



FACULTAD DE MEDICINA COORDINACIÓN DE POSGRADO E  
INVESTIGACIÓN  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 08  
"IGNACIO MANUEL ALTAMIRANO"

"Asociación de red de apoyo social con presencia de depresión posparto pacientes  
de la Unidad Médico Familiar No. 8"

TESIS

PARA OBTENER DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. ROSA AYDEE ZAVALA LORENZO

DIRECTORA DE TESIS:

DRA. CYNTHIA GUADALUPE CASTRO CABALLERO

CODIRECTOR DE TESIS:

DR. MARTÍN GALEANA CABALLERO

ASESORES:

DRA. LIZ ANEL GALVEZ CUENCA

DRA. BRISA ALEXIS QUIÑONES GALLARDO

DRA. ALICIA ANAI TORRES RODRÍGUEZ

R-2024-1102-026

ZIHUATANEJO DE AZUETA, GRO. FEBRERO DEL 2026

CARTA DE CESIÓN DE DERECHOS DE DIFUSIÓN

Se firma la presente en la ciudad de Zihuatanejo, Guerrero, México, a los 26 días del mes de Noviembre del año 2025.

El que suscribe Rosa Aydee Zavala Lorenzo autor(es) del trabajo escrito (obra intelectual), en su formato de Tesis de posgrado con el título "Asociación de red de apoyo social con presencia de depresión postparto pacientes de la Unidad Médica Familiar No. 8".

Por medio de la presente con fundamento en lo dispuesto en los artículos 5, 18, 24, 25, 27, 30, 32 y 148 de la Ley Federal de Derechos de Autor; manifiesto mi autoría intelectual y originalidad de la obra mencionada.

Así mismo: (Elegir A), B) o C))

A). Expreso mi conformidad de ceder los derechos de difusión y autorizo difundir esta obra en el Repositorio Institucional de la Universidad Autónoma de Guerrero a partir de la fecha, de conformidad con los artículos 13, 14, 15 y 16 de la Ley Orgánica de Universidad Autónoma de Guerrero número 178, para su difusión con fines académicos, de investigación, tecnológicos, históricos, artísticos, sociales, científicos u otra manifestación de la cultura, el cual se podrá realizar a nivel nacional e internacional, de manera parcial o total a través de cualquier medio de información que sea susceptible para ello, en una o varias ocasiones, así como en cualquier soporte documental.


B). Pido un periodo de dos años de resguardo a partir de la fecha, y acepto difundir en el Repositorio Institucional de la Universidad Autónoma de Guerrero únicamente la portada y el abstract, ya que el presente trabajo tendrá un subproducto que amerita un proceso de protección intelectual-industrial, aceptando su difusión a partir del día 02 del mes de Marzo del año 2026, sin previo aviso, a favor de la Universidad Autónoma de Guerrero, de acuerdo al inciso A).

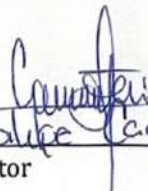
C). Pido un periodo de un año de resguardo a partir de la fecha, y acepto difundir en el Repositorio Institucional de la Universidad Autónoma de Guerrero únicamente la portada y el abstract, ya que el presente trabajo tendrá un subproducto que amerita un proceso de protección intelectual-industrial, aceptando su difusión a partir del día \_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_, sin previo aviso, a favor de la Universidad Autónoma de Guerrero, de acuerdo al inciso A).

Entiendo además que, si necesito incrementar el periodo de resguardo renovare la presenta carta dos meses antes que concluya el tiempo solicitado en los incisos B o C.

Lo anterior no genera vinculación obligatoria para la Universidad Autónoma de Guerrero, por tanto, la institución universitaria podrá o no ejercer los derechos cedidos.

Se prohíbe la reproducción total o parcial de este documento sin autorización expresa, así como su uso indebido y/o su exhibición o comunicación a terceros.

  
Rosa Aydee Zavala Lorenzo  
Nombre y firma del autor Vo. Bo.

  
Cynthia Guadalupe Castro Ceballos  
Director / Tutor

## Declaración de Autenticidad y No Plagio

Grado Académico: Nivel del Posgrado


Por el presente documento, yo Rosa Aydee Zavala Lorenzo, con número de matrícula: 23501614, egresado del (a) Especialidad de Medicina Familiar, informo que he elaborado el Trabajo de Investigación en formato de: [] Tesis, [] Artículo, denominado: "Asociación de red de apoyo social con presencia de depresión postparto parientes de la Unidad Médico Familiar No. 8", para obtener el Grado Académico de (Nombre del Grado del Posgrado) Especialidad de Medicina Familiar.

Declaro que este trabajo ha sido desarrollado íntegramente por el(la) autor(a) que lo suscribe y afirmo, que no existe plagio de ninguna naturaleza. Así mismo, dejo constancia de que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo, por lo que no se ha asumido como propias las ideas vertidas por terceros, ya sea de fuentes encontradas en medios escritos o en Internet.

Así mismo, afirmo que soy responsable de todo su contenido y asumo, como autor(a), las consecuencias ante cualquier falta, error u omisión de referencias en el documento. Sé que este compromiso de autenticidad y no plagio puede tener connotaciones éticas y legales.

Por ello, en caso de incumplimiento de esta declaración, me someto a lo dispuesto en las normas académicas que dictamine la Universidad Autónoma de Guerrero y las leyes que para el presente apliquen.

Chilpancingo, Guerrero, México, 26 de Noviembre de 2025

  
Sustentante  
Rosa Aydee Zavala Lorenzo  
Matrícula y Nombre completo del Autor

Vo. Bo.   
Cynthia Guadalupe Castro Cobalero  
Nombre completo del Director(tesis)

\*\*El presente formato deberá llenarse a puño y letra; y deberá contener firmas autógrafas.

## **APROBACION DE TESIS**

---

---

Instituto Mexicano del Seguro Social  
Órgano de Operación Administrativo Desconcentrado  
Estatad Guerrero  
Jefatura de Prestaciones Médicas  
Coordinación de Planeación y Enlace Institucional  
Coordinación Auxiliar de Educación En Salud

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUERRERO

"Asociación de red de apoyo social con presencia de depresión posparto pacientes  
de la Unidad Médico Familiar no. 8"

Tesis  
Para obtener el Diploma de  
Especialidad en Medicina Familiar

Tesista

Dra. Rosa Aydee Zavala Lorenzo



---

Director de Tesis:  
Dra. Cynthia Guadalupe Castro Caballero



---

## HOJA IMSS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



**Dictamen de Aprobado**

Comité Local de Investigación en Salud **1102**,  
H. GRAL REGIONAL NUM 1

Registro COFEPRIS **17 CI 12 001 066**  
Registro CONEIOÉTICA **CONBIOÉTICA 12 CEI 002 2018082**

FECHA **Miércoles, 13 de marzo de 2024**

**Doctor (a) CYNTHIA GUADALUPE CASTRO CABALLERO**

**PRESENTE**

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de Investigación con título **Asociación de red de apoyo social con presencia de depresión posparto pacientes de la Unidad Médico Familiar No. 8** 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-2024-1102-026**

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

**Salomon García Anzures**  
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 1102



**DIRECCIÓN  
HOSPITAL GENERAL REGIONAL NO  
VICENTE GUERRERO**

Imprimir

**IMSS**  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

## AGRADECIMIENTOS

Para iniciar, quiero agradecer a Dios por el regalo de la vida y por ser mi sostén cuando sentía que no podía más. Gracias por ser mi refugio y brindarme la paz que necesite durante esta etapa.

A mis padres, que son mi base, mi ejemplo y mi más grande impulso para perseguir este sueño de ser especialista. Gracias por creer en mí incluso cuando yo dudé de mi capacidad, por motivarme y por acompañarme en cada etapa de mi vida y no soltar mi mano. Este éxito también es de ustedes.

A mi esposo y a mis dos hermosos hijos Guillermo y Fernanda, gracias por brindarme un amor infinito, por su paciencia cuando llegaba a casa hecha un desastre después de las guardias, por comprender mis ausencias. Se que perdí momentos valiosos con ustedes y aun así siempre me recibían con un abrazo que confortaba mi ser. Sin ustedes nada de esto tendría sentido.

A mis hermanos, que han sido un sostén silencioso pero constante, gracias por estar pendiente de mí y de mi familia, por ayudarme cuando las cosas se complicaban, por sus palabras sencillas que a veces llegaban justo cuando más lo necesitaba. Su apoyo fue fundamental para que llegara hasta aquí.

A mi directora de tesis la Dra. Castro por guiarme con paciencia, por su tiempo dedicado a este trabajo de investigación. Pero sobre todo gracias por tratarme no solo como estudiante si no como persona y brindarme su amistad. Su apoyo fue parte esencial para que este proyecto llegara a su fin.

A Diana, mi compañera de guardia y la amiga que la residencia me regalo. Nos conocimos sin imaginar lo que vendría, las interminables guardias sin adscrito, las risas a medianoche y los momentos en que solo nos quedaba aguantarnos mutuamente. Gracias por acompañarme por entender mis silencios y mis cansancios. Gracias por hacer más llevadera esta etapa y por celebrar conmigo este logro que sentimos tan nuestro. Al fin lo logramos.

A mis compañeros de residencia porque a pesar de nuestras diferencias, supimos permanecer unidos y levantarnos juntos ante cada adversidad. Gracias por las tardes de días académicos llenos de anécdotas, los guardo en mi corazón. Gracias por hacer que este camino, aunque duro, estuviera lleno de aprendizaje y solidaridad.

Cada persona mencionada aquí dejó una huella profunda en mí y fue parte esencial de esta etapa llamada residencia. Este logro no solo es mío, es de todos ustedes que avanzaron junto conmigo.

Infinitas gracias.

## Contenido

<b>Tabla de abreviaturas</b> .....	<b>11</b>
<b>Lista de tablas y gráficos</b> .....	<b>11</b>
<b>Resumen</b> .....	<b>13</b>
<b>Introducción</b> .....	<b>15</b>
<b>1. Marco teórico</b> .....	<b>16</b>
1.1 Antecedentes generales .....	16
1.2 Antecedentes específicos.....	19
<b>2. Planteamiento del Problema</b> .....	<b>28</b>
<b>3. Justificación.</b> .....	<b>29</b>
<b>4. Objetivos</b> .....	<b>30</b>
4.1 Objetivos generales.....	30
4.2 Objetivos específicos.....	30
<b>5. Hipótesis</b> .....	<b>31</b>
5.1 Hipótesis de trabajo .....	31
5.2 Hipótesis nula.....	31
5.3 Hipótesis alterna .....	31
<b>6. Material y métodos</b> .....	<b>32</b>
6.1 Tipo de estudio.....	32
6.2 Población, lugar y tiempo de estudio .....	32
6.3 Tipo de muestreo .....	32
6.4 Tamaño de la muestra.....	32
6.5 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación .....	33
6.6 Variables.....	33
<b>6.6.1 Variable dependiente</b> .....	<b>33</b>
<b>6.6.2 Variable independiente</b> .....	<b>33</b>
<b>6.6.3 Variables sociodemográficas</b> .....	<b>33</b>
<b>6.6.4 Otras variables</b> .....	<b>33</b>
6.7 Tabla de variables.....	34
6.8 Recolección de la información, procedimientos y análisis estadístico. ....	35
6.9 Análisis estadístico .....	36
<b>7. Aspectos éticos</b> .....	<b>37</b>
<b>8. Recursos, financiamiento y factibilidad.</b> .....	<b>39</b>
8.1 Recurso Humanos .....	39

8.2 Recursos Materiales .....	39
8.3 Financiamiento.....	39
<b>9. Resultados .....</b>	<b>40</b>
<b>10. Discusión .....</b>	<b>44</b>
<b>11. Conclusiones .....</b>	<b>46</b>
<b>12. Propuestas a futuro .....</b>	<b>47</b>
<b>13. Limitaciones del estudio .....</b>	<b>48</b>
<b>14. Bibliografía.....</b>	<b>49</b>
<b>15. Anexos.....</b>	<b>55</b>
15.1 Cronograma de actividades.....	55
15.2 Cuestionario EPDS .....	56
15.3 Cuestionario DUKE-UNK.....	57
15.4 Hoja de recolección de datos .....	58
16.5 Consentimiento informado .....	59
16.6 Carta de no inconvenie.....	61

