

**INSTITUTO DE SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA DEL ESTADO DE
BAJA CALIFORNIA DIRECCIÓN DE ENSEÑANZA Y VINCULACIÓN**

**HOSPITAL GENERAL DE TIJUANA DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA E
INVESTIGACIÓN**



Título de la investigación:

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DEPRESIÓN
POSTPARTO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
GENERAL TIJUANA**

Trabajo terminal para obtener el diploma de la especialidad en

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Presenta:

DRA. ARIANNA VELÁZQUEZ REZA

Tijuana, Baja California, México.

Febrero de 2023.

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE MEDICINA MEXICALI
COORDINACIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**



Título de la investigación:

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DEPRESIÓN
POSTPARTO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
GENERAL TIJUANA**

TRABAJO TERMINAL

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA ESPECIALIDAD EN

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA: **DRA. ARIANNA**

VELÁZQUEZ REZA

Mexicali, Baja California, México.

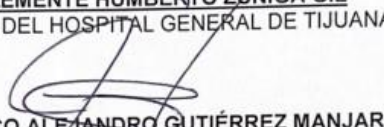
Febrero de 2023.

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DEPRESIÓN POSTPARTO EN
MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL TIJUANA**

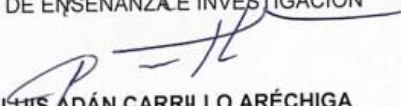
AUTORIZACIÓN DE TRABAJO TERMINAL



DR. CLEMENTE HUMBERTO ZUÑIGA GIL
DIRECTOR DEL HOSPITAL GENERAL DE TIJUANA



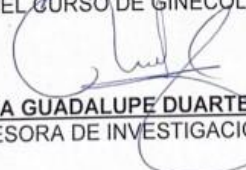
DR. FRANCISCO ALEJANDRO GUTIÉRREZ MANJARREZ
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN



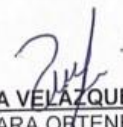
DR. LUIS ADÁN CARRILLO ARÉCHIGA
JEFE DE SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA



DRA. CYNTHIA SELENE LIZÁRRAGA MÉNDEZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA



DRA. MARÍA GUADALUPE DUARTE ARENAS
ASESORA DE INVESTIGACIÓN



ARIANNA VELÁZQUEZ REZA
SUSTENTANTE DEL EXAMEN PARA OBTENER DIPLOMA DE ESPECIALIDAD
EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

"2022, Año de la Erradicación de la
Violencia contra las mujeres en
Baja California"

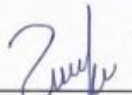
Tijuana, Baja California a 03 febrero de 2023

**COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN
HOSPITAL GENERAL TIJUANA**


Por medio del presente oficio les solicito cordialmente la revisión de mi trabajo de investigación titulado "*FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DEPRESIÓN POSTPARTO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL TIJUANA*".

Este proyecto fue asesorado por la Dra. *Maria Guadalupe Duarte Arenas* y mi titular de curso es la Dra. *Cynthia Selene Lizárraga Mendez*, quienes han avalado el trabajo de investigación para la revisión final del Comité de Ética e Investigación de esta unidad hospitalaria, siendo un requisito para mi titulación de la especialidad en Ginecología y Obstetricia.

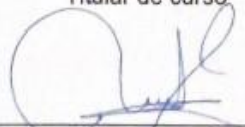
Agradezco de antemano sus atenciones, quedando en espera de sus observaciones o validación del proyecto.



Arianna Velázquez Reza
Médico Residente Ginecología y Obstetricia



Dra. Cynthia Selene Lizárraga Mendez
Titular de curso



Dra. Ma. Guadalupe Duarte Arenas
Asesor (a) del trabajo de investigación

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	3
MARCO TEÓRICO	4
DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN DE LA DEPRESIÓN PERINATAL	4
FACTORES DE RIESGO DE LA DEPRESIÓN PERINATAL	5
MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA DEPRESIÓN PERINATAL	7
DIAGNÓSTICO Y MANEJO TERAPÉUTICO DE LA DEPRESIÓN PERINATAL	8
PRONÓSTICO Y PREVENCIÓN DE LA DEPRESIÓN PERINATAL	10
ANTECEDENTES	12
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	15
JUSTIFICACIÓN	16
HIPÓTESIS	17
HIPÓTESIS NULAS	17
HIPÓTESIS ALTERNATIVAS	17
OBJETIVOS	18
OBJETIVO GENERAL	18
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
MATERIAL Y MÉTODOS 19 DISEÑO DEL ESTUDIO	19
UBICACIÓN ESPACIOTEMPORAL	19
DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN 19 CÁLCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA19	
RECOLECCIÓN DE DATOS	20

CRITERIOS DE SELECCIÓN	20
Criterios de inclusión	20
Criterios de exclusión	20
Criterios de eliminación	21
VARIABLES	21
Variable dependiente	21
Variables independientes	21
Operacionalización de las variables	22
PROCEDIMIENTOS Y RECOLECCIÓN DE DATOS	24
ANÁLISIS ESTADÍSTICO	24
CONSIDERACIONES ÉTICAS Y DE PREVENCIÓN DE RIESGOS	25
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	27
RESULTADOS	
28	
FASE DESCRIPTIVA	28
DISTRIBUCIÓN DEL RANGO ETARIO DE LAS PARTICIPANTES	28
DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN EL NÚMERO DE EMBARAZOS POR PARTICIPANTE.	29
DISTRIBUCIÓN DEL MUNICIPIO DE RESIDENCIA DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA	30
DISTRIBUCIÓN DE LOS PORCENTAJES DE LA ESCOLARIDAD ALCANZADA POR LAS PARTICIPANTES.	31
DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL EDUCATIVO ALCANZADO DE ACUERDO CON EL SISTEMA EDUCATIVO NACIONAL DE MÉXICO	32
FRECUENCIAS Y PORCENTAJES DE OFICIOS EN LAS PARTICIPANTES	33
DISTRIBUCIÓN DEL ESTADO CIVIL DE LAS PARTICIPANTES	35

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS Y PORCENTAJES DE PROBABLES FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DEPRESIÓN POSTPARTO.	35
FASE INFERENCIAL	36
DISCUSIÓN	45
CONCLUSIONES	47
BIBLIOGRAFÍA	48
ANEXOS	50
CONSENTIMIENTO INFORMADO	50
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	54
ESCALA DE DEPRESIÓN POSTPARTO DE EDINBURGO	55

ABREVIATURAS

±: desviación estándar.

DP: depresión perinatal.

DPP: depresión postparto.

HGT: Hospital General de Tijuana.

IC: intervalo de confianza.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

RIC: rango intercuartílico.

VS.: versus.

RESUMEN

Antecedentes: la depresión perinatal (DP) es el trastorno psiquiátrico perinatal más frecuente en las mujeres y es considerada un importante problema de salud pública, debido a su asociación con una mayor morbilidad materna y sus consecuencias físicas y sociales, así como con un incremento en el riesgo de suicidio. A pesar de lo anterior, los estudios epidemiológicos respecto a este trastorno son escasos en México y, en el Hospital General de Tijuana (HGT), tanto la prevalencia como los factores de riesgo de depresión en el puerperio no han sido evaluados de forma sistematizada.

Objetivo: Asociar los factores de riesgo para depresión postparto en mujeres atendidas en el Hospital General Tijuana.

Material y métodos: estudio analítico, observacional, transversal y retrospectivo. Mediante el Cuestionario De Depresión Postparto De Edinburgo, validado en población mexicana (Oquendo, 2008), se identificará a las pacientes, mediante un cuestionario avalado de tamizaje, que sean propensas a padecer depresión postparto, las cuales fueron atendidas en el servicio de hospitalización de ginecología y obstetricia del HGT durante el periodo de puerperio inmediato y mediato (primeras 24 horas hasta 7 días). Se registrarán sus principales características clínicas, ginecobstetricias y sociodemográficas, mismas que serán sometidas a un análisis estadístico descriptivo y posteriormente los factores de riesgo conocidos serán evaluados mediante análisis bivariado. Un valor de $p < 0.05$ se considerará como estadísticamente significativo.

Palabras clave: depresión perinatal, prevalencia, factores de riesgo, puerperio, depresión posparto.

ABSTRACT

Background: Perinatal depression (PD) is the most frequent perinatal psychiatric disorder in women and is considered an important public health problem, due to its association with greater maternal morbidity and its physical and social consequences, as well as with an increased risk of suicide. Despite the above, epidemiological studies regarding this disorder are scarce in Mexico and, in the Tijuana General

Hospital, the prevalence and risk factors of depression in the puerperium have not been systematically evaluated.

Objective: To analyze the association of risk factors for postpartum depression in women treated at the Tijuana General Hospital.

Material and methods: analytical, observational, cross-sectional, and retrospective study. Postnatal depression questionnaires (Edinburgh Postpartum Depression Questionnaire) Patients who are prone to postpartum depression, who were treated in the gynecology and obstetrics hospitalization service of the HGT during the immediate and mediate puerperium period (first 24 hours up to 7 days).

Their main clinical, gynecological, and sociodemographic characteristics will be recorded and subjected to a descriptive statistical analysis; the known risk factors will be evaluated through bivariate analysis. A value of $p < 0.05$ will be considered statistically significant.

Keywords: postpartum depression, prevalence, risk factors, puerperium, postnatal depression.

INTRODUCCIÓN

El puerperio es un período de transición desafiante para las madres, que las deja altamente susceptibles a diversos trastornos psiquiátricos (Shorey et al., 2018), la depresión perinatal, (DP) es una de las entidades más frecuentes en este periodo y tiene implicaciones sobre la madre y sobre el recién nacido, quién puede presentar afectaciones en su desarrollo físico y emocional (Lara et al., 2015).

El estudio de la DP comenzó recién en los años 1980 del siglo XX, y ha ido retomando mayor relevancia en la medida en que se ha observado que el estrés que normalmente acompaña al embarazo puede derivar en daños a la salud del binomio madre-hijo de acuerdo a la experiencia psicológica con la que cuente la mujer, misma que se estructura con base en su historia personal, cultural, educativa y los modelos establecidos en el entorno respecto a los ideales maternos representación de la paternidad (Lara et al., 2015).

A pesar de su relevancia, y de que en México se ha estimado una alta prevalencia de síntomas depresivos entre madres de niños pequeños (una de cada cinco) (De Castro et al., 2015; Instituto Nacional de Salud Pública, 2020), se carece aún de estudios de prevalencia de la depresión prenatal y posnatal que contribuyan a mejorar el desempeño de los profesionales de la salud al momento de su detección y manejo (Lara et al., 2015), Además de los factores de riesgo con mayor asociación a la depresión postparto.

En el presente estudio se propone analizar el comportamiento epidemiológico de la depresión perinatal entre las mujeres mexicanas que fueron atendidas en el Hospital General Tijuana entre el puerperio inmediato y mediato. Se trata de un estudio analítico, observacional, transversal y retrospectivo en el que mediante la aplicación de una escala de valoración de depresión posnatal se logrará identificar a las pacientes en riesgo de desarrollar dicho trastorno y así mismo se analizará su asociación con las principales características clínicas, gineco obstétricas y sociodemográficas.

MARCO TEÓRICO

DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN DE LA DEPRESIÓN PERINATAL

La depresión perinatal (DP) es una entidad común, que se refiere a aquella depresión que se desarrolla en cualquier momento del embarazo y hasta 12 meses posterior al parto; posee características similares a las de un episodio de depresión mayor, pero difiere en el hecho de que las repercusiones pueden ocurrir no solo en la madre sino también en el hijo/hija (Krauskopf & Valenzuela, 2020; Lara et al., 2015).

Si bien no se dispone de un consenso sobre la clasificación de los cuadros de depresión perinatal, se puede identificar en la literatura que la DP incluye aquellos episodios de depresión que se presentan en el periodo prenatal y posnatal. De acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición (DSM-5) el «trastorno depresivo durante el período perinatal» puede presentarse en cualquier momento del embarazo y hasta cuatro semanas posteriores al nacimiento (Caparros-Gonzalez et al., 2018; Villegas Loaiza et al., 2019).

La depresión postparto (DPP), por su parte, se ha definido 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 (Malpartida Ampudia, 2020; Villegas Loaiza et al., 2019). Los criterios diagnósticos de episodio depresivo de acuerdo con el DSM-5 son:

1. Uno o más de los síntomas principales que deben estar presentes al menos por dos semanas:
 - Ánimo depresivo la mayor parte del día.
 - Marcada disminución del interés o placer en casi todas las actividades (anhedonia).
2. Cinco o más de los siguientes síntomas adicionales, presentes casi todos los días por un período de al menos dos semanas:
 - Pérdida de peso clínicamente significativa.
 - Insomnio o hipersomnia.
 - Agitación o retardo psicomotor.
 - Fatiga o pérdida de energía.
 - Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos.
 - Capacidad disminuida para pensar o concentrarse.
 - Pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida (Krauskopf & Valenzuela, 2020).

Por su parte, el término *baby blues* (tristeza postparto o disforia puerperal) se refiere a una alteración del estado de ánimo debida a cambios hormonales, psicológicos y sociales, de intensidad y duración variables; aparece dentro de los dos y cuatro días posteriores al parto y se alivia de forma espontánea en las dos o tres semanas postparto, sin requerir atención médica o psicológica (Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, 2021; Krauskopf & Valenzuela, 2020; Malpartida Ampudia, 2020).

