



BUAP

**BENEMERITA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE PUEBLA
FACULTAD DE MEDICINA
DIRECCION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
DEL AREA DE LA SALUD**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA
DESCONCENTRADA PUEBLA
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 20
"LA MARGARITA"**

Frecuencia de trastorno depresivo en mujeres peri parto.

Tesis de Especialidad para obtener el grado de especialista en:

Psiquiatría

Presenta:

Dr. Juan Carlos López Martínez

Investigador responsable ante el IMSS:

**Dra. Jessica Juárez Ugalde
Médico psiquiatra adscrito al HGZ 20**

Investigadores asociados:

**Dra. Minou Del Carmen Arévalo Ramírez
Médico psiquiatra**

**Dr. José Gaspar Rodolfo Cortés Riveroll
Doctor en Historia, Médico cirujano y partero**

Heroica Puebla de Zaragoza, Puebla, 2023.

Número de Registro Institucional R-2023-2108-107



IMSS



BUAP

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA**

DESCONCENTRADA PUEBLA

HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 20

“LA MARGARITA”

**DIRECCION DE EDUCACION E INVESTIGACION EN
SALUD**

DEPARTAMENTO DE PSIQUITRÍA

Frecuencia de trastorno depresivo en mujeres peri parto.

Tesis de Especialidad para obtener el grado de especialista en:

Psiquiatría

Presenta:

Dr. Juan Carlos López Martínez
Residente de psiquiatría

Investigador responsable ante el IMSS:

Dra. Jessica Juárez Ugalde
Médico psiquiatra adscrito al HGZ 20

Investigadores asociados:

Dra. Minou Del Carmen Arévalo Ramírez
Médico psiquiatra

Dr. José Gaspar Rodolfo Cortés Riveroll
Doctor en Historia, Médico cirujano y partero

Puebla de Zaragoza, Puebla, 2022.



Número de Registro Institucional R-2023-2108-107



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud **2108**,
H GRAL ZONA NUM 20

Registro COFEPRIS **19 CI 21 114 054**

Registro CONBIOÉTICA **CONBIOÉTICA 21 CEI 001 20201117**

FECHA **Miércoles, 19 de julio de 2023**

Doctor (a) **JESSICA JUAREZ UGALDE**

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **Frecuencia de trastorno depresivo en mujeres en periodo periparto**, 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-2023-2108-107

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

Doctor (a) **SANTILLANA ARCE JOSE GERMAN**
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 2108

Imprimir

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

**COORDINACION DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
HOSPITAL GENERAL DE ZONA NUMERO 20**

PUEBLA, PUEBLA, NOVIEMBRE DEL 2022

AUTORIZACIÓN DE IMPRESION DE TESIS DE ESPECIALIDAD:

LOS ASESORES:

**Dra. Jessica Juarez Ugalde
Dra. Minou del Carmen Arévalo Ramirez
Dr. José Gaspar Rodolfo Cortés Riveroll**

DE LA TESIS TITULADA:

Frecuencia de trastorno depresivo en mujeres en periodo periparto.

REALIZADA POR EL MÉDICO RESIDENTE:

Dr. Juan Carlos López Martínez

DE LA ESPECIALIDAD DE:

Psiquiatría

HACEMOS CONSTAR QUE ESTE TRABAJO CIENTÍFICO HA SIDO REVISADO

Y

AUTORIZADO CON EL NÚMERO DE REGISTRO NACIONAL:

R-2023-2108-107

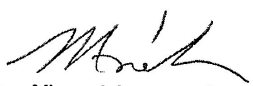
PROPORCIONADO POR EL SISTEMA NACIONAL DE REGISTRO EN LINEA DE
LA


COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD (SIRELCIS).

AUTORIZO SU IMPRESIÓN

ASESORES:


Dra. Jessica Juarez Ugalde
Asesora Experta


Dra. Minou del Carmen Arevalos
Ramirez
Asesora metodologica


Dr. José Gaspar Rodolfo Cortés
Riveroll
Asesor metodologico


Dra. Jessica Juarez Ugalde
Profesora Titular

DEDICATORIA

A mi madre que fue mi sostén, mi guía y mi ejemplo que no importa que tan difícil se vea, siempre se puede.

A mis hermanas por ser mi alegría aun estando lejos.

A mi padre, que no pudo verme como especialista, pero jamás me faltó su cariño.

A mis guías en esta, mi primera travesía en la investigación, maestros, amigos y libros.

A todas las personas que lean esto y estén atravesando un episodio depresivo, estamos trabajando para que pronto dejen de sufrir.

ÍNDICE

RESUMEN	7
MARCO TEÓRICO	8
ANTECEDENTES ESPECÍFICOS.....	13
JUSTIFICACIÓN.....	19
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	20
OBJETIVO	21
HIPÓTESIS.....	21
MATERIAL Y MÉTODOS	22
ASPECTOS ÉTICOS.....	27
RECURSOS HUMANOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD.....	33
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	34
RESULTADOS.....	36
DISCUSION	41
CONCLUSIÓN	43
BIBLIOGRAFÍA.....	44
ANEXOS	47

RESUMEN

Frecuencia de trastorno depresivo en mujeres peri parto.

Dra. Juarez-Ugalde J (1) Dra. Arevalos-Ramirez M (2). Dr. Cortés-Riveroll J (3), R1 Lopez-Martinez J (4). (1) médico psiquiatra adscrito al HGR 36 (2) Médico psiquiatra Investigadora Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (3) Doctor en Historia, Médico cirujano y partero, investigador Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (4) médico residente de la especialidad de psiquiatría.

Antecedentes: Los trastornos depresivos en el peri- parto son una complicación importante en el embarazo y en el puerperio, más comúnmente descritas por los obstetras. Estos se suelen presentarse tanto durante todo el embarazo o hasta el 1er año post parto.

Objetivo: Determinar la frecuencia de mujeres en el peri parto que presentan algún trastorno depresivo

Material y métodos: se realizó un estudio descriptivo, no experimental, prospectivo, observacional, unicentrico y transversal en el hospital general de zona no. 20 de la OOAD Puebla, a mujeres derechohabientes del instituto mexicano del seguro social que acudieron a los servicios de ginecología y obstetricia o consultas subsecuentes y se encontraban embarazadas en 3er trimestre, puérperas de máximo 6 meses post parto, con una edad de 20 a 40 años a quienes, se les aplicó la escala de depresión perinatal de Edimburgo.

Resultados: La población se encontró en un rango de edad de 12 a 41 años, con una media de 23.26. De este grupo 73.8% presentó alteraciones del estado de ánimo.

Conclusión: El resultado arrojado por el análisis de datos demostró que, en más de la mitad las pacientes evaluadas, captadas en la consulta prenatal, se encontraron síntomas afectivos, aunque se debe remarcar que solamente fueron graves en la minoría de la población

MARCO TEÓRICO

Antecedentes Generales:

Desde el principio de las civilizaciones humanas se tiene describe el síndrome depresivo en muchos textos como la biblia, en el antiguo testamento cuando se menciona la depresión del rey Saúl, con los griegos en la Ilíada de Homero con el suicidio de Áyax e incluso Hipócrates en el 400 a.C. usaba términos como manía y melancolía para referirse a enfermedades del estado de ánimo. La palabra depresión deriva del latín “*de*” y “*premere*” que significa apretar u oprimir y “*deprimere*” que quiere decir empujar hacia abajo (1).

Los trastornos depresivos comparten como característica en común la presencia de un estado de ánimo triste, vacío o irritable con cambios somáticos y cognitivos que afectan las capacidades funcionales y sociales del individuo con diferencias en la duración, la presentación temporal o la supuesta etiología.

Etiología: en el siglo pasado se consideraba que los neurotransmisores monoamínicos como la noradrenalina, dopamina, serotonina e histamina eran los únicos responsables, pero poco a poco se ha ido definiendo que las alteraciones de cada uno de estos sistemas por separado como en sus sistemas neuroconductuales, circuitos neuronales, y mecanismo neuroreguladores deben ser el foco de interés. Aun así, la noradrenalina y la serotonina son los dos neurotransmisores más implicados en la fisiopatología de la depresión. (2)

En la noradrenalina parece ser que la disminución de la sensibilidad de los receptores beta-adrenérgicos con su respectiva a respuesta clínica de los pacientes con depresión es la prueba de la implicación del sistema noradrenérgico en este padecimiento.