## Tabla de abreviaturas

CLIS: Comité local de Investigación en salud
HGZ: Hospital General de Zona
IC95%: Intervalo de confianza al 95%
IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social
OR: Odds Ratio
UMF: Unidad Médico Familiar

## Lista de tablas y gráficos

Título	Pág.
Cuadro 1. Características clínicas y demográficas de las pacientes	31
Cuadro 2. Análisis bivariado entre los grupos de acuerdo con la presencia de depresión posparto	33
Cuadro 3. Tabla comparativa de modelos de regresión logística ajustados para predecir depresión posparto	34
Gráfico 1. Presencia de depresión posparto en las mujeres participantes del estudio	32
Gráfico 2. Percepción de apoyo social en las mujeres participantes del estudio	32
Gráfico 3. Diferencia de medias para la edad de acuerdo con la presencia de depresión posparto.	33
Gráfico 4. Riesgo asociado a presentar depresión posparto en mujeres de la UMF No. 8	34

**“Asociación de red de apoyo social con presencia de depresión posparto pacientes de la Unidad Médico Familiar No. 8”**

## Resumen

**Título:** Asociación de red de apoyo social con presencia de depresión posparto pacientes de la unidad médico familiar no. 8

**Introducción:** La depresión posparto es un trastorno del estado de ánimo que ocurre desde el nacimiento hasta el año, con un periodo de aparición alrededor de 6 semanas posterior al nacimiento. Se considera un grave problema de salud pública ya que pone en riesgo la estabilidad emocional de la madre. Las redes de apoyo brindan seguridad a la madre, así como protección, sin embargo, las condiciones sociodemográficas pueden influir en la presencia de depresión posparto. **Objetivo:** Determinar la asociación entre la red de apoyo social con el desarrollo de depresión posparto en mujeres. **Material y métodos:** Estudio observacional, transversal, prolectivo y analítico. Incluyó 149 mujeres que hayan tenido a su último hijo en un periodo de 4 semanas a 1 año a las que se aplicó el cuestionario de Edimburgo para identificar depresión posparto. Se realizó un análisis bivariado para establecer asociaciones entre la depresión y características demográficas. **Resultados:** Se identificó que el 42.9% de las mujeres padecía depresión postparto mientras que 13.42% percibía apoyo social bajo. Fue más frecuente el bachillerato (40.3%), empleo (51%), matrimonio (46%) y estado socioeconómico medio alto (75.2%). Se estableció asociación significativa entre depresión posparto con bajo apoyo social (OR 34.2, IC95% 4.2-73.4) al igual que tener primaria (OR 4.05, IC95% 0.87-18.7) o secundaria (OR 6.07, IC95% 1.97-18.6). **Discusión y conclusión:** La depresión postparto está relacionada con el bajo apoyo social y la educación básica (primaria/ secundaria). Ambos factores indican vulnerabilidad de la mujer a diversos factores psicosociales y económicos que favorecen la presencia de depresión posparto. Estudios a futuro son necesarios para continuar e investigar la depresión posparto y prevenir graves consecuencias para la madre, el bebé y la familia. **Palabras clave:** Depresión postparto, Salud materna, Ansiedad, Escala de Edimburgo

## **Abstract**

**Title:** Association of social support with postpartum depression in patients at Familiar Medicine Unit No. 8

**Introduction:** Postpartum depression is a mood disorder that occurs from birth until the following year, with an onset period of approximately six weeks postpartum. It is considered a serious public health problem as it jeopardizes the mother's emotional stability. Support networks provide security and protection for the mother; however, sociodemographic conditions can influence the presence of postpartum depression. **Objective:** To determine the association between the social support network and the development of postpartum depression in women. **Methods and materials:** Observational, cross-sectional, prospective, and analytical study that included 149 women who gave birth between 4 weeks and 1 year prior to the study. The Edinburgh Postnatal Depression Scale was applied to these women to identify postpartum depression. A bivariate analysis was performed to establish associations between depression and demographic characteristics.

**Results:** We found that 42.9% of the women suffered from postpartum depression, while 13.42% perceived low social support. High school education (40.3%), employment (51%), marriage (46%), and upper-middle socioeconomic status (75.2%) were more frequent between the women. A significant association was established between postpartum depression and low social support (OR 34.2, 95% CI 4.2-73.4), as well as having primary (OR 4.05, 95% CI 0.87-18.7) or secondary (OR 6.07, 95% CI 1.97-18.6) education.

**Discussion and conclusions:** Postpartum depression is associated to low social support and elementary education (primary/secondary). Both factors indicate a woman's vulnerability to various psychosocial and economic factors that contribute to the development of postpartum depression. Further studies are needed to continue investigating postpartum depression and prevent serious consequences for the mother, the baby, and the family.

**Keywords:** Depression postpartum, Maternal Health, Anxiety, Edimburgo Scale.

## Introducción

La depresión posparto es un trastorno del estado de ánimo que afecta a las mujeres durante o después del embarazo. Se caracteriza por síntomas intensos como tristeza, ansiedad, falta de disfrute, cansancio, problemas de sueño y alimentación, sentimientos de culpa o inutilidad, y dificultad para conectar con el bebé. A diferencia de la tristeza posparto, que es transitoria, la depresión posparto requiere atención profesional porque no desaparece sola y puede interferir con la capacidad de cuidar al bebé y con las actividades diarias. (1)

Se considera un problema de salud pública mundial con una prevalencia estimada del 13% en países de altos ingresos y del 20% en países de ingresos bajos y medianos, según el Instituto Nacional de Salud Pública de México. Aunque la Organización Mundial de la Salud estima que la prevalencia mundial es del 15%, las cifras varían y la falta de diagnóstico es común, afectando negativamente la salud de la madre y el bebé. (2)

Es importante reconocer la depresión posparto porque no tratada puede afectar negativamente el vínculo madre-hijo, el desarrollo del bebé, la salud mental del otro progenitor y el bienestar familiar en general. La detección temprana y el tratamiento son cruciales para el bienestar de la madre, del bebé y de toda la familia, ya que es una condición médica tratable. (3)

El apoyo social es crucial para la depresión posparto porque un sistema de apoyo sólido ayuda a aliviar la carga y el aislamiento, permitiendo que la madre se sienta escuchada y acompañada. Este apoyo puede incluir a la pareja, familia y amigos que ofrecen ayuda práctica con el cuidado del bebé y las tareas del hogar, así como apoyo emocional al escuchar los sentimientos de la madre. La falta de apoyo social es un factor de riesgo, por lo que es vital buscar grupos de apoyo, hablar con otras madres y pedir ayuda cuando se sienta abrumada. (4)

## **1. Marco teórico**

### **1.1 Antecedentes generales**

#### Definición de embarazo

El embarazo o la gestación es un estado fisiológico durante el cual el feto se desarrolla dentro del útero de la madre, desde la fecundación hasta el parto y cuyo periodo abarca aproximadamente 40 semanas (280 días aproximadamente). De acuerdo con el tiempo del embarazo se clasifica en embarazo término temprano (36 a 37.7 semanas de gestación), a término (38 a 39.7 semanas de gestación), término tardío (40 a 41.7 semanas de gestación) mientras que superiores a 42 semanas de gestación se denominan embarazos postérminos. (1)

#### Contexto sociodemográfico del embarazo en México

En nuestro país, tan solo en el año 2022, se observó un número de 1,891,388 número de embarazos, con un descenso de 1.1% en comparación con el año 2021, de los cuales el 55% se presentó en madres que vivían zonas con más de 15 mil habitantes, mientras que el 34.6% en zonas con poblaciones menores a 15 mil personas. Los estados con mayor índice de embarazos fueron Chiapas, Guerrero y Michoacán. La mayoría de las madres (50.1%) tenían entre 20 a 29 años, seguido de 30 a 34 años (17.84%), de 15 a 19 años (13.73%) y menores a 15 con 0.39%. La escolaridad más frecuente fue secundaria o equivalente (34.5%), preparatoria o equivalente (24.8%), primaria (14.5%), profesional (14.4%). En cuanto a su estado laboral, el 59.6% se encontraba laborando, mientras que el 33.1% estaba desempleada. (2)

#### Fisiología del embarazo

Durante este periodo, la madre desarrolla cambios anatómicos y fisiológicos importantes los cuales tienen la finalidad de adaptarse al crecimiento del embrión y suplir un adecuado riego sanguíneo para mantener el adecuado crecimiento y homeostasis del binomio. Estos cambios se presentan a medida que se desarrolla

el embarazo, de manera paulatina y que se normalizan tras el puerperio. Podemos clasificarlos de tres maneras: los cambios fisiológicos evidentes, aquellos que solo se observan ante la exploración médica y los cambios bioquímicos. (3)

Los cambios fisiológicos del embarazo se presentan principalmente a nivel cardiovascular, donde hay un aumento del gasto cardiaco del 20%, además de vasodilatación periférica, además de cambios en el sistema renal, el cual responde ante el aumento de la vasodilatación con un aumento de la tasa de filtrado glomerular. Otros cambios que experimenta la madre durante el embarazo es la disminución del volumen corriente tras el aumento de la presión abdominal y una mayor demanda de O<sub>2</sub>, un aumento de los niveles de lípidos a nivel plasmático, cambio en las densidades óseas e inclusive un estado de resistencia a la insulina. (4)

#### Etapas del embarazo

El embarazo se puede dividir en tres trimestres acorde a las semanas de gestación:

- a) Primer trimestre: desde el día uno hasta la semana número 12. Durante este periodo el feto pasa por múltiples cambios para desarrollar una adecuada morfología y la organogénesis;
- b) Segundo trimestre: de la semana 12 a la 28; Desarrollo de órganos, así como crecimiento óseo, desarrollo pleno de tejido pulmonar para permitir el intercambio gaseoso;
- c) Tercer trimestre: de la semana 29 hasta el parto. (5)

#### Posparto

Se considera posparto al periodo que se presenta tras el parto, el cual inicia con la expulsión de componentes placentarios hasta la completa recuperación fisiológica orgánica del cuerpo a un estado no grávido. Esta etapa también es conocida como puerperio y en antigua literatura se definió como el “cuarto periodo” debido a que se extiende hasta 12 semanas posterior al parto. (6)

Tres fases se pueden identificar dentro del posparto:

- 1) Puerperio inmediato: primeras 24 horas tras la expulsión placentaria;
- 2) Puerperio mediato: abarca de 24 a 7 días del parto;
- 3) Puerperio tardío: de 7 días hasta 6 meses posterior al parto. (7)

Al iniciar el puerperio, el cambio más notorio es el aumento del útero tras el desarrollo del feto y debido al aumento de la vascularidad uterina. Este, gradualmente involuciona, hasta llegar a su tamaño normal. El gasto cardiaco se recupera tras la pérdida sanguínea. Los síntomas respiratorios por el aumento del perímetro abdominal se resuelven tras el parto, y con ello mejora la capacidad pulmonar de la madre. Pese a ello, el estado de hipercoagulabilidad se mantiene hasta 6 semanas después del parto, por lo que las complicaciones cardiovasculares permanecen latentes. (8)

Complicaciones fisiológicas durante el posparto

El puerperio, tras los múltiples cambios ya mencionados, es una etapa con múltiples complicaciones. Entre las complicaciones más frecuentes y de las más mortales están aquellas relacionadas a la vascularidad. Durante el puerperio inmediato, las complicaciones más graves y que generan cambios hemodinámicos importantes son el edema agudo pulmonar (más asociado a la preeclampsia y eclampsia), la disección aortica y la hemorragia intracraneal. Debido al incremento en la coagulabilidad, se presentan casos de tromboembolismo pulmonar masivo o submasivo en los primeros 3 meses posterior al alumbramiento. La trombosis de seno cavernoso o la trombosis de la vena uterina son de menor frecuencia y se observan en las primeras dos semanas del puerperio. Las patologías que mayor ingreso a unidad de cuidados intensivos por la severidad del cuadro son la eclampsia, síndrome de HELLP, Hígado graso del embarazo y el síndrome hemolítico-urémico, cuyas tasas de mortalidad son altas. (9)