FACTORES DE RIESGO DE LA DEPRESIÓN PERINATAL

Si bien no se ha logrado consolidar a los factores biológicos en la etiología de la DP, se sabe que el embarazo, y particularmente el puerperio y el postparto son periodos de adaptación, en los últimos dos se revierten los cambios anatómicos y fisiológicos que presentó la mujer en el embarazo; se presentan entonces cambios a nivel neuroendocrino y psicosocial que predisponen a la aparición de depresión perinatal (Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, 2021).

Se reconoce que los factores psicosociales tienen un papel central en la aparición de la DP y los factores asociados con mayor solidez son el antecedente de depresión, ansiedad durante el embarazo, ausencia de redes sociales de apoyo para las tareas de la vida diaria o como un sustento emocional, mala relación con la pareja (Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, 2021; Krauskopf & Valenzuela, 2020), bajo ingreso económico, bajo nivel escolar, no laborar fuera del hogar, embarazo no planeado, antecedente de abortos, el número de embarazos, la vía de resolución del embarazo, ser víctima de violencia y antecedente de abuso infantil.

Por otro lado, los factores sociales estructurales, como el estatus social y el papel esperado de la madre en su comunidad son determinantes, sobre todo en países no desarrollados. En grupos particulares se ha observado una mayor prevalencia de DP, tal es el caso de los embarazos de alto riesgo, el embarazo adolescente (Lara et al., 2015).

La Tabla 1 muestra con detalle los factores de riesgo y el nivel de asociación que han mostrado (Krauskopf & Valenzuela, 2020).

Tabla 1. Factores de riesgo para la depresión durante el embarazo.

Ansiedad materna: la ansiedad tiene una fuerte relación con los síntomas depresivos durante el embarazo. Estudios muestran correlación media-alta entre ansiedad y depresión.

Eventos vitales: los eventos vitales estresantes, tales como separación/divorcio, fallecimiento de un familiar, pérdida de empleo y otros eventos estresantes tienen una relación significativa con la presencia de la depresión antenatal.

Historia previa de depresión: la presencia de diagnóstico previo de depresión es un predictor de la depresión antenatal.

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

Violencia doméstica: asociación media a leve.

Deseo de embarazo: embarazo no deseado, baja asociación.

Tipo de relación de pareja: no vivir con la pareja tiene relación media con depresión antenatal.

Tipo de cobertura médica: las mujeres con coberturas médicas más deficientes presentan más riesgo de sufrir depresión. Asociación alta.

Nivel socioeconómico: niveles bajos sería un factor de riesgo mayor. Asociación baja.

Factores que presentan resultados inconsistentes: dentro de estos estarían consumo de alcohol, tabaco u otras sustancias. Edad materna, historia obstétrica previa. Raza/etnia de la madre.

Fuente: Tomado de Krauskopf V, 2020.(Krauskopf & Valenzuela, 2020)

Particularmente, la DPP tiene como principal factor de riesgo el antecedente de depresión durante el embarazo (depresión prenatal), pues quienes la presentan tienen un 50% mayor probabilidad de desarrollar DPP. Otros factores de riesgo son: ansiedad durante el embarazo, eventos vitales estresantes durante embarazo o en puerperio inmediato, parto traumático, parto prematuro/recién nacido ingresado en cuidados, intensivos, baja red de apoyo, antecedentes previos de depresión y problemas con lactancia (Anokye et al., 2018; Krauskopf & Valenzuela, 2020).

MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA DEPRESIÓN PERINATAL

La sintomatología puede comenzar en el embarazo y aparecer hasta 12 meses postparto, incluyendo ánimo depresivo o sentimiento de tristeza durante todo el día, pérdida de placer y alteraciones del sueño y de la alimentación; de forma particular las mujeres pueden cursar con ansiedad extrema, sentimientos de culpa, labilidad emocional, ideación suicida y enorme preocupación por la o el bebé. Así mismo, algunos estudios han reportado que en algunos casos los síntomas depresivos pueden no ser los más relevantes, sino que pueden cursar con emociones alternantes en «montaña rusa», con irritabilidad, sensación de estar sola y de no ser una persona normal.(Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, 2021; Lara et al., 2015)

La depresión prenatal se caracteriza por ánimo depresivo o pérdida de interés o de la capacidad para disfrutar (anhedonia) y a estos síntomas se suman otros como alteraciones del sueño, del apetito y cansancio, entre otros. Dichos síntomas pueden erróneamente atribuirse con síntomas propios del embarazo y que están asociados con los cambios fisiológicos hormonales de la gestación; tal es el caso de astenia, cansancio, labilidad emocional, irritabilidad y trastornos del sueño.(Krauskopf & Valenzuela, 2020)

Por su parte, la DPP suele aparecer en los primeros diez días postparto;(Lara et al., 2015) sin embargo, estudios internacionales indican que la frecuencia de su diagnóstico aumenta con el tiempo, es decir, se ha observado que el 10 % de los casos se diagnostica alrededor de las 8 semanas postparto, y 22 % a los 12 meses postparto.(Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, 2021)

Al igual que la depresión prenatal la DPP presenta síntomas y signos similares a la depresión que se presenta en otras etapas de la vida, caracterizados por desánimo, pérdida de motivación e interés, irritabilidad, labilidad emocional y aparición de sentimientos de incapacidad o inutilidad relacionados con el cuidado del bebé, lo que se asocia a ideas de culpa y temor a producirle daño. Puede presentarse angustia de separación grave y ansiedad importante en relación a los cuidados y bienestar del hijo.(Krauskopf & Valenzuela, 2020)

DIAGNÓSTICO Y MANEJO TERAPÉUTICO DE LA DEPRESIÓN PERINATAL

Es fundamental para los profesionales de la salud tener conocimiento de que la DP es un padecimiento que requiere atención especializada ya que, por lo general no se resuelve sin tratamiento.(Lara et al., 2015) Para su **diagnóstico** oportuno se requiere de aplicar una búsqueda intencionada, haciendo uso de instrumentos diagnósticos validados.(Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, 2021) De acuerdo a las guías del *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) sobre la salud mental prenatal y postnatal todas las mujeres durante el embarazo y el período postparto deben ser evaluadas en busca de síntomas graves del humor en cada consulta que reciba.(Malpartida Ampudia, 2020)

La Escala de Depresión Postparto de Edinburgo (EDPE) es un instrumento adecuado para el tamizaje de rutina de embarazadas con y sin depresión, que es económico, fácil de administrar, no invasivo y con alta confiabilidad y validez, además, puede ayudar a identificar mujeres en riesgo de depresión. Se trata de un cuestionario auto informado de 10 *ítems* (con puntajes que varían de 0 a 3) acerca de los sentimientos de depresión experimentados en los últimos 7 días; es más corto que otros instrumentos (5 minutos), y factores como la edad (adolescentes) o la presencia de enfermedades concomitantes como VIH pueden modificar la sensibilidad.(Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, 2021) Es entonces la herramienta de detección más recomendada para el periodo perinatal, puede administrarse por teléfono, cara a cara, correo e Internet.(Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, 2021; Villegas Loaiza et al., 2019)

La EDPE se puede complementar aplicando el Inventario de Depresión de Beck en mujeres que han recibido alguna intervención preventiva de DP y se recomienda su aplicación en cualquier momento del embarazo. Si se obtiene un puntaje del inventario de Beck (más de 10 *ítems*) y la EDPE (>10) se debe canalizar a la paciente a un servicio de terapia cognitivo conductual.(Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, 2021)

Las preguntas de Whooley son otra herramienta de utilidad para la búsqueda y tamizaje de la depresión prenatal y posnatal, así como para dar seguimiento y facilitar el abordaje de la paciente durante la consulta. Dichas preguntas incluyen las siguiente:

1. Durante el último mes, ¿se ha sentido a menudo molesta, mal, deprimida o sin esperanza?
2. Durante el último mes, ¿se ha sentido a menudo molesta por tener poco interés o placer en hacer las cosas?
3. ¿Es esto algo para lo que usted siente que necesita o quiere ayuda?(Malpartida Ampudia, 2020)

El tamizaje temprano de la DPP se recomienda con el fin de intervenir de forma oportuna para evitar cualquier causa de morbilidad tanto en el hijo o hija como en la madre.(Dadi et al., 2020)

Es relevante hacer el diagnóstico diferencial con psicosis postparto, que es un trastorno afectivo con síntomas psicóticos, como delirios, cambios repentinos del humor y desorganización conductual, que aparece en los dos primeros días postnatales y se presenta con menor frecuencia, en uno a dos de cada mil partos. Se trata de una condición grave que requiere tratamiento inmediato hospitalario para proteger la vida del binomio.(Lara et al., 2015)

Para su **tratamiento** el primer paso a cubrir es la detección sistemática y planificada con acciones de respuesta para atender a las pacientes, ya sea mediante atención por el personal de salud de la unidad médica o por canalización a consulta especializada.²

Para la prevención de la DP se han diseñado e implementado diversas intervenciones, ya sean de prevención universal a través de medios o estrategias de comunicación, o bien a través de estrategias selectivas dirigidas a madres que se encuentran en periodo postparto inmediato. También se han aplicado intervenciones indicadas, enfocadas en mujeres embarazadas con factores de riesgo de depresión síntomas leves de DP; estas proveen de herramientas a las mujeres que permitan modificar los pensamientos negativos, para motivar la búsqueda de bienestar emocional y ofrecerles información sobre los servicios de salud mental disponibles.(Lara et al., 2015)

De acuerdo con la Guía de Práctica Clínica del CENETEC en México, se debe referir a toda mujer embarazada con antecedentes o problemas de salud mental graves para recibir consejería preconcepcional en un servicio especializado en salud mental perinatal. Asimismo, se recomienda la implementación de la terapia cognitivo conductual (TCC) como estrategia preventiva de DP en mujeres con factores de riesgo en el primer nivel de atención y su evaluación de seguimiento a los 4 y 6 meses.(Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, 2021)

El tratamiento específico de basa en el uso combinado de la psicoterapia y la farmacoterapia, no obstante, la primera por sí sola es preferida al considerar los posibles efectos adversos de los psicofármacos sobre el producto o recién nacido.² Las psicoterapias que han mostrado ser eficaces incluyen la consejería, la Terapia cognitivo conductual (TCC) y la Terapia Interpersonal (TIP), pudiendo ser ofrecidas en formatos individuales o grupales durante el embarazo o el postparto.(Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, 2021)

Los antidepresivos disponibles para la etapa prenatal y posnatal incluyen:

- Inhibidores de la recaptura de serotonina (ISRS): fluoxetina, paroxetina, sertralina, citalopram
- Antidepresivos tricíclicos: amitriptilina
- Inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO): fenelzina
- Inhibidores de la recaptura de noradrenalina-dopamina (NDRI): bupropión
- Inhibidores de la recaptura de serotonina-noradrenalina (IRSN): venlafaxina, duloxetina

Su uso se debe reservar en casos de DP en los que las intervenciones psicológicas no sean efectivas.(Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, 2021) Los de primera línea son los ISRS por su seguridad en el periodo de lactancia, especialmente sertralina y paroxetina.(Villegas Loaiza et al., 2019)

PRONÓSTICO Y PREVENCIÓN DE LA DEPRESIÓN PERINATAL

La depresión puede interferir con la disposición de la madre a cuidar su salud, es más propensa a conductas de riesgo como automedicarse, consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, así como llevar una alimentación inadecuada. Del mismo modo, este fenómeno puede ser un obstáculo para satisfacer las necesidades del hijo o hija, ya que puede suspenderse la lactancia, presentarse abuso infantil o descuido,(Lara et al., 2015; Villegas Loaiza et al., 2019) hechos que pueden repercutir en el desarrollo cognitivo, conductual y emocional de los mismos;(Lara et al., 2015) incluso desde los tres meses de edad.(Krauskopf & Valenzuela, 2020)

La DP se asocia con mayor uso de servicios de emergencias, alteraciones nutricionales, e inadecuada interacción madre-hijo que puede reducir la seguridad en el apego del hijo o hija y aumentar el riesgo de padecimientos psiquiátricos, respiratorios y gastrointestinales.(Lara et al., 2015) En algunos casos, incluso, se ha observado la aparición de depresión postparto en el padre asociada a la presencia de DP de la madre,(Lara et al., 2015; Malpartida Ampudia, 2020) y en los casos más graves la DPP se asocia con suicidio y filicidio.(Caparros-Gonzalez et al., 2018)

ANTECEDENTES

La DP es una entidad común cuyo estudio comenzó recién en los años 80 del siglo XX y que a pesar de su creciente interés aún adolece de los estudios suficientes para incidir en el desempeño de los profesionales de la salud durante su detección y manejo.(Lara et al., 2015) Se calcula que la prevalencia de la depresión prenatal (en el embarazo) puede tener una prevalencia similar e incluso superior a la DPP y que el 14 % a 25 % de las mujeres embarazadas tienen suficientes síntomas depresivos para cumplir con los criterios de un diagnóstico para episodio depresivo mayor.(Krauskopf & Valenzuela, 2020)

Se ha estimado que la DPP afecta a un 13% de las madres en países de altos ingresos y hasta al 20 % en países de bajos y medianos ingresos, debido a su asociación con factores socioculturales y de salud.(Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, 2021) De acuerdo a una revisión de los estudios efectuados en madres mexicanas, realizada por Lara y col., la prevalencia de DPP en zonas urbanas va del 6.6 % al 24.6 % en estudios basados en entrevista clínica, y del 10 % al 20 % en estudios basados en autoinforme.(Lara et al., 2015)

