



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE AGUASCALIENTES
CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 12

**“ASOCIACIÓN ENTRE DEPRESIÓN POSTPARTO Y
APOYO SOCIAL EN MUJERES ADSCRITAS A LA UNIDAD
DE MEDICINA FAMILIAR NO. 12 DEL IMSS,
AGUASCALIENTES.”**

TESIS PRESENTADA POR
OSCAR BENJAMÍN BÁRCENAS ALMA

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

ASESOR:

DRA. LUCÍA CERVANTES RAMÍREZ

AGUASCALIENTES, AGUASCALIENTES, A AGOSTO DE 2024.

CARTA DE APROBACIÓN (DELEGACIÓN)



AGUASCALIENTES, AGS, A 09 DE AGOSTO DEL 2024

DR. SERGIO RAMIREZ GONZALEZ

DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

P R E S E N T E

Por medio de la presente le informo que la Residente de la Especialidad de MEDICINA FAMILIAR en la Unidad de Medicina Familiar No. 12 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes.

DR. OSCAR BENJAMÍN BÁRCENAS ALMA

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

**“ASOCIACIÓN ENTRE DEPRESIÓN POSTPARTO Y APOYO SOCIAL EN MUJERES
ADSCRITAS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 12 DEL IMSS,
AGUASCALIENTES”**

Número de Registro: **R-2024-101-079** del Comité Local de Ética en Investigación No. 1018 y el comité de Investigación en Salud No. 101.

Elaborado de acuerdo con la opción de titulación: **TESIS**.

El **DR. OSCAR BENJAMÍN BÁRCENAS ALMA**, asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, cumpliendo con la normatividad de investigación vigente en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Sin otro particular, agradezco a usted su atención, enviándole un cordial saludo.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Carlos Alberto Prado Aguilar'.

ATENTAMENTE:

DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR

COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACION EN SALUD



CARTA DE APROBACIÓN (ASESOR)

AGUASCALIENTES, AGS, A 09 DE AGOSTO DEL 2024

DR. SERGIO RAMIREZ GONZALEZ

DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

P R E S E N T E

Por medio de la presente le informo que la Residente de la Especialidad de MEDICINA FAMILIAR en la Unidad de Medicina Familiar No. 12 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes.

DR. OSCAR BENJAMÍN BÁRCENAS ALMA

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

**“ASOCIACIÓN ENTRE DEPRESIÓN POSTPARTO Y APOYO SOCIAL EN MUJERES
ADSCRITAS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 12 DEL IMSS,
AGUASCALIENTES”**

Número de Registro: R-2024-101-079 del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 101.

Elaborado de acuerdo con la opción de titulación: **TESIS**.

El **DR. OSCAR BENJAMÍN BÁRCENAS ALMA** asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, por lo que no tengo inconvenientes para que se proceda a la impresión definitiva ante el comité que usted preside, para que sean realizados los trámites correspondientes a su especialidad, Sin otro particular, agradezco la atención que sirva a la presente, quedando a sus órdenes para cualquier aclaración.

ATENTAMENTE:

DRA. LUCÍA CERVANTES RAMÍREZ
DIRECTORA DE TESIS

Dra. Lucía Cervantes Ramírez
Médico Familiar
CED. PROF. 7719312 U.A.Z.
CED. ESP. 11579901 U.A.A.
MAT. 99016665

A handwritten signature in blue ink, consisting of several loops and flourishes, positioned to the right of the typed name and title.

EVIDENCIA DE ENVÍO PARA PUBLICACIÓN

OM Online submission manuscript<no-reply@permanyeremail.com>
Para: Usted

Lun 12/08/2024 04:39 PM



Estimado/a Dr/Dra Oscar Benjamin,

Gracias por su interés en nuestra publicación. Le confirmamos que el artículo 'asociación entre depresión postparto y apoyo social en mujeres adscritas a la unidad de medicina familiar no. 12 del imss aguascalientes' (RMF/0120/24) se ha registrado correctamente en nuestro sistema.

El Comité Editorial de Revista Mexicana de Medicina Familiar con todo gusto revisará su manuscrito y en breve nos comunicaremos con Usted.

Muchas gracias y saludos cordiales,

El Editor
RMF



Tenistotes 315, Dept. 404 - Col Polanco, Del. Miguel Hidalgo
México D.F., 11500 | sofia.martinez@permanyer.com



DICTAMEN DE APROBACIÓN DEL CLIS



GOBIERNO DE
MÉXICO



DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
Unidad de Educación e Investigación
Coordinación de Investigación en Salud

Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 101.
H GRAL ZONA NUM 1

Registro COFEPRIS 17 CI 01 001 038

Registro CONBIOÉTICA CONBIOETICA 01 CEI 001 2018082

FECHA Martes, 02 de julio de 2024

Doctor (a) LUCIA CERVANTES RAMIREZ

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **Asociación entre depresión postparto y apoyo social en mujeres adscritas a la unidad de medicina familiar no. 12 del IMSS, Aguascalientes** 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-2024-101-079

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

ATENTAMENTE

Doctor (a) CARLOS ARMANDO SANCHEZ NAVARRO
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 101

Imprimir



DICTAMEN DE APROBACIÓN DEL CEI



GOBIERNO DE MÉXICO



DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
Unidad de Educación e Investigación
Coordinación de Investigación en Salud

Dictamen de Aprobado

Comité de Ética en Investigación 1018.
H GRAL ZONA NUM 1

Registro COFEPRIS 17 CI 01 001 038
Registro CONBIOÉTICA CONBIOETICA 01 CEI 001 2018082

FECHA Jueves, 27 de junio de 2024

Doctor (a) LUCIA CERVANTES RAMIREZ

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título Asociación entre depresión postparto y apoyo social en mujeres adscritas a la unidad de medicina familiar no. 12 del IMSS, Aguascalientes que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es APROBADO:

[Handwritten signature in blue ink]
Número de Registro Institucional
Sin número de registro

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

Maestro (a) Sarahi Estrella Maldonado Paredes
Presidente del Comité de Ética en Investigación No. 1018

Imprimir



DICTAMEN UAA



DICTAMEN DE LIBERACIÓN ACADÉMICA PARA INICIAR LOS TRÁMITES DEL EXAMEN DE GRADO - ESPECIALIDADES MÉDICAS



Fecha de dictaminación dd/mm/aa: 21/08/24

NOMBRE: BARCENAS ALMA OSCAR BENJAMIN **ID** 313629

ESPECIALIDAD MEDICINA FAMILIAR LGAC (del posgrado): ENFERMEDADES TRANSMISIBLES Y ACCIDENTES

TIPO DE TRABAJO: () Tesis () Trabajo práctico

TÍTULO: ASOCIACIÓN ENTRE DEPRESIÓN POSTPARTO Y APOYO SOCIAL EN MUJERES ADSCRITAS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 12 DEL IMSS, AGUASCALIENTES

IMPACTO SOCIAL (señalar el impacto logrado): EVIDENCIA CLAVE PARA DISEÑAR INTERVENCIONES ORIENTADAS A FORTALECER LAS REDES DE APOYO PARA LAS MADRES, PROMOVRIENDO UN ENTORNO MÁS FAVORABLE PARA SU SALUD MENTAL Y EL BIENESTAR GENERAL DE SUS FAMILIAS

INDICAR SI/NO SEGÚN CORRESPONDA:

Elementos para la revisión académica del trabajo de tesis o trabajo práctico:

- NO El trabajo es congruente con las LGAC de la especialidad médica
- SI La problemática fue abordada desde un enfoque multidisciplinario
- SI Existe coherencia, continuidad y orden lógico del tema central con cada apartado
- SI Los resultados del trabajo dan respuesta a las preguntas de investigación o a la problemática que aborda
- SI Los resultados presentados en el trabajo son de gran relevancia científica, tecnológica o profesional según el área
- SI El trabajo demuestra más de una aportación original al conocimiento de su área
- SI Las aportaciones responden a los problemas prioritarios del país
- NO Generó transferencia del conocimiento o tecnológica
- SI Cumple con la ética para la investigación (reporte de la herramienta antiplagio)

El egresado cumple con lo siguiente:

- SI Cumple con lo señalado por el Reglamento General de Docencia
- SI Cumple con los requisitos señalados en el plan de estudios (créditos curriculares, optativos, actividades complementarias, estancia, etc)
- SI Cuenta con los votos aprobatorios del comité tutorial, en caso de los posgrados profesionales si tiene solo tutor podrá liberar solo el tutor
- SI Cuenta con la aprobación del (la) Jefe de Enseñanza y/o Hospital
- SI Coincide con el título y objetivo registrado
- SI Tiene el CVU del Conahcyt actualizado
- NA Tiene el artículo aceptado o publicado y cumple con los requisitos institucionales

Con base a estos criterios, se autoriza se continúen con los trámites de titulación y programación del examen de grado

Sí X
No _____

FIRMAS

Revisó:

NOMBRE Y FIRMA DEL SECRETARIO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO:

MCB.E SILVIA PATRICIA GONZÁLEZ FLORES

Autorizó:

NOMBRE Y FIRMA DEL DECANO:

DR. SERGIO RAMÍREZ GONZÁLEZ

Nota: procede el trámite para el Depto. de Apoyo al Posgrado

En cumplimiento con el Art. 105C del Reglamento General de Docencia que a la letra señala entre las funciones del Consejo Académico: Cuidar la eficiencia terminal del programa de posgrado y el Art. 105F las funciones del Secretario Técnico, llevar el seguimiento de los alumnos.

OFICIO DE JUSTIFICACIÓN DE CAMBIO DE LGAC

GOBIERNO DE
MÉXICO



ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA
DESCONCENTRADA ESTATAL DE AGUASCALIENTES
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 12

Aguascalientes, Ags. 28 de agosto del 2024

MCB E. SILVIA PATRICIA GONZÁLEZ FLORES
SECRETARIA DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO
DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE AGUASCALIENTES
PRESENTE.

Por medio de la presente hago constar que la **C. LUCÍA CERVANTES RAMÍREZ**, médico adscrito y asesora de la tesis del **C. OSCAR BENJAMÍN BÁRCENAS ALMA** de la especialidad de Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar No. 12 Aguascalientes.

Se asignó como asesora de tesis siendo integrante del núcleo académico básico, quien actualmente no pertenece a esta línea generación del conocimiento. Sin embargo, realizó el tema **Asociación entre depresión postparto y apoyo social en mujeres adscritas a la unidad de medicina familiar no. 12 del IMSS, Aguascalientes** debido a la necesidad de la unidad de la Unidad de Medicina Familiar No. 12.

Lo anterior para su conocimiento, sin otro particular por el momento, me despido de usted, agradeciendo su atención.

ATENTAMENTE

Dra. Lucía Cervantes Ramírez
Médico Familiar
CED. PROF. 771321142
CED. ESP. 15300171AA
MAT. 99016615

DRA. LUCÍA CERVANTES RAMÍREZ
MEDICO FAMILIAR ADSCRITO A LA UMF 12



AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIAS

A mi papá, quien fue mi primer maestro y guía. Tu amor, sabiduría y sacrificio me han llevado hasta aquí. Cada logro en este camino lleva tu nombre y tu ejemplo. Gracias por enseñarme a luchar por mis sueños y a nunca rendirme. Este logro es tanto tuyo como mío. Con todo mi amor y gratitud, siempre.



INDICE GENERAL

1. INTRODUCCIÓN 7

2. MARCO TEORICO..... 8

 2.1.1. Síntomatología de la DPP 8

 2.1.2. Epidemiología de la DPP 9

2.2. APOYO SOCIAL..... 9

 2.2.1. Teoría del apoyo social 9

2.3. TEORIAS RELACIONADAS 10

 2.3.1. Modelo de Estrés y Afrontamiento de Lazarus y Folkman 10

 2.3.2. Teoría del apoyo social 11

2.4. MARCO CONCEPTUAL 11

 2.4.1. Depresión postparto..... 11

 2.4.2. Apoyo social..... 12

2.5. ANTECEDENTES CIENTIFICOS 13

 2.5.1. Búsqueda de información..... 13

3. JUSTIFICACIÓN 18

 3.1. Magnitud..... 18

 3.2. Trascendencia 18

 3.3. Vulnerabilidad 18

 3.4. Factibilidad 19

 3.5. Viabilidad 19

 3.6. Información que se espera obtener y beneficios 19

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 21

 4.1. Pregunta de investigación..... 22

5. OBJETIVOS 22

 5.1. Objetivo general..... 22

5.2.	Objetivos específicos	23
6.	HIPÓTESIS.....	24
6.1.	Hipótesis nula (H0)	24
6.2.	Hipótesis alternativa (H1).....	24
7.	MATERIAL Y MÉTODOS.....	25
7.1.	Lugar donde se desarrollará el estudio.	25
7.2.	Tipo y diseño del estudio.	25
7.3.	Universo de estudio	25
7.4.	Unidad de análisis.....	25
7.5.	Muestreo.....	25
7.5.1.	Tamaño de la muestra	25
7.5.2.	Tipo de muestreo	25
7.6.	Criterios de selección.....	26
7.6.1.	Criterios de inclusión	26
7.6.2.	Criterios de exclusión.....	26
7.7.	Variables de estudio	26
7.7.1.	Variable independiente.....	26
7.7.2.	Variable dependiente	26
7.8.	Logística	26
7.9.	Descripción de los instrumentos	27
7.10.	Métodos de control de calidad	28
7.11.	Cronograma de actividades	29
7.12.	Plan de análisis.....	30
7.13.	Operacionalización de variables	31
7.14.	Aspectos éticos.....	35
7.14.1.	Valor Científico y Social para la Población	35
7.14.2.	Pertinencia Científica en el Diseño y Conducción del Estudio.....	35

