



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL  
COORDINACIÓN AUXILIAR DE INVESTIGACIÓN EN SALUD  
HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA CON MEDICINA FAMILIAR NO. 7

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA  
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA

**“DETECCIÓN DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS E INCIDENCIA DE DEPRESIÓN POSPARTO EN  
PUÉRPERAS DEL HGO MF 07 DE TIJUANA, BAJA CALIFORNIA”**

**TESIS DE POSGRADO**

No. Del registro del CLIS:

R-2021-204-039

**PARA OBTENER ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR**

Tijuana, Baja California a Marzo del 2023

---

## IDENTIFICACION DE LOS INVESTIGADORES

### INVESTIGADOR RESPONSABLE:

Dra. Martina Elena Ángulo Ramírez

Matrícula: 99274013

Profesora titular de residencias médicas / Médico Familiar adscrito al HGO MF 07 Teléfono:

6643856836

Correo electrónico: [elena.angulo.r@gmail.com](mailto:elena.angulo.r@gmail.com)

### INVESTIGADOR ASOCIADO:

Dra. Elizabeth Guadalupe Huerta Huerta

Matrícula: 98023182

Maestra en Educación/Médico Familiar adscrito al HGO MF 07

Teléfono: 664 151 9272

Correo electrónico: [dra.elizabethuerta2@gmail.com](mailto:dra.elizabethuerta2@gmail.com)

MSP. Cinthia Liliana García Meraz

Matrícula: 99029560

Maestra en Salud Pública/Enfermera General adscrita al HGO MF 07

Teléfono: 664 375 5944

Correo electrónico: [cinthia.garmer@gmail.com](mailto:cinthia.garmer@gmail.com)

### INVESTIGADOR PRINCIPAL:

Dra. Rebeca Patricia Dorantes Iñiguez

Matrícula: 98029493

Médico Residente de segundo año de Medicina Familiar del HGO MF 07

Teléfono: 664 118 1469

Correo electrónico: [becadi05@gmail.com](mailto:becadi05@gmail.com)

---

## INDICE

<b>I. RESUMEN .....</b>	<b>4</b>
<b>II. MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>5</b>
<b>III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....</b>	<b>10</b>
<b>IV. JUSTIFICACIÓN .....</b>	<b>12</b>
<b>V. OBJETIVOS .....</b>	<b>13</b>
<b>VI. HIPÓTESIS .....</b>	<b>14</b>
<b>VII. MATERIAL Y METODOS .....</b>	<b>15</b>
<b>VIII. DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE VARIABLES .....</b>	<b>18</b>
<b>IX. ASPECTOS ÉTICOS .....</b>	<b>19</b>
<b>X. RECURSOS UTILIZADOS, FACTIBILIDAD Y FINANCIAMIENTO .....</b>	<b>20</b>
<b>XI. RESULTADOS .....</b>	<b>21</b>
<b>XII. DISCUSION .....</b>	<b>39</b>
<b>XIII. VENTAJAS .....</b>	<b>40</b>
<b>XIV. LIMITACIONES .....</b>	<b>40</b>
<b>XV. CONCLUSIONES .....</b>	<b>42</b>
<b>XVI. BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>44</b>
<b>XVII. ANEXOS .....</b>	<b>48</b>

---

## I. RESUMEN

**Título:** “Detección de síntomas depresivos e incidencia de depresión posparto en puérperas del HGO MF 07 de Tijuana, Baja California”

**Introducción:** La depresión posparto es un trastorno del estado de ánimo con una prevalencia del 20% a nivel mundial. El embarazo produce cambios fisiológicos y psicosociales que pueden desencadenar depresión, presentando una mayor incidencia durante el posparto. La sintomatología depresiva es enmascarada por los cambios emocionales propios del embarazo, haciendo que la depresión posparto (DPP) sea subdiagnosticada y no tratada, aumentando riesgos físicos y emocionales para el recién nacido y la madre. Por tal motivo es importante hacer una búsqueda intencionada y una detección oportuna de síntomas depresivos en el posparto para prevenir complicaciones asociadas.

**Objetivo:** Detectar síntomas depresivos y calcular la incidencia de depresión posparto en puérperas del HGO MF 07.

**Material y métodos:** Estudio observacional, descriptivo, longitudinal y prospectivo, en embarazadas del HGO MF 07 durante su 1er trimestre de embarazo, sin antecedentes de depresión. Previo consentimiento informado se dio seguimiento hasta los 3 meses posparto realizando tamizaje con la Escala de Depresión de Edimburgo en cada intervención. Se utilizó estadística descriptiva: medidas de tendencia central y de dispersión para variables cuantitativas y medidas de proporción y tasas para variables cualitativas. Se calculó la incidencia y tasa de incidencia. Para el procesamiento de datos se utilizó el paquete SPSS versión 25.

**Resultados:** Con los datos obtenidos, entre 220 casos estudiados se identifican 60 casos de síntomas depresivos con riesgo de depresión, de los cuales 21 casos (9.5%) se identifican con DPP. La edad promedio fue de 27 años; de las pacientes con DPP en su mayoría no casadas (66%) y primigestas (66%). En nuestro estudio no tuvo relevancia el embarazo no planeado.

**Conclusiones:** Se demuestra que las pacientes en control presentaron una incidencia elevada de DPP (9.5%) comparándolas con los diagnósticos establecidos en periodos anteriores de la misma unidad. La DPP sigue siendo un problema de salud mental importante para las embarazadas y puérperas, por el riesgo de las consecuencias tales como: maltrato infantil, suicidio e infanticidio. El detectar de manera oportuna, nos permite como sistema de salud, mejorar la calidad de vida de nuestra población, así como disminuir las consecuencias que implica la depresión en este grupo de pacientes

**Palabras clave:** Depresión, Atención Prenatal, Depresión Posparto, Escala de Depresión Posparto de Edimburgo

---

## II. MARCO TEÓRICO

El embarazo y el posparto pueden ser momentos de alegría y expectativas positivas para la madre y su familia, pero también de estrés y dificultades ya que durante este periodo se producen diversos cambios fisiológicos y psicosociales que generan nuevos retos para la familia. Estos cambios pueden llegar a generar trastornos psiquiátricos, dentro de los cuales la depresión y la ansiedad son los más frecuentes y sus síntomas pueden variar desde leves a graves.<sup>1</sup>

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la depresión como “un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración”.<sup>2</sup>

La depresión es una prioridad sanitaria mundial. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS 2016), representa el 10% del total de enfermedades no mortales en todo el mundo. Aunque puede afectar a cualquier persona sin importar características físicas o sociodemográficas, se ha evidenciado que es mayor la prevalencia en el sexo femenino y es el padecimiento psiquiátrico más común durante el embarazo.<sup>3,4</sup>

El embarazo se ha visualizado como un estado de adecuada salud mental y emocional en la madre, por lo que el control prenatal va encaminado hacia la prevención de complicaciones materno-fetales. Sin embargo, en algunas gestantes puede incrementarse la vulnerabilidad a enfermedades psiquiátricas como la depresión, afectando hasta a un 13% de embarazadas, siendo esta la segunda causa de incapacidad y una de las morbilidades más comunes durante este periodo.<sup>4</sup>

La depresión perinatal suele definirse como un episodio depresivo no psicótico de gravedad leve a grave que se produce durante el embarazo o el posparto. Durante este periodo la madre puede presentar síntomas como: irritabilidad, falta de interés, trastornos del apetito y del sueño, sentimientos de tristeza, culpa o desesperanza, así como pensamientos destructivos hacia ella misma o hacia su bebé, siendo estos considerados en muchas ocasiones como síntomas propios del embarazo.<sup>5</sup>

Los síntomas depresivos, sumados a una serie de factores relacionados con el embarazo como lo son: el aumento de los síntomas somáticos, la exposición a la violencia de pareja, la falta

---

de apoyo social, el embarazo no deseado y las altas tasas de recaída de la depresión durante el periodo perinatal, entre otros, suelen ser factores de riesgo y predictores para el desarrollo de depresión posparto. <sup>6</sup>

Durante el periodo posparto, existen 3 condiciones clínicas psiquiátricas de afección del estado de ánimo: un estado depresivo temprano conocido como "Maternity Blue" o tristeza posparto, es el que se presenta con mayor frecuencia (hasta un 80%) y tiene un curso transitorio; una segunda condición es el desarrollo de un cuadro depresivo que se prolonga por más de dos semanas, caracterizado por afectación anímica diaria, con llanto, fatiga, tristeza, trastornos del sueño y trastornos del humor CONOCIDO COMO DEPRESION POSPARTO (DPP) y solamente el 0.1-0,2% desarrollan psicosis posparto, correspondiente a un trastorno grave que desencadena psicosis. <sup>7</sup>

Los primeros tres meses del periodo posnatal son el periodo de mayor vulnerabilidad en la madre para desarrollar DPP, siendo prioritario para el sector salud la prevención y el correcto abordaje de la DPP debido a sus repercusiones en el bienestar de la madre y del bebé. <sup>8</sup>

El Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales en su quinta edición (DSM-V por sus siglas en inglés) clasificó a la depresión posparto como "trastorno depresivo mayor, con inicio periparto", debido a que los síntomas comienzan durante el embarazo en aproximadamente un tercio de las pacientes con DPP. Los criterios para DPP indican que la aparición de los síntomas debe ocurrir durante el embarazo o dentro de las primeras cuatro semanas después del parto, aunque se ha generado conflicto ya que se ha visto que mujeres han presentado síntomas depresivos hasta un año después del parto. <sup>9</sup>

Para el diagnóstico, la madre deberá presentar durante dos semanas por lo menos 5 de los siguientes signos y síntomas: estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, disminución de interés o placer en la mayoría de las actividades, pérdida de peso o cambios en el hábito alimenticio, insomnio, agitación o retardo psicomotor, fatiga, sentimiento de inutilidad o culpa excesiva, disminución en la concentración y por último pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida. <sup>10</sup>

Para identificar los síntomas depresivos, actualmente se utiliza la escala de depresión PHQ-9 (Patient Health Questionnaire), diseñada por Spitzer en 1999, validado en español por Baader en Chile en 2012, como herramienta de detección de los síntomas de depresión en la atención primaria basada en los

---

criterios diagnósticos del DSM-IV. Este cuestionario ha demostrado tener adecuadas sensibilidad y especificidad, y es sustancialmente más corto que la mayoría de los cuestionarios usados para la detección de los síntomas de depresión. El PHQ-9 se ha traducido a varios idiomas y hay estudios que respaldan su confiabilidad y validez.<sup>11</sup>

El PHQ-9 consta de nueve ítems para evaluar la presencia de síntomas depresivos en las últimas dos semanas (correspondientes a la Criterios DSM-IV). Cada elemento tiene un índice de gravedad correspondiente: 0 = nunca, 1 = algunos días, 2 = más de la mitad los días, y 3 = casi a diario. Las puntuaciones pueden oscilar entre 0 y 27, que luego se traduce en cinco niveles de síntomas de gravedad: sin riesgo (0 - 4), bajo (5 - 9), moderado (10 - 14), moderadamente severo (15-19) y severo (20-27). Estas las categorías se correlacionan con la probabilidad de presentar un episodio depresivo mayor; sin embargo, la depresión mayor rara vez se observa en personas con puntuaciones inferiores a 10. Por lo tanto, las puntuaciones  $\geq 10$  se utilizan comúnmente como punto de corte para determinar la presencia de síntomas depresivos.<sup>12</sup>