En zonas rurales se ha estimado una prevalencia entre el 11 % y el 12.9 %; sin embargo, dicho rango se definió con base en sólo dos estudios. En madres indígenas identificaron un solo estudio que mostró una prevalencia del 7 %. Las prevalencias reportadas por los autores no desagregaron de acuerdo a la temporalidad de presentación del cuadro, es decir, si se presentaron durante la gestación o en el periodo posnatal.(Lara et al., 2015)

Asimismo, Lara *et al.* reportan un número escaso de estudios sobre prevalencia de depresión en el embarazo en mujeres mexicanas, además de que estos se han efectuado en poblaciones urbanas, en las que se estimó una prevalencia del 9 % al 14 %, evaluada mediante historia clínica, y del 6.4 % al 30.7 % evaluada por autoinforme.(Lara et al., 2015)

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, en la Ciudad de México, Guerrero e Hidalgo existe una prevalencia de DPP menor al 15 %, mientras

que Baja California Sur, Baja California, Chihuahua, Nuevo León, Durango, Zacatecas, Aguascalientes, Colima, Michoacán, Querétaro, Estado de México, Morelos, Puebla, Veracruz, Tabasco, Chiapas, Campeche y Yucatán cuentan con más del 20 %.(Instituto Nacional de Salud Pública, 2020)

En el contexto del confinamiento por la pandemia debida a SARS-CoV 2, Suárez *et al.* evaluaron la prevalencia de depresión, ansiedad y estrés percibido en 293 mujeres mexicanas en el periodo postparto (4—12 semanas). Hallaron una prevalencia de síntomas depresivos en el 39.2 % de las mujeres, de síntomas de ansiedad en el 46.1 % y estrés percibido moderado y alto en el 58 % y el 10.9 % de las mismas, respectivamente. Concluyendo que dichas prevalencias fueron superiores durante el confinamiento por COVID-19 en comparación con las prevalencias estimadas previas al confinamiento.(Suárez-Rico *et al.*, 2021)

Se han estudiado diversos factores de riesgo de DPP, ya sean genéticos, epigenéticos, hormonales, psiquiátricos, asociados con la historia de vida de la madre y la familia, y aspectos demográficos.(GUINTIVANO *et al.*, 2018) Así, de acuerdo con una revisión narrativa realizada por Ghaedrahmati, M. *et al.* publicada en 2017, los factores de riesgo asociados con DPP podrían clasificarse en cinco dominios: psiquiátricos, obstétricos, biológicos, sociales, y del estilo de vida.(Dinwiddie *et al.*, 2018) Entre los psicosociales se encontraron el antecedente de depresión y/o ansiedad, de abuso sexual y baja autoestima. Los factores obstétricos se refirieron principalmente a un embarazo de alto riesgo, el desarrollo de complicaciones postparto, producto con bajo peso al nacer y un valor de hemoglobina menor de 12 mg/dL en el día 7 postparto. Sobre los factores biológicos, los autores hallaron que la edad joven fue un factor de riesgo, siendo el grupo de 13-19 años en el que se encontraron las tasas más altas de DPP, también se identificó que los trastornos de la glucosa y los valores de hormonas como la serotonina, la oxitocina, los estrógenos y las hormonas tiroideas tuvieron un papel clave. El soporte social (entendido como aquel emocional, económico, intelectual y la empatía en las relaciones) se mostró como un factor que redujo la probabilidad de DPP; mientras que la violencia sexual de la pareja y otras formas de violencia fueron factores

predisponentes. En cuanto al estilo de vida, la dieta rica en frutas y verduras, así como el alto consumo de vitamina B6 y el sueño adecuado mostraron ser factores protectores de DPP.(Ghaedrahmati et al., 2017) Estos hallazgos son consistentes con la revisión narrativa realizada por Šebela, A. et.al., quienes clasificaron los factores de riesgo como biológicos y psicosociales.(A. et al., 2018) Asimismo, en madres adolescentes, se ha observado la presencia de los mismos factores de riesgo, pero concentrados principalmente en la esfera psicosocial, de acuerdo a Dinwiddie, K. et.al.(Dinwiddie et al., 2018)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La depresión prenatal y postparto ha sido reportada tanto a nivel internacional, local y regional como un problema de salud pública con gran capacidad de impactar en la salud física y mental de la madre y del hijo, pero también en la red familiar. Sus complicaciones pueden causar incluso la muerte y suelen perdurar a lo largo de la historia de vida del menor.

La caracterización hasta ahora disponible sobre su magnitud ha tenido importantes avances desde que repuntó su relevancia desde el siglo pasado; se encuentran disponibles múltiples estimaciones a nivel internacional y a nivel local, pero estas últimas son más escasas. No obstante los datos presentados, en México existen bajas tasas de detección y atención en los servicios de salud, debido a la falta herramientas y protocolos de detección adecuados por parte del personal clínico en los tres niveles de atención médica.⁴ Esto a pesar de que la *NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida* establece que se deben identificar datos de depresión durante el embarazo, parto y puerperio desde la primera consulta de atención prenatal.¹⁴ Asimismo, dichos vacíos se deben a la falta de estudios y a la disparidad en las metodologías de estimación de prevalencia; por lo que el conocimiento sobre el comportamiento de la DP es escaso.⁴

La información disponible no se ha generado con metodologías homogéneas y lo descrito hasta la fecha no permite conocer la prevalencia de la depresión perinatal, tanto prenatal como postparto, en mujeres mexicanas, además de los factores de riesgo más frecuentes en esta población, es por ello que nos planteamos la siguiente pregunta de investigación.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los factores de riesgo más frecuentes asociados a la depresión postparto en las mujeres atendidas en el Hospital General Tijuana?

JUSTIFICACIÓN

La depresión perinatal es un problema de salud pública debido a su magnitud y debido también a sus potenciales efectos sobre la salud de la madre, el hijo y la familia. Ya los escasos estudios en madres mexicanas han reportado prevalencias superiores a las reportadas en estudios internacionales, sin embargo, persisten aun vacíos de conocimiento en la caracterización epidemiológica de la depresión prenatal y postnatal en madres mexicanas, debidos en parte a las bajas tasas de detección. La falta de información y subestimación de la DP determina su subdiagnóstico y tratamiento inadecuado por los profesionales de la salud, por lo cual es imprescindible la implementación de intervenciones en todos los niveles de atención a la salud. Para ello es necesario mejorar las habilidades del personal médico, con el fin de detectar, tratar y referir a las pacientes con depresión prenatal y postparto, de manera oportuna.

Considerando la magnitud del problema, sus graves efectos a la salud y los vacíos de conocimiento existentes, es pertinente el desarrollo del presente estudio que aportará más y mejores evidencias que permitan caracterizar la depresión postparto en las mujeres mexicanas, especialmente del estado de Baja California, donde ya se ha documentado una mayor prevalencia de síntomas depresivos entre mujeres madres de niños pequeños.

Atender estos vacíos de conocimiento permitirá definir estrategias para mejorar los procesos de detección, atención y referencia; lo anterior se traduciría entonces en un mejor pronóstico para el hijo, la madre y las familias que son atendidas en la unidad médica hospitalaria, ya que se sustentará la necesidad de prestar mayor atención a las habilidades, actitudes y capacidad de los profesionales de la salud.

HIPÓTESIS

HIPÓTESIS NULAS

1. La prevalencia de depresión postparto en las mujeres atendidas en el Hospital General Tijuana es similar a lo reportado a nivel nacional.
2. Los factores de riesgo más frecuentes asociados a depresión postparto en las mujeres atendidas en el Hospital General Tijuana son similares a nivel nacional.

HIPÓTESIS ALTERNATIVAS

1. La prevalencia de depresión postparto en las mujeres atendidas en el Hospital General Tijuana es mayor a lo reportado a nivel nacional.
2. Los factores de riesgo más frecuentes asociados a la depresión postparto en las mujeres atendidas en el Hospital General de Tijuana difieren en frecuencia a los reportados a nivel nacional.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Analizar la prevalencia y los factores de riesgo asociados a la depresión postparto en mujeres atendidas en el Hospital General Tijuana.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar características sociodemográficas en las mujeres participantes.
2. Describir la prevalencia de depresión postparto en las mujeres participantes.
3. Examinar las condiciones obstétricas y perinatales de las mujeres participantes.
4. Analizar los factores de riesgo asociados a la depresión postparto en las mujeres participantes.
5. Asociar los factores de riesgo para depresión postparto con las condiciones obstétricas y perinatales de las mujeres participantes.

MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO DEL ESTUDIO

Tipo de estudio: no experimental

Por el tipo de investigación: analítico

Por la manipulación del factor de estudio: observacional

Por la medición del factor de estudio en el tiempo: transversal

Por la relación cronológica entre el inicio del factor de estudio y la observación: retrospectivo.

Por la fuente de la información: ambisectivo (instrumentos estandarizados y cuestionario).

Por el tipo de población: homodémico

Por el número de unidades participantes: unicéntrico (Hospital General de Tijuana).

UBICACIÓN ESPACIOTEMPORAL

El presente estudio se llevará a cabo en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de Tijuana, ubicado sobre Avenida Centenario número 10851, Zona Urbana Río Tijuana, Tijuana, Baja California, México, código postal: 22010; posterior a la aprobación por parte del Comité de Investigación y Ética del Hospital General de Tijuana.

DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN

Mujeres en periodo de puerperio inmediato y mediato, es decir, primeras 24 horas hasta 7 días de postparto que hayan sido atendidas en el área de hospitalización del Hospital General de Tijuana.

CÁLCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se estima una población total de 900 pacientes hospitalizadas en condición de puerperio o embarazo para un periodo de 6 meses, ya que en los últimos 5 meses el promedio de egresos hospitalarios con estas condiciones ha sido de 150 pacientes.

Considerando que se conoce el tamaño de la población, se procede a calcular el tamaño de la muestra considerando una frecuencia esperada del 20%, con nivel de confianza del 95% y un error esperado del 5%, en razón de 1:1, con resultado de 97 pacientes en grupo de casos y 97 pacientes en grupo control (Epi Info, CDC).

RECOLECCIÓN DE LOS DATOS

Se procederá hacer una selección a conveniencia, mediante invitación directa y personal a las mujeres en puerperio inmediato y mediato, es decir, primeras 24 horas hasta 7 días de postparto que sean atendidas en el área de hospitalización del HGT. Previa lectura y firma del consentimiento informado se aplicará el cuestionario de Edinburgo (que se incorporará al formato de captura de datos) y posteriormente se llenará el resto de los campos del formato de captura de datos con apoyo de la información asentada en los expedientes clínicos. Dichos datos serán incorporados posteriormente a una matriz en formato Excel para su posterior análisis.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión

- Mujeres en periodo de puerperio inmediato y mediato (primeras 24 horas hasta 7 días de postparto) atendidas en el Hospital General Tijuana.
- Que acepten participar en el estudio de investigación.

Criterios de exclusión

- Mujeres con diagnóstico de psicosis postparto.
- Mujeres con diagnóstico previo y confirmado por psiquiatra de alguna enfermedad psiquiátrica o que se encuentren en tratamiento por psiquiatría.
- Mujeres con pérdida del embarazo temprano o producto óbito.

- Registros duplicados o repetidos.
- Mujeres no mexicanas (extranjeras).

Criterios de eliminación

- Pacientes que durante la aplicación de los instrumentos no deseen continuar participando en el estudio.

VARIABLES

Variable dependiente

- Depresión postnatal (en puerperio inmediato y mediato, primeras 24 horas hasta 7 días de postparto).

Variables independientes

- Edad
- Municipio de residencia
- Escolaridad
- Ocupación
- Número de embarazos
- Embarazo deseado
- Embarazo no planeado
- Estado civil
- Red de apoyo familiar
- Violencia intrafamiliar
- Antecedente de abuso infantil
- Migración (< 1 año)

Operacionalización de las variables

Variable	Definición	Tipo de variable	Escala de medición
----------	------------	------------------	--------------------

Edad	El lapso transcurrido entre el nacimiento y el momento de la evaluación.	Cuantitativa discreta	De razón
Municipio de residencia	División territorial administrativa en que se organiza un estado, que está regida por un ayuntamiento.	Cualitativa nominal politómica	Nominal
Escolaridad	Nivel de estudios académicos que han sido cursados	Cualitativa ordinal	Nominal
Ocupación	Principal actividad de trabajo, empleo, oficio de la madre	Cualitativa nominal politómica	Nominal
Número de embarazos	Número de embarazos de la madre	Cuantitativa Discreta	De razón
Embarazo deseado	Aquel en el cual ha existido un deseo consciente, ya sea de la mujer o de la pareja en conjunto, de tener un hijo.	Cualitativa nominal dicotómica	0. Ausente, 1. presente
Estado civil	Situación de convivencia administrativamente reconocida de las personas	Cualitativa nominal politómica	1.Soltera 2.Casada 3.Unión libre 4.Viuda

Violencia intrafamiliar	Tipo de abuso que se presenta cuando uno de los integrantes de la familia incurre, de manera deliberada, en maltratos a nivel físico o emocional hacia otro.	Cualitativa nominal dicotómica	0.Ausente, 1. presente
Antecedente de abuso infantil	Cualquier tipo de maltrato físico, psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo ejercida sobre el paciente.	Cualitativa nominal dicotómica	0.Ausente, 1. presente
Embarazo no planeado	Aquel que se presenta de forma imprevista, asociado con la ausencia de uso de método de planificación familiar y de consenso entre la pareja.	Cualitativa nominal dicotómica	0.Ausente, 1. presente
Migrante	Se refiere al cambio de residencia menor a un año, de un estado a otro.	Cualitativa nominal dicotómica	0.Ausente, 1. presente

PROCEDIMIENTOS Y RECOLECCIÓN DE DATOS

Posterior a la revisión, autorización y registro del estudio por parte del Comité de Investigación y Ética del Hospital General Tijuana se procederá a informar a las mujeres atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia en condición de postparto, que cursen las primeras 24 horas o hasta 7 días del mismo, sobre el estudio de investigación y su propósito. Una vez que la paciente acepte participar se le aplicará un cuestionario de depresión postparto avalado, además de recabar información sobre datos sociodemográficos. Se consultarán los expedientes clínicos de dichas pacientes, y de cada expediente se obtendrán las características clínicas,

gineco obstétricas y sociodemográficas descritas y se recopilarán mediante el formato de captura de datos anexo.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Todos los datos serán analizados utilizando software Stata Corp. V15.0, para Windows®. Se utilizará estadística descriptiva para las características clínicas, gineco obstétricas y sociodemográficas recabadas de la población en estudio. Las variables cuantitativas con distribución normal se reportarán en media y desviación estándar (\pm), mientras que las variables cuantitativas con distribución no normal serán reportadas en mediana y rango intercuartílico (RIC). Para determinar la normalidad en la distribución de las frecuencias, se realizará una prueba Kolmogorov-Smirnov en los grupos con más de 50 observaciones y una prueba de Shapiro-Wilk en aquellos con menos de 50. Para contrastar las variables cuantitativas entre ambos grupos, se utilizará la prueba de t de Student como prueba paramétrica y la U de Mann Whitney como prueba no paramétrica. Para el análisis bivariado, las variables categóricas serán comparadas con la prueba de chi cuadrado o la prueba exacta de Fisher, según fuera el caso. Todos los valores de p informados de estos análisis serán de dos colas con un nivel de significación menor de 0.05.