7.14.3.	Criterios de Selección de Participantes	35
7.14.4.	Identificación del riesgo.....	35
7.14.5.	Nivel de riesgo	36
7.14.6.	Proporcionalidad entre los riesgos y beneficios.....	37
7.14.7.	Respeto a los participantes	37
7.14.8.	Consentimiento informado	37
7.15.	Recursos, financiamiento y factibilidad	38
7.15.1.	Recursos humanos	38
7.15.2.	Recursos Financieros.....	39
7.15.3.	Factibilidad.....	39
8.	RESULTADOS.....	40
9.	DISCUSIÓN	55
10.	CONCLUSIONES	57
11.	GLOSARIO.....	59
12.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	61
13.	ANEXOS	65
Anexo A.	Instrumento para la recolección de información	65
Anexo B.	Carta de consentimiento informado.....	69
Anexo C.	Manual operacional.....	70

INDICE DE GRAFICAS

Gráfica 1.	Estado civil.....	40
Gráfica 2.	Escolaridad	41
Gráfica 3.	Ocupación.....	42
Gráfica 4.	Número de hijos.....	43
Gráfica 5.	Tipo de parto.....	44
Gráfica 6.	Apoyo social	46
Gráfica 7.	Depresión postparto.....	48

INDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Recursos Materiales	38
Tabla 2.	Edad	40
Tabla 3.	Estado civil.....	41
Tabla 4.	Escolaridad	42
Tabla 5.	Ocupación.....	42
Tabla 6.	Número de hijos.....	43
Tabla 7.	Tipo de parto.....	44
Tabla 8.	Complicaciones.....	45
Tabla 9.	Apoyo social	46
Tabla 10.	Escala de apoyo social	47
Tabla 11.	Depresión postparto.....	48
Tabla 12.	Escala de depresión postparto.....	50
Tabla 13.	Asociaciones crudas	52
Tabla 14.	Asociaciones ajustadas mediante regresión logística binaria	54

RESUMEN

Antecedentes: La depresión postparto es un trastorno de salud mental que afecta a una proporción significativa de mujeres tras el parto, con prevalencias variables a nivel mundial. Factores como el apoyo social y las complicaciones obstétricas han sido identificados como determinantes clave en su aparición. Estudios previos han sugerido que un bajo nivel de apoyo social y la presencia de complicaciones durante el embarazo o parto aumentan el riesgo de desarrollar depresión postparto. **Objetivo:** Evaluar la asociación entre el apoyo social percibido y la depresión postparto en mujeres adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No. 12 del IMSS en Aguascalientes. **Material y métodos:** Estudio cuantitativo, observacional y transversal. Se incluyeron 150 mujeres que acudieron a la consulta de puerperio entre las 6 y 8 semanas posteriores al parto. Se registraron datos sociodemográficos y clínicos, y se aplicaron la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS) y la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS) para evaluar el apoyo social y la depresión postparto, respectivamente. Los datos fueron analizados mediante estadísticas descriptivas y regresión logística binaria utilizando SPSS v25. **Resultados:** La prevalencia de depresión postparto en la muestra fue del 21.3%. Se encontró que las mujeres con complicaciones obstétricas tenían un riesgo significativamente mayor de depresión postparto (OR ajustada = 4.552; IC 95%: 1.878-11.035; $p = 0.001$). Además, un bajo nivel de apoyo familiar se asoció con un incremento significativo en el riesgo de depresión postparto (OR ajustada = 3.622; IC 95%: 1.512-8.681; $p = 0.004$). De manera contraria a lo esperado, las mujeres con un nivel educativo de secundaria o menor presentaron un riesgo menor de depresión postparto en comparación con aquellas con estudios superiores (OR ajustada = 0.398; IC 95%: 0.167-0.949; $p = 0.038$). **Conclusiones:** Este estudio destaca la importancia del apoyo familiar y la atención a las complicaciones obstétricas como factores críticos en la prevención de la depresión postparto. Se recomienda que las políticas de salud maternal incluyan estrategias dirigidas a fortalecer las redes de apoyo y brindar un seguimiento cercano a mujeres con antecedentes de complicaciones obstétricas. Futuros estudios deben explorar más a fondo las dinámicas culturales y contextuales que podrían influir en la relación entre el nivel educativo y la depresión postparto.

Palabras clave: Depresión postparto, Apoyo social, Complicaciones obstétricas

ABSTRACT

Background: Postpartum depression is a mental health disorder that affects a significant proportion of women after childbirth, with variable prevalences worldwide. Factors such as social support and obstetric complications have been identified as key determinants in its onset. Previous studies have suggested that a low level of social support and the presence of complications during pregnancy or childbirth increase the risk of developing postpartum depression. **Objective:** To evaluate the association between perceived social support and postpartum depression in women enrolled in the Family Medicine Unit No. 12 of the IMSS in Aguascalientes. **Material and methods:** Quantitative, observational and cross-sectional study. 150 women who attended the postpartum consultation between 6 and 8 weeks after delivery were included. Sociodemographic and clinical data were recorded, and the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) and the Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS) were applied to assess social support and postpartum depression, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and binary logistic regression using SPSS v25. **Results:** The prevalence of postpartum depression in the sample was 21.3%. Women with obstetric complications were found to have a significantly increased risk of postpartum depression (adjusted OR = 4.552; 95% CI: 1.878-11.035; $p = 0.001$). Furthermore, a low level of family support was associated with a significantly increased risk of postpartum depression (adjusted OR = 3.622; 95% CI: 1.512-8.681; $p = 0.004$). Contrary to expectations, women with a secondary education level or less had a lower risk of postpartum depression compared to those with higher education (adjusted OR = 0.398; 95% CI: 0.167-0.949; $p = 0.038$). **Conclusions:** This study highlights the importance of family support and attention to obstetric complications as critical factors in the prevention of postpartum depression. It is recommended that maternal health policies include strategies aimed at strengthening support networks and providing close follow-up to women with a history of obstetric complications. Future studies should further explore the cultural and contextual dynamics that could influence the relationship between educational level and postpartum depression.

Keywords: Postpartum depression, Social support, Obstetric complications

1. INTRODUCCIÓN

La depresión postparto es una condición que afecta a un número significativo de mujeres en el período posterior al nacimiento de un hijo, impactando no solo su bienestar emocional, sino también la dinámica familiar y el desarrollo del recién nacido. A pesar de la alta prevalencia de este trastorno, en México, y específicamente en el contexto de instituciones públicas de salud como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), la relación entre la depresión postparto y los factores sociales que la influyen sigue siendo un área insuficientemente explorada. En particular, el apoyo social, un elemento clave en la recuperación emocional de las mujeres durante el posparto, ha sido identificado en estudios internacionales como un factor protector significativo contra la depresión postparto. Sin embargo, la evidencia en el contexto mexicano es escasa, lo que limita la capacidad de los profesionales de la salud para implementar estrategias preventivas y de intervención basadas en este conocimiento.

El presente estudio busca abordar esta brecha en la literatura, explorando la relación entre el apoyo social percibido y la incidencia de depresión postparto en una población específica de mujeres derechohabientes. La información derivada de esta investigación es crucial, ya que podría proporcionar una base sólida para el desarrollo de programas de apoyo que no solo mejoren la salud mental de las mujeres en el posparto, sino que también contribuyan al bienestar general de sus familias. Además, este estudio tiene el potencial de sensibilizar a los profesionales de la salud sobre la importancia de evaluar y fortalecer las redes de apoyo social en sus pacientes, promoviendo un enfoque más integral y humano en la atención a las madres en el período posparto.

La necesidad de este estudio radica en la falta de datos locales que vinculen de manera clara y directa el apoyo social con los niveles de depresión postparto en mujeres que reciben atención en el sistema de salud pública. En un contexto donde las mujeres pueden enfrentar barreras significativas para acceder a recursos de salud mental, comprender el papel del apoyo social podría ser un paso fundamental para reducir la carga de la depresión postparto y mejorar la calidad de vida de las madres. Este proyecto, por lo tanto, no solo aspira a llenar un vacío en el conocimiento científico, sino también a contribuir de manera tangible a la salud pública, proporcionando información relevante que puede ser utilizada para diseñar intervenciones efectivas en el ámbito local.

2. MARCO TEORICO

La depresión postparto es un trastorno del estado de ánimo que puede afectar a las mujeres después del parto. Se caracteriza por sentimientos persistentes de tristeza, ansiedad y fatiga que pueden interferir con la capacidad de la madre para cuidar de sí misma y de su bebé. La etiología de la depresión postparto es multifactorial e incluye cambios hormonales, factores psicológicos, sociales y de estilo de vida. Los niveles de estrógeno y progesterona, que aumentan significativamente durante el embarazo, disminuyen rápidamente en las primeras 24 horas después del parto, y se cree que este cambio hormonal contribuye al desarrollo de la depresión postparto. Además, el estrés físico del parto, la falta de sueño y la adaptación a un nuevo rol de vida pueden aumentar el riesgo de depresión. Los factores de riesgo incluyen antecedentes de depresión, falta de apoyo social, conflictos de pareja y experiencias de vida estresantes. El reconocimiento temprano y el tratamiento adecuado son cruciales para la recuperación y el bienestar tanto de la madre como del bebé.(1)

2.1.1. Sintomatología de la DPP

La sintomatología de la depresión posparto (DPP) es vasta y puede variar en intensidad y presentación entre las mujeres afectadas. Los síntomas emocionales más comunes de la DPP incluyen una sensación persistente de tristeza o desesperanza, llanto frecuente sin una razón aparente, sentimientos de inutilidad o culpa excesiva, y pérdida de interés o placer en actividades que anteriormente se disfrutaban. Estas mujeres pueden también manifestar síntomas de irritabilidad o enojo, sentimientos de desconexión o rechazo hacia el bebé, preocupaciones o pensamientos obsesivos sobre el bebé, y en casos más severos, pensamientos de autolesión o de hacerle daño al bebé. (2)

Desde el punto de vista físico, las mujeres con DPP pueden experimentar fatiga extrema, insomnio o, por el contrario, dormir en exceso, cambios en el apetito y patrones de alimentación, disminución del deseo sexual y síntomas físicos inespecíficos como dolores de cabeza o de estómago. Cognitivamente, pueden presentarse con dificultad para concentrarse, indecisión y falta de claridad en el pensamiento.(3)

En cuanto al diagnóstico, no existe una prueba específica que confirme la DPP. Por lo general, el diagnóstico se basa en la evaluación clínica a través de entrevistas detalladas que permiten identificar la presencia e intensidad de los síntomas descritos. Es esencial distinguir la DPP de la "tristeza posparto" o "baby blues", una condición temporal que afecta hasta al 80% de las

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

madres y se caracteriza por síntomas similares, pero de menor intensidad y duración, generalmente resolviéndose en las primeras dos semanas después del parto. Una herramienta ampliamente utilizada en la evaluación de la DPP es la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS), un cuestionario de autoinforme que ayuda a identificar a aquellas mujeres que pueden estar experimentando síntomas de DPP y que requieren una evaluación adicional.(3)

2.1.2. Epidemiología de la DPP

La depresión postparto es más común de lo que se piensa. Según un estudio realizado en España, la prevalencia de depresión postparto según la entrevista clínica estructurada para el DSM-IV (SCID) fue del 10,15%, siendo del 3,6% para la depresión mayor y del 6,5% para la depresión menor (4). Estos datos son similares a los reportados en otros países con ingresos altos, donde se estima que la prevalencia de depresión postnatal es del 13%². Sin embargo, en países con ingresos bajos y medios, la prevalencia de depresión postnatal es mayor, llegando al 20% (1). Esto sugiere que existen factores socioeconómicos y culturales que influyen en la aparición y el manejo de la depresión postparto.

La depresión postparto no afecta por igual a todas las mujeres. Hay algunos factores de riesgo que aumentan la probabilidad de sufrir este trastorno, como la historia previa de depresión, el estrés psicosocial, el apoyo social insuficiente, los problemas conyugales, el embarazo no deseado, las complicaciones obstétricas, el temperamento difícil del bebé o la falta de sueño (1,5). Por el contrario, hay algunos factores protectores que disminuyen el riesgo de depresión postparto, como la autoestima, el optimismo, el afrontamiento activo, el apoyo emocional, la satisfacción marital y la lactancia materna. (6)

2.2. APOYO SOCIAL

2.2.1. Teoría del apoyo social

La teoría del apoyo social es una teoría que explica cómo el apoyo social influye en el bienestar de las personas, tanto en situaciones de estrés como en condiciones normales. El apoyo social se refiere a la percepción y la realidad de que existen personas que se preocupan de nosotros, y de que formamos parte de un grupo social que nos puede prestar su ayuda y sus recursos. El apoyo social puede ser de diferentes tipos, según el tipo de ayuda que se recibe: emocional, tangible, informacional o de compañía.(7)

Según la teoría del apoyo social, existen dos modelos que explican los efectos del apoyo social sobre el bienestar: el modelo de efectos amortiguadores y el modelo de efectos principales. El

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

modelo de efectos amortiguadores propone que el apoyo social actúa como un factor protector que reduce el impacto negativo del estrés sobre la salud física y mental de las personas. Según este modelo, el apoyo social solo tiene efectos beneficiosos cuando la persona se enfrenta a una situación estresante, ya que le ayuda a afrontarla mejor y a reducir su nivel de ansiedad y depresión. Por ejemplo, si una persona pierde su trabajo, el apoyo emocional de su familia y amigos le puede ayudar a sentirse menos angustiada y a buscar nuevas opciones laborales.(7)

El modelo de efectos principales propone que el apoyo social tiene efectos positivos sobre el bienestar de las personas independientemente de que estén o no bajo estrés, ya que mejora su autoestima, su confianza, su sentido de pertenencia y su satisfacción con la vida. Según este modelo, el apoyo social es un factor que contribuye al desarrollo y al mantenimiento de la salud física y mental de las personas. Por ejemplo, si una persona tiene un buen grupo de amigos con los que comparte actividades y aficiones, se sentirá más feliz y realizada que si estuviera aislada socialmente.(7)

