



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
**OOAD Michoacán**  
**Coordinación de Investigación en Salud**



**UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS "DR.**  
**IGNACIO CHÁVEZ"**  
**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

Tesis

**Prevalencia de Depresión Posparto en Mujeres puérperas de la Unidad de Medicina**  
**Familiar # 82**

**Para obtener el grado de Especialista en Medicina Familiar**

**Presenta:**

**Dra. Mirna Flores Manzo**

Asesor de tesis:

**Dra. Marysol Valencia Partida**

Co-asesor:

**M.E. José Jorge Torrijos Zavala**

**Zamora, Michoacán, febrero 2026**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**DR. EDGAR JOSUÉ PALOMARES VALLEJO**

COORDINADOR DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL

**DRA. WENDY LEA CHACÓN PIZANO**

COORDINADORA AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN EN SALUD

**DR. GERARDO MUÑOZ CORTÉS**

COORDINADORA AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

**DR. EDUARDO VEGA ESPINOZA**

DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 82

**DR. ANDRÉS EUSEBIO OLALDE GIL**

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

**DR. JORGE TORRIJOS ZAVALA**

PROFESOR TITULAR DE LA RESIDENCIA EN LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA  
FAMILIAR



**UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO**

**DR. VICTOR MERCADO GOMEZ**

DIRCETOR DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS

DR: IGNACIO CHÁVEZ.

**DR: JOSE LUIS MARTINEZ TOLEDO**

JEFA DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UMSNH

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

**DR: CLETO ÁLVAREZ AGUILAR**

COORDINADOR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRAD

## **AGRADECIMIENTOS**

Al Instituto Mexicano del Seguro Social, por ser una institución noble y de gran enseñanza, siempre con las puertas abiertas para aprender nuevos conocimientos y ponerlos en práctica de cobijarnos y permitirnos ser parte de este compromiso que tiene con todos los derechohabientes .

A la Universidad Michoacana de San Nicolas de Hidalgo, es un honor ser parte de ella desde la formación a nivel bachillerato posteriormente en la facultad y ahora por el apoyo de la especialidad, es un orgullo ser parte de esta bella casa de estudios UMSNH.

A mi asesora de tesis la Dra. Marysol Valencia Partida, por la paciencia, la orientación el amor por la enseñanza al transmitir sus conocimientos dejando una gran huella, en cada uno de nosotros. Muchas gracias, es muy agradable ver y escucharla sonreír.

Al Dr. Andrés Eusebio Olalde Gil, por permitirnos expresarnos, libremente y estar al pendiente de cada uno de nosotros.

Al Dr. José Jorge Torrijos Zavala por ser parte de esta meta, por siempre preguntar cómo está como le fue, darnos su tiempo de sentirnos, escuchados y protegidos, no solo nos dio apoyo moral, si no también herramientas para poder hacer las cosas mejores, levantarnos con el ánimo y seguir adelante, vio nuestros defectos, pero también nuestras virtudes, gracias por todo.

## DEDICATORIA

A mis hijos Getsemaní, Kenai y Germán, por no reprochar la ausencia de su mamá, por siempre recibirme con una sonrisa, un abrazo y un beso, que me hacían sentirme apapachada y querida, ver sus ojos llenos de alegría me motivaban para seguir adelante y no bajar los brazos, sé que no fue fácil para ninguno de los tres sin embargo me llena de orgullo y amor verlos siempre juntos apoyándose para que nada fuera imposible. Y llenar ese vacío que dejaba .perdón por no estar en las fechas importantes, estoy satisfecha por ser quienes son por su maduración y entendimiento, los amo hasta la luna, el sol, las estrellas, el infinito y más allá. Mis napolitano

A mi esposo a mi cucita hermosa, por apoyarme siempre, por estar al lado de mi dándome ánimo, por ese abrazo que me hacía sentir segura, por reiniciarme y recargar la batería, de decir no pasa nada tú puedes, se quién eres y no pierdas tu esencia, esa que te hace única, por llenar el hueco de mi ausencia en nuestro hogar ese que llenamos de alegría durante todos estos años, por estar ahí para tu familia, gracias por todo y tanto.

A mis padres que me inculcaron a no desistir, que todo lo que obtuviera en la vida era para un mejor futuro, Franky sé que estiarías orgulloso de mí, como de mis hermanos y de tu esposa, de esta familia que formaste con cimientos fuertes te quiero y te extraño mucho a mi mamá mi chula gracias por el ejemplo que me has dado, enseñarme, que si quiero algo tengo que luchar por ello, que las cosas no llegan solas que hay que salir a conseguirlas, gracias por estar siempre cuando te necesite en este bello caminar.

A mis hermanos Irving, Roció y Francisco por el apoyo que me han dado desde el inicio hasta el final, por sentirse orgullosos de lo que estaba haciendo, siempre tratando de que estuviera bien, de preocuparse por si comí o descansé los quiero mucho gracias por que siempre han estado para mí.

## **IDENTIFICACION DE INVESTIGADORES**

NOMBRE: Dra. Mirna Flores Manzo

MATRICULA: 97175203

ADSCRIPCION: Residente de Medicina Familiar en la Unidad de Medicina Familiar No. 82

### **CORREO ELECTRONICO**

AREA DE TRABAJO: Departamento coordinación de enseñanza de educación e investigación en salud

#### **Asesor**

Médico Especialista Marysol Valencia Partida. Responsable técnico

Adscripción: Especialista en Medicina Familiar, profesor de práctica clínica, UMF # 82.

AREA DE TRABAJO: Coordinación de Educación e Investigación de UMF 82, Consulta de Medicina familiar

#### **Co- Asesor**

Nombre: M.E. José Jorge Torrijos Zavala

Matricula: 97175203

Adscripción: Profesor Titular de la Residencia de Medicina Familiar No. 82

AREA DE TRABAJO: Departamento de enseñanza de la Unidad de Medicina familiar No.82

## ÍNDICE

|       |                                             | Pág. |
|-------|---------------------------------------------|------|
| I.    | RESUMEN                                     | 1    |
| II.   | ABSTRACT                                    | 2    |
| III.  | ABREVIATURAS                                | 3    |
| IV.   | GLOSARIO                                    | 4    |
| V.    | RELACION DE TABLAS Y FIGURAS                | 5    |
| VI.   | INTRODUCCIÓN                                | 6    |
| VII.  | MARCO TEÓRICO                               | 8    |
|       | • Antecedentes                              | 8    |
|       | • Definición                                | 8    |
|       | • Cuadro clínico                            | 10   |
|       | • Diagnóstico                               | 12   |
|       | • Tratamiento                               | 14   |
| VIII. | JUSTIFICACIÓN                               | 18   |
| IX.   | PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA                  | 20   |
|       | • Pregunta de investigación                 | 20   |
| X.    | OBJETIVOS                                   | 21   |
|       | • Objetivo general                          | 21   |
|       | • Objetivos específicos                     | 21   |
| XI.   | HIPÓTESIS                                   | 21   |
|       | • Hipótesis alterna                         | 21   |
|       | • Hipótesis nula                            | 21   |
| XII.  | MATERIAL Y MÉTODOS                          | 22   |
|       | • Diseño del estudio                        | 22   |
|       | • Población de estudio                      | 22   |
|       | • Tamaño de la muestra                      | 22   |
|       | • Criterios de selección                    | 23   |
|       | • Variables                                 | 24   |
|       | • Cuadro de operacionalización de variables | 24   |
|       | • Descripción operativa del estudio         | 29   |
|       | • Análisis estadístico                      | 30   |
| XIII. | ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES                   | 31   |

|        |                                         |    |
|--------|-----------------------------------------|----|
| XIV.   | RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD | 33 |
| XV.    | CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES               | 34 |
| XVI.   | RESULTADOS                              | 35 |
| XVII.  | DISCUSIÓN                               | 41 |
| XVIII. | CONCLUSIONES                            | 42 |
| XIX.   | RECOMENDACIONES                         | 43 |
| XX.    | REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS              | 44 |
| XXI.   | ANEXOS                                  | 47 |

## **I.- RESUMEN**

**Título:** Prevalencia de Depresión Posparto en Mujeres puérperas de la Unidad de Medicina Familiar no. 82.

**Autores:** Flores Manzo Mirna, Partida Valencia Marysol , Torrijos Zavala José Jorge

**Introducción:** La depresión posparto es una enfermedad mental siendo su prevalencia a nivel mundial del 15 %. El presente estudio pretende conocer la prevalencia de depresión posparto en pacientes adscritas a la Unidad de Medicina Familiar no. 82.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de depresión posparto en puérperas de la UMF 82.

**Material y métodos:** se llevó a cabo un estudio de análisis estadístico descriptivo, transversal y observacional. La población abarcó 125 mujeres de 18 a 35 años de edad, puérperas adscritas a la unidad. Se aplicaron la EPDS y la escala de Hamilton, se obtuvieron datos sociodemográficos, se aplicó estadística con chi cuadrada.

**Resultados:** los resultados de 125 pacientes fueron los siguientes: “Edad” promedio fue de 26.50 años +4.413 Desviación Estándar; la edad mínima 18 años y la máxima 35 años. Estado civil predominante fue “casada” con 53.6% (n=67); en cuanto a ocupación predominó “ama de casa” con 48% (n=60); EL nivel socioeconómico predominante fue “medio bajo” con 88.8% (n=111); de las encuestadas el 100% mencionó que fue un “embarazo deseado”. Con el EPDS se encontró que el mayor porcentaje obtenido fue para el rango de “sin riesgo” con 75.2% (n=94) seguido de “límite para riesgo de depresión” con 12.8% (n=16); con la escala de Hamilton el 41.6% (n=52) presentaba un grado de depresión.

**Conclusión:** Los resultados obtenidos de nuestro estudio demostró una hipótesis nula, teniendo como prevalencia del 12% utilizando la escala de Edimburgo y con la escala de Hamilton el 41.6% presentó un grado de depresión.

**Palabras claves:** Depresión, prevalencia, puerperio, incidencia, Escala Edimburgo, Escala Hamilton.

## **II.- ABSTRACT.**

**Title:** Postpartum Depression Prevalence in Postpartum Women from the no. 82 Family Medicine Unit.

**Authors:** Flores Manzo Mirna, Partida Valencia Marysol , Torrijos Zavala José Jorge

**Introduction:** Postpartum depression is a mental illness with a worldwide 15% prevalence. This study aims to determine the prevalence of postpartum depression in patients enrolled in Family Medicine Unit No. 82.

**Objective:** to determine the prevalence of postpartum depression in postpartum women at UMF 82.

**Materials and methods:** A descriptive, cross-sectional, observational statistical analysis was conducted. The population included 125 postpartum women, aged 18 to 35 years, enrolled in the unit. The EPDS and the Hamilton scale were administered, sociodemographic data were obtained, and chi-square statistics were applied.

**Results:** The results of 125 patients were as follows: Average “age” was 26.50 years +4.413 Standard Deviation; minimum age was 18 years and maximum 35 years. Predominant marital status was “married” with 53.6% (n=67); regarding occupation, “homemaker” predominated with 48% (n=60); The predominant socioeconomic level was “lower middle” with 88.8% (n=111); of those surveyed, 100% mentioned that it was a “wanted pregnancy”. With the EPDS, it was found that the highest percentage obtained was for the “no risk” range with 75.2% (n=94) followed by “borderline for risk of depression” with 12.8% (n=16); with the Hamilton scale, 41.6% (n=52) presented some degree of depression.

**Conclusions:** The results obtained from our study resulted in our null hypothesis, having a prevalence of 12% using the Edinburgh scale and with the Hamilton scale 41.6% presented a degree of depression.

**Keywords:** Depression, prevalence, puerperium, incidence, Edinburgh Scale, Hamilton Scale.

### **III.- ABREVIATURAS**

**CEIS.** Centro de Estudios e Investigación en Seguridad

**CRH.** Corticotropina

**DE.** Desviación Estándar

**DPP:** Depresión posparto

**DSM.** Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales

**EPDS.** Escalas de Depresión Postnatal de Edimburgo

**ETC.** Etcétera

**IC.** Índice de confiabilidad

**IMSS.-** Instituto Mexicano del Seguro Social

**ISRS .** Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina

**N.-** Tamaño de la muestra

**OMS.** Organización Mundial de la Salud

**ONU** Organización de Naciones Unidas

**RN.** Recién Nacido

**RR.** Riesgo Relativo

**UMF.-**Unidad de Medicina Familiar

**UNICEF** Fondo de las Naciones Unidas para la infancia

#### IV.- GLOSARIO

**Alfa de Cronbach:** Es un coeficiente que se usa para calcular la fiabilidad de una escala o cuestionario.

**Depresión:** Conjunto de síntomas de predominio afectivo que incluyen la tristeza patológica, la apatía, la anhedonia, la desesperanza, el decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las experiencias de la vida.