CONSIDERACIONES ÉTICAS Y DE PREVENCIÓN DE RIESGOS

Se trata de un estudio de mínimo riesgo debido a que se utilizarán mediciones o procedimientos aprobados en la práctica habitual (físicos o psicológicos), pero que se repiten con mayor frecuencia o se realizan exclusivamente por participar en la investigación, incluyendo entre otros, pruebas psicológicas aprobadas. Debido a lo anterior, los casos detectados por tamizaje con depresión postparto serán derivados, mediante solicitud de interconsulta, al servicio de psicología para su valoración durante la vigilancia del puerperio, posteriormente de requerirse seguimiento por psicología, se programará cita de seguimiento en consulta externa de dicho servicio.

Por otro lado, en el caso de las mujeres participantes que durante la entrevista presenten crisis de ansiedad o psicosis postparto, o bien, que durante la prueba de

tamizaje muestren datos de hacerse daño a sí mismas, se solicitará apoyo por parte del departamento de Psicología y Psiquiatría, mediante solicitud de interconsulta para que acudan a realizar la valoración inmediata durante la hospitalización de la paciente y evaluar de forma interdisciplinaria la necesidad de requerir hospitalización, tratamiento y pruebas complementarias por psiquiatría.

Se aplicará el consentimiento informado a las mujeres participantes previo a la aplicación de los instrumentos seleccionados para el presente estudio. En caso de pacientes menores de edad se solicitará además de la firma de la propia paciente, firma de un familiar responsable como testigo.

Como establece la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, Título Segundo, Capítulo I, Artículo 17, Categoría II. Con base en lo establecido por el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud vigente en México, en su Artículo 3, esta investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyen a mejorar la calidad de vida.

Dentro de los aspectos éticos fundamentales en esta investigación, se encuentra el respeto total hacia la integridad física, emocional y moral del paciente, principio basado en la declaración de Helsinki, Finlandia, en junio de 1964 y cuya última y actualización más reciente se situó en el año 2013, en la 64.º Asamblea General en Fortaleza, Brasil, por la Asociación Médica Mundial, donde se propusieron los principios éticos que sirven para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos.

Asimismo, el estudio se ajusta a los lineamientos de la NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

La base de datos que concentrará la información personal de los participantes, así como su información de contacto, existirá en una única copia resguardada por los investigadores y será manejada con estricta confidencialidad. De la misma forma, ningún producto de la investigación expondrá la identidad de los individuos

participantes y estos solo serán utilizados para fines académicos y de investigación, en concordancia con lo establecido por la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividad	2022 - 2023																															
	Marzo Abril				Mayo Junio				Julio Agosto				Sept Octubre				Nov Dic				Enero				Febrero							
	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4				
Elaboración del protocolo																																
Registro del proyecto																																
Identificación de casos a través de registros																																
Revisión de expedientes y captura de datos																																
Análisis estadístico																																
Redacción de resultados																																
Redacción de discusión y conclusiones																																
Presentación del informe final																																
Evaluación y aprobación																																
Defensa de tesis																																

RESULTADOS

Fase descriptiva

Se analizaron los datos de 194 participantes. De las cuales, el 50% (97 participantes) perteneció al grupo de mujeres con depresión postparto.

La edad de las participantes se encontró entre los 13 años como mínimo y 42 años como máximo, con una edad promedio de 24.93 años con una desviación estándar (DS) de ± 6.60 años, y una mediana de 23.

Al dividir la edad con respecto al rango etario correspondiente, se encontró que el 54.1% (105 participantes) correspondió a la tercera década de la vida, como se muestra en la Tabla 1 y Gráfica 1.

Gráfica 1. Distribución del rango etario de las participantes.



Tabla 1. Distribución del rango etario de las participantes.

Rango Etario	Frecuencia	Porcentaje (%)	Porcentaje Acumulado (%)
10 – 19 años	43	22.2	22.2
20 – 29 años	105	54.1	76.3
30 – 39 años	40	20.6	96.9
40 – 49 años	6	3.1	100
Total	194	100	

Con respecto al número de embarazos, se encontró un mínimo de 1 embarazo, un máximo de 8 embarazos y una mediana de 2 embarazos. EL 36% (71 participantes) indicaron haber tenido un embarazo solamente. El 94.8% (184 mujeres) de las participantes habían tenido entre 1 – 4 embarazos, y el 5.2 % (10 mujeres) de 5 – 8 embarazos. Como se muestra en la Tabla 2 y Gráfica 2.

Gráfica 2. Distribución de frecuencias en el número de embarazos por participante.

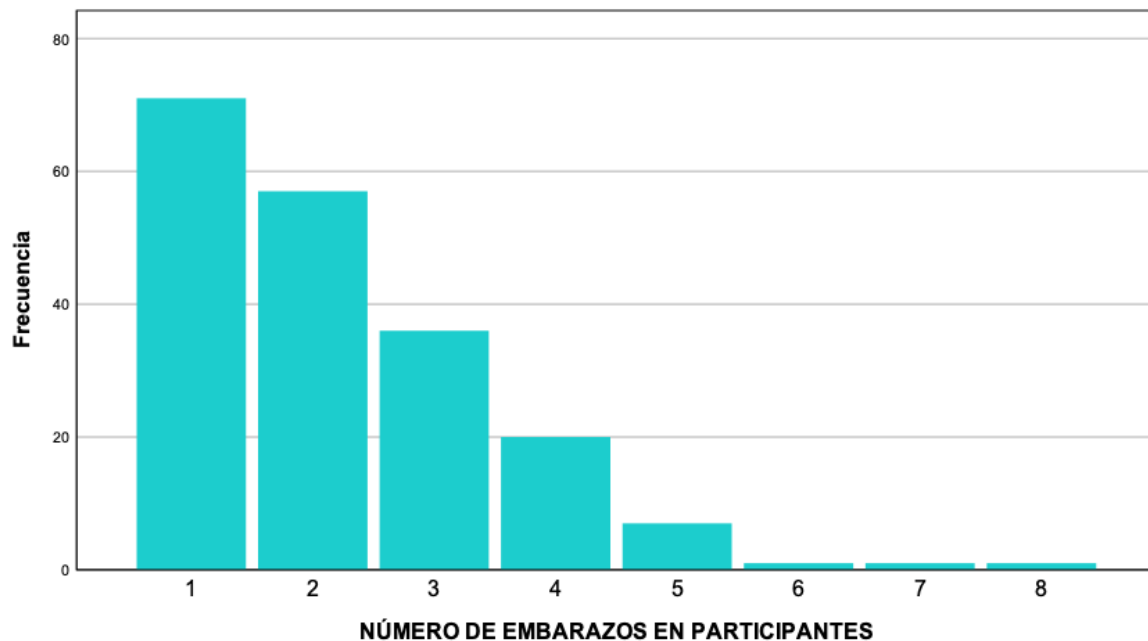


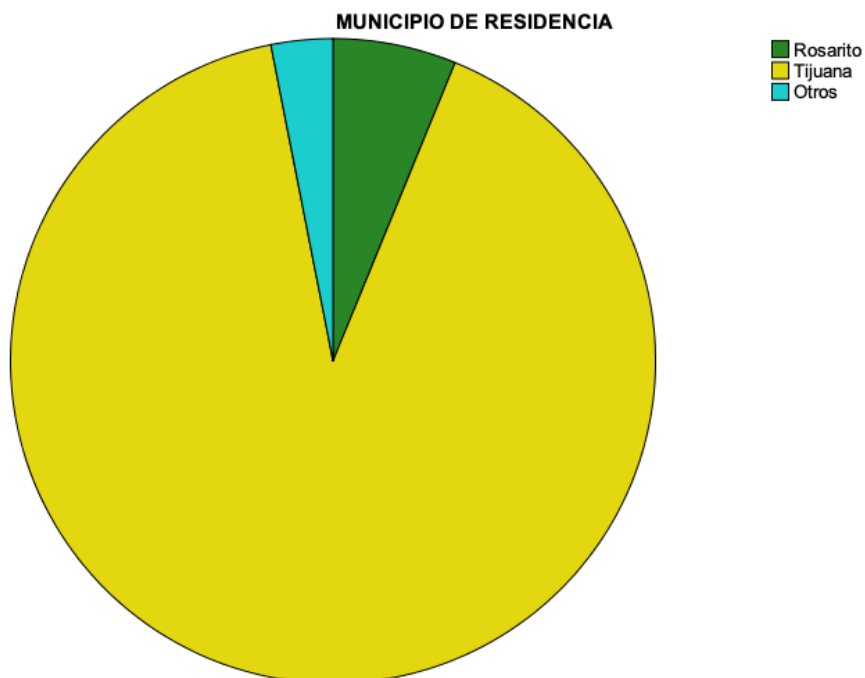
Tabla 2. Distribución de frecuencias en el número de embarazos por participante.

Número de embarazos	Frecuencia	Frecuencia acumulada	Porcentaje (%)	Porcentaje Acumulado (%)
1	71	71	36.1	36.1
2	57	128	66.0	66.0
3	36	164	84.5	84.5
4	20	184	94.8	94.8
5	7	191	98.5	98.5
6	1	192	99.0	99.0
7	1	193	99.5	99.5
8	1	194	100.0	100.0

1	71	71	36.6	36.6
2	57	128	29.4	66
3	36	164	18.6	84.5
4	20	184	10.3	94.8
5	7	191	3.6	98.5
6	1	192	0.5	99
7	1	193	0.5	99.5
8	1	194	0.5	100
Total	194		100	

De la población estudiada, el 90.7% (176 participantes) residía en Tijuana, 6.2% (12 participantes) en Rosarito y menos del 5% en otros municipios como se muestran en la Gráfica 3 y Tabla 3.

Gráfica 3. Distribución del municipio de residencia de la población estudiada.

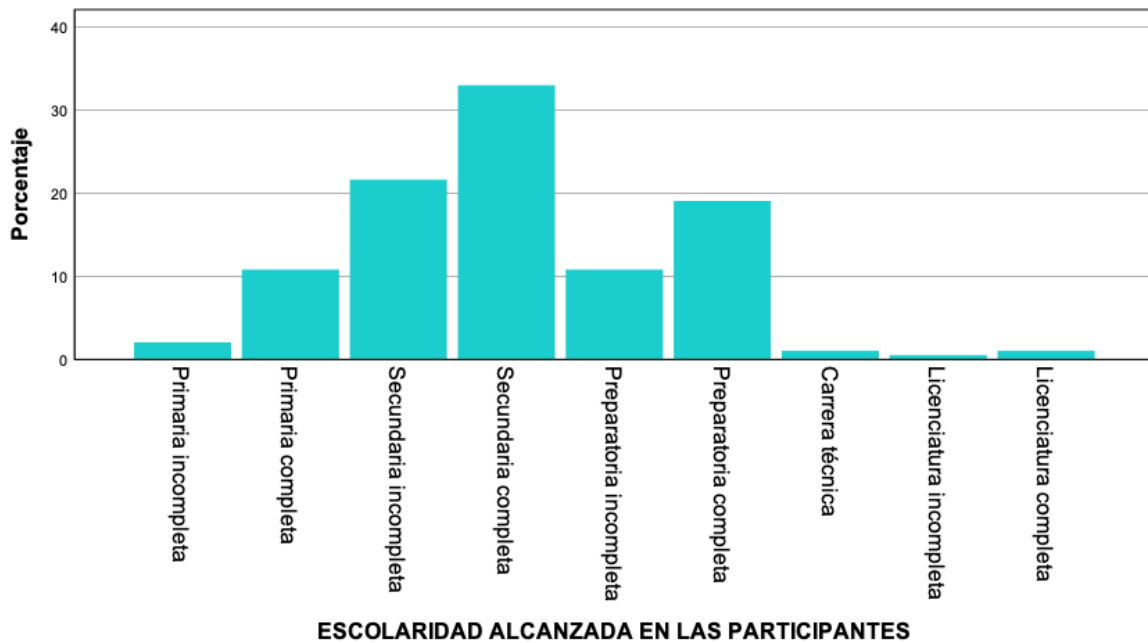


Municipio de Residencia	Frecuencia	Porcentaje (%)	Porcentaje acumulado (%)
Tijuana	176	90.7	90.7
Rosarito	12	6.2	96.9

Tecate	4	2.1	99
El Hongo	1	.5	99.5
Primo Tapia B.C.	1	.5	100
Total	194	100	

El grado de escolaridad alcanzado con mayor frecuencia fue la secundaria concluida, con un porcentaje del 33% (64 participantes). (Gráfica 4 y Tabla 4).

