



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA
DESCONCENTRADA MICHOACÁN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 84

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO
DIVISIÓN DE POSGRADO

**“INCIDENCIA DE DEPRESIÓN POSPARTO Y SU RELACIÓN CON LA
VIOLENCIA FAMILIAR COMO FACTOR DE RIESGO EN UNA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR”**

TESIS

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

JOSÉ LUIS VÁZQUEZ OLIVAS

ASESOR DE TESIS

DRA. SANDRA LISETT CORTÉS SANTANA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 80

CO-ASESOR

DRA. LILIANA TERESA GARCÍA MARTÍNEZ
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No.83

Número de registro ante el Comité de Ética e Investigación: R-2022-1602-038

MORELIA MICHOACÁN, MÉXICO GP GTQ"4247



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA
DESCONCENTRADA MICHOACÁN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 84

Dr. Edgar Josué Palomares Vallejo
Coordinador de Planeación y Enlace Institucional

Dr. Gerardo Muñoz Cortés
Coordinador Auxiliar Médico de Educación en Salud

Dra. Wendy Lea Chacón Pizano
Coordinador Auxiliar Médico de Educación en Salud

Dra. Ma. Del Pilar Rodríguez Correa
Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud



UNIVERSIDAD MICHOCANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO

Dr. Víctor Hugo Mercado Gómez

Director Facultad Ciencias Médicas y Biológicas “Dr. Ignacio Chávez”

Dra. Martha Eva Viveros Sandoval

Jefa de Posgrado Facultad Ciencias Médicas y Biológicas “Dr. Ignacio Chávez”

Dr. Cleto Álvarez Aguilar

Coordinador del Programa de Especialidad en Medicina Familiar

AGRADECIMIENTOS

Al **Instituto Mexicano del Seguro Social** que por medio de la Unidad de Medicina Familiar No. 84 me abrió las puertas para formar parte de esta gran institución y me brindó los medios necesarios para mi formación como especialista en Medicina Familiar.

A la **Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo**, máxima casa de estudios de la que orgullosamente formo parte y fue la guía durante mi camino en mi formación académica.

A la **Dra. Sandra Lisett Cortés Santana**, asesora de tesis y excelente médico con valor humano; mi gratitud por compartir sus enseñanzas, consejería, tiempo y su paciencia en esta investigación.

DEDICATORIA

Dedicado a **DIOS**; quien ha sido mi fuerza, me ha dado todo lo que tengo y puesto todo en su lugar para llegar a ser el médico dispuesto a servir que en mis oraciones con mucha FE le pedí años atrás.

A mi madre, por ser mi motivación espiritual, el amor más grande que impulsa mis metas y ha recorrido este camino conmigo a pesar de la distancia. “te amo mami, gracias por tus palabras y oraciones”.

A mi padre, por enseñarme que la humildad y el trabajo van de la mano al momento de servir y quien desde el terreno espiritual recibe este logro que tanto anhelaba ver y hoy digo: “Lo logré padre soy médico especialista”

A mis hermanas Hariza y Tania por aconsejarme, escucharme y apoyarme a pesar de la distancia.

A Martha Ramos y Paco Méndez, por ser mis grandes amigos, consejeros y apoyo en este hermoso estado de Michoacán.

A todas las mujeres que luchan día con día para vivir y recuperarse de cualquier tipo de depresión, que todos nuestros esfuerzos en la ciencia ayuden en su lucha para que cada vez seas menos las estadísticas y más las oportunidades de brindarles una mejor calidad de vida como parte fundamental en el núcleo familiar.

ÍNDICE

I.	RESUMEN	1
II.	ABSTRACT	2
III.	ABREVIATURAS	3
IV.	GLOSARIO	4
V.	RELACIÓN DE TABLAS	6
VI.	INTRODUCCIÓN	7
VII.	MARCO TEÓRICO	8
	DEPRESIÓN POSPARTO	8
	ETIOLOGÍA	8
	CUADRO CLÍNICO	9
	DETECCIÓN	10
	ESCALA DE DEPRESIÓN POSNATAL DE EDIMBURGO	10
	TRATAMIENTO	12
	DISFORIA POSPARTO	13
	PSICOSIS POSPARTO	13
	LA VIOLENCIA FAMILIAR COMO FACTOR DE RIESGO PARA PRESENTAR DEPRESIÓN POSPARTO	14
	DETECCIÓN DE VIOLENCIA FAMILIAR	15
	TEST DE VIOLENCIA FAMILIAR	16
VIII.	JUSTIFICACIÓN	18
IX.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	19
X.	OBJETIVOS	21
XI.	HIPÓTESIS	22
XII.	MATERIAL Y MÉTODOS	23
	DISEÑO Y POBLACIÓN DE ESTUDIO	23
	CRITERIOS DE SELECCIÓN	23
	TAMAÑO DE LA MUESTRA	23
	VARIABLES	24
	CUADRO DE OPERACIÓN DE VARIABLES	25
	DESCRIPCIÓN OPERATIVA	27
	ANÁLISIS ESTADÍSTICO	28

XIII. ASPECTOS ÉTICOS	29
XIV. RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD	31
XV. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	32
XVI. RESULTADOS	33
XVII. DISCUSIÓN.....	35
XVIII. CONCLUSIONES	38
XIX. RECOMENDACIONES.....	39
XX. BIBLIOGRAFÍA	40
XXI. ANEXOS.....	43
ANEXO 1. DICTAMEN DE AUTORIZACIÓN DEL PROYECTO	43
ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO	44
ANEXO 3. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	48
ANEXO 4. ESCALA DE DEPRESIÓN POSPARTO DE EDIMBURGO	49
ANEXO 5. HERRAMIENTA DE DETECCIÓN DE VIOLENCIA FAMILIAR	51
ANEXO 6. CARTA SOLICITUD DE PERMISO	52
ANEXO 7. CARTA DE NO INCONVENIENTE	53

I. RESUMEN

Incidencia de depresión posparto y su relación con la violencia familiar como factor de riesgo en una unidad de medicina familiar.

Introducción: La depresión posparto es un problema de salud pública, en México se estima que un 33% de las mujeres la padecen; su etiología es multifactorial sin embargo un estudio reporta que el 16% de las mujeres con depresión posparto presentan violencia familiar.

Objetivo: Determinar la depresión posparto en la Unidad de Medicina Familiar 84 y su relación con la violencia familiar como factor de riesgo.

Material y métodos: Observacional, descriptivo y transversal realizado a usuarias con diagnóstico de puerperio mediano y tardío en la Unidad de Medicina Familiar 84 que aceptaron participar durante el periodo de noviembre 2022 a julio 2023, se les realizó la Escala de Edimburgo y la herramienta para detectar violencia familiar. Los resultados se presentan en medidas de tendencia central y tablas con una significancia $p < 0.05$ y posteriormente se relacionaron mediante chi cuadrada. Registro CLEIS: R-2022-1602-038.

Resultados: Esta investigación integró a 384 participantes entre 16 y 44 años con una media de 28 años, la mayoría casadas y dedicadas al hogar. El 66.4% cumplen con criterios de depresión posparto y el 26% sufre violencia familiar predominando la violencia psicológica.

Conclusiones: En la unidad existe una elevada incidencia de depresión posparto asociada a violencia familiar lo que nos abre una ventana de oportunidad para realizar detecciones intencionadas sobre esta patología e identificación de violencia familiar.

Palabras clave: Depresión posparto, Puerperio, Violencia Familiar.

II. ABSTRACT

Incidence of postpartum depression and its relationship with family violence as a risk factor in a family medicine unit.

Introduction: Postpartum depression is a public health problem; in Mexico it is estimated that 33% of women suffer from it; Its etiology is multifactorial; however, one study reports that 16% of women with postpartum depression experience family violence.

Objective: Determine postpartum depression in the Family Medicine Unit 84 and its relationship with family violence as a risk factor.

Material and methods: Observational, descriptive and transversal carried out on users with a diagnosis of mid- and late puerperium in the Family Medicine Unit 84 who agreed to participate during the period from November 2022 to July 2023, the Edinburgh Scale and the tool for detect family violence. The results are presented in measures of central tendency and tables with a significance $p < 0.05$ and were subsequently related using chi square. CLEIS Registration: R-2022-1602-038.

Results: This research included 384 participants between 16 and 44 years old with an average age of 28 years, most of them married and dedicated to the home. 66.4% meet the criteria for postpartum depression and 26% suffer from family violence, with psychological violence predominating.

Conclusions: In the unit there is a high incidence of postpartum depression associated with family violence, which opens a window of opportunity to carry out intentional detections of this pathology and identification of family violence.

Keywords: Postpartum depression, Puerperium, Family Violence.

III. ABREVIATURAS

CEIS. Comité de Ética en Investigación en Salud

DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales

EDPE. Escala de Depresión Posparto de Edimburgo

IMSS. Instituto Mexicano del Seguro Social

INEGI. Instituto Nacional de Estadística y Geografía

ISRS. Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina

NOM. Norma Oficial Mexicana

HGZ. Hospital General de Zona

SPSS. Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales

UMF. Unidad de Medicina Familiar

IV. GLOSARIO

PUERPERIO: es el periodo de la vida de la mujer que sigue al parto que comienza después de la expulsión de la placenta y se extiende hasta la recuperación anatómica y fisiológica de la mujer.