En cuanto a la serotonina se ha estudiado y definido múltiples receptores de este neurotransmisor, y se ha comprobado que al disminuir la serotonina se precipitan síntomas depresivos e incluso en estudios de pacientes que cometieron suicidio se

ha encontrado una baja cantidad de este neurotransmisor en su líquido céfalo raquídeo.

Otra monoamina que ocupa interés en el estudio de la etiología de la depresión es la dopamina, la cual se ha propuesto como componente importante de esta enfermedad contando actualmente con 2 teorías: la disfunción de la vía mesolímbica dopaminérgica y la hipoactividad del receptor de dopamina D1.

Alteraciones hormonales.

El eje Hipotálamo Hipófisis Suprarrenal es el núcleo de la respuesta al estrés en los mamíferos, su actividad elevada es uno de los vínculos más claros del estrés biológico y la depresión. En pacientes ya diagnosticados se ha sugerido la existencia de un trauma precoz en la niñez que aumenta la actividad del eje hipotálamo hipófisis suprarrenal, acompañado de cambios estructurales en la corteza cerebral como atrofia o disminución de volumen.

La elevada actividad del eje HHS se cuantifica con el volumen de cortisol libre en plasma u orina, este al ser la hormona liberada en el estrés, que se encuentra elevada en el 20-60 % de los pacientes con diagnóstico de depresión. La existencia de hipercortisolemia en la depresión indica que existen trastornos como la disminución del tono inhibitorio de la serotonina, aumento en la estimulación por noradrenalina, acetilcolina u hormona liberadora de corticotropina.

El eje tiroideo es uno de los puntos clave en el estudio de la influencia hormonal en la depresión, como lo demuestra el hecho de que 10% de los pacientes con diagnóstico de depresión padecen una disfunción tiroidea no detectada previamente, cuantificada con los niveles de TSH en sangre, así como la respuesta clínica de los pacientes con depresión al corregir las disfunciones tiroideas.

Epidemiología:

Los trastornos depresivos tienen una alta prevalencia y se han mostrado como los padecimientos psiquiátricos más prevalentes a lo largo de la vida en un rango entre el 5% al 17%.

En cuanto a las características de los pacientes sabemos que la prevalencia de depresión es mayor en mujeres siendo casi el doble en comparación con los hombres. Se cree que esto es debido a los efectos de las hormonas presentes en la vida de la mujer y durante el parto, los factores psicosociales y las conductas de indefensión aprendida.

La edad de inicio de un trastorno depresivo mayor es muy cercana a los 40 años, 50% de los casos han iniciado entre los 20 a los 50 años, aunque no es raro que aparezca en la infancia o en la edad avanzada. (3)

Diagnóstico

El trastorno depresivo mayor es el trastorno clásico y modelo de este grupo de trastornos, cuenta con los criterios propuestos en el DSM 5:

- a. Cinco o más de los síntomas siguientes que han estado presentes durante el mismo periodo de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o de placer.
 - a. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas.
 - b. Diminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días.
 - c. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso de más del 5% del peso corporal en un mes con aumento o disminución del apetito casi todos los días.
 - d. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
 - e. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.
 - f. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
 - g. Sentimientos de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días.

- h. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse o tomar decisiones casi todos los días.
 - i. Pensamientos de muerte recurrentes, ideas suicidas recurrentes sin un plan específico, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
- b. Los síntomas deben causar malestar clínicamente importante o deterioro de relaciones sociales, laborales u otras áreas importantes del funcionamiento.
- c. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.

Como especificador tenemos el rubro de inicio en el peri-parto, el cual es el que nos compete más para el presente documento.

Periparto:

Periodo comprendido entre la gestación o en las 4 semanas posteriores al parto, los episodios del estado de ánimo pueden o no presentar características psicóticas. 3 a 6% de las mujeres inician con un trastorno depresivo durante el parto o en las semanas o meses posteriores al mismo. (4)

Puerperio:

El puerperio es un periodo de tiempo que tiene distintas definiciones según la institución de cada país, siendo las más relevantes para los fines de este trabajo las siguientes:

El manual de diagnóstico y estadística de la asociación americana de psiquiatría define este periodo como las primeras 4 semanas después del parto.

En cuanto a la clasificación internacional de las enfermedades en su décima revisión de la organización mundial de la salud lo define como dentro de las seis semanas posteriores al parto.

El estigma y la vergüenza que sienten las madres que sufren estos trastornos son frecuentemente factores importantes que causan un diagnóstico tardío. Esa desconfianza es especialmente común en la depresión perinatal, cuando los sentimientos de culpa y de fracaso pueden ser intensos ya que una madre puede temer que se le considere incapaz de cuidar de su hijo.

Como medida preventiva ante estos trastornos la guía de práctica clínica solo recomienda la detección mediante la consulta prenatal al preguntar acerca de síntomas depresivos, como mínimo, al ingreso de la paciente a control prenatal y después del nacimiento, entre las 4 a 6 semanas y los 3 a 4 meses posparto (5).

ANTECEDENTES ESPECÍFICOS

Los trastornos depresivos en el peri- parto son una complicación importante en el embarazo y en el puerperio, más comúnmente descritas por los obstetras. Estos se suelen presentar tanto durante todo el embarazo o hasta el 1er año post parto. Cabe mencionar que los trastornos que se presentan antes del embarazo pero que recurren durante el mismo o en el postparto también son considerados enfermedades mentales del peripato. (6)

Trastornos depresivos en el post parto

Definición: según el DSM 5, los síntomas presentes en la depresión perinatal son similares a los de un episodio depresivo mayor, con la característica de que aparecen durante el embarazo o durante las primeras cuatro semanas posparto (7).

Etiología

Durante la gestación y el periodo de puerperio existen muchos cambios fisiológicos en el cuerpo, tantos bioquímicos, hormonales psicológicos y sociales que hacen que la mujer embarazada sea más vulnerable para la aparición de trastornos depresivos. En estas pacientes ya existe una respuesta al estrés fisiológico en curso, aunque es modulada por sus mecanismos de afrontamiento positivos. Sabemos que el eje Hipotálamo- hipófisis- adrenal se conserva con una retroalimentación negativa, sin embargo, hay un hipercortisolismo debido a que la placenta y el feto liberan glucocorticoides. En esta circunstancia, la enzima de la placenta 11β - hidroxisteroide deshidrogenasa-2 (11β -HSD2) convierte el cortisol materno (que puede atravesar la barrera placentaria) en corticosterona inactiva, protegiendo así al feto de adquirir hipercortisolismo. Sumando a esto existe una mayor liberación de oxitocina y prolactina que promueve la secreción de estrógeno y progesterona, necesaria para inducir la inmunotolerancia del producto de la gestación (8).

En las mujeres embarazadas el estrés continuo tanto social y biogénico son percibidos por como nocivos y, por lo tanto, sus mecanismos de afrontamiento se vuelven insuficientes para modular la respuesta ante estos. Esta circunstancia

desregula la retroalimentación negativa en el eje HHA produciendo más cortisol, ante esta situación la β -HSD2 para amortiguar el cortisol materno, hace posible que el cortisol materno “desborde” la circulación fetal; El cortisol materno excesivo también puede regular negativamente la 11β placentaria-Expresión de HSD2, disminuyendo así aún más los efectos protectores fetales de esta enzima.

Además, en los cerebros materno y fetal, el circuito de retroalimentación negativa dependiente de cortisol del eje HHA tiende a decaer en fuerza ya que la expresión del receptor de glucocorticoides disminuye en áreas del cerebro (p. Ej., Hipocampo) que son críticas para la atenuación de respuestas al estrés; como resultado, la madre y el feto caen en un estado relativo de hipercortisolismo y "sensibilización" del eje HHA. Esta situación es peligrosa porque el embarazo normal se caracteriza por niveles altos de cortisol debido a la producción de esta hormona por parte del feto y la placenta. En estas condiciones, el hipercortisolismo anormal altera la liberación de progesterona, estrógeno, oxitocina y prolactina, lo que facilita la expresión de estados de ánimo negativos (9)

Epidemiología

De acuerdo a un meta-análisis hecho por O'Hara et al en 1996 la prevalencia de Depresión Post Parto (dos meses posnatales) se estima en 12% usando como medio de diagnóstico la entrevista clínica y 14% usando escalas de auto informe. Las diferencias en resultados se deben a que las entrevistas auto aplicadas tienden a reportar porcentajes mayores (10). Gaynes, en el 2005 realizó un estudio sistemático, donde estimó una prevalencia de depresión menor de 6.5–12.9% y de depresión mayor durante el primer año posparto, de 1.0–5.9%.