Gráfica 4. Distribución de los porcentajes de la escolaridad alcanzada por las participantes.



De acuerdo al sistema educativo nacional de México, el cual divide los niveles educativos en tres, educación básica, educación media superior y educación superior. Se obtuvo que el 34.5 % (67 participantes) no alcanzó el nivel educativo básico básica, mientras que el 65.5% alcanzó una educación básica o más, como se ilustra en la Gráfica 5 y Tabla 4.

Gráfica 5. Distribución del nivel educativo alcanzado de acuerdo con el sistema educativo nacional de México.

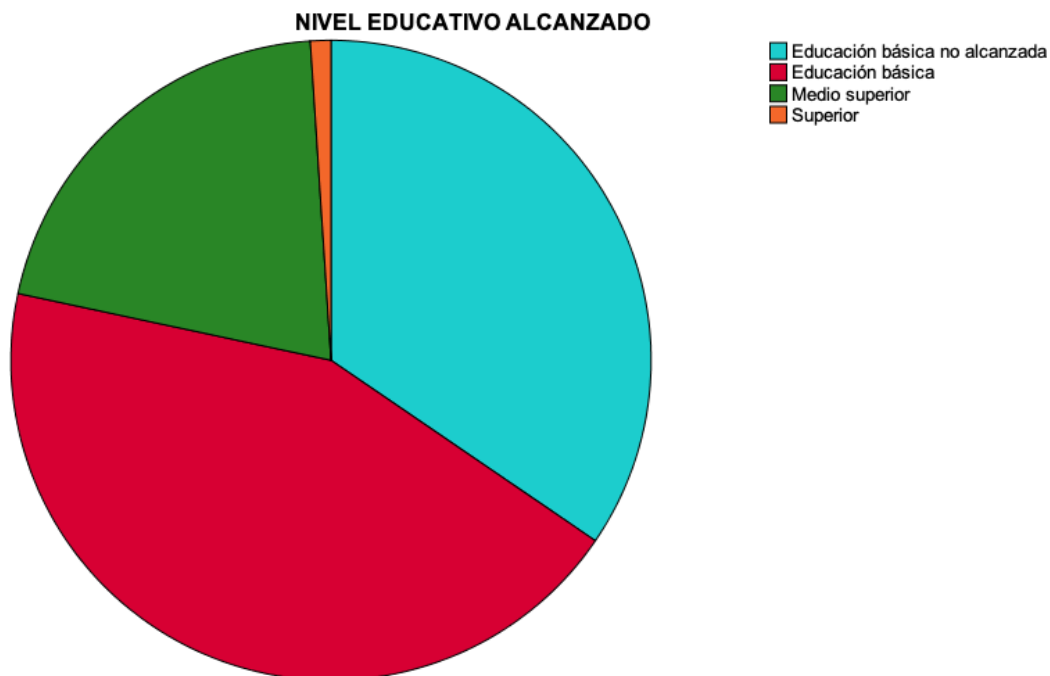


Tabla 4. nivel educativo alcanzado de acuerdo con el sistema educativo nacional de México.

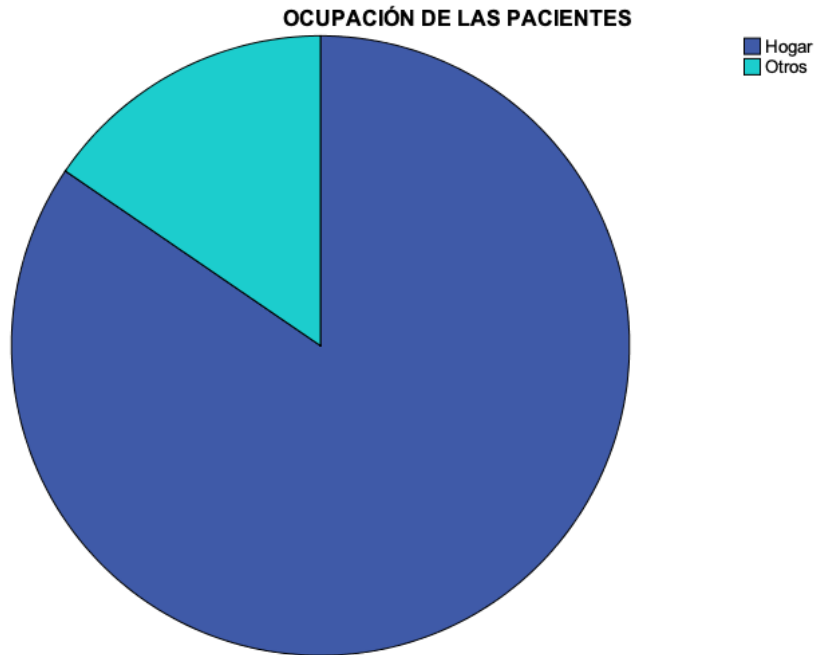
Grado académico alcanzado	Frecuencia	Frecuencia acumulada	Porcentaje (%)	Porcentaje acumulado (%)
Educación básica no alcanzada				
Primaria incompleta	4	4	2.1	2.1
Primaria completa	21	25	10.8	12.9
Secundaria incompleta	42	67	21.6	34.5
Subtotal	67		34.5	
Educación básica alcanzada				
Secundaria completa	64	64	33	33
Preparatoria incompleta	21	85	10.8	43.8
Subtotal	85		43.8	
Educación media superior alcanzada				
Preparatoria completa	37	37	19.1	19.1
Carrera técnica	2	39	1	20.1
Licenciatura incompleta	1	40	0.5	20.6
Subtotal	40		20.6	

Educación superior alcanzada				
Licenciatura completa	2	2	1	1
Subtotal	2		1	
Total	194		100	

Con respecto a la profesión u ocupación de las participantes, se encontró que el 84.5% (164 participantes) se dedicaba a labores del hogar, y el 15.5% restante se repartía en oficios que no superan el 5% por sí mismas, de interés es recalcar que se encontró 4.1% (8 participantes) de estudiantes. (Gráfica 5 y Tabla 6).

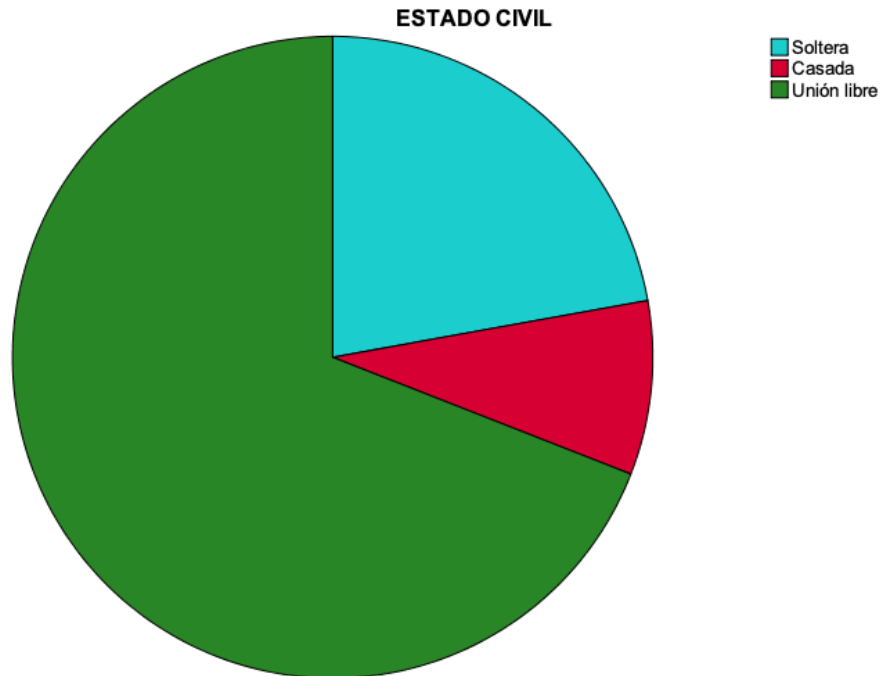
Tabla 6. Frecuencias y porcentajes de oficios en las participantes		
Profesión u oficio	Frecuencia	Porcentaje (%)
Hogar	164	84.5
Comerciante	8	4.1
Costurera	2	1
Cuidadora	1	0.5
Empleada en fábrica	1	0.5
Empleada de limpieza	1	0.5
Enfermera	1	0.5
Estilista	3	1.5
Estudiante	8	4.1
Gerente	1	0.5
Hogar	164	84.5
Manicurista	2	1
Mesera	1	0.5
Ventas	1	0.5
Total	194	100

Gráfica 6. Distribución de profesiones u oficios de las participantes.



En lo relacionado con el estado civil, se encontró que la mayoría de las participantes se encontraba en unión libre con un 69.1% (134 participantes), seguido de soltería con un 22.2% (43 participantes) y 8.8% (17 participantes) de las mujeres refirió estar casadas. Gráfica 7.

Gráfica 7. Distribución del estado civil de las participantes.



Al analizar los probables factores de riesgo asociados a depresión postparto, se indagó acerca de si el embarazo fue deseado el 76.3% (148 participantes) respondió que sí, sin embargo, sólo el 44.8% (87 participantes) refirió que fue planeado. El 87.1% (169 participantes) refirió tener una red de apoyo familiar. El 5.2% (10 participantes) indicó haber sufrido violencia intrafamiliar. El 32.5% (63 participantes) relató antecedentes de abuso infantil. Se encontró que el 10.8% (21 participantes) era migrante. Esta información se esquematiza en la Tabla 7.

Tabla 7. Distribución de frecuencias y porcentajes de probables factores de riesgo asociados a depresión postparto.

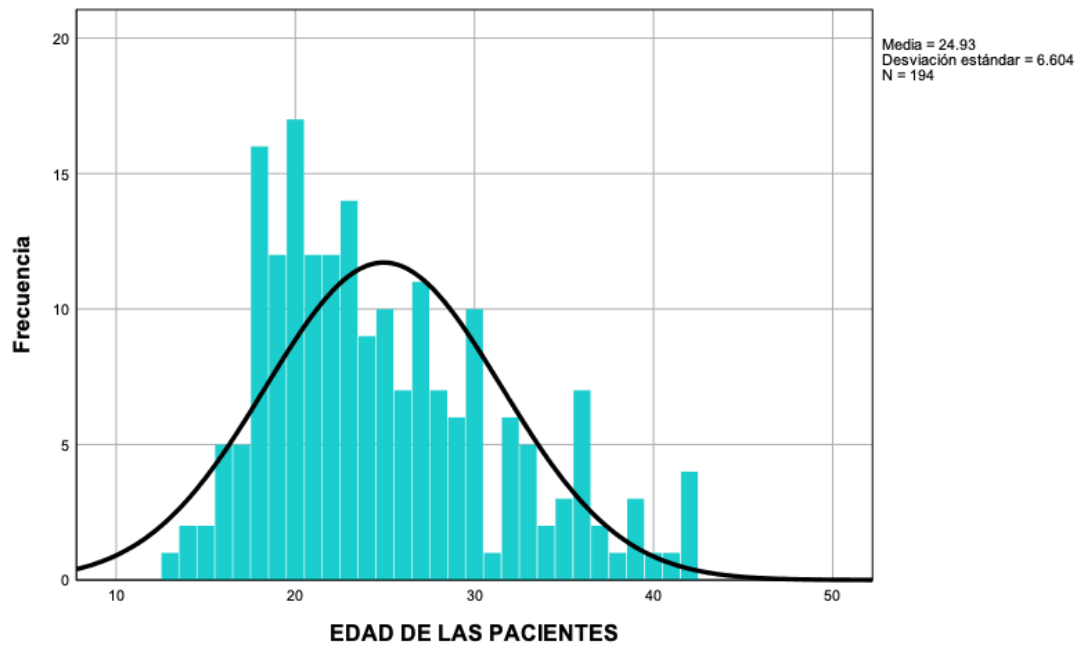
	Embarazo deseado		Embarazo planeado		Red de apoyo familiar		Violencia intrafamiliar		Antecedente de abuso infantil		Migrante	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	F	%
SI	148	76.3	87	44.8	169	87.1	10	5.2	63	32.5	21	10.8
NO	46	23.7	107	55.2	25	12.9	184	94.8	131	67.5	173	89.2

1.2 Fase inferencial

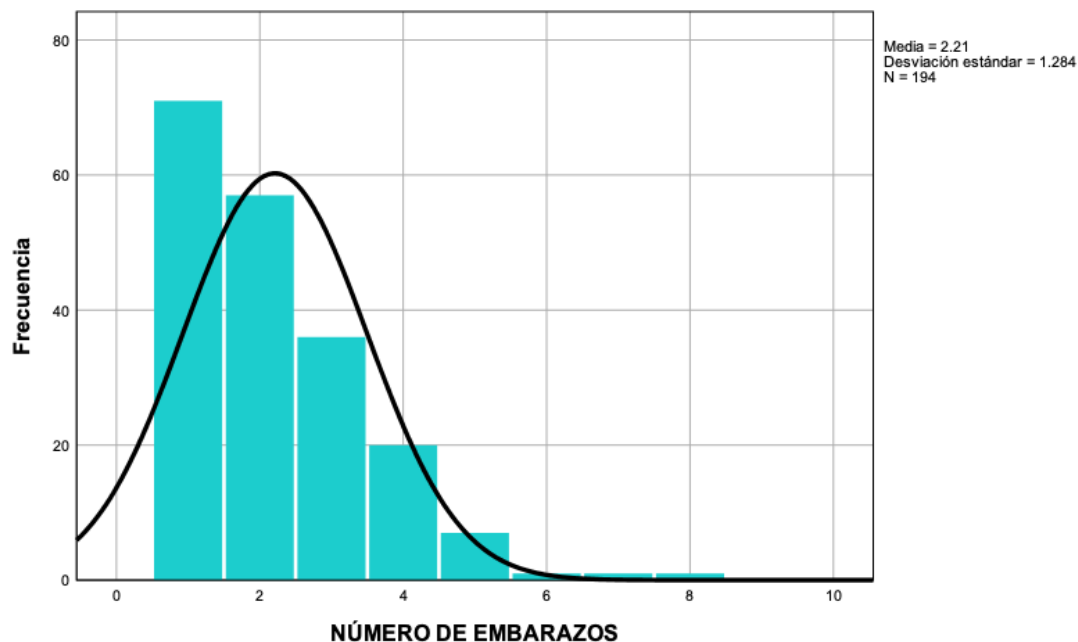
En las variables continuas como edad y número de embarazos, se evaluó si seguían una distribución normal con una prueba de Kolmogorov-Smirnov, debido a que

ambas muestras superaban los 50 participantes, obteniendo que ambas variables no seguían una distribución normal pues tuvieron un p-valor < 0.05 , en las gráficas 8 y 9 se puede observar cómo tienen una distribución desviada hacia la izquierda.