La validación de la versión en castellano del PHQ-9, realizada en Chile en centros de atención primaria, ha demostrado adecuada consistencia interna (alfa de Cronbach=0,835), sensibilidad (88 %) y especificidad (92 %), comparado con la escala de Hamilton-D, aplicada por los psiquiatras, así como una adecuada validez concurrente y predictiva con respecto a los criterios de la CIE-10.<sup>12</sup>

Para la valoración de DPP una de las herramientas más utilizadas es la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS), un cuestionario que evalúa específicamente la sintomatología depresiva durante el periodo posnatal, aunque en los últimos años se ha utilizado para identificar síntomas depresivos durante el embarazo. Consta de 10 preguntas que se califican en un rango de 0 a 3 puntos, de acuerdo a la severidad de los síntomas depresivos percibidos por la madre en los últimos 7 días. Un resultado  $\geq 10$  indica síntomas depresivos y un posible desarrollo de la enfermedad y  $\geq 13$  es un indicador de depresión mayor con probable desarrollo de DPP.<sup>13</sup>

De sus ítems, 5 se relacionan con disforia, 2 con ansiedad, 1 con sentimientos de culpa, 1 con ideas suicidas y 1 con dificultades de concentración. La mayoría de las madres pueden contestar la escala sin dificultad en menos de 5 minutos. El estudio de validación demostró que aquellas que obtienen resultados por encima del umbral del 92.3% es más probable que padezcan de alguna enfermedad depresiva de diferentes niveles de gravedad.<sup>14</sup>

El alfa de Cronbach de esta escala fue de .822, lo que indica consistencia interna y confiabilidad en resultados. La sensibilidad y especificidad del posible o probable diagnóstico de

---

DPP varia, dependiendo los criterios utilizados para el diagnóstico de depresión mayor (DSM-V o CIE-10) <sup>15</sup>

Actualmente se estima que la prevalencia de la depresión posparto es aproximadamente del 10 al 20% a nivel mundial, sin embargo, esta varía ampliamente entre culturas y entre los niveles de desarrollo de diferentes países. Por lo tanto, la incidencia estimada del 10-20% puede ser una subestimación del problema global, debido a que los países en desarrollo presentan niveles más bajos en las tasas de detección, niveles socioeconómicos bajos, normas culturales diferentes, apoyo social deficiente y presentan estigmas acerca de la salud mental lo que disminuye su acercamiento a recibir atención médica. De hecho, se estima que más del 50% de mujeres con DPP no son diagnosticadas. <sup>9 16</sup>

La DPP afecta a 19.2% de las puérperas durante los tres primeros meses posparto, pero su prevalencia puede variar entre 3% y 30% durante el primer año, dependiendo del método de medición y del tiempo transcurrido desde el nacimiento del hijo. Aunque los síntomas iniciales son en las primeras 4 semanas, se ha presentado DPP durante el transcurso de los primeros tres meses posparto hasta en un 40% y 70% de los casos. <sup>14</sup>

Pan-Yen Lin, et al. (Taiwán 2019) realizaron un estudio de cohorte, prospectivo, longitudinal, con 234 embarazadas. El 13.2% desarrollaron un episodio depresivo mayor de las cuales el 9.4% se presentó durante las primeras 4 semanas postparto. Los factores asociados fueron bajo nivel de educación (2.3%), historia familiar de padecimientos psiquiátricos (29%), retraso en la recuperación postparto (8%), estrés familiar (54%) y antecedente de ansiedad (38.7%). Los factores como deficiente apoyo social y la poca o mala interacción, el deficiente apoyo familiar o del cónyuge, y el maltrato infantil se asociaron con mayores síntomas depresivos. <sup>17</sup>

En Latinoamérica se han realizado diversos estudios y se han encontrado datos de >22% de depresión postparto en Chile y hasta un 57% de sintomatología depresiva reportada en Colombia. 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. <sup>18</sup>

Mauricio Juárez – Romero, et al. (México 2015) realizaron un estudio transversal con una muestra de 300 pacientes entre 15 a 39 años donde se obtuvo una prevalencia de 18.3% de DPP.

---

El promedio de edad de las mujeres encuestadas fue de  $24.4 \pm 5.43$  años, la mayoría eran casadas, dedicadas al hogar, primigestas, con escolaridad de secundaria que no habían planeado el embarazo y, por lo tanto, no lo deseaban. Los autores concluyeron que, a menor escolaridad y número de gestas, además de la presencia de un muy bajo ingreso económico, las pacientes presentan mayores probabilidades de presentar mayor prevalencia de depresión posparto además de que los resultados fueron mayores con respecto a la literatura anglosajona en donde se reporta un promedio de 16% a diferencia de este estudio donde se reportó un 18.3%.<sup>18</sup>

Osma-Zambrano S, et al. (Colombia 2019) realizaron un estudio descriptivo transversal en 244 gestantes donde se reportó una prevalencia de ansiedad y depresión del 24.6%. El 96.7 % de este grupo se encontraba entre el segundo y tercer trimestre de su embarazo; el 63.3 % de estas gestantes no planeó su embarazo y el 40 % no lo deseaba; el 66 % presentaba ansiedad, el 58.3 % ha sido víctima de violencia verbal alguna vez en su vida, el 22.5 % víctima de violencia física y el 48.3 % de violencia psicológica. Con relación a los antecedentes de depresión, el 33.3 % del grupo refiere antecedentes familiares de depresión y el 60 % refiere antecedentes personales. Un 26.7 % refiere consumo de alcohol durante el embarazo. Los autores concluyeron que la ansiedad y la depresión están fuertemente asociadas, además recomiendan detectar la morbilidad psicosocial de manera oportuna.<sup>19</sup>

Romero D, et al. (México 2017) Realizaron un estudio retrospectivo con 154 mujeres donde se reportó una prevalencia de 16% de DPP. Del total de pacientes con depresión el 42.2% reportó haber experimentado tristeza durante el embarazo, el 30.5% sufrió un evento vital estresante durante la gestación, el 44.2% reportó no haber planeado el embarazo, 31.1% no fue acompañada por su pareja a control prenatal. Concluyeron que existen factores psicosociales que se asocian a sintomatología depresiva en el postparto que es de relevancia conocer en la atención primaria con el fin de crear estrategias preventivas en las instituciones de salud.<sup>20</sup>

Cabada-Ramos E, et al. (Veracruz, 2015) en un estudio descriptivo, transversal, observacional, aplicaron la EDPS a 109 púerperas del estado de Veracruz, 109 en zona urbana, 44 en zona rural y 30 en la zona indígena náhuatl, durante el segundo semestre del 2011 y enero 2012. El 23% de la población tuvo datos significativos de depresión postparto. En relación con el tipo de familia las mujeres que forman parte de una nuclear (124) presentaron mayor prevalencia

---

(23%). En el área rural la depresión posparto fue más significativa en el grupo de familias monoparentales (33%). 34% de las mujeres con estudios de primaria tuvieron datos significativos que disminuyeron a mayor escolaridad, el grupo con maestría no los presentó y con licenciatura 3%.<sup>21</sup>

Los problemas de salud mental materna plantean importantes desafíos de salud pública para las sociedades de todo el mundo, especialmente en aquellos países que se encuentran en desarrollo. La depresión postparto es una enfermedad con una alta prevalencia en nuestra sociedad, que se ha visto infradiagnosticada por parte del personal de salud, así como por el poco conocimiento que las madres tienen acerca de este padecimiento.

La depresión es un trastorno subdiagnosticado, aun cuando se tiene el conocimiento de su alta incidencia y prevalencia durante el embarazo y posparto, siendo una de las principales causas de morbilidad a nivel mundial durante este periodo. La depresión posparto puede afectar la capacidad de la madre de cuidarse a si misma y al bebe, repercutiendo negativamente en el desarrollo cognitivo y conductual del niño.

---

### III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La depresión es una de las principales causas de discapacidad en todo el mundo y su prevalencia a lo largo de la vida varía entre el 20% y el 25% en las mujeres. La DPP es aquella que ocurre después del parto, en donde la mujer presenta signos y síntomas de un trastorno depresivo mayor. Se ha estimado que la prevalencia de DPP varía entre el 9% y el 19%, según los criterios utilizados para reconocer a mujeres en riesgo, el método y momento de medición, el período de tiempo considerado y el tipo de población. La prevalencia de DPP es del 9,6% entre las mujeres que viven en países de ingresos altos y del 19,6% en países de ingresos bajos y medios.<sup>22</sup>

El diagnóstico es un gran reto, ya que los síntomas se pueden confundir con cambios normales postparto o secuelas del embarazo y pasan desapercibidos sin indicación de tratamiento. Muchos de los síntomas se atribuyen a los cambios del sueño de la madre, la pérdida de peso y energía por el cuidado del recién nacido. La depresión postparto es un trastorno donde la mayoría de casos requieren tratamiento, incluso aun teniendo un adecuado tratamiento hay mujeres que no presentan mejoría teniendo un curso crónico de depresión. Las recidivas de la sintomatología, una mala relación de pareja, apoyo insuficiente, el incremento de eventos vitales y la falla en el diagnóstico pueden provocar graves consecuencias como lo son el suicidio materno e infanticidio.<sup>23</sup>

La falta de tamizaje y el infradiagnóstico de trastornos depresivos en el posparto, nos hace realizarnos la siguiente pregunta: ¿Cuántas pacientes realmente presentan síntomas depresivos y cuál es la incidencia de depresión posparto en el HGO MF 07?

Se pretende que este estudio brinde información relevante al personal de salud para detectar áreas de oportunidad para el diagnóstico y manejo oportuno de las embarazadas, de la importancia de realizar un tamizaje adecuado durante el puerperio a fin de tratar o derivar a los servicios correspondientes a aquellas mujeres en riesgo y realizar acciones de prevención evitando su continuidad y las consecuencias físicas, emocionales, económicas y de salud que la depresión postparto conlleva. Así mismo, se intenta realizar un aporte teórico sobre el tema donde los resultados puedan generar investigaciones subsecuentes.

---

#### IV. JUSTIFICACIÓN

Actualmente la depresión postparto es un padecimiento al que se le está poniendo mayor atención debido al aumento en su prevalencia tanto en México como a nivel mundial y a las complicaciones que conlleva a la madre y al hijo. Es importante saber que la DPP es un padecimiento subdiagnosticado en nuestra población, debido al desconocimiento por parte de la población de la importancia de acudir a control posnatal y a la vulnerabilidad de la salud mental de las puérperas, además del escaso uso de las herramientas diagnósticas por parte del personal de salud, ya sea por falta de práctica en la aplicación de los mismos, falta de capacitación, de tiempo, etc., que pueden afectar el correcto abordaje de esta patología.

El seguir minimizando el riesgo de padecer DPP puede conllevar a graves consecuencias tanto para la madre como para el hijo y la familia en general; entre ellas, se encuentra el suicidio y/o maltrato infantil e, incluso, el infanticidio. Por lo tanto, la creación de una consulta posparto sistemática y la difusión del uso de instrumentos de tamizaje puede impactar favorablemente en la calidad de vida y seguridad tanto de la madre como de su hijo.

Por otro lado, el sector salud también se verá beneficiado, reduciendo la morbilidad materna, hospitalizaciones, consultas y tratamientos. La DPP es un padecimiento multifactorial, por tal motivo, es imprescindible el trabajo en conjunto del personal de salud, la madre y su familia.

El presente estudio pretende sensibilizar al sector salud hacia la búsqueda intencionada de datos de depresión, para así implementar medidas de prevención. Es importante tener presente que la mayoría de estos casos se pueden tratar en primer nivel de atención con el manejo multidisciplinario adecuado. La información otorgada en este estudio permitirá establecer un abordaje multidisciplinario y estructurado hacia la puérpera, utilizando las diferentes herramientas diagnósticas para depresión posparto, las cuales están validadas y pueden ser reproducibles en cualquier campo de trabajo.