En México, se han realizado nueve estudios sobre la prevalencia desde el año 1991 a la fecha. Donde se encontró que la prevalencia de Depresión Post Parto (DPP) va de 6.6% a 24.6% (por entrevista clínica aplicada por un clínico) y de 10% a 20% (por escalas de autoinforme), en zonas urbanas (11).

En población rural solo existen dos estudios publicados, los cuales estiman la prevalencia entre 11% y 12.9%.

En mujeres indígenas, solo una investigación ha estudiado este trastorno en un pequeño grupo, encontrando presencia de DPP en 7% de la muestra. Estas prevalencias no distinguen entre casos de inicio en el posparto de aquellos que se presentaban desde la gestación. (12)

Recomendaciones de tamizaje

Tanto la asociación americana de ginecología y obstetricia como la academia americana de pediatras (AAP) recomienda el tamizaje de depresión perinatal en las mujeres que cursan o han parido, siendo este último caso en el que la AAP recomienda aplicar la escala de Edimburgo o el cuestionario de 2 preguntas en las visitas al pediatra del primer, segundo y cuarto mes del infante. (13)

Los instrumentos de tamizaje para depresión post parto que más se utilizan en la consulta de primer nivel, según lo publicado por el Dr. Davis et al en el 2013 (14) son la escala de Edimburgo EPDS y el cuestionario *patient health questionnaire 9* PH9, las cuales han sido validadas en múltiples ocasiones para la detección de este trastorno, teniendo ambas una adecuada sensibilidad y especificidad.

Tratamiento

Depresión prenatal

Hasta la fecha de esta investigación, no se han realizado estudios aleatorizados de antidepressivos en mujeres embarazadas. Siendo el uso de terapias psicológicas y alternativas el foco de atención de las investigaciones recientes (15).

En el caso particular de las terapias alternativas, métodos utilizados ampliamente en cada país y los cuales varían según la cultura, no se ha demostrado su eficacia contra el trastorno depresivo perinatal. En 2014 Freeman y Deligiannidis, buscaron la eficacia de distintas terapias alternativas como uso de suplementos alimenticios (omega 3), acupuntura, fototerapia y masajes en un grupo de mujeres embarazadas, obteniendo pobres resultados en comparación con placebo, reportando la mejoría significativa solo en las mujeres que asistían a terapia durante el estudio. (16)

Según la guía para prescribir en el periodo peri natal, se debe evitar al máximo el uso de medicamentos contra indicados por la Federal Drugs administration FDA como el valproato, y advertir a la madre del riesgo que existe con el uso de psicofármacos durante el embarazo.

Se deben elegir fármacos que logren una adecuada estabilidad a dosis bajas, cuidando siempre los efectos secundarios de dichos fármacos durante las etapas del desarrollo del producto. En general lo recomendado es la interrupción del tratamiento o evitar implementar uno, si la mujer se encuentra con afectación leve o si se encuentra estable en relación a una psicopatología previa, así como hacer el cambio por psicoterapia o indicarla en aquellas que así lo requieran.

En caso de afectaciones moderadas a severas, continuar con el fármaco adecuado a dosis mínima efectiva, tomando en cuenta aquellos fármacos mejor estudiados en el embarazo y la respuesta previa de la madre ha dicho fármaco. En el último trimestre, evitar los psicofármacos que puedan causar dificultades durante el parto o en el producto, al que le pueden generar síntomas de mal adaptación al entorno.

Depresión post parto

Seleccionar de manera individual el tratamiento a seguir, teniendo en cuenta el riesgo-beneficio que representan los psicofármacos en la lactancia, los cuales son menores que la etapa prenatal. Además, se debe valorar el riesgo que puede significar en una mujer con depresión moderada a grave el retiro de una terapia farmacológica por la lactancia materna, ya que durante esta etapa es cuando se presentan agudizaciones de cuadros depresivos previos.

En el caso de las mujeres que no cuentan con tratamiento farmacológico previo, se debe tomar en cuenta la gravedad de los síntomas, las redes de apoyo familiares y el entorno social de la paciente para decidir si se emplean psicofármacos o terapias no farmacológicas. En aquellas madres que desean dar lactancia a sus hijos, se deben encontrar alternativas que apoyen a la lactancia, en lugar de impedirla. (17)

Escala de Edimburgo

La escala de Edinburgh para depresión posparto fue un instrumento diseñado para ayudar a los profesionales de la salud en la detección de las madres que padecen de depresión durante el periodo post parto (18) cuantificando síntomas depresivos cognoscitivos exclusivamente en el post parto.

Existen diversos estudios que validan esta escala como una herramienta confiable y validada internacionalmente como tamizaje de DPP; aun así, se habla de diferencias en los valores de sensibilidad. Especificidad, valores predictivos, tipos de población y tamaño de muestra como referencia.

En México existen pocos reportes del uso de la escala como método de tamizaje como por el ejemplo el Dr. Alvarado et al. Recomendaron un punto de corte de 11/12 logrando una sensibilidad del 75% y especificidad del 93% a las cuatro semanas del post parto (19) y Un estudio más reciente del 2015 realizado por la Dra. Macías quienes realizaron un estudio directo en 441 mujeres mexicanas puérperas usuarias del hospital Juárez de México, aplicando la escala de Edimburgo como método de tamizaje para la DPP y tomando como punto de corte 10 o más puntos en la evaluación, lograron identificar una población afectada de 79 mujeres a las que se les aplico el índice de Beck para corroborar el diagnostico de depresión corroborando el diagnostico en 61 pacientes y descartando solo a 18 por lo que se definió una sensibilidad del 70.04% y especificidad del 72.2% al usar un punto de corte de 12 puntos en la escala de Edimburgo, corroborando los resultados del Dr. Alvarado en el 2005 en sensibilidad, aunque no en especificidad. (20)

Cuando una paciente presente más de 12 puntos en la escala de Edimburgo, se necesita una valoración por parte del médico psiquiatra para poder realizar diagnóstico preciso e iniciar tratamiento.

Con estos resultados, es importante señalar la utilidad de esta prueba en la población mexicana como método de tamizaje en las mujeres peri parto, ya que resulta una manera práctica, sencilla y económica que no requiere grandes recursos para su implementación y que, de aplicarse en la consulta rutinaria, puede mejorar la calidad de vida de las pacientes y sus familias.

JUSTIFICACIÓN

El riesgo de episodios de trastornos depresivos del estado de ánimo puede ser mayor en el peri-parto que en otros momentos de la vida de la paciente ya que en el embarazo ocurren muchos cambios físicos y psicológicos que resultan en que aproximadamente 80 por ciento de las pacientes que tienen un parto presentan algún grado de alteración del estado de ánimo que va desde molestias leves como el llanto ocasional o la tristeza hasta cuadros clínicos de angustia, desesperanza e incluso ideaciones suicidas.

En esta población de pacientes afectadas, alrededor del 20% presenta depresión postparto, más del 50% presentó tristeza postparto o llamada "*baby blues*", 20% comenzó con síntomas de depresión desde el embarazo.

La depresión perinatal es particularmente importante porque se produce en un momento crítico en la vida de la paciente, su hijo y entorno familiar. Si no se detecta y trata a tiempo, resulta en un efecto crónico y negativo en la relación entre la madre y el bebé lo que conlleva una alteración en el desarrollo psicológico, social y educativo del infante. Otra consecuencia grave es que la relación entre la paciente y su pareja también puede afectarse negativamente. La morbilidad de la depresión clínica a habitualmente se prolonga debido a un retraso en el diagnóstico, o a un tratamiento inadecuado.