Las infecciones ocupan un lugar representativo dentro de las patologías puerperales. El mismo embarazo se caracteriza por ser un estado proinflamatorio,

lo cual genera mayor probabilidad de proliferación bacteriana. Tras el puerperio, 30% de las pacientes presentarán síntomas de endometritis, sobre todo aquellas que fueron sometidas a cesárea y es la principal causa de fiebre persistente en el puerperio. La infección de la herida quirúrgica tiene una incidencia de 2 al 5% de los procedimientos quirúrgicos y es más probable encontrarlo en pacientes con embarazo a edad temprana, desnutrición o inmunosupresión. (10)

## **1.2 Antecedentes específicos**

Cambios psicológicos y emocionales durante el embarazo

Adicionalmente a los cambios fisiológicos que presenta la madre durante el embarazo, también hay cambios psicológicos y sociales en él cual se prepara para el proceso de parentalidad conocido como maternidad. Este periodo expectante, se vuelve un reto hacia la madre pues las expectativas del medio social generan limitación emocional al tener que cumplir con un rol social preestablecido. (11)

A lo largo del embarazo, la madre experimenta diversos cambios emocionales. En este proceso la madre experimenta episodios de regresión, percepción de pérdida de la defensa mental, cambios en su imagen e inclusive un conflicto personal contra su feminidad. Al presentar estos cambios, se presenta sintomatología somática como náuseas, hiporexia, vómito, cefalea que pueden desencadenar un parto prematuro y amenaza de aborto. (12)

Las alteraciones psicológicas durante el embarazo también están influenciadas por mecanismos neuroendocrinos. Hormonas como la oxitocina, vasopresina y las secretadas por los ejes hipotálamo-limbico-paralimbico-cortical, así como la elevación de progesterona se han asociado a alteraciones psicológicas y emocionales. (13)

Durante el primer trimestre del embarazo, la paciente experimenta cansancio, somnolencia, náusea y vómito, lo que genera un vínculo de dependencia con su entorno social tras la necesidad de apoyo y atención durante su malestar. Para el segundo trimestre existe un alto nivel de felicidad y anhelo por conocer al hijo

además de mantener una interacción con al hablarle y comienza la idealización de la maternidad futura. En el último trimestre la madre sufre malestares tras el aumento del perímetro abdominal y la motilidad fetal, ocasionado mayor cansancio y el constante sueño interrumpido. La madre y su familia preparan la llegada del hijo estableciendo un área para su cuidado e involucrando red de apoyo para el cuidado del menor, cuando la madre cuenta con ello, lo que refuerza el concepto de maternidad. Las madres que no experimentan emociones o este tipo de cambios psicológicos desarrollan datos de negación psicológica del embarazo. (14)

Se han realizado estudios comparativos, en los cuales se ha demostrado que existe un patrón de cambios en la estructura cerebral y las redes cognitivas que superponen las áreas del giro frontal inferior y el sulcus temporal superior (áreas conocidas por la llamada teoría de la mente en psicología) y en los cuales hay evidencia de su alteración durante el puerperio. Las áreas cerebrales que comprenden la teoría de la mente comprenden habilidades como la memoria, atención, reconocimiento perceptivo, lenguaje, reconocimiento de las emociones y empatía. El estrés psicológico durante el embarazo se ha asociado a nacimientos pretermino, en el cual se ha observado un importante roll por parte del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal como factor estresante. (15)

Uno de los cambios que presenta la mujer durante su gravidez es la percepción de vulnerabilidad y la necesidad por mantener red de apoyo social, los cuales ayudan a la madre a tener una mejor experiencia al nacimiento y se relaciona con menores riesgos de complicaciones obstétricas. (16)

#### Alteraciones psicológicas durante el posparto

La adaptación al cambio, la responsabilidad de la maternidad y el seguir un “modelo ejemplar” elaborado por la sociedad generan estrés en la madre. Factores de riesgo como la desnutrición, el embarazo no deseado, embarazo adolescente, multiparidad, violencia familiar y ausencia de red de apoyo predisponen a las patologías psicológicas puerperales. Se pueden clasificar en dos grandes rubros: la psicosis puerperal y la depresión posparto. (17)

La psicosis puerperal es una patología que se manifiesta en las primeras semanas del posparto, en los cuales es evidente el estado de delirio, confusión, con una firme negación a la maternidad con ideas en las cuales niega la existencia del hijo, que el hijo es de alguien más o que se lo han cambiado. Una de las características más importantes es el constante insomnio de la paciente y episodios maniaco-depresivos con mayores eventos de manías. Se presenta en una de cada 1000 madres con una probabilidad del 20% de generar deterioro cognitivo permanente. Los estados esquizoides o maniacos son poco frecuentes, pero ocasionan una profunda alteración en la relación paternal y de red de apoyo. (18)

Conocido como “Baby blues”, la disforia posparto es un estado de tristeza, labilidad emocional e irritabilidad transitoria ante la maternidad y suele durar menos de una semana, en lo que se adapta a la maternidad. Es un estado muy común, presente en 40 a 85% de las madres. En el puerperio también se exacerban los trastornos de ansiedad. La mayoría de las madres experimentan ansiedad al pensar en un evento catastrófico del hijo, presentan obsesión con su cuidado y la hipervigilancia nocturna para observar la respiración del recién nacido, que a la larga genera cansancio y poco rendimiento diurno. (19)

### Depresión posparto

La depresión posparto es una de las patologías psicológicas más comunes en el posparto. Está definida como un estado de depresión no psicótica con varios niveles de severidad que ocurre desde el nacimiento hasta el año posterior con un periodo de aparición alrededor de 6 semanas posterior al nacimiento. Se considera un grave problema de salud pública por las afecciones presentes tanto en la madre como en el hijo puesto que puede llevar al infanticidio, en pensamiento suicida de la madre y el consumo de este, pero también porque el aumento del ingreso hospitalario del binomio es mayor ante la presencia de depresión posparto. (20)

Se estima que una de cada 7 mujeres desarrollará depresión posparto (6.5 a 20% de las mujeres embarazadas). A nivel mundial, la prevalencia de la depresión posparto es de 27.6% entre las embarazadas. La prevalencia en países en desarrollo se estima del 10 al 15%, mientras que en países con ingresos bajos

abarca del 20 al 30%, mientras que en nuestro país se estimó un prevalencia de 30.7% pero existe poca información sobre su incidencia actual. En un estudio realizado en el 2023, en el cual se incluyeron a 717 mujeres de Puebla, Hidalgo, Estado de México y la Ciudad de México, en un lapso de 4 meses, de las cuales 14.7% presentaron depresión posparto tras aplicarles test de Edimburgo y se observó que la edad promedio fue de 26 años, 65% de las pacientes se encontraban en unión libre y el 80% se dedicaban al hogar. (21, 22)

#### Fisiopatología de la Depresión Posparto

Los mecanismos fisiopatológicos aún permanecen desconocidos, pero estudios han descubierto el rol de alteraciones neuro-endocrinas, alteración en la producción y liberación de neurotransmisores, neuroinflamación, y aspectos genéticos que están detrás del desarrollo de depresión posparto. Los niveles altos de la hormona liberadora de corticotropina placentaria, alopregnalona están presentes en pacientes con depresión posparto. Las hormonas ováricas y lactogénicas como el estrógeno, progesterona, oxitocina y prolactina sumado a los niveles altos de hormonas proinflamatorias (cortisol, ACTH) elevan el riesgo de padecer trastornos depresivos, tanto perinatal como posparto. (23)

#### Características de la Depresión Posparto

Las características clínicas van desde datos de depresión (tristeza, labilidad emocional, llanto incontenible, poca concentración al realizar actividades diarias, irritabilidad, ira, insomnio, agobio, estrés, sensación de abandono y percepción de falta de apoyo por la familiar. La disforia (estado constante de tristeza) es una de las principales características además de distimia, ambas se manifiestan con tristeza profunda, desesperanza, labilidad emocional pero también con explosividad, furia, ira y hostilidad. Evidentemente hay alteraciones en el sueño-vigilia, ya que la paciente presenta insomnio o hiperinsomnio. (24)

La persiste anhedonia (pérdida de interés o placer) en cada una de las actividades que realiza la madre, la pérdida de la emoción al practicar actividades que antes

percibía como placenteras, que generaban felicidad y que ahora son poco excitantes. Este persistente estado se ve observado de manera física tras la pérdida de peso por falta de apetito o anorexia. Las pacientes experimentan un cansancio crónico y sensación de estar exhaustas la mayor parte del tiempo y síntomas de anergia. (25)

Hablando de las afectaciones neurocognitivas, el estado de depresión posparto lleva a la paciente a presentar adecuada habilidad para el pensamiento racionio, para la concentración o toma de decisiones. Esto impacta directamente sobre las relaciones que tiene la madre, especialmente con el hijo, al cual le percibe con irritabilidad hasta llegar al desapego. El miedo y la inseguridad de la madre para hablar de sus emociones bajo la lupa de un entorno social rígido hacen que estos síntomas pasen de largo y su diagnóstico sea tardío en ocasiones tras un desenlace fatal. (26)

En cuanto a la percepción sobre la condición física, la mayoría de las pacientes experimentan un descenso en su condición atractiva, belleza y en el deseo sexual a comparación a su estado no grávido. La pérdida de la libido además de la presión por parte de la pareja condiciona en la paciente relaciones no placenteras e incluso pueden presentar dispareunia. (27)

#### Factores de riesgo

Para que la depresión posparto se desarrolle en la madre existen condiciones previas que aumenta la probabilidad de presentarlo. El abuso de sustancias antes y durante la gestación, tabaquismo, etilismo está significativamente relacionados con la presencia de depresión, así como un nivel socioeconómico bajo, situación de calle, habitar en zonas marginadas, inmigración, falta de pareja o apoyo familiar y violencia familiar o de pareja. Pacientes con trastornos alimentarios, desde la anorexia, bulimia, desnutrición hasta el sobrepeso y obesidad mórbida, deficiencia de vitamina D se ven altamente asociados a depresión. (28)

A nivel sociodemográfico, factores que aumenta el riesgo de padecer depresión posparto fueron la edad (madres jóvenes <25 años), el estado civil, la multiparidad

y niveles educativos bajos. Todos estos factores además de presencia de depresión prenatal, ansiedad, negación al embarazo, falta de red de apoyo social, estrés financiero, problemas maritales desencadenan anhedonia y disforia que gradualmente terminan en depresión posparto. (29)

#### Teorías sobre el desarrollo de la depresión posparto

Cheryl Tatano Beck, enfermera y especialista en el tema, analizó el desarrollo y las consecuencias de la depresión posparto para lograr una eficaz identificación, desde el entorno de la madre como los factores de riesgo predisponentes a su desarrollo lo que la llevo a proponer un modelo teórico sobre el desarrollo de la depresión. Beck, atribuye a una combinación de diversos factores sociales, ambientales, genéticos, demográficos como detonantes de la depresión posparto. En su teoría sobre la depresión posparto ella hace énfasis en el uso de metáforas al cumplir el propósito de describir de manera resumida en una palabra o frase el sentimiento percibido por la madre. El objetivo principal de su modelo teórico fue la identificación adecuada y la prevención desde el periodo prenatal al detectar oportunamente los factores asociados para evitar el deterioro cognitivo en la madre y las complicaciones físicas y la ideación suicida o intento de lesión al infante. (30, 31)

En la investigación que realizó en 2006, logro identificar 4 etapas del desarrollo de la depresión posparto, desde su inicio hasta la resolución.