El apoyo social es un constructo multidimensional que ha sido ampliamente estudiado en relación con una variedad de resultados de salud mental, incluida la depresión postparto (DPP). Se refiere a la asistencia o respaldo que una persona recibe de su red social, que incluye familiares, amigos, colegas y otros individuos o grupos que tienen una influencia significativa en su vida.(8)

2.3. TEORIAS RELACIONADAS

2.3.1. Modelo de Estrés y Afrontamiento de Lazarus y Folkman

Esta teoría explica la compleja relación entre la depresión postparto y el apoyo social ya que se centra en la interpretación y gestión del estrés psicológico, sugiriendo que la manera en que una persona evalúa y afronta una situación estresante juega un papel crucial en el desarrollo de posibles respuestas psicológicas, como la depresión postparto. La elección de este modelo para el estudio se justifica por su enfoque en la interacción entre factores individuales y el entorno, permitiendo una comprensión más matizada de cómo el apoyo social puede influir en la experiencia y manejo del estrés asociado con el posparto. Según este marco, el apoyo social actúa como un recurso de afrontamiento esencial que puede modificar la percepción del estrés, reducir la vulnerabilidad a la depresión y facilitar estrategias de afrontamiento más efectivas. Esta teoría proporciona una base sólida para explorar no solo si existe una asociación entre la depresión postparto y el apoyo social, sino también cómo y por qué esta relación ocurre,

considerando la percepción del estrés, las respuestas emocionales, y la disponibilidad y eficacia del apoyo social. Implementar el Modelo de Estrés y Afrontamiento de Lazarus y Folkman permite una aproximación integral que reconoce la complejidad de la depresión postparto, considerándola no solo como un fenómeno clínico, sino también como una experiencia influenciada significativamente por el contexto social y psicológico de la mujer. Este enfoque teórico subraya la importancia de evaluar el apoyo social como un elemento clave en la promoción de la salud mental postparto y ofrece un marco valioso para desarrollar intervenciones dirigidas a fortalecer redes de apoyo social para madres recientes, anticipando una contribución significativa al bienestar emocional y psicológico de este grupo poblacional.(9)

2.3.2. Teoría del apoyo social

La teoría del apoyo social es un concepto fundamental en la psicología y la sociología que se centra en la importancia de las relaciones y conexiones humanas para el bienestar emocional y físico de las personas. Según esta teoría, el apoyo social puede tomar muchas formas, incluyendo el apoyo emocional, como la empatía y el amor; el apoyo instrumental, como la ayuda física o financiera; y el apoyo informativo, que incluye el consejo y la orientación. La presencia de una red de apoyo robusta puede actuar como un amortiguador contra los efectos negativos del estrés y las adversidades, mientras que la falta de apoyo social puede llevar a un aumento de la vulnerabilidad a trastornos como la depresión y la ansiedad.(10)

Los investigadores han identificado que el apoyo social no solo ayuda a las personas a sentirse más seguras y menos aisladas, sino que también tiene efectos tangibles en la salud física, como una mejor recuperación de enfermedades y una mayor longevidad. Además, el apoyo social percibido es uno de los factores protectores más significativos para la salud mental y el bienestar general(11). En situaciones de estrés elevado, el apoyo social puede defender al individuo de las consecuencias nocivas y favorecer las fases de adaptación, proporcionando un entorno en el que el individuo vulnerable puede encontrar recursos para enfrentar y superar los desafíos(12)

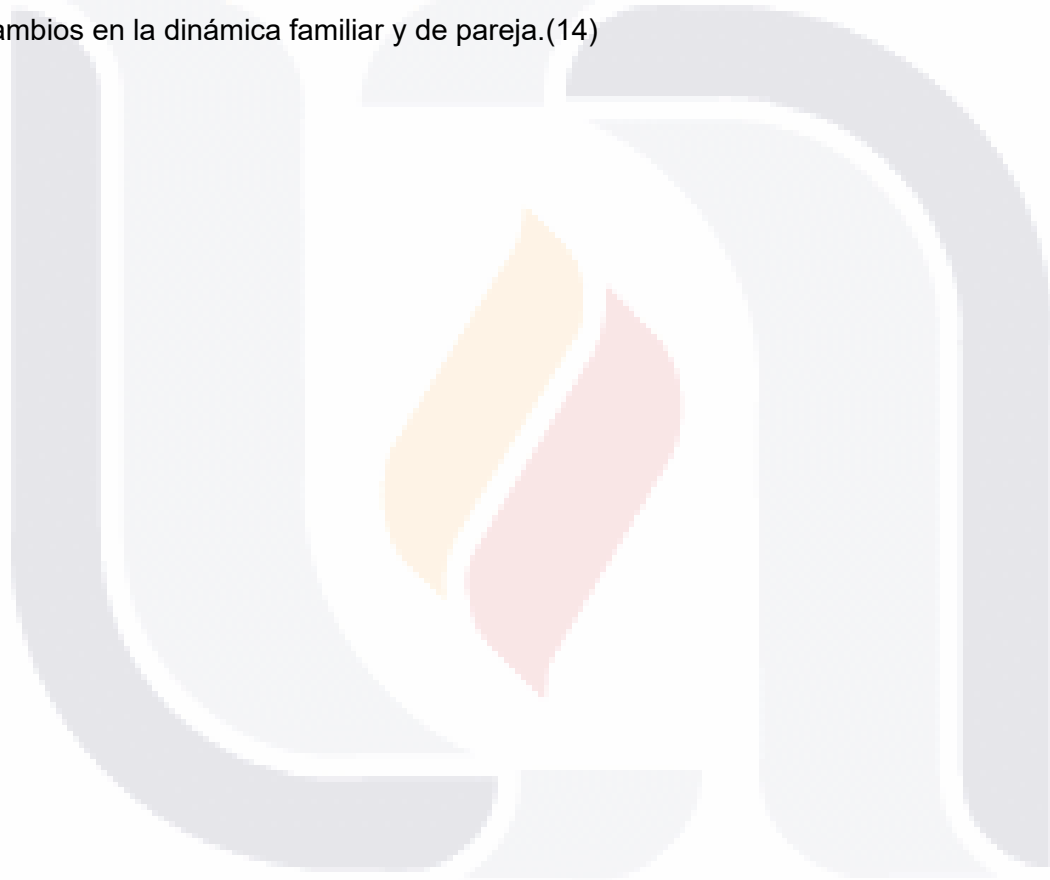
2.4. MARCO CONCEPTUAL

2.4.1. Depresión postparto

La depresión posparto (DPP) es una condición clínica que puede surgir después del nacimiento de un hijo, caracterizada por una serie de síntomas que pueden incluir tristeza persistente, fatiga, insomnio, irritabilidad, pérdida de interés o placer en actividades que antes se disfrutaban, sentimientos de culpa o inutilidad, dificultad para concentrarse, y en casos extremos, pensamientos de autolesión o de hacerle daño al bebé (13).

2.4.2. Apoyo social

El apoyo social se conceptualiza como la red de relaciones y conexiones interpersonales que proporcionan respaldo emocional, instrumental, informativo y de validación a un individuo. Específicamente, herramientas como la MSPSS de Zimet et al. permiten evaluar de manera multidimensional la percepción del apoyo social, destacando áreas claves como la proporcionada por familiares, amigos y parejas. En el contexto del postparto, la percepción del apoyo puede ser crucial, ya que las nuevas madres se enfrentan a desafíos únicos, incluido el ajuste a su nuevo rol, el manejo de las demandas físicas y emocionales del cuidado del bebé, y los posibles cambios en la dinámica familiar y de pareja.(14)



2.5. ANTECEDENTES CIENTIFICOS

2.5.1. Búsqueda de información

Se realizó una búsqueda sistemática en la literatura científica de acuerdo con la metodología de las revisiones de Chocrane en la base de datos de PUBMED y BVS.

Se utilizaron los siguientes descriptores (MESH) en ingles relacionados con el objeto de este estudio:

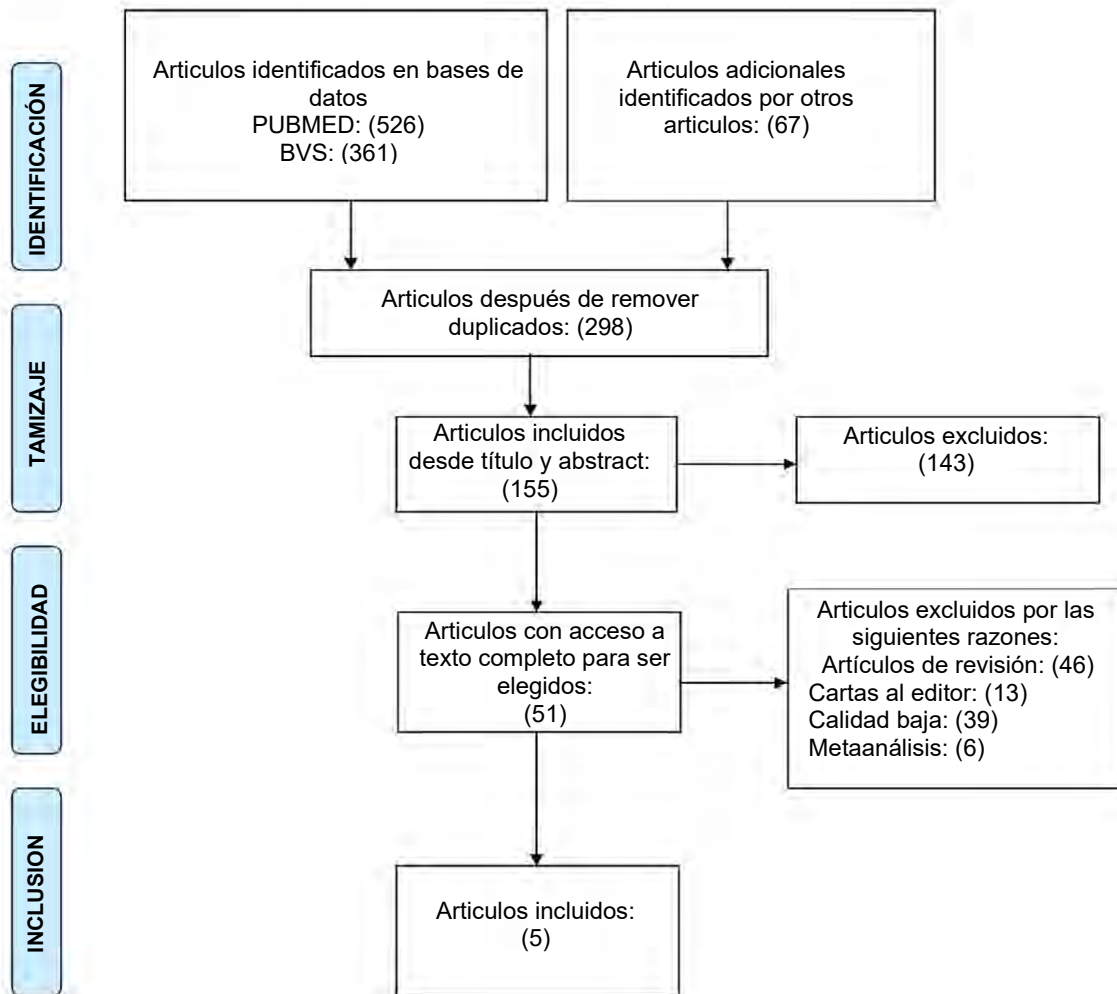
- Postnatal Depression
- Post Natal Depression
- Depression, Postnatal
- Social support

Con el uso de los operadores booleanos se elaboró la siguiente sintaxis de búsqueda:

(((Postnatal Depression[Title/Abstract]) OR (Post Natal Depression[Title/Abstract])) OR (Depression, Postnatal[Title/Abstract])) AND (Social support[Title/Abstract])

Con la cual se obtuvieron los siguientes resultados:

Diagrama de búsqueda de artículos



Patricia Leahy-Warren, Geraldine McCarthy, y Paul Corcoran (2012) llevaron a cabo un estudio con el objetivo de examinar las relaciones entre el apoyo social, la autoeficacia parental materna y la depresión posnatal en madres primerizas a las 6 semanas después del parto. Utilizando un diseño cuantitativo correlacional descriptivo, se recopilaron datos de 410 madres mediante un paquete de cuestionarios que incluía una escala de apoyo social desarrollada por los investigadores, la Escala de Autoeficacia Parental Materna Percibida y la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo. La mayoría de las madres informaron sobre redes sociales informales, como familiares y amigos, como sus principales fuentes de apoyo, con un promedio de puntuación de apoyo funcional de 68.3. La autoeficacia parental materna promedio fue de 65.9, indicando un alto nivel de autoeficacia entre las participantes. La prevalencia de depresión

posnatal fue del 13.2% (IC del 95%: 9.8-16.6%). Todas las medidas de apoyo se correlacionaron negativamente con los puntajes de depresión posnatal, aunque la fuerza de las correlaciones se consideraría débil o moderada. La depresión postparto mostró una relación inversa significativa con el apoyo social funcional total ($r = 0.43$, $p < 0.001$) y con la autoeficacia parental ($v^2 = 18.26$, $df = 2$, $p < 0.001$). En conclusión, se encontraron relaciones significativas entre el apoyo social y la depresión posnatal, así como entre la autoeficacia parental materna y la depresión posnatal. Se sugiere que, al diseñar planes de atención de enfermería y partería individualizados para nuevas madres en riesgo de depresión posnatal, es necesario considerar la movilización del apoyo social. Además, mejorar la autoeficacia parental materna para las madres primerizas en las 6 semanas posteriores al parto es esencial para influir positivamente en su salud mental y bienestar.(15)