**La Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS):** Es un cuestionario que ayuda a identificar a mujeres que podrían estar deprimidas después de dar a luz. Consta de 10 preguntas con cuatro posibles respuestas.

**Escala de Hamilton:** Es un cuestionario que se utiliza para medir la gravedad de la depresión o la ansiedad.

**Prevalencia:** Proporción de individuos de un grupo o de una población que presenta una característica o evento determinado.

**Posparto:** Es el periodo de tiempo que va desde el nacimiento de un bebé hasta que el cuerpo de la mujer se recupera de los cambios del embarazo, suele durar 40 días.

## **V.- RELACION DE TABLAS Y FIGURAS**

|                                                                                     | Pag, |
|-------------------------------------------------------------------------------------|------|
| <b>Tabla I.</b> Porcentaje de personas por cada variable analizada .....            | 35   |
| <b>Tabla II.</b> Relación de las variables sociodemográficas con la depresión ..... | 36   |
| <b>Tabla III.</b> Variables sociodemográficas con la depresión .....                | 37   |
| <b>Figura 1.</b> Porcentaje de pacientes con riesgo a depresión EPDS .....          | 38   |
| <b>Figura 2.</b> Porcentaje de depresión en pacientes encuestadas .....             | 38   |
| <b>Figura 3.</b> Porcentaje de depresión encuestadas con la escala de Hamilton ...  | 39   |
| <b>Figura 4.</b> Porcentaje de intensidad autolesión .....                          | 40   |

## VI.- INTRODUCCION

La depresión posparto es un trastorno que afecta el estado de ánimo, el cual se define como un episodio de depresión mayor que es asociado temporalmente al parto <sup>(1)</sup>, que inicia dentro de los 12 meses siguientes al parto y que los síntomas deben estar presentes casi a diario durante al menos dos semanas<sup>(2)</sup>.

A nivel mundial la Organización Mundial de la Salud (OMS) la considera un problema de salud pública ya que se presenta en el 15 % de las mujeres en el periodo posparto <sup>(3)</sup>. La depresión posparto está incluida en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición (DSM-5) bajo la denominación de “trastorno depresivo durante el período perinatal”<sup>(5)</sup>.

La OMS afirma que las mujeres tienen mayor probabilidad (20-25%) de presentar un episodio depresivo durante su vida ,que los hombres (7-12%) <sup>(3,5)</sup>.

En México se han realizado nueve estudios con variaciones en la prevalencia de depresión posparto, que va de un 7 a 25% al realizar la entrevista clínica y de un 10 a 20 % en zonas urbanas, y en zonas rurales se ha encontrado un 11 a 13% cabe mencionar que aquí no se distingue el inicio de la depresión si es durante la gestación o posparto<sup>(5)</sup>. Entre un 3% y un 6% de las mujeres experimentarán el inicio de un episodio de depresión mayor durante el embarazo o en las semanas o meses que siguen al parto.

El estudio de Vesga-López y colaboradores, concluye que el puerperio es una etapa vulnerable por todos los cambios físicos y emocionales que las madres experimentan, presentando elevadas tasas de prevalencia 4.7%, asociado con mayor frecuencia a mujeres casadas, con ingreso socioeconómico bajo, vivienda urbana y multiparidad <sup>(11)</sup>.

Algunos factores de riesgo para desarrollar depresión posparto, son las madres adolescentes solteras por la falta de apoyo de la pareja, la relación afectiva y de dependencia que tienen con la familia, la falta de apoyo proporcionado por la familia durante el embarazo y en la crianza del bebé <sup>(36)</sup>.

Dentro de los factores sociodemográficos para depresión post parto en madres adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora, se encontró en relación al número de casos al estado civil de las madres con depresión post parto fue soltera con 125 (64.1%) y de las madres sin depresión post parto fueron también solteras con 70(35.9%)<sup>(37)</sup>.

El diagnóstico de depresión postparto se puede realizar aplicando un test llamado “escala de Edinburgh para depresión postparto” instrumento utilizado para el diagnóstico de esta patología como tamizaje<sup>(17)</sup>, y la Escala de Hamilton a las pacientes embarazadas se aconseja entre la semana 36 y 40 semanas de gestación y realizar una segunda evaluación en el puerperio de preferencia 7 días postparto fisiológico o patológico teniendo como objetivo realizar un diagnóstico temprano e indicar un tratamiento médico oportuno con la finalidad de mejorar la calidad de vida del núcleo familiar <sup>(17)</sup>.

Se debe dar seguimiento estrecho a la mujer durante el embarazo y 6 a 12 semanas postparto, todas las mujeres deben ser evaluadas física y mentalmente, esto debe ser parte de la atención normal. Según la guía del National Institute for Health and Care Excellence (NICE) sobre la salud mental prenatal y postnatal recomiendan que todas las mujeres durante el embarazo y el período posparto deben ser evaluadas para los síntomas severos del humor, esta evaluación se debería hacer en cada consulta que esta paciente tenga con todos los profesionales de la salud <sup>(17)</sup>.

El presente estudio pretende determinar conocer la prevalencia de depresión postparto en pacientes adscritas a la Unidad de Medicina Familiar no. 82 en Zamora, Michoacán.

## **VII.- MARCO TEÓRICO**

### **ANTECEDENTES**

- **DEFINICIÓN:**

La depresión posparto es un trastorno del estado de ánimo, que se define como un episodio de depresión mayor que es asociado temporalmente al parto <sup>(1)</sup>, con un inicio dentro de los 12 meses siguientes al parto y que los síntomas deben estar presentes casi a diario durante al menos dos semanas<sup>(2)</sup>.

Puede presentarse desde los tres primeros días y hasta el año posterior al nacimiento del recién nacido y no necesariamente se presenta en el primer embarazo, también se puede presentar en los siguientes embarazos<sup>(2)</sup>, y puede ocasionar el suicidio de la madre y/o la muerte del infante<sup>(3)</sup>.

A nivel mundial la Organización Mundial de la Salud (OMS) la considera un problema de salud pública ya que se presenta en el 15 % de las mujeres en el periodo posparto. <sup>(4)</sup>. La depresión posparto está incluida en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición (DSM-5) bajo la denominación de “trastorno depresivo durante el período perinatal” <sup>(5)</sup>.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), donde, aproximadamente, 121 millones de personas se ven afectadas y es responsable de al menos 850 mil muertes cada año, principalmente suicidios. La OMS afirma que las mujeres tienen mayor probabilidad (20-25%) que los hombres (7-12%) de presentar un episodio depresivo durante su vida<sup>(4,5)</sup>.

En México se han realizado nueve estudios con variaciones en la prevalencia de depresión posparto, que va de un 7 a 25% al realizar la entrevista clínica y de un 10 a 20 % en zonas urbanas, y en zonas rurales se ha encontrado un 11 a 13% cabe mencionar que aquí no se distingue el inicio de la depresión si es durante la gestación o posparto<sup>(5)</sup>.

La organización panamericana de la Salud refiere que en México y Estados Unidos se llega a presentar depresión postparto hasta en un 6% de las mujeres durante los primeros cuatro meses posteriores al nacimiento del recién nacido (RN)<sup>(6)</sup>.

La causa principal responsable es la hormona CRH (corticotropina) por su ascenso durante el embarazo y su descenso brusco durante el puerperio necesaria para hacer frente a situaciones de estrés como la edad, nivel socioeconómico bajo, escolaridad, embarazo no planeado, no contar con el apoyo de la pareja, madre soltera, violencia familiar, antecedentes de enfermedades psiquiátricas, violación entre otras<sup>(7,8)</sup>.

La tristeza posparto es popularmente conocida como “Baby Blues”, esta suele aparecer entre los dos y cuatro días posteriores al parto, presenta una duración e intensidad variable y los síntomas son de alivio espontáneo y no requieren atención médica<sup>(9)</sup>. Mientras que, la psicosis posparto consiste en un episodio afectivo con síntomas psicóticos y es más común en madres primerizas<sup>(10)</sup>.

Se han realizado varias investigaciones relacionadas a depresión postparto, dentro de las cuales encontramos un estudio de Vesga-López y colaboradores, que se enfoca a determinar la frecuencia de trastornos mentales o psiquiátricos durante el embarazo y el postparto en las mujeres en USA. Teniendo como conclusión que el puerperio es una etapa vulnerable por todos los cambios físicos y emocionales que las madres presentan, con riesgo para desencadenar depresión u otro problema de índole psicológico, presentando elevadas tasas de prevalencia 4,7%, asociado con mayor frecuencia a mujeres casadas, con ingreso socioeconómico bajo, vivienda urbana y multiparidad. Lo que afianza el interés en la línea investigativa de la depresión en mujeres puérperas<sup>(11)</sup>.

Los factores que originan la depresión posparto pueden ser de tipo bioquímicos, hormonales, psicológicos y sociales. Loaiza y colaboradores<sup>(12)</sup>, sugieren que dentro de las variables bioquímicas destaca la disminución abrupta en los niveles de esteroides gonadales predisponentes como cambios hormonales, afectación del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal, responsable de la secreción de la hormona cortisol, diversas investigaciones mundiales, afirman que la principal responsable es la hormona CRH (corticotropina) por su

ascenso durante el embarazo y su descenso brusco durante el puerperio <sup>(13)</sup>, necesaria para hacer frente a situaciones de estrés.

El DSM-V se evidencia que en: “Estudios prospectivos han demostrado que los síntomas del estado de ánimo y de ansiedad durante el embarazo, así como el desánimo puerperal aumentan el riesgo de un episodio de depresión mayor después del parto”. También se ha observado que las mujeres que cursan con episodios de depresión mayor en el periparto, con frecuencia sufren ansiedad grave e incluso ataques de pánico asociados a este trastorno en el posparto, pueden ser factores de riesgo a la carencia de redes de apoyo, principalmente en madres adolescentes, embarazos no deseados y condiciones económicas bajas, así como falta de conocimiento sobre métodos de planificación familiar <sup>(14)</sup>.

Respecto a otros trastornos psiquiátricos relacionados, el riesgo de episodios posparto con características psicóticas es mayor en mujeres con antecedentes de trastornos del ánimo en el puerperio, como en pacientes con enfermedades mentales no diagnosticadas previamente y en aquellas con antecedentes de un trastorno depresivo o bipolar (en especial tipo I) el riesgo de recurrencia es del 30% al 50% de episodios con cada parto posterior<sup>(14)</sup>. Además, se incluyen como otros antecedentes o factores de riesgo, los intentos de suicidio previos, intentos de suicidio en familiares cercanos, historial de comportamientos impulsivos, antecedentes de hospitalización previos y violencia intrafamiliar durante la gestación o en el último año, drogadicción, alejamiento social o de su núcleo familiar, conflictos de pareja y problemas legales <sup>(15)</sup>.

- CUADRO CLINICO

Los síntomas en la depresión posparto van a ser diferentes de acuerdo a la personalidad y afectación de cada persona, para el diagnóstico de depresión mayor según el DSM-V: Se deben presentar 5 o más de los siguientes síntomas los cuales pueden estar presentes durante todo el día, casi todos los días, y por al menos 2 semanas<sup>(16)</sup>.