---

## V. OBJETIVOS

- GENERAL:
    - Detectar síntomas depresivos y calcular la incidencia de depresión posparto en puérperas del HGO MF 07
  
  - ESPECÍFICOS:
    - Determinar la frecuencia de síntomas depresivos en puérperas atendidas en el HGO MF 07
    - Determinar la frecuencia de pacientes con depresión dentro de los primeros 3 meses posparto
    - Identificar variables demográficas con mayor riesgo de padecer depresión posparto
-

## VI. HIPOTESIS

No requiere hipótesis

## VII. MATERIAL Y METODOS

Diseño del estudio: Se realizará un estudio observacional, descriptivo, longitudinal, prospectivo.

Población de estudio: Pacientes embarazadas en control prenatal del HGO MF 07 del Instituto Mexicano del Seguro Social, en la ciudad de Tijuana Baja California.

Lugar y periodo de estudio: Instituto Mexicano del Seguro Social, en la ciudad de Tijuana Baja California, en el periodo de enero-diciembre del 2022.

Criterios de inclusión: embarazadas adscritas al HGO MF 07 que acudan a control prenatal durante el periodo julio-diciembre del 2021, que estén cursando su primer trimestre de gestación, mayores de 18 años y con previo consentimiento informado.

Criterios de exclusión: Se excluirán aquellas pacientes mayores de 40 años, aquellas con diagnóstico de trastorno depresivo o que estén cursando con un cuadro depresivo al momento del estudio y las que no quisieron participar en el estudio.

Criterios de eliminación: Durante el estudio se eliminarán a aquellas pacientes que cursen con embarazo de alto riesgo, presenten aborto o mortinato, a las que decidan abandonar el estudio o que fallezcan durante el periodo de seguimiento.

Tipo de muestra: no probabilística dirigida por conveniencia

Tamaño de muestra: Para la determinación del tamaño de muestra se tomará como población a las embarazadas en control prenatal de enero a diciembre del 2019. La muestra se calculó mediante la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N Z\alpha^2 pq}{d^2 (N - 1) + Z\alpha^2 pq}$$

Donde

n: tamaño de muestra

---

N: tamaño de la población (1980 embarazadas)  $Z_{\alpha}$ :

1.96 para  $\alpha=0.05$

p: proporción esperada del fenómeno de estudio en la población de referencia (.20) q:  
(1-p)

d: nivel de precisión absoluta (.05)

Se trabajó con una población de 1980 embarazadas. La proporción esperada en la población de 0.2, con un nivel de confianza de 0,95, con un valor de Z para Alfa de 1.96. Reemplazando los valores se obtiene una muestra de 218 embarazadas a las que se les dará seguimiento hasta el puerperio.

Para la conformación de la muestra, se utilizará la base de datos y archivo clínico de la unidad para identificar a aquellas mujeres que acudieron a control prenatal que estén cursando dentro de su primer trimestre de gestación y que cumplan con los criterios establecidos para formar parte del estudio. Se les contactará vía telefónica para agendar cita. Cuando acudan a la cita se explicará el tema de investigación, así como el procedimiento del estudio, se llenará el registro, firmarán consentimiento informado si desea participar y se realizará la primera evaluación con la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (E1).

## PROCEDIMIENTO DEL ESTUDIO

Una vez conformada la muestra, y con el primer tamizaje realizado (E1), se identificarán a aquellas mujeres con presencia de síntomas depresivos y tamizaje positivo con la EPDS, las cuales serán valoradas en consulta para diagnóstico de depresión. Aquellas pacientes con diagnóstico de depresión serán excluidas del estudio y serán referidas para manejo y tratamiento individualizado. Las embarazadas que tengan tamizaje negativo o no cumplan con criterios para diagnóstico de depresión de acuerdo al DSM-V continuarán dentro del estudio.

El tamizaje con la EPDS se realizará nuevamente dentro de las primeras 4 semanas postparto (E2) y una última evaluación a los 3 meses posteriores al parto (E3). Todas aquellas mujeres que salgan con tamizaje positivo en estas evaluaciones se derivarán a consulta médica para descartar o confirmar el diagnóstico de depresión posparto de acuerdo a los criterios del

---

DSM-V. En caso de confirmar el diagnóstico se procederá a dar tratamiento individualizado conforme lo requiera la paciente y serán incluidas en el estudio como casos diagnosticados de depresión posparto.

Durante la segunda evaluación se eliminarán del estudio aquellas embarazadas que en el transcurso del mismo hayan presentado alguno de los criterios de eliminación.

## ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para la elaboración de la base de datos y el análisis estadístico se utilizará el programa SPSS (versión 25; SPSS, Chicago, IL, USA). Se utilizará estadística descriptiva, medidas de tendencia central y de dispersión para las variables cuantitativas y medidas de proporción y tasas para las variables cualitativas y Se calculará la tasa de incidencia de depresión posparto.



### VIII. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE RESPUESTA	TIPO DE VARIABLE
<b>DEPRESIÓN POSTPARTO</b>	Trastorno depresivo mayor de inicio en el periparto, considerando su desarrollo durante el embarazo o en las primeras cuatro semanas postparto.	Se utiliza la Escala de Edimburgo para categorizar la depresión postparto de acuerdo a la puntuación obtenida.	$\geq 10$ = síntomas depresivos y un posible desarrollo de la enfermedad $\geq 13$ = depresión mayor con probable desarrollo de DPP	Cualitativa / Nominal
<b>EDAD MATERNA</b>	Tiempo transcurrido en años desde el nacimiento	Edad en ficha de identificación.	Número de años cumplidos	Cuantitativa / Discreta
<b>EDAD GESTACIONAL</b>	Tiempo transcurrido (en semanas) desde el primer día de la última menstruación ó referido mediante US obstétrico.	Cálculo de fecha de última menstruación hasta fecha actual.	Número de semanas de embarazo	Cuantitativa / Continua
<b>CONTROL PRENATAL</b>	Acción/procedimiento periódico destinados a la prevención, diagnóstico o tratamiento de factores que puedan condicionar una morbimortalidad materna.	Número veces que se acudió a consulta prenatal registradas en el sistema.	SI $\leq 2$ , NO $\geq 1$	Cuantitativa / Discreta
<b>SINTOMAS DEPRESIVOS</b>	Estados depresivos generalmente de intensidad moderada comparados con la depresión mayor presente en los trastornos neuróticos y psicóticos.	Se utilizará la escala PHQ-9 para evaluar presencia de síntomas depresivos.	Sin riesgo 0-4 Riesgo bajo 5-9 Moderado 10-14 Moderadamente severo 15-19 Severo 20-27	Cualitativa / Nominal

## **IX. CONSIDERACIONES ÉTICAS**

La ética de esta investigación respeta de forma primordial la Declaración de Helsinki de 1964. Tomando como principio básico el Artículo 8 que basa en el respeto por el individuo, su derecho a la autodeterminación y el derecho a tomar decisiones informadas (consentimiento informado) tal como se menciona en los Artículos 20, 21 y 22, incluyendo la participación en la investigación, tanto al inicio como durante el curso de la investigación. Mi deber como investigador es solamente hacia el paciente tal como se norma en el Artículo 2, 3 y 10; el cual participó en mi investigación de manera voluntaria y sin presión de ningún tipo como lo estipula el Artículo 16 y 18, siempre y cuando exista la necesidad de llevar a cabo una investigación como se garantiza en el Artículo 6, el bienestar del paciente debe estar siempre por encima de los intereses científicos o sociales según lo dictado en el Artículo 5 y por último se respetó el artículo 9 donde se comenta que las consideraciones éticas deben tomarse de acuerdo a las leyes y regulaciones.

---

## X. RECURSO, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

### RECURSOS

#### Recurso humano

- Asesores de tesis: encargados de la supervisión, monitorización y corrección de la información y las actividades realizadas para esta investigación.
- Investigador principal: médico residente de medicina familiar, encargado de realizar investigación del tema, recolección y análisis de datos.

#### Recurso material:

- Impresiones, hojas blancas, lápices y plumas
- Llamadas telefónicas
- Internet
- Instrumentos de recolección de datos

#### Recurso físico:

- Computadora personal
- Instalaciones del HGO MF 07

### FINANCIAMIENTO

El recurso financiero utilizado en el presente estudio fue a través del autofinanciamiento

### FACTIBILIDAD

Se cuenta con los recursos y suministros para llevar a cabo la investigación y cumplir con el propósito de la misma, así como con los medios necesarios para realizarla en lugar y tiempo establecido.

---

## XI. RESULTADOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, longitudinal, prospectivo en el servicio de medicina familiar del Hospital de Gineco-obstetricia con Medicina Familiar No. 7 del Instituto Mexicano del Seguro Social, de la ciudad de Tijuana, Baja California; con el objetivo de detectar síntomas depresivos y calcular la incidencia de depresión posparto en puérperas.

De los datos estudiados se realiza estadística descriptiva con frecuencias absolutas y frecuencias relativas para las variables categóricas y para las variables cuantitativas se realiza descripción a través de medidas de tendencia central (media, mediana y moda), medidas de dispersión (desviación estándar y varianza).

De la muestra obtenida con 220 registros, se desprende lo siguiente, de las mujeres estudiadas, la distribución de la edad se presenta con una media 27.24 años, mediana de 27, con moda de 24, la edad mínima estudia es de 18 años y la máxima de 38 años. Las edades se presentan con una desviación estándar de 5.35 y una varianza de 28.75, como se observa en la tabla 1 y gráfico 1.

**Tabla 1.**  
**Estadístico descriptivo de Edad**

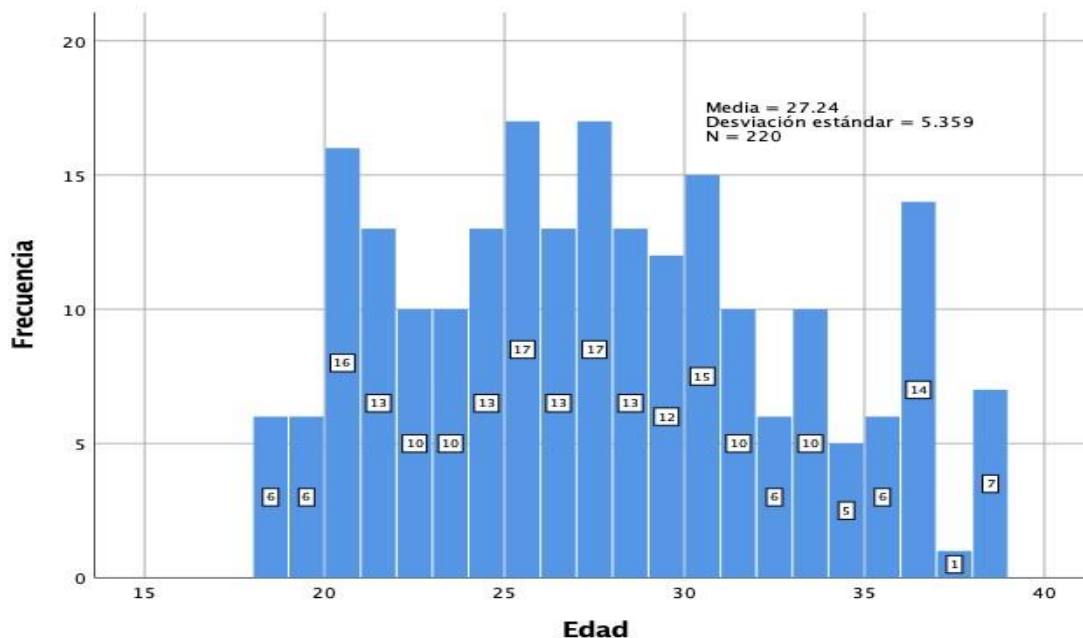
Media	27.24
Mediana	27.03
Moda	24 <sup>a</sup>
Desv. Desviación	5.359
Varianza	28.723
Mínimo	18
Máximo	38

a. Existen múltiples modas. Se muestra el valor más pequeño.