Franca Tani (2016) investigó la influencia del apoyo social percibido por las madres durante el embarazo en la calidad de su experiencia de parto y la depresión postparto. El estudio se llevó a cabo en el Hospital Misericordia e Dolce en Prato, Italia, y se realizó con un diseño longitudinal, recolectando datos en tres momentos distintos: durante la semana 31-32 de embarazo, el primer día después del parto y un mes después del nacimiento. Se incluyó a un total de 179 mujeres italianas nulíparas con embarazos no complicados. Para medir el apoyo social, se empleó la Escala de Apoyo Social Materno, que evalúa la percepción de cuidado y amor que las mujeres reciben de su familia, pareja y amigos. Para valorar los síntomas depresivos postparto, se utilizó la versión italiana validada de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo. El análisis de datos se llevó a cabo mediante Modelado de Ecuaciones Estructurales (SEM). Los resultados mostraron que la depresión postparto fue influenciada negativamente por el apoyo social percibido por la madre y positivamente por las variables clínicas del parto. Además, el apoyo social materno percibido tuvo un efecto significativo en la depresión postparto, mediado por la calidad de los aspectos clínicos del nacimiento. A pesar de las limitaciones, estos hallazgos sugieren la necesidad de mejorar las políticas de salud que no solo aborden los aspectos médicos relacionados con el embarazo y el parto, sino que también ofrezcan un cuidado integral para el bienestar de la mujer desde una perspectiva social y psicológica.(16)

Fatemeh Abdollahi et al. (2009) llevaron a cabo un estudio para identificar la incidencia y los factores relacionados con la depresión postparto (DPP) en mujeres en Irán por primera vez. El estudio incluyó a 2279 mujeres embarazadas de 32 a 42 semanas de gestación hasta las 12 semanas postparto, que acudieron a centros de salud primaria en la provincia de Mazandaran. Para la detección de la depresión, se utilizó la versión iraní de la Escala de Depresión Posnatal

de Edimburgo. Aquellas mujeres embarazadas que no presentaban depresión fueron evaluadas con diversos cuestionarios validados. De las mujeres aptas para el estudio, el 21% que mostraron puntuaciones superiores al límite establecido o que ya estaban tomando medicación para trastornos psiquiátricos fueron excluidas. Se hizo un seguimiento al resto hasta las 12 semanas después del parto, hallando que un 14,10% presentó síntomas de DPP. Las incidencias de depresión en los periodos posparto de 0–2, >2–8 y >8–12 semanas fueron del 6,9%, 4,6% y 4,8% respectivamente. Se obtuvo que las mujeres con bajo apoyo social durante el embarazo tienen 1.58 veces más probabilidades de experimentar depresión postparto en comparación con aquellas que reportaron un alto apoyo social. El intervalo de confianza del 95% (CI) es de 1.08 a 2.3, lo cual indica que el valor de 1.58 es estadísticamente significativo y no incluye el 1, y el valor p es de 0.01, lo que significa que hay menos de un 1% de probabilidad de que este resultado sea por casualidad; Las mujeres con un nivel medio de apoyo social tienen 1.22 veces más probabilidades de sufrir depresión postparto en comparación con aquellas con un alto nivel de apoyo social, aunque este resultado no es estadísticamente significativo, ya que el intervalo de confianza de 95% (0.87–1.71) incluye el 1, y el valor p es de 0.23, indicando que hay un 23% de probabilidad de que este resultado sea debido al azar. En conclusión, se identificó una alta tasa de nuevos casos de DPP en mujeres iraníes. Aunque no se identificó una asociación con el apoyo social, se logró establecer que una combinación de factores psicológicos, sociológicos, obstétricos y sociodemográficos puede hacer que las madres sean vulnerables a la depresión postparto.(17)

Mayra Alejandra Ramos Cárdenas (2022) dirigió un estudio observacional, descriptivo correlacional, de corte transversal en un centro materno infantil de Lima con el objetivo de determinar la asociación entre la depresión postparto y el apoyo de la pareja. La investigación incluyó a 122 mujeres, a quienes se les aplicaron la Escala de Edimburgo y la Escala de Apoyo de la Pareja, cumpliendo con criterios de inclusión y exclusión específicos. Para el análisis estadístico, se utilizó el coeficiente de correlación Rho de Spearman. Los resultados mostraron que el 20.5% de las mujeres dio positivo para depresión postparto, y un 63.1% percibió un apoyo regular de su pareja. Significativamente, el estudio encontró Correlaciones inversas moderadas entre el apoyo de la pareja y depresión postparto: emocional Rho = -0.464; instrumental Rho = -0.402; informativo Rho = -0.388. Concluyendo, el estudio enfatizó la importancia crítica del apoyo excelente por parte de la pareja para reducir la probabilidad de depresión postparto, resaltando la relevancia de la participación de la pareja durante el puerperio y el primer año de maternidad. Sin embargo, se señaló que la mayoría de los padres en América Latina, incluido Perú, enfrentan

desafíos significativos para proporcionar este nivel de apoyo debido a las obligaciones laborales. Citando la legislación peruana que otorga licencia por paternidad, el estudio sugiere la necesidad de estudios a nivel poblacional y reformas legislativas que permitan extender el período de licencia paterna, facilitando así un apoyo más efectivo y continuo durante el período postparto.(18)

Yolanda Contreras-García, Paulina Sobarzo Rodríguez y Camilo Manríquez-Vidal, en su estudio publicado en la Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología en 2017, exploran la interacción entre el apoyo social percibido durante el posparto y la presencia de depresión materna. En un período marcado por una vulnerabilidad biopsicosocial significativa para la mujer, con una prevalencia de depresión postparto en Chile que oscila entre el 27,2 % y el 41,3 %, los autores buscan comprender cómo el apoyo social actúa como factor protector en este contexto. Empleando un diseño transversal correlacional, el estudio incorporó a 76 mujeres en el periodo de posparto (de 30 días a 1 año), sanas y sin historial de depresión previo. La evaluación se centró en la sintomatología depresiva, la percepción del apoyo social y el funcionamiento familiar, complementándose con un cuestionario sobre variables biosociales, obstétricas y relacionales, bajo el consentimiento informado y la aprobación ética pertinente. Los resultados revelaron que un 27,6 % de las participantes experimentaron depresión postparto, con diferencias significativas en aspectos como la duración de la lactancia materna, que fue menor en mujeres con depresión. A nivel social, las variables estudiadas no mostraron diferencias significativas, indicando una homogeneidad en este aspecto entre los grupos. Sin embargo, la prevalencia de sintomatología depresiva fue notable, con un 73,4 % de las mujeres mostrando mínima sintomatología según el Inventario de Beck BDI-II. Este porcentaje contrasta con el 27,6 % que presentó algún nivel de sintomatología depresiva, distribuyéndose entre depresión leve, moderada y grave. El apoyo social percibido, evaluado mediante la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido de Zimet, arrojó un promedio general de 37,68 puntos. Correlación significativa entre apoyo social y depresión postparto: apoyo de familia ($p = 0.0021$), apoyo de otros significativos ($p = 0.003$). Las conclusiones del estudio destacan la importancia del apoyo social, el funcionamiento familiar y las relaciones significativas con la pareja y la madre como factores protectores contra la depresión materna. Estos hallazgos subrayan la necesidad de enfocar las intervenciones y el apoyo en estos aspectos críticos para proteger la salud mental de las madres en el posparto, reforzando la idea de que el bienestar materno trasciende el ámbito médico para incorporar un enfoque más integral que abarque lo social y lo relacional (19).

3. JUSTIFICACIÓN

3.1. Magnitud

La depresión postparto es un trastorno mental afectivo severo que afecta a mujeres después del parto. A nivel mundial, su incidencia es del 15%(20). En Estados Unidos, hasta el 56% de las mujeres latinas residentes experimentan depresión postparto durante los primeros 4 meses tras el nacimiento de su bebé(20). A nivel nacional, en México, la prevalencia de depresión en mujeres embarazadas varía. Durante el embarazo, la incidencia va del 2% al 21%, mientras que en el posparto oscila entre el 10% y el 15%(21). Estas cifras reflejan la importancia de abordar la salud mental de las mujeres durante esta etapa crucial.

3.2. Trascendencia

Las consecuencias de la depresión postparto son profundas y afectan tanto a nivel individual como a nivel de la sociedad. Las mujeres que sufren depresión postparto experimentan síntomas como fatiga extrema, insomnio y pérdida de apetito. Esto puede afectar su recuperación física y su calidad de vida. Así mismo, la depresión postparto se asocia con un mayor riesgo de suicidio (21). Las madres deprimidas pueden sentirse desesperadas y aisladas, lo que aumenta la posibilidad de pensamientos suicidas y comportamientos autodestructivos. Finalmente, también se relaciona con el filicidio, el acto de una madre que mata a su propio hijo. El estrés, la ansiedad y la desesperación pueden llevar a comportamientos extremos y trágicos.(22)

3.3. Vulnerabilidad

El estudio encara la vulnerabilidad de la depresión postparto al medir la posible influencia del apoyo social sobre esta condición. La prevalencia de la depresión postparto en nuevas madres resalta un área de salud pública que no solo es susceptible de intervención, sino que, con la adecuada comprensión y manejo, podría ofrecer un camino hacia soluciones efectivas. La investigación planeada tiene la intención de proveer una comprensión más profunda de cómo el apoyo social percibido puede afectar la incidencia de la depresión postparto, y si este conocimiento se traduce en estrategias concretas para mitigar la vulnerabilidad de las mujeres durante este periodo crítico. La posibilidad de resolver el problema radica en la habilidad de transformar los hallazgos en acciones preventivas y terapéuticas que el IMSS pueda implementar.

3.4. Factibilidad

El estudio se apoya en la disponibilidad de instrumentos validados y reconocidos como la MSPSS y la EPDS, lo que asegura una evaluación confiable y consistente de las variables de interés. Con una muestra de 150 mujeres y utilizando un diseño de estudio transversal comparativo, la investigación se encuentra dentro de la capacidad operativa de la unidad de medicina familiar. Se cuenta con el personal capacitado para administrar las escalas de medición y recopilar los datos necesarios, además de los recursos materiales como cuestionarios y espacio físico para realizar las entrevistas. Los recursos financieros necesarios para llevar a cabo este estudio son mínimos y pueden ser absorbidos por la institución sin dificultad, asegurando que la factibilidad del proyecto no se vea comprometida.

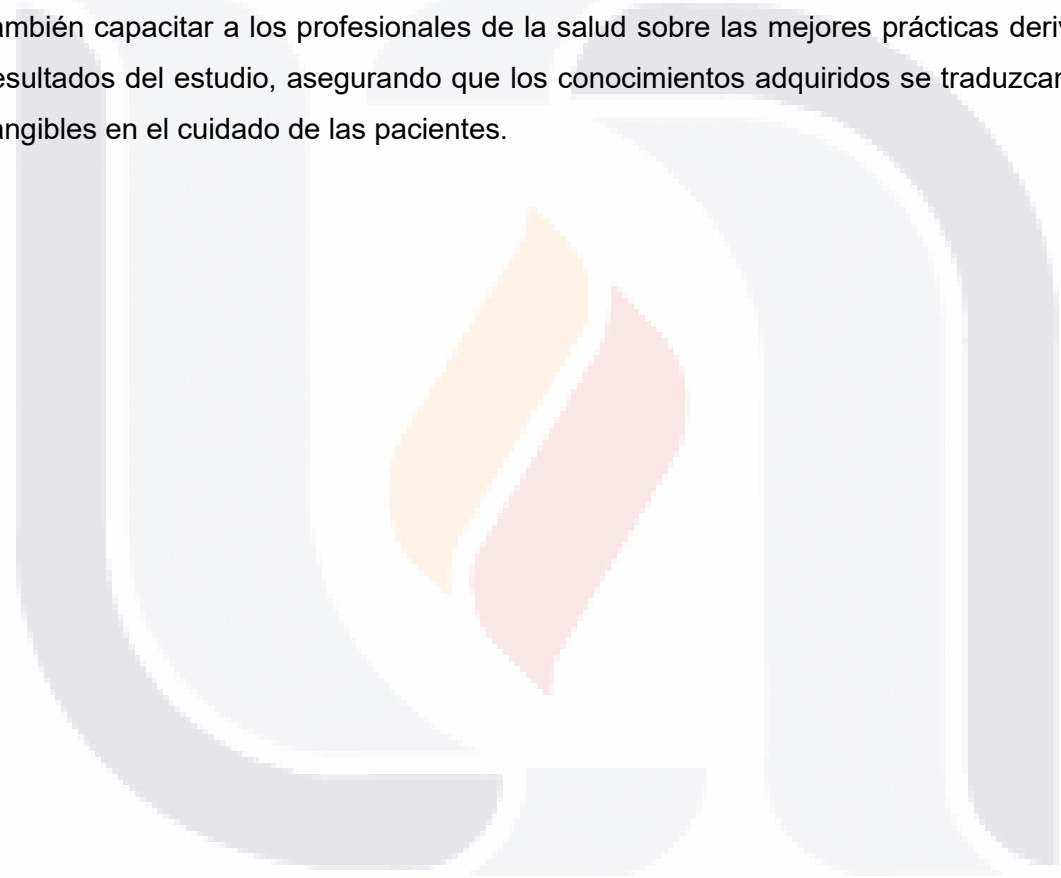
3.5. Viabilidad

El proyecto está alineado con las políticas de salud materna del IMSS y con los objetivos generales de promoción de la salud mental postparto. Se anticipa que los resultados tendrán aplicaciones prácticas directas, potenciando los programas de salud ya existentes y pudiendo resultar en el desarrollo de nuevos protocolos de intervención y prevención. La voluntad política y organizacional para apoyar la investigación es evidente, considerando la relevancia del tema para la salud pública y el bienestar de las madres recientes. Con la infraestructura ya establecida y el apoyo de la institución, el estudio no solo es viable sino que también promete contribuir significativamente a los esfuerzos de salud pública dirigidos a las mujeres en el periodo posparto.