- 1) Etapa 1: se resume al temor que tiene la madre al asumir la responsabilidad de la maternidad lo cual genera un constante estado de ansiedad, perdiendo el autocuidado y el del hijo, con un estado constante de pensamientos obsesivos e hipervigilia. La madre pierde su percepción cognitiva para pensar de manera racional tras el persistente pensamiento distímico y niebla mental que produce agotamiento físico y mental;
- 2) Etapa 2: Durante esta etapa la madre presenta pensamiento de autolesión tras percibirse como “vacía”, sin lograr percibir emoción o placer. Los lazos familiares y maritales se pierden con el inminente aislamiento de la madre

ante la sensación de abandono y decepción. En esta etapa, si no se identifica adecuadamente a la depresión posparto, se puede presentar el infanticidio o suicidio de la madre;

- 3) Etapa 3: Pese a la tormenta de pensamientos obsesivos, anhedonia, disforia, la madre persiste en su búsqueda y lucha para sobrevivir y cuidar al hijo. Se conceptualiza como “lucha contra el sistema” tras el sentimiento de la madre contra sus familiares, en una batalla constante por recibir apoyo y ayuda psicológica. La madre se acerca a sus familiares o acude a atención médica donde tras ser evaluada adecuadamente recibe acompañamiento psicológico;
- 4) Etapa 4: La madre logra recuperar el control de sus emociones tras la ayuda familiar y médica. Muestra aceptación a la maternidad y se demuestra decepcionada de sí misma por el tiempo que perdió para desarrollar el lazo con su hijo, pero motivada a mejorar sus condiciones de autocuidado y continua con el apoyo por parte de terapeuta y de familiares. En esta etapa se explican ampliamente a la madre y a sus familiares sobre la prevención y las características para evitar que desarrolle a futuro depresión. (32)



### Escala de depresión de Edimburgo

Múltiples herramientas se han desarrollado con el objetivo de detectar la depresión perinatal y posnatal como son el inventario de depresión de Beck (BDI-FS por sus

siglas en inglés) y la escala de depresión Posparto (PDSS-SF), sin embargo, a nivel mundial, la escala con mayor aceptación es la Escala de Depresión de Edimburgo (EPDS). Esta escala cuenta con validación ya ha sido traducida a 37 idiomas. (33)

En Europa tras su implementación se ha logrado identificar una prevalencia de 10.5% de la depresión posparto. En México tras un estudio realizado por Alvarado et. al. Que se aplicó a la población mexicana, se obtuvo una sensibilidad de 75% y especificidad de 93% tras 4 semanas posterior al alumbramiento. (34)

El cuestionario consta de 10 preguntas sencillas en las que se aborda de manera sistemática sobre las emociones y sensaciones tras el parto. A cada categoría se le asigna un puntaje de 0, 1, 2 y 3 dependiendo de la severidad del cuadro. Un resultado igual o mayor a 10 puntos es indicativo que la madre está cursando con depresión posparto. (35)

#### Red de apoyo social

La presencia de una red de apoyo durante el embarazo es fundamental para el cuidado del binomio y la seguridad emocional de la madre. El cuidado que proveen los integrantes de la familia, la pareja o amigos impacta de manera positiva a nivel emocional y físico y proporciona una sensación de bienestar, protección y aceptación dentro de núcleo familiar, no tan solo de la madre, sino que ya se incluye al hijo dentro de la planificación a futuro. Los cuidadores primarios más frecuentes en una madre son la pareja, los padres y hermanos ya que son los que conviven con ella día a día. (36)

Las redes de apoyo social facilitan el desarrollo del embarazo y la posterior adaptación y aceptación de la maternidad. No solo el proceso de maternidad es exclusivo de la madre, sino que también los miembros de la familia se adaptarán al nuevo integrante de la familia, aprendiendo sobre su cuidado, su alimentación. Esto aumenta la sensibilidad y empatía hacia la madre además de apoyar cuando la madre se sienta con frustración, ansiedad o tristeza tras el nacimiento. (37)

La ausencia de redes de apoyo durante y después del embarazo puede generar ansiedad, inseguridad en la madre. Debido a que nuestro país presenta un alto nivel de embarazos juveniles, bajo nivel socioeconómico, baja escolaridad, las madres mexicanas pueden presentar alto nivel de disforia y depresión posparto. E nuestro estado no contamos con un censo sobre la depresión posparto y cuál es la influencia de la red de apoyo a la madre, motivo principal por el cual se estará desarrollando esta investigación. (38)

## **2. Planteamiento del Problema**

Los diversos cambios presentes en la madre durante 9 meses del desarrollo del embrión tienen un impacto en todos sus aspectos, principalmente a nivel emocional. El estrés al que se ven sometidas las madres durante este periodo se incrementa tras la carga de responsabilidad y la crianza que recae en ella además de que en ciertas ocasiones llevan el estigma y el estereotipo de “maternidad ideal” en la cual se describe como una etapa positiva, de felicidad y satisfacción.

Se estima que 1 de cada 10 mujeres presentaran depresión posparto y la incidencia de esta entidad ha ido en aumento. A la larga genera una percepción errónea a la madre sobre su crianza, su vínculo afectivo y sus funciones de cuidado al hijo provocando desanimo y tristeza. Cuando la madre cuenta con una red de apoyo social sólida, compuesta por la pareja, padres, hermanos y amigos, los síntomas tienen a mejorar pues la sobrecarga es menor.

La ausencia de red social, como otros factores sociodemográficos pueden influir de manera negativa en la percepción de la madre generando cansancio crónico, desanimo, tristeza y descuido de su salud personal.

En nuestro hospital, es evidente la presencia de depresión posparto, pero no se ha realizado un estudio de investigación sobre su asociación con la red de apoyo, lo que me llevo a plantear la siguiente pregunta de investigación:

**¿Existe asociación entre el apoyo social con el desarrollo de depresión posparto en mujeres de la UMF 8?**

### **3. Justificación.**

El embarazo se considera como un estado fisiológico en el cual se desarrolla el crecimiento del feto a lo largo de 9 meses. Tras el parto, existen múltiples cambios fisiológicos como emocionales dentro de los cuales se encuentran la aceptación como madre. Mucha de las pacientes experimenta depresión posparto, el cual presenta sufrimiento y sensación de infelicidad a la madre, generando confusión y culpa por no otorgar los cuidados correspondientes al hijo.

La idealización de la maternidad como un concepto de felicidad, alegría y satisfacción se ha normalizado en nuestro país, lo que complica que las pacientes que presentan depresión posparto lo puedan reconocer y aceptar por el temor a represalias sociales y familiares. La presencia de depresión posparto genera cambios emocionales que llevan al descuido general, pero principalmente impacta de manera negativa en el estado de salud, presentando síntomas tales como trastornos intestinales, deshidratación, incremento de niveles de cansancio, alteraciones del sueño-vigilia y aumento de niveles de estrés.

Dentro de los factores presentes en la presencia de desarrollo posparto son embarazos juveniles, estado socioeconómico, escolaridad, multiparidad y la red de apoyo social. El apoyo social por parte de familiares y amigos es importante como acompañamiento en la paciente en el desarrollo con la maternidad como complementación, lo que disminuye la percepción de cansancio y estrés y mejoran los niveles de ánimo de la paciente.

Comprender la asociación y el impacto del apoyo social con el desarrollo de la depresión posparto puede ayudar para implementar mejores modelos de prevención y tratamiento a este problema de salud pública.

## **4. Objetivos**

### **4.1 Objetivos generales**

- Determinar la asociación entre la red de apoyo social y la depresión posparto en mujeres del HGZ/UMF 08.

### **4.2 Objetivos específicos**

- Identificar las características sociodemográficas (edad, genero, estado civil, escolaridad, ocupación) de las pacientes que presentan depresión posparto.
- Determinar la presencia de apoyo social en las pacientes del estudio.
- Identificar la presencia de depresión posparto en las participantes del estudio.
- Comparar las diferencias en la edad de las pacientes de acuerdo con la presencia de depresión postparto.
- Realizar un análisis bivariado para determinar las asociaciones entre las variables de estudio de acuerdo con la presencia de depresión postparto.
- Aplicar un modelo de regresión logística para estimar la probabilidad de presentar depresión postparto.

## **5. Hipótesis**

### **5.1 Hipótesis de trabajo**

- La presencia de depresión posparto esta influenciada por la red de apoyo social presente, siendo más común que las pacientes la desarrollen al tener bajo apoyo social.

### **5.2 Hipótesis nula**

- La presencia de depresión posparto no está asociado al bajo apoyo social.

### **5.3 Hipótesis alterna**

- La presencia de depresión posparto está asociado al bajo apoyo social.

## 6. Material y métodos

### 6.1 Tipo de estudio

El estudio observacional, transversal, prolectivo y analítico.

### 6.2 Población, lugar y tiempo de estudio

La población estuvo compuesta por mujeres derechohabientes que estuvieron en periodo de 4 semanas a un año de haber tenido a su último hijo y que acudieron a atención a la Unidad Médico Familiar No. 08, Zihuatanejo, a partir del momento en que el presente estudio fue aprobado por el CLIS con un periodo de muestra estimado de 9 meses y que acudieron a la consulta externa de esta unidad en turno matutino, vespertino y jornada acumulada.

### 6.3 Tipo de muestreo

Se realizó un tipo de muestreo no probabilístico de forma intencional.

### 6.4 Tamaño de la muestra

Acorde a los censos obtenidos en durante el año 2023 se observaron 612 mujeres que dieron a luz, tomando el valor como el universo de pacientes. Se procedió a calcular el tamaño de muestra para población finita:

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

Dónde:

$N$  = Universo

$Z_{\alpha}^2$  = Intervalo de confianza de 95%

$e$  = Error de estimación de 0.05%

$p$  = Probabilidad de éxito

$q$  = Probabilidad de fracaso

$$n = \frac{612 * 1.96 * 0.05 * 0.05}{0.05^2 (612 - 1) + 1.96 * 0.05 * 0.05} = 148.7 = 149$$

La muestra obtenida fueron  $n= 149$  mujeres.

## **6.5 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación**

### a) Criterios de Inclusión

- Pacientes mujeres de edad entre 18 a 45 años
- Pacientes mujeres con un periodo de 4 semanas a un año tras haber tenido a su último hijo.
- Pacientes que acude a seguimiento a la consulta externa de Medicina Familiar.

### b) Criterios de exclusión

- Pacientes que cuenten con patología psiquiátrica ya diagnosticada.
- Paciente con antecedente de depresión.
- Pacientes que no firmen el consentimiento informado.
- Pacientes que no decidan ingresar al estudio.

### c) Criterios de eliminación.

- Pacientes que cuyo cuestionario no haya sido contestado correctamente o se encuentre incompletos.

## **6.6 Variables**

### **6.6.1 Variable dependiente**

- Depresión posparto

### **6.6.2 Variable independiente**

Apoyo social

### **6.6.3 Variables sociodemográficas**

Edad, escolaridad, empleo, religión, estado civil, estado económico.

### **6.6.4 Otras variables**

Embarazo deseado, control prenatal, número de embarazos.