Fuente: Formato de recolección de datos

---

**Gráfico 1.**  
**Histograma descriptivo de Edad**



Fuente: Formato de recolección de datos

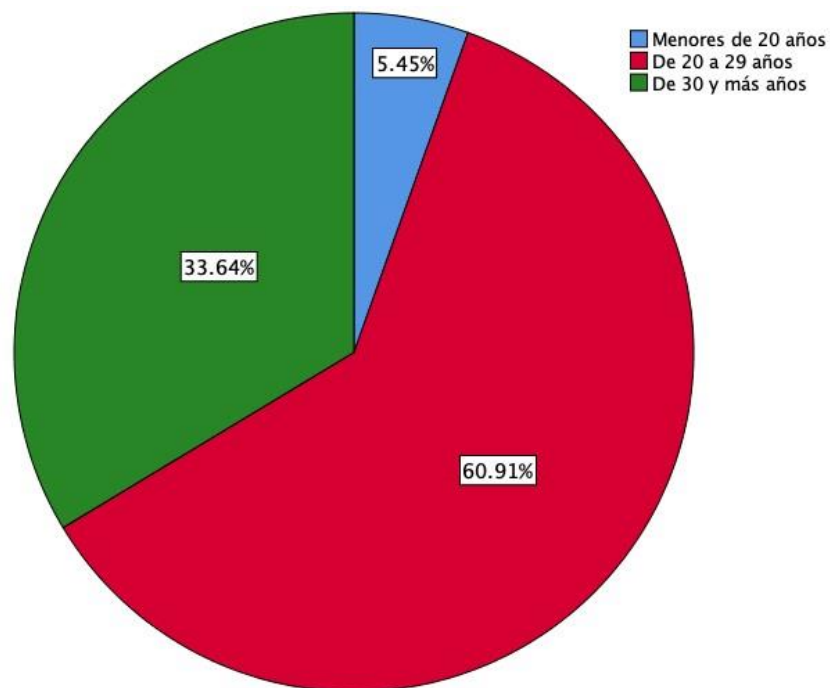
Se realiza agrupamiento de la variable edad para la facilidad del estudio, en la que se distribuye la información en tres grupos principales en las que, la mayor frecuencia de casos identificados se presenta en el grupo de 20 a 29 años con el 60.9% (134), seguido del grupo de 30 y más años con el 33.6% (74) y en último lugar de frecuencia con el 5.5% (12) el de menores de 20 años de edad, observado en la tabla 2.

**Tabla 2.**  
**Distribución por grupo de edad**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Menores de 20 años	12	5.5	5.5	5.5
De 20 a 29 años	134	60.9	60.9	66.4
De 30 y más años	74	33.6	33.6	100.0
Total	220	100.0	100.0	

Fuente: Formato de recolección de datos

**Gráfico 2.**  
**Distribución por grupo de edad**



Fuente: Formato de recolección de datos

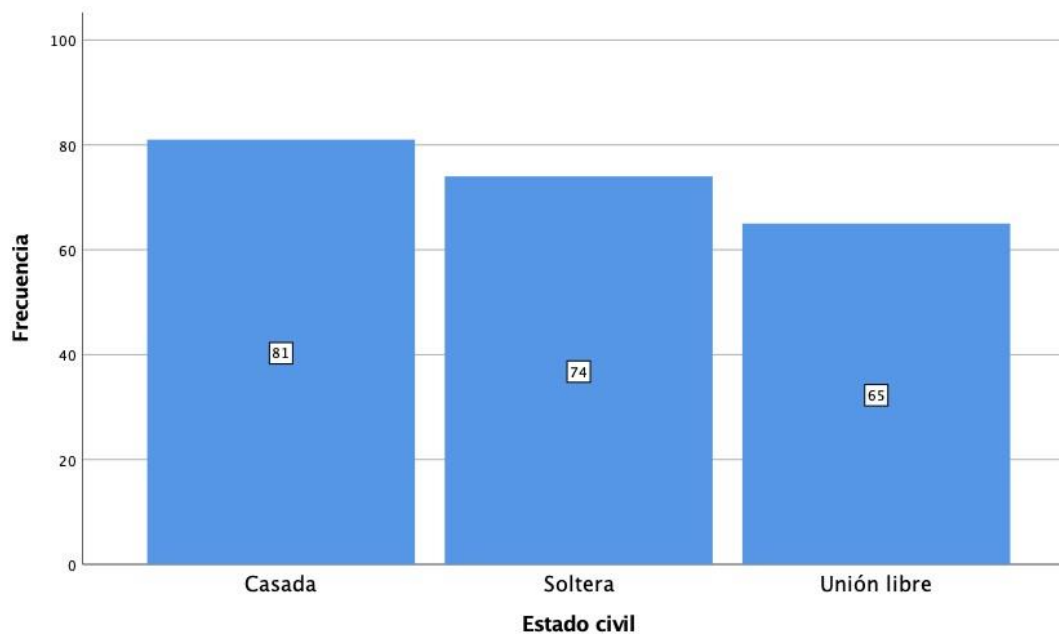
Otra de las variables analizadas en la presente investigación, es el estado civil, en el que se presenta la distribución de aquellas pacientes casadas con 81 casos (36.8%), seguido de soltera en 74 casos (33.6%) y unión libre en 65 casos (29.5%), descritos en la tabla 3 y gráfico 3.

**Tabla 3.**  
**Distribución por Estado civil**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Casada	81	36.8	36.8	36.8
	Soltera	74	33.6	33.6	70.5
	Unión libre	65	29.5	29.5	100.0
	Total	220	100.0	100.0	

Fuente: Formato de recolección de datos

**Gráfico 3.**  
**Distribución por Estado civil**



Fuente: Formato de recolección de datos

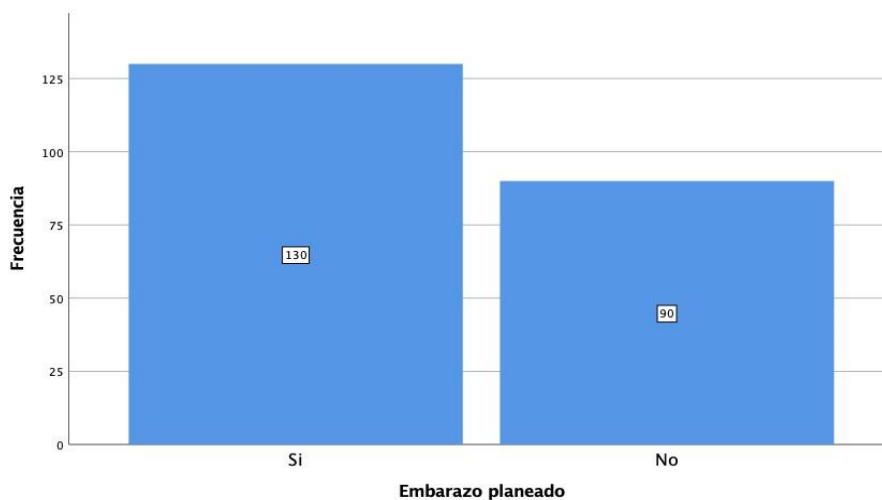
La tabla 4, describe el comportamiento de la variable embarazo planeado, la cual es considerada una variable de interés para el presente estudio, como punto crítico para el desarrollo de depresión posparto, en la que el 130 (59.1%) casos del total estudiados mencionan embarazo planeado y 90 (40.9%) casos con embarazo no planeado, observado de manera visual en el gráfico 4.

**Tabla 4.**  
**Descriptivo de Embarazo planeado**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	130	59.1	59.1	59.1
	No	90	40.9	40.9	100.0
	Total	220	100.0	100.0	

Fuente: Formato de recolección de datos

**Gráfico 4.**  
**Distribución de Embarazo planeado**



Fuente: Formato de recolección de datos

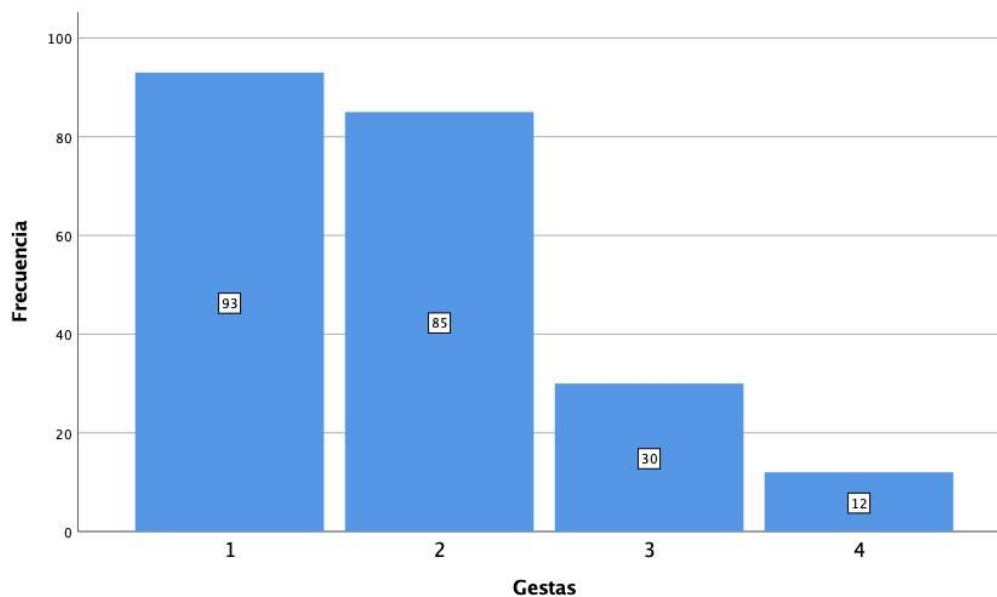
La distribución de gestas, es otra de las variables de estudio, de las cuales 94 (42.3%) cuentan con 1 (una) gesta, 85 (38.6%) con dos gestas, 30 (13.6%) con tres gestas y 12 (5.5%) con cuatro gestas, tabla 5 y gráfico 5.