- 1) Humor depresivo: Este síntoma se puede presentar en el cuarto o quinto día después del parto conocido como “baby blues”, y puede durar de horas a días, pero no sobrepasa las dos semanas, cuando este síntoma es mayor a las dos semanas se conoce como depresión posparto. Puede haber Cambios drásticos de humor, de estar alegres pasar con facilidad a la tristeza, son muy sensibles que pueden llorar al escuchar una canción, ver una película incluso al llegar la pareja y no saludar.
- 2) Falta de interés o placer en actividades: Este síntoma se pueden presentar después del nacimiento del bebé, el cual puede afectar al crear un vínculo emocional entre la madre con el RN. Además, presente La anhedonia, que es la incapacidad para experimentar placer, la pérdida de interés de hacer actividades diarias, ya sea del hogar, a su persona o al cuidado del RN. El aseo, la comida, el bañar abrazar o cargar al RN, y cuando las realizan no quedan satisfechas.
- 3) Alteración del sueño: hay problema de conciliar el sueño, o incapacidad de permanecer dormido, aun cuando el RN se encuentra dormido o complicación de cuidar de él por consecuencia de hipersomnia<sup>(16)</sup>.
- 4) Pérdida o falta de energía: La fatiga es un síntoma muy común a causa de la privación del sueño por cuidados del recién nacido como son la lactancia materna exclusiva, ya que, en los primeros días de vida del RN, no hay un horario establecido, al igual en el cambio del pañal<sup>(16)</sup>.
- 5) Agitación o retraso psicomotor: es otro síntoma que cuando se encuentra presente se debe intuir de depresión postparto si al hablar la plática es muy lenta o tiene incapacidad de permanecer sentada en un mismo lugar, provocando una hiperactividad impulsiva que le provoque estar en movimiento continuo<sup>(16)</sup>.
- 6) Sentimientos excesivos de culpa: hay sentimientos de miedo de no estar desempeñando adecuadamente el papel de madre, que puede generar inseguridad al abrazar al recién nacido, bañarlo o al alimentarlo presentando la sensación de decepción o culpa de no realizar bien la actividad del cuidado del RN<sup>(16)</sup>.

7) Disminución de la concentración: este síntoma frecuentemente es asociado por falta de sueño, o fatiga, pero si madre duerme adecuadamente, o cuenta con el apoyo de la familia para cuidar al RN, y puede presentar pláticas incoherentes.

8) Ideas suicidas: Este síntoma es un foco rojo , ya que nos está haciendo sospechar de una depresión severa, ya que suelen tener pensamientos como, “desearía dormir y no despertar más ” o “mi hijo estaría mucho mejor sin mí”, hay deseos de no querer vivir puede haber intentos de terminar con su vida<sup>(4,8,16)</sup>, estas ideas suicidas se presentan en casos más graves de la depresión posparto<sup>(16)</sup>.

- DIAGNOSTICO

El diagnóstico de depresión posparto se puede realizar aplicando un test llamado “escala de Edinburgo para depresión posparto” la cual fue creada en 1987 en Escocia para corroborar el diagnóstico de depresión puerperal y aprobada el mismo año por la ONU (Organización de Naciones Unidas), OMS y UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la infancia)<sup>(17)</sup>.

Por otra parte, Campo y colaboradores determinaron la consistencia interna y la estructura de factores de la escala de Edimburgo para depresión posparto, concluyendo que dicha escala tiene una elevada consistencia interna y una estructura tridimensional óptima adecuada para valorar y evaluar el problema posterior al parto, instrumento utilizado para el diagnóstico de esta patología como tamizaje<sup>(17)</sup>.

En 2009, Juárez y colaboradores analizaron el uso de la escala de Edimburgo tanto a pacientes embarazadas y mujeres posparto encontrando un Alpha de Cronbach de 0.88 para mujeres posparto<sup>(18)</sup>. López Janer utilizó la escala de Edimburgo aplicada a mujeres posparto en Argentina obteniendo un índice de confiabilidad mediante Alpha de Cronbach de 0.75<sup>(19)</sup>.

Lam N *et all* hacen referencia al uso de las dos escalas para la detección de depresión y mencionan que las consistencias fueron altas para ambas escalas con un Alpha de Cronbach de 0.826 para la escala de Edimburgo<sup>(20)</sup>.

La Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo consiste en 10 preguntas relacionadas con disforia, ansiedad, sentimientos de culpa, ideas suicidas y concentración <sup>(21)</sup>. Por otra parte, Solano et al <sup>(16,21)</sup>, indican que el proceso de valoración de depresión posparto es similar al proceso de valoración de depresión en pacientes que no estén en este periodo. Dicha evaluación, trata asuntos de historial médico psiquiátrico y general, examen físico y estado mental; además, incluye pruebas de laboratorio para descartar una afección médica general que presente síntomas similares<sup>(22)</sup>. Además, para realizar el diagnóstico también es necesario prestar atención a conductas positivas. Estas conductas se consideran como factores protectores, entre los cuales están: estilos cognitivos positivos, niveles elevados de autoestima maternal, buenas relaciones de pareja, percepción materna de apoyo y alimentación del bebé con lactancia maternal<sup>(23)</sup>. La escala mide los síntomas depresivos según los resultados se clasifica en tres grupos: el primero si presenta un puntaje menor de 10 se considera sin riesgo de depresión posparto, el segundo grupo de 10 a 12 puntos es considerada como puntaje límite para riesgo de depresión y como tercer grupo cuando es igual o mayor de 13 nos da un indicador de probable depresión<sup>(24)</sup>.

En este punto, para desarrollar un diagnóstico adecuado, también es importante conocer aspectos del entorno social y familiar de la madre<sup>(25)</sup>.

Otro instrumento para el diagnóstico que se utiliza, es la escala de Hamilton. Es una escala , que ha sido elaborada para su uso en pacientes con diagnóstico previo de depresión; con la finalidad de realizar una evaluación cuantitativa de la gravedad de los síntomas, así como valorar la evolución de la sintomatología del paciente deprimido, y la respuesta al tratamiento. Su primera edición fue publicada en 1960 y estaba compuesta por 21 ítems, posteriormente se hizo una revisión con reducción a 17 ítems, la cual es la que se recomienda por parte del Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos. La validación de la versión castellana de la HDRS fue realizada en 1986, de allí varias evaluaciones han permitido confirmar la validez discriminante, la sensibilidad de la escala varia, según se aplique en poblaciones de pacientes ambulatorios<sup>(26,27,28)</sup>.

De acuerdo el puntaje obtenido la depresión se va a estadificar en Depresión leve si el puntaje es de 8-13 puntos, en Depresión moderada de 14-18 puntos, Depresión severa de 19-22 puntos y Depresión muy severa: >23 puntos<sup>(28)</sup>.

En cuanto a la evaluación de la respuesta al tratamiento en esta escala, se ha descrito algunos parámetros: Se va a considerar Respuesta favorable si hay una disminución  $\geq$  al 50% del puntaje obtenido en la primera evaluación, en comparación con la primera puntuación obtenida en la escala. Se considera una Respuesta parcial al presentar una disminución del puntaje entre 25-49% en comparación con la primera puntuación obtenida en la escala. No respuesta favorable cuando se presenta una disminución de menos del 25% en comparación con la primera puntuación obtenida en la escala. Remisión cuando la puntuación es menor a 7 puntos en comparación con la primera puntuación obtenida en la escala<sup>(28)</sup>.

- TRATAMIENTO

Se va a enfocar en los síntomas que se están manifestando o el grado de depresión, si presenta síntomas leves, normalmente, son referidas al departamento de urgencias en donde se le asigna una consulta psiquiátrica para una mayor evaluación<sup>(12,16)</sup>. En el primer caso, los pacientes no presentan ideas suicidas, deterioro del funcionamiento y complicaciones psicóticas. Algunos de los tratamientos para este diagnóstico son la terapia cognitivo-conductual, psicoterapia interpersonal, asesoramiento no directivo y psicoterapia psicodinámica, para la atención de estos casos se recomienda el uso de fármacos antidepresivos<sup>(12,16,29)</sup>. En la depresión posparto severa, los pacientes a menudo presentan pensamientos suicidas, deterioro grave del funcionamiento y mal juicio, los factores anteriores están asociados a un riesgo de daño inminente<sup>(30)</sup>.

Por otro lado, la depresión posparto posee dos diagnósticos diferenciales: depresión posparto leve-moderada y depresión posparto severa<sup>(30)</sup>.

Mientras que, si se trata de un caso severo se recurre a la hospitalización del paciente para así disminuir el riesgo de suicidio<sup>(30)</sup>. Sin embargo, González et al<sup>(30)</sup>, considera que el tratamiento debe estar consolidado tanto por terapia psicológica como por farmacología.

De acuerdo a la clasificación de la depresión se dará el tratamiento y el apoyo psicológico.

### DEPRESIÓN POSTPARTO LEVE –MODERADA

Las pacientes con enfermedades de leve a moderada generalmente no manifiestan comportamientos suicidas o evidente deterioro del funcionamiento, y es menos probable que desarrollen complicaciones tales como rasgos psicóticos y características catatónicas<sup>(16,25)</sup>. Por lo que en la depresión leve a moderada se puede administrar terapia en pacientes ambulatorios o atención hospitalaria parcial durante el día, ya que se sugiere la psicoterapia como tratamiento inicial<sup>(22,23)</sup>.

La psicoterapia generalmente se elige terapia cognitiva conductual o psicoterapia interpersonal<sup>(16,25)</sup>:

a) Terapia cognitivo-conductual: Se combinan la terapia cognitiva, la cual modifica los pensamientos disfuncionales o creencias de la enfermedad, y la terapia conductual, modifica las conductas problemáticas que ocurren en respuesta a pensamientos disfuncionales, síntomas depresivos y estímulos ambientales que sufren las madres que padecen de esta enfermedad<sup>(16,22,29)</sup>.

b) Psicoterapia interpersonal: mejorar las relaciones interpersonales problemáticas o las circunstancias que están directamente relacionadas con el episodio depresivo actual; estos problemas interpersonales incluyen disputas de roles (por ejemplo, conflictos conyugales) y transiciones de roles (por ejemplo, convertirse en madre) este último las mujeres experimentan cambios físicos, además de nuevas responsabilidades maternas<sup>(16,31)</sup>.

c) Asesoramiento no directivo: Tiene como objetivo ayudar a las pacientes a comprender y aceptar sus sentimientos, valores y comportamiento. El terapeuta actúa como facilitador al alentar a las pacientes a hablar, en lugar de proporcionar explicaciones o interpretaciones<sup>(16,23,30)</sup>.

d) Psicoterapia psicodinámica: Esta pretende mejorar la comprensión de los conflictos repetitivos mediante la identificación de patrones de relaciones, sentimientos y comportamientos; el paciente trabaja para desarrollar estilos de afrontamiento más productivos (mecanismos de defensa)<sup>(16,31)</sup>.

La terapia de grupo incluye varios elementos útiles, como desarrollar habilidades de comunicación, normalizar los problemas de uno al recibir apoyo (por ejemplo, consejo, empatía y validación) de otros pacientes que están experimentando problemas similares, reducir el aislamiento social y los sentimientos de soledad, aumentando el sentido de pertenencia y compañerismo, aprendizaje a través del modelado de otros<sup>(16,31)</sup>.

### DEPRESIÓN POSTPARTO SEVERA

En la depresión posparto severa, la psicoterapia casi siempre se indica como un adyuvante a la farmacoterapia (que se basa en la utilización de medicamentos antidepresivos) y se recomienda que reciban psicoterapia inicial y se siga evaluando su progreso hasta que presenten mejoría<sup>(16)</sup>.

La Farmacoterapia ha demostrado en consenso general que los beneficios de los antidepresivos superan los riesgos potenciales para el bebé, considerando que son típicamente bajos<sup>(16,22,28)</sup>.

La evidencia indirecta de uso de antidepresivos para la depresión postparto incluye varios ensayos aleatorios que excluyeron a las pacientes que estaban amamantando. Estos ensayos han demostrado que numerosos antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) e inhibidores de la recaptación de norepinefrina (bupropión y mirtazapina); pueden ser utilizados eficazmente a la población general de pacientes con depresión severa y la población de madres con este tipo de depresión se pueden ver beneficiadas<sup>(16)</sup>.

De los antidepresivos más usados y con mayor evidencia se encuentran los ISRS, de elección la paroxetina o sertralina para el tratamiento inicial; ya que los efectos adversos en los lactantes han demostrado ser más bajos; además los estudios sugieren que la paroxetina y la sertralina, son generalmente indetectables en sangre de los lactantes que se exponen a través de la leche materna. Sin embargo, el citalopram también es una alternativa razonable<sup>(16,22,29,31)</sup>.

## VIII.- JUSTIFICACIÓN

La depresión posparto es una patología que ha aumentado de forma evidente, ya que se presenta en un número mayor de mujeres en la unidad de medicina familiar, que por miedo no acuden adecuadamente, a su diagnóstico y un tratamiento oportuno.

A nivel mundial la Organización Mundial de la Salud (OMS) la considera un problema de salud pública el cual se presenta en el 15 % de las mujeres en el periodo posparto es una enfermedad que, en su etapa grave, puede ocasionar el suicidio de la madre y/o la muerte del infante<sup>(1)</sup>.