Por lo tanto, es necesario tener claro cuál es la frecuencia de estos trastornos en embarazadas ya que es la base para crear programas de prevención y para decidir acciones para apoyar a las pacientes que se encuentran en uno de los momentos más vulnerables de su vida.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La depresión posparto es un trastorno del estado de ánimo no que se caracteriza por iniciar después del parto y se extiende a lo largo del primer año post parto. En México la prevalencia es de 13 a 14 % y de 8 a 13 % en la gestación, aunque se debe aclarar como principal problema la poca actualización de los datos, ya que se menciona en la literatura que los últimos estudios de la prevalencia de depresión en madres mexicanas fueron por la Dra. Lara 2015 en el que hallaron una prevalencia similar, aunque las muestras siempre han sido limitadas al centro del país, más específicamente a la ciudad de México.

Este trastorno puede llegar a ser muy incapacitante para las madres que lo cursan llegando incluso a poner en riesgo la vida tanto de la madre como del menor. Así mismo en el desarrollo del menor, se ha comprobado que los hijos de madres que padecen o padecieron trastornos depresivos de cualquier clase, tienen 3 veces mayor riesgo de tener problemas en el manejo de las emociones y problemas conductuales que le generen un deterioro social o cognitivo.

Por lo que nos preguntamos ¿Cuál es la frecuencia de trastornos depresivos en mujeres peri parto?

OBJETIVO

- General:

Determinar frecuencia de trastornos depresivos en mujeres peri parto.

- Específicos:

Aplicar cuestionarios para detección de síntomas de depresión en mujeres en peri parto

Analizar los datos para obtener la frecuencia y compararla con la prevalencia de estos trastornos en la población.

HIPÓTESIS

Existe una frecuencia alta de trastornos depresivos en mujeres en peri parto usuarias del hospital general de zona 20

MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO

Por el objetivo general: descriptivo.

- Por maniobra que realizará el investigado: observacional.
- Por el número de veces que se medirán las variables: transversal.
- Por la obtención de los datos: Prospectivo.
- Por número de centros a participar: Unicentro.

Tipo de estudio y Objetivo: Descriptivo, No experimental

Temporalidad: Transversal

UBICACIÓN ESPACIO-TIEMPO

El presente protocolo se realizó en el Hospital general de zona no. 20 de la OOAD Puebla, México. A partir de que fue autorizado por el comité correspondiente y hasta completar un periodo de 6 meses.

CRITERIOS DE UNIDAD DE POBLACIÓN Y MUESTRA

Población de estudio: mujeres derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social que acudieron a los servicios de ginecología y obstetricia o consultas subsecuentes del HGZ 20 del OOAD en Puebla, durante el período que dure el presente protocolo.

Muestra: 145 pacientes

CRITERIOS DE SELECCIÓN

De Inclusión:

- Mujer usuaria del Hospital General de Zona 20 derechohabiente del instituto mexicano del seguro social.
- Embarazada en 3er trimestre
- Puérpera de máx. 6 meses post parto

- Edad de 20-40 años

De exclusión:

- Enfermedad neurológica diagnosticada previamente
- Enfermedad tiroidea dx previo5
- No desea participar en la investigación
- Abuso de sustancias
- Antecedentes de tratamiento por trastornos del humor antes del embarazo.

De eliminación:

- Pacientes que proporcionen información incompleta
- Pacientes que no deseen continuar en el protocolo

MUESTREO

TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Población: 2867 a junio 2021 pacientes

Muestra: 145 pacientes

En base a la fórmula de población finita con un intervalo de confianza de 95% y un error de 5% se obtuvo una muestra de 145 pacientes.

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

n = Tamaño de muestra buscado

N = Tamaño de la Población o Universo

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 = Probabilidad de que no ocurra el evento estudiado

Nivel de confianza	Z _{alfa}
99.7%	3
99%	2,58
98%	2,33
96%	2,05
95%	1,96
90%	1,645
80%	1,28
50%	0,674

Procedimiento.

1.- El estudio se sometió a la aprobación de los comités locales del Hospital general de zona 20, IMSS y una vez obtenido la autorización se procedió a iniciar la siguiente estrategia de trabajo: el consentimiento de todas las participantes. Se asignó número de registro:

2.- Se les pidió a las enfermeras del HGZ 20, adscritos al área del ginecología y obstetricia y a pediatría neonatal, que a las pacientes que acudieron a sus últimas consultas prenatales o a la primera del puerperio, así como a las que asistieron a la toma de tamiz neonatal de sus hijos, se les otorgara y se les dio a leer la carta de consentimiento informado con la aclaración de dudas las veces que se necesaria.

3.- A las pacientes que aceptaron a participar se les dio a firmar la carta de Consentimiento Informado y se asignará número de registro.

4.- A todas las pacientes se les entregó una copia del instrumento auto aplicable de la escala de Edimburgo, se anotaron sus parámetros clínicos que incluyen la edad gestacional o tiempo de puerperio.

5.- en caso de resultar positivas a síntomas depresivos por la escala aplicada, se les citará a la consulta de psiquiatría si así lo desean.

VARIABLES

Nombre	Definición		Tipo	Escala	Medición	Instrumento
	Conceptual	Operacional				
Edad gestacional	término común usado durante el embarazo para describir qué tan avanzado está	Semanas de gestación a partir de prueba de embarazo positiva	Cuantitativa	discreta	Semanas	semanas
Semanas de Puerperio	Tiempo transcurrido después del parto hasta el momento de la consulta	Semanas después de ocurrido el parto o cesárea.	Cuantitativa	discreta	semanas	semanas
Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	Años cumplidos desde el nacimiento.	Cuantitativa	Discreta	años	años
Trastorno depresivo	Tristeza de una intensidad o una duración suficiente como para interferir en la funcionalidad y una disminución del interés o placer despertado por las actividades.	Tristeza de una intensidad o una duración suficiente como para interferir en la funcionalidad y una disminución del interés o placer despertado por las actividades.	Cualitativa	nominal	Escala Edimburgo	Positivo Negativo
primiparidad			Cualitativa	Nominal dicotómica	primer embarazo	1. Si 2. no

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

VARIABLES CLÍNICAS Y SOCIODEMOGRÁFICAS RECABADAS A TRAVÉS DE CUESTIONARIO. APLICACIÓN DE ESCALA DE DEPRESIÓN PERINATAL DE EDIMBURGO CON APROBACIÓN DE LOS COMITÉS CORRESPONDIENTES.

Se realizó estadística descriptiva para la medición de frecuencias y porcentajes de variables sociodemográficas y clínicas: media y desviación estándar para variables cuantitativas con distribución normal y mediana con rango intercuartilar para variables cuantitativas de libre distribución. Se utilizó el programa SPSS v 25.

ASPECTOS ÉTICOS

De acuerdo con los principios establecidos en la declaración de Helsinki, apegándonos al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud debido a que esta investigación se consideró como riesgo mínimo según el artículo 17 del reglamento y en cumplimiento con los aspectos mencionados con el Artículo 14 del reglamento, este estudio se desarrollará conforme a los siguientes criterios:

- I. Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen;
 - a. El respeto a las personas, como individuos autónomos y en caso de autonomía disminuida tienen derecho a protección.
 - i. En este protocolo explicaremos de manera detallada a cada participante el consentimiento informado, el objetivo del estudio, como será su participación en el mismo, el carácter voluntario de su participación y confidencialidad en la misma, así como el derecho a retirarse en el momento que así lo decida sin repercusión en su atención médica.
 - b. La beneficencia será la guía para las reglas que establecen que los riesgos sean menores que los beneficios esperados valiéndose del principio de no hacer daño y aumentar el beneficio lo máximo posible.
 - i. Nuestro protocolo este clasificado como de riesgo mínimo ya que se podría suscitar alguna alteración del estado de ánimo en las pacientes, debido a las preguntas que serán planteadas, aunque siendo este mínimo y consideramos que el beneficio será mayor ya que de ser detectada será canalizada para su evaluación completa y así recibir la atención necesaria.
 - c. La justicia como obligación ética que dicta tratar a cada persona con equidad, dando la atención requerida sin importar condiciones sociales o de raza. Así mismo dando a cada paciente los mismos beneficios.