DEPRESIÓN: es una enfermedad que se caracteriza por tristeza persistente y la pérdida de interés en las actividades con las que normalmente se disfruta, así como por la incapacidad para llevar a cabo las actividades cotidianas, durante al menos dos semanas.

DETECCIÓN: prueba para detectar una enfermedad o afectación antes de que aparezcan los síntomas.

FARMACOTERAPIA: es la rama de la farmacología encargada del uso y administración de medicamentos con el fin de restaurar la salud de los individuos mediante la cura de la enfermedad.

BABY BLUES: es la alteración del estado de ánimo, debida principalmente a cambios hormonales, psicológicos y sociales de intensidad variable con una duración entre los dos y cuatro días posteriores al parto.

PSICOSIS: es un trastorno mental en el cual el deterioro de la función mental ha llegado a un grado tal que interfiere con la introspección y la capacidad para afrontar algunas demandas ordinarias de la vida o mantener un adecuado contacto con la realidad.

VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO: actos dañinos dirigidos contra una persona o un grupo de personas debido a su género.

VIOLENCIA FÍSICA: son todas las agresiones que atentan contra el cuerpo de una persona, ya sea a través de golpes, lanzamiento de objetos, encierro, sacudidas o estrujones, entre otras conductas que puedan ocasionar daños físicos.

VIOLENCIA PSICOLÓGICA: son actos que conllevan a la desvalorización y buscan disminuir o eliminar los recursos internos que la persona posee para hacer frente a las situaciones de su vida cotidiana.

VIOLENCIA SEXUAL: es cualquier acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual u otro acto dirigido contra la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de su relación con la víctima, en cualquier ámbito.

V. RELACIÓN DE TABLAS

Tabla I. Características sociodemográficas de la población.....33

Tabla II. Asociación de la depresión posparto y la violencia familiar.....34

VI. INTRODUCCIÓN

El puerperio o periodo posparto es el tiempo de adaptación en el cual se revierten los cambios fisiológicos y anatómicos que presentó la gestante durante el embarazo y su cuerpo regresa a su estado previo a la gestación ⁽¹⁾. Es la etapa que comprende desde la expulsión de la placenta hasta un periodo de seis a doce semanas. El periodo posparto se puede dividir en tres etapas:

1. Puerperio inmediato: comprende los cambios ocurridos en las primeras 24 horas posteriores al alumbramiento.
2. Puerperio mediano: comprende hasta la semana posparto.
3. Puerperio tardío: incluye el tiempo que se toma para la involución de los órganos pélvicos hasta el retorno de la menstruación ⁽²⁾.

La depresión mayor representa un gran problema de salud pública de etiología multifactorial y muy compleja, ya que intervienen factores biológicos, genéticos y psicosociales ⁽³⁾. Se considera una enfermedad de repercusión significativa en la calidad de vida y el funcionamiento cotidiano de la población ⁽⁴⁾. Es una patología muy frecuente atendida generalmente por psiquiatras; sin embargo, también debería ser detectada y atendida por médicos generales y médicos familiares; aproximadamente una de cada cinco mujeres puede presentarla a lo largo de su vida, siendo más susceptible en periodos como el síndrome premenstrual, prenatal, posparto y menopausia.⁽¹⁾ Mundialmente la depresión posparto tiene una estimación de frecuencia aproximadamente del 7 al 51%; en Latinoamérica se calcula del 13 al 20% y en México se estima que un 33% de las mujeres la padecen ⁽⁴⁾.

La depresión posparto se encuentra incluida en el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) con el nombre de “trastorno depresivo durante el periodo perinatal”. También existen diferentes trastornos que puede llegar a desarrollar la mujer en el periodo perinatal y posparto como son la tristeza posparto, depresión y psicosis posparto; es de gran importancia conocer y diferenciar las patologías antes mencionadas ya que pueden llegar a afectar la salud emocional y repercutir significativamente en el entorno familiar ⁽⁵⁾.

VII. MARCO TEÓRICO

DEPRESIÓN POSPARTO

La depresión posparto es un trastorno depresivo no psicótico leve a moderado que comienza después del parto y se extiende hasta los 12 meses posteriores del mismo. Se ha observado que los hijos de madres con depresión posparto tienen tres veces más el riesgo de tener problemas conductuales y emocionales ⁽⁶⁾.

Se define como un episodio de depresión mayor asociado al parto con una duración de hasta 12 meses posteriores al parto acompañado de síntomas significativos diariamente al menos durante dos semanas. Los síntomas antes mencionados son la pérdida de interés, sentimiento de tristeza, disminución o pérdida de apetito, hipersomnias o insomnio, desesperanza durante el día, inquietud o enlentecimiento en sus actividades, falta de energía, fatiga, desatención de actividades importantes y pensamientos de muerte sin un plan estructurado ⁽¹⁾.

Claramente los síntomas perturban el nivel de funcionamiento materno en distintos ámbitos; la madre puede presentar temor o fantasías de dañar a su hijo y en casos más graves mostrar indiferencia y rechazo ⁽⁷⁾.

ETIOLOGÍA

La depresión posparto continúa siendo de etiología multifactorial y por mencionar algunos factores de riesgo están los siguientes:

- Deficiente apoyo social
- Nivel socioeconómico bajo
- Estrés psicosocial
- Ausencia de pareja
- Conflicto de relación de pareja
- Ausencia de pareja
- Embarazo no deseado
- Historia de depresión (especialmente perinatal)
- Depresión durante el embarazo

También cabe mencionar que los factores etiológicos hormonales juegan un papel importante de la enfermedad en el contexto de un trastorno tiroideo; además el retiro brusco de progesterona y estrógenos puede producir síntomas de depresión en estas mujeres ⁽⁷⁾.

CUADRO CLÍNICO

Las manifestaciones clínicas que la madre percibe van desde dificultad para dormir, desánimo, dificultad para concentrarse, sentimiento de culpa, pérdida o exceso de apetito, desinterés por sus actividades cotidianas, lentitud a la hora de hablar o moverse, sensación de no ser una buena madre, melancolía e infelicidad ⁽⁸⁾.

El DSM-5 refiere que un episodio de depresión mayor debe cumplir con los 5 requisitos para su diagnóstico:

1. Curso mínimo de dos semanas
2. Síntomas acompañados
3. Que los síntomas desencadenan malestar o discapacidad
4. Calidad depresiva del estado de ánimo (pérdida de interés o placer)
5. Que no contravenga los criterios de exclusión

También se establece que la madre tiene que presentar algunos de los síntomas expuestos por al menos dos semanas para su criterio diagnóstico:

- Ideas suicidas
- Deseos de muerte
- Alteración en la concentración
- Autoestima baja o culpa
- Agitación
- Enlentecimiento psicomotor
- Fatiga
- Anhedonia
- Estado de ánimo deprimido
- Afectación en apetito y peso

Dentro de los criterios diagnósticos, la madre debe presentar un deterioro laboral o social y los síntomas no deben atribuirse a una patología médica, sustancia o algún fármaco que consuma ⁽⁸⁾.

DETECCIÓN

La prueba más utilizada y validada internacionalmente para la detección o tamizaje de depresión posparto es la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo ⁽⁶⁾. Es un cuestionario desarrollado en 1987 por Cox y colaboradores; diseñado para detectar sintomatología depresiva en mujeres que hayan dado a luz recientemente; consta de 10 preguntas de selección múltiple con 4 alternativas de respuesta cada una, puntuadas de 0 a 3 en grado creciente de gravedad de los síntomas. Un puntaje de 10 o más indica la probabilidad de depresión posparto ⁽⁷⁾. Por medio de este cuestionario se evalúan los síntomas de culpa, ansiedad, disforia, problemas de concentración e ideaciones suicidas; algunos autores recomiendan la aplicación del cuestionario a las 8 semanas posparto el cual coincide con el pico máximo de incidencia ⁽⁸⁾.

ESCALA DE DEPRESIÓN POSNATAL DE EDIMBURGO

1. ¿Has sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas?	Tanto como siempre	0
	No tanto como ahora	1
	Mucho menos	2
	No, no he podido	3
2. ¿He mirado el futuro con ilusión?	Tanto como siempre	0
	Algo menos de lo que solía hacer	1
	Definitivamente menos	2
	No, nada	3

3. ¿Se ha culpado sin necesidad cuando las cosas no salen bien?	Si, la mayoría de las veces	3
	Si, algunas veces	2
	No muy a menudo	1
	No, nunca	0
4. ¿Ha estado ansiosa y preocupada sin motivo?	No, para nada	0
	Casi nada	1
	Si, a veces	2
	Si, a menudo	3
5. ¿Ha sentido miedo y ha estado asustada sin motivo alguno?	Si, bastante	3
	Si, a veces	2
	No, a menudo	1
	No, nada	0
6. ¿Las cosas la han agobiado?	Si, la mayor parte de las veces	3
	Si, a veces	2
	No, casi nunca	1
	No, nada	0
7. ¿Se ha sentido triste que ha tenido dificultad para dormir?	Si, la mayoría de las veces	3
	Si, a veces	2
	No muy a menudo	1
	No, nada	0
8. ¿Se ha sentido triste?	Si, casi siempre	3

	Si, bastante a menudo	2
	No, muy a menudo	1
	No, nada	0
9. ¿Ha estado llorando con mayor frecuencia?	Si, casi siempre	3
	Si, bastante a menudo	2
	Solo en ocasiones	1
	No, nada	0
10. ¿Ha pensado en hacerse daño?	Si, bastante a menudo	3
	A veces	2
	Casi nunca	1
	No, nunca	0

TRATAMIENTO

Existen diferentes alternativas que deben considerarse para el tratamiento de la depresión posparto.