**Tabla 5.**  
**Distribución de Gestas**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	93	42.3	42.3	42.3
	2	85	38.6	38.6	80.9
	3	30	13.6	13.6	94.5
	4	12	5.5	5.5	100.0
	Total	220	100.0	100.0	

Fuente: Formato de recolección de datos

**Gráfico 5.**  
**Distribución por Gestas**



Fuente: Formato de recolección de datos

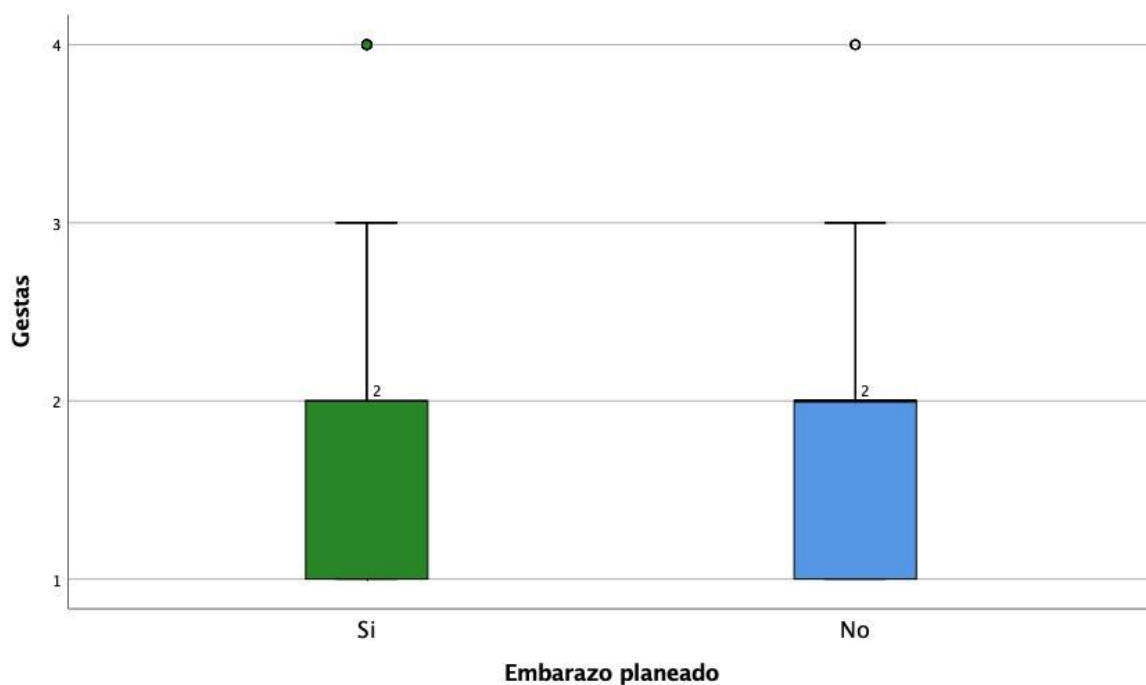
Se realiza análisis de la frecuencia de gestas en relación a la planeación de embarazo, en la que se considera que la mediana de gestas en el embarazo planeado es de 2, la máxima de 4 y el mínimo de 1, mientras que en el embarazo no planeado el comportamiento es el mismo, lo que se describe en la tabla 6.

**Tabla 6.**  
**Distribución de Gestas y Embarazo planeado**

		Embarazo planeado	
		Si	No
Gestas	Mediana	2	2
	Máximo	4	4
	Mínimo	1	1

Fuente: Formato de recolección de datos

**Gráfico 6.**  
**Distribución de Gestas por Embarazo planeado**



Fuente: Formato de recolección de datos

El gráfico 6, describe los valores mínimos y máximos así como las medias de las gestas en relación al embarazo planeado, en el que se observa que en ambos casos el máximo de gestas es de 4, la media de 2 y la mínima de 1.

En la tabla 7, se observa el resultado de los valores de la Escala Edimburgo aplicados en el primer contacto con la paciente, en la que el valor medio obtenido es 1.95, la mediana de 1.50, la moda de 0, los valores presentan una desviación media de 1.89 y varianza de 3.58.

En la tabla 7<sup>a</sup>, se presentan los resultados obtenido en relación al puntaje y la frecuencia del puntaje, el valor más frecuente es de 0 (cero) con 58 casos (26.4%), mientras que el valor mínimo obtenido es de 9 (nueve) con 1 caso (0.5%), se considera que el valor igual o mayor a 10 es igual a síntomas depresivos y un posible desarrollo de depresión, mientras que un valor mayor o igual a 13 (trece) es indicativo de depresión mayor con probable desarrollo de depresión posparto. Considerando que en la primera medición ningún valor es obtenido con valor de interés para el estudio, tabla 7c.

**Tabla 7a.  
Estadísticos**

Resultado Escala Edimburgo 1	
Media	1.95
Mediana	1.50
Moda	0
Desv. Desviación	1.894
Varianza	3.587
Mínimo	0
Máximo	9

Fuente: Formato de recolección de datos

---

**Tabla 7b.  
Resultado Escala Edimburgo 1**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 0	58	26.4	26.4	26.4
1	52	23.6	23.6	50.0
2	40	18.2	18.2	68.2
3	30	13.6	13.6	81.8
4	15	6.8	6.8	88.6
5	11	5.0	5.0	93.6
6	8	3.6	3.6	97.3
7	4	1.8	1.8	99.1
8	1	.5	.5	99.5
9	1	.5	.5	100.0
Total	220	100.0	100.0	

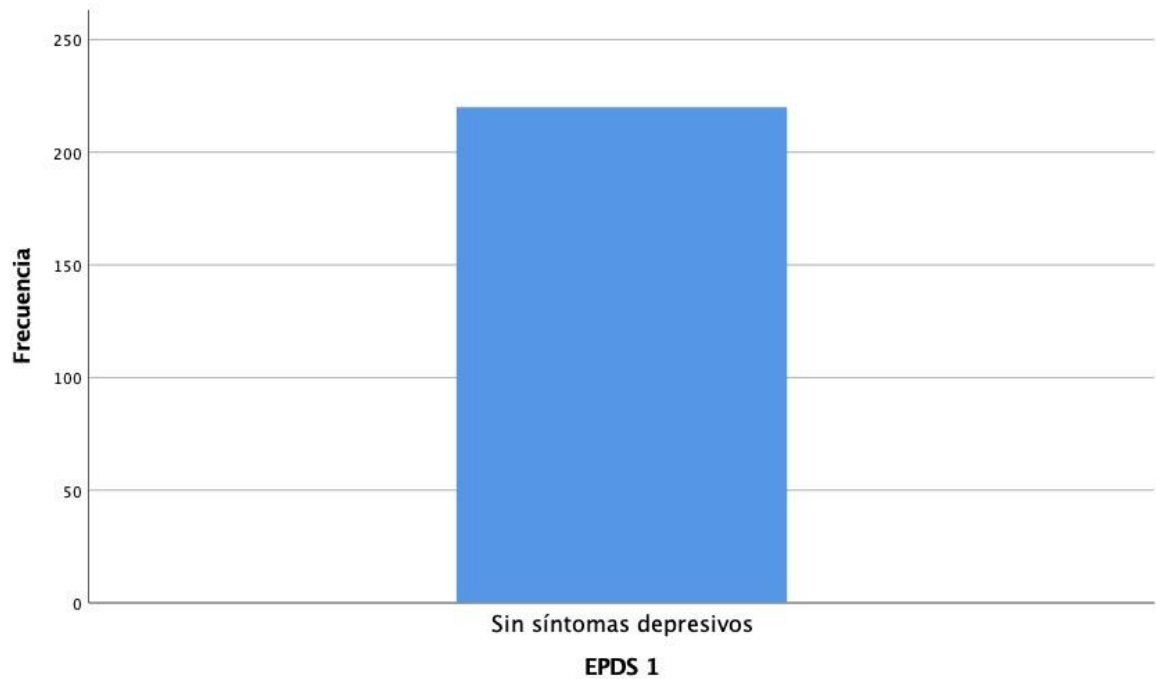
Fuente: Formato de recolección de datos

**Tabla 7c EPDS  
1**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Sin síntomas depresivos	220	100.0	100.0	100.0

Fuente: Formato de recolección de datos

**Gráfico 7.**  
**Distribución de Interpretación de Resultado de EPDS 1**



Fuente: Formato de recolección de datos

La tabla 8a, describe los valores obtenidos en la segunda medición de la escala de Edimburgo, en la que se observa una media de 3.05, mediana de 2.0, moda de 0 (cero), con valor máximo de 15 y mínimo de 0, la varianza es de 10.4 y la desviación estándar de 3.2.

En la tabla 8b, se observa la frecuencia de los valores obtenidos en la aplicación del cuestionario, con la mayor frecuencia en valor de 0 con 67 (30.5%) casos, el valor mínimo obtenido es de 1 (0.5%) en las escalas de 13, 14 y 15. De esta manera se cumple la observación de valores iguales o mayores a 10 y valores iguales o mayores a 13, descritos en la tabla 8c.

---

**Tabla 8a**  
**Estadísticos**

Resultado Escala Edimburgo 2

Media	3.05
Mediana	2.00
Moda	0
Desv. Desviación	3.229
Varianza	10.426
Mínimo	0
Máximo	15

Fuente: Formato de recolección de datos.

**Tabla 8b**  
**Resultado Escala Edimburgo 2**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 0	67	30.5	30.5	30.5
1	20	9.1	9.1	39.5
2	35	15.9	15.9	55.5
3	22	10.0	10.0	65.5
4	7	3.2	3.2	68.6
5	18	8.2	8.2	76.8
6	28	12.7	12.7	89.5
7	2	.9	.9	90.5
8	5	2.3	2.3	92.7
9	5	2.3	2.3	95.0
10	2	.9	.9	95.9
11	3	1.4	1.4	97.3
12	3	1.4	1.4	98.6
13	1	.5	.5	99.1
14	1	.5	.5	99.5
15	1	.5	.5	100.0
Total	220	100.0	100.0	

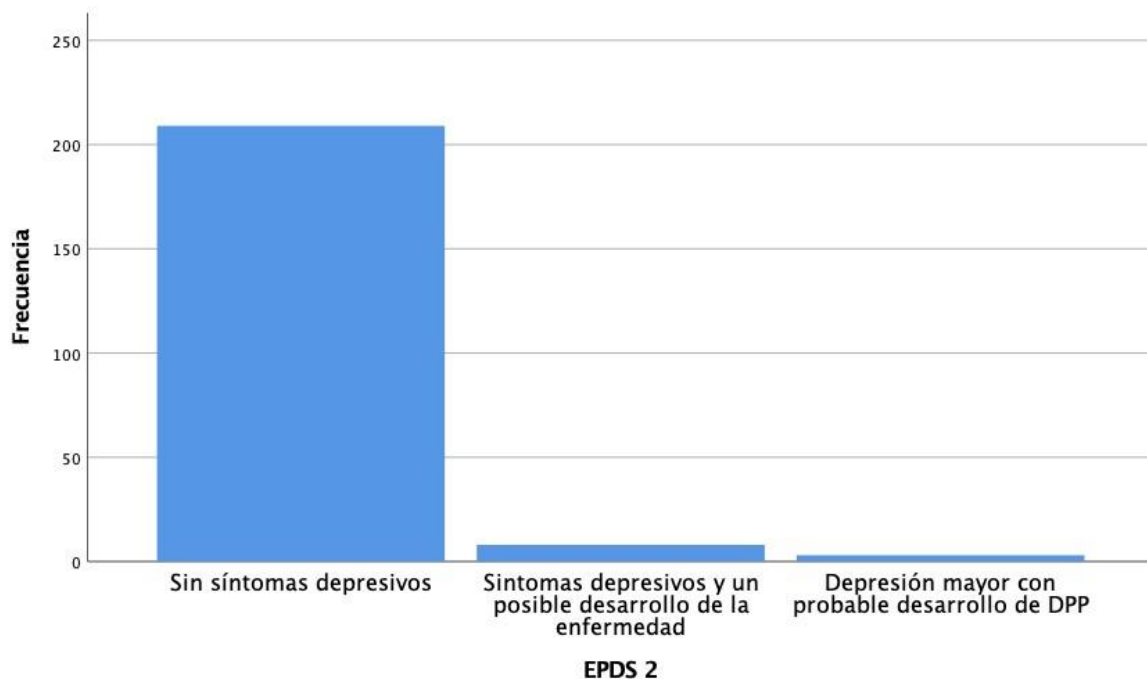
Fuente: Formato de recolección de datos

**Tabla 8c**  
**EPDS 2**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sin síntomas depresivos	209	95.0	95.0	95.0
Síntomas depresivos y un posible desarrollo de la enfermedad	8	3.6	3.6	98.6
Depresión mayor con probable desarrollo de DPP	3	1.4	1.4	100.0
Total	220	100.0	100.0	

Fuente: Formato de recolección de datos

**Gráfico 8.**  
**Distribución de Interpretación de Resultado de EPDS 2**



Fuente: Formato de recolección de datos

La tabla 9, en la tercera valoración de la Escala de Edimburgo, presenta una media de 3.40, mediana de 2.0, moda de 0, valor mínimo de 0 y valor máximo de 16. Los datos presentan una varianza de 16.34, desviación estándar de 4.04. En este apartado se observa que se presentan el análisis de 209 casos siendo el total de 220, lo que considera que 11 casos fueron excluidos por ser considerados en el cuestionario anterior con cifras sugerentes de síntomas depresivos y posible desarrollo de la enfermedad así como depresión mayor. En esta versión, se observa nuevamente valores iguales o mayores a 10 así como valores iguales o mayores a 13, tabla 9b. Siendo considerados 13 (5.9%) casos con síntomas depresivos y un posible desarrollo de la enfermedad, con 10 (4.5%) casos con depresión mayor con probable desarrollo de depresión posparto, tabla 9c.