3.6. Información que se espera obtener y beneficios

La realización del estudio promete una serie de beneficios tanto para el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) como para sus pacientes. Para el IMSS, representa una oportunidad de reafirmar su compromiso con la salud materno-infantil, ampliando su comprensión de los factores psicosociales que impactan en la salud mental de las mujeres después del parto. Los resultados del estudio pueden informar y mejorar las estrategias actuales de atención, lo que a su vez podría optimizar la asignación de recursos y potencialmente reducir costos a largo plazo asociados con el tratamiento de la depresión postparto. Para los pacientes, este estudio es vital, ya que enfocarse en el apoyo social como un factor modificable puede resultar en intervenciones más efectivas y accesibles para prevenir y manejar la depresión postparto, mejorando así la calidad de vida de las nuevas madres y el bienestar de sus familias.

La difusión de los hallazgos de este estudio es clave para su impacto en la comunidad médica y en el público general. Presentar los resultados en congresos a través de carteles es una forma efectiva de llegar a los profesionales de la salud, promoviendo discusiones académicas y posibles colaboraciones para futuras investigaciones. La publicación en revistas científicas revisadas por pares extiende el alcance a un público más amplio y contribuye a la literatura existente, mientras que el desarrollo de trípticos informativos distribuidos dentro de las clínicas del IMSS puede servir como herramienta educativa para el personal de salud y los pacientes por igual. Las pláticas, seminarios y talleres organizados por el IMSS podrían no solo informar sino también capacitar a los profesionales de la salud sobre las mejores prácticas derivadas de los resultados del estudio, asegurando que los conocimientos adquiridos se traduzcan en mejoras tangibles en el cuidado de las pacientes.



4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La depresión postparto es una condición que afecta a un significativo porcentaje de mujeres tras el parto, impactando negativamente en la salud materna y el desarrollo infantil. La investigación científica ha sugerido que el apoyo social podría desempeñar un papel crucial como factor protector en este período de vulnerabilidad, aunque los resultados han sido heterogéneos. En el estudio de Leahy-Warren et al. (2011), por ejemplo, se utilizó la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) y un Cuestionario de Apoyo Social desarrollado por los investigadores, encontrando una fuerte asociación entre la depresión postparto y el apoyo social funcional total ($r = 0.43$, $p < 0.001$) y con la autoeficacia maternal parental ($r = 18.26$, $df = 2$, $p < 0.001$)(15). Estos instrumentos han demostrado una alta sensibilidad y especificidad, y aunque el estudio señala la relevancia del apoyo social, las limitaciones inherentes a la utilización de un instrumento de apoyo social no previamente validado y una muestra limitada a madres de habla inglesa y caucásicas restringen la generalización de estos resultados. Por otro lado, Tani y Castagna (2016) emplearon la Escala de Apoyo Social Maternal (MSSS) y la EPDS, hallando un efecto mediado significativo en un modelo SEM del apoyo social sobre la depresión postparto a través de las características clínicas del parto. La validez de la EPDS, con una confiabilidad de Cronbach's alfa de 0.76 y 0.87 respectivamente, respalda su uso como un instrumento fiable para medir la depresión postparto. Sin embargo, las limitaciones del estudio, incluyendo una muestra solo de mujeres nulíparas y la falta de consideración del apoyo por parte del padre del bebé durante el embarazo y el parto, podrían haber afectado la interpretación de los resultados(16). En el contexto iraní, Abdollahi et al. (2014) utilizaron la EPDS en su versión iraní, y encontraron Odds Ratio significativos para mujeres con bajo y medio apoyo social (17). Aunque la EPDS mostró una sensibilidad del 95% y especificidad del 93%, las limitaciones del estudio incluyeron la exclusión de mujeres con tratamiento farmacológico psiquiátrico, lo que podría influir en la generalización de los resultados. Ramos Cárdenas & Rivera Felix (2022) encontraron correlaciones inversas moderadas entre el apoyo de la pareja y la depresión postparto utilizando la EPDS y la Escala de Apoyo de la Pareja, validadas en su contexto(18). Las correlaciones fueron: apoyo emocional $Rho = -0.464$, apoyo instrumental $Rho = -0.402$, y apoyo informativo $Rho = -0.388$. Este estudio se centró en mujeres de un centro específico en Lima, lo que podría limitar la generalización de los hallazgos a un contexto más amplio. Finalmente, Contreras-García et al. (2017) utilizaron el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) y la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido de Zimet, obteniendo una correlación

significativa entre el apoyo social y la depresión postparto (apoyo de familia $p = 0.0021$, apoyo de otros significativos $p = 0.003$)(19). A pesar de la alta fiabilidad de las escalas utilizadas, con Alfa de Cronbach valores superiores a 0.90, la muestra no aleatoria de 76 mujeres podría no representar la población general. Esta diversidad de evidencia sugiere que la naturaleza del problema y el estado del arte en relación con la asociación entre la depresión postparto y el apoyo social es compleja, y podría deberse a la diversidad de instrumentos, sus limitaciones y valores de validez y confiabilidad. Es por ello que la presente investigación se propone estudiar la asociación entre estas variables utilizando la regresión logística ajustando factores confesoras con la finalidad de esclarecer esta asociación, abordando así las limitaciones previas y mejorando la comprensión de estos importantes factores de salud materna, por lo tanto, la pregunta de investigación de este estudio es la siguiente:

4.1. Pregunta de investigación

¿Cuál es la asociación entre el apoyo social y la depresión posparto en mujeres derechohabientes de la UMF 12 del IMSS Aguascalientes?

5. OBJETIVOS

5.1. Objetivo general

Conocer la asociación entre el apoyo social y la depresión posparto en mujeres derechohabientes de la UMF 12 del IMSS Aguascalientes.

5.2. Objetivos específicos

- Identificar las características sociodemográficas de las mujeres en el posparto que acuden a la UMF 12 del IMSS Aguascalientes, utilizando la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS) de Zimet.
- Medir el nivel de apoyo social de parte de familiares percibido por las mujeres en el posparto que acuden a la UMF 12 del IMSS Aguascalientes, utilizando la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS) de Zimet.
- Medir el nivel de apoyo social de parte de amigos percibido por las mujeres en el posparto que acuden a la UMF 12 del IMSS Aguascalientes, utilizando la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS) de Zimet.
- Medir el nivel de apoyo social de parte de otras personas significativas percibido por las mujeres en el posparto que acuden a la UMF 12 del IMSS Aguascalientes, utilizando la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS) de Zimet.
- Medir el nivel de depresión de las mujeres en el posparto que acuden a la UMF 12 del IMSS Aguascalientes, utilizando la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EPDS).
- Analizar la relación entre el apoyo social y la depresión en las mujeres en el posparto, mediante técnicas estadísticas de correlación y regresión.

6. HIPÓTESIS

6.1. Hipótesis nula (H0)

No existe asociación entre el apoyo social y la depresión posparto en mujeres derechohabientes de la UMF 12 del IMSS Aguascalientes.

6.2. Hipótesis alternativa (H1)

Existe una asociación negativa entre el apoyo social y la depresión posparto en mujeres derechohabientes de la UMF 12 del IMSS Aguascalientes, es decir, a mayor apoyo social, menor depresión, y viceversa.



7. MATERIAL Y MÉTODOS

7.1. Lugar donde se desarrollará el estudio.

El estudio se llevó a cabo en la Unidad de Medicina Familiar (UMF) 12 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en Aguascalientes, México. Esta unidad brinda atención médica a mujeres en edad reproductiva que acuden a los servicios de salud materno-infantil.

7.2. Tipo y diseño del estudio.

El tipo y diseño del estudio fue transversal comparativo, ya que se analizó la asociación entre el apoyo social y la depresión posparto en mujeres derechohabientes de la UMF 12 del IMSS Aguascalientes, en un momento determinado y comparando diferentes grupos según el nivel de apoyo social recibido.

7.3. Universo de estudio

El universo de estudio estuvo conformado por todas las mujeres derechohabientes de la UMF 12 del IMSS Aguascalientes que acudieron a la consulta de puerperio entre las 6 y 8 semanas posteriores al parto.

7.4. Unidad de análisis

La unidad de análisis y observación fue cada una de estas mujeres que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión y que aceptaron participar en el estudio.

7.5. Muestreo

7.5.1. Tamaño de la muestra

Se consideró el censo completo de mujeres que acudieron a consulta de seguimiento durante noviembre-diciembre, que fueron aproximadamente 150 pacientes, a partir de los datos históricos.

7.5.2. Tipo de muestreo

Se adoptó un muestreo no probabilístico consecutivo para este estudio. Las mujeres derechohabientes de la UMF 12 del IMSS Aguascalientes que acudieron a consulta de puerperio entre las 6 y 8 semanas posteriores al parto y que cumplieron con los criterios de inclusión fueron invitadas a participar en el estudio hasta alcanzar el tamaño de muestra necesario.

7.6. Criterios de selección

7.6.1. Criterios de inclusión

Se incluyeron mujeres derechohabientes de la UMF 12 del IMSS Aguascalientes que acudieron a la consulta de puerperio entre las 6 y 8 semanas posteriores al parto, que tenían entre 18 y 45 años, que habían tenido un parto único y que dieron su consentimiento informado para participar en el estudio.

7.6.2. Criterios de exclusión

Se excluyeron mujeres que presentaban alguna condición médica o psiquiátrica que impidiera la aplicación o la interpretación de las escalas, que tenían antecedentes de consumo de sustancias psicoactivas, que habían sufrido la pérdida o la hospitalización de su hijo o que no hablaban español.

7.7. Variables de estudio

7.7.1. Variable independiente

El apoyo social percibido por las mujeres en el posparto se midió mediante la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS) de Zimet,

7.7.2. Variable dependiente

La depresión posparto en las mujeres se midió mediante la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EPDS) de Cox, Holden y Sagovsky.

7.8. Logística

- **Aprobación y Registro del Protocolo**

El protocolo de investigación fue presentado al Comité de Investigación y Ética de la OADD del IMSS Aguascalientes para obtener la aprobación necesaria. Una vez obtenida la aprobación, se coordinó con el director y el personal de la UMF 12 para informarles sobre los objetivos y procedimientos del estudio.

- **Invitación y Consentimiento de las Participantes**

Las mujeres elegibles fueron invitadas a participar en el estudio durante sus consultas de puerperio, asegurándose de que cumplieran con los criterios de inclusión. Se les explicó detalladamente los objetivos del estudio, procedimientos, potenciales riesgos y

beneficios. Posteriormente, se obtuvo su consentimiento informado por escrito para participar en la investigación.

- **Recolección de Datos**

El médico residente acudió a la UMF regularmente para aplicar los cuestionarios y escalas pertinentes, asegurándose de hacerlo de manera confidencial y respetando la privacidad de las participantes. Las entrevistas y la aplicación de escalas se realizaron en un espacio adecuado que garantizó la comodidad y privacidad de las mujeres participantes.

- **Identificación de Casos de Depresión Postparto**

En caso de identificar mujeres con signos de depresión postparto severa o cualquier otro problema de salud mental urgente durante la aplicación de las escalas, fueron referidas de inmediato a los servicios de salud mental o urgencias según fue necesario.

- **Procesamiento y Análisis de Datos**

La información recopilada fue organizada y analizada de manera sistemática, garantizando en todo momento la confidencialidad de los datos de las participantes.

7.9. Descripción de los instrumentos

Apoyo social

El Instrumento de Apoyo Social Percibido Multidimensional (MSPSS) de Zimet fue una herramienta psicométrica utilizada para evaluar la percepción subjetiva del apoyo social. Constó de un total de 12 ítems que se distribuyeron en tres dimensiones: apoyo de la familia, apoyo de los amigos y apoyo de otras personas significativas. En estudios realizados, el MSPSS demostró una alta validez de constructo, con una varianza explicada que alcanzó el 83.07%, lo que indicó una excelente capacidad de la escala para medir el constructo de apoyo social percibido. En cuanto a la confiabilidad, el instrumento mostró un alfa de Cronbach de 0.8595, reflejando una alta consistencia interna y, por ende, una buena fiabilidad para su uso en diferentes poblaciones, incluyendo adultos mayores y adolescentes.(23,24)

Depresión postparto

La Versión Mexicana de la Escala de Depresión Postparto fue una adaptación culturalmente relevante de la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo, diseñada para identificar y medir la sintomatología depresiva en mujeres después del parto. Esta versión específica para el contexto mexicano conservó la estructura del instrumento original, que incluyó un total de 10 ítems que abordaron diversos aspectos emocionales y conductuales asociados con la depresión postparto. Los ítems se calificaron en una escala de Likert. Se identificó una consistencia interna de 88% y el análisis factorial de la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo en mujeres mexicanas reportó una consistencia interna global de 0.86 y una estructura factorial de tres factores: depresión, ansiedad e ideación suicida.(25)

7.10. Métodos de control de calidad

En este estudio se aplicaron métodos de control de calidad rigurosos para asegurar la validez y fiabilidad de los datos recogidos. Primero, se desarrolló y utilizó un manual operacional que detalló de manera sistemática cómo realizar las entrevistas a las participantes. Este manual incluyó protocolos estandarizados para la administración de los cuestionarios y las escalas, asegurando así que todas las entrevistas se llevaran a cabo de manera uniforme y reduciendo la variabilidad entre los entrevistadores. Además, se empleó el método de captura-recaptura en la recolección de datos, lo que implicó que la información obtenida en las encuestas fuera ingresada dos veces en la base de datos. Este proceso permitió verificar la consistencia de la información recogida y corregir posibles errores de entrada de datos, mejorando la precisión del estudio. Finalmente, la supervisión continua por parte del asesor del estudio jugó un papel crucial. El asesor revisó periódicamente el proceso de recolección y análisis de datos para asegurar que se adhiriera al protocolo establecido y mantuviera altos estándares de calidad. Esta supervisión incluyó la revisión de las técnicas de entrevista utilizadas, la fidelidad al manual operacional y la integridad de la captura y recaptura de datos, proporcionando así una capa adicional de aseguramiento de la calidad a lo largo del estudio. Estos métodos conjuntos garantizaron que los resultados del estudio fueran confiables y válidos, proporcionando información valiosa sobre la relación entre la depresión postparto y el apoyo social en el contexto especificado.