La Organización Panamericana de la Salud en un estudio que se realizó refiere que en México y Estados Unidos se llega a presentar depresión postparto hasta en un 6% de las mujeres durante los primeros cuatro meses posteriores al nacimiento del recién nacido (RN)<sup>(1)</sup>.

En México se han realizado nueve estudios con variaciones en la prevalencia de depresión posparto, que va de un 7 a 25% al realizar la entrevista clínica y de un 10 a 20 % cuando el resultado se realiza la dicho por la propia paciente en zonas urbanas y en zonas rurales se ha encontrado un 11 a 13% cabe mencionar que aquí no se distingue el inicio de la depresión si es durante la gestación o posparto<sup>(2)</sup>.

Representando un gran reto al médico familiar de iniciar en forma temprana su tratamiento y así evitar posibles complicaciones en el estado de salud de la las pacientes, así como un mejor entorno familiar.

El diagnóstico oportuno de la depresión posparto usando el instrumento de la escala de Edimburgo, el cual es una forma eficaz de identificar a las mujeres con riesgo de presentar depresión posparto, con un alfa de Cronbach 0.77. Sin embargo, también utilizaremos la escala de Hamilton para valorar el grado de depresión la cual tiene un alfa de Cronbach de 0.79 a 0.86.

No solo es evaluar el grado de depresión, si no saber diagnosticarla adecuadamente, ya que la unidad de medicina familiar cuenta con una población grande de embarazadas, las cuales pueden sufrir depresión posparto sin que la misma paciente se dé cuenta de lo que está pasando con su salud mental, y que tanto puede afectar a las personas que se encuentran a su alrededor.

Por lo que, al realizar el presente protocolo de investigación en la unidad de medicina familiar, actualmente sin antecedente previo de que ya se haya realizado uno, nos servirá para darnos cuenta de nuestra población quienes presentan la enfermedad y quienes pueden presentarla, usando la escala de Edimburgo para tamizaje y la escala de Hamilton para el diagnóstico de la depresión posparto.

## **IX.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La depresión posparto es un trastorno mental el cual ha aumentado su incidencia en la población mundial, puede presentarse desde los tres primeros días y hasta el año posterior al nacimiento del recién nacido y no necesariamente se presenta en el primer embarazo.

A nivel mundial la Organización Mundial de la Salud (OMS) la considera un problema de salud pública ya que se presenta en el 15 % de las mujeres en el periodo posparto ya que puede ocasionar el suicidio de la madre y/o la muerte del infante<sup>(1)</sup>.

La Organización Panamericana de la Salud, refiere que en México y Estados Unidos se llega a presentar depresión postparto hasta en un 6% de las mujeres, durante los primeros cuatro meses posteriores al nacimiento del recién nacido (RN)<sup>(1)</sup>.

En México la incidencia de depresión posparto es desde el 25 % .No existe una causa específica, sin embargo, hay factores predisponentes como cambios hormonales, edad, nivel socioeconómico bajo, escolaridad, embarazo no planeado, no contar con el apoyo de la pareja, madre soltera, violencia familiar, antecedentes de enfermedades psiquiátricas, violación entre otras<sup>(1,5)</sup>.

Por ello es importante conocer la prevalencia de mujeres con depresión posparto en la Unidad de Medicina Familiar No. 82 de Zamora Michoacán.

### **Pregunta de investigación**

¿Cuál es la Prevalencia de depresión posparto en mujeres puérperas de la unidad de medicina familiar no 82?

## **X.- OBJETIVOS**

### **1. Objetivo General:**

Prevalencia de depresión en mujeres puérperas de la unidad de medicina familiar no. 82

### **2. Objetivos específicos:**

- a) Medir el porcentaje de prevalencia de depresión posparto en mujeres puérperas de la unidad de medicina familiar número 82
- b) Identificar la presencia y el grado de depresión posparto

## **XI.- HIPÓTESIS**

### **Hipótesis alterna:**

- La Prevalencia de depresión posparto en mujeres puérperas de la unidad de Medicina Familiar número 82, será del 15%.

### **Hipótesis nula**

- La Prevalencia de depresión posparto en mujeres puérperas de la unidad de Medicina Familiar número 82, no será del 15%.

## XII. MATERIAL Y MÉTODOS

- **Diseño del estudio:**

Tipo de estudio: Observacional , Descriptivo , Transversal, prospectivo

- **Población de estudio:**

Mujeres puérperas derechohabientes de la unidad de medicina familiar número 82, de Zamora Michoacán, de noviembre del 2023 a octubre del 2024.

- **Tamaño de muestra:**

Se incluyeron 125 pacientes que cumplieran con los siguientes criterios de selección por conveniencia.

### CALCULO TAMAÑO DE MUESTRA FINITA

| Parametro | Insertar Valor |
|-----------|----------------|
| N         | 156            |
| Z         | 1.960          |
| P         | 15.00%         |
| Q         | 85.00%         |
| e         | 3.00%          |

Tamaño de muestra  
"n" =

**121.42**

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 * p * q}{e^2}$$

**n** = Tamaño de muestra buscado

**Z** = Parámetro estadístico que depende el Nivel de Confianza (NC)

**e** = Erro de estimación máximo aceptado

**p** = Probabilidad de que ocurra el evento estudiado (éxito)

**q** = (1 - **p**) = Probabilidad de que no ocurra el evento estudiado

| Nivel de confianza | Z <sub>alfa</sub> |
|--------------------|-------------------|
| 99.7%              | 3                 |
| 99%                | 2.58              |
| 98%                | 2.33              |
| 96%                | 2.05              |
| 95%                | 1.96              |
| 90%                | 1.645             |
| 80%                | 1.28              |
| 50%                | 0.674             |

- **Criterios de selección**

**Criterios de inclusión:**

- Mujeres puérperas mayores de 18 años de edad, a partir de la primera semana de puerperio, fisiológico o quirúrgico.
- Adscritas a la unidad de medicina familiar número 82.
- Embarazo planeado y/o deseado
- Quienes firmaron consentimiento informado.

**Criterios de exclusión:**

- Quien ya contaba con diagnóstico de ansiedad o depresión antes del embarazo
- Quienes tomaban tratamiento farmacológico antidepresivo o ansiolítico previo al embarazo.
- Que tenían otras patologías, Hipertensión gestacional, Amenazas de parto prematuro, preeclampsia, diabetes , enfermedades renales, y tiroideas.
- Pacientes mayores de 35 años.
- Embarazo no deseado y/o no planeado.

**Criterios de eliminación:**

- Pacientes que decidieron abandonar el estudio.
- Pacientes con muerte materna.
- Pacientes que se dieron de baja de seguro social.

- **Variables**
  - **Variable dependiente**
    - Depresión.
  - **Variable independiente**
    - Mujeres puérperas
  - **Variables de control:**
    - Edad
    - Escolaridad
    - Estado civil
    - Nivel socioeconómico
    - Ocupación
    - Embarazo no planeado
- **Operalización de las variables:**

| VARIABLE  | TIPO DE VARIABLE | DEFINICIÓN CONCEPTUAL                                                                                                   | DEFINICIÓN OPERACIONAL                                                                                              | INDICADOR   | UNIDAD DE MEDICIÓN                                                                   |
|-----------|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| Depresión | Dependiente      | Acorde a la OMS<br>Es una enfermedad que se caracteriza por una tristeza persistente y por la pérdida de interés en las | Escala de EDIMBURGO<br>Consiste de diez preguntas, y cada una de ellas consta de cuatro posibles respuestas ,se les | cualitativa | Durante el embarazo: Una puntuación de 13 o más puntos indica sospecha de depresión. |

|  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|--|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  |  | <p>actividades con las que normalmente se disfruta, así como por la incapacidad para llevar a cabo las actividades cotidianas, durante al menos dos semanas.(WHO)Es un trastorno mental común. Implica un estado de ánimo deprimido o la pérdida del placer o el interés.</p> | <p>dan puntos de 0, 1, 2 y 3 según el aumento de la gravedad</p> <p>Del síntoma. Los puntos para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 se anotan en orden inverso. Dando resultado más de 10 puntos como probabilidad de depresión mas no su severidad. Es una escala de Tamizaje con un Cronbach de 0.77</p> <p>-Escala de HAMILTON evalúa la gravedad de los síntomas de la depresión en pacientes ya diagnosticados está compuesta por 21 ítems, la puntuación va de</p> | <p>Cuantitativa discontinua (discreta)</p> | <p>En el posparto:<br/>Una puntuación de 10 a 12 indica sospecha de depresión posparto. un puntaje menor de 10 sin riesgo de depresión<br/>Cualquier puntaje distinto de cero en la pregunta No 10 requiere de evaluación adicional dentro de 24 horas</p> <p>Depresión leve: 8-13 puntos<br/>Depresión moderada: 14-18 puntos<br/>Depresión severa: 19-22 puntos</p> |
|--|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|           |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                    |             |                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|           |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 0 a 52 puntos<br>Cronbach 0.79 a 0.86-se clasifica en depresión leve, depresión moderada, depresión severa, depresión muy severa.  |             | Depresión muy severa: >23                                                                                                                                                                                            |
| Puerperio | Independiente | De acuerdo a la OMS. Se denomina puerperio o cuarentena al periodo que va desde el momento inmediatamente posterior al parto hasta los 35-40 días y que es el tiempo que necesita el organismo de la madre para recuperar progresivamente las características que tenía antes de | Expresado por los días que tiene la paciente después del parto o posterior a la fecha de nacimiento del producto de la concepción. | Cualitativa | <p>Puerperio inmediato: las primeras 24 horas.</p> <p>Puerperio precoz o propiamente dicho: desde el 2 al 7-10 días (primera semana).</p> <p>Puerperio tardío: hasta los 40-45 días (retorno de la menstruación)</p> |

|              |         |                                                                                                                                                                                                  |                                                                  |                          |                                                                  |
|--------------|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------|------------------------------------------------------------------|
|              |         | iniciarse el embarazo.                                                                                                                                                                           |                                                                  |                          |                                                                  |
| Edad         | Control | Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento                                                                                                                    | De acuerdo al número de años vividos, expresados por la paciente | Cuantitativa<br>Discreta | Edad en años, mayores de 18 años a 35 años                       |
| Sexo         | Control | Condición orgánica que distingue a los hombres de las mujeres. Sexo biológico con que se nace.                                                                                                   | Identificación de hombres y mujeres                              | Cualitativo              | Mujeres                                                          |
| Estado Civil | Control | Es la calidad o posición permanente, en la mayoría de los casos, que ocupa un individuo dentro de la sociedad, en relación a sus relaciones de familia y que le otorga ciertos derechos, deberes | De acuerdo a si se encuentra en unión libre, soltero, casada     | Cualitativa              | Viuda<br>Casada<br>Soltero<br>Separado Unión Libre<br>Divorciada |

|                     |         |                                                                                                                                                                                                                 |                                                                             |             |                                                                                              |
|---------------------|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
|                     |         | y obligaciones civiles                                                                                                                                                                                          |                                                                             |             |                                                                                              |
| Ocupación           | Control | conjunto de funciones, obligaciones, actividades o tareas que desempeña un individuo en su empleo, oficio o puesto, independientemente de la actividad económica que se realice en el lugar donde éste trabaje. | La que refiera al interrogatorio                                            | Cualitativa | Actividad laboral,<br>-Ama de casa<br>-Empleada<br>- Estudiante<br>Comerciante<br>-Obrera    |
| Escolaridad         | Control | Se refiere a los estudios, habilidades y experiencia académica que una persona ha adquirido a través de su vida.                                                                                                | Grado de estudio que recibido la persona hasta que año curso académicamente | cualitativa | Analfabeta<br>Sabe leer y escribir<br>Primaria - secundaria<br>preparatoria<br>licenciatura. |
| Embarazo o planeado | Control | OMS. Embarazo periodo gestante de la mujer, desde                                                                                                                                                               | Sin método de planificación familiar por deseo                              | Cualitativo | -deseado:<br>Si                                                                              |

|              |  |                                                                                                                                                 |                         |  |                                          |
|--------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--|------------------------------------------|
| o<br>deseado |  | la concepción<br>hasta el parto.<br><br>Planificación<br>estructuración de<br>una serie de<br>acciones para<br>llevar a cabo los<br>objetivos . | de quedar<br>embarazada |  | No<br><br>-planeado:<br><br>Si<br><br>No |
|--------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--|------------------------------------------|

- **Descripción operativa del estudio**

Prevía evaluación y autorización por parte de los Comités de Ética en Investigación en Salud y del Comité Local de Investigación en Salud, del Instituto Mexicano del Seguro Social. Se presentó el anteproyecto de investigación al comité de investigación y al comité de ética en investigación para su análisis y en su caso, proporcionen la autorización para realizar esta investigación el médico residente de la especialidad en medicina familiar acudió de lunes a viernes a la consulta de la unidad de medicina familiar No 82 de Zamora Michoacán, en el consultorio de acciones preventivas integradas en los turnos matutino y vespertino, así como a los consultorios de medicina familiar, se buscó intencionadamente a mujeres de entre 18 a 35 años que se encontraban en periodo de puerperio fisiológico o quirúrgico, se les proporcionó a las pacientes, una explicación breve sobre en qué consiste el estudio de investigación y cuál es la finalidad de este, así mismo; se les invitó a participar en el estudio, obteniendo una respuesta positiva, pacientes que cumplieran los criterios de selección, y que aceptaron participar en el proyecto de investigación se les proporcionó un consentimiento informado debidamente explicado para que lo leerían y de aceptarlo firmaron, se utilizó un instrumento de recolección de datos (nombre, edad, ocupación, nivel socioeconómico, escolaridad, estado civil).