## 6.7 Tabla de variables

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo variable	Indicador	Escala de Medición
Depresión posparto	Estado de profunda tristeza y anhedonia posterior al nacimiento del hijo con un periodo de aparición alrededor de 6 hasta un año.	Diagnosticada con el puntaje obtenido tras la aplicación de la encuesta de Edimburgo	Cualitativa	1) Depresión posparto 2) Ausencia de depresión posparto	Nominal dicotómica
Apoyo social	Ayuda psicológica, física y financiera que proveen familiares, amigos, vecinos y miembros de la comunidad en momentos de necesidad.	Apoyo social obtenido tras la aplicación del cuestionario DUKE-UNC.	Cualitativa	1) Normal 2) Bajo	Nominal dicotómica
Edad	Tiempo que ha vivido una persona en años.	Edad referida por la paciente al momento del estudio	Cuantitativa	18 – 45 años	Continua
Escolaridad	Formación educativa que se lleva en una institución educativa.	Grado académico referida por la paciente al interrogatorio.	Cualitativa	1) Analfabeta 2) Primaria 3) Secundaria 4) Bachillerato 5) Licenciatura	Ordinal politómica
Empleo	Actividad que se realiza a cambio de una remuneración económica.	Situación laboral referida por la paciente al interrogatorio.	Cualitativa	1) Con empleo 2) Sin empleo	Nominal dicotómica
Estado civil	Situación personal del individuo que se hace constar en el registro civil.	Situación personal referido por la paciente al interrogatorio.	Cualitativa	1) Unión libre 2) Soltera 3) Casada 4) Divorciada 5) Viuda	Nominal politómica
Estado socioeconómico	Posición de un individuo o familia en la sociedad, determinada por la combinación de su nivel de ingresos, educación y ocupación	Estado económico obtenido tras la aplicación del cuestionario de Graffar.	Cualitativa	1) Clase alta 2) Clase media alta 3) Clase media 4) Clase media baja 5) Clase baja	Ordinal

Embarazo deseado	Embarazo que fue planificado de manera intencional y esperada.	Referido por la paciente al interrogatorio.	Cualitativa	1) Si 2) No	Nominal dicotómica
Control prenatal	Acciones médicas destinados a la prevención y cuidado del binomio durante el embarazo.	Atención medica que recibió la paciente durante su último embarazo.	Cualitativa	0) No 1) Si	Nominal dicotómica
Número de embarazos	Cantidad de embarazos que ha tenido una mujer a lo largo de su vida.	Embarazos que ha tenido la paciente al interrogatorio.	Cuantitativa	1- 10	Continua

### 6.8 Recolección de la información, procedimientos y análisis estadístico.

Una vez que se obtuvo la aprobación de la investigación por parte del comité local de ética e investigación en salud se llevó a cabo la toma de muestra con un periodo estimado de 9 meses hasta obtener el tamaño ya indicado. Se buscó de manera intencional a las pacientes durante su atención en la unidad medico familiar y posteriormente se solicitó autorización al estudio tras la firma de un consentimiento informado donde se explicó ampliamente los beneficios y riesgos del estudio. A las pacientes que aceptaron el ingreso al estudio, se le aplicaron dos encuestas a la madre para determinar presencia de depresión posparto y apoyo social. La primera fue el cuestionario de Edimburgo, el cual contaba con 10 reactivos sencillo para poder estimar si presentaban depresión posparto o no. El segundo cuestionario fue la escala de DUKE-UNC que consta de 11 reactivos sencillos que lograron identificar si la madre percibe apoyo normal o bajo. Se aplicó un instrumento el cual contiene las principales características sociodemográficas. El tiempo estimado para la realización de cuestionarios fue de 14 minutos aproximadamente. Al finalizar todas las respuestas se vaciaron dentro de una hoja de datos de Excel para su análisis estadístico.

## 6.9 Análisis estadístico

Para la elaboración de la base de base de datos, así como la obtención de los resultados, se utilizó el paquete estadístico Rstudio versión 4.2.1 compatible con el sistema operativo Windows 10. Se realizó análisis mediante el análisis univariado, bivariado, para obtener las frecuencias, proporciones y medidas de tendencia central de los resultados.

Por medio de estadística descriptiva se obtuvieron frecuencias y proporciones, así como medidas de tendencia centra y dispersión de cada una de las variables. Las variables cuantitativas fueron sometidas a pruebas de normalidad de Kolmogorov Asimov.

Se realizó un análisis bivariado, clasificando a las mujeres por grupos dependiendo de quienes presentaron o no depresión posparto. Las variables cualitativas se sometieron a prueba de chi cuadrada de Pearson si las frecuencias esperadas son mayores a 5, de caso contrario de aplicó una prueba exacta de Fisher. Aquellas variables cualitativas ordinales fueron evaluadas mediante chi cuadrada de tendencia lineal. Las variables cuantitativas de distribución normal se compararon mediante una prueba de diferencia de medias de T Student, mientras que para las de distribución libre se aplicó una prueba de U de Mann Whitney para diferencia de medianas.

Se realizaron modelos de regresión logística utilizando el método "forward". Los modelos fueron comparados mediante el valor de R2 de Nagelkerke y el impacto clínico de las variables para la selección de un modelo multivariado ajustado.

## 7. Aspectos éticos

El trabajo de investigación que se realizó se apegó acorde a la declaración de Helsinki, dentro de los cuales se mencionan los lineamientos para los principios para la investigación médica. El lineamiento 10 menciona que *“en la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano”*. También se apegó a los comentarios, indicaciones y control por parte de comité de bioética.

El código de Núremberg nace a raíz de los juicios celebrados en la misma ciudad derivado de los actos en contra de la salud durante la segunda guerra mundial. Estos códigos engloban 10 lineamientos cuya finalidad es prevenir y asegurar todo acto de investigación en pacientes. El primer enunciado menciona que el estudio es completamente de carácter voluntario por parte de los pacientes. Se demanda que los estudios de investigación deberán ser de carácter benéfico a la salud y deberá garantizar que no se causará daño al paciente, lo cual se respetó en todo momento en este protocolo que se realizó.

La Ley General de Salud, establece también lineamientos para la ejecución de un protocolo de investigación, así como sujeta al comité de bioética cualquier anomalía que surja durante su elaboración. La NOM-012-SSA 3-2012 incluye los criterios tanto científicos como éticos y científicos para la elaboración del protocolo de investigación en los cuales también se hace hincapié en mantener la confidencialidad y privacidad de los participantes.

En todo momento se apegó firmemente a los códigos y leyes ya mencionadas para salvaguardar y proteger la salud de los participantes en este estudio, comprometió a los investigadores de este estudio a mantener el anonimato y confidencialidad del paciente, esclareciendo que no se ejecutaran medidas experimentales en ningún momento.

De acuerdo con el reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud, en su artículo 17 menciona que se considera una investigación con riesgo mínimo, ya que es un estudio en el que un cuestionario que pueden generar susceptibilidad emocional, sin embargo, no afectará los aspectos fisiológicos y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran cuestionarios, entrevistas y otros. También se cumplió lo establecido en los artículos 13 y 14 de la Ley General de Salud para contribuir a la investigación que genere beneficios a la sociedad, así como se contó con el dictamen favorable de las comisiones de Investigación, Ética y la de bioseguridad apegadas en los artículos 15, 16, 17, 20, 21, 23, 24 y 27 de esta misma ley.

## **8. Recursos, financiamiento y factibilidad.**

### **8.1 Recurso Humanos**

El presente estudio contó con la asesoría experta del Dr. Martin Galeana Caballero, médico familiar adscrito al HGZ/UMF 08. El estudio estuvo a cargo de la Dra. Cynthia Guadalupe Castro Caballero, médico especialista en urgencias y en métodos estadísticos. Ambos asesores cuentan con pleno conocimiento del tema y las capacidades analíticas para la obtención de los resultados de las variables estudiadas para la obtención del grado académico de la Dra. Rosa Aydee Zavala Lorenzo.

### **8.2 Recursos Materiales**

<b>Recursos materiales por utilizar</b>			
Hojas blancas	Bolígrafos	Lápices	Impresora
Equipo de Computo	Paquete Windows 10	Software Rstudio versión 4.2.1	Expedientes Clínicos

### **8.3 Financiamiento**

Los recursos económicos necesarios para desarrollar este protocolo de investigación fueron financiados en su totalidad por el médico residente de Medicina Familiar.

Los recursos que se utilizaron para realizar las determinaciones clínicas y bioquímicas son las que el IMSS ofrece a sus derechohabientes.

## 9. Resultados

Los resultados de este trabajo fueron obtenidos tras entrevistar a 149 madres que cumplían con los criterios de selección y que aceptaron participar bajo previo consentimiento informado.

En cuanto a las variables demográficas, la edad promedio de las mujeres fue de 27.79 con una desviación estándar de 6.24 años. El grado académico más frecuente entre las mujeres fue bachillerato (40.3%), seguido de licenciatura (34.9%), secundaria (18.1%) y primaria (6.4%). Discretamente fueron más las mujeres que estaban empleadas (51%) con respecto a las desempleadas (49%). Gran parte de las participantes estaban casadas (46%) o en unión libre (44.3%) y en una pequeña proporción solteras (6.7%). Por otro lado, fueron más frecuentes las mujeres con estado socioeconómico medio alto (75.2%) seguido de medio bajo (20.1%) y alto (4.7%).

<b>Cuadro 1. Características clínicas y demográficas de las pacientes</b>		
<b>Variable</b>	<b>Total n = 149</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Edad (años), *</b>	27.79	6.24
<b>Escolaridad</b>		
<b>Primaria</b>	10	6.4
<b>Secundaria</b>	27	18.1
<b>Bachillerato</b>	60	40.3
<b>Licenciatura</b>	52	34.9
<b>Empleo</b>		
<b>Con empleo</b>	76	51
<b>Sin empleo</b>	73	49
<b>Estado civil</b>		
<b>Casada</b>	73	46
<b>Unión Libre</b>	66	44.3
<b>Soltera</b>	10	6.7
<b>Estado socioeconómico</b>		
<b>Medio bajo</b>	30	20.1
<b>Medio alto</b>	112	75.2
<b>Alto</b>	7	4.7
<b>Embarazo deseado</b>		
<b>Si</b>	125	83.9
<b>No</b>	24	16.1
<b>Consultas prenatales</b>		
<b>Si</b>	148	99.3
<b>No</b>	1	0.7
<b>Números de embarazos, **</b>	2	2

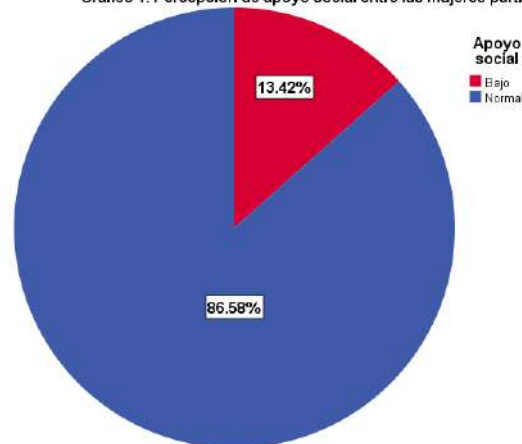
\* Expresado en media (desviación estándar)  
 \*\* Expresado en mediana (RIC)

Fuente: Asociación de red de apoyo social con presencia de depresión posparto pacientes de la UMF No. 8

Al cuestionar a las mujeres sobre el embarazo deseado, el 83.9% acepto que su embarazo había sido deseado, mientras que 16.1% refirió lo contrario. (Cuadro 1). El 99.3% recibieron atención prenatal durante el embarazo, pero el 0.7% no. El mediana de hijos de las mujeres fue de 2 (RIC 2).

Respecto al apoyo social tras aplicar el cuestionario de DUKE-UNC, el 86.5% de las pacientes percibía apoyo social normal mientras que el 13.42% percibía un apoyo bajo. (Gráfico 1).

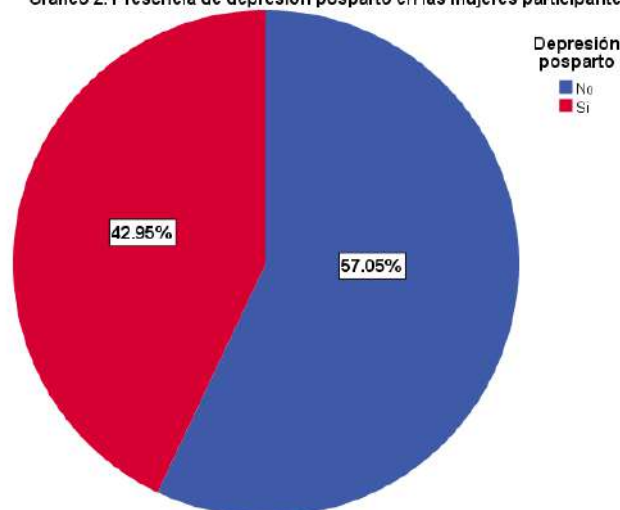
Gráfico 1. Percepción de apoyo social entre las mujeres participantes



Fuente: Asociación de red de apoyo social con presencia de depresión posparto pacientes de la Unidad Médico Familiar No. 8

Posterior a aplicar el cuestionario de Edimburgo para depresión posparto, se identificaron a 64 mujeres con depresión posparto, siendo 85 mujeres sin padecer depresión. (Gráfico 2).