Artículo 18.- El investigador principal suspenderá la investigación de inmediato, al advertir algún riesgo o daño a la salud del sujeto en quien se realice la investigación. Asimismo, será suspendida de inmediato cuando el sujeto de investigación así lo manifieste.

Por lo anterior descrito el presente trabajo se trata de una investigación de la categoría “riesgo mínimo”, por solamente constar de la aplicación de inventarios. Además de proteger la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

Declaración de Helsinki

El presente estudio observa los principios enunciados en la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (AMM) adoptada por la 18ª Asamblea General de la AMM, Helsinki, Finlandia, junio 1964 y enmendada por la 29ª Asamblea de la AMM, Tokio, Japón, octubre 1975, 35ª Asamblea de la AMM, Venecia, Italia, octubre 1983, 41ª Asamblea general de la AMM, Hong Kong, septiembre 1989, 48ª Asamblea Somerset West, África, octubre 1996, 52ª asamblea de la AMM, Edimburgo, Escocia, octubre 2000; 53ª asamblea general de la WMA, Washington 2002 (nota aclaratoria agregada en el párrafo 29); 55ª asamblea General de la AMM, Tokio, Japón 2004 (nota aclaratoria agregada en el párrafo 30), 59ª Asamblea General de la AMM, Seúl, octubre 2008. La cual es una propuesta de principios éticos que sirven para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos y establece que el deber del médico es promover y velar por la salud de las personas y los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber. Así mismo, se apega a las normas éticas propuestas en el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en su Título primero (Disposiciones Generales) artículo 3º, apartado II, al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social, Título Segundo (de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos), Capítulo I, artículo 13º (en toda investigación en la que el

ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar); considerando también el artículo 16, donde dice que en las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y este lo autorice.

Con base en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial sobre los principios éticos para la investigación en salud en seres humanos con última revisión en Brasil, 2013. En su Artículo 100: La investigación en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases:

I. Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica;

II. Podrá realizarse sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro método idóneo;

III. Podrá efectuarse sólo cuando exista una razonable seguridad de que no expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación;

IV. Se deberá contar con el consentimiento informado por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquel, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud;

V. Sólo podrá realizarse por profesionales de la salud en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes. La realización de estudios genómicos poblacionales deberá formar parte de un proyecto de investigación;

VI. El profesional responsable suspenderá la investigación en cualquier momento si sobreviene el riesgo de lesiones graves, discapacidad o muerte del sujeto en quien se realice la investigación;

VII. Es responsabilidad de la institución de atención a la salud proporcionar atención médica al sujeto que sufra algún daño, si estuviere relacionado directamente con la investigación, sin perjuicio de la indemnización que legalmente corresponda.

CÓDIGO DE NUREMBERG: habla sobre las condiciones para la realización de experimentos médicos en humanos; en este código, quedaron expresadas diez normas básicas:

1. El consentimiento del sujeto es esencial.
2. El experimento debe ser tal, que conduzca a resultados positivos para el bien de la sociedad, imposible de llevarse a cabo por otros métodos o medios de estudio que sean por naturaleza improvisados o innecesarios.
3. El experimento debe realizarse y basarse en los resultados de la experimentación animal y el conocimiento de la historia natural de la enfermedad o de otra en estudio, que permita anticipar los resultados y por tanto, justificar la realización del mismo.
4. El experimento debe ser conducido de tal manera que evite toda lesión o sufrimiento mental o físico innecesario.
5. No debe realizarse un experimento cuando haya razones a priori para pensar en la posibilidad de lesiones mentales, o que incapaciten al sujeto, excepto quizá en aquellos donde los médicos e investigadores también sirven como sujetos de experimentación.
6. El grado de riesgo de un experimento nunca debe exceder a la importancia de lo que pretende demostrarse.
7. Se deben tomar todas las precauciones para proteger a los sujetos de experimentación, aun contra la más remota posibilidad de lesión, incapacidad o muerte.

8. El experimento sólo debe realizarse por personas altamente capacitadas. Se debe exigir siempre el mayor grado de habilidad y de cuidado a todas las personas que conducen o participan en todas las fases del mismo.

9. Durante el desarrollo del experimento, el sujeto podrá pedir que se suspenda, si se siente afectado mental o físicamente para continuarlo.

10. Durante el desarrollo del experimento, los científicos encargados deben estar dispuestos a darlo por terminado en cualquier momento, si consideran, en el ejercicio de su buena fe, de su gran preparación y de su juicio sereno, virtudes en ellos muy esperadas, que la continuación del mismo puede, muy posiblemente, resultar en lesión, incapacidad o muerte del sujeto en experimentación.

INFORME DE BELMONT: Es importante distinguir entre investigación biomédica y del comportamiento, por una parte y, por la otra, la práctica de una terapia aceptada; ella para saber qué actividades deben sufrir revisión para protección de los sujetos humanos de investigación. La distinción entre investigación y práctica se desdibuja en parte porque a menudo ambas se dan juntas (como en la investigación diseñada para evaluar una terapia) y también, porque con frecuencia se llama "experimental" a un alejamiento notable de la práctica estándar, sin haber definido cuidadosamente los términos "experimental" e "investigación".

Finalmente, en esta investigación todos los individuos serán tratados como personas autónomas, se les detallarán las características del estudio informándoles que ha sido registrado y aprobado ante el Comité local y que su decisión de participar será libre y voluntaria, señalando que pueden retirarse del estudio en el momento que lo deseen, pudiendo informar o no las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad; en caso de aceptar participar en este estudio, se manejarán sus datos con estricta confidencialidad, exponiéndoles que su participación permitirá la obtención de nuevo conocimiento en beneficio de ellos mismos y de otros pacientes y que, en el transcurso del estudio, podrán solicitar información actualizada sobre el mismo. Cumpliendo así con los principios contenidos en la Declaración de Helsinki, la enmienda de Tokio, el Informe Belmont

y Códigos y Normas Nacionales e Internacionales vigentes para las buenas prácticas de la investigación clínica.

RECURSOS HUMANOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD.

Recursos humanos

- Asesores expertos
- Asesor metodológico
- Médico residente de la especialidad en psiquiatría

Recursos materiales

- Se contó con las instalaciones del Hospital General de Zona 20
- Plumas y lápices para el llenado de los cuestionarios.
- Consentimiento informado
- Hojas de recopilación de datos
- Equipo de cómputo.
- Financiamiento
 - Fue financiado por el investigador.

FACTIBILIDAD: la presente investigación fue factible dado que se contaron con los recursos materiales y humanos, aunado a la disponibilidad de realizar la investigación en las pacientes IMSS sin generar complicaciones ni eventualidades, al contrario, favoreciendo la detección y tratamiento oportunos en casos positivos, como preámbulo a nuevas investigaciones y seguimiento de la población muestra. Además, cuestiones técnico administrativas y económicas fueron financiadas por el investigador residente y los recursos que puedan ser proporcionados por la unidad donde se implemento este trabajo.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Frecuencia de trastorno depresivo en mujeres en periodo periparto.

	Mes 1 Abril	Mes 2 Mayo	Mes 3 Junio	Mes 4 Julio	Mes 5 Agosto	Mes 6 Septiembre
Revisión continua de la bibliografía	x	X	X	x	X	
Elaboración del protocolo	X					
Aprobación del protocolo por comité local de investigación		X				
Obtención de información y captación de datos			x	x	x	
Análisis de datos						X
Entrega del escrito médico						x

RESULTADOS

La población se encontró en un rango de edad de 12 a 41 años, con una media de 23.26 (tabla 1). De este grupo 73% presentó alteraciones del estado de ánimo. (Figura 1).

