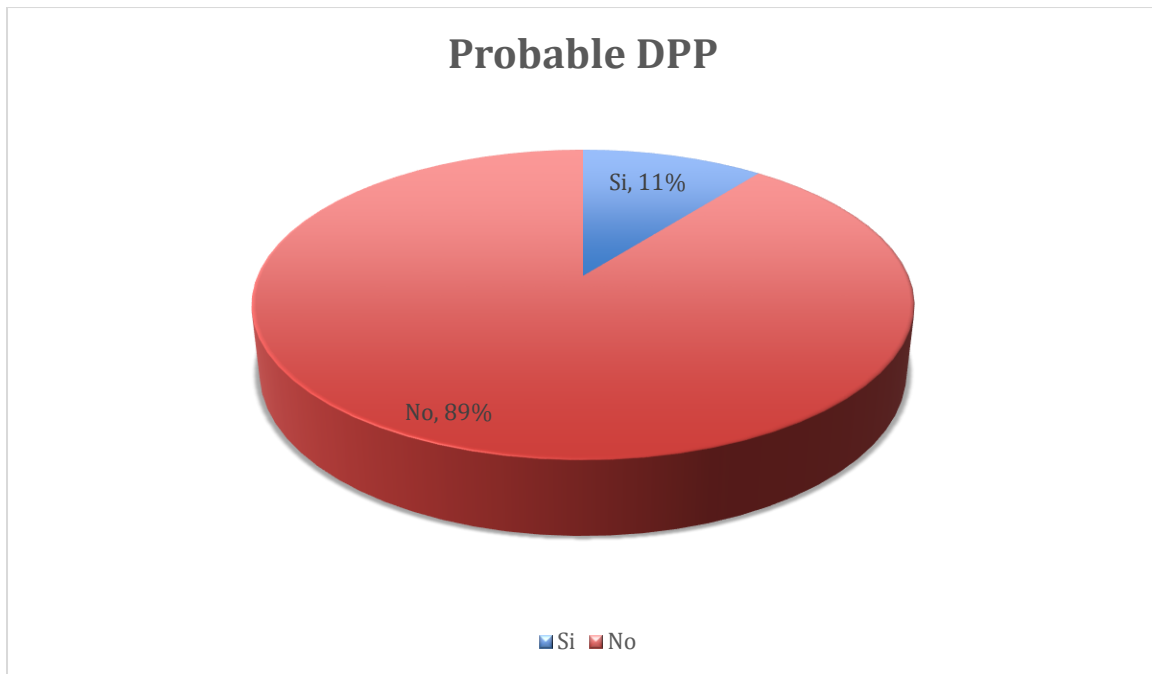
Embarazo deseado	n=	Puntaje de Edimburgo igual o mayor de 10
Si	171	0
No	36	22
<b>Total</b>	<b>207</b>	<b>11</b>



En cuanto a la presencia o no de probable depresión postparto, tomando como definición operacional mujeres que obtengan puntuación de 10 o más puntos en la escala de depresión posnatal de Edimburgo al menos 22 pacientes resultaron positivas para tamizaje de DPP.

Siendo el puntaje mínimo de 10 y el máximo de 14, con una media de 12 puntos.  
Tabla 13

Probable depresión post parto	n=	Puntaje de Edimburgo igual o mayor de 10
<b>Si</b>	22	22
<b>No</b>	185	0
<b>Total</b>	207	22



## Discusión

El objetivo principal de este estudio fue la medición de la prevalencia de depresión postparto en una unidad de primer nivel de atención y plasmar las características sociodemográficas en las pacientes que finalizaron su embarazo, se encontró una prevalencia de depresión postparto del 10%, por debajo de lo reportado a nivel nacional 19.9%.

La edad materna entre 18-25 años fue la predominante, aunque con escasa diferencia del grupo de 26-39 años.