- Medidas generales: generalmente en mujeres con sintomatología leve se recomienda la “psicoeducación” la cual consiste en explicarle a la familia y a la madre la naturaleza del trastorno por el cual está pasando la madre y recalando que se trata de una enfermedad y no de un fracaso o derrota personal.
- Psicoterapia: las avaladas son la terapia cognitivo-conductual y la interpersonal; en esta última se centra en la transición de roles y en la adquisición de nuevas destrezas vinculadas con la maternidad ⁽⁷⁾.
- Farmacoterapia: los antidepresivos más usados para tratar la depresión posparto en madres que amamantan son los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina

(ISRS), en el cual la sertralina es el más empleado, seguido por el citalopram. Su recomendación es mantener la terapia farmacológica por al menos 12 meses y si por algún motivo se desea resumir el periodo de tratamiento se recomienda extender hasta después de verificar otros cambios hormonales (por ejemplo, el retorno de los ciclos menstruales) ⁽⁷⁾.

La terapia electroconvulsiva se debe considerar solo en casos depresivos de gravedad resistentes al tratamiento farmacológico y se considera de alta efectividad ⁽⁸⁾.

En contexto a la salud mental de las puérperas; también se conocen otras entidades asociadas a sintomatología depresiva que a continuación se mencionan.

DISFORIA POSPARTO

Es un trastorno transitorio frecuente aproximadamente del 40-60% de las puérperas, aparece en forma brusca e inesperada los primeros días posparto ⁽⁷⁾. Sus principales manifestaciones son más frecuentes en los primeros dos o cuatro días del puerperio y consisten en labilidad emocional, ansiedad, irritabilidad, tristeza y una tendencia marcada a llorar fácilmente; los síntomas presentan remisión espontánea a partir de la segunda semana posparto ^(7,9).

También se le llama baby blues, es la consecuencia de cambios hormonales en los niveles de progesterona y cortisol posterior a la conclusión del embarazo, sin embargo, también influyen los ajustes sociales y familiares experimentados por la madre. No existen datos concretos de su prevalencia en México dada la ausencia de herramientas diagnósticas validadas ⁽⁹⁾.

La disforia posparto se considera un trastorno leve del cual no requiere tratamiento farmacológico, sin embargo, si se extiende por más de una semana es pertinente considerar la posibilidad de que la paciente esté desarrollando una depresión posparto ⁽⁷⁾.

PSICOSIS POSPARTO

También se le llama psicosis puerperal y es un trastorno psiquiátrico que se caracteriza por variaciones de la conducta y del contenido del pensamiento acompañado de alucinaciones y

delirios; se considera una urgencia psiquiátrica que pone en peligro la vida de la madre y del bebé ⁽⁷⁾.

Comienza generalmente en las primeras dos a cuatro semanas, aunque puede ocurrir después de seis meses; tiene múltiples factores de riesgo, entre los más característicos son:

- Antecedente de trastorno bipolar.
- Antecedente de esquizofrenia.
- Antecedente personal o familiar de trastornos afectivos.
- Haber presentado psicosis posparto en embarazos previos.
- Complicaciones obstétricas durante la gestación o eventos estresantes ⁽⁹⁾.

El curso de esta enfermedad comienza de forma súbita durante la segunda semana del puerperio, generalmente con insomnio, ansiedad y cambios bruscos del estado de ánimo. Posteriormente surgen alteraciones de conducta y lenguaje desorganizado. Por último, se presentan alucinaciones y diferentes tipos de delirio que pueden tener como consecuencia el suicidio o infanticidio ^(7,9).

LA VIOLENCIA FAMILIAR COMO FACTOR DE RIESGO PARA PRESENTAR DEPRESIÓN POSPARTO

El término de violencia familiar hace referencia a cualquier forma de abuso, ya sea físico, psicológico o sexual que tiene lugar en la relación entre los integrantes de una familia. Se ha convertido en las últimas décadas en un asunto de máximo interés institucional y social atendiendo, principalmente a razones como su elevada incidencia y la gravedad de las consecuencias que se derivan ⁽¹⁰⁾.

La Organización Panamericana de la Salud estima que el 20 a 60% de las mujeres que viven en las Américas sufren situaciones de violencia. Algunos estudios describen que el maltrato físico, psíquico, sexual, la privación de libertad o la carencia de soporte socioeconómico de la mujer se relaciona con la presentación de cuadros depresivos. Estas agresiones se conocen como “violencia basada en género” y se considera un gran problema de salud pública por el impacto que tiene en la familia ⁽¹¹⁾.

La violencia en todos los aspectos tiene muchos efectos secundarios que hacen que la autoestima se deteriore y se inhiba la capacidad de los seres humanos para crecer como al igual optar oportunidades sociales y decisiones respecto a la situación en la que viven ⁽¹²⁾.

Un metaanálisis sobre el tema reporto que aproximadamente el 30% de mujeres que experimentan violencia domestica presentan ansiedad, estrés post traumático o depresión postparto. La violencia durante el embarazo está fuertemente asociada con la depresión posparto, independientemente del tipo de violencia que se trate, pero las más recurrentes son la violencia emocional o psicológica ⁽¹³⁾.

Otros estudios reportan que la exposición de las mujeres a la violencia doméstica se ubica en un rango entre el 10 y 56%. Por esta razón, el principal agresor de las mujeres durante el periodo de gestación suele ser la pareja ⁽¹³⁾.

Se conoce que los predictores más significativos de la violencia doméstica son el consumo de alcohol por parte del agresor, haber recibido castigo físico durante la infancia y haber sido testigo de violencia intrafamiliar ⁽¹³⁾. Según los conceptos brindados, la violencia no es un fenómeno individual; ya que se necesitan más de dos personas para que se lleve a cabo, esto hace referencia que muchas veces en la familia la interacción se da entre dos personas; por ejemplo, esposo y esposa, pero también están implicados otros integrantes como son los hijos ⁽¹⁴⁾.

DETECCIÓN DE VIOLENCIA FAMILIAR

La herramienta de detección se compone de tres secciones con preguntas para la búsqueda de violencia psicológica, física y sexual. Al igual que la información médica recabada en el expediente clínico, la herramienta de detección de violencia contiene información con valor probatorio en procesos legales en caso de que la mujer decida tomar acción legal ⁽¹²⁾

TEST DE VIOLENCIA FAMILIAR

VIOLENCIA PSICOLÓGICA	
Sección 1. En los últimos doce meses, su pareja o alguien importante para usted:	
¿Le controla la mayor parte de su tiempo, actividades y dinero?	
¿Le ha menospreciado o humillado?	
¿Le ha amenazado con golpearla o usar contra usted alguna navaja, cuchillo, machete o arma de fuego?	
SOSPECHA	

VIOLENCIA FÍSICA	
Sección 2. En los últimos doce meses, su pareja o alguien importante para usted:	
¿Le ha golpeado provocando moretones, fracturas, heridas u otras lesiones?	
¿Le ha tratado de ahorcar?	
¿Le ha agredido con algún objeto, navaja, cuchillo, machete o arma de fuego?	
SOSPECHA:	

VIOLENCIA SEXUAL	
Sección 3. En los últimos doce meses, su pareja o alguien importante para usted:	
¿Le ha forzado a tocamientos o manoseos sexuales en contra de su voluntad?	
¿Le ha forzado a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad con violencia física?	

¿Le ha forzado a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad sin violencia física?	
¿Le ha forzado a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad y resulto embarazada?	
SOSPECHA	

Su objetivo es la localización de casos; no analiza la severidad de cada uno. Si responde afirmativamente a más de una de las preguntas de la Sección 1, o a cualquiera de las preguntas de la Sección 2 y 3, significa que está viviendo en situación de violencia. En caso de que la usuaria responda “No” a todas las preguntas y usted sospecha que existe violencia, coloque en el apartado de “sospecha” una descripción específica de las razones de su sospecha ⁽¹²⁾.

VIII. JUSTIFICACIÓN

La depresión es un problema de salud pública muy frecuente, se estima que una de cada cinco mujeres puede presentar depresión mayor a lo largo de su vida, siendo más susceptibles en algunos periodos como el puerperio, desarrollando depresión posparto. En América latina se han reportado tasas obtenidas de depresión posparto que oscilan entre 12.3% al 14% ⁽¹⁾. Su etiología es multifactorial, sin embargo, algunos estudios describen que el maltrato físico, psíquico y sexual se relaciona fuertemente con el padecimiento de esta enfermedad ⁽¹¹⁾.

A pesar de su alta prevalencia a nivel mundial, en nuestro país son pocos los estudios que se han hecho de depresión posparto; en la UMF 84 se le brinda atención y seguimiento a una extensa población de mujeres en etapa de puerperio por lo que es de suma importancia detectar factores de riesgo y la aparición de sintomatología depresiva para realizar un diagnóstico oportuno y evitar las complicaciones que conlleva esta patología en el binomio madre-hijo, el cual genera un importante problema en primer y segundo nivel de atención debido a la falta de información y subestimación de la enfermedad, dando como consecuencia que la enfermedad se agrave sin un tratamiento oportuno.