Gráfico 2. Presencia de depresión posparto en las mujeres participantes del estudio



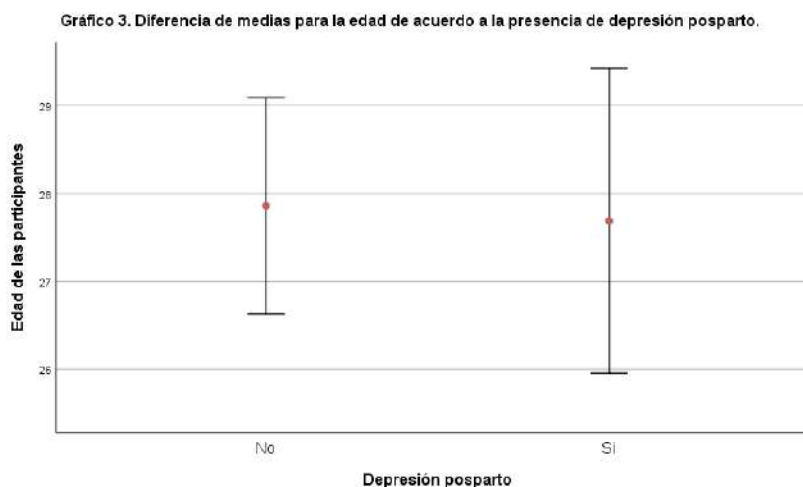
Fuente: Asociación de red de apoyo social con presencia de depresión posparto pacientes de la Unidad Médico Familiar No. 8

Posterior al análisis bivariado de las relaciones de las variables de acuerdo con la presencia de depresión en las mujeres, se observó que la escolaridad, el empleo y la red de apoyo social presentaron asociaciones significativas. La edad, estado civil, estado socioeconómico, embarazo deseado, consultas prenatales y número de embarazos no demostró significancia estadística. (Cuadro 2). Se aplicó una prueba para diferencia de medias mediante T Student y no se encontró diferencia significativa ( $p = 0.113$ ) como se observa en el Gráfico 3.

Cuadro 2. Análisis bivariado entre los grupos de acuerdo con la presencia de depresión posparto					
Variable	Con depresión posparto n = 64 (42.9%)		Sin depresión posparto n = 85 (57.1%)		p
	n	%	n	%	
Edad, media / (DE)	27.69	6.93	27.86	5.70	0.113 ±
<b>Escolaridad</b>					
Primaria	6	9.4	4	4.7	<0.001*
Secundaria	19	29.7	8	9.4	
Bachillerato	25	39.1	35	41.2	
Licenciatura	14	21.9	38	44.7	
<b>Empleo</b>					
Con empleo	23	35.9	53	62.4	0.002 †
Sin empleo	41	64.1	32	37.6	
<b>Estado civil</b>					
Con pareja	58	90.6	81	95.3	0.328 †
Soltera	6	9.4	4	4.7	
<b>Estado socioeconómico</b>					
Medio bajo	14	21.9	16	18.8	0.956 *
Medio alto	46	71.9	66	77.6	
Alto	4	6.3	3	3.5	
<b>Embarazo deseado</b>					
Si	50	78.1	75	88.2	0.117 †
No	14	21.9	10	11.8	
<b>Consultas prenatales</b>					
Si	63	98.4	85	100	0.430 †
No	1	1.6	0	0	
<b>No de embarazos, mediana / (RIC)</b>	2	1	2	2	0.745 ≠
<b>Red de apoyo social</b>					
Si	45	70.3	84	98.8	<0.001 †
Bajo	19	29.7	1	1.2	

± Valor de p mediante T Student  
 ≠ Valor de p mediante U de Mann Whitney  
 \* Valor de p mediante chi cuadrada de asociación lineal  
 † Valor de p mediante chi cuadrada de Pearson

Fuente: Asociación de red de apoyo social con presencia de depresión posparto pacientes de la UMF No. 8



Fuente: Asociación de red de apoyo social con presencia de depresión posparto pacientes de la UMF No. 8

Al aplicar un modelo de regresión logística para predecir depresión posparto, mediante el método “Forward”, se obtuvieron dos modelos. El modelo 2 incluye las variables apoyo social y escolaridad el cual mostró un R2 de Nagelkerke por lo que se optó por este modelo (Cuadro 3). Las pacientes que percibieron apoyo social bajo se relacionaron más con desarrollar depresión posparto que aquellas que tenían apoyo social normal (OR 34.2, IC95% 4.29 - 73.4). De acuerdo con la escolaridad, en el modelo 2 se observó que las mujeres que contaban solo con primaria tenían una posibilidad 4 veces mayor para padecer depresión posparto (OR 4.05, IC95% 0.87 – 18.7), así como el contar solo con secundaria, con una posibilidad aún mayor (OR 6.07, IC95% 1.97 – 18.6) como se observa en el gráfico 4.

**Cuadro 3. Tabla comparativa de modelos de regresión logística ajustados para predecir depresión posparto**

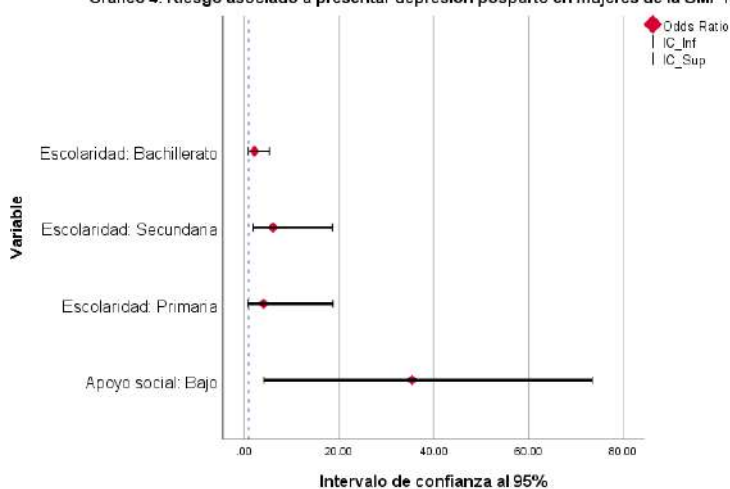
Variables	Modelo 1			Modelo 2		
	$\beta$	OR	IC95%	$\beta$	OR	IC95%
<b>Apoyo social</b>						
Normal		1	Referencia		1	Referencia
Bajo	3.596	35.4	4.5 – 273.6	3.534	34.26	4.29 – 73.4
<b>Escolaridad</b>						
Primaria				1.399	4.05	0.87 – 18.7
Secundaria				1.804	6.072	1.97 – 18.6
Bachillerato				0.784	2.191	0.903 – 5.34
Licenciatura					1	Referencia
R2 Nagelkerke: 0.236			R2 Nagelkerke: 0.319			

OR: Odds Ratio

IC95%: Intervalo de confianza al 95%

Fuente: Asociación de red de apoyo social con presencia de depresión posparto pacientes de la UMF No. 8

**Gráfico 4. Riesgo asociado a presentar depresión posparto en mujeres de la UMF No. 8**



Fuente: Asociación de red de apoyo social con presencia de depresión posparto pacientes de la UMF No. 8

## 10. Discusión

La depresión posparto tiene un impacto negativo en la madre, el bebé y la familia ya que no solo afecta el vínculo madre-hijo, sino también la capacidad de la madre para cuidarse y cuidar al bebé aumenta el riesgo de problemas de comportamiento y desarrollo en el niño, y puede causar tensión en la pareja. Sin lograr el diagnóstico y brindar el tratamiento adecuado, la depresión posparto puede durar meses o años y aumentar el riesgo de suicidio para la madre y problemas emocionales para el hijo.

La prevalencia de depresión posparto a nivel mundial fue de 17.2%, mientras que, en Asia, Ekpenyong et al encontraron que varía desde 60.9% (Afganistán) hasta 9.2% (Corea del Sur). (39) La prevalencia de depresión posparto en las mujeres de la UMF fue de 42.9%. Hussein et al observaron que en mujeres con depresión posparto de Irak el rango de edad más afectado era de 20 y 30 años, sobre todo en las amas de casa y solteras, en quienes los síntomas iniciales de depresión aparecieron en la primera semana tras el nacimiento. (40) Estos datos se asimilan a los encontrados en este trabajo, donde el promedio de edad de las pacientes fue de 27.7 años, sin embargo, contrasta con el estado civil de las participantes pues la mayoría estaba casada. Grebrekristos et al observaron mayor prevalencia de depresión en mujeres solteras (70.8%), sin estudiar (95.8%) y en quienes percibieron un escaso apoyo por parte del padre de su hijo (45.8%). (41) La ausencia de una pareja significa que la madre puede carecer del apoyo emocional y práctico diario que a menudo proporciona un cónyuge. El apoyo de la pareja es un factor protector crucial contra la depresión posparto. La mujer soltera puede sentirse sola al enfrentar los desafíos de la maternidad, lo que contribuye al aislamiento social y a un mayor riesgo de depresión. El aislamiento prolongado y la soledad pueden exacerbar los sentimientos de tristeza y angustia, dificultando la concentración y la toma de decisiones, síntomas comunes de la depresión.

En México Santiago et al describieron a las mujeres con depresión posparto pertenecientes a Hospitales de Puebla, Hidalgo, Estado de México y la Ciudad de México, como mujeres en su mayoría con edad promedio de 26 años, en unión libre

(66%), de educación preparatoria (32%), amas de casa (91%), con una buena red familiar (90%), sin violencia doméstica (85%), dificultades económicas (51%) y con problemas familiares (74%). La exposición a la violencia ya sea física, psicológica o sexual, genera un estado de estrés tóxico y crónico. (42) Esto puede llevar al desarrollo de trastornos de salud mental como el trastorno por estrés postraumático (TEPT), la ansiedad y la depresión, que persisten o empeoran después del parto. Así pues, los entornos violentos a menudo aíslan a la víctima de redes de apoyo externas. La falta de un sistema de apoyo adecuado exacerba los sentimientos de soledad y vulnerabilidad en un momento vital en el que el apoyo es crucial.

Barrera-Mongradon et al determinaron que en el nivel socioeconómico medio se relacionaba con depresión posparto (OR 13.2, IC95% 2.7-61.8), mientras que nuestro estudio demostró asociación entre primaria (OR 4.05, IC95% 0.87 – 18.7) y secundaria (OR 6.07, IC95% 1.97-18.6) además de contar con bajo apoyo social (OR 34.2, IC95% 4.29 - 73.4). (43) La escolaridad tiene un impacto significativo en la depresión posparto; un mayor nivel educativo se asocia con un menor riesgo de depresión, actuando como un factor protector. La educación puede fortalecer la resiliencia de la madre, mejorar su acceso a recursos y ofrecer habilidades de afrontamiento, mientras que una menor escolaridad se ha relacionado con factores de riesgo como la juventud y menor ingreso económico, aumentando la susceptibilidad a la depresión posparto.

## 11. Conclusiones

De forma general este estudio identificó que el 42.9% de las mujeres padecía depresión postparto mientras que 13.42% percibía apoyo social bajo. Entre las participantes fue más frecuente el bachillerato (40.3%), empleo (51%), matrimonio (46%) y estado socioeconómico medio alto (75.2%).