En cuanto a las debilidades de este estudio fue la poca disponibilidad de tiempo para realizar una entrevista más completa e indagar sobre factores de riesgo para poder realizar una asociación, aunque cuenta con información importante y nos brinda una visión general de este problema de salud.

El estudio actual puede sentar un precedente para realizar otras líneas de investigación que ayuden a realizar un análisis a las enfermedades de salud mental de las madres e incluso antes del parto para evitar desenlaces fatales y agravamiento de esta enfermedad.

## Conclusión

Los resultados de este estudio nos permiten visualizar la presencia de esta enfermedad que muchas veces es subdiagnosticada e incluso pasa desapercibida para muchos profesionales de la salud, nos permitirá trabajar, capacitar al personal de los servicios de salud para la detección, manejo y derivación oportuna a segundo nivel para complementación diagnóstica y tratamiento multidisciplinario.

Ante la pandemia COVID-19 se encontró un aumento significativo de la prevalencia de la enfermedad debido al poco o nulo acceso a servicios de salud, así como el confinamiento y la falta de interacción social que perduro por al menos 2 años.

Es importante mencionar que se requiere mayor cantidad de estudios e intervenciones para poder establecer pautas en cuanto al diagnóstico y tratamiento oportuno.

## OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición Conceptual	Tipo De Variable	Escala	Definición Operacional
Edad	Tiempo Que Ha Vivido Una Persona, Desde Su Nacimiento.	Cuantitativa Discreta	Razón Ordinal	18-25 Años 26-39 Años
Ocupación	Actividad O Trabajo Que Realiza	Cualitativa Politómica	Nominal	1)Ama De Casa 2)Estudiante 3)Empleada
Estado Civil	Es La Situación De Las Personas Físicas Determinada Por Sus Relaciones De Familia, Provenientes Del Matrimonio O Del Parentesco	Cualitativa Politómica	Nominal	1)Soltera 2)Casada 3)Divorciada 4)Unión Libre 5)Viuda

Lactancia Materna Exclusiva	Alimentación Con Leche Materna Hasta Las 6 Meses De Edad	Cualitativa	Dicotómica	1) Presente 2) Ausente
Miedo	Alteración del ánimo que produce angustia ante un peligro o un eventual perjuicio, ya sea producto de la imaginación o propio de la realidad	Cualitativa	Dicotómica	1)Presente 2)Ausente
Ansiedad	Estado emocional consistente en reacciones de miedo ó aprensión anticipatorios de peligro ó amenazas, acompañados de activación del sistema nervioso autónomo	Cualitativa	Dicotómica	1)Presente 2)Ausente
Tristeza	Sentido de desesperanza injustificado o justificado	Cualitativa	Dicotómica	1)presente 2)ausente
Llanto	Derramamiento de lágrimas que por lo general se lleva a cabo junto a sollozos y quejidos	Cualitativa	Dicotómica	1)presente 2)ausente
Depresión post parto	Mujeres que obtengan puntuación de 10 o más puntos en la escalad de depresión posnatal de Edimburgo	Cuantitativa	Nominal	1) Si 2) No

Numero de gestas	Número de embarazos que ha cursado	Cuantitativa Discreta	Razón Ordinal	Gesta 1 Gesta 2 3 o más gestas
Escolaridad	Nivel de educación obtenido después de determinado número de años de educación y el grado obtenido	Cualitativa Politémica	Ordinal	1)ninguna 2)básica incompleta 3)básica completa 4)licenciatura 5)carrera técnica
Tipo de parto	Forma en la que el producto fue obtenido	Cualitativa dicotómica	Nominal	1)natural 2)Cesárea
Embarazo deseado no deseado	El embarazo que cursa fue deseado o no	Cualitativa Ordinal dicotómica	Nominal	1)si 2)no

## **ASPECTOS ÉTICOS**

Este protocolo se apega a la declaración de Helsinki promulgada por la Asociación Médica Mundial (AMM) con los siguientes principios:

Este protocolo de investigación promoverá y velará por la salud, bienestar y derechos de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica.