Es indispensable que el médico familiar se involucre y este en alerta para reconocer los síntomas desde su inicio, o bien desde el momento en que existe violencia familiar durante su embarazo. Este proyecto se efectúa con la finalidad de proyectar la importancia de realizar un diagnóstico oportuno en las puérperas atendidas en la UMF 84, así como identificar aquellas que sufren violencia familiar para poder intervenir, derivar y brindar una atención integral que garantice una atención de calidez y calidad en una etapa importante, así mismo ofrecer un tratamiento adecuado que garantice una atención de mejor calidad en este grupo de mujeres pausando con la historia natural de la enfermedad y por ende sus complicaciones implícitas en el producto y la madre.

El presente estudio es un aporte teórico científico para futuras investigaciones donde se busca mejorar la calidad de vida de las puérperas y ayudar a transitar esta etapa tan significativa en la mujer con diagnóstico de depresión posparto contribuyendo a restablecer su salud mental evitando las complicaciones tanto en el binomio como a nivel familiar y social.

IX. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En México, la depresión posparto es una enfermedad que impacta negativamente el entorno familiar con repercusión significativa en la calidad de vida y el funcionamiento cotidiano de la población ⁽⁴⁾. La violencia durante el embarazo está fuertemente asociada con la depresión posparto, independientemente del tipo de violencia que se trate ⁽¹³⁾.

En Perú, una investigación “Disfuncionalidad y violencia familiar como factores de riesgo para desarrollar depresión puerperal” se encontró que la frecuencia de violencia familiar en las pacientes con depresión puerperal fue de 47.8% ⁽¹⁵⁾.

Otro estudio llamado “Depresión posparto y la violencia basada en género” cuyo objetivo fue determinar la asociación entre depresión posparto y la violencia basada en género encontró que la tasa de depresión posparto fue del 17% y el 51% fue víctima de violencia basada en género, siendo la más frecuente la forma psicológica ⁽¹¹⁾.

Un metaanálisis reportó que aproximadamente el 30% de mujeres que experimentan violencia doméstica presentan ansiedad, estrés postraumático o depresión posparto ⁽¹³⁾.

La depresión posparto tiene una prevalencia estimada del 13% para los países con altos ingresos y hasta el 20% para los países de medianos y bajos ingresos; esta patología se asocia a múltiples problemas sociales, de salud para las mujeres y su familia como son la depresión prolongada, el suicidio materno, el apego débil entre la madre y su hijo, la interrupción de la lactancia, el retraso cognitivo y de crecimiento de los niños así como el incremento del riesgo para el desarrollo de depresión en las distintas etapas del ciclo vital. Por lo anterior es importante identificar a las pacientes con depresión posparto, pues hay reportes que afecta hasta el 56% de las mujeres en México y tiene una duración hasta un año después del parto con repercusiones graves como la muerte del binomio ⁽¹⁾.

Se ha demostrado que la depresión posparto es una enfermedad con alto impacto en la sociedad, no solo afecta a la madre si no también al lactante en su desarrollo psicosocial. Conocer y analizar esta patología es de gran importancia; así mismo identificar los factores

asociados, en especial la violencia en el entorno familiar, así mismo aplicar su herramienta con la finalidad de poder identificar a las pacientes con un posible diagnóstico y poder brindar la atención y terapia necesaria para mejorar su calidad de vida y el desarrollo de su bebe.

Una parte importante de la población que es atendida en la Unidad de Medicina Familiar 84 son mujeres en vigilancia prenatal que se les da seguimiento en su periodo puerperio, donde se involucra un equipo multidisciplinario conformado por médicos familiares, enfermeras con especialización en familia, nutrición, personal de trabajo social y administrativo. En dicha unidad de atención primaria no existen estudios o estadísticas que se enfoquen en depresión posparto y al ser una unidad de medicina familiar nos da la oportunidad de aplicar la herramienta y tener el alcance de relacionar “la violencia familiar” como factor de riesgo para desarrollar la patología y así poder brindar un diagnóstico oportuno y derivar con el personal especializado para otorgar el tratamiento adecuado a la paciente. Por lo anterior mencionado nos planteamos la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la incidencia de Depresión Posparto en la Unidad de Medicina Familiar 84 y su relación con la violencia en el núcleo familiar?

X. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- ✓ Determinar la incidencia de depresión posparto en la Unidad de Medicina Familiar 84 y su relación con la violencia familiar como factor de riesgo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Identificar a las pacientes con criterios para padecer depresión posparto.
- ✓ Identificar a las puérperas que sufren violencia familiar.
- ✓ Describir el tipo de violencia familiar predominante en las pacientes.
- ✓ Asociar la violencia familiar como factor de riesgo para el desarrollo de depresión posparto.

XI. HIPÓTESIS

Existe una incidencia importante de depresión posparto entre las puérperas atendidas en la Unidad de Medicina Familiar 84 asociada a violencia familiar.

XII. MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO Y POBLACIÓN DE ESTUDIO

Se realizó un estudio observacional de tipo descriptivo de corte transversal a mujeres adscritas en la Unidad de Medicina Familiar 84 Tacúcuaro que se les brinda atención y seguimiento en su puerperio mediano y tardío en un periodo comprendido del 1° noviembre 2022 al 1° julio 2023.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Se incluyeron mujeres de todas las edades adscritas a la unidad que cursaron con diagnóstico de puerperio mediano y tardío que acudieron a consulta de puerperio y accedieron de forma voluntaria a participar en este trabajo de investigación al contestar los cuestionarios, así como a leer, escuchar y firmar el consentimiento informado.

Se excluyeron del estudio a todas las pacientes con diagnóstico de puerperio inmediato y que además no accedieron a participar de forma voluntaria en este trabajo de investigación y se negaron a leer, escuchar y firmar el consentimiento informado. Se utilizó el muestreo por conveniencia tomando en cuenta los criterios de selección antes mencionados.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

El tamaño de la muestra se obtuvo con la fórmula de población infinita teniendo un nivel de confianza del 95%.

$$n = \frac{Z^2 p q}{e^2}$$
$$n = \frac{1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}{0.05^2}$$
$$n = 384.16$$

VARIABLES

Variable dependiente:

Depresión posparto

Variable independiente:

Violencia familiar

CUADRO DE OPERACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Unidad de medición
Depresión Posparto	Es la presencia de síntomas depresivos que duran más de 2 semanas después del parto y que interfieren con las actividades de la vida cotidiana ⁽¹⁾ .	De acuerdo con la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo que consta de un cuestionario de 10 preguntas con tres respuestas cada una a la cual se le brinda una puntuación que va del 0 al 3, el puntaje total se calcula sumando los puntajes para cada uno de los 10 reactivos; una puntuación de 10 o más nos diagnostica Depresión Posparto ⁽⁶⁾ .	Cualitativa	Si / No
Violencia Familiar	Es un 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 ⁽¹⁰⁾ .	De acuerdo con el cuestionario de detección de violencia familiar el cual está integrado por 10 divididas en tres secciones las cuales son significativas a “violencia psicológica” (tres preguntas), “violencia física” (tres preguntas) y “violencia	Cualitativa	Si / No

		sexual” (cuatro preguntas) que se conforman de 2 respuestas cada pregunta “Si / No”. Si responde afirmativamente a más de una de las preguntas de la Sección 1, o a cualquiera de las preguntas de la Sección 2 y 3, significa que está viviendo en situación de violencia ⁽¹²⁾ .		
Edad	Tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta el momento de referencia ⁽¹⁵⁾ .	Se obtiene mediante el interrogatorio directo.	Cuantitativa	1-45 años
Estado civil	Situación de convivencia ⁽¹⁷⁾ .	Se obtiene mediante el interrogatorio directo.	Cualitativa	Casada Soltera Unión libre Divorciada Viuda

DESCRIPCIÓN OPERATIVA

Posterior a la autorización del Comité de Investigación y Ética en Salud del Hospital General Regional Número 1 de Charo Michoacán y con registro CLIES R-2022-1602-038 se acudió Unidad de Medicina Familiar No 84 Tacícuaro y se buscó de manera intencionada a pacientes con diagnóstico de puerperio mediato y tardío para invitarlas de manera directa a participar en el estudio.

Se les brindó a las pacientes una explicación detallada y se les dio a conocer el propósito del estudio de investigación y al tener una respuesta positiva de su participación se les proporcionó un consentimiento informado en forma física y verbal para posteriormente ser firmado.

Al aceptar su participación y firmar el consentimiento informado se brindó el acceso a un aula académica equipada para explicar detalladamente el cuestionario y aclarar cualquier duda que se haya generado, esto con la finalidad de generar un ambiente de tranquilidad y privacidad para que la paciente realice los cuestionarios de la mejor manera.

El cuestionario que se utilizó fue la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo que consta de 10 preguntas de selección múltiple con 4 alternativas de respuesta cada una, puntuadas de 0 a 3 en grado creciente de gravedad de los síntomas. Un puntaje de 10 o más indica que cumple con criterios de padecer depresión posparto. De igual manera se les aplicó un segundo cuestionario de detección violencia familiar el cual está integrado por 10 preguntas divididas en tres secciones; las cuales son significativas a “violencia psicológica” (tres preguntas), “violencia física” (tres preguntas) y “violencia sexual” (cuatro preguntas) que se conforman de 2 respuestas cada pregunta “Si / No”.