Se les dio el instrumento que contestaron, el cual fue la escala de Edimburgo, creada en 1987 en Escocia para corroborar el diagnóstico de depresión puerperal y aprobada el mismo año por la ONU (Organización de Naciones Unidas), OMS y UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la infancia la cual consiste de diez preguntas . La madre escogió cuál de las cuatro posibles respuestas es la que más se asemeja a la manera en la que se sentía durante la semana anterior. La mayoría de las madres pudieron contestar la escala sin dificultad en menos de 5 minutos. Se sumaron todos los puntos para dar la puntuación total. Una puntuación de mayor de 10, muestra la probabilidad de una depresión, pero no su gravedad. Cualquier número que se escogió que no fue el “0” para la pregunta número 10, significa que era necesario hacer evaluaciones adicionales inmediatamente. También se proporcionó el cuestionario de la Escala de Hamilton para valorar la gravedad de los síntomas y valorar los cambios de la paciente deprimida. La cual cuenta con 21 ítems , que pudieron contestar en un rango de 10 a 15 minutos.

De acuerdo con el resultado de las dos escalas , si el resultado dio como sospecha de depresión posparto, se enviaron a control con el Médico Familiar, para un buen diagnóstico e iniciar tratamiento.

- **Análisis estadístico**

El análisis estadístico fue una estadística descriptiva, se calculó la media y desviación estándar para las variables continuas, frecuencia y porcentaje para las variables cualitativas, usando el método estadístico chi cuadrada de Pearson para estudiar asociaciones entre las dos variables depresión y puerperio. El análisis estadístico se realizó a través del programa spss (Statistical Package for the Social Sciences) versión 23. las cifras estadísticas significativas serán con un p valor menor de 0.05.

### **XIII.- ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES**

El presente estudio pretende respetar y hacer respetar la voluntad de todo aquel o aquella persona que desee participar en él, los procedimientos llevados a cabo para esta investigación, están sujetos a las normas éticas de la Declaración de Helsinki de 1975 enmendados en la Asamblea General de Brasil en el año 2013, Código de Núremberg reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud de los Estados Unidos Mexicanos, la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos el informe de Belmont, así como códigos y normas nacionales e internacionales vigentes para las buenas prácticas en la investigación clínica.

Para el desarrollo del presente trabajo, se tomó en cuenta los principios éticos universales, siempre tomando en cuenta la autonomía, privacidad, seguridad y beneficios de los pacientes. Los nombres y antecedentes médicos de todos los participantes de este estudio, y en general la información recabada, fue de manera confidencial y respetuosa, con fines únicamente académicos.

Se respetó el principio general de la Declaración de Helsinki que menciona que La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico con la fórmula «velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente», y el Código Internacional de Ética Médica afirma que: «El médico debe considerar lo mejor para el paciente cuando preste atención médica». Así como el deber del médico es promover y velar por la salud, bienestar y derechos de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica. El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad<sup>(32)</sup>.

Esta investigación entra dentro de la clasificación de riesgo mínimo según lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia para la Investigación en Salud; Capítulo I, Artículo 17, Fracción II.

Artículo 14.- la investigación que se realizará se deberá desarrollar de acuerdo a los principios científicos y éticos que lo justifiquen, además de contar con el consentimiento informado por el jefe de prestaciones médicas para la revisión del expediente por escrito.

**- Código de Núremberg**

Es absolutamente esencial el consentimiento voluntario del sujeto humano. El experimento debe ser útil para el bien de la sociedad, irremplazable por otros medios de estudio y de la naturaleza que excluya el azar. El experimento debe ser ejecutado de tal manera que evite todo sufrimiento físico, mental y daño innecesario ,debe ser conducido solamente por personas científicamente calificadas. Durante el curso del experimento, el sujeto humano debe tener libertad para poner fin al experimento si ha alcanzado el estado físico y mental en el cual parece a él imposible continuarlo. Durante el curso del experimento, el científico a cargo de él debe estar preparado para terminarlo en cualquier momento, si él cree que, en el ejercicio de su buena fe, habilidad superior y juicio cuidadoso, la continuidad del experimento podría terminar en un daño, incapacidad o muerte del sujeto experimental<sup>(33)</sup>.

**- de la ley general de salud en materia de investigación para la salud**

El estudio se apegas al ARTICULO 3o.- La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan... “Disposiciones generales” en su CAPITULO UNICO;

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

ARTÍCULO 16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándose sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice; ARTICULO 17.- Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata

o tardía del estudio. Para efectos de este Reglamento, las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías (se hace mención solo de la clasificación del estudio).

ARTICULO 20.- Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna;

ARTÍCULO 21.- Para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla<sup>(34)</sup>.

#### **XIV.- RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD**

**Recursos:** Se utilizo el aula de la unidad, donde se citaron a las participantes, con apoyo de una Enfermera Especialista en Medicina Familiar y el Médico Residente a cargo de esta investigación, previa firma de consentimiento informado, así como en los consultorios de medicina familiar y los consultorios de medicina preventiva de la clínica .

**Financiamiento:** El equipo y Material de ayuda no fue financiado por ninguna institución, todo se obtuvo con recursos personales, para así evitar conflicto de intereses. El equipo de cómputo que se utilizó para recolección de información fue de uso personal. Hojas de impresiones para el tríptico, rotafolio y modelos anatómicos, fuero financiadas por el investigador responsable.

**Factibilidad:** El estudio, es factible ya que se puedo realizar en la unidad de medicina familiar, en el aula de enseñanza, además de que se cuento con todos los recursos y con el financiamiento para llevarlo a cabo.

## XV.- CRONIGRAMA DE ACTIVIDADES

| 2023                                              |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|---------------------------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
|                                                   | Ene | Feb | Mar | Abr | May | Jun | Jul | Ago | Sep | Oct | Nov | Dic |
| Diseño del protocolo de investigación             |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Evaluación por el CEIS                            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Reclutamiento pacientes o revisión de expedientes |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Aplicación de instrumentos                        |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Análisis de Resultados                            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| 2024                                              |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Reclutamiento pacientes o revisión de expedientes |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Aplicación de instrumentos                        |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Análisis de Resultados                            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Redacción de Resultados                           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Redacción de discusión y Conclusiones             |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Redacción Tesis terminada                         |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| 2025                                              |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Redacción Tesis terminada                         |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Manuscrito Publicación                            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Difusión Foro                                     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Examen de Grado                                   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| 2026                                              |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Examen de Grado                                   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |

## XVI.- RESULTADOS.

El presente estudio se realizó en la Unidad de Medicina Familiar ( UMF) No. 82 en el periodo de noviembre del 2023 a octubre del 2024 en la ciudad de Zamora, Michoacán, donde se encuestaron a 125 derechohabientes, que cumplieron los criterios de selección.

La muestra del estudio se realizó aleatorizada y a conveniencia. Se aplicaron los instrumentos “Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo” (EPDS por sus siglas en inglés) y la “Escala o test de Hamilton” obteniendo los resultados siguientes:

| Tabla I. Porcentaje de personas por cada variable analizada |         |         |
|-------------------------------------------------------------|---------|---------|
|                                                             | Mínima  | Máxima  |
| <b>Edad</b>                                                 | 18 años | 35 años |
|                                                             |         |         |
|                                                             | N       | %       |
| <b>Estado civil</b>                                         |         |         |
| <b>Casada</b>                                               | 67      | 53.60   |
| <b>Soltera</b>                                              | 9       | 7.20    |
| <b>Separada</b>                                             | 3       | 2.40    |
| <b>Unión libre</b>                                          | 46      | 36.80   |
| <b>Ocupación</b>                                            |         |         |
| <b>Ama de casa</b>                                          | 60      | 48.00   |
| <b>Empleada</b>                                             | 60      | 48.00   |
| <b>Estudiante</b>                                           | 2       | 1.60    |
| <b>Comerciante</b>                                          | 3       | 2.40    |
| <b>Escolaridad</b>                                          |         |         |
| <b>Sabe leer y escribir</b>                                 | 1       | 0.80    |
| <b>Primaria</b>                                             | 13      | 10.40   |
| <b>Secundaria</b>                                           | 49      | 39.20   |
| <b>Preparatoria</b>                                         | 52      | 41.60   |
| <b>Licenciatura</b>                                         | 10      | 8.00    |
| <b>Nivel socioeconómico</b>                                 |         |         |
| <b>Bajo</b>                                                 | 6       | 4.80    |
| <b>Medio bajo</b>                                           | 111     | 88.80   |
| <b>Medio</b>                                                | 7       | 5.60    |
| <b>Alto</b>                                                 | 1       | 0.80    |
| <b>Embarazo deseado</b>                                     |         |         |
| <b>Si</b>                                                   | 125     | 100.00  |
| Fuente: Datos obtenidos del estudio                         |         |         |

Del total de las pacientes derechohabientes encuestadas con edad mínima de 18 años y edad máxima de 35 años con una media de 26.5 años de edad, el estado civil que predominó fue “casadas” con 53.6% (n= 67) seguido de “unión libre” 36.8% (n=46); en cuanto a ocupación predominó “ama de casa” con 48% (n=60) seguido de “empleada” 48% (n=60); el nivel socioeconómico predominante fue “medio bajo” con 88.8% (n=111); del total de las encuestadas el 100% mencionó que fue un “embarazo deseado”. (Tabla I)