La investigación médica que se realizara está sujeta a normas éticas que sirven para proteger su salud y sus derechos individuales.

Para tomar parte en un proyecto de investigación, todos los individuos deben ser participantes voluntarios e informados.

Siempre será resguardada la intimidad de usted como paciente, la confidencialidad de su información para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física y mental y su personalidad

Esta investigación se ajusta de acuerdo con lo establecido en la Ley General de Salud (LGS) en Materia Investigación para la Salud en el Título Primero, capítulo Único, Artículos 10 al 60, Título Segundo Capítulo I, Artículos 13 al 23, Capítulo III, Artículos 34 al 36, Título Sexto, Capítulo Único, Artículo 113 al 120.

Le solicitare a cada participante acepte participar en el protocolo mediante la firma de un consentimiento informado.

En este estudio no se realizarán intervenciones en los pacientes que pudieran afectar su integridad, el único beneficio será conocer la prevalencia de depresión post parto.

Los datos personales, así como las escalas recabadas serán confidenciales y salvaguardadas por el investigador responsable.

El protocolo de investigación se someterá a revisión para su aprobación por el Comité de Investigación en Salud y Ética en Salud, se concordó a las normas e instrucciones del Instituto Mexicano del Seguro Social, en materia de investigación científica.

## **RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD**

### **RECURSOS:**

**Humanos:** Dra. Erika Armenta Inzunza, asesor temático y metodológico, quien vigilará la elaboración del protocolo, durante todo el proceso y registro de este

Dra. Cinthya Mora Aguilar Médico Residente de primer año de la especialidad en medicina familiar, investigadora principal quien realizará el protocolo, recolección de datos, análisis e interpretación y redacción de informe final.

**Físicos:** Los consultorios, la sala de espera, aula de enseñanza para realización de estudio, apoyo por parte del departamento de enseñanza y dirección de la unidad de medicina familiar No. 18; el muestreo se realizará dentro de la unidad de medicina familiar No. 18.

**Financiamiento:** será financiado por los recursos propios del investigador

**Factibilidad:** Este protocolo es posible de realizar ya que se cuenta con los recursos humanos y físicos para su adecuado desarrollo, el financiamiento será posible por la disposición de los investigadores, también es importante mencionar que dentro de los derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 18 se cuenta con pacientes con diagnóstico de post parto lo cual hace posible la investigación.

## BIOSEGURIDAD

Este protocolo de investigación no presenta aspectos de seguridad.

## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Fase/fecha	Junio 2021 a septiembre 2021	Noviembre- febrero 2022	Marzo-junio 2022	Noviembre 2022- Septiemrbe 2022	Octubre 2023
Realización de protocolo					

Registro de protocolo en SIRELCIS					
Recolección de datos					
Resultados					
Discusión					
Presentación de tesis					

### Referencias bibliográficas:

1. Gaytán-Jiménez E, García-Vargas G, Gaytán-Hernández D, Rosales-González M, Reyes-Hernández H, Sánchez-Armáss C, et al. Sintomatología depresiva, estrés y funcionamiento familiar en madres adultas del norte de México. Acta univ [Internet] 2019 [citado 30 de mayo de 2021]; 29. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0188-62662019000100157&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-62662019000100157&lng=es)