**Tabla 9a.**  
**Estadísticos**  
Resultado Escala Edimburgo 3

Media	3.40
Mediana	2.00
Moda	0
Desv. Desviación	4.043
Varianza	16.346
Mínimo	0
Máximo	16

Fuente: Formato de recolección de datos

**Tabla 9b.  
Resultado Escala Edimburgo 3**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0	77	35.0	36.8	36.8
1	12	5.5	5.7	42.6
2	30	13.6	14.4	56.9
3	12	5.5	5.7	62.7
4	15	6.8	7.2	69.9
5	15	6.8	7.2	77.0
6	8	3.6	3.8	80.9
7	4	1.8	1.9	82.8
8	9	4.1	4.3	87.1
9	4	1.8	1.9	89.0
10	6	2.7	2.9	91.9
11	4	1.8	1.9	93.8
12	3	1.4	1.4	95.2
13	3	1.4	1.4	96.7
14	3	1.4	1.4	98.1
15	2	.9	1.0	99.0
16	2	.9	1.0	100.0
Total	209	95.0	100.0	
Perdi dos Siste ma	11	5.0		
Total	220	100.0		

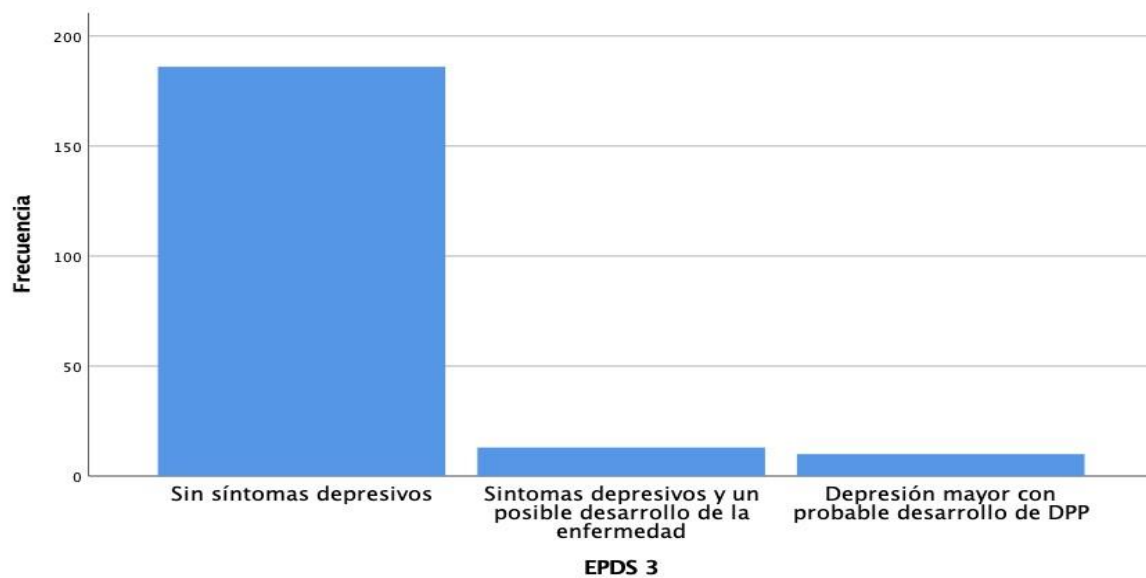
Fuente: Formato de recolección de datos

**Tabla 9c**  
**EPDS 3**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sin síntomas depresivos	186	84.5	89.0	89.0
Síntomas depresivos y un posible desarrollo de la enfermedad	13	5.9	6.2	95.2
Depresión mayor con probable desarrollo de DPP	10	4.5	4.8	100.0
Total	209	95.0	100.0	
Casos no valorados por diagnóstico previo	11	5.0		
Total	220	100.0		

Fuente: Formato de recolección de datos

**Gráfico 9.**  
**Distribución de Interpretación de Resultado de EPDS 3**



Fuente: Formato de recolección de datos

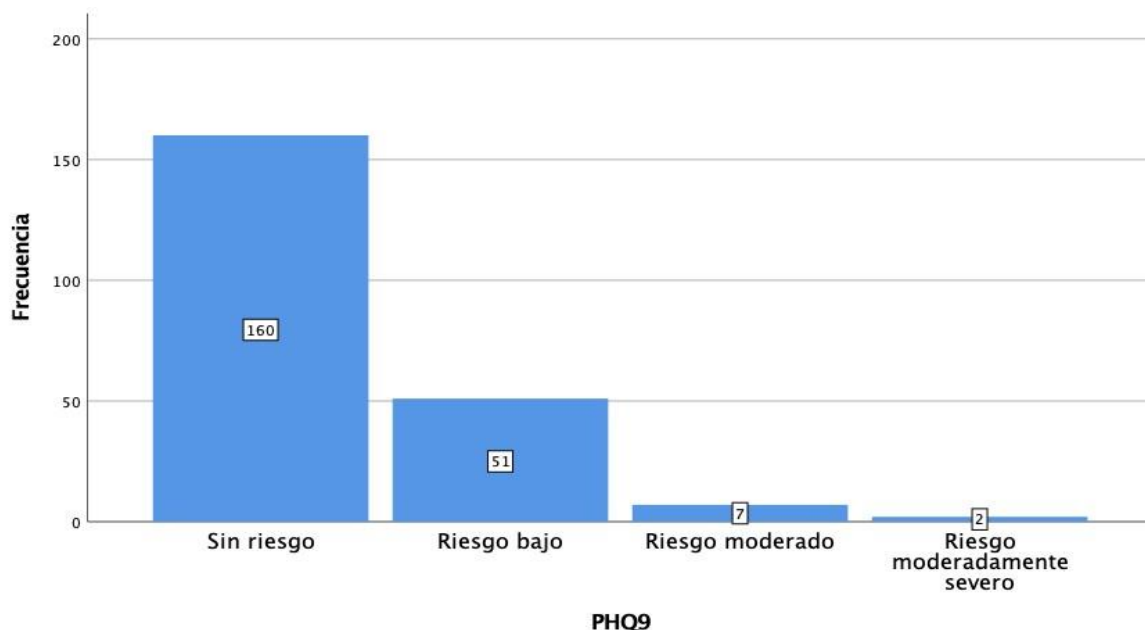
En el análisis del cuestionario PHQ9, se analizan los 220 casos, en los que los valores obtenidos describen a 160 (72.7%) sin riesgo, a 51 (23.2%) con riesgo bajo, 7 (3.2%) con riesgo moderado y 2 (0.9%) con riesgo moderadamente severo, tal como describe la tabla 10.

**Tabla 10.**  
**Resultado de Cuestionario PHQ9**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sin riesgo	160	72.7	72.7	72.7
Riesgo bajo	51	23.2	23.2	95.9
Riesgo moderado	7	3.2	3.2	99.1
Riesgo moderadamente severo	2	.9	.9	100.0
Total	220	100.0	100.0	

Fuente: Formato de recolección de datos

**Gráfico 10.**  
**Distribución de interpretación de resultado de PHQ9**



Fuente: Formato de recolección de datos

En el análisis de la información, para la recopilación de casos al final de la aplicación de la Escala Edimburgo así como el cuestionario PHQ9, se obtienen 21 (9.5%) de casos con depresión

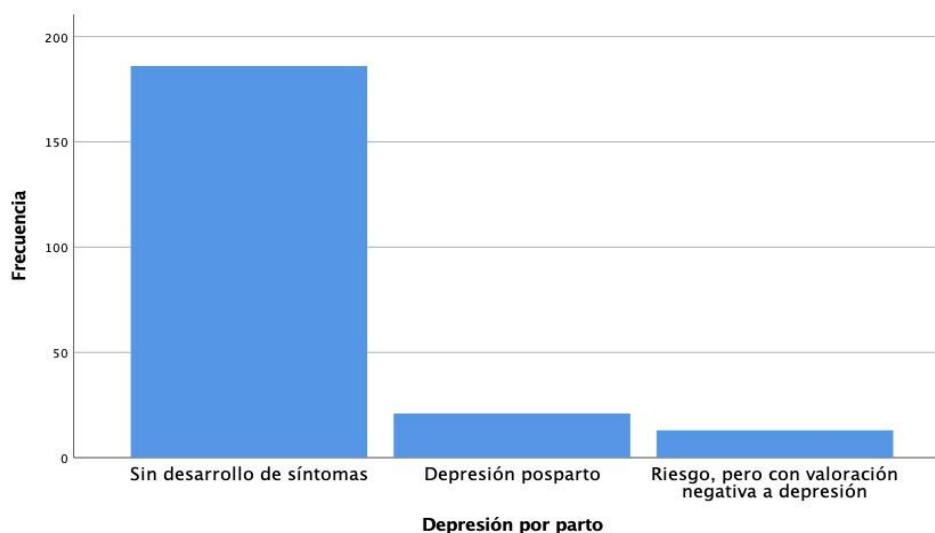
posparto, 13 (5.9%) con riesgo, pero con valoración negativa a depresión y 186 (84.5%) sin desarrollo de síntomas relacionados a depresión posparto, tabla 11.

**Tabla 11**  
**Depresión por parto**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sin desarrollo de síntomas	186	84.5	84.5	84.5
Depresión posparto	21	9.5	9.5	94.1
Riesgo, pero con valoración negativa a depresión	13	5.9	5.9	100.0
Total	220	100.0	100.0	

Fuente: Formato de recolección de datos

**Gráfico 11.**  
**Distribución de Interpretación de Resultado de PHQ9**



Fuente: Formato de recolección de datos

Con los datos obtenidos, se identifican 21 casos de depresión posparto entre 220 casos estudiados. Considerando que la incidencia de depresión posparto en el periodo de estudio es de

10 casos por cada 100 personas estudiados. Extrapolado a mil casos, se consideran 100 casos por cada 1000 derechohabientes.



## XII. DISCUSION

La Depresión Posparto actualmente es un importante trastorno de salud, sobre todo en los países en vías de desarrollo como México, donde su incidencia puede llegar a ser hasta 3 veces más alta que otras patologías que se presentan en este periodo; se consideran diversos factores sociodemográficos implicados en el desarrollo de esta enfermedad, afectando de manera considerable el bienestar materno, la salud, el comportamiento y el desarrollo del niño.