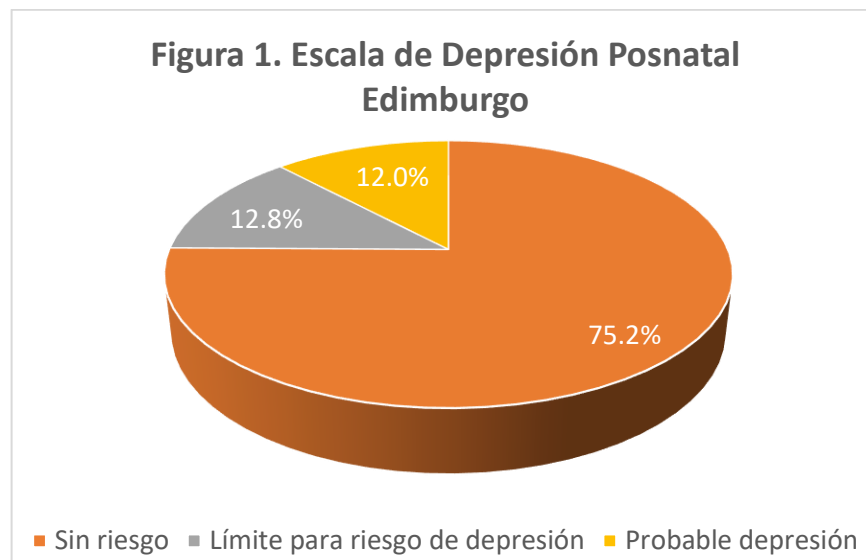
| Tabla II. Relación de las variables sociodemográficas con la Depresión |                      |           |       |              |       |       |
|------------------------------------------------------------------------|----------------------|-----------|-------|--------------|-------|-------|
|                                                                        |                      | Depresión |       | No Depresión |       | Total |
| Estado civil                                                           | Casada               | 31        | 24.8% | 36           | 28.8% | 67    |
|                                                                        | Soltera              | 6         | 4.8%  | 3            | 2.4%  | 9     |
|                                                                        | Separada             | 1         | 0.8%  | 2            | 1.6%  | 3     |
|                                                                        | Unión libre          | 14        | 11.2% | 32           | 25.6% | 46    |
| Ocupación                                                              | Ama de casa          | 21        | 16.8% | 39           | 31.2% | 60    |
|                                                                        | Empleada             | 28        | 22.4% | 32           | 25.6% | 60    |
|                                                                        | Estudiante           | 1         | 0.8%  | 1            | 0.8%  | 2     |
|                                                                        | Comerciante          | 2         | 1.6%  | 1            | 0.8%  | 3     |
| Escolaridad                                                            | Sabe leer y escribir | 1         | 0.8%  | 0            | 0.0%  | 1     |
|                                                                        | Primaria             | 4         | 3.2%  | 9            | 7.2%  | 13    |
|                                                                        | Secundaria           | 20        | 16.0% | 29           | 23.2% | 49    |
|                                                                        | Preparatoria         | 23        | 18.4% | 29           | 23.2% | 52    |
|                                                                        | Licenciatura         | 4         | 3.2%  | 6            | 4.8%  | 10    |
| Nivel socioeconómico                                                   | Bajo                 | 4         | 3.2%  | 2            | 1.6%  | 6     |
|                                                                        | Medio bajo           | 45        | 36.0% | 66           | 52.8% | 111   |
|                                                                        | Medio                | 3         | 2.4%  | 4            | 3.2%  | 7     |
|                                                                        | Alto                 | 0         | 0.0%  | 1            | 0.8%  | 1     |
| Total                                                                  |                      | 52        | 41.6% | 73           | 58.4% | 125   |
| Fuente: Datos obtenidos del estudio                                    |                      |           |       |              |       |       |

Al relacionar la Escala de Hamilton con las diferentes variables sociodemográficas en nuestro estudio se encontró que estar “Casada ” representa el 24.8% (N=31) del total de mujeres encuestadas con algún grado de depresión (N=67), para la variable “Ocupación” con más frecuencia se observa en aquellas que son “Empleadas” con 22.4% (N=60) con depresión, en el grado de “Escolaridad” que con mayor frecuencia fueron aquellas que tenían

estudios de “Preparatoria” con 18.4 % (N=52) en depresión y en el “Nivel Socioeconómico” en el que más se observó un grado de depresión fue en el “Medio Bajo” 36.0 % (N=111) (Tabla II).

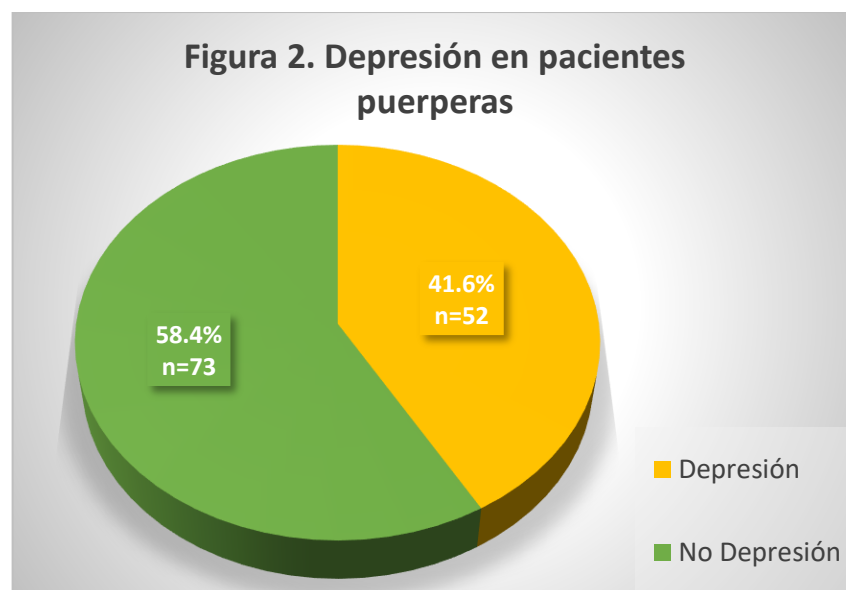
| Tabla III. Variables sociodemográficas evaluadas. |                           |              |             |                    |
|---------------------------------------------------|---------------------------|--------------|-------------|--------------------|
|                                                   | RR                        | IC 95        |             | X <sup>2</sup> (p) |
| Estado Civil                                      |                           |              |             |                    |
| Casada                                            | 1.278                     | 0.8329       | 1.961       | 0.1279             |
| <b>Soltera</b>                                    | <b>1.681</b>              | <b>1.006</b> | <b>2.81</b> | <b>0.1091</b>      |
| Separada                                          | 0.7974                    | 0.1588       | 4.005       | 0.0892             |
| Unión Libre                                       | 0.6327                    | 0.3827       | 1.036       | 0.0266             |
| Ocupación                                         |                           |              |             |                    |
| Ama de casa                                       | 0.7339                    | 0.4781       | 1.127       | 0.0752             |
| Empleada                                          | 1.264                     | 0.8327       | 1.598       | 0.1353             |
| Estudiante                                        | 1.206                     | 0.2969       | 4.898       | 0.3156             |
| Comerciante                                       | 1.627                     | 0.7108       | 3.723       | 0.3826             |
| Escolaridad                                       |                           |              |             |                    |
| Sabe leer y escribir                              | No valorable, hay un cero |              |             |                    |
| Primaria                                          | 0.7179                    | 0.309        | 1.668       | 0.2947             |
| Secundaria                                        | 0.9694                    | 0.6319       | 1.487       | 0.4433             |
| Preparatoria                                      | 1.113                     | 0.7346       | 1.688       | 0.3073             |
| Licenciatura                                      | 0.9583                    | 0.4353       | 2.110       | 0.4100             |
| Nivel socioeconómico                              |                           |              |             |                    |
| Bajo                                              | 1.653                     | 0.9012       | 3.031       | 0.1970             |
| Medio bajo                                        | 0.8108                    | 0.4585       | 1.434       | 0.2493             |
| Medio                                             | 1.032                     | 0.4273       | 2.493       | 0.3725             |
| Alto                                              | No valorable, hay un cero |              |             |                    |
| Fuente: Datos obtenidos del estudio “Open epi”    |                           |              |             |                    |

En la tabla III, se encontró como factor de riesgo, el ser “soltera” ya que 9 mujeres solteras el 63% (n=6) tenían un grado de depresión, (RR 1.681, IC 95% 1.006-2.81). Así mismo aumento un riesgo relativo en las siguientes variables tanto en empleada, a nivel preparatoria, y nivel socioeconómico bajo; siendo no estadísticamente significativa.



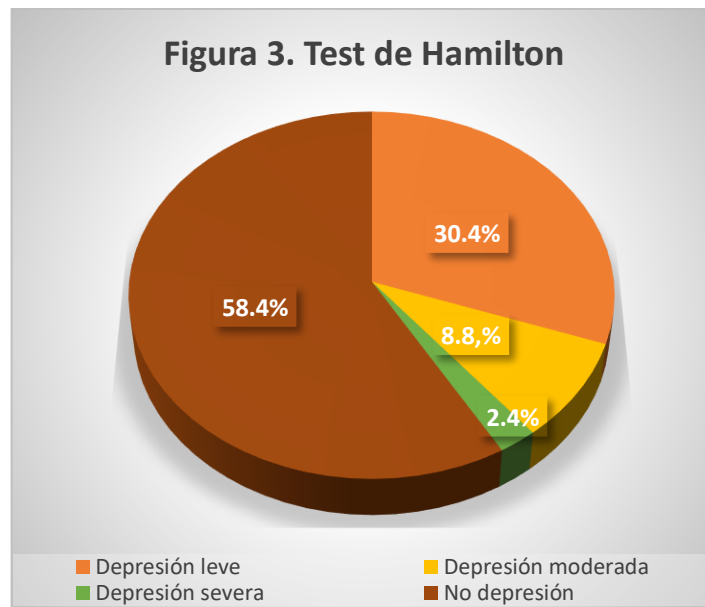
Fuente: Datos obtenidos del estudio

Se evaluó a las 125 derechohabientes de la UMF #82 encuestadas con el instrumento de Edimburgo se encontró que el mayor porcentaje obtenido fue para el rango de “sin riesgo” para presentar depresión con 75.2% (n=94) seguido de “límite para riesgo de depresión” con 12.8% (n=16) respectivamente (Figura 1).



Fuente: Datos obtenidos del estudio

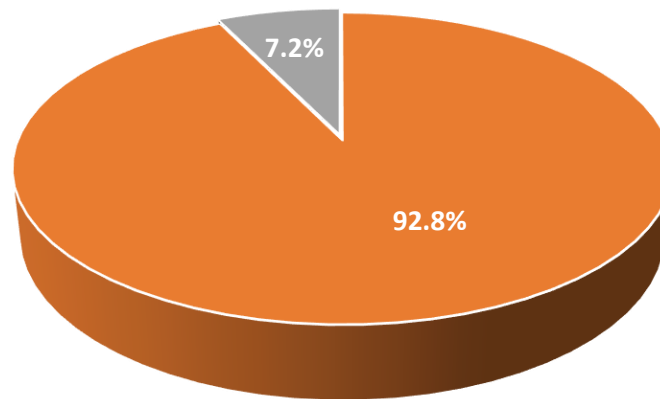
Con el Test de Hamilton se encontró que del 100 % pacientes puérperas encuestadas, solo el 41.6 % (n=52) presento algún grado de depresión; el otro 58.4 % (n=73) de pacientes encuestadas no presentaron ningún tipo de depresión .Como lo muestra la Figura 2.



Fuente: Datos obtenidos del estudio

De acuerdo al grado de depresión con el instrumento del Test de Hamilton encontrando en nuestra muestra, el rango de “no depresión” fue de 58.4% (n=73) siendo el de mayor porcentaje obtenido, seguido de depresión leve con 30.4% (n=38) (Figura 3).

**Figura 4. Item 10. He pensado hacerme daño a mí misma**



Fuente: Datos obtenidos del estudio

Uno de los ítems del instrumento aplicado EPDS el número 10 “He pensado hacerme daño a mí misma” el 92.8% (n=116) contestó “no, nunca” pero llama la atención que el 7.2% (n=9) respondió que “casi nunca” es decir que si han tenido en algún momento la intención de autolesión. (Figura 4).

## **XVII.- DISCUSIÓN**

En México hay diferentes resultados de la prevalencia de la depresión posparto que va desde un 7 hasta un 25 % dependiendo de la zona de la entrevista que abarca clínicas , zona urbana y zona rural <sup>(5)</sup>. Pero la Organización Panamericana refiere que México llega a presentar un 6%<sup>(6)</sup>.

La depresión posparto se ha venido estudiando a lo largo de la historia , ya que se han presentado más casos de depresión posparto, de acuerdo al artículo Gaceta médica de México este artículo refiere que la escala de Depresión posnatal de Edimburgo tiene una sensibilidad de 70.4 % , una especificidad de 72.2% <sup>(35)</sup>.

En nuestro estudio se evaluó a un total de 125 derechohabientes de la UMF # 82 encuestadas ; con el instrumento de Edimburgo se encontró que el mayor porcentaje obtenido fue para el rango de “sin riesgo” con 75.2% (n=94) seguido de “ límite para riesgo de depresión” con 12.8% (n=16). Lo cual nos dio como resultado nuestra hipótesis nula. Predomino el estado civil casadas y en escolaridad nivel bachillerato o preparatoria. Comparado con el artículo de Genchi-Gallardo FJ, Paredes-Juárez S, Solano-González NL, et al. En su artículo de la Prevalencia de depresión posparto dio como resultado un 16 % de la población encuestada y en las variables sociodemográficas, que el factor de riesgo en las personas solteras es más frecuente que las que viven en unión libre o son casadas <sup>(38)</sup>.

Delgado-Quiñones EG, López-Trejo LA, Mariscal-Rivera CE, et al, en su estudio tuvo una prevalencia del 23.3% donde predominó la depresión posparto en mujeres casadas, y con respecto a la escolaridad predominó el nivel de licenciatura , siendo similar con los resultados de nuestro trabajo, teniendo como diferencia la escolaridad ya que en el nuestro predominó nivel preparatorio<sup>(39)</sup>.