Podemos concluir, respecto a nuestro objetivo principal que existe asociación significativa entre la red de apoyo social y la presencia de depresión posparto en las mujeres del HGZ/UMF 08. El bajo apoyo social predispone al desarrollo de depresión posparto en las mujeres estudiadas (OR 34.2, IC95% 4.29 - 73.4). Por otro lado, se identificó que mujeres con formación en primaria y secundaria presentaron mayor probabilidad de desarrollar depresión posparto (OR 4.05, IC95% 0.87 – 18.7 y OR 6.07, IC95% 1.97 – 18.6 respectivamente).

De acuerdo con las hipótesis planteadas al inicio de este trabajo y con base en los resultados obtenidos podemos rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis alterna : “La presencia de depresión posparto está asociado al bajo apoyo social”.

## **12. Propuestas a futuro**

El manejo de la depresión posparto (DPP) es un enfoque integral que combina intervenciones psicosociales, terapia psicológica y, en casos moderados a severos, tratamiento farmacológico, adaptado a las necesidades individuales de la mujer.

El primer paso de una propuesta sería la evaluación completa del bienestar físico, social y psicológico de todas las mujeres que recién tuvieron un hijo, por parte de nosotros como médicos familiares para diagnosticar la depresión posparto y determinar su severidad. Esto con la finalidad de canalizar a las instancias adecuadas (psicología, trabajo social) y dar un manejo integral para lograr la mejoría de la paciente.

Continuar la investigación sobre la depresión posparto es crucial porque es un problema de salud pública común con graves consecuencias para la salud mental de la madre y el desarrollo del bebé a largo plazo. Esto nos permitirá identificar qué mujeres son más susceptibles y desarrollar e implementar herramientas de detección y prevención más efectivas.

### **13. Limitaciones del estudio**

Pese a que se brindó seguridad y un lugar seguro a la paciente, algunas de las madres externaron pena o temor a contestar el cuestionario debido al estigma social, la presión por ser una "madre perfecta" o los sentimientos de culpa que acompañan a esta condición, lo que pudo influir en algunos resultados. También puede deberse a la represión emocional aprendida en su entorno familiar, o a la incapacidad para hacerlo por miedo a las reacciones o por haber vivido en un ambiente donde expresar emociones resultaba en respuestas negativas.

Se pudo presentar un sesgo en la selección de participantes, ya que al incluir predominantemente a mujeres que ya buscan ayuda en centros de salud, pudimos dejar fuera de este estudio a aquellas mujeres que no tienen acceso o evitan la atención médica.

## 14. Bibliografía

1. Definition of term pregnancy. Committee Opinion No. 579. ACOG. [Online] 2013; 122:1139–40. Disponible en: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2013/11/definition-of-term-pregnancy>
2. INEGI. Estadística de nacimientos registrados en 2022. [Online]. 2023; 553 (23): 1-20. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/NR/NR2022.pdf>
3. Carrillo-Mora P, García-Franco A, Soto-Lara M, Rodríguez-Vásquez G, Pérez-Villalobos J, Martínez-Torres D. Cambios fisiológicos durante el embarazo normal. Rev. Fac. Med. [Online]. 2021; 64(1): 39-48. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0026-17422021000100039&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422021000100039&lng=es)
4. Soma-Pillay P, Nelson-Piercy C, Tolppanen H, Mebazaa A. Physiological changes in pregnancy. Cardiovasc J Afr [Online]. 2016;27(2):89–94. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5830/cvja-2016-021>
5. Sharma P, Singh A, K Mahopatra T, Kumar P, Shrestha S. Physical physiological and biochemical changes during pregnancy. Santosh Univ J Health Sci [Online]. 2020;4(2):58–62. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.18231/2455-1732.2018.0014>
6. Asadi, M., Noroozi, M. Alavi, M. Identifying women's needs to adjust to postpartum changes: a qualitative study in Iran. BMC Pregnancy Childbirth [Online] 2022; (22)115. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04459-8>
7. Chauhan G, Tadi P. Physiology, Postpartum Changes. StatPearls [Online]. 2023 Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK555904/>
8. Posnatal Care Guideline. NICE. (Online) 2021. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng194/resources/postnatal-care-pdf-66142082148037>
9. García Prieto J, Alonso Sánchez J, Martínez Chamorro E, Ibáñez Sanz L, Borrueal Nacenta S. Complicaciones del puerperio: mecanismos fisiopatológicos y principales hallazgos radiológicos asociados. Radiología [Online]. 2021;63(1):22–31. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rx.2020.08.001>

10. Bezares B, Sanz O, Jiménez I. Patología puerperal. Anales Sis San Navarra [Online]. 2009; 32(1): 169-175. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272009000200015&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272009000200015&lng=es).
11. Dunkel Schetter C. Psychological science on pregnancy: stress processes, biopsychosocial models, and emerging research issues. Annu Rev Psychol. 2011; 62:531-58. Disponible en <https://cds.psych.ucla.edu/wp-content/uploads/sites/48/2020/11/CDS-Annual-Review-2010-Psychological-science-on-pregnancy.pdf>
12. Marín Morales D, Bullones Rodríguez M, Carmona Monge F, Carretero Abellán M, Moreno Moure A, Peñacoba Puente C. Influencia de los factores psicológicos en el embarazo, parto y puerperio. Un estudio longitudinal. NURE Invest [Online] 2008: 37 (1). Disponible en <file:///C:/Users/admv14.hgz588/Downloads/422-Texto%20del%20art%C3%ADculo-1671-1-10-20150616.pdf>
13. Ferro Suárez M, Musso C, Berón S. Aspectos psicosociales significativos durante el embarazo en contexto de pandemia [Internet]. Zenodo; 2023. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5281/ZENODO.10091362>
14. Maldonado-Durán M, Saucedo-García JM, Lartigue T. Cambios fisiológicos y emocionales durante el embarazo normal y la conducta del feto. Perinatol Reprod Hum. [Online] 2008;22(1):5-14. Disponible en <https://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2008/ip081c.pdf>
15. Van 't Hof S, Straathof M, Spalek K, Hoekzema E. Theory of mind during pregnancy and postpartum: A systematic review. J Neuroendocrinol. [Online] 2023 Jul; 35(7):e13266. Disponible en <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jne.13266>
16. Bjelica A, Cetkovic N, Trninic-Pjevic A, Mladenovic-Segedi L. The phenomenon of pregnancy — a psychological view. Ginekol Pol [Online]. 2018;89(2):102–6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5603/gp.a2018.0017>
17. Gómez López E, Aldana Calva E, Carreño Meléndez J, Sánchez Bravo C. Alteraciones Psicológicas en la Mujer Embarazada. *Psicología Iberoamericana*.

- [Online] 14(2), 28–35. Disponible en <https://psicologiaiberoamericana.iberomx/index.php/psicologia/article/view/357>
18. González-Castro PJ, Hulak F, Sigales-Ruiz SR, Orozco-Guzmán M. Psicosis puerperal. Panorama general sobre su diagnóstico, etiología e interpretación. *Perinatol Reprod Hum* [Online]. 2016;30(1):24–30. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rprh.2016.03.005>
19. Sharma I, Rai S, Pathak A. Postpartum psychiatric disorders: Early diagnosis and management. *Indian J Psychiatry* [Online]. 2015;57(6):216. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4103/0019-5545.161481>
20. Mughal S, Azhar Y, Siddiqui W. Postpartum Depression. StatPearls NCBI [Online]. 2023. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519070/>
21. Robbins CL, Ko JY, D'Angelo DV, Salvesen von Essen B, Bish CL, Kroelinger CD. Timing of Postpartum Depressive Symptoms. *Prev Chronic Dis* [Online] 2023; 20: 230107. Disponible en: [https://www.cdc.gov/pcd/issues/2023/23\\_0107.htm](https://www.cdc.gov/pcd/issues/2023/23_0107.htm)
22. Contreras-Carretero NA, Villalobos-Gallegos L, Mancilla-Ramírez J. Análisis epidemiológico de la depresión perinatal. *Cir Cir* [Online]. 2022;90(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.24875/ciru.20001246>
23. Payne JL, Maguire J. Pathophysiological mechanisms implicated in postpartum depression. *Front Neuroendocrinol* [Internet]. 2019; 52:165–80. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.yfrne.2018.12.001>
24. Ceriani Cernadas JM. Depresión postparto, los riesgos y su temprana detección. *Arch Argent Pediatr* [Online] 2020;118(3):154-155. Disponible en <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2020.154>
25. Hend Abdelbary Ibrahim Aly. Diagnosis and management of Postpartum Depression. *J Psychiatry Psychiatric Disord* [Online] 2023: (7): 30 - 37. Disponible en <https://www.fortunejournals.com/articles/diagnosis-and-management-of-postpartum.pdf>
26. Al-abri, K., Edge, D. & Armitage, C.J. Prevalence and correlates of perinatal depression. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* [Online] 2023; (58): 1581–1590. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00127-022-02386-9>

27. Asadi M, Noroozi M, Alavi M. Exploring the experiences related to postpartum changes: perspectives of mothers and healthcare providers in Iran. *BMC Pregnancy Childbirth* [Online]. 2021; 21(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-020-03504-8>
28. Agrawal I, Mehendale AM, Malhotra R. Risk Factors of Postpartum Depression. *Cureus*. [Online] 2022; (31):1415. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9711915/>
29. Santiago-Sanabria L, Ibarra-Gussi PM, Rendón-Macías ME, Treviño-Villarreal P, Islas-Tezpa D, Porrás-Ibarra GD, van Tienhoven X. Depresión posparto: prevalencia y factores de riesgo asociados en una muestra de población mexicana. *Ginecol Obstet Mex* [Online] 2023; 91 (4): 227-240 Disponible en <https://doi.org/10.24245/gom.v91i4.8456>
30. Lasiuk G, Ferguson L. From practice to midrange theory and back again: Beck's theory of postpartum depression. *ANS*. [Online]. 2005; (28):127-36. Disponible en [https://www.researchgate.net/publication/7822181\\_From\\_practice\\_to\\_midrange\\_theory\\_and\\_back\\_again\\_Beck's\\_theory\\_of\\_postpartum\\_depression](https://www.researchgate.net/publication/7822181_From_practice_to_midrange_theory_and_back_again_Beck's_theory_of_postpartum_depression)
31. Records, K, Rice M, Beck C. Psychometric Assessment of the Postpartum Depression Predictors Inventory–Revised. *Jour Nurs Meas* [Online] 2007; (15): 189-202. Disponible en [https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0883941798800046?ref=cra\\_js\\_challenge&fr=RR-1](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0883941798800046?ref=cra_js_challenge&fr=RR-1)
32. Beck CT. Teetering on the edge: a substantive theory of postpartum depression. *Nurs Res*. [Online] 1993;42(1):42-8. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8424067/>
33. Smith-Nielsen, J., Matthey, S., Lange, T. et al. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale against both DSM-5 and ICD-10 diagnostic criteria for depression. *BMC Psychiatry* [Online] 2018;(18):393 <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1965-7>
34. Macías-Cortés E., Lima-Gómez V, Asbun-Bojalil J. Exactitud diagnóstica de la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo: consecuencias del tamizaje en

mujeres mexicanas. Gac. Méd. Méx [Online]. 2020; (3): 202-208. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0016-38132020000300202&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-38132020000300202&lng=es)

35. Fernández Vera Johalys Karina, Iturriza Natale Alejandra Teresa, Toro Merlo Judith, Valbuena Rosalba. Depresión posparto valorada mediante la escala de Edimburgo. Rev Obstet Ginecol Venez [Online] 2014 ; 74(4): 229-243. Disponible en: [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0048-77322014000400003&lng=es](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322014000400003&lng=es).