2. Contreras-García Y, Sobarzo P, Manríquez- Vidal C. Caracterización del apoyo social percibido durante el posparto y la presencia de depresión materna. *Rev cubana Obstet Ginecol* [Internet] 2017 [citado 30 de mayo de 2021]; 43 (1). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2017000100006&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2017000100006&lng=es)
3. Araya S, Barrantes I. Trastornos psiquiátricos frecuentes en el periodo post parto. *RMS* [internet] 2020 [citado 30 de mayo de 2021]; 5 (12). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2020/rms2012i.pdf>
4. Romero D, Orozco LA, Ybarra JL, Gracia BI. Sintomatología depresiva en el post parto y factores psicosociales asociados. *Rev Chil Obstet Ginecol*. [Internet] 2017 [citado 30 de mayo de 2021]; 82(2): 152-162. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262017000200009&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262017000200009&lng=es)
5. Zaidi F, Nigam A, Anjum R, Agarwalla R. Postpartum depression in women: a risk factor analysis. *J Clin Diagn Res* [internet] 2017 [citado 30 de Mayo 2021]; 11(8): QC13-QC16. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5620853/pdf/jcdr-11-QC13.pdf>
6. Villegas N, Paniagua A, Vargas JA. Generalidades y diagnóstico de la depresión posparto. *RMS* [internet] 2019; 4 (7). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2019/rms197c.pdf>
7. González-González A, Casado-Méndez PR, Molero-Segrera M, Santos-Fonseca R, López-Sánchez I. Factores asociados a depresión posparto. *Arch Med Camaguey* [internet] 2019; 23 (6). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medicocamaguey/amc-2019/amc196h.pdf>
8. Walker AL, Rooij SR, Dimitrova MV, Witteveen AB, Verhoeven CJ, et al. Psychosocial and peripartum determinants of postpartum depression: Findings from a prospective population-based cohort. The ABCD study. *Comprehensive Psychiatry* [internet] 2021 [citado 30 de mayo de 2021]; 108. Disponible en: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0010440X21000171?token=8656BF43651B4747042EBB8AAA1CCDECA85972FAA61746950045D6C97C2ACC9BCBF3930F1F9068D7FB73D193479AEC93&originRegion=us-east-1&originCreation=20210531025729>
9. Anokye R, Acheampong E, Budu-Ainooson A, Obeng E, Gymah A. Prevalence of postpartum depression and interventions utilized for its management. *Ann*

- Gen Psychiatry [internet] 2018 [citado 30 de Mayo 2021]; 17 (18): 1-8. Disponible en: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1186/s12991-018-0188-0.pdf>
10. Malpartida MK. Depresión postparto en atención primaria. RMS [internet] 2020 [citado 30 de mayo de 2021]; 5 (2). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2020/rms202e.pdf>
  11. Ceriani-Cernadas JM. Depresión postparto, los riesgos y su temprana detección. Arch Argent Pediatr [internet] 2020 [citado 30 de mayo de 2021]; 118 (3): 154-155. Disponible en: <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2020/v118n3a01.pdf>
  12. Goweda R, Metwally T. Prevalence and associated risk factors of postpartum depression: a cross sectional study. Arch Clin Psychiatry [internet] 2020; 47 (4): 106-109. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rpc/a/mBMJtdT5fnyKqzr5nzD89Yg/?lang=en&format=pdf>
  13. Guintivano J, Sullivan PF, Stuebe AM, Penders T, Thorp J, et al. Adverse Life Events, Psychiatric History, and Biological Predictors of Postpartum Depression in an Ethnically Diverse Sample of Postpartum Women. Psychol Med [internet] 2019 [citado 30 de Mayo 2021]; 48 (7): 1190-1200. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6792292/>
  14. Solís M, Pineda AL, Chacón J. Abordaje clínico y manejo de la depresión postparto. RMS [internet] 2019 [citado 30 de mayo de 2021]; 4 (6): 90-99. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2019/rms196j.pdf>
  15. Ghaedrahmati M, Kazemi A, Kheirabadi G, Ebrahimi A, Bahrami M. Postpartum depression risk factors: a narrative review. J Educ Health Promot [internet] 2017 [citado 30 de Mayo 2021]; 6: 60. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5561681/>
  16. Guintivano J, Manuck T, Meltzer-Brody S. Predictor of postpartum depression: a comprehensive review of the last decade of evidence. Clin Obstet Gynecol [internet] 2018 [citado 30 de Mayo 2021]; 61 (3): 591-603. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6059965/>
  17. Macias-Cortes E, Lima-Gómez V, Asbún-Bojalil J. Exactitud diagnóstica de la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo: consecuencias del tamizaje en