Gráfica 8. Histograma con distribución no paramétrica de la variable edad.

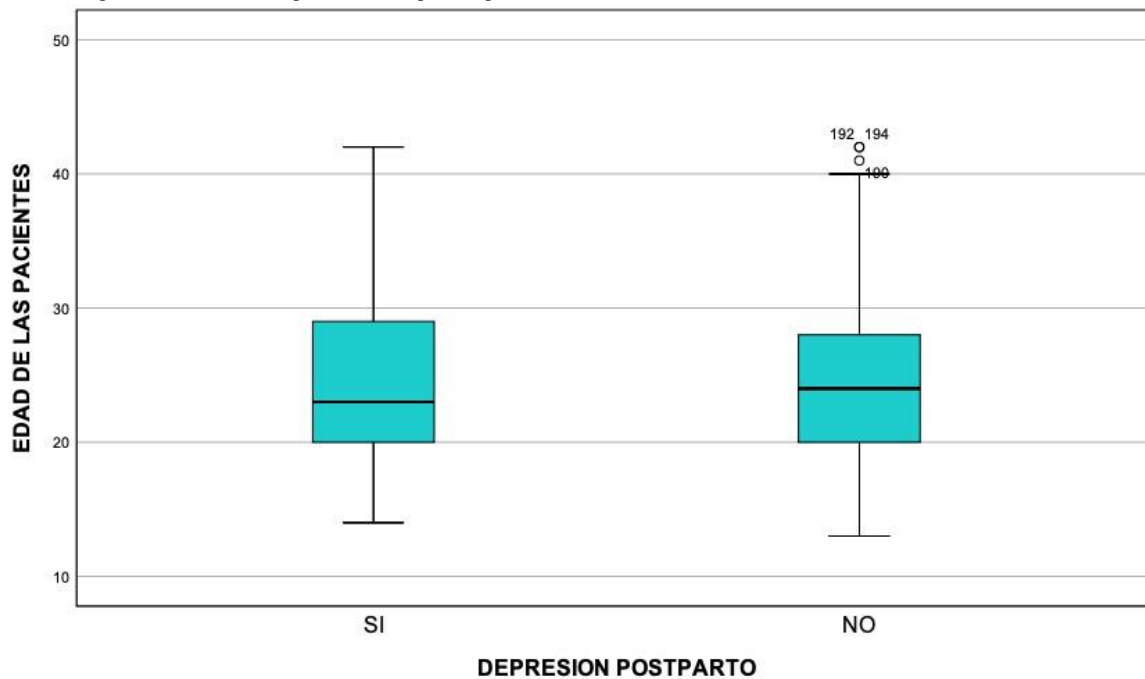


Gráfica 9. Gráfica 8. Histograma con distribución no paramétrica de la variable número de embarazos.

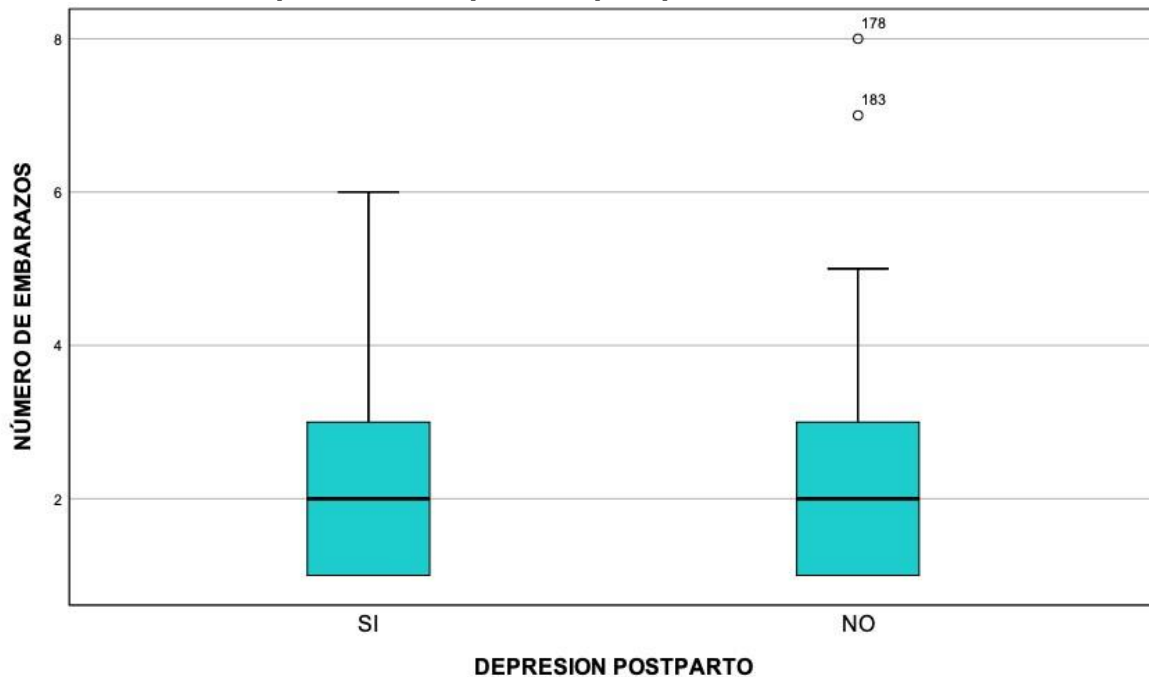


De igual manera al subdividir estas variables con respecto a la presencia o ausencia de depresión postparto tampoco presentaron una distribución normal ($p < 0.05$).

Gráfica 10. Diagrama de Caja-Bigote (Boxplots) de la distribución de la edad con respecto a la depresión postparto.



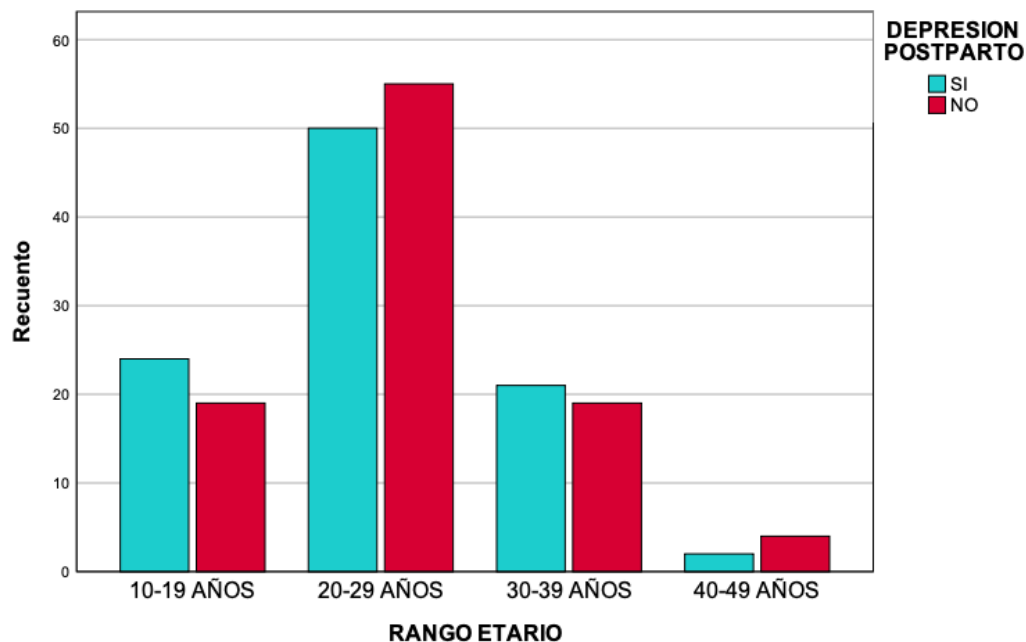
Gráfica 11. Diagrama de Caja-Bigote (Boxplots) de distribución del número de embarazos con respecto a la depresión postparto.



Debido al tipo de distribución no paramétrica de las variables anteriormente mencionadas, se realizó una prueba de U de Mann-Whitney para compararlas con respecto a la depresión postparto, encontrando que no hubo diferencias estadísticamente significativas en la edad o número de embarazos ($p= 0.380$ y $p= 0.663$ respectivamente) entre los grupos con o sin depresión.

De la misma manera, al categorizar la edad como una variable ordinal, y realizar la comparación de grupos con una prueba de chi-cuadrado, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p= 0.663$) entre el rango etario y los grupos con o sin depresión, lo cual se muestra en la Gráfica 12 y Tabla 8.

Gráfica 12. Distribución del rango etario con respecto a la depresión postparto.



De igual manera no se encontró diferencia estadísticamente significativa entre el municipio de residencia ($p= 0.671$), la profesión u oficio ($p= 0.412$) y el estado civil ($p= 0.480$) de las participantes con o sin depresión postparto (Tabla 8).

Sin embargo, se demostró una diferencia estadísticamente significativa entre el grado de escolaridad alcanzado ($p<0.05$) y la depresión postparto. Y al subdividir la variable grado de escolaridad con el nivel educativo de acuerdo con el sistema educativo nacional ($p<0.05$), se aprecia aún más esta diferencia. (Gráfica 13 y 14, y Tabla 8). A estas se les realizó una prueba de correlación de Pearson obteniendo una correlación positiva muy baja para el grado de escolaridad ($R= 0.180$) y una correlación positiva baja para el nivel educativo alcanzado ($R= 0.210$). Tabla 8.

Tabla 8. Valores estadísticos de las pruebas de chi- cuadrado y R de Pearson con respecto a la depresión postparto.				
Variable	Estadístico chi-cuadrado	gl	p	R
Rango etario	1.586	3	0.663	NA
Municipio de residencia	2.356	4	0.671	NA
Profesión u oficio	12.431	12	0.412	NA

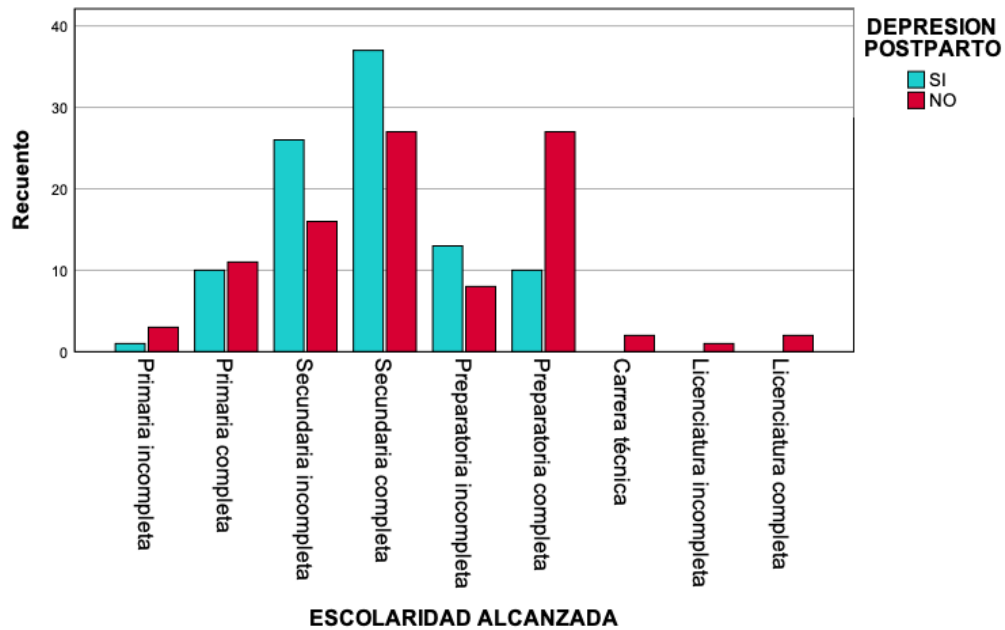
Estado civil	1.467	2	0.480	NA
Grado de escolaridad	18.992	8	0.015	0.180
Nivel Educativo	15.378	3	0.002	0.210

gl= grados de libertad.