Si responde afirmativamente a más de una de las preguntas de la Sección 1, o a cualquiera de las preguntas de la Sección 2 y 3, significa que está viviendo en situación de violencia.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizó un análisis de los datos obtenidos reflejado en porcentajes, frecuencias, medidas de tendencia central los cuales se presentan en tablas.

Se estableció el nivel de significancia estadística $p < 0.05$. Toda la información se procesó en el programa estadístico SPSS versión 23.0 en Windows.

Se utilizó estadística indiferenciada para asociar las variables mediante chi-cuadrada y se evaluó la confiabilidad de las herramientas utilizando el indicador Alpha de Cronbach.

XIII. ASPECTOS ÉTICOS

El presente estudio es considerado riesgo tipo II, se encuentra basado y cumpliendo con los principios de bioética.

La declaración de Helsinki es uno de los documentos de excelencia en materia de protección y regulación ética de la investigación en seres humanos. Existe un compromiso firme en nuestro proyecto de investigación para proteger la autonomía y los derechos de la población en estudio y reconocemos que este debe ser el aspecto primordial y punto focal.

En base al reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación.

ARTÍCULO 100: la investigación en seres humanos se llevó a cabo conforme a las siguientes bases:

- I. Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos para la ciencia médica.
- II. Podrá realizarse solo cuando el conocimiento que se pretenda conducir no pueda obtenerse por otro método idóneo.
- III. Podrá efectuarse sólo cuando exista una razonable seguridad de que no se exponen a riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación.
- IV. Se deberá contar con el consentimiento por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquél, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud.
- V. Solo podrá realizarse por profesionales de la salud en instituciones médicas que actúen bajo vigilancia de las autoridades sanitarias competentes.
- VI. El profesional responsable suspenderá la investigación en cualquier momento, si sobreviene el riesgo de lesiones graves, invalidez o muerte del sujeto en quien se realice la investigación.
- VII. Las demás que establezca la correspondiente reglamentación.

ARTÍCULO 101: Quién realice investigación en seres humanos en contravención a lo dispuesto en esta Ley y demás disposiciones, se hará acreedor de las sanciones correspondientes.

En el estudio se retomaron los principios éticos fundamentales que guiaron la investigación basados en los siguientes principios:

- Principio de Beneficencia.
- Principio de respeto a la dignidad humana.

Con estos lineamientos el estudio se realiza conforme a la ley y bajo estricta ética profesional.

Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012. La investigación científica, clínica, biomédica, tecnológica y psicosocial en el ámbito de la salud, son factores determinantes para mejorar las acciones encaminadas a proteger, promover y restaurar la salud del individuo y de la población, por lo que resulta imprescindible orientar su desarrollo en materias específicas y regular su ejecución en los seres humanos, de tal manera que la garantía del cuidado de los aspectos éticos, del bienestar e integridad física de la persona que participa en un proyecto o protocolo de investigación y del respeto a su dignidad.

Ley de protección de datos personales. Su aplicación determina que se evite que los datos personales sean utilizados indebidamente, que se respeten los derechos de los dueños de los datos y que se garantice una expectativa razonable de privacidad.

Respetaremos los datos que nos proporcione la población en estudio y no se utilizarán de forma indebida. La información que se nos brinda será utilizada de forma correcta y de forma confidencial.

XIV. RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

Recursos Físicos

- ✓ Unidad de Medicina Familiar 84
- ✓ 10 consultorios de Medicina Familiar
- ✓ 10 consultorios de Enfermería especialista en Medicina Familiar
- ✓ Equipo de cómputo con acceso a los expedientes electrónicos IMSS

Recursos Materiales

- ✓ Hojas blancas
- ✓ Bolígrafos y lápices
- ✓ Gomas de borrador
- ✓ Equipo de computo
- ✓ Acceso a internet
- ✓ Formato de recolección de datos
- ✓ Máquina copiadora

Recursos Financieros

Esta investigación no amerita financiamiento; los gastos de recursos materiales corrieron a cargo del médico residente investigador además de contar con el apoyo de nuestras autoridades.

Factibilidad

Es un estudio factible, ya que se contó con la infraestructura, recursos humanos (personal con formación en investigación y pacientes) y materiales para poder implementar la investigación en la Unidad de Medicina Familiar 84 Tacícuaro.

XV. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

	Marzo- julio 2022	Agosto- octubre 2022	Noviembre 2022- julio 2023	Agosto 2023	Septiembre 2023	Octubre- diciembre 2023	Enero- marzo 2024	Abril 2024	Mayo 2024
Diseño de protocolo de Investigación	X								
Evaluación por el CEIS		X							
Reclutamiento de pacientes			X						
Aplicación de instrumentos			X						
Análisis de resultados				X					
Redacción de resultados					X				
Redacción de discusión y conclusiones						X			
Redacción tesis terminada							X		
Manuscrito y publicación									
Difusión foro					X				
Examen de grado								X	

XVI. RESULTADOS

En este trabajo de investigación se estudió una muestra de 384 participantes puérperas adscritas a la Unidad de Medicina Familiar 84 Tacicuaró que cumplieron con los criterios de selección y de las cuales se analizaron e identificaron sus características sociodemográficas (Tabla I).

Tabla I. Características sociodemográficas de las participantes (n=384)

VARIABLE		
Edad	X	
Años	28	
Estado civil	F	%
Casada	205	53
Soltera	28	7.4
Unión libre	151	39.3
Ocupación		
Hogar	248	64.4
Técnico o empleada	114	29.7
Profesionista	22	5.7

X: Media, DE: Desviación estándar; %: Porcentaje

De la muestra estudiada, la frecuencia de edad en las participantes oscila entre 16 y 44 años de vida siendo el promedio de edad 28 años y la moda 24 años de vida.

Del total de las participantes que conforman la muestra; se les aplicó la herramienta “Escala de Depresión Posparto de Edimburgo”, dicha herramienta aporta un valor confiable de .686 además de ser simétrica .848 por mitades, lo cual hace que la herramienta sea digna de ser reproducible. De acuerdo con lo anterior detectamos a 255 mujeres (66.4%) con criterios para depresión posparto. Posteriormente se les aplicó la herramienta institucional “Test de violencia familiar” donde identificamos a 100 participantes (26%) que sufren violencia familiar.

Se asoció la depresión posparto y la violencia familiar como factor de riesgo considerando a las pacientes que dieron positivo en ambas herramientas obteniendo como resultado una significancia estadística de alto impacto (Tabla II).

Tabla II. Asociación de la depresión posparto y la violencia familiar

VARIABLE	DEPRESIÓN POSPARTO		<i>p</i> *	RR IC95%
	SI (n=255)	NO (n=129)		
VIOLENCIA FAMILIAR				
SI	100	19	.001	1.437
NO	155	110		
PSICOLÓGICA				
SI	90	10	.001	1.424
NO	165	119		
FÍSICA				
SI	6	-	.079	1.518
NO	249	129		
SEXUAL				
SI	4	-	.153	1.514
NO	251	129		

* Estadísticamente significativa ($P < 0.05$); RR: Riesgo Relativo ; IC95%: Intervalo de confianza al 95%

Se evidenció que el tipo de violencia predominante en las participantes con depresión posparto es la psicológica en un 90%, seguida de la física con 6% y por último la sexual con 4%.

Se observó que las mujeres que sufren violencia familiar tienen un riesgo de hasta 1.5 veces más de padecer depresión puerperal.

XVII. DISCUSIÓN

La depresión posparto es una patología que repercute negativamente en el núcleo familiar, si bien su cuadro clínico es muy similar al de otros episodios depresivos, esta posee características peculiares que justifican su consideración como una patología específica y, a pesar de ello, no siempre se diagnostica.

En el presente estudio realizado se obtuvo una incidencia del 66.4% , es decir 255 mujeres que acudieron a la Unidad de Medicina Familiar 84 de una muestra representativa fueron detectadas con depresión posparto; dicho porcentaje está muy alejado de la estadística registrada en el año 2022 donde se estima que en México un 30.7% de las mujeres son detectadas con la patología antes mencionada ⁽¹⁶⁾ y más aún por una incidencia registrada mundialmente con un 15% por la Pan American Journal of Public Health. en su publicación reportada en el 2018 ⁽¹⁷⁾ .

Un estudio realizado en el 2018 por González y colaboradores mencionan que las mujeres solteras y el tener menor de 20 años de vida toma gran relevancia para padecer de depresión posparto ⁽¹⁸⁾, así mismo Marciana Fernandes Moll y colaboradores en su investigación publicada en el 2023 en Brasil arrojó que en su mayoría las madres solteras padecen dicha enfermedad ⁽¹⁹⁾ en comparación en nuestro estudio de investigación donde la prevalencia de mujeres casadas y una edad promedio de 28 años de vida tuvo mayor significancia en el padecimiento de la patología antes mencionada. Edgar Vinicio y colaboradores en su artículo de revisión enfocado en factores de riesgo relacionados a depresión postparto menciona que mujeres menores de 24 años de edad tienen mayor riesgo de padecer depresión posparto ⁽²⁰⁾ , muy similar a nuestra investigación ya que se encuentra dentro del rango de edad sin embargo por debajo de la media arrojada en nuestros resultados .En cuanto a su ocupación Silva Lima y colaboradores en su estudio realizado en Brasil en Octubre del 2018 menciona que mujeres que no cuentan con empleo padecen de dicha patología ⁽²¹⁾ ; tal característica coincide con el presente estudio donde mujeres que se dedican al hogar son las que predominan con el padecimiento de esta patología con un 42.7%.