7.11. Cronograma de actividades

Actividad	2024									
	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Ago
Acopio de la literatura	R									
Revisión de la literatura	R	R	R	R	P	P	P	P	P	P
Diseño del protocolo	R	R								
Planteamiento del problema		R								
Antecedentes		R	R							
Justificación			R	R						
Introducción			R	R						
Hipótesis				R						
Material y métodos				R						
Envío de protocolo a SIRELCIS				R	R	R				
Registro y aprobación ante comité de ética					R	R				
Registro y aprobación ante comité de investigación					R	R	R			
Acopio de la información							R			
Captura y tabulación de la información							R	R		
Análisis de la información								R	R	R
Elaboración del informe de tesis final										R
Discusión de resultados										R
Presentación de resultados										P

Realizado	R
Planeado	P

7.12. Plan de análisis

Se comenzó con un análisis descriptivo de las variables recogidas, como los niveles de apoyo social percibido y la presencia y severidad de síntomas de depresión postparto. En este contexto, para las variables cualitativas, como las categorías de apoyo social, se calcularon frecuencias y porcentajes. Para las variables cuantitativas, tales como las puntuaciones de las escalas utilizadas, se aplicaron pruebas de normalidad, como la prueba de Shapiro-Wilk, para determinar si las variables tenían una distribución normal.

Si las variables cuantitativas presentaron una distribución normal, se emplearon medidas de tendencia central y dispersión, como la media y la desviación estándar, para describirlas. En caso contrario, si evidenciaron una distribución no normal, se optó por estimar la mediana y los rangos intercuartiles para ofrecer una visión precisa de la distribución de los datos.

Para explorar las asociaciones entre el apoyo social y la depresión postparto, se realizó un análisis bivariado. Dependiendo de las características distribucionales de nuestras variables, se aplicaron pruebas como la Chi cuadrada de Pearson o la prueba exacta de Fisher para examinar las asociaciones crudas entre las variables de interés. Posteriormente, nos enfocamos en el análisis multivariado, empleando la regresión logística para ajustar las asociaciones identificadas, controlando por posibles variables de confusión y obteniendo Odds Ratios ajustados. Este enfoque permitió explorar la relación entre el apoyo social percibido y la depresión postparto, considerando múltiples factores y proporcionando una visión más completa y ajustada de las asociaciones. Todos estos procesos analíticos fueron ejecutados utilizando el software estadístico SPSS v25.

7.13. Operacionalización de variables

Concepto	Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable	Escala de Medición	Valor o Medida
Características sociodemográficas	Edad	Número de años cumplidos de un individuo.	Edad de la mujer al momento de la participación en el estudio.	Cuantitativa	Continua	Número entero
	Nivel de educación	Nivel más alto de formación académica completada.	Nivel educativo alcanzado por la participante al momento del estudio.	Cualitativa	Ordinal	1. Sin escolaridad, 2. Primaria, 3. Secundaria, 4. Preparatoria, 5. Universidad, 6. Posgrado
	Estado civil	Condición civil actual de un individuo respecto a su vida conyugal.	Estado civil de la mujer al momento de la participación en el estudio.	Cualitativa	Nominal	1. Soltera, 2. Casada, 3. Unión libre, 4. Viuda, 5. Divorciada
	Número de hijos	Cantidad total de hijos que una persona tiene.	Número total de hijos que tiene la mujer al momento del estudio.	Cuantitativa	Discreta	Número entero
	Ocupación	Actividad laboral o profesional que desempeña una persona.	Ocupación actual de la mujer participante.	Cualitativa	Nominal	1. Estudia, 2. Trabaja, 3. Hogar
Antecedentes clínicos	Tipo de parto	Método mediante el cual se llevó a cabo el nacimiento.	Tipo de parto que tuvo la mujer en su último embarazo.	Cualitativa	Dicotómica	1. Natural, 2. Cesárea
	Complicaciones durante el embarazo o el parto	Presencia de problemas médicos durante el embarazo o parto.	Indica si la mujer tuvo complicaciones durante su último embarazo o parto.	Cualitativa	Dicotómica	1. Sí, 2. No

	Historia personal de depresión u otros trastornos mentales	Presencia previa de trastornos mentales en el individuo.	Indica si la mujer ha tenido algún episodio previo de depresión u otro trastorno mental.	Cualitativa	Dicotómica	1. Sí, 2. No
	Capacidad para reír y ver el lado bueno de las cosas	Habilidad para mantener una perspectiva positiva y humorística.	Respuestas de las participantes sobre cómo han estado sintiendo en relación con esta afirmación.	Cuantitativa	Ordinal	0. Tanto como siempre, 1. No tanto ahora, 2. Mucho menos, 3. No, no he podido
Depresión posparto	Perspectiva hacia el futuro	Actitud o expectativa positiva hacia eventos futuros.	Respuestas de las participantes sobre su actitud y expectativas hacia el futuro.	Cuantitativa	Ordinal	0. Tanto como siempre, 1. Algo menos que antes, 2. Definitivamente menos que antes, 3. No, nada
	Sentimientos de culpabilidad innecesaria	Tendencia a sentirse responsable o culpable sin razón aparente.	Respuestas de las participantes acerca de sus sentimientos de culpabilidad.	Cuantitativa	Ordinal	0. Sí, la mayoría de las veces, 1. Sí, algunas veces, 2. No muy frecuentemente, 3. No, nunca
	Ansiedad y preocupación sin motivo	Niveles de ansiedad y preocupación sin una causa clara o justificada.	Respuestas de las participantes acerca de sus niveles de ansiedad y preocupación.	Cuantitativa	Ordinal	0. No, nada, 1. Rara vez, 2. Sí, a veces, 3. Sí, muy frecuentemente
	Sentimientos de miedo o	Experiencia de miedo o pánico sin una razón evidente.	Respuestas de las participantes sobre si han sentido miedo o	Cuantitativa	Ordinal	0. Sí, muy frecuentemente, 1. Sí, a veces, 2.

	pánico sin motivo		pánico sin razón aparente.			No, no mucho, 3. No, nada
	Sensación de estar abrumado	Sentir que las situaciones o emociones son demasiado difíciles de manejar.	Respuestas de las participantes acerca de sentirse abrumadas.	Cuantitativa	Ordinal	0. Sí, casi siempre, 1. Sí, a veces, 2. No, casi nunca, 3. No, nada
	Dificultades para dormir debido a infelicidad	Problemas para dormir asociados con sentirse infeliz.	Respuestas de las participantes acerca de sus dificultades para dormir debido a la infelicidad.	Cuantitativa	Ordinal	0. Sí, casi siempre, 1. Sí, a veces, 2. No muy frecuentemente, 3. No, nada
	Sentimientos de tristeza y miseria	Niveles de tristeza y desdicha experimentados.	Respuestas de las participantes acerca de sus sentimientos de tristeza y desdicha.	Cuantitativa	Ordinal	0. Sí, casi siempre, 1. Sí, muy frecuentemente, 2. No muy frecuentemente, 3. No, nada
	Frecuencia de llanto debido a infelicidad	Frecuencia con la que se llora debido a sentimientos de infelicidad.	Respuestas de las participantes sobre la frecuencia con la que han llorado debido a la infelicidad.	Cuantitativa	Ordinal	0. Sí, casi siempre, 1. Sí, muy frecuentemente, 2. Sólo ocasionalmente, 3. No, nunca
	Pensamientos de autolesiones	Presencia de pensamientos acerca de causarse daño físico.	Respuestas de las participantes acerca de tener pensamientos de autolesionarse.	Cuantitativa	Ordinal	0. Sí, muy frecuentemente, 1. A veces, 2. Rara vez, 3. Nunca

Apoyo social	Apoyo Social Familiar	Percepción de asistencia y respaldo emocional proveniente de la familia.	Grado en que el individuo siente que recibe apoyo de su familia.	Cuantitativa	Ordinal	1-7 (Totalmente en desacuerdo - Totalmente de acuerdo)
	Apoyo Social de Amigos	Percepción de asistencia y respaldo emocional proveniente de los amigos.	Grado en que el individuo siente que recibe apoyo de sus amigos.	Cuantitativa	Ordinal	1-7 (Totalmente en desacuerdo - Totalmente de acuerdo)
	Apoyo de Personas Significativas	Percepción de asistencia y respaldo emocional de personas significativas en la vida.	Grado en que el individuo siente que recibe apoyo de personas significativas.	Cuantitativa	Ordinal	1-7 (Totalmente en desacuerdo - Totalmente de acuerdo)

7.14. Aspectos éticos

7.14.1. Valor Científico y Social para la Población

La investigación realizada no solo buscó arrojar luz sobre la relación entre el apoyo social y la depresión posparto, sino que tuvo como objetivo contribuir al bienestar y la salud de las mujeres derechohabientes. La hipótesis central, en su naturaleza, poseía el potencial de generar información significativa que pudiera mejorar el entendimiento de la estructura o la función del objeto de estudio. Si bien los resultados no se tradujeron en aplicaciones prácticas inmediatas, su valor radicó en la profundización del conocimiento y en la potencialidad de futuras intervenciones y políticas de salud. Este valor social inherente garantizó un uso responsable de los recursos y se esforzó por evitar cualquier forma de explotación de las participantes.(26)

7.14.2. Pertinencia Científica en el Diseño y Conducción del Estudio

Desde el planteamiento inicial de la investigación hasta la presentación de sus resultados, se consideró la ética en su diseño y conducción. Esto implicó que las herramientas y métodos elegidos, como la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS) y la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EPDS), no solo fueron científicamente relevantes, sino que también respetaron a las participantes. Durante todo el proceso investigativo, se priorizó el bienestar de las mujeres, garantizando la confidencialidad, el respeto y el compromiso ético hacia ellas.

7.14.3. Criterios de Selección de Participantes

La selección de las mujeres participantes en el estudio se llevó a cabo de manera equitativa, garantizando que todos los grupos tuvieran la misma oportunidad de participar, independientemente de su edad, sexo, grupo socioeconómico o cultura. Esta inclusividad aseguró que no hubiera sesgos en la selección y que el estudio fuera representativo y equilibrado.

7.14.4. Identificación del riesgo

De acuerdo con el artículo 17 del Reglamento de la Ley General en Salud en materia de investigación, fue de suma importancia identificar y prever cualquier riesgo potencial que pudiera presentarse para las mujeres involucradas en la investigación. El concepto de riesgo se refirió a la probabilidad de que las mujeres participantes sufrieran algún tipo de daño, ya sea inmediato o a largo plazo, como resultado directo de su participación en el estudio. Dentro del contexto de nuestro estudio, algunos riesgos identificados incluyeron la

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

posibilidad de que las mujeres pudieran sentirse emocionalmente afectadas al discutir o reflexionar sobre sus experiencias con la depresión postparto y el apoyo social recibido. Además, el proceso de completar las escalas pudo evocar sentimientos o recuerdos sensibles, que a su vez pudieron resultar en estrés o malestar.(26,27)

Para mitigar estos riesgos, se implementaron las siguientes medidas:

- Se aseguró que cada participante estuviera adecuadamente informada sobre la naturaleza del estudio, incluyendo sus objetivos, procedimientos y potenciales riesgos.
- Se garantizó la confidencialidad y privacidad de las participantes en todo momento. Las respuestas y datos recopilados fueron anónimos y no se vincularon directamente con ninguna mujer en particular.
- Se proporcionó apoyo emocional, cuando fue necesario, a cualquier mujer que sintiera malestar durante o después de su participación. Esto incluyó ofrecer recursos o referencias a servicios de apoyo psicológico dentro de la UMF 12 del IMSS Aguascalientes.

En todo momento, se aseguró que la participación en el estudio fuera completamente voluntaria. Cada mujer tuvo el derecho de retirarse en cualquier etapa del estudio sin enfrentar ninguna repercusión.