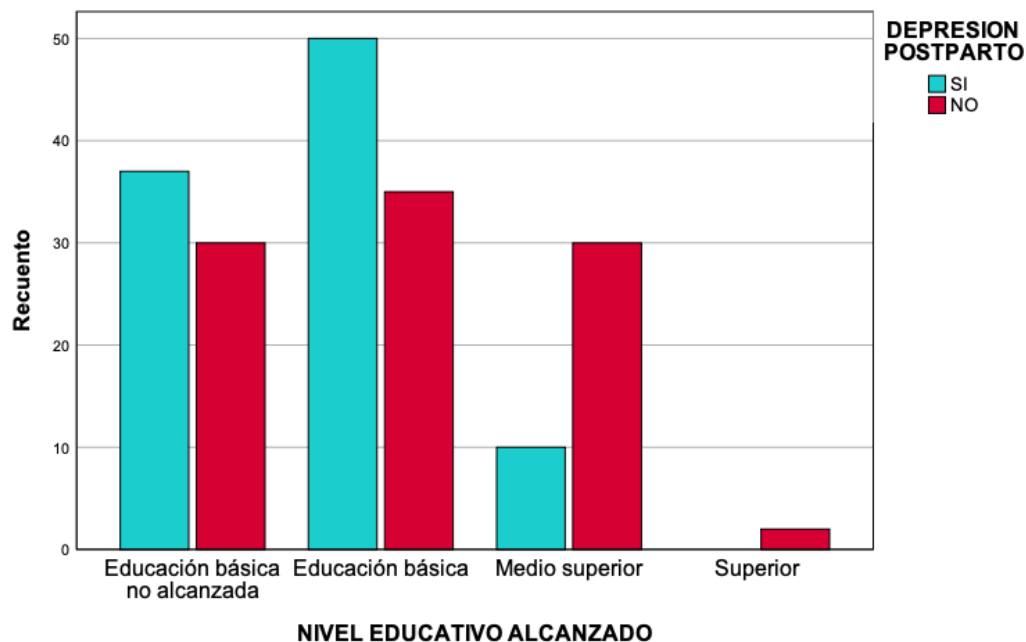
p= valor de p

R= R de Pearson

Gráfica 13. Relación entre el nivel de escolaridad alcanzado y la depresión postparto.



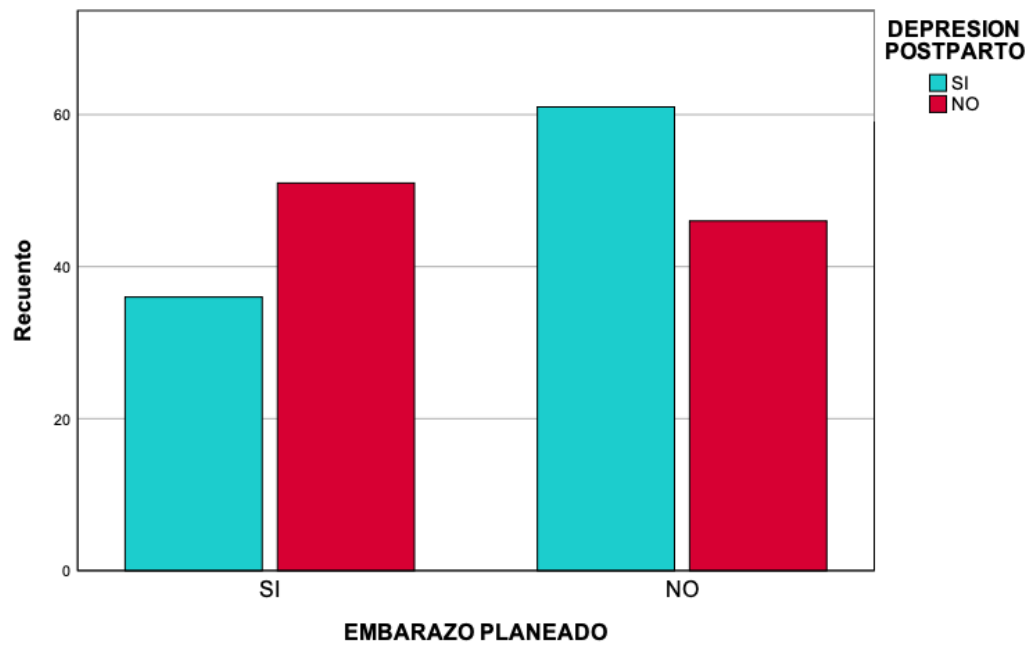
Gráfica 14. Relación entre el nivel educativo de acuerdo con el sistema de educación nacional de México y la depresión postparto.



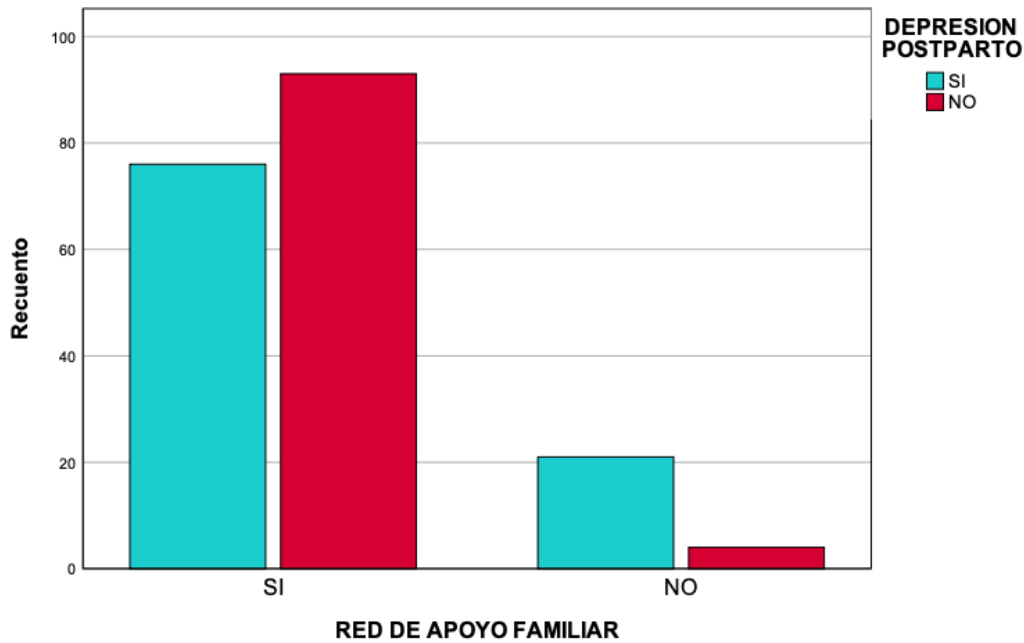
Al analizar los demás factores de riesgo para depresión postparto, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el embarazo deseado ($p= 0.311$), la violencia intrafamiliar ($p= 0.051$) y la condición de migrante ($p= 0.488$) con respecto a los grupos con o sin depresión. Tabla 9.

Sin embargo, las variables de embarazo planeado y poseer una red familiar de apoyo, tuvieron diferencias estadísticamente significativas ($p<0.05$) con respecto a los grupos con y sin depresión. Más aún, al calcular el coeficiente de correlación de Pearson, se encontraron correlaciones negativas, lo que se interpreta como que la planeación del embarazo y poseer una red de apoyo familiar se correlaciona, de manera muy baja y baja respectivamente, con una menor probabilidad de presentar depresión postparto. (Gráficas 15 y 16, y Tabla 9).

Gráfica 15. Relación entre el embarazo planeado y la depresión postparto.



Gráfica 16. Relación entre la red de apoyo familiar y la depresión postparto.



Por último, se encontró una diferencia estadísticamente significativa con el antecedente de haber presentado abuso infantil y los grupos con o sin depresión postparto. Además, se calculó una correlación positiva baja para la presencia de depresión postparto. (Gráfica 17 y Tabla 9).

Gráfica 17. Relación entre el antecedente de abuso en la infancia y la depresión postparto.

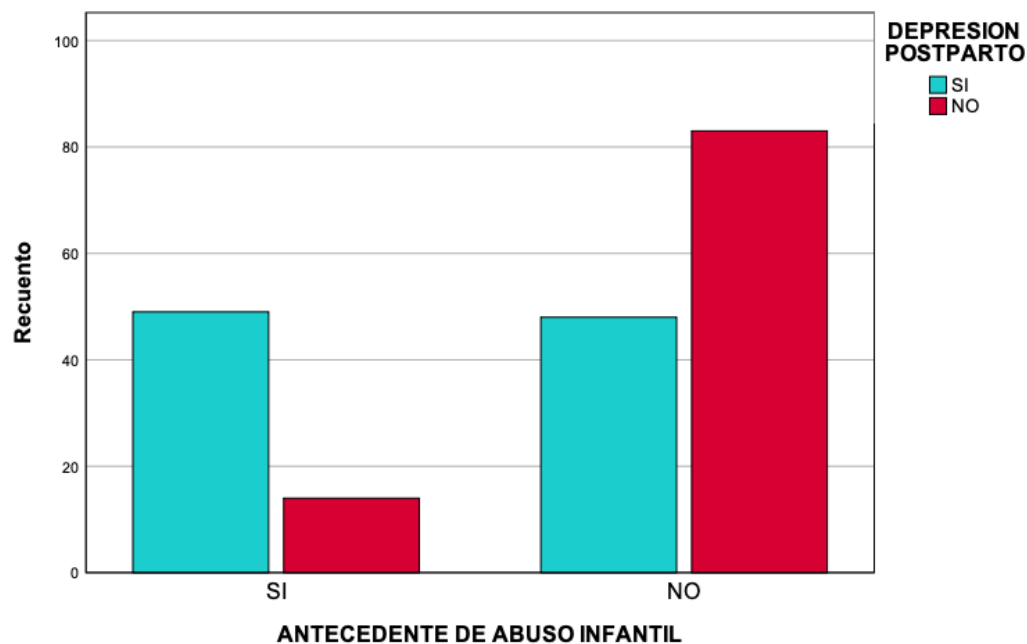


Tabla 9. Valores estadísticos de las pruebas de chi- cuadrado y R de Pearson con respecto a la depresión postparto.

Variable	Estadístico chi-cuadrado	gl	p	R
Embarazo deseado	1.026	1	0.311	NA
Embarazo planeado	4.689	1	0.030	-0.155
Red de apoyo familiar	13.270	1	< 0.000	-0.262
Violencia intrafamiliar	3.769	1	0.051	NA
Antecedente de abuso infantil	28.796	1	< 0.000	0.385
Migrante	0.481	1	0.488	NA

gl= grados de libertad.

p= valor de p

R= R de Pearson

DISCUSIÓN

Con lo reportado en el presente estudio se refleja la importancia de la aplicación de una prueba de tamizaje para depresión postparto, como el Cuestionario de Edinburgo en pacientes en puerperio inmediato y mediano e incluso para detección perinatal,

durante el periodo de embarazo, con el fin de brindar una detección temprana en los diferentes servicios de salud de nuestro país y así derivar de manera oportuna a las pacientes en riesgo. Así mismo establecer un diagnóstico certero con pruebas complementarias para el diagnóstico de esta entidad. Teniendo en cuenta que afecta a mujeres jóvenes, productivas con factores de riesgo ya comentados en la literatura y en estudios realizados. El impacto en la salud pública de la depresión postparto recae en la afectación no solo de la madre, si no en el recién nacido, con aparición de sentimientos de culpa, incapacidad o inutilidad para los cuidados del hijo, presentando angustia de separación grave, ansiedad importante en relación a los cuidados y bienestar del recién nacido, incluso riesgo de suicidio en las madres de estos niños.

En nuestra población, en el Hospital General Tijuana, se analizó a un 50% de pacientes con depresión postparto, la edad promedio de las participantes fue de 25 años. Se buscaron y se compararon factores de riesgo con un grupo control de pacientes sin depresión postparto, de los cuales se encontraron los siguientes hallazgos: No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en relación al grupo etario de las pacientes, de igual forma no se encontró diferencia estadísticamente significativa entre el municipio de residencia, la profesión, oficio ni estado civil. Sin embargo, se encontró una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.05$) entre el grado de escolaridad alcanzado y la depresión postparto, obteniendo una correlación positiva para la depresión postparto y el grado de escolaridad ($R = 0.180$) y nivel educativo alcanzado ($R = 0.210$). Al analizar el resto de los factores de riesgo para depresión postparto, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en relación al embarazo deseado, ($p = 0.311$), la violencia intrafamiliar ($p = 0.051$) y la condición de migrante ($p = 0.488$) con respecto a los grupos con o sin depresión. Sin embargo, las variables de embarazo planeado y poseer una red familiar de apoyo, tuvieron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$) con respecto a los grupos con y sin depresión. Encontrando correlaciones negativas, lo

que se interpreta como que la planeación del embarazo y poseer una red de apoyo familiar se correlaciona, de manera muy baja y baja respectivamente, con una menor probabilidad de presentar depresión postparto. Por último, se encontró una diferencia estadísticamente significativa con el antecedente de haber presentado abuso infantil, con una correlación positiva baja para la presencia de depresión postparto en este grupo.