Marcías-Cortes y colaboradores en su artículo titulado “ exactitud de la escala de depresión posnatal de Edimburgo” publicado en el 2020 menciona que la herramienta más recomendada, validada y utilizada internacionalmente para el tamizaje de depresión posparto es la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo ⁽⁶⁾, misma escala fue la utilizada en esta investigación y pudimos obtener una confiabilidad de .686 lo que nos demostró que la hace digna de ser utilizada por lo que pudimos detectar a 255 mujeres que cumplen con criterios y obtuvieron un puntaje mayor o igual a 10 puntos que es significativo a padecer depresión posparto.

L. Santiago-Sanabria y colaboradores en su investigación titulada “Depresión posparto: prevalencia y factores de riesgo asociados en una muestra de población mexicana” publicada en 2023 nos muestra que el 14.9% de las participantes tienen criterios para depresión posparto; al analizar esta información, nos dimos cuenta que nuestra investigación arroja datos muy diferentes; de igual forma al asociar la violencia familiar con depresión posparto no se observó un resultado estadísticamente significativo en comparación con nuestra investigación ⁽²²⁾ .

La encuesta nacional sobre la dinámica de las relaciones en los hogares (ENDIREH 2021) encabezada por la INEGI estimó que en el estado de Michoacán el 12.2 % de las mujeres mayores de 15 años se encuentran en situación de violencia familiar; de las cuales el 10.5% ha sido violencia de tipo psicológica ⁽²³⁾. Respecto al estadístico antes mencionado, el porcentaje estimado en nuestra investigación (31%) representa casi el triple del reportado por el ENDIREH; sin embargo, ambas investigaciones concuerdan que la violencia psicológica es la más predominante dentro del núcleo familiar.

Silva Lima y colaboradores en su estudio mencionan que la violencia psicológica es la predominante, seguida de la violencia física y por último la violencia sexual ⁽²¹⁾ , dicho estudio es similar con la presente investigación donde la violencia psicológica está presente en la mayoría de participantes, seguida de la violencia física y por último la sexual.

Rivera Fernández en su artículo científico enfocado sobre la violencia familiar y su relación con los trastornos depresivos publicado en el 2022 menciona que la agresión psicológica

estuvo presente en el 100% de las participantes ⁽²⁴⁾ ,muy similar al presente; sin embargo Rivera Fernández demostró que el 66.5% de las participantes de su investigación sufre maltrato físico y 53.5% violencia sexual; dichas cifras estas muy alejadas a las de nuestra investigación en donde si tan solo integramos la violencia física y sexual estimamos solo el 10% del total de las participantes.

Por último Sánchez Ramírez en su investigación “ violencia familiar: legislación nacional y políticas públicas” publicado en el año 2021 agrega la variable de violencia económica o patrimonial, dicha investigación destaca que las agresiones ocurridas más frecuentes son la violencia emocional (59.6%), económica o patrimonial (17.5%), física (16.9%) y sexual (6%) muy similar a la presente investigación; sin embargo en la herramienta utilizada en esta investigación la violencia emocional y económica se encuentra englobada en la “ violencia psicológica” por lo que guarda estrecha relación con el artículo antes mencionado ⁽²⁵⁾.

XVIII. CONCLUSIONES

Al analizar las diferentes cifras reportadas por diferentes autores y estudios publicados en los últimos 5 años se puede concluir que el tema de investigación es un serio problema de salud pública que afecta de diferentes maneras a todas las sociedades. Respecto a este trabajo de investigación debido al porcentaje significativo de mujeres detectadas que cumplen con criterios de Depresión Posparto y además se encuentran subdiagnosticadas es necesario establecer estrategias para una detección intencionada de modo que se establezca un diagnóstico temprano y ofrecer un tratamiento oportuno además de una vigilancia estrecha con el fin de evitar los riesgos que conlleva dicha patología y su progresión hacia otros padecimientos que ocasionen daños en el binomio y entorno familiar. Sin embargo, también es de gran relevancia la detección de violencia familiar en la paciente ya que guarda una estrecha relación de padecer depresión posparto si sufre algún tipo de violencia dentro del núcleo familiar, lo que conlleva a ser un factor de riesgo significativo para padecer dicha patología.

Las medidas y detecciones deben enfocarse en su prevención e identificación temprana con el fin de facilitar los medios necesarios para mejorar la calidad de vida, no solo de la paciente sino también para su entorno familiar.

Entre las fortalezas del estudio se encuentra la educación constructivista aunado al ser el primer estudio en nuestro medio que nos permitió identificar a pacientes con criterios de depresión posparto y la utilización de la herramienta institucional para la detección de violencia familiar y poder brindar una consejería sobre dicha patología además del acompañamiento y la comunicación estrecha con las participantes.

XIX. RECOMENDACIONES

Debido a la alta incidencia de mujeres que cumplen con criterios para depresión posparto en la UMF 84 es conveniente realizar la difusión de las estadísticas encontradas al personal de salud que labora en la unidad, así mismo capacitar al personal de enfermería para poder abordar de manera intencionada a toda paciente puérpera que acude a la unidad aplicando la Escala de depresión posparto de Edimburgo.

También vale la pena señalar que la terapia psicológica es la piedra fundamental en el tratamiento de esta patología por lo que es importante la existencia de un servicio de psicología en la unidad no solo como parte del tratamiento de la depresión posparto y consejería en violencia familiar; si no para ampliar la cobertura a otras patologías existentes.

XX. BIBLIOGRAFÍA

1. Ramírez Elías A, Blanco Trejo W, Díaz Reyes G de J, Elpidio PAJ. Prevención, diagnóstico y manejo de la depresión prenatal y postparto en el primer y segundo niveles de atención. 2021;1–16. Disponible en: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-SS-666-21/RR.pdf>
2. Fonseca Villanea C. Psicosis postparto. *Rev Medica Sinerg*. 2018;3(8):7–12.
3. Pérez-Padilla EA, Cervantes-Ramírez VM, Hijuelos-García NA, Pineda-Cortes JC, Salgado-Burgos H. Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión mayor. *Rev Biomédica*. 2017;28(2):73–98.
4. Genchi-Gallardo FJ, Paredes-juárez S, Solano- NL, Rios-rivera CE, Paredes-solís S, Andersson N. Prevalencia de depresión posparto y factores asociados en usuarias de un hospital público de Acapulco, Guerrero , México Prevalence of postpartum depression and its associated factors in users of a public hospital at Acapulco , Guerrero , Mexico . 2021;89(12):927–36.
5. Ampudia DMKM. CUERPO EDITORIAL Depresión postparto en atención primaria Postpartum depression in a primary care. *Rev Médica Sinerg [Internet]*. 2020;5(2). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2020/rms202e.pdf>
6. Macías-Cortés E del C, Lima-Gómez V, Asbun-Bojalil J. Exactitud diagnóstica de la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo: consecuencias del tamizaje en mujeres mexicanas. *Gac México*. 2020;156(3):202–8.
7. Jadresic M. E. Depresión Posparto En El Contexto Del Hospital General. *Rev Médica Clínica Las Condes [Internet]*. 2017;28(6):874–80. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmclc.2017.10.007>
8. Villegas Loaiza N, Paniagua Dachner A, Vargas Morales JA. Generalidades y diagnóstico de la depresión posparto. *Rev Medica Sinerg*. 2019;4(7): e261.
9. Jordana GB. Trastornos del estado de ánimo. *Farm Hosp*. 2010;20(195):18–24.