En el estudio de Santiago-Sanabria L, Ibarra-Gussi PM, Rendón-Macías ME, et al. aplicando el instrumento de Edimburgo tuvo como resultado de la prevalencia el 4.9 %, <sup>(40)</sup>el resultado de nuestro estudio fue de 12 % ,con una diferencia comparativa de un 8 %,

refiriendo también que entre más alto el grado de escolaridad menor riesgo de presentar la depresión posparto.

## **XVIII.- CONCLUSIONES**

La conclusión general es que la depresión posparto en las pacientes adscritas en la UMF # 82 , se encuentra presente teniendo como prevalencia del 12% , utilizando la escala de Edimburgo; con el test de Hamilton se encontró que el 41.6% presento un grado de depresión ;lo cual va a afectar la calidad de vida tanto emocional como físicamente de la paciente puérpera. A si como el vínculo afectivo entre la madre y su hijo.

Lo más importante es saber que la depresión posparto existe en nuestra unidad de medicina familiar,, y que debemos buscar los síntomas intencionalmente en nuestra población de embarazadas en la consulta , para poder dar un tratamiento oportuno. Y tener a nuestra población bajo vigilancia, con el fin de evitar que los síntomas se agraven, además de ayudar a nuestras pacientes que puedan tener una mejor calidad de vida.

## **XIX.- RECOMENDACIONES**

Se recomienda al médico familiar realizar la EPDS y la Escala de Hamilton a las pacientes en su cita a la consulta de revisión en su periodo de posparto de preferencia 7 días posteriores del parto fisiológico o patológico con el fin de indicar un tratamiento médico oportuno o apoyo psicológico con la finalidad de mejorar la calidad de vida de las pacientes y de los integrantes de la familia.

Así como realizar un estudio mucho más amplio a las pacientes ya diagnosticadas con depresión postparto.

Y continuar seguimiento con red de apoyo como es trabajo social y apoyo psicológico y en caso de que se ocupe valoración por un segundo o tercer nivel de atención podérselo dar de forma oportuna

## XX.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Gressier F, Guillard V, Cazas O, Falissard B, Glangeaud-Freudenthal NM, 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. doi: 10.1016/j.jpsychires.2016.10.009
2. Caparros-González RA, Romero-González B, Strivens-Vilchez H, Gonzalez-Perez R, Martinez-Augustin O, Peralta-Ramírez MI. Hair cortisol levels, psychological stress and psychopathological symptoms as predictors of postpartum depression. *PloS one.* 2017;12(8):e0182817.
- 3.-Caparros-Gonzalez RA, Romero-González B, Peralta-Ramírez MI. Depresión posparto, un problema de salud pública mundial. *Rev. Panam Salud Publica* [Internet]. 2018;42. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.26633/rpsp.2018.97>
- 4.-Barrera AZ, Nichols AD. Depression help-seeking attitudes and behaviors among an Internet based sample of Spanish-speaking perinatal women. *Rev. Panamá Salud Publica.* 2015;37(3):148–53.
5. Degner D. Differentiating between “baby blues,” severe depression, and psychosis. *BMJ.* 2017;359:j4692. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.j4692>
- 6-Lara MA, Patiño P, Navarrete L, Nieto L. Depresión posparto, un problema de salud pública que requiere de mayor atención en México [Internet]. *Gob.mx.* [citado el 6 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/280078/2-depresionpostparto.pdf>
- 7.-González A, Casado P, Molero M, Santos R, López I. Factores asociados a depresión posparto. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 23(6), 770-779. Epub. 2019. [citado 6 de abril de 2023], de Sld.cu. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552019000600770&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552019000600770&lng=es&tlng=es).
- 8.-Alva C, Fernando J. Factores asociados a depresión postparto en puérperas atendidas en Hospital II-2 Santa Rosa durante septiembre-diciembre, 2017. 2018 [citado el 6 de abril de 2023]; Disponible en: [https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/RUMP\\_aa0bcd7be3f5b2eab3d4188eb154324a](https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/RUMP_aa0bcd7be3f5b2eab3d4188eb154324a)
9. Medina-Serdán, E. Diferencias entre la depresión posparto, la psicosis y la tristeza posparto. *Perinatolol reprod hum*, 2013 27(3), 185-193.
10. Heron J, McGuinness M, Robertson E, Craddock N, Jones, I. 2008. Early postpartum symptoms in puerperal psychosis. *BJOG*, 115, 348-53.

11. Vesga-López O, Blanco C, Keyes K, Olfson M, Grant B, Hasin D. Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the United States. *Arch Gen Psychiatry*. 2008; 65 (7): 805-815.
12. Loaiza NV, Dachner AP, Morales JAV. Generalidades y diagnóstico de la depresión posparto. *Revista Médica Sinergia*, (2019). 4(7), e261-e261.
13. Yim I, Glynn L, Dunkel C, Hobel C, Chiczy-DeMet A, Sandman C. Risk of Postpartum Depressive Symptoms with Elevated Corticotropin-Releasing Hormone in Human Pregnancy. *Arch Gen Psychiatry*. 2009; 66(2):162-169.
- 14.- Logsdon MC, Wisner KL, Pinto Diagnostic and statistical manual of mental disorders. American Psychiatric Association; 2014. 5 (2).123-125 p.
- 15.-Foltz MD. The impact of peripartum depression on mothering. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* . 2006; 35(5): 652-658
16. Solano MS, Mejía ALP, Madrigal JC. Abordaje clínico y manejo de la depresión posparto. *Revista Médica Sinergia*, (2019). 4(6), 90-99
17. Campo A, Ayola C, Peinado VH, Amor PM, Zuleima C. Escala de Edinburgh para depresión posparto: consistencia interna y estructura factorial en mujeres embarazadas de Cartagena, Colombia. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2007; 58 (04): 34 – 43.
- 18.- Consistencia interna y análisis factorial de la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo en mujeres mexicanas embarazadas y puérperas. Reporte preliminar. Internet: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=70706>
19. López-Janer C, Quirós P, Cabestrero R. Propiedades Psicométricas de la Escala de Depresión de Edimburgo en una Muestra Argentina (internet) revisado en 10/08/23: <https://www.redalyc.org/journal/4596/459669144004/html/>.
- 20.- Lam Nelly, Contreras Hans, Mori Elizabeth, Cuesta Fátima, Gutiérrez César, Neyra Miluska et al . Comparación de dos cuestionarios autoaplicables para la detección de síntomas depresivos en gestantes. *An. Fac. med.* [Internet]. 2009 Mar [citado 2023 Ago 13] ; 70( 1 ): 28-32. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-55832009000100005&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832009000100005&lng=es)
- 21.-Dois CA. 2012. Actualizaciones en depresión posparto. *Rev Cub Obst y Ginecol*, 38(4), 576- 586.
22. Sines E, Syed U, Wall S, Worley H. Postnatal care: A critical opportunity to save mothers and newborns. (2007). *Policy Perspectives on Newborn Health*,

23. González RA, Tello VL, Salán MM, Fernández PF, del Rivero VDCA, Díaz MNF Actualización en depresión posparto. tiempos de enferm y salud, (2017). 1(3), 18-22
24. Perez Villegas R, Sánchez Carrillo K, Alarcón Barra L, Avilés Acosta V, Brangoza Ulloa I, Coleman Reyes J, Variables posiblemente asociadas a depresión posparto, según la escala de Edimburgo, Rev Obstet Ginecol Venez 2007; 67(3)
- 25.- Mendoza C, Saldivia S. (2015). Actualización en depresión posparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. Revista médica de Chile, 143(7), 887-894
26. Torres-Lagunas MA, Vega-Morales EG, Vinalay-Carrillo I, Arenas-Montañó G, Rodríguez-Alonzo E. Validación psicométrica de escalas PSS-14, AFA-R, HDRS, CES-D, EV en puerperios Mexicanas con y sin preeclampsia, enfer univer 2015; 12(3):122-123 <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2015.08.001>
- 27.- Romero-Gutiérrez, G; Rocha-Morales D, Ruiz-Treviño A S. Resultados de la aplicación de la escala de Hamilton modificada en el diagnóstico de ansiedad materna durante el puerperio inmediato. Ginecología y Obstetricia de México, 2013; vol. 81, no 4.
- 28.- Purriños MJ, Escala de Hamilton rating scale (HDRS). serv epidemiol 2013; (2): 1-4.
- 29.- Putnam K, Robertson-Blackmore E, Sharkey K, Payne J, Bergink V, Munk-Olsen T. Heterogeneity of postpartum depression: a latent class analysis. Lancet Psychiatry, 2015. 2(1). 67. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)00055-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)00055-8)
30. Meltzer-Brody S, Jones I. Optimizing the treatment of mood disorders in the perinatal period. Dialogues in clinical neuroscience, (2015). 17(2), 207
31. Sines E, Uzma S, Wall S, Worley H. Postnatal care: A critical opportunity to save mothers and newborns [Internet]. Policy Perspectives on Newborn Health-Saving Newborns Lives. Washington: Population reference bureau. 2007 [citado: 15-02-2019]. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/242720964\\_Postnatal\\_Care\\_A\\_Critical\\_Opportunity\\_to\\_Save\\_Mothers\\_and\\_Newborns](https://www.researchgate.net/publication/242720964_Postnatal_Care_A_Critical_Opportunity_to_Save_Mothers_and_Newborns) period. Dialogues in clínica neurociencia, 17(2), 207.
- 32.- Declaración de Helsinki de la AMM, Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos; 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013 [Internet]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
- 33.- Código de Nüremberg; Comisión Nacional de Bioética. [Internet]. Disponible en: [http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacion al/2.INTL.\\_Cod\\_Nuremberg.pdf](http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacion al/2.INTL._Cod_Nuremberg.pdf)

- 34.-Reglamento De La Ley General De Salud En Materia De Investigación Para La Salud; Nuevo Reglamento publicado en el Diario Oficial de la Federación el 6 de enero de 1987 Última reforma publicada DOF 02-04-2014. [Internet]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
- 35.-Gac. Méd. Méx vol.156 no.3 Ciudad de México may./jun. 2020 Epub 27-Mayo-2021 <https://doi.org/10.24875/gmm.19005424>,
- 36.-Gómez Martínez N, Gómez Martinez N, Molina Guanoluisa JC, Castro Sánchez F de J, León Baryolo LP. Prevención de la depresión posparto en madres adolescentes atendidas en el Hospital General Ambato; 2017. Enferm. investig. [Internet]. 20 de mayo de 2019 [citado 27de enero de 2025];4(1):26-32. <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/view/479>
37. Neyra Diaz, A, Palomino Bonifacio, E Factores de riesgo para la depresión posparto en madres adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora, 2017. [Internet]. Universidad Privada Norbert Wiener; 2019 [citado: 2025, enero].
- 38.- Genchi-Gallardo FJ, Paredes-Juárez S, Solano-González NL, et al. Prevalencia de depresión posparto y factores asociados en usuarias de un hospital público de Acapulco, Guerrero, México. Ginecol Obstet Mex. 2021;89(12):927-936
- 39.- Delgado-Quiñones EG, López-Trejo LA, Mariscal-Rivera CE, et al. Prevalencia de depresión en embarazadas en primer nivel de atención de la Unidad de Medicina Familiar 171 del Instituto Mexicano del Seguro Social. Rev Med MD. 2015;6.7(4):237-241
- 40.- Santiago-Sanabria L, Ibarra-Gussi PM, Rendón-Macías ME, et al. Depresión posparto: prevalencia y factores de riesgo asociados en una muestra de población mexicana. Ginecol Obstet Mex. 2023;91(04):227-240. ART3
- 41.- Castrat Chapilliquen, L. E. (2023). Prevalencia y factores relacionados a depresión postparto en puérperas en la región de Latinoamérica. Revisión sistemática.
- 42.- López Salvatierra, G. (2024). Prevalencia de depresión posparto en mujeres de 18 a 40 años en la Unidad Médica Familiar n. ° 11 en Tapachula, Chiapas.