TABLA 1

EDAD		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Año	12	4	2.8	2.8	2.8
	15	4	2.8	2.8	5.5
	16	4	2.8	2.8	8.3
	17	7	4.8	4.8	13.1
	18	5	3.4	3.4	16.6
	19	17	11.7	11.7	28.3
	20	12	8.3	8.3	36.6
	21	8	5.5	5.5	42.1
	22	20	13.8	13.8	55.9
	23	5	3.4	3.4	59.3
	24	5	3.4	3.4	62.8
	25	10	6.9	6.9	69.7
	26	8	5.5	5.5	75.2
	27	3	2.1	2.1	77.2
	28	7	4.8	4.8	82.1
	29	3	2.1	2.1	84.1
	30	1	.7	.7	84.8
	31	8	5.5	5.5	90.3
	32	2	1.4	1.4	91.7
	33	4	2.8	2.8	94.5
34	4	2.8	2.8	97.2	
35	1	.7	.7	97.9	
38	1	.7	.7	98.6	
39	1	.7	.7	99.3	
41	1	.7	.7	100.0	
	Total	145	100.0	100.0	

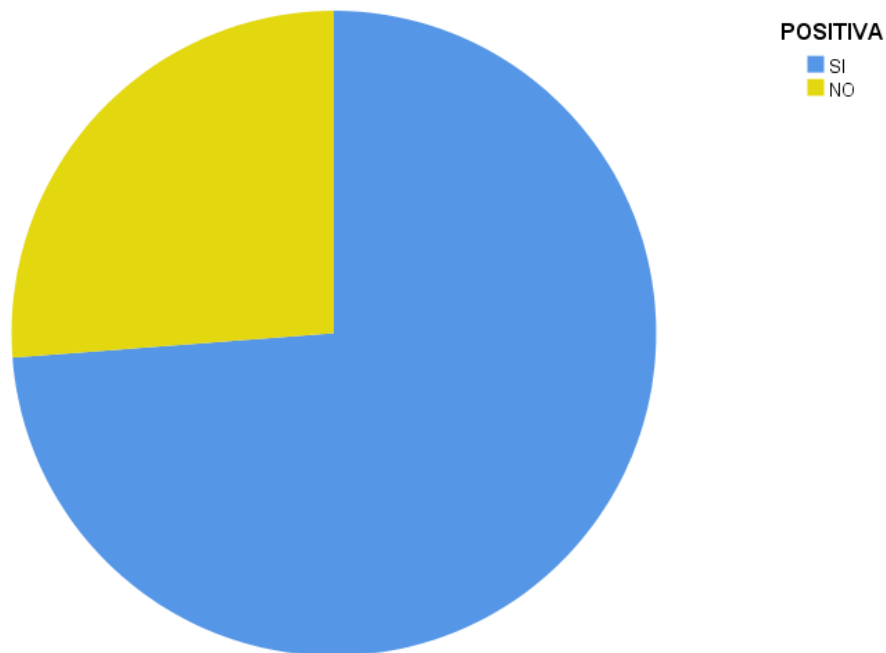


FIGURA 1 PORCENTAJE CON PUNTAJE POSITIVO EN LA ESCALA DE EDIMBURGO

Comparando la población por edad gestacional, encontramos que la mayor cantidad de pacientes participantes se encontraba en el puerperio (51.7%), posteriormente en el segundo trimestre (29.7%), seguido del tercero (17.9%) y por último en el primer trimestre (0.7%). (Figura 2) (tabla 2)

TABLA 2

TRIMESTRE		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	PRIMER	1	.7	.7	.7
	SEGUNDO	43	29.7	29.7	30.3
	TERCERO	26	17.9	17.9	48.3
	PUERPERA	75	51.7	51.7	100.0
	Total	145	100.0	100.0	

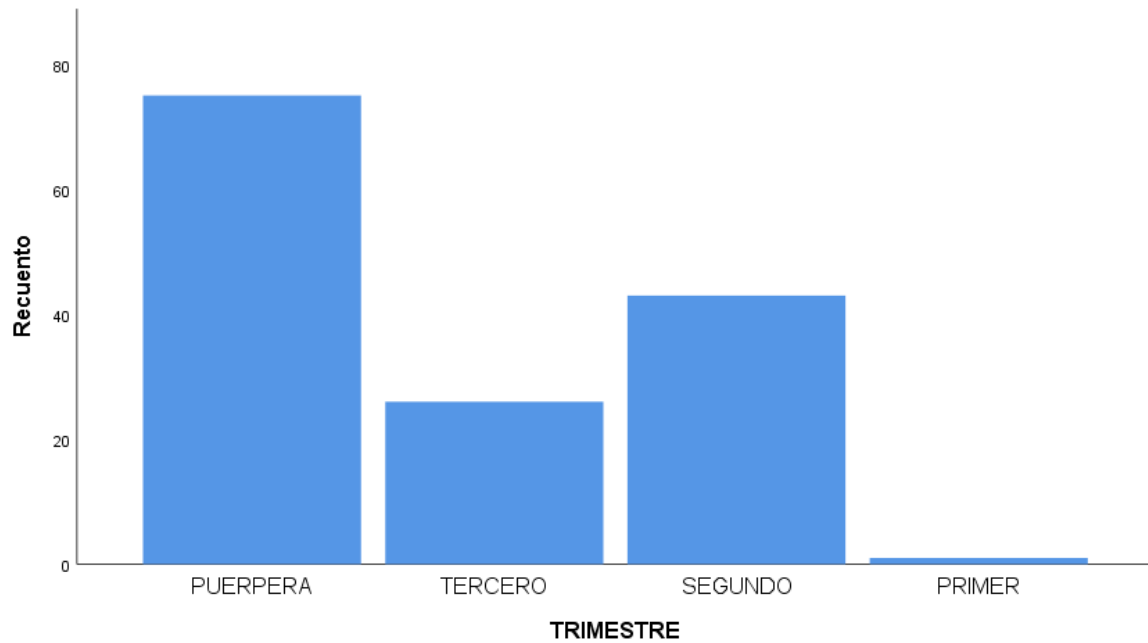


FIGURA 2 DISTRIBUCIÓN POR MOMENTO DE LA GESTACIÓN

Tomando en cuenta el resultado obtenido en la prueba de Edimburgo, podemos observar que en la mayoría de las pacientes que resultaron negativas el puntaje fue el puntaje de 4 puntos y en las positivas el puntaje fue el máximo obtenido en la muestra que es el de 24 puntos. (Figura 3)

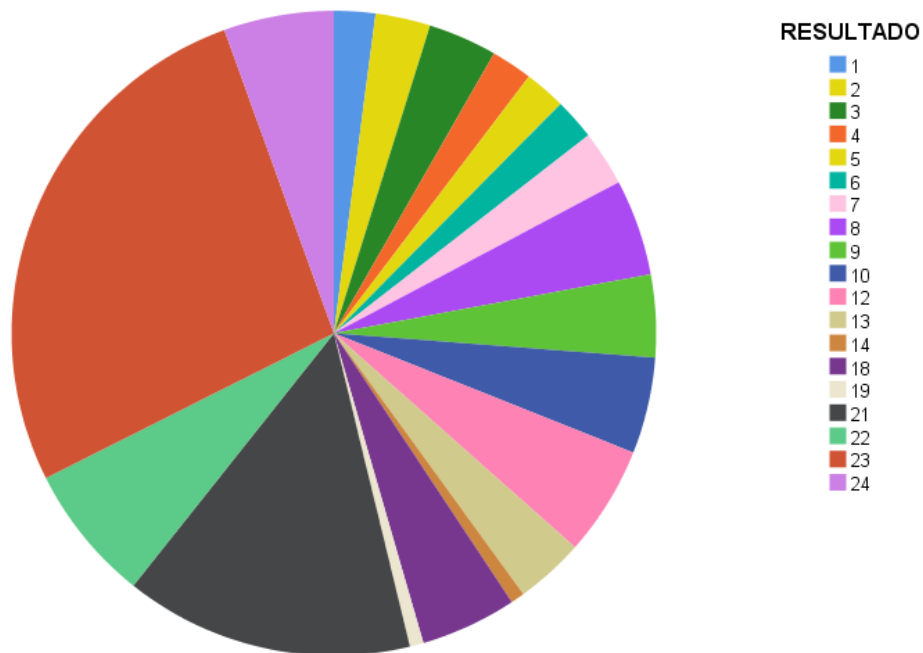


FIGURA 3 DISTRIBUCION DE RESULTADOS

Por último, se hizo un análisis de normalidad para poder comprobar el dato de la población estudiada, analizando la variable de edad ya que todas fueron del sexo femenino y se encontraban en alguna etapa gestacional. Obteniendo como parámetros normales una media de edad de 23 años, con una desviación estándar de más menos 5.737 y una significancia asintótica de 0.000 con corrección de significación de Liliefors (tabla 3)

TABLA 3

		EDAD
N		145
Parámetros normales ^{a,b}	Media	23.26
	Desv. Desviación	5.737
Máximas diferencias extremas	Absoluto	.145
	Positivo	.145
	Negativo	-.064

Estadístico de prueba	.145
Sig. asintótica(bilateral)	.000 ^c

DISCUSION

El objetivo de este estudio fue evaluar la frecuencia de depresión perinatal a través de una escala de autoinforme durante el embarazo y después del parto en mujeres perinatales usuarias del hospital general de zona 20.