10. Patró. Víctimas de violencia familiar: Consecuencias psicológicas en hijos de mujeres maltratadas. *An Psicol* [Internet]. 2005;21(1):11–7. Disponible en: http://www.um.es/analesps/v21/v21_1/02-21_1.pdf
11. Escobar J, Pacora P, Custodio N, Villar W. Depresión posparto: ¿se encuentra asociada a la violencia basada en género? *En la Fac Med*. 2012;70(2):115.
12. Operativo M. ModeloIntegrado_para_Preencion_Atn_Violencia_familiar_y_se.
13. Patrick E, Gonzales Z. *Revista Cubana de Obstetricia y Depresión posparto en mujeres víctimas de violencia doméstica en la ciudad de*. 2020;46(1):1–15.
14. Gallardo E. Violencia Intrafamiliar. Unidad Coord de Proy Mejor los Serv Justicia [Internet]. 2015;138. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3255761%0Ahttps://www.repositoriopncvfs.pe/wp-content/uploads/2016/08/Violencia-intrafamiliar.pdf>
15. Vásquez G, Rodríguez D, Correa A, Alvarado V, Llaque M. Disfuncionalidad familiar y violencia familiar como factores de riesgo de depresión puerperal. *Hospital Regional de Cajamarca, Perú*. 2014. *Rev UCV - Sci*. 2014;9(2):145–52.
16. Contreras-Carreto NA, Villalobos-Gallegos L, Mancilla-Ramírez J. Epidemiological analysis of perinatal depression. *Cir y Cir (English Ed)*. 2022;90(1):128–32.
17. Gressier F, Guillard V, Cazas O, Falissard B, Glangeaud-Freudenthal NMC, Sutter-Dallay AL. Risk factors for suicide attempt in pregnancy and the post-partum period in women with serious mental illnesses. *J Psychiatr Res*. 2017;84:284–91.
18. González-González A, Casado-Méndez PR, Molero-Segrera M, Santos-Fonseca RS, López-Sánchez I. Factores asociados a depresión posparto. *Arch méd Camaguey* [Internet]. 2019;23(6):770–9. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v23n6/1025-0255-amc-23-06-770.pdf>
19. Moll MF, Matos A, Borges GB, Ventura CAA, Bernardinelli FCP, da Silva Martins T. Occurrence and factors associated with postpartum depression in the urban area of

- Brazil. *Enferm Glob*. 2023;22(1):156–66.
20. Herrera Dutan EV, Carriel Alvarez MG, García Pacheco AV. Factores de riesgo relacionados con la depresión postparto. *Rev Vive*. 2022;5(15):679–87.
 21. da Silva Lima L, do Carmo TOA, de Souza Brito Neto C, da Cunha Pena JL. Depressive symptoms in pregnant women and intimate partner violence: a cross-sectional study. *Enferm Glob*. 2020;19(4):31–45.
 22. Santiago-Sanabria L, Ibarra-Gussi PM, Rendón-Macías ME, Treviño-Villarreal P, Islas-Tezpa D, Porras-Ibarra GD, et al. Depresión posparto: prevalencia y factores de riesgo asociados en una muestra de población mexicana. *Ginecol Obstet Mex* [Internet]. 2023;91(4):227–40. Disponible en: <https://tinyurl.com/ykckcda4>
 23. García B, Muñoz H, de Oliveira O. Principales resultados. *Hogares y Trabajo en la Ciudad de México*. 2018;170–3.
 24. Benavides Román AM, Rivera Fernández DH, Chávez Yomona M. Violencia familiar y trastorno depresivo en mujeres e integrantes del grupo familiar en la jurisdicción de la Comisaría de Familia de Lima. *Rev Derecho*. 2022;7(1):61–76.
 25. Sánchez M. Violencia familiar: legislación nacional y políticas públicas. *Dir Gen Anal Legis* [Internet]. 2021;(77):1–24. Disponible en: <http://bibliodigital.senado.gob.mx>

XXI. ANEXOS

ANEXO 1. DICTAMEN DE AUTORIZACIÓN DEL PROYECTO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 1602
H. GRAL. REGIONAL NUM. 1

Registro COFEPRIS 17 CI 16 022 019
Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 16 CEI 002 2017033

FECHA: Jueves, 06 de octubre de 2022

Dr. SANDRA LISSETT CORTES SANTANA

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **INCIDENCIA DE DEPRESIÓN POSPARTO Y SU RELACIÓN CON LA VIOLENCIA FAMILIAR COMO FACTOR DE RIESGO EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **APROBADO**:

Número de Registro Institucional

R-2022-1602-038

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE


Dr. HELIOS EDUARDO VEGA GOMEZ
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 1602

Imprenta

IMSS

SEGURIDAD Y SALUD PARA TODOS

ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada en Michoacán
Unidad de Medicina Familiar No. 84

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Morelia, Michoacán a ____ de _____ del 202__

Usted ha sido invitada a participar en el estudio de investigación titulado: **Incidencia de depresión posparto en una unidad de medicina familiar y su relación con la violencia familiar como factor de riesgo**. Registrado ante el Comité de Investigación y ante el Comité de Ética en Investigación del Hospital General Regional No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social con el número **R-2022-1602-038**.

El siguiente documento proporciona información detallada. Por favor léalo atentamente.

JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVO:

La depresión posparto (estado de ánimo alterado tras tener a su bebe) es una enfermedad frecuente en las mujeres en nuestro país, está relacionada a muchos factores que la predisponen a padecerla como es la violencia por parte de su pareja entre otras más. El objetivo del estudio es identificar a las mujeres que padecen depresión posparto de la Unidad de Medicina Familiar 84 y analizar cuantas pacientes sufren algún tipo de violencia familiar.

PROCEDIMIENTOS:

Si usted acepta participar, se le realizará una encuesta que la conforman 10 preguntas (llamada escala de Edimburgo) para detectar si padece depresión posparto, posteriormente si

es diagnosticada con depresión posparto se le realizará una segunda encuesta conformada por 10 preguntas que evalúa si sufre algún tipo de violencia.

RIESGOS Y MOLESTIAS:

Los posibles riesgos y molestias derivados de su participación en el estudio son: 1) incomodidad al responder algunas preguntas de los cuestionarios. 2) puede que tardemos un poco más de lo habitual en caso de resolverle dudas o brindarle información, este tiempo puede variar entre 5 y 10 minutos. Existe el riesgo de sentirse vulnerable o triste al contestar las preguntas.

BENEFICIOS:

Los beneficios que obtendrá al participar en el estudio son: recibir información sobre depresión posparto; y se espera que en caso de ser diagnosticada con la enfermedad sea valorada para recibir el tratamiento oportuno; de igual manera recibirá información sobre violencia en todos los aspectos y en caso de necesitar o solicitar ayuda, se le brindará de la misma manera. La información obtenida de este estudio ayudará a conocer las estadísticas o la cantidad de pacientes diagnosticadas con depresión posparto y su relación con la violencia familiar; para que en un futuro se pueda plantear una propuesta de campaña o método para prevenir y diagnosticar oportunamente dicha enfermedad.

INFORMACIÓN DE RESULTADOS Y ALTERNATIVAS DEL TRATAMIENTO:

La Dra. Sandra Lisett Cortés Santana (investigador responsable) se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que pudiera tener acerca de los procedimientos. Así como darle la información sobre cualquier resultado o procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para su estado de salud en caso de requerirlo.

PARTICIPACIÓN O RETIRO:

Su participación en este estudio es completamente voluntaria. Es decir, que, si usted no desea participar en el estudio, su decisión, no afectará su relación con el IMSS ni su derecho a obtener servicios de salud u otros servicios que ya recibe. Si en un principio desea participar y posteriormente cambia de opinión, **usted puede abandonar el estudio en cualquier**

momento. El abandonar el estudio en el momento que quiera no modificará ninguna manera los beneficios que usted tiene como derechohabiente. Para los fines de esta investigación, solo utilizaremos la información que usted brindó desde el momento en que aceptó participar hasta el momento en el cual nos haga saber que ya no desea participar.

PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD:

La información que proporcione y que pudiera ser utilizada para identificarla (como su nombre, teléfono y dirección) será guardada de manera confidencial y por separado, al igual que sus respuestas a los cuestionarios y sus resultados respectivamente para garantizar su privacidad.

Nadie tendrá acceso a la información que usted nos proporcione durante el estudio. NO se dará información que pudiera revelar su identidad; siempre y en todo momento su identidad será protegida y ocultada; le asignaremos un número para identificar sus datos y usaremos ese número en lugar de su nombre en nuestra base de datos.

PERSONAL DE CONTACTO EN CASO DE DUDAS O ACLARACIONES:

En caso de Dudas sobre el protocolo de investigación podrá dirigirse con:

- Dra. Sandra Lisett Cortés Santana, matrícula 98178764, **Investigador responsable** Médico Familiar adscrito a la UMF 80 Morelia, al teléfono 4431614949, correo drasandycortes@outlook.es o con los **Colaboradores:** Dr. José Luis Vázquez Olivas, matrícula 97179970, Médico Residente de Medicina Familiar adscrito a la UMF 80 Morelia, al teléfono 8121730117, correo yazquezolivasjose@gmail.com ; Dra. Liliana Teresa García Martínez, matrícula 99176619, Médico Psiquiatra adscrito a HGZ 83 Morelia, al teléfono 4432619314, correo dralilianagarciamtz@gmail.com .

En caso de Aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse con:

- Dra. Anel Gómez García, **presidente del Comité de Ética en Investigación en Salud 16082**, con sede en el Hospital General Regional No. 1, ubicado en Av. Bosques de los Olivos 101, La Goleta, Michoacán, C.P. 61301, al teléfono 4433222600 Ext 15, correo anel.gomez@imss.gob.mx .

DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se me ha explicado con claridad en qué consiste este estudio, además he leído (o alguien me ha leído) el contenido de este formato de consentimiento. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas han sido contestadas a mi satisfacción además de brindarme una copia de este formato. Al firmar este formato estoy de acuerdo en participar en la investigación que aquí se describe.

Nombre y Firma del Participante

Nombre y Firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, Dirección, Relación y Firma

Nombre, Dirección, Relación y Firma

ANEXO 3. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Datos generales									
Nombre									
Ocupación									
NSS									
Consultorio									
Turno									
Edad									
Fecha de último parto									
Estado civil									
Casada		Soltera		Unión libre		Divorciada		Viuda	

¿Padece alguna enfermedad?	SI	NO
En caso de contestar SI, especificar.		