En el presente estudio, se evaluó la presencia de síntomas depresivos presentados durante el periodo de embarazo y posparto, así como el desarrollo de depresión posparto y las características sociodemográficas presentadas.

Para la realización de esta investigación trabajamos con 220 pacientes atendidas en la unidad de medicina familiar HGO MF 07. Los resultados muestran una media de edad de 27 años, y observamos que la media de edad en las pacientes con DPP es de 26 años, resultados no muestran ser un factor que influya en el desarrollo de la enfermedad. Por otra parte, encontramos en relación al estado civil, que el estar no casada aumenta el riesgo de padecer DPP y dentro de la etiología multifactorial, una familia disfuncional así como una inestabilidad de pareja juegan un rol preponderante.

Otro de las características evaluadas fue el número de gesta, donde se presentaron variables de 1 a 4 gestas, sin relación con el estado civil o la planeación de embarazo. El estudio reportó que casi el 50% de la población no planeó su embarazo.

Dentro de las evaluaciones con la Escala de Edimburgo, conforme evolucionaba el embarazo los síntomas depresivos detectados fueron aumentando. En la primera medición encontramos una media de 1.95 puntos con puntuación máxima de 9, en la segunda evaluación la media fue de 3.05 con puntuación máxima de 15 y en la última evaluación realizada durante el periodo posparto encontramos una media de 3.4 con puntuaciones máximas de 16; esto refleja el aumento en la aparición de síntomas depresivos, teniendo mayor puntaje e incidencia durante el posparto, que al hacer una comparativa con otros estudios realizados, se concuerda con que el posparto es la etapa de mayor pico de incidencia de DPP.

Tal y como hemos podido analizar, la depresión posparto es un padecimiento frecuente entre las embarazadas de nuestra población. Este estudio destaca la presencia de síntomas depresivos con el desarrollo de depresión posparto en las pacientes del HGO MF 07, donde el 27%

---

de la muestra, presenta síntomas depresivos (independientemente del riesgo), de las cuales un 9.5% termina desarrollando la enfermedad, resultando evidente que la presencia de síntomas depresivos durante el periodo de estudio aumenta la probabilidad de padecer DPP.

De las 220 pacientes atendidas en la unidad de medicina familiar HGO MF 07, se obtuvo una tasa de incidencia de 10 casos por cada 100 personas estudiadas. La incidencia de DPP encontrada en este estudio, se encuentra por debajo de los valores encontrados en otras investigaciones similares, como la realizada en Tlaxcala, México en 2017 por Mauricio Juárez – Romero, et al, donde reportaron una prevalencia del 18.3% en una muestra de 300 pacientes en puerperio fisiológico.

Uno de los factores que se presentó con mayor frecuencia, fueron las mujeres solteras o en unión libre que se embarazaron; aunque no hubo relevancia en si el embarazo fue planeado o no, el estado civil influyo en el resultado. Del total de pacientes con DPP, 66% no estaban casadas, considerándolo un factor de riesgo a considerar, como se puede observar en el estudio realizado por Cabada-Ramos E, et al, en el 2015 en Veracruz, donde en el área rural la prevalencia de la enfermedad aumentó en aquellas pacientes de familia monoparental.

Comparando este estudio con investigaciones en países latinoamericanos, podemos comprobar que la tasa de incidencia es menor, esto pudiera ser debido a los diferentes sistemas de salud y cultura general, presentando una incidencia de entre 20 y hasta poco más de 50% reportada en países como Colombia.

Si comparamos nuestro estudio con investigaciones realizadas fuera del continente, como en la investigación realizada en Taiwán en el 2019, podemos observar que los resultados son similares, una incidencia de 13.2 % comparado con el 9.5 % de nuestro estudio, y de igual manera el mayor pico de incidencia fue durante los primeros dos meses de puerperio.

---

### **XIII. VENTAJAS**

El presente estudio tiene fortalezas que son importantes destacar:

- Las facilidades otorgadas por parte del personal de la unidad para obtener el registro de consultas prenatales previas al estudio y poder obtener una muestra
- Se utilizó un total de muestra representativa de acuerdo con el registro de consultas de control prenatal otorgadas en el año previo al estudio
- Se obtuvo una adecuada participación de las pacientes incluidas en el estudio, sin pérdidas ni rechazos durante el mismo
- Las escalas y los cuestionarios utilizados están validados al español, se utilizan con frecuencia para diagnosticar este padecimiento y se aplicaron de modo similar en todas las pacientes
- Nuestro estudio servirá de plataforma y base de conocimiento para la implementación de programas preventivos y nuevas estrategias diagnósticas

### **XIV. LIMITACIONES**

- Hay escasa literatura disponible de nuestra región, que nos permita comparar resultados en pacientes con similitudes sociodemográficas
  - Las pacientes no acuden a control de puerperio por lo que se les tuvo que contactar por vía telefónica
  - El estudio se realizó en una sola institución de referencia, lo cual limita su uso en otras unidades de medicina familiar
  - El personal de salud tiene tiempo limitado para una adecuada valoración de síntomas depresivos en embarazadas y puérperas
  -
-

## XV. CONCLUSIONES

Esta investigación presentó como objetivo el detectar síntomas depresivos y calcular la incidencia de depresión posparto en puérperas del HGO MF 07 en la ciudad de Tijuana, Baja California, lo cual se logró de manera satisfactoria, alcanzando los objetivos planteados al inicio de la investigación. Los resultados obtenidos demuestran que las pacientes en control prenatal y en puerperio presentaron una incidencia elevada de DPP (9.5%) comparándolas con los diagnósticos establecidos en periodos anteriores de la misma unidad.

La depresión posparto sigue siendo un problema de salud mental importante para las embarazadas y puérperas, en quienes su frecuencia sigue siendo elevada, de hasta el 20% de diagnósticos en la mayoría de las bibliografías revisadas; lamentablemente continua siendo un trastorno sub diagnosticado en esta población por la falta de empatía ante la vulnerabilidad de este grupo de pacientes, lo que conlleva a que no realicemos detección oportuna en las etapas tempranas en las que puedan tener un mejor pronóstico.

De acuerdo a los resultados obtenidos, se demostró que las pacientes con DPP en su mayoría son primigestas y no casadas, lo que nos orienta a identificar a estas pacientes durante su embarazo y hacerles seguimiento cercano de síntomas depresivos, conociendo el riesgo elevado que tienen de padecer la enfermedad.

Se demostró que las herramientas utilizadas, como lo son la EPDS y la PHQ9 son útiles para la detección de síntomas relacionados con depresión y depresión posparto, las cuales se pueden implementar como método de tamizaje en las unidades diversas de medicina familiar.

Valdría la pena darle seguimiento al estudio y poder identificar factores de riesgo asociados a DPP de acuerdo a la población de nuestra unidad, así como capacitar y concientizar al personal de salud acerca de las consecuencias que implica la depresión en este grupo de pacientes, para poder intervenir oportunamente en el diagnóstico y tratamiento y disminuir en medida de lo posible el riesgo de las consecuencias tales como: maltrato infantil, suicidio e infanticidio.

El detectar de manera oportuna, nos permite como sistema de salud, mejorar la calidad de vida de nuestra población, así como disminuir los gastos en consultas, evaluaciones y tratamientos de mujeres y niños con riesgos de complicación por depresión.

---

Por lo tanto, es conveniente fomentar en el personal de salud, la importancia de la prevención de estas patologías mentales, y la detección y diagnóstico oportuno y el inicio de una terapia temprana para evitar complicaciones a largo plazo que pudieran afectar el estado biopsicosocial de los involucrados, contribuyendo así, a la formación de niños con un bienestar mental y en un futuro su integración a la sociedad evitando situaciones de discapacidad y enfermedad que impacte la vida personal y social, integridad y funcionalidad familiar, economía y en los recursos de las instituciones de salud.

Se recomienda realizar más estudios con mayor muestra poblacional y otros factores sociodemográficos, gineco-obstétricos y perinatales que puedan estar asociados, con la finalidad de obtener mayor validez interna y ver la tendencia del riesgo de estos factores al desarrollo de la enfermedad con mayor precisión



## XVI. BIBLIOGRAFÍA

1. Biaggi A, Conroy S, Pawlby S, Pariante C. Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders* [internet] 2016 [consultado agosto 2020]; 191: [62–77]. Disponible en <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.11.014>
  2. World Health Organization. OMS | Depresión. WHO. 2015.
  3. Salk R, Hyde J, Abramson L. Gender Differences in Depression in Representative National Samples: Meta-Analyses of Diagnoses and Symptoms. *Psychol Bull* [internet] 2017 [consultado agosto 2020]; 143(8): [783-882]. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28447828/>
  4. Martínez-Paredes J, Jácome-Pérez N. Depresión en el embarazo. *Rev Colomb Psiquiat* [internet] 2019 [consultado febrero 2021]; 48(1): [58-65]. Disponible en <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2017.07.003>
  5. Marcos-Nájera R, Rodríguez-Muñoz M, Izquierdo-Méndez N, Olivares-Crespo M, Soto C. Depresión perinatal: rentabilidad y expectativas de la intervención preventiva. *Clínica y Salud* [internet] 2017 [consultado febrero 2021]; 28(2); [49-52]. Disponible en <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2017.05.001>
  6. Gelaye B, Rondon M, Araya R, Williams M. Epidemiology of maternal depression, risk factors, and child outcomes in low-income and middle-income countries. *Lancet Psychiatry* [internet] 2016 [consultado agosto 2020]; 3(10): [973-982]. Disponible en [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30284-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30284-X)
  7. Villegas-Loaiza N, Paniagua-Dachner A, Vargas-Morales J. Generalidades y diagnóstico de la depresión posparto. *Revista Médica Sinergia* [internet] 2019 [consultado agosto 2020]; 4(7). Disponible en <https://doi.org/10.31434/rms.v4i7.261>
  8. Mendoza C, Saldivia S. Actualización en depresión posparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. *Rev Med Chile* [internet] 2015 [consultado agosto 2020]; 143(7): [887-894]. Disponible en [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872015000700010](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872015000700010)
-

9. Payne J, Maguire J. Pathophysiological Mechanisms Implicated in Postpartum Depression. *Front Neuroendocrinol* [internet] 2019 [consultado agosto 2020]; 52: [165–180]. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30552910/>
  10. American Psychiatric Association. *DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mental*. 2015. Es
  11. Cassiani-Miranda A, Vargas-Hernández M, Pérez-Aníbal E, Herazo-Bustos M, HernándezCarrillo M. Confiabilidad y dimensión del cuestionario de salud del paciente (PHQ-9) para la detección de síntomas de depresión en estudiantes de ciencias de la salud en Cartagena, 2014. *Biomédica* [internet] 2017 [consultado Agosto 2020]; 37(1): [112-120]. Disponible en <http://dx.doi.org/10.7705/biomedica.v37i0.3221>
  12. Tadeo-Álvarez M, Munguía-Ortíz C, Benítez-López V, Valles-Medina A, Delgadillo-Ramos G, Flores-Castillo P, et al. Presence of depressive symptoms in medical students in a Mexican public university. *Salud Mental* [internet] 2019 [consultado agosto 2020]; 42(3): [131-136] Disponible en: 10.17711/SM.0185-3325.2019.017
  13. Fellmeth G, Opondo C, Henderson J, Redshaw M, Mcneill J, Lynn F, et al. Identifying postnatal depression: Comparison of a self-reported depression item with Edinburgh Postnatal Depression Scale scores at three months postpartum. *Journal of affective disorders* [internet] 2019 [consultado agosto 2020]; 251: [8-14]. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30889476/>
  14. Ortiz-Martínez R, Gallego-Betancourt C, Buitrón-Zúñiga E, Meneses-Valdés Y, MuñozFernández N, Gonzales-Barrera M. Prevalencia de tamiz positivo para Depresión Postparto en un Hospital de tercer nivel y posibles factores asociados. *Rev Colomb Psiquiat* [internet] 2016 [consultado agosto 2020]; 45(4): [253–261]. Disponible en <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v45n4/v45n4a05.pdf>
  15. Smith-Nielsen J, Matthey S, Lange T, Skovgaard-Væver M. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale against both DSM-5 and ICD-10 diagnostic criteria for depression. *BMC Psychiatry* [internet] 2018 [consultado agosto 2020]; 18(393). Disponible en <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12888-018-1965-7>
-