La frecuencia de depresión perinatal en este estudio fue del 73,0 % (IC del 95 %), muy superior a la de Gómez et al. (2007) (14%) en América Latina, en muestras de mujeres con embarazos de alto riesgo, sin embargo, es necesario aclarar que la muestra ejemplo se calculó solamente en mujeres con embarazo alto riesgo. Por el contrario, esta figura es mucho más alta que las estimaciones combinadas reportadas por Gaynes et al. (2005) de 3,4% (en el tercer trimestre) solo para la depresión mayor en los países desarrollados

Se observaron síntomas depresivos en el embarazo en el 73.8% (IC 95%) de la muestra, significativamente mayor que en otros estudios en América: 24,3%, 30,7% , y 34,7%. Pero, se debe aclarar que dichas revisiones datan de antes de la primera década de los años 2000, además, se han sumado factores estresantes de índole social, sanitario y económico que probablemente han aumentado las cifras previamente descritas. esto debe tomarse como una oportunidad de actualizar los datos de nuestro país y de la región.

Si bien la Escala de Edimburgo se ha utilizado en estudios previos de mujeres perinatales en los Estados Unidos, se eligió debido a sus consistentes propiedades psicométricas, brevedad y facilidad de respuesta. Además, el hecho de que esté diseñado para la atención primaria lo convierte en un material interesante para la detección futura en entornos obstétricos no clínicos, como la atención por parte de medicina familiar y la atención pediátrica dentro y fuera de un hospital.

Los síntomas depresivos perinatales parecen tener implicaciones clínicas igualmente importantes. Evaluar la depresión clínica es primordial ya que presenta efectos adversos en la salud de la mujer además de resultados adversos durante y después del embarazo. Bajo esta premisa, las escalas de autoinforme no solo

pueden usarse como una herramienta de detección oportuna para una mayor clarificación del diagnóstico, sino que también sugieren que la depresión debe identificarse y tratarse en una etapa temprana para evitar complicaciones.

Se necesitan estudios comparativos que utilicen métodos estándar para comprobar si las diferentes estimaciones de frecuencia están relacionadas con particularidades específicas de la población o solo es por cuestiones metodológicas.

CONCLUSIÓN

El resultado arrojado por el análisis de datos demostró que, en todas las pacientes evaluadas, captadas en la consulta prenatal, se encontraron síntomas afectivos, aunque se debe remarcar que solamente fueron graves en la minoría de la población.

Limitaciones: al ser una escala de diseñada como screening, el test de Edimburgo no se puede considerar como una escala diagnostica, además, se debe remarcar que las limitaciones de tiempo y espacio para la realizaciones de la prueba pueden ser una limitante importante para influir en el resultado de las escalas aplicadas, por lo que se sugiere realizar una nueva investigación a nivel local, pero esta vez utilizando como población muestra a las embarazadas y puérperas que acuden a consulta de atención en las unidades de medicina familiar.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Zarragoita I, De la Osa M, Agudin S, et al. La depresión: retos y conflictos en el siglo XXI. *Interpsiquis* 2018; 1: 1-22.
- 2) James B, Alcott V, Ruiz P. Trastornos del estado de ánimo. En: James B, Alcott V, Ruiz P. Kaplan y Sadock Sinopsis de psiquiatría ciencias de la conducta/ psiquiatría clínica. Onceava edición. Barcelona: Wolters Kluwer; 2015, 347-380.
- 3) American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5. 5ª edición. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2014.
- 4) American Psychiatric Association. Trastornos depresivos. En: Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington: asociación americana de psiquiatría; 2013, 103-128.
- 5) Terán D, Terán I, Santiago S, et al. Guía de práctica clínica: prevención, diagnóstico y manejo de la depresión prenatal y posparto en el primero y segundo niveles de atención, Ciudad de México, México: centro nacional de excelencia tecnológica en salud; 2016.
- 6) . O'hara m, Wisner k, Asher n, et al. Perinatal mental illness: definition, description And aetiology. *Bpobgyn* 2014; 28: 3-12 doi <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2013.09.002>
- 7) Lara MA, Patiño P, Navarrete L, et al. Depresión posparto, un problema de salud pública que requiere de mayor atención en México. <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/280078/2-depresionpostparto.pdf> Consultado julio 2021.
- 8) Salvante K, Milano K, Kliman H et al. Placental 11 β -hydroxysteroid dehydrogenase type 2 (11 β -HSD2) expression very early during human pregnancy. *JDOHaD*, 2017, 8(2), 149–154 doi 10.1017/S2040174416000611.
- 9) González-Ochoa R, Sánchez-Rodríguez E, Chavarría A, et al. Evaluating Stress during Pregnancy: Do We Have the Right Conceptions and the Correct Tools to

Assess It?. "J Pregnancy, 2018, vol 2018, pp 1-20
<https://doi.org/10.1155/2018/4857065>

- 10) O'Hara M, Swain A. Rates and risk of postpartum depression-A meta-analysis. *Int. Rev. Psychiatry* 1996; 8: 37–54 <https://doi.org/10.3109/09540269609037816>
- 11) Lara MA, Navarrete L, Nieto L, et al. Prevalence and incidence of perinatal depression and depressive symptoms among Mexican women. *Journal of Affective Disorders* 2015; 175: 18-24.
- 12) Cabada-Ramos E, Rincón-Cabada F, García- Cabrera KP, et al. Prevalencia de los síntomas de depresión posparto en población urbana, rural e indígena. *Rev Esp Méd Quir* 2015; 20:18-23.
- 13) Gavin N, Gaynes B, Lohr K, et al. perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstet gynecol* 2005;106: 1071-83.
- 14) Davis K. Analysis of brief screening tools for the detection of postpartum depression: comparison of the prams 6 items instrument, phq9 and structured interviews. *Arch women's health* 2013;16: 271-277
- 15) Stuart-Parrigon K, Stuart S. perinatal depression: an update and overview. *Curr Psychiatry Rep* 2014;16: 1-9
- 16) Deligiannidis KM, Freeman MP. Complementary and alternative medicine therapies for perinatal depression. *Best practice res clin obstet and gynaecol.* 2014; 28: 85-95
- 17) Taylor D, Paton C, Kaper S. *The Maudsley Prescribing Guidelines*. 10ma edición, Londres: CRC Press, 2009.
- 18) Cox J, Holden J, Sagovsky. Escala de depression de post parto de Edimburgh, *Br. J. Psychiatry* 1987; 150 1-2
- 19) Alvarado-Esquivel C, Sifuentes-Alvarez A, Salas-Martinez C et al, Validation of the Edinburgh postpartum depression scale in a population of puerperal women in Mexico. *CP & EMH* 2006: 2, 33
- 20) Macías-Cortes E, Lima-Gómez V, Asbun-Bojalif J, exactitud diagnostica de la escala de depresión postnatal de Edimburgo: consecuencias del tamizaje en mujeres mexicanas, *gac med mex* 2020, 156, 202-208

21) Instituto Mexicano del Seguro Social. Principales motivos de servicio 2012-2021 <http://infosalud.imss.gob.mx/> consultado el 03 de agosto de 2021