ANEXO 4. ESCALA DE DEPRESIÓN POSPARTO DE EDIMBURGO

Nombre: _____ Fecha: _____

Queremos saber cómo se siente si está embarazada o ha tenido un bebé recientemente. Por favor marque la respuesta que más se acerque a cómo se ha sentido en **LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS** (no solamente como se es su sentir el día de hoy).

1. ¿Ha sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas?	Tanto como siempre	0
	No tanto como ahora	1
	Mucho menos	2
	No, no he podido	3
2. ¿He mirado el futuro con ilusión?	Tanto como siempre	0
	Algo menos de lo que solía hacer	1
	Definitivamente menos	2
	No, nada	3
3. ¿Se ha culpado sin necesidad cuando las cosas no salen bien?	Si, la mayoría de las veces	3
	Si, algunas veces	2
	No muy a menudo	1
	No, nunca	0
4. ¿Ha estado ansiosa y preocupada sin motivo?	No, para nada	0
	Casi nada	1
	Si, a veces	2
	Si, a menudo	3
5. ¿Ha sentido miedo y ha estado asustada sin motivo alguno?	Si, bastante	3
	Si, a veces	2
	No, a menudo	1
	No, nada	0
6. ¿Las cosas la han agobiado?	Si, la mayor parte de las veces	3
	Si, a veces	2
	No, casi nunca	1

	No, nada	0
7. ¿Se ha sentido triste que ha tenido dificultad para dormir?	Si, la mayoría de las veces	3
	Si, a veces	2
	No muy a menudo	1
	No, nada	0
8. ¿Se ha sentido triste?	Si, casi siempre	3
	Si, bastante a menudo	2
	No, muy a menudo	1
	No, nada	0
9. ¿Ha estado llorando con mayor frecuencia?	Si, casi siempre	3
	Si, bastante a menudo	2
	Solo en ocasiones	1
	No, nada	0
10. ¿Ha pensado en hacerse daño?	Si, bastante a menudo	3
	A veces	2
	Casi nunca	1
	No, nunca	0

TOTAL: _____

Pautas para la evaluación:

A las categorías de las respuestas se les dan puntos de 0,1,2 y 3 según el aumento de la gravedad del síntoma. Los puntos para las preguntas 3,5,6,7,8,9 y 10 se anotan en orden inverso (por ejemplo 3,2,1,0). Se suman todos los puntos para dar la puntuación total. Una puntuación de 10 o más muestra la probabilidad de depresión, pero no su gravedad.

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

ANEXO 5. HERRAMIENTA DE DETECCIÓN DE VIOLENCIA FAMILIAR

Nombre: _____ **Fecha:** _____

Favor de leer detalladamente y contestar “SÍ o NO”

VIOLENCIA PSICOLÓGICA	
Sección 1. En los últimos doce meses, su pareja o alguien importante para usted:	
¿Le controla la mayor parte de su tiempo, actividades y dinero?	
¿Le ha menospreciado o humillado?	
¿Le ha amenazado con golpearla o usar contra usted alguna navaja, cuchillo, machete o arma de fuego?	
SOSPECHA	

VIOLENCIA FÍSICA	
Sección 2. En los últimos doce meses, su pareja o alguien importante para usted:	
¿Le ha golpeado provocándole moretones, fracturas, heridas u otras lesiones?	
¿Le ha tratado de ahorcar?	
¿Le ha agredido con algún objeto, navaja, cuchillo, machete o arma de fuego?	
SOSPECHA:	

VIOLENCIA SEXUAL	
Sección 3. En los últimos doce meses, su pareja o alguien importante para usted:	
¿Le ha forzado a tocamientos o manoseos sexuales en contra de su voluntad?	
¿Le ha forzado a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad con violencia física?	
¿Le ha forzado a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad sin violencia física?	
¿Le ha forzado a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad y resulto embarazada?	
SOSPECHA	

Si responde afirmativamente a más de una de las preguntas de la Sección 1, o a cualquiera de las preguntas de la Sección 2 y 3, significa que está viviendo en situación de violencia.



GOBIERNO DE
MÉXICO



ANEXO 6. CARTA SOLICITUD DE PERMISO

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

Delegación Regional en Michoacán
Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas
Coordinación de Primer Nivel de Atención
Unidad de Medicina Familiar No 84

Morelia, Michoacán a 25 de Julio 2022

Oficio:

Carta Solicitud de Permiso

Dr. Gilberto Calderón Tinoco

Director de la Unidad de Medicina Familiar 84 Tacúcuaro

Por medio de la presente le informo que el Dr. José Luis Vázquez Olivas, es Médico Residente de Medicina Familiar y su servidora asesora de tesis del trabajo titulado “Incidencia de depresión posparto en la Unidad de Medicina Familiar 84 Tacúcuaro y su relación con la violencia familiar como factor de riesgo”, motivo por el cual solicito su autorización para que el alumno pueda llevar a cabo sus actividades correspondientes en la Unidad a su digno cargo.

Cabe mencionar que, respetando los principios de la bioética, nos comprometemos a mantener la confidencialidad de los datos de los pacientes.

Atentamente

Dra. Sandra Lisett Cortés Santana

Médico Familiar UMF 80



ANEXO 7. CARTA DE NO INCONVENIENTE



GOBIERNO DE
MÉXICO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
OAD MICHOACÁN
Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas
Unidad de Medicina Familiar No 84
Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud

Morelia, Michoacán a 25 de Julio 2022

Oficio:

Carta de No Inconveniente

Dra. Sandra Lisett Cortés Santana

Investigador Clínico

Por medio de la presente, en respuesta a su petición por oficio, le hago de su conocimiento que no existe ningún inconveniente para que el Dr. José Luis Vázquez Olivas, médico residente de medicina familiar quien está participando con el trabajo de tesis titulado “Incidencia de depresión posparto en la Unidad de Medicina Familiar y su relación con la violencia familiar como factor de riesgo”, tiene autorización para realizar su proyecto de investigación en esta Unidad Médica.

Debo recordar que se debe respetar la confidencialidad de los datos personales de los pacientes y apegar a las disposiciones legales.

Atentamente

Dr. Gilberto Calderón Tinoco

Director de la Unidad de Medicina Familiar 84 Tacúcuaro



Formato de Declaración de Originalidad y Uso de Inteligencia Artificial

Coordinación General de Estudios de Posgrado
 Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo



A quien corresponda,

Por este medio, quien abajo firma, bajo protesta de decir verdad, declara lo siguiente:

- Que presenta para revisión de originalidad el manuscrito cuyos detalles se especifican abajo.
- Que todas las fuentes consultadas para la elaboración del manuscrito están debidamente identificadas dentro del cuerpo del texto, e incluidas en la lista de referencias.
- Que, en caso de haber usado un sistema de inteligencia artificial, en cualquier etapa del desarrollo de su trabajo, lo ha especificado en la tabla que se encuentra en este documento.
- Que conoce la normativa de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, en particular los Incisos IX y XII del artículo 85, y los artículos 88 y 101 del Estatuto Universitario de la UMSNH, además del transitorio tercero del Reglamento General para los Estudios de Posgrado de la UMSNH.

Datos del manuscrito que se presenta a revisión		
Programa educativo	Posgrado de Medicina Familiar	
Título del trabajo	Incidencia de depresión postparto y su relación con la violencia familiar como factor de riesgo en una unidad de medicina familiar	
	Nombre	Correo electrónico
Autor/es	José Luis Vázquez Olivas	vazquezoli
Director	Sandra Lisett Cortés Santana	drasandycortes
Codirector	Liliana Teresa García Martínez	dralilianagarcia
Coordinador del programa	María del Pilar Rodríguez Correa	rodriguezcp

Uso de Inteligencia Artificial		
Rubro	Uso (sí/no)	Descripción
Asistencia en la redacción		

Formato de Declaración de Originalidad y Uso de Inteligencia Artificial

Coordinación General de Estudios de Posgrado
Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo



Uso de Inteligencia Artificial		
Rubro	Uso (sí/no)	Descripción
Traducción al español	Si	La tesis se realizó en español.
Traducción a otra lengua	Si	El resumen se realizó en inglés.
Revisión y corrección de estilo		
Análisis de datos	Si	Medidas de tendencia central y asociación de variables mediante chi-cuadrada.
Búsqueda y organización de información	Si	Artículos científicos recientes relacionados a las variables y guías de práctica clínica.
Formateo de las referencias bibliográficas	Si	Formato Vancouver
Generación de contenido multimedia	Si	Diseño de cartel
Otro		

Datos del solicitante	
Nombre y firma	José Luis Vázquez Olivas
Lugar y fecha	Morelia, Michoacán a 21 enero 2025

Luis Vázquez Olivas

INCIDENCIA DE DEPRESIÓN POSPARTO Y SU RELACIÓN CON LA VIOLENCIA FAMILIAR COMO FACTOR DE RIESGO EN UN

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid:::3117:422858502

Fecha de entrega

23 ene 2025, 8:14 a.m. GMT-6

Fecha de descarga

23 ene 2025, 8:16 a.m. GMT-6

Nombre de archivo

INCIDENCIA DE DEPRESIÓN POSPARTO Y SU RELACIÓN CON LA VIOLENCIA FAMILIAR COMO FACT....pdf

Tamaño de archivo

731.0 KB

60 Páginas

10,965 Palabras

62,913 Caracteres

53% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Fuentes principales

- 53%  Fuentes de Internet
- 19%  Publicaciones
- 0%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.