Con lo anterior, se confirman en este estudio los factores asociados con mayor solidez comentados en la bibliografía nacional para el desarrollo de depresión postparto como son: ausencia de redes de apoyo, bajo nivel escolar, embarazo no planeado, ser víctima de violencia y antecedente de abuso infantil.

CONCLUSIONES

En el presente estudio se confirmó la prevalencia de depresión postparto en mujeres en puerperio inmediato y mediato del Hospital General de Tijuana, la cual se encuentra similar a lo reportado en la bibliografía para países en vías de desarrollo.

La bibliografía menciona que existen múltiples factores biológicos, psicosociales, y sociales estructurales para el desarrollo de la depresión postparto, en el estudio llevado a cabo en nuestra población se encontraron factores similares a lo reportado a nivel nacional, entre ellos la ausencia de redes de apoyo, bajo nivel escolar, embarazo no planeado, ser víctima de violencia y antecedente de abuso infantil.

La finalidad de este trabajo es dar a conocer la presencia de Depresión Postparto en nuestras pacientes, que requieren de un diagnóstico y manejo oportuno, con un equipo multidisciplinario que les brinde seguimiento y tratamiento de calidad, con el fin de evitar resultados adversos en las madres y recién nacidos de esta población.

BIBLIOGRAFÍA

- A., Š., J., H., & P., M. (2018). Etiology, risk factors, and methods of postpartum depression prevention. *ČESKÁ GYNEKOLOGIE*, 83(6), 468–473.
- Anokye, R., Acheampong, E., Budu-Ainooson, A., Obeng, E. I., & Akwasi, A. G. (2018). Prevalence of postpartum depression and interventions utilized for its management. *Annals of General Psychiatry*, 17(1), 18. <https://doi.org/10.1186/s12991-018-0188-0>
- Caparros-Gonzalez, R. A., Romero-Gonzalez, B., & Peralta-Ramirez, M. I. (2018). Depresión posparto, un problema de salud pública mundial. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.97>
- Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. (2021). *Prevención, diagnóstico y manejo de la depresión prenatal y posparto en el primer y segundo niveles de atención. Guía de Práctica Clínica: Evidencias y Recomendaciones.*
- Dadi, A. F., Akalu, T. Y., Baraki, A. G., & Wolde, H. F. (2020). Epidemiology of postnatal depression and its associated factors in Africa: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, 15(4), e0231940. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231940>
- De Castro, F., Place, J. M., Villalobos, A., & Allen, B. (2015). Sintomatología depresiva materna en México: prevalencia nacional, atención y perfiles poblacionales de riesgo. *Salud Pública de México*, 57(2), 144–154.
- Dinwiddie, K. J., Schillerstrom, T. L., & Schillerstrom, J. E. (2018). Postpartum depression in adolescent mothers. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 39(3), 168–175. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2017.1334051>
- Ghaedrahmati, M., Kazemi, A., Kheirabadi, G., & Ebrahimi, A. (2017). Postpartum depression risk factors: A narrative review. *Journal of Education and Health Promotion*, 6(Agosto), 7.
- QUINTIVANO, J., MANUCK, T., & MELTZER-BRODY, S. (2018). Predictors of Postpartum Depression: A Comprehensive Review of the Last Decade of Evidence. *Clinical Obstetrics & Gynecology*, 61(3), 591–603.

<https://doi.org/10.1097/GRF.0000000000000368>

Instituto Nacional de Salud Pública. (2020). *Analizan la depresión posparto y la depresión materna en México*. Analizan la depresión posparto y la depresión materna en México.

Krauskopf, V., & Valenzuela, P. (2020). Depresión perinatal: detección, diagnóstico y estrategias de tratamiento. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(2), 139–149. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2020.01.004>

Lara, M. A., Patiño, P., Navarrete, L., & Nieto, L. (2015). *Depresión posparto, un problema de salud pública que requiere de mayor atención en México*.

Malpartida Ampudia, M. K. (2020). Depresión posparto en atención primaria. *Revista Medica Sinergia*, 5(2), e355. <https://doi.org/10.31434/rms.v5i2.355>

Shorey, S., Chee, C. Y. I., Ng, E. D., Chan, Y. H., Tam, W. W. S., & Chong, Y. S. (2018). Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 104, 235–248. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.08.001>

Suárez-Rico, B. V., Estrada-Gutierrez, G., Sánchez-Martínez, M., Perichart-Perera, O., Rodríguez-Hernández, C., González-Leyva, C., Osorio-Valencia, E., Cardona-Pérez, A., Helguera-Repetto, A. C., Espino y Sosa, S., Solis-Paredes, M., & Reyes-Muñoz, E. (2021). Prevalence of Depression, Anxiety, and Perceived Stress in Postpartum Mexican Women during the COVID-19 Lockdown. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(9), 4627. <https://doi.org/10.3390/ijerph18094627>

Villegas Loaiza, N., Paniagua Dachner, A., & Vargas Morales, J. A. (2019). Generalidades y diagnóstico de la depresión posparto. *Revista Medica Sinergia*, 4(7), e261. <https://doi.org/10.31434/rms.v4i7.261>

ANEXOS

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Dirigido a: Pacientes adultos sometidos a CUESTIONARIO DE TAMIZAJE PARA DEPRESIÓN POSTPARTO.

Actividad: Cuestionario de evaluación

Trabajo de investigación titulado: "FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DEPRESIÓN POSTPARTO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL TIJUANA"
Fecha aprobación por el Comité de ética: (La fecha se incluirá una vez que el estudio haya sido aprobado por el comité de ética)

Introducción/Objetivo

Estimado(a) Señor/Señora:

Mi nombre es Arianna Velázquez Reza, soy médico residente de cuarto año, del servicio de Ginecología y Obstetricia. Como parte de mi trabajo de investigación estoy realizando un proyecto titulado "FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DEPRESIÓN POSTPARTO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL TIJUANA".

Si usted decide participar en este proyecto, es importante que considere la siguiente información. Siéntase libre de preguntar cualquier asunto que no le quede claro.

En este trabajo de investigación el propósito es analizar el comportamiento de los factores de riesgo de depresión en mujeres desde las primeras 24 horas hasta 7 días de posparto que se encuentren hospitalizadas en el Hospital General Tijuana.

Le pedimos participar porque usted forma parte del grupo de pacientes atendidas de parto o cesárea y que se encuentran hospitalizadas actualmente en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital General Tijuana.

Su participación consistirá en:

- Se le proporcionará un cuestionario conformado por 10 preguntas que evalúa sus sentimientos experimentados en el período de postparto en los últimos 7 días; cada pregunta usted le otorga un puntaje que varía de 0 a 3.

EJEMPLO: Me he sentido contenta:

- _0_ Sí, siempre
1 Sí, casi siempre
2 No muy a menudo
3 No, nunca

"Me he sentido contenta casi siempre durante la última semana".

- No hay respuestas buenas o malas, únicamente nos hace saber la forma con la cual usted y su estado de ánimo se identifican más.

- El cuestionario durará alrededor de 10 minutos, y abarca varias preguntas sobre su estado de ánimo en los últimos 7 días.
- Los resultados serán procesados de forma confidencial por el investigador. No se entregan resultados ni calificación de la evaluación que usted presenta.

Beneficios: No hay un beneficio directo por su participación en el proyecto, sin embargo, si usted acepta participar, estará colaborando con el trabajo de investigación *“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DEPRESIÓN POSTPARTO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL TIJUANA”*.

Confidencialidad: Toda la información que usted nos proporcione para la iniciativa será de carácter estrictamente confidencial, será utilizada únicamente por el equipo de investigación del proyecto y no estará disponible para ningún otro propósito. Usted quedará identificada con un número y no con su nombre. Los resultados de este estudio serán publicados con fines científicos, pero se presentarán de tal manera que no podrá ser identificada.

Participación Voluntaria/Retiró: Su participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse a participar o de retirar su participación del mismo en cualquier momento. Su decisión de participar o no en el estudio no implicará ningún tipo de consecuencia o afectará de ninguna manera la atención que recibe en la institución.

Riesgos Potenciales/Compensación: Los riesgos potenciales que implican su participación en este estudio no implican algún riesgo. Si alguna de las preguntas le hicieran sentir un poco incómoda, tiene el derecho de no responder. Usted no recibirá ningún pago por participar en el estudio, y tampoco implica algún costo para usted.

Aviso de Privacidad Simplificado: Como investigador principal de este trabajo de investigación (Arianna Velázquez Reza), soy responsable del tratamiento y resguardo de los datos personales que nos proporcione, los cuales serán protegidos conforme a lo dispuesto por la **Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados**. Los datos personales que le solicitaremos serán utilizados exclusivamente para las finalidades expuestas en este documento. Usted puede solicitar la corrección de sus datos o que sus datos se eliminen de nuestras bases o retirar su consentimiento para su uso. En cualquiera de estos casos le pedimos dirigirse al investigador responsable del proyecto a la siguiente dirección de correo: arianna.gyn.16@gmail.com

Números a Contactar: Si usted tiene alguna pregunta, comentario o preocupación con respecto al proyecto, por favor comuníquese con el/la director/a del trabajo de investigación Guadalupe Duarte Arenas al siguiente correo electrónico

dra.lupita.duarte@gmail.com o bien, al Departamento de Enseñanza e Investigación al número 664 684 00 78 (al 80) ext. 2449.

Si usted acepta participar en el estudio, le entregaremos una copia de este documento que le pedimos sea tan amable de firmar.

Declaración de la persona que da el consentimiento

- Se me ha leído esta Carta de consentimiento.
- Me han explicado el estudio de investigación incluyendo el objetivo, los posibles riesgos y beneficios, y otros aspectos sobre mi participación en el estudio.
- He podido hacer preguntas relacionadas a mi participación en el estudio, y me han respondido satisfactoriamente mis dudas.

Si usted entiende la información que le hemos dado en este formato, está de acuerdo en participar en este estudio, de manera total o parcial, y también está de acuerdo en permitir que su información de salud sea usada como se describió antes, entonces le pedimos que indique su consentimiento para participar en este estudio.

Registre su nombre y firma en este documento del cual le entregaremos una copia.

PARTICIPANTE:

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha/hora: _____

TESTIGO 1

Nombre: _____

Firma: _____

Relación con la participante: _____

Fecha/hora: _____

TESTIGO 2

Nombre: _____

Firma: _____

Relación con la participante: _____

Fecha/hora: _____

Nombre y firma del investigador o persona que obtiene el consentimiento:

Nombre: _____

Firma: _____
Fecha/hora: _____

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Datos del paciente	
Número de expediente	
Nombre	
Edad	
Municipio de residencia	
Escolaridad	
Ocupación	
Estado civil	1. Soltera 2. Casada 3. Unión Libre 4. Viuda
Antecedentes	
Número de embarazos	
Embarazo deseado	1. Si 2. No
Embarazo planeado	1. Si 2. No
Violencia intrafamiliar	1. Si 2. No
Antecedente de abuso infantil	1. Si 2. No
Migrante	1. Si 2. No

ESCALA DE DEPRESIÓN POSTPARTO DE EDINBURGO

Nombre:		
Si está embarazada, número de semanas de embarazo:		
Si se encuentra en la etapa de postparto, número de semanas de postparto:		
<p>Como usted va a tener un bebé o acaba de tener un bebé nos gustaría saber cómo se ha estado sintiendo.</p> <p>Marque la respuesta que más se acerca a cómo se ha sentido en los últimos 7 días, no solamente como se siente el día de hoy. En el ejemplo que se encuentra a continuación, la "X" significa "Me he estado sintiendo contenta casi siempre durante la última semana".</p> <p>EJEMPLO: Me he sentido contenta:</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, siempre</p> <p><input type="checkbox"/> Si, casi siempre</p> <p><input type="checkbox"/> No muy a menudo</p> <p><input type="checkbox"/> No nunca</p> <p>Complete las siguientes preguntas de la misma manera.</p> <p>En los últimos 7 días:</p>		
1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas	0	Tanto como siempre
	1	No tanto ahora
	2	Mucho menos
	3	No, no he podido
2.He mirado el futuro con placer	0	Tanto como siempre
	1	Algo menos de lo que solía hacer
	2	Definitivamente menos
	3	No, nada
3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien	3	Si, la mayoría de las veces
	2	Si, algunas veces
	1	No, no muy a menudo
	0	No, nunca
4.He estado ansiosa y preocupada sin tener motivo	0	No, para nada
	1	Casi nada
	2	Si, a veces
	3	Si, a menudo
5.He sentido miedo o	3	Si, bastante

pánico sin motivo alguno	2	Si, a veces
	1	No, no mucho
	0	No, nada
6.Las cosas me oprimen o agobian	3	Si, la mayor parte de las veces
	2	Si, a veces
	1	No, casi nunca

	0	No, nada
7.Me he sentido tan infeliz, que tenido dificultad para dormir	3	Si, la mayoría de las veces
	2	Si, a veces
	1	No muy a menudo
	0	No, nada
8.Me he sentido triste y desgraciada	3	Si, casi siempre
	2	Si, bastante a menudo
	1	No muy a menudo
	0	No, nada
9.Me he sentido tan infeliz que he estado llorando	3	Si, casi siempre
	2	Si, bastante a menudo
	1	Solo ocasionalmente
	0	No, nunca
10.He pensado en hacerme daño a mí misma	3	Si, bastante a menudo
	2	A veces
	1	Casi nunca
	0	No, nunca
Total		

Interpretación:

Puntuación >10: Probabilidad de depresión.

Cualquier número que se escoja que no sea 0 en la pregunta 10 significa que es necesario hacer evaluaciones adicionales de inmediato.