7.14.5. Nivel de riesgo

El estudio propuesto se clasificó dentro de la categoría "II. Investigación con riesgo mínimo". Esta decisión se basó en que, aunque nuestra investigación principalmente empleó el uso de cuestionarios y escalas, herramientas que típicamente se consideran de bajo riesgo, estas podían abordar aspectos sensibles de la conducta de las participantes, como la depresión postparto y el apoyo social. Aunque las herramientas elegidas, como la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido y la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo, están diseñadas específicamente para identificar y medir, fue importante reconocer que la discusión de estos temas podría evocar respuestas emocionales en las participantes. Por lo tanto, se consideraron las medidas necesarias para mitigar estos riesgos y se clasificó el estudio como de riesgo mínimo para garantizar la protección y el bienestar de las participantes. (26)

7.14.6. Proporcionalidad entre los riesgos y beneficios

El estudio fue diseñado de tal forma que los riesgos potenciales para las participantes se minimizaron al máximo. No se propuso ninguna intervención invasiva o que alterara su rutina diaria; en su lugar, se basó en cuestionarios y escalas de autoinforme. Además, los posibles beneficios de esta investigación, tanto para las participantes individuales como para la sociedad en general, se maximizaron. El entendimiento y descubrimiento de cualquier asociación entre el apoyo social y la depresión postparto pudieron llevar a estrategias preventivas y a una mejor atención para las mujeres que atraviesan este periodo. Así, los beneficios anticipados de esta investigación, en términos de conocimientos generados y su potencial aplicación, fueron proporcionales o incluso podrían haber excedido cualquier riesgo mínimo anticipado.(28)

7.14.7. Respeto a los participantes

Este protocolo de investigación tuvo el compromiso esencial de proteger y respetar la dignidad, integridad y privacidad de las mujeres que participaron en el estudio. Las participantes fueron tratadas con consideración y respeto en todas las etapas de la investigación. Se garantizó la confidencialidad de su información personal y de las respuestas proporcionadas durante el estudio, asegurando que los datos fueran anónimos y sólo accesibles para el equipo de investigación. Además, se aseguró que las participantes pudieran retirarse del estudio en cualquier momento sin ninguna repercusión o pérdida de los beneficios a los que tenían derecho, y ellas fueron informadas claramente sobre esta opción desde el inicio y durante todo el proceso de investigación.(28)

7.14.8. Consentimiento informado

Un aspecto fundamental de este protocolo fue obtener el consentimiento informado de cada participante. Esto implicó explicar de manera clara y comprensible los objetivos, métodos, beneficios esperados, riesgos potenciales y cualquier incomodidad que el estudio pudiera ocasionar. Además, se les informó sobre el carácter voluntario de su participación y su derecho a retirarse en cualquier momento sin sanciones o pérdida de beneficios. Cada participante firmó y fechó un documento de consentimiento informado antes de participar en la investigación, el cual también fue firmado por dos testigos para asegurar la validez y transparencia del proceso. Este proceso estuvo en completa conformidad con los artículos 21 y 22 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud de México. Se entregó una copia del consentimiento informado firmado a cada participante para su registro y referencia. El equipo de investigación aseguró que el

consentimiento se obtuviera de manera libre, sin ningún tipo de coacción o influencia indebida, y que estuviera basado en una comprensión adecuada de los aspectos relevantes del estudio. Se consideró la renovación del consentimiento si hubo cambios significativos en el protocolo o en las condiciones del estudio que pudieran afectar la voluntad de las participantes para continuar. Cualquier inquietud o pregunta de las participantes fue respondida de manera precisa y respetuosa por el equipo de investigación, asegurando que las participantes tuvieran toda la información necesaria para tomar una decisión informada sobre su participación en el estudio. Además, el equipo de investigación estuvo disponible para resolver cualquier duda o inquietud que pudiera surgir durante el desarrollo del estudio.(26)

7.15. Recursos, financiamiento y factibilidad

7.15.1. Recursos humanos

Médico residente

Fue el responsable del diseño, ejecución, análisis e interpretación de los datos, así como de la redacción del informe final. También estuvo a cargo de la aplicación de las escalas y la realización de las entrevistas a las participantes.

Asesor

Se encargó de supervisar el desarrollo del estudio, resolver dudas, validar los resultados obtenidos y asegurarse de que el protocolo se ejecutara conforme a las normativas éticas y científicas.

Tabla 1. Recursos Materiales

Material/Recurso	Costo Unitario (MXN)	Cantidad	Costo Total (MXN)
Papel bond (Paquete con 100 hojas)	\$100.00	5	\$500.00
Bolígrafos (Paquete de 10)	\$100.00	3	\$300.00
Cuadernos	\$30.00	3	\$90.00
Tóner para impresora	\$1,000.00	1	\$1,000.00
Impresora	\$4,000.00	1	\$4,000.00
Computadoras	\$16,000.00	1	\$16,000.00
Licencia de software	\$6,000.00	1	\$6,000.00
Gastos de transporte	\$10,000.00	1	\$10,000.00
Total			\$38,890.00

7.15.2. Recursos Financieros

Los recursos financieros fueron proporcionados en parte por los investigadores, y se buscó apoyo de la UMF 12 del IMSS Aguascalientes, así como la posibilidad de obtener financiamiento externo o subsidios para la investigación.

7.15.3. Factibilidad

Dado que el estudio se llevó a cabo en la UMF 12 del IMSS Aguascalientes, donde se facilitó el acceso a la población de estudio y se proporcionó el espacio físico y material necesario para la aplicación de las escalas y entrevistas, consideramos que el estudio fue factible. Contamos con un equipo capacitado y con experiencia en el área de salud mental y salud materno-infantil, así como con los recursos necesarios para ejecutar el protocolo propuesto. El estudio se completó dentro de los seis meses desde su inicio, proporcionando resultados valiosos para mejorar el apoyo y cuidado de las mujeres en el período postparto.

8. RESULTADOS

En el contexto del estudio, se incluyeron 150 participantes de los cuales, la **Tabla 2**, la cual describe la distribución de edades de las mujeres que participaron en la investigación. Los datos reflejan que la edad promedio de las participantes es de 27 años, con una desviación estándar de 7 años, lo que indica una variabilidad moderada en la edad de las mujeres encuestadas. El rango de edades abarca desde los 15 hasta los 47 años, mostrando una amplia distribución que incluye tanto a adolescentes como a mujeres en edades más avanzadas.

Tabla 2. Edad

	Promedio	Desviación Estándar	Mínimo	Máximo
<i>Edad</i>	27.0	7.0	15.0	47.0

Fuente: Instrumento aplicado, n=150

En el análisis de los datos recopilados, se observa que la mayoría de las mujeres participantes en el estudio se encuentran en una situación de unión libre, representando el 44% del total, según se muestra en la **Gráfica 1** y la **Tabla 3**. Le sigue un 37.3% que se identifica como casadas, mientras que un 17.3% de las participantes se declararon solteras. Por otro lado, una minoría, equivalente al 1.3%, reporta estar divorciada.

Gráfica 1. Estado civil

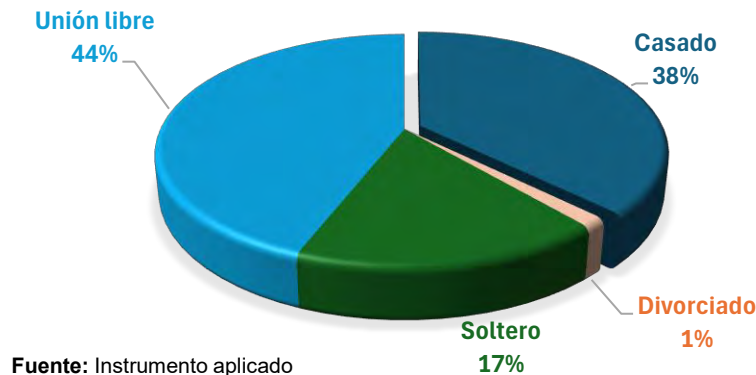


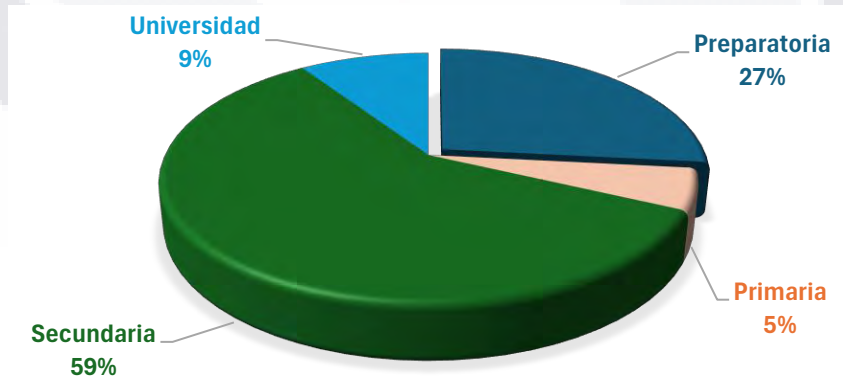
Tabla 3. Estado civil

	Frecuencia	Porcentaje
Casado	56	37.3%
Divorciado	2	1.3%
Soltero	26	17.3%
Unión libre	66	44.0%
Total	150	100.0%

Fuente: Instrumento aplicado, n=150

La **Gráfica 2** y la **Tabla 4** proporcionan información sobre el nivel de escolaridad de las mujeres participantes. La mayoría de ellas, un 58.7%, reporta haber alcanzado la educación secundaria, lo que constituye el grupo más numeroso en la muestra. Le sigue un 26.7% que ha completado la preparatoria, mientras que un menor porcentaje, del 9.3%, ha cursado estudios universitarios. Finalmente, un 5.3% de las mujeres indicó que su nivel máximo de escolaridad es la primaria. Esta distribución refleja una predominancia de mujeres con educación secundaria en la muestra, lo que podría tener implicaciones importantes en la comprensión de su acceso a recursos educativos y su capacidad para buscar y recibir apoyo social durante el periodo postparto.

Gráfica 2. Escolaridad



Fuente: Instrumento aplicado

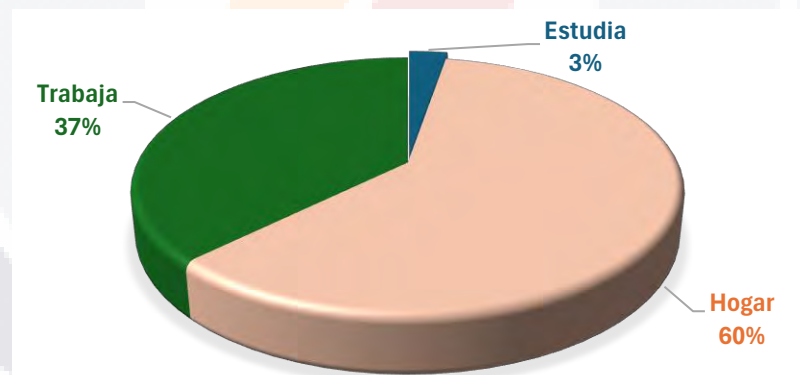
Tabla 4. Escolaridad

	Frecuencia	Porcentaje
<i>Preparatoria</i>	40	26.7%
<i>Primaria</i>	8	5.3%
<i>Secundaria</i>	88	58.7%
<i>Universidad</i>	14	9.3%
Total	150	100.0%

Fuente: Instrumento aplicado, n=150

En el análisis de la ocupación de las mujeres participantes, los datos reflejados en la **Gráfica 3** y la **Tabla 5** muestran que una mayoría significativa, el 60% de las encuestadas, se dedica a labores del hogar, lo que podría implicar una dedicación casi exclusiva a las tareas domésticas y el cuidado de los hijos. Un 37.3% de las mujeres reporta estar empleada, lo que indica que combinan sus responsabilidades laborales con las del hogar. Por otro lado, un pequeño porcentaje, del 2.7%, se encuentra estudiando, lo que sugiere que este grupo minoritario aún está en proceso de formación académica.

Gráfica 3. Ocupación



Fuente: Instrumento aplicado

Tabla 5. Ocupación

	Frecuencia	Porcentaje
<i>Estudia</i>	4	2.7%
<i>Hogar</i>	90	60.0%
<i>Trabaja</i>	56	37.3%
Total	150	100.0%

Fuente: Instrumento aplicado, n=150

En el estudio se observa la distribución del número de hijos entre las mujeres participantes, según se presenta en la **Gráfica 4** y la **Tabla 6**. La mayoría de las participantes, un 72%, tiene dos hijos, lo que constituye el grupo más numeroso. Le sigue un 48% de mujeres con tres hijos, y un 42.7% con cuatro hijos. Por otro lado, un 33.3% tiene un solo hijo, mientras que un 20% reporta tener cinco hijos. Esta distribución del número de hijos es un dato relevante que puede influir en la dinámica familiar y el nivel de carga emocional y física que experimentan estas mujeres durante el periodo postparto. El hecho de que un gran porcentaje de las participantes tenga varios hijos puede sugerir una mayor demanda de apoyo social, ya que la gestión de las responsabilidades y cuidados se incrementa significativamente con el número de hijos.

Gráfica 4. Número de hijos

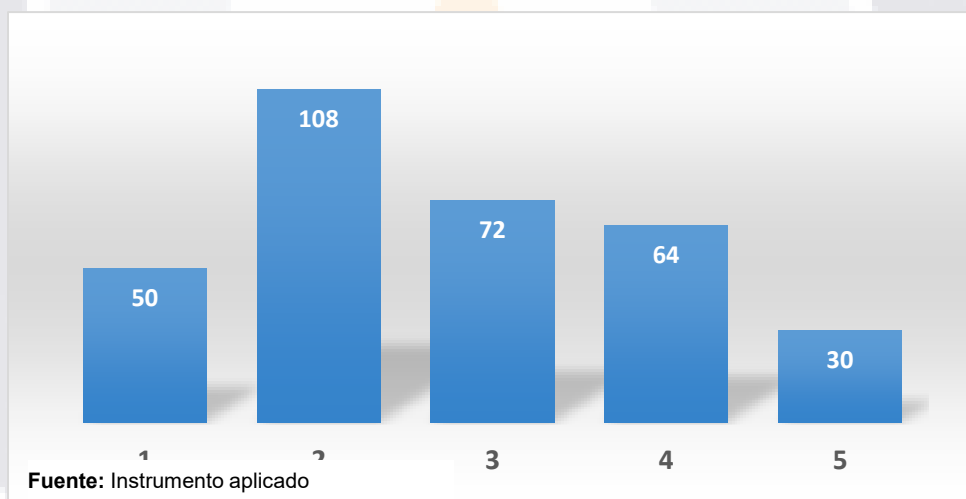


Tabla 6. Número de hijos

	Frecuencia	Porcentaje
1	50	33.3%
2	108	72.0%
3	72	48.0%
4	64	42.7%
5	30	20.0%
Total	150	100.0%

Fuente: Instrumento aplicado, n=150

En el análisis del tipo de parto de las mujeres participantes en el estudio, los datos presentados en la **Gráfica 5** y la **Tabla 7** muestran que los partos por cesárea son ligeramente más comunes que los partos naturales, con un 50.7% de las mujeres reportando haber tenido una cesárea y un 49.3% habiendo dado a luz de manera natural. Esta distribución relativamente equilibrada entre los dos tipos de parto sugiere que la muestra incluye una representación significativa de ambos grupos, lo que es relevante para el análisis de cómo las distintas experiencias de parto pueden estar relacionadas con el apoyo social percibido y el riesgo de desarrollar depresión postparto.