## XXI.- ANEXOS

### ANEXO 1. DICTAMEN DE APROBACIÓN



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



#### Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 1603,  
H. ZONA NUM 8

Registro COPIRIS 17-CE-16-162-028  
Registro CONSIDETICA CONSIDETICA 16-CEI-001-1017033

FECHA Nueva, 08 de febrero de 2024

Doctor (a) MARYSOL VALENCIA PARTIDA

**P R E S E N T E**

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **Prevalencia de Depresión Posparto en Mujeres puérperas de la Unidad de Medicina Familiar # 82** 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 **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional

R-2024-1603-007

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

**Samuel Sánchez Moreno**  
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 1603

Imprimado

**IMSS**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

## **ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD  
**CONSENTIMIENTO INFORMADO**



DELEGACIÓN ESTATAL MICHOACÁN  
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 82  
**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Zamora, Michoacán, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2023

Usted ha sido invitado a participar en el estudio de investigación titulado: Prevalencia de depresión posparto en Mujeres de la UMF 82 de Zamora. Registrado ante el Comité de Investigación y ante el Comité de Ética en Investigación 1603 el Hospital General de Zona # 8 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

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

### **JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVO:**

La importancia del conocimiento en la depresión posparto (que tanto sabes sobre la depresión). Que tanto afecta en el estado de ánimo después del parto(nacimiento del hijo)El objetivo del estudio es conocer que tan frecuente es la depresión posparto , los síntomas más comunes que las mujeres presentan posterior al parto, de esta manera dar a conocer esos resultados podría ser de utilidad para fortalecer el conocimiento de la depresión y realizar una intervención médica farmacológica y apoyo emocional con psicólogo o en casos más graves enviar con su Medico Familiar para una valoración completa, de las unidades de medicina familiar.

### **PROCEDIMIENTOS:**

Si usted acepta participar se le proporcionará una explicación breve sobre en qué consiste el estudio de investigación y se le otorgará un cuestionario sobre preguntas de su estado de ánimo que puede contestar en aproximadamente 10 a 20 minutos

### **RIESGOS.**

Dado que es una encuesta escrita es completamente segura, sin embargo, existe un riesgo mínimo ya que puede haber incomodidad al contestar algunas preguntas.

## BENEFICIOS.

Los beneficios esperados para usted al realizar esta encuesta es que fortalezca el conocimiento que se tiene de la depresión, y que a través de estas preguntas usted se dé cuenta si tiene síntomas de depresión, y poder enviarla a tiempo a una atención completa con su médico familiar para una orientación y en caso necesario se inicie tratamiento.

Al realizar este cuestionario está ayudando a mejorar la atención que se da por parte del personal de salud, con el fin de que otras mujeres que se encuentren en periodo de depresión, se dé un manejo adecuado.

## INFORMACION DE RESULTADOS Y ALTERNATIVAS DEL TRATAMIENTO

La Dra. Marysol Valencia Partida, Dr. José Jorge Torrijos Zavala, así como la Dra. Mirna Flores Manzo se han comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que pudiera tener acerca de los procedimientos. Así como darle información sobre cualquier resultado o procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para usted en caso de identificar síntomas que pudieran intervenir en su estado de salud en caso de requerirlo.

## PARTICIPACION 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 los 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 de ninguna manera los beneficios que usted tiene como derechohabiente. Para los fines de esta investigación, sólo utilizaremos la información que usted nos 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 identificarlo (como su nombre, teléfono y dirección, etc.) será guardada de manera confidencial y por separado, al igual que sus respuestas a los cuestionarios 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 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.

## DISPONIBILIDAD DE TRATAMIENTO MÉDICO EN DERECHOHABIENTES

En caso de que usted presente alguna molestia durante el tiempo en que usted se encuentre realizando respondiendo a los cuestionarios como ansiedad, cambios de humor, se le puede atender en su consultorio de medicina familiar para recibir el tratamiento específico, incluso, se le puede enviar de ser necesario, al servicio de urgencias.

## BENEFICIOS AL TÉRMINO DEL ESTUDIO

Conocer los síntomas de la depresión el nivel de cada paciente, y dar oportunamente un tratamiento adecuado, ya sea farmacológico, o apoyo emocional

## PERSONAL DE CONTACTO EN CASO DE DUDAS O ACLARACIONES

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

Investigador Responsable:

Dra.: Marysol Valencia Partida Responsable técnico

Adscripción: Especialista en Medicina Familiar, profesor de práctica clínica, UMF # 82

ME José Jorge Torrijos Zavala, con sede en UMF 82, teléfono 3511358321 Correo [mftorrijos39@gmail.com](mailto:mftorrijos39@gmail.com) o al correo [Jose.torrijos@imss.gob.mx](mailto:Jose.torrijos@imss.gob.mx)

Dra. Mirna Flores Manzo residente de primer año de la especialidad en medicina familiar al teléfono 4432263428 con sede en la UMF 82, correo [myrnaflormanzo1982@gmail.com](mailto:myrnaflormanzo1982@gmail.com).

## Secretario del Comité de Ética en Investigación en Salud

Dr. Eduardo Alberto Ung Medina, secretario del Comité de Ética en Investigación en Salud 16038, con sede en la UMF 81, Domicilio en calle Tacámbaro 501, Colonia Valle Dorado, cp. 60130 Uruapan, Michoacán.

## 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 y se me ha dado 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. Cuestionario Sobre Depresión Postnatal Edimburgo (EPDS)

#### Cuestionario Sobre Depresión Postnatal Edimburgo (EPDS)

|                      |  |                               |  |
|----------------------|--|-------------------------------|--|
| Nombre:              |  | No. de afiliación:            |  |
| Fecha de Nacimiento: |  | Edad:                         |  |
| Estado civil:        |  | Fecha de Nacimiento del Bebé: |  |
| Ocupación:           |  | Teléfono:                     |  |
| Escolaridad:         |  | Nivel socioeconómico:         |  |

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

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

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

## ANEXO 4. ESCALA DE HAMILTON

### Escala de Hamilton

|                      |  |                               |  |
|----------------------|--|-------------------------------|--|
| Nombre:              |  | No. de afiliación:            |  |
| Fecha de Nacimiento: |  | Edad:                         |  |
| Estado civil:        |  | Fecha de Nacimiento del Bebé: |  |
| Ocupación:           |  | Teléfono:                     |  |
| Escolaridad:         |  | Nivel socioeconómico:         |  |

A continuación, lea las siguientes 21 preguntas y conteste según se sienta, o refleje su situación actual.

|   |                |
|---|----------------|
| N | Nunca          |
| A | Algunas veces  |
| B | Bastante veces |
| C | Casi siempre   |
| S | Siempre        |

| TEST DE HALMITON                                                                                                                                                                                      | N | A | B | C | S |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 1.-Me siento triste, desamparado, inútil. Me encuentro pesimista, lloro con facilidad.                                                                                                                | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2.-Me siento culpable. Creo haber decepcionado a los demás, pienso que mi enfermedad es un castigo.                                                                                                   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3.-Me parece que no vale la pena vivir. Desearía estar muerto. Pienso quitarme la vida.                                                                                                               | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4.-Me siento incapaz de realizar mi trabajo. Hago mi trabajo peor que antes. Me siento cansado débil. No tengo interés por nada.                                                                      | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5.-Me encuentro lento parado. Me cuesta concentrarme en algo, y expresar mis ideas.                                                                                                                   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6.-Me encuentro tenso, irritable. Todo me preocupa y me produce temor. Presiento que algo malo va a ocurrirme.                                                                                        | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7.-Me siento preocupado, por notar palpitaciones, dolores de cabeza. Me encuentro molesto por mi mal funcionamiento intestinal, necesito suspirar, sudo copiosamente. Necesito orinar con frecuencia. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8.-Me siento preocupado por el funcionamiento de mi cuerpo y por mi estado de salud. Creo que necesito ayuda médica.                                                                                  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9.-A veces siento como si no fuera yo, o lo que me rodea no fuera normal.                                                                                                                             | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10.-Recelo de los demás no me fio de nadie, a veces creo que alguien me vigila, y me persigue a donde quiera que vaya.                                                                                | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11.-Tengo dificultad para conciliar el sueño. Tardó mucho en dormirme.                                                                                                                                | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12.-Tengo un sueño inquieto, me despierto con facilidad y tardo en volverme a dormir.                                                                                                                 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13.-Me despierto muy temprano y ya no puedo dormir.                                                                                                                                                   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

|                                                                                                                                             |   |   |   |   |   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 14.-Me siento intranquilo e inquieto, no puedo estar quieto. Me retuerzo de las manos, me tiro de los pelos, me muerdo las uñas los labios. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15.-Tengo poco apetito, sensación de pesadez en el abdomen. Necesito algo para el estreñimiento.                                            | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16.-Me siento cansado fatigado. Siento dolores pesados en todo el cuerpo, parece como si no pudiera conmigo.                                | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17.-No tengo apetencia por las relaciones sexuales. Tengo trastornos menstruales.                                                           | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18.-Peso menos que antes, estoy perdiendo peso.                                                                                             | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19.-No sé lo que pasa me siento confundido.                                                                                                 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20.-Por las mañanas o por las tardes me siento peor                                                                                         | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21.-Se me meten ideas en la cabeza, me dan constantes vueltas y no puedo librarme de ellas.                                                 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

## ANEXO 5. CARTA DE NO INCONVENIENTE



GOBIERNO DE  
**MÉXICO**



Dirección Médica

Unidad de Medicina Familiar No. 82

### CARTA DE NO INCONVENIENTE

Zamora Michoacán a 19 de julio 2023

**Dra. Marysol Valencia Partida**

**Investigador Clínico**

**Presente**

Por medio de la presente, en respuesta a su petición por oficio, le hago de su conocimiento que no existe ningún inconveniente para que pueda realizar su protocolo de investigación titulado **“Incidencia de depresión postparto en mujeres puérperas de la Unidad de Medicina Familiar No. 82.”**, realice su proyecto de investigación en esta Unidad, por lo cual, se otorga la autorización para llevar a cabo la realización de encuestas al personal dirigido en esta investigación

Debo recordar que se debe apegar a las disposiciones legales de la protección de datos personales, así como resguardar y mantener la confidencialidad de los datos de los participantes.

ATENTAMENTE  
Dr. Eduardo Vega Espinosa  
Quintor Médico UMF 82  
Zamora Michoacán

# 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       | Curso de especialización en Medicina Familiar                                                 |                        |
| Título del trabajo       | Prevalencia de depresión posparto en Mujeres paríparas de la Unidad de Medicina Familiar # 82 |                        |
|                          | Nombre                                                                                        | Correo electrónico     |
| Autor/es                 | Mirna Flores Tlanzo                                                                           |                        |
| Director                 | Marysol Valencia Partida                                                                      |                        |
| Codirector               | José Jorge Torrijos Zavala                                                                    |                        |
| Coordinador del programa | Cleto Álvarez Aguilar                                                                         |                        |
|                          |                                                                                               | cleto.alvarez@umich.mx |

## 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                      |             |             |
| Traducción a otra lengua                   |             |             |
| Revisión y corrección de estilo            |             |             |
| Análisis de datos                          |             |             |
| Búsqueda y organización de información     |             |             |
| Formateo de las referencias bibliográficas |             |             |
| Generación de contenido multimedia         |             |             |
| Otro                                       |             |             |

| Datos del solicitante |                                    |
|-----------------------|------------------------------------|
| Nombre y firma        |                                    |
| Lugar y fecha         | Zamora Michoacán 14 Noviembre 2025 |

# Mirna Flores Manzo

## Prevalencia de Depresión Posparto en Mujeres puérperas de la Unidad de Medicina Familiar # 82.pdf

 Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

### Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid:::3117:530047695

Fecha de entrega

19 nov 2025, 10:39 a.m. GMT-6

Fecha de descarga

19 nov 2025, 11:01 a.m. GMT-6

Nombre del archivo

Prevalencia de Depresión Posparto en Mujeres puérperas de la Unidad de Medicina Familiar # 82.pdf

Tamaño del archivo

938.5 KB

63 páginas

13.416 palabras

71.032 caracteres

# 25% Similitud general

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

## Filtrado desde el informe

- Texto citado
- Texto mencionado
- Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

## Exclusiones

- N.º de fuentes excluidas
- N.º de coincidencias excluidas

## Fuentes principales

- 25%  Fuentes de Internet
- 11%  Publicaciones
- 0%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

## Marcas de integridad

### N.º de alerta de integridad para revisión

-  **Texto oculto**  
228 caracteres sospechosos en N.º de páginas  
El texto es alterado para mezclarse con el fondo blanco del documento.

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.