- mujeres mexicanas. *Gac Med Mex*[internet]2020[citado 11 abril de 2021]; 156: 202-208. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/gmm/v156n3/0016-3813-gmm-156-3-202.pdf>
18. Hutchens BF, Kearney J. Risk factors for postpartum depression: An umbrella review. *JMWH* [internet] 2020 [citado 30 de mayo de 2021]; 65 (1): 96-108. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jmwh.13067>
19. Lugo Y, Guerrero RE, Lopez MJ. Depresión posparto como factor asociado al abandono de la lactancia materna. *Aten Fam* [internet] 2019; 23 (3): 90-94. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/atefam/af-2019/af193d.pdf>
20. Bauman B, Ko J, Cox S, D'Angelo D, Warner L, et al. Vital signs: postpartum depressive symptoms and provider discussions about perinatal depression United States 2018. *Morb Mortal Wkly Rep* [internet] 2020 [citado 30 de mayo de 2021]; 69 (19): 575-581. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7238954/>
21. Van der Zee-van den Berg A, Boonekamp M, Groothuis-Oudshoorn C, Reijneveld S. Postpartum depression and anxiety: a community-based study on risk factors before, during and after pregnancy. *Journal of Affective Disorders* [internet] 2021 [citado 30 de mayo de 2021]; 286: 158-165. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032721001968?via%3Dihub>
22. Cantwell R. Mental disorder in pregnancy and early postpartum. *Anaesthesia* [internet] 2021 [citado 30 de mayo de 2021]; 76 (s4): 76-83. Disponible en: <https://associationofanaesthetists-publications.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/anae.15424>
23. Scarff J. Use of brexanolone for postpartum depression. *Innov Clin Neurosci* [internet] 2019 [citado 30 de mayo 2021]; 16 (11-12): 32-35. Disponible en: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7006866/pdf/icns\\_16\\_11-12\\_32.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7006866/pdf/icns_16_11-12_32.pdf)
24. Jadresic E. Depresión Posparto En El Contexto Del Hospital General. *RMCLC* [internet]2017[citado 12 de noviembre de 2021]; 28 (6): 874-880. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864017301426>
25. Alipoor M, Loripoor M, Kazemi M, Farahbakhsh F, Sarkoobi A. The effect of ketamine on preventing postpartum depression. *JML* [internet] 2020[citado 30