ANEXOS



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Frecuencia de trastorno depresivo en mujeres en periodo periparto.
Patrocinador externo (si aplica):	
Lugar y fecha:	Heroica Puebla de Zaragoza, Puebla.
Número de registro:	-----
Justificación y objetivo del estudio:	Estimado paciente, se le invita a participar en este estudio el cual se basa en la aplicación de un cuestionario que pretende identificar si presenta síntomas que pudieran ser causados por una depresión en los últimos tres meses del embarazo o durante los primeros meses después de haber tenido a su bebé, con el objetivo de poder enviarla a consulta en caso de que así lo desee.
Procedimientos:	Se aplicará un cuestionario por parte de un médico capacitado con una duración aproximada de 20 minutos el cual consiste en preguntas que se le darán para responder ya sea de forma verbal o escrita para valorar la presencia de síntomas depresivos.
Posibles riesgos y molestias:	La aplicación de este cuestionario puede existir riesgo psicológico o emocional al saber que puede o que cursa con Depresión. Cualquier incomodidad o duda favor de comentarla con el médico que le aplicará el cuestionario.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Al permitir su participación en el estudio, usted obtendrá el resultado de su cuestionario el cual le permitirá conocer si presenta un trastorno del estado de ánimo depresivo.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Al contar con los resultados obtenidos se le comunicarán de forma inmediata al terminar de calificar el cuestionario y nosotros le informaremos si se considera conveniente un seguimiento médico en su respectiva unidad.
Participación o retiro:	<p>Su participación en este estudio es completamente voluntaria y libre de decidir si acepta a participar o no. Si usted decide no participar seguirá recibiendo atención médica, brindada por el Instituto Mexicano del Seguro Social. Se le ofrecerán los procedimientos (tratamientos médico y rehabilitación) establecidos de atención médica.</p> <p>Se podrá retirar del estudio en cualquier momento de que usted decida, sin que tenga repercusión alguna en el trato o la atención que usted solicite en la unidad, sin ser presionado para continuar con su participación. Se dará respuesta a las dudas que se tengan en relación al estudio. En ningún momento modificaremos nada en relación con su atención.</p>
Privacidad y confidencialidad:	<p>La información que nos proporcione y que pudiera identificarlo(a) como nombre, teléfono o dirección será guardada de manera confidencial y por separado al igual que sus respuestas a los cuestionarios, mismos que no se divulgarán, ni serán expuestos o publicados garantizando su privacidad.</p> <p>Los investigadores involucrados en este proyecto de investigación, sabrán que usted está participando en este estudio y nadie más tendrá acceso a la información, a menos que usted así lo desee.</p> <p>Cuando los resultados de este estudio sean publicados o presentados en conferencias no se dará información que pudiera revelar su identidad. Para proteger su identidad le</p>

asignaremos un número que utilizaremos para identificar sus datos y este número será usado en nuestras bases de datos.

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

Investigador Responsable:

Dra. Jessica Juárez Ugalde, Médico psiquiatra adscrito al HGZ 20 Matrícula: 97371443

Colaboradores:

Dra. Minou del Carmen Arévalos Ramírez, médico psiquiatra, benemérita universidad autónoma de Puebla.

. Dr. José Gaspar Rodolfo Cortés Riveroll, maestro en historia, médico cirujano y partero, benemérita universidad autónoma de Puebla.

Juan Carlos López Martínez, matrícula 991450986, con adscripción: Médico Residente de Psiquiatría, hospital general de zona no. 20. La Margarita.

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité de Ética en Investigación 21088 del H.G.Z. 20 del IMSS. Avenida Fidel Velázquez 4211, Col. Infonavit La Margarita, Puebla, Puebla, C.P.: 72560, correo electrónico: cei21088pue@gmail.com

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Clave: 2810-009-013

Carta de no inconveniente



GOBIERNO DE
MÉXICO



ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA
DESCONCENTRADA ESTATAL EN PUEBLA
Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas
Hospital General de Zona No.20
Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud

Puebla, Puebla a 26 de Abril de 2023

Of N° 2010200200/ENS/0931/2023

A quien corresponda

Asunto: Carta de no inconveniente

Por medio de la presente le envío un cordial saludo e informo a usted que no existe inconveniente para que los investigadores:

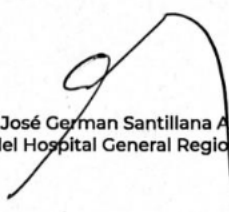
- Dra. Jessica Juarez Ugalde Investigador Responsable ante el IMSS. Médico No Familiar con especialidad en Psiquiatría. Hospital General Zona No. 20. Matrícula: 97371443.
- Dra. Minou del Carmen Arévalo Ramirez Investigador Asociado, Asesor Metodológico. Médico No Familiar con Especialidad en Psiquiatría. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.
- Dr. José Gaspar Rodolfo Cortez Riveroll Investigador Asociado, Doctor en Historia, Médico Cirujano y Partero. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.
- Dr. Juan Carlos López Martínez Residente de Psiquiatría del Hospital General de Zona No 20 "La Margarita". Matrícula: 991450986

Pueden llevar a cabo la investigación derivado del protocolo "Frecuencia de Trastorno depresivo en mujeres en periodo periparto"

Respetando en todo momento la privacidad y el resguardo de información del paciente apeguándose a las buenas prácticas clínicas de investigación.

Sin otro particular, le reitero la seguridad de mis respetos.

Atentamente
"Seguridad y Solidaridad Social "


Dr. José German Santillana Arce
Director del Hospital General Regional No. 36



CARTA DE CONFIDENCIALIDAD

Heroica Puebla de Zaragoza, Puebla. 2024

A quien corresponda

P R E S E N T E:

Nosotros, Juárez Ugalde Jesica, Arévalos Ramírez Minou Del Carmen, Cortés Riveroll José Gaspar Rodolfo, López Martínez Juan Carlos, hacemos constar, en relación con el protocolo No. R-2023-2108-107 Titulado: **Frecuencia de trastorno depresivo en mujeres en periodo periparto.**

Nos comprometemos a resguardar y mantener la confidencialidad y no hacer mal uso de los datos, documentos, expediente, reportes estudios, archivos físicos y/o electrónicos de información recabada, estadísticas o bien, cualquier otro registro o información relacionada con el estudio mencionado a nuestro cargo, así como a no difundir, distribuir o comercializar los datos personales contenidos en los sistemas de información desarrollados en la ejecución de este.

Estando en conocimiento de que en caso de no dar cumplimiento, se procederá acorde a las sanciones civiles, penales o administrativas que procedan de conformidad con lo dispuesto en la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública (última actualización 2016), la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares y el Código Penal de la Ciudad de México y sus correlativas en las entidades federativas, a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares y demás disposiciones aplicables en la materia.

A t e n t a m e n t e

Nombre y firma

Nombre y firma

Nombre y firma

Nombre y firma

Cuestionario Sobre Depresión Postnatal Edimburgo (EPDS)

Nombre: _____

Dirección: _____

Su fecha de Nacimiento: _____

Fecha de Nacimiento del Bebé: _____ Teléfono: _____

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

Esto significaría: Me he sentido feliz la mayor parte del tiempo durante la pasada semana.

Por favor complete las otras preguntas de la misma manera.

1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas:

- a) Tanto como siempre
- b) No tanto ahora
- c) Mucho menos
- d) No, no he podido

2. He mirado el futuro con placer:

- a) Tanto como siempre
- b) Algo menos de lo que solía hacer
- c) Definitivamente menos
- d) No, nada

3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien:

- a) Sí, la mayoría de las veces
- b) Sí, algunas veces
- c) No muy a menudo
- d) No, nunca

4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo:

- a) No, para nada
- b) Casi nada
- c) Sí, a veces
- d) Sí, a menudo

5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno:

- a) Sí, bastante
- b) Sí, a veces
- c) No, no mucho
- d) No, nada

6. Las cosas me oprimen o agobian:

- a) Sí, la mayor parte de las veces
- b) Sí, a veces
- c) No, casi nunca
- d) No, nada

7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir:

- a) Sí, la mayoría de las veces
- b) Sí, a veces
- c) No muy a menudo
- d) No, nada

8. Me he sentido triste y desgraciada:

- a) Sí, casi siempre
- b) Sí, bastante a menudo
- c) No muy a menudo
- d) No, nada

9. He sido tan infeliz que he estado llorando:

- a) Sí, casi siempre
- b) Sí, bastante a menudo
- c) Sólo en ocasiones
- d) No, nunca

10. He pensado en hacerme daño a mí misma

- a) Sí, bastante a menudo
- b) A veces
- c) Casi nunca
- d) No, nunca.