16. Moraes GP, Lorenzo L, Pontes GA, Montenegro MC, Cantilino A. Screening and diagnosing postpartum depression: when and how? *Trends Psychiatry Psychother* [internet] 2017 [consultado agosto 2020]; 39(1): [54-61] disponible en <http://dx.doi.org/10.1590/2237-6089-2016-0034>
  17. Pan-Yen Lin, Tsan-Hung Chiu, Ming Ho, Jane Pei-Chen Chang, Cherry Hui-Chih Chang, KuanPin Su. Major depressive episodes during pregnancy and after childbirth: A prospective longitudinal study in Taiwan. *Journal of the Formosan Medical Association* [internet] 2019 [consultado agosto 2020]; 118: [1551-1559]. Disponible en <https://doi.org/10.1016/j.jfma.2019.03.003>
  18. Romero D, Orozco L, Ybarra J, Gracia B. Sintomatología depresiva en el postparto y factores psicosociales asociados. *Rev Chil Obstet Ginecol* [internet] 2017 [consultado junio 2020]; 82(2): [152-162]. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v82n2/art09.pdf>
  19. Osma-Zambrano SE, Lozano-Osma MD, Mojica-Perilla M, Redondo-Rodríguez S. Prevalencia de depresión y ansiedad y variables asociadas en gestantes de Bucaramanga y Floridablanca (Santander, Colombia). *MedUNAB* [internet] 2019 [consultado agosto 2020]; 22(2): [171185]. Disponible en [doi:10.29375/0123-7047.3586](https://doi.org/10.29375/0123-7047.3586)
  20. Juárez-Romero M, Nava-Cruz C, Méndez-Hernández P, Cuacenetl Jiménez J, Rojas-Lima E, Francisco-García M. Prevalencia de depresión posparto en el Hospital de la Mujer del estado de Tlaxcala. *Rev Invest Med Sur Mex* [internet] Julio-Septiembre 2015 [consultado agosto 2020]; 22 (3): [132-135]. Disponible en <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=67254>
  21. Cabada-Ramos E, Rincón-Cabada F, García-Cabrera K, Munguía-Alamilla E, Torres-Iglesias E, Montoya-Rodríguez M. Prevalencia de los síntomas de depresión posparto en población urbana, rural e indígena. *Rev Esp Méd Quir* [internet] 2015 [consultado agosto 2020; 20: [18-23]. Disponible en <https://www.medigraphic.com/pdfs/quirurgicas/rmq2015/rmq151d.pdf>
  22. Sliwerski A, kossakowska K, Jarecka K, Switalska J, Bielawska-Batorowicz E. The Effect of Maternal Depression on Infant Attachment: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health* [internet] 2020 [consultado septiembre 2020]; 17(8): [2675]. Disponible en: [doi:10.3390/ijerph17082675](https://doi.org/10.3390/ijerph17082675)
-

23. Mora-Delgado M. Depresión postparto y tratamiento. Rev Med Cos Cen [internet] 2016 [consultado junio 2020]; 73(620): [511-514]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=67657>

---

## XVII. ANEXOS

### Anexo 1. Cronograma de actividades

ACTIVIDAD	jul-21	Ene-feb-22	Mar-abr-22	May-jun-22	Jul-ago-22	Sep-oct-22	Nov-dic-22
Envío de protocolo al Comité Local de Ética e Investigación para revisión y autorización del mismo	XXX						
Desarrollo del proyecto		XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	
Captura de datos							XXX
Análisis de resultados							XXX
Reporte final							XXX
Entrega a los asesores							XXX

---

Anexo 2. Recolección de datos

HOJA DE  
RECOLECCION DE  
DATOS

FECHA: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

GESTA: \_\_\_\_\_

LE HAN

DIAGNOSTICADO

DEPRESION: \_\_\_\_\_ está en tratamiento: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



### Anexo 3. Instrumento de evaluación EPDS

#### EPDS versión mexicana

Su fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento del Bebé \_\_\_\_\_

Como usted hace poco tuvo un bebe, nos gustaría saber cómo se ha estado sintiendo. Por favor **subraye** la respuesta que más se acerca a como se ha sentido **en los últimos 7 días**.

- |   |   |
|---|---|
| 1. He podido 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 han estado agobiando<br>Sí, casi siempre<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 que antes<br>Definitivamente menos que antes<br>No, nada                              | 7. Me he sentido tan infeliz, que he tenido dificultad para dormir:<br>Sí, casi siempre<br>Sí, a veces<br>No muy frecuentemente<br>No, nada |
| 3. Me he culpado innecesariamente cuando las cosas marchaban mal:<br>Sí, la mayoría de las veces<br>Sí, algunas veces<br>No muy frecuentemente<br>No, nunca | 8. Me he sentido triste y desgraciada<br>Sí, casi siempre<br>Sí, muy frecuentemente<br>No muy frecuentemente<br>No, nada                    |
| 4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo:<br>No, nada<br>Rara vez<br>Sí, a veces<br>Sí, muy frecuentemente  | 9. He estado tan infeliz que he estado llorando<br>Sí, casi siempre<br>Sí, muy frecuentemente<br>Sólo ocasionalmente<br>No, nunca           |
| 5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno:<br>Sí, muy frecuentemente<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>Rara vez<br>Nunca  |
-

## Anexo 4. PHQ-9

### Patient Health Questionnaire PHQ-9 Nine Symptom Checklist (Spanish)

Nombre \_\_\_\_\_ Médico \_\_\_\_\_ Fecha De Hoy \_\_\_\_\_

1. Durante las últimas 2 semanas, ¿cuan qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas?

	Nunca <b>0</b>	Varios días <b>1</b>	Más de la mitad de los días <b>2</b>	Casi todos los días <b>3</b>
a. Tener poco interés o placer en hacer las cosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Sentirse desanimado/a, deprimido/a, o sin esperanza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Con problemas en dormirse o en mantenerse dormido/a, o en dormir demasiado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Sentirse cansado/a o tener poca energía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Temer poco apetito o comer en exceso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Sentir falta de amor propio – o que sea un fracaso o que decepcionara a si mismo/a su familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Tener dificultad para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o mirar la televisión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Se mueve o habla tan lentamente que otra gente se podría dar cuenta – o de lo contrario, esta tan agitado/a o inquieto/a que se mueve mucho más de lo acostumbrado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Se le han ocurrido pensamientos de que sería mejor estar muerto/a o de que haría daño de alguna manera*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Si usted se identificó con cualquier problema en este cuestionario, ¿cuan difícil se le ha hecho cumplir con su trabajo, atender su casa, o relacionarse con otras personas debido a estos problemas?

Nada en absoluto     Algo difícil     Muy difícil     Extremadamente difícil

3. Si estos problemas le han causado dificultad, ¿le han causado dificultad por dos años o más?

Sí, he tenido dificultad con estos problemas por dos años o más.  
 No, no he tenido dificultad con estos problemas por dos años o más.

*\*Si tiene pensamientos de que es mejor estar muerto/a o hacerse daño en alguna manera, favor de hablar con su médico, ir a una sala de emergencia o llamar al 911.*

Number of symptoms: \_\_\_\_\_ Total score: \_\_\_\_\_

PHQ9 Copyright © Pfizer Inc. All rights reserved. Reproduced with permission. PRIME-ME ® is a trademark of Pfizer Inc. May be photocopied for non-commercial use in physicians' offices.



## 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:	Detección de síntomas depresivos e incidencia de depresión posparto en puérperas del HGO MF 07 de Tijuana, Baja California
Lugar y fecha:	Tijuana Baja California, a _____ de _____ del _____
Número de registro institucional:	_____
Justificación y objetivo del estudio:	La Depresión después del parto (Depresión Postparto) es una enfermedad muy frecuente que pocas veces es diagnosticada, la mayoría de las veces por que se piensa que son cambios de humor normales en el embarazo. Es importante identificar a una mujer que acaba de parir con riesgo de padecer esta enfermedad para poder dar un tratamiento adecuado y evitar las complicaciones que pudieran aparecer en la madre, el niño o el entorno familiar. Nuestro objetivo es identificar que personas presentan síntomas depresivos después del parto y hacer un diagnóstico de depresión posparto en puérperas del HGO UMF 07.
Procedimientos:	Para el estudio, en la primera ocasión se le va a dar una encuesta llamada PHQ-9 para saber si está teniendo síntomas depresivos, en caso de presentarlos se le dará el manejo adecuado. Ya que pase el nacimiento de su hijo/hija, se volverá a realizar la encuesta Test de Edimburgo y a los 3 meses nuevamente, esto para diagnosticar o descartar la enfermedad de depresión posparto. Se necesitarán 10 minutos aproximadamente para responder cada encuesta. Es importante que sepa que todas las encuestas se contestaran de manera completa, personal y la información siempre será confidencial.
Posibles riesgos y molestias:	Sin riesgos para la salud. Se requiere de 10 a 15 minutos para contestar la encuesta.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Evitar que se presenten las complicaciones de la depresión, tales como: pensamientos de agresión al niño, crisis de estudio: angustia, cambios emocionales, falta de interés por el nuevo hijo, etc. Al mismo tiempo la participación en este estudio aportara al área de la salud herramientas para poder detectar a tiempo mujeres que puedan tener esta enfermedad y poderles otorgar un tratamiento oportuno disminuyendo los riesgos de complicaciones.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Las encuestas realizadas orientaran acerca de la presencia de síntomas de depresión. En caso de obtener puntuación positiva, será enviada con el médico especialista en el área para confirmar el diagnóstico y comenzar el tratamiento. El puntaje y los resultados se le informaran de manera inmediata una vez que haya terminado de contestar las encuestas.
Participación o retiro:	Usted decide libremente participar o retirarse del estudio en cualquier momento. El no querer participar no afectará en nada su atención médica, la obtención de medicamentos, ni los servicios en general que brinda el Instituto.
Privacidad y confidencialidad:	En ningún momento será revelada su identidad y la información que se obtenga de esta investigación no se utilizará en ningún otro estudio, ni con fines diferentes a los mencionados en el objetivo de esta investigación

---

**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.

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

Investigadora o Investigador Responsable: Dra. Martina Elena Ángulo Ramírez. Matrícula 99274013. Médico Familiar. Tel: 6643856836

---

Dra. Rebeca Patricia Dorantes Iñiguez. Matrícula: 98029493. Médico Residente Medicina Familiar. Tel: 6641181469 Colaboradores: Dra.

Guadalupe Elizabeth Huerta Huerta. Matrícula: 98023182. Médico Familiar. Tel: 6641519272

MSP. Cinthia Liliana García Meraz. Matrícula: 99029560. Enfermera General. Tel: 6643755944

---

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)

---

Este formato  
deberá completarse  
características  
de investigación, sin  
relevante del

Clave: 2810-009-013

Nombre y firma del participante

Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

constituye una guía que  
de acuerdo con las  
propias de cada protocolo  
omitir información  
estudio.

---