- de mayo de 2021]; 14 (1): 87-92. Disponible en: <https://medandlife.org/wp-content/uploads/15.-jml-2020-0116-interactive.pdf>
26. Contreras-García Y, Brito-Valenzuela JM, Araneda-Cartes H, Manríquez-Vidal C, Fuentes-Vasconcello V, et al. Exposición a oxitocina sintética intraparto y riesgo de depresión post parto. *Rev Chil obstet ginecol* [Internet] 2019 [citado 30 de mayo de 2021]; 84(3): 196-207. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262019000300196&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262019000300196&lng=es)
27. Marcos-Nájera R, Rodríguez-Muñoz MF, Izquierdo-Méndez N, Olivares-Crespo ME, Soto C. Depresión perinatal: rentabilidad y expectativas de la intervención preventiva. *Clínica y Salud* [Internet]. 2017 [citado 11 de noviembre de 2021]; 28(2): 49-52. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-52742017000200049&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742017000200049&lng=es)
28. Hahn-Holbrook J, Cornwell-Hinrichs T, Anaya I. Economic and Health Predictors of National Postpartum Depression Prevalence: A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-Regression of 291 Studies from 56 Countries. *Front Psychiatry* [internet] 2018 [citado 30 de mayo de 2021]; 8 (248): 1-23. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2017.00248/full>
29. Shewangzaw A, Tadesse B, Ashani T, Misgana T, Shewasinad S. Prevalence of Postpartum Depression and Associated Factors among Postnatal Women Attending At Hiwot Fana Specialized University Hospital, Harar, East Ethiopia, 2015/2016. *Open Acc J Repro & Sexual Disord* [internet] 2018; 1 (1). Disponible en: [https://www.researchgate.net/profile/Tadesse-Misgana/publication/343650513\\_Prevalence\\_of\\_Postpartum\\_Depression\\_and\\_Associated\\_Factors\\_among\\_Postnatal\\_Women\\_Attending\\_At\\_Hiwot\\_Fana\\_Specialized\\_University\\_Hospital/links/5f364cb6a6fdcccc43c6a151/Prevalence-of-Postpartum-Depression-and-Associated-Factors-among-Postnatal-Women-Attending-At-Hiwot-Fana-Specialized-University-Hospital.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Tadesse-Misgana/publication/343650513_Prevalence_of_Postpartum_Depression_and_Associated_Factors_among_Postnatal_Women_Attending_At_Hiwot_Fana_Specialized_University_Hospital/links/5f364cb6a6fdcccc43c6a151/Prevalence-of-Postpartum-Depression-and-Associated-Factors-among-Postnatal-Women-Attending-At-Hiwot-Fana-Specialized-University-Hospital.pdf)
30. Suarez-Rico BV, Estrada-Gutiérrez G, Sánchez-Martínez M, Perichart-Perea O, Rodríguez-Hernández C, et al. Prevalence of Depression, Anxiety, and Perceived Stress in Postpartum Mexican Women during the COVID-19 Lockdown. *Int J Environ Res Public Health* [internet] 2021 [citado 30 de mayo

de 2021]; 18: 1-9. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/9/4627/htm>

## ANEXOS

### CONSENTIMIENTO INFORMADO



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

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

Nombre del estudio:	"Prevalencia de depresión postparto en una unidad de primer nivel de atención"
Patrocinador externo (si aplica):	
Lugar y fecha:	Tijuana, Baja California. 24 de noviembre de 2021
Número de registro institucional:	
Justificación y objetivo del estudio:	<p>Existen factores que pueden predisponer a nuestra paciente a desarrollar depresión post parto como son los abortos previos, embarazo adolescente, ser madre soltera, historia de trastornos afectivos, historia de abuso sexual, etc. Incluso se ha estudiado que el inicio de la depresión puede ser antes del parto y prolongarse hasta un año después del nacimiento.</p> <p>De ahí surge la inquietud por determinar la prevalencia de esta enfermedad ya que como médicos familiares somos la primera línea de atención para nuestras pacientes y si se implementan estrategias que nos ayuden a identificar síntomas en nuestras pacientes podemos mejorar la calidad de vida de estas y brindarles un manejo especializado correcto. El objetivo es determinar prevalencia de pacientes con depresión post parto en adscritas a la UMF. 18, Tijuana. B.C</p>
Procedimientos:	<p>Si desea participar se aplicarán dos encuestas las cuales nos ayudarán a conocer datos importantes para esta enfermedad, se realizará mientras usted se encuentre en sala de espera para ser atendido por su médico familiar, con un tiempo aproximado de 10 minutos para contestarla, dirigida a pacientes mayores de 18 años.</p>
Posibles riesgos y molestias:	<p>No representa algún riesgo a la salud.</p>
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	<p>Conocer la prevalencia es una primera aproximación para los médicos que atienden en la unidad para tener presente el diagnóstico e indagar sobre la patología a fin de diagnosticar oportunamente y por tanto un tratamiento. Como paciente será derivada con una copia de su test de diagnóstico para el tratamiento integral en la consulta de medicina familiar.</p>
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	<p>Se le informará de su resultado a la paciente y se derivará a MF. También se difundirán los resultados a las autoridades de la unidad y a la coordinación clínica para que se tomen las medidas que se consideren pertinentes de acuerdo con los resultados.</p>
Participación o retiro:	<p>Usted tiene el derecho de participar o retirarse cuando lo desee.</p>

Privacidad y confidencialidad:

Los datos obtenidos y los resultados del cuestionario serán estrictamente confidenciales.