36. Pérez PMG, Cruz LA, Arriaga ZRM. Significado del Cuidado Familiar como Red de Apoyo en las Embarazadas en una Comunidad de Tabasco. CuidArte. 2019;8 (15):45-55. Disponible en <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=93766>

37. Berlanga Fernández Sofía, Pérez Cañaveras Rosa M., Vizcaya Moreno M. Flores, Berlanga Fernández Francisco. Satisfacción en la provisión de redes de apoyo social en grupos de acompañamiento a la maternidad. Enferm Glob. [Online]. 2014;13(33):18-32. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412014000100002&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000100002&lng=es)

38. Colombo G, Pombo G, Luxardo N. Género, embarazo y adolescencia. Modelos familiares, redes de apoyo y construcción de proyectos personales desde la perspectiva de las adolescentes. Rev. Int. Investig. Cienc. Soc. [Online] 2012; (8): 161-182. Disponible en <http://scielo.iics.una.py/pdf/riics/v8n2/v8n2a02.pdf>

39. Ekpenyong MS, Munshitha M. The impact of social support on postpartum depression in Asia: A systematic literature review. Ment Health Prev [Online]. 2023;30(200262):200262. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mhp.2023.200262>

40. Hussein U. A., Aloraibi F., Sahib Sadeq S., Abdalrahman M. A., Q. Fadhil O., Yousif Jasem A., Alasheqi M. Q. The Prevalence and Impact of Postpartum Depression Among Lactating Women in Erbil, Iraq. J Obstet Gynecol Cancer Res [Online] 2024; 9(6): 683-690. Disponible en: [https://www.jogcr.com/article\\_715606\\_c7cfb3d9910184e26ffc682525efe5c9.pdf](https://www.jogcr.com/article_715606_c7cfb3d9910184e26ffc682525efe5c9.pdf)

41. Gebrekristos, L.T., Ajayi, A.I., Groves, A.K. Examining the associations between social support and postpartum depression symptoms among adolescent mothers in Nairobi, Kenya. *Reprod Health*. [Online] 2025;11(2):15-19. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12978-025-01943-0>
42. Santiago-Sanabria Leopoldo, Ibarra-Gussi Pamela María, Rendón-Macías Mario Enrique, Treviño-Villarreal Paulina, Islas-Tezpa David, Porras-Ibarra Gina Daniela et al . Depresión posparto: prevalencia y factores de riesgo asociados en una muestra de población mexicana. *Ginecol. obstet. Méx.* [Online]. 2023; 91( 4 ): 227-240. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0300-90412023000400002&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412023000400002&lng=es)
43. Barrera-Mondragón BF, Camarillo-Nava VM, García-Rivera BB. Riesgo de depresión posparto en un primer nivel de atención. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* [Online]. 2024;62(4):e5597. Disponible en: [https://revistamedica.imss.gob.mx/index.php/revista\\_medica/article/view/5597](https://revistamedica.imss.gob.mx/index.php/revista_medica/article/view/5597)

## 15. Anexos

### 15.1 Cronograma de actividades

Tiempo	2024				2025				2026
	1er Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre	4º Trimestre	1er Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre	4º Trimestre	1º Trimestre
Título del proyecto	Realizado								
Revisión bibliográfica del proyecto	Realizado								
Realización del protocolo.	Realizado								
Evaluación por CLIS	Realizado								
Autorización por CLIS		Realizado	Realizado						
Análisis de los expedientes clínicos				Realizado	Realizado	Realizado	Realizado		
Captura de datos								Realizado	
Análisis estadístico de resultados								Realizado	
Elaboración de tesina y presentación ante sinodales.								Realizado	
Publicación médica									Por realizar

Realizado	Realizado
Por realizar	Por realizar

## 15.2 Cuestionario EPDS

### Cuestionario Sobre Depresión Postnatal Edimburgo (EPDS)

Queremos saber cómo se siente si ha tenido un bebé recientemente. Por favor marque la respuesta que más se acerque a cómo se ha sentido en LOS ÚLTIMOS 2 SEMANAS. Esto significaría: Me he sentido feliz la mayor parte del tiempo durante las 2 semanas pasadas.

Por favor encierre la respuesta que mejor exprese su sentir.

1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas	6. Las cosas me oprimen o agobian
0) Tanto como siempre 1) No tanto ahora 2) Mucho menos 3) No, no he podido	3) Sí, la mayor parte de las veces 2) Sí, a veces 2) No, casi nunca 1) No, nada
2. He mirado el futuro con placer	7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir
0) Tanto como siempre 1) Algo menos de lo que solía hacer 2) Definitivamente menos 3) No, nada	3) Sí, la mayoría de las veces 2) Sí, a veces 1) No muy a menudo 0) No, nada
3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien	8. Me he sentido triste y desgraciada
3) Sí, la mayoría de las veces 2) Sí, algunas veces 1) No muy a menudo 0) No, nunca	3) Sí, casi siempre Sí, bastante a menudo No muy a menudo No, nada
4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo	9. He sido tan infeliz que he estado llorando
0) No, para nada 1) Casi nada 2) Sí, a veces 3) Sí, a menudo	Sí, casi siempre Sí, bastante a menudo Sólo en ocasiones No, nunca
5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno	10. He pensado en hacerme daño a mí misma
3) Sí, bastante 2) Sí, a veces 1) No, no mucho 0) No, nada	Sí, bastante a menudo A veces Casi nunca No, nunca

### 15.3 Cuestionario DUKE-UNK

Cuestionario de DUKE - UNC					
En la siguiente lista se muestran algunas cosas que otras personas hacen por nosotros o nos proporcionan. Marque con una X la respuesta con la que más se identifique de acuerdo con su situación:	Mucho menos de lo que deseo	Menos de lo que deseo	Ni mucho ni poco	Casi como deseo	Tanto como deseo
	1	2	3	4	5
1. Recibo visita de mis amigos y familiares					
2. Recibo ayuda en asuntos de mi casa					
3. Recibo elogios y reconocimiento de mi trabajo					
4. Cuento con personas que se preocupan					
5. Recibo amor y afecto					
6. Posibilidad de hablar de mis problemas en trabajo o casa					
7. Posibilidad de hablar de mis problemas personales y familiares					
8. Posibilidad de hablar de mis problemas económicos					
9. Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas					
10. Recibo consejos útiles cuando ocurre un acontecimiento importante					
11. Recibo ayuda cuando estoy enferma en cama					

## 15.4 Hoja de recolección de datos



### “Asociación de red de apoyo social con presencia de depresión posparto pacientes de la Unidad Médico Familiar No. 8”

Hoja de recolección de datos

<b>I. Datos sociodemográficos</b>	
1. Edad _____ años	
2. Escolaridad <input type="radio"/> Analfabeta <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato <input type="radio"/> Licenciatura	
3. Empleo <input type="radio"/> Con empleo <input type="radio"/> Sin empleo	
4. Estado Civil <input type="radio"/> Unión libre <input type="radio"/> Soltera <input type="radio"/> Casada <input type="radio"/> Divorciada <input type="radio"/> Viuda	
5. Ingreso Económico <input type="radio"/> <2500 pesos <input type="radio"/> 2500- 5000 pesos <input type="radio"/> >5000 pesos	
<b>II. Datos Gineco-Obstétricos</b>	
6. ¿Fue un embarazo deseado? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	
7. ¿Cuántas consultas prenatales recibió? <input type="radio"/> <5 <input type="radio"/> 5- 10 <input type="radio"/> >10	
8. Número de embarazos _____	
<b>III. Datos Psico-sociales</b>	
9. ¿Presenta depresión posparto? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No      Puntaje EPDS _____	
10. ¿Presenta red de apoyo? <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Baja      Puntaje DUNK-UNC _____	



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



**Carta de consentimiento informado para participación en  
protocolos de investigación en salud (adultos)  
Unidad Médico Familiar No. 8 Zihuatanejo**

\_\_\_\_\_  
Lugar y fecha

No. de registro institucional \_\_\_\_\_

Título del protocolo: Asociación de red de apoyo social con presencia de depresión  
posparto pacientes de la Unidad Médico Familiar No. 8

Justificación y objetivo de la investigación: La depresión posparto es un estado de tristeza y distimia y considera un grave problema de salud pública por las afecciones presentes tanto en la madre como en el hijo puesto que puede llevar al infanticidio y al pensamiento suicida de la madre. Las redes de apoyo brindan seguridad a la madre, así como protección, sin embargo, las condiciones sociodemográficas de nuestro país limitan la redes de apoyo. El objetivo será determinar la asociación entre la red de apoyo social con la presencia depresión posparto en mujeres del HGZ/UMF 08.

Procedimientos y duración de la investigación: Se le aplicarán dos cuestionarios para determinar si usted padece depresión posparto y para conocer la percepción sobre el apoyo social que recibe, así como se le preguntarán datos como su edad, estado civil, escolaridad, etc. La duración de este estudio será aproximada de 10 minutos.

Riesgos y molestias: Durante el estudio usted no presentará molestias físicas o económicas ya que usted se encuentra en un área segura. No presentará riesgos económicos puesto que solo requiere de 20 minutos de su tiempo para su participación. Se mantendrá en todo momento su confidencialidad y su anonimato.

Beneficios que recibirá al participar en la investigación: Podrá identificar si usted padece depresión posparto y se le brindará la atención y acompañamiento debido en todo momento.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: Se comentarán los resultados de los resultados, así como se les comentará que alternativas y atención usted necesita para apoyarla durante su maternidad.

Participación o retiro: El paciente puede retirarse del estudio en el momento que decida sin presentar represalias a futuro, respetando en todo momento su decisión.



Privacidad y confidencialidad: Su anonimato se mantendrá en todo momento y nos comprometemos a mantener todos sus datos en absoluta confidencialidad.

**En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con la investigación podrá dirigirse a:**

Investigadora o Investigador Responsable: Dra. Cynthia Guadalupe Castro Caballero/ Dr. Martin Galeana Caballero/ Dra. Rosa Aidee Zavala Lozano.

Teléfono y horario: 222 507 1802 Horario de: 08:00 am – 15:00 pm

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a:

Comité de bioética 1101 de la Unida Médico Familiar No. 9, Acapulco, Guerrero.

**Declaración de consentimiento:**

<input type="checkbox"/>	Acepto participar y que se tomen los datos o muestras sólo para este estudio
<input type="checkbox"/>	Acepto participar y que se tomen los datos o muestras para este estudio y/o estudios futuros

Se conservarán los datos o muestras hasta por \_\_\_\_\_ años tras lo cual se destruirán.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del participante

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del testigo 1

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del testigo 2



GOBIERNO DE  
**MÉXICO**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN ESTATAL GUERRERO  
Hospital General Regional No. 8 "Ignacio Manuel Altamirano"  
Coordinación de Educación e Investigación en Salud

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACION GUERRERO  
JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS  
COORDINACION CLINICA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD  
HGZ/UMFB "IGNACIO MANUEL ALTAMIRANO"

Zihuatanejo de Azueta, a 16 de Enero del 2024

**ASUNTO:** Carta de No Inconveniente

Dr. Luis Arzeta Valderrama  
Presidente del Comité de la Unidad Médico Familiar No. 9  
Vicente Guerrero  
**PRESENTE**

Por este medio me permito manifestar que no existe inconveniente que en este hospital se realice la ejecución del estudio de investigación que lleva título

**"Asociación de red de apoyo social con presencia de depresión posparto pacientes de la Unidad Médico Familiar No. 8"**

El protocolo está dirigido por la Dra. Cynthia Guadalupe Castro Caballero, investigador responsable y profesora de HGZ 08 "Ignacio Manuel Altamirano", de la Delegación Guerrero del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Se le autoriza la revisión de expediente una vez que el protocolo presente dictamen de autorizado por el comité de investigación y que está basado en los principios éticos vigentes

Así mismo el equipo de Investigación se compromete a respetar la confidencialidad y privacidad de los datos, comprometiéndose a solo recolectar los datos necesarios para la investigación, sin recolectar información personal, identificando a cada paciente con un número de folio e iniciales. Los investigadores además han adquirido el compromiso además a jamás revelar la identidad de los participantes en ninguna publicación que surja en el presente protocolo

Atentamente  
"Seguridad y Solidaridad Social"

Dr. Hafid Eliacim Sánchez Flores  
Director del HGZ/UMFB "Ignacio Manuel Altamirano"