**Declaración de consentimiento:**

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

No acepto participar en el estudio.

Si acepto participar y que se tome la muestra solo para este estudio.

Si acepto participar y que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros, conservando su sangre hasta por \_\_\_\_ años tras lo cual se destruirá la misma.

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

Investigadora o Investigador Responsable:

Dra. Erika Armenta Inzunza UMF 18

E-Mail: [erika.armentai@imss.gob.mx](mailto:erika.armentai@imss.gob.mx) Tel (664) 228 6367

Colaboradores:

Dra. Cinthya Mora Aguilar R1MF

E-Mail: [Cinthya.mora2303@gmail.com](mailto:Cinthya.mora2303@gmail.com) Tel (667) 1502370

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité Local de Ética de Investigación en Salud del CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, correo electrónico: [comité.eticainv@imss.gob.mx](mailto:comité.eticainv@imss.gob.mx)

Nombre y firma del participante

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

a

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

## Cuestionario Sobre Depresión Postnatal Edimburgo (EPDS)

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Su fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Bebé: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

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

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

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

#### Instrucciones de uso:

1. Se le pide a la madre que escoja la respuesta que más se asemeje a la manera en que se sintió en los 7 días anteriores.
2. Tienen que responder las diez preguntas.
3. Se debe tener cuidado y evitar la posibilidad de que la madre hable sobre sus respuestas con otras personas.
4. La madre debe responder la escala ella misma, a no ser que sus conocimientos del inglés sean limitados o que tenga problemas para leer.
5. La EPDS se puede usar entre las 6 y 8 semanas para evaluar a las mujeres en la etapa de post-parto. La clínica de pediatría, la cita de control de post-parto o una visita al hogar pueden ser oportunidades convenientes para realizarla.

#### Pautas para la evaluación:

A las categorías de las respuestas se les dan puntos de 0, 1, 2 y 3 según el aumento de la gravedad del síntoma. Los puntos para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 se anotan en orden inverso (por ejemplo, 3, 2, 1, 0)

Se suman todos los puntos para dar la puntuación total. Una puntuación de 10+ muestra la probabilidad de una depresión, pero no su gravedad. Cualquier número que se escoja que no sea el "0" para la pregunta número 10, significa que es necesario hacer evaluaciones adicionales inmediatamente. La puntuación de la EPDS está diseñada para asistir al juicio clínico, no para reemplazarlo. Se les harán evaluaciones adicionales a las mujeres antes de decidir el tipo de tratamiento.

Los usuarios pueden reproducir esta escala sin necesidad de obtener permisos adicionales siempre y cuando respeten los derechos de autor y citen los nombres de los autores, el título y la fuente del artículo en todas las copias que reproduzcan.

### Recolección de datos

Seleccione la opción correspondiente:

1. ¿Qué edad tienes?

Entre 18-25 años

Entre 26-39 años

2. ¿A qué te dedicas?

Ama de casa

Estudiante

Empleada

3. ¿Cuál es tu estado civil?

Soltera

Casada

Divorciada

Unión libre

Viuda

4. Numero de embarazos que has tenido

Solo uno

Solo 2

Mas de 3

5. ¿Hasta qué nivel estudiaste?

No estudie

Básica incompleta

Básica completa

Licenciatura

Carreta técnica

6. ¿Qué tipo de parto tuviste?

Natural

Cesárea

7. ¿Tu embarazo fue deseado?

Si

No

8. ¿Alimentas o alimentaste sólo con leche materna a tu bebé?

Si

No.