Gráfica 5. Tipo de parto

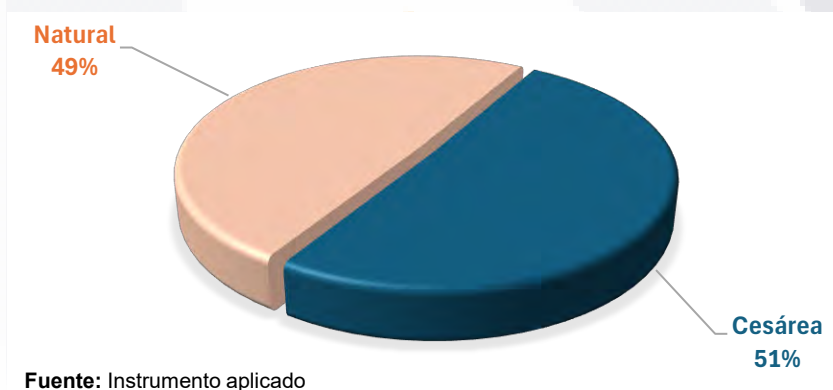


Tabla 7. Tipo de parto

	Frecuencia	Porcentaje
Cesárea	76	50.7%
Natural	74	49.3%
Total	150	100.0%

Fuente: Instrumento aplicado, n=150

En la **Tabla 8**, se presentan las complicaciones obstétricas reportadas por las mujeres participantes del estudio. De acuerdo con los datos, un 66.7% de las mujeres no experimentó complicaciones durante su embarazo o parto, lo que representa a la mayoría de la muestra. Sin embargo, el 33.3% restante sí reportó diversas complicaciones, siendo las más comunes la amenaza de aborto (8.0%), el nacimiento de un bebé prematuro (5.3%) y la anemia (5.3%). Otras complicaciones menos

frecuentes incluyen placenta previa (2.7%), problemas relacionados con el parto como el bebé enredado en el cordón umbilical o contracciones muy fuertes (ambos con 1.3%), y casos específicos como preeclampsia y diabetes gestacional, cada uno representando un 0.7% de las complicaciones reportadas.

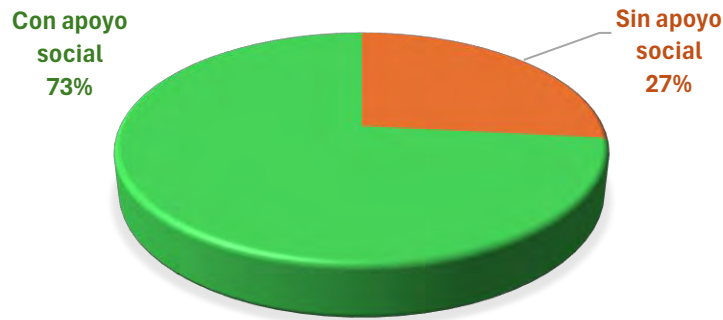
Tabla 8. Complicaciones

	Frecuencia	Porcentaje
No	100	66.7%
amenaza de aborto	12	8.0%
bebé prematuro	8	5.3%
anemia	8	5.3%
placenta previa	4	2.7%
anemia, se quiso venir el bebé y en parto mamá demasiado estrecha	3	2.0%
azúcar alta	3	2.0%
bebé enredada en cordón umbilical	2	1.3%
contracciones muy fuertes	2	1.3%
dejaron internada a bebé (defecó dentro de mamá)	2	1.3%
diabetes gestacional	2	1.3%
hipertensión y diabetes gestacional	1	0.7%
infecciones urinarias y amenaza de aborto	1	0.7%
preeclampsia	1	0.7%
presión alta	1	0.7%
ruptura prematura de membranas	100	66.7%
Total	150	100.0%

Fuente: Instrumento aplicado, n=150

En el análisis del apoyo social recibido por las participantes, representado en la **Gráfica 6** y la **Tabla 9**, se observa que la mayoría de las mujeres encuestadas, un 73.3%, reporta contar con apoyo social. Por otro lado, un 26.7% indica que no recibe este tipo de apoyo. Estos datos son importantes ya que revelan que, aunque una mayoría significativa de las mujeres cuenta con redes de apoyo social, existe un grupo considerable, más de una cuarta parte, que se encuentra en una situación de vulnerabilidad debido a la falta de apoyo.

Gráfica 6. Apoyo social



Fuente: Instrumento aplicado

Tabla 9. Apoyo social

	Frecuencia	Porcentaje
<i>Sin apoyo social</i>	40	26.7%
<i>Con apoyo social</i>	110	73.3%
Total	150	100.0%

Fuente: Instrumento aplicado, n=150

En la **Tabla 10**, se presentan los resultados obtenidos a partir de la escala de apoyo social aplicada a las participantes del estudio. Esta tabla refleja cómo las mujeres perciben el apoyo que reciben de su entorno familiar, amigos y personas significativas. En cuanto al apoyo familiar, un porcentaje alto de mujeres está "totalmente de acuerdo" con afirmaciones como "Mi familia realmente intenta ayudarme" y "Obtengo la ayuda emocional y el apoyo que necesito de mi familia", con 130 y 132 respuestas en esa categoría, respectivamente. Esto sugiere una percepción positiva del apoyo familiar entre la mayoría de las participantes. Sin embargo, cuando se trata del apoyo de amigos, la percepción es menos favorable. Por ejemplo, en el ítem "Mis amigos(as) realmente tratan de ayudarme", solo 84 mujeres están "totalmente de acuerdo", mientras que 38 están "totalmente en desacuerdo". Similarmente, la afirmación "Puedo contar con mis amigos(as) cuando las cosas van mal" muestra una distribución similar, indicando que una parte significativa de las mujeres no percibe un fuerte apoyo de sus amistades. En contraste, las afirmaciones relacionadas con una "persona especial" (que puede ser una pareja u otra figura clave en la vida de la participante) muestran una alta concordancia en los niveles más positivos de la escala, con la mayoría de las respuestas en "muy de acuerdo" o "totalmente de acuerdo". Esto sugiere que, aunque

el apoyo de amigos puede ser percibido como insuficiente por algunas, muchas mujeres encuentran en esta "persona especial" un apoyo significativo.

Tabla 10. Escala de apoyo social

Ítems							
	Totalmente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo
	1	2	3	4	5	6	7
<i>Mi familia realmente intenta ayudarme</i>	6	2	0	2	8	2	130
<i>Obtengo la ayuda emocional y el apoyo que necesito de mi familia</i>	6	2	0	2	6	2	132
<i>Puedo hablar de mis problemas con mi familia</i>	8	2	0	2	8	2	128
<i>Mi familia está dispuesta ayudarme a tomar decisiones</i>	8	2	2	2	12	2	122
<i>Mis amigos(as) realmente tratan de ayudarme</i>	38	4	0	6	8	10	84
<i>Puedo contar con mis amigos(as) cuando las cosas van mal</i>	38	4	0	10	4	8	86
<i>Tengo amigos(as) con los que puedo compartir mis alegrías y tristezas</i>	34	4	0	8	4	8	92
<i>Puedo hablar de mis problemas con mis amigos(as)</i>	36	4	0	8	6	8	88
<i>Hay una persona especial que está cerca cuando lo necesito</i>	8	0	0	0	4	0	138
<i>Hay una persona especial con quien puedo compartir mis alegrías y tristezas</i>	4	0	0	0	6	0	140
<i>Tengo una persona especial que es una verdadera fuente de consuelo para mí</i>	4	0	0	0	4	0	142
<i>Hay una persona especial en mi vida que se preocupa por mis sentimientos</i>	4	0	0	2	4	0	140

Fuente: Instrumento aplicado, n=150

En la **Gráfica 7** y la **Tabla 11**, se presenta la distribución de las participantes en cuanto a la presencia de depresión postparto. Los resultados muestran que un 21.3% de las mujeres encuestadas fueron identificadas con depresión postparto, mientras que el 78.7% restante no presentó síntomas de esta condición. Estos datos indican que, aunque la mayoría de las mujeres no sufre de depresión postparto, un poco más de una quinta parte de la muestra se ve afectada por esta condición, lo cual es significativo y sugiere la necesidad de intervenciones y apoyos específicos para este grupo. La prevalencia del 21.3% subraya la importancia de monitorear la salud mental en el periodo postparto, ya que un porcentaje considerable de mujeres enfrenta desafíos emocionales que podrían impactar tanto en su bienestar como en el de sus hijos y familias.

Gráfica 7. Depresión postparto

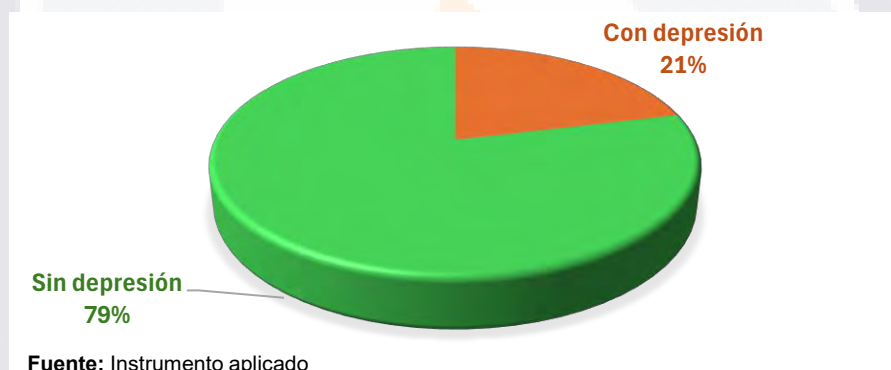


Tabla 11. Depresión postparto

	Frecuencia	Porcentaje
Con depresión	32	21.3%
Sin depresión	118	78.7%
Total	150	100.0%

Fuente: Instrumento aplicado, n=150

La **Tabla 12** presenta los resultados obtenidos de la aplicación de la escala de depresión postparto, reflejando las respuestas de las mujeres en diferentes ítems relacionados con su estado emocional durante el periodo postparto.

En el ítem 1, sobre la capacidad de "reír y ver el lado bueno de las cosas", el 74.7% de las mujeres respondieron que se sentían igual que siempre, lo que sugiere un manejo positivo del estado de ánimo para la mayoría. Sin embargo, un 13.3% indicó que no

podían hacerlo "tanto ahora" y un 6.7% respondió que "no, no he podido", lo cual podría indicar señales de afectación emocional en una porción significativa de las participantes. El ítem 2, que indaga sobre la mirada hacia el futuro con placer, muestra que un 78.7% de las mujeres mantiene una visión optimista, mientras que un 14.7% percibe una disminución en esta actitud, con un pequeño 4% que no mira al futuro con placer en absoluto, lo que podría ser un indicador de depresión incipiente. Respecto al ítem 3, sobre la culpabilidad innecesaria, el 44% respondió que se sienten culpables "a veces", y un 20% lo experimenta "la mayoría de las veces", lo que resalta una tendencia a la autocrítica que puede agravar síntomas depresivos. En relación al ítem 4, sobre ansiedad y preocupación sin motivo, un 48% indicó no haber experimentado esto, pero un 32% señaló que lo siente "a veces" y un 14.7% "muy frecuentemente", lo cual es relevante ya que la ansiedad es un componente común en la depresión postparto. El ítem 5, que aborda el sentimiento de miedo o pánico sin motivo, muestra que el 72% de las mujeres no experimenta este síntoma, mientras que un 26.6% lo vive "a veces" o "muy frecuentemente", lo que puede estar asociado a un mayor riesgo de desarrollar trastornos de ansiedad junto con la depresión. En el ítem 6, sobre sentirse abrumadas, más de la mitad (53.3%) responde que "no, nada", sin embargo, un 44% admite sentirse abrumada en distintos grados, lo que podría impactar negativamente en su bienestar. El ítem 7 revela que un 60% no ha tenido dificultades para dormir debido a sentirse infeliz, pero un 40% sí ha experimentado este problema, con un 24% que reporta sentirlo "casi siempre", lo que es un indicador importante de depresión. En cuanto al ítem 8, que trata sobre sentimientos de tristeza y desdicha, un 54.7% de las mujeres niega estos sentimientos, mientras que un 25.3% los experimenta "casi siempre", lo cual podría ser un fuerte indicador de depresión postparto. El ítem 9, sobre el llanto debido a infelicidad, muestra que un 64% no ha llorado por este motivo, pero un 36% ha experimentado este síntoma en diferentes grados, destacando que un 22.7% lo siente "casi siempre", lo que refuerza la presencia de síntomas depresivos. Finalmente, el ítem 10, sobre pensamientos de autolesión, revela que un 93.3% nunca ha tenido estos pensamientos, lo cual es alentador, aunque un 6.7% lo ha experimentado en alguna medida, lo que indica la necesidad de atención y apoyo psicológico inmediato para este grupo.

Tabla 12. Escala de depresión postparto

Ítems	Frecuencia	Porcentaje
1. He podido reír y ver el lado bueno de las cosas:		
<i>Tanto como siempre</i>	112	74.7%
<i>No tanto ahora</i>	20	13.3%
<i>Mucho menos</i>	8	5.3%
<i>No, no he podido.</i>	10	6.7%
2. He mirado el futuro con placer:		
<i>Tanto como siempre</i>	118	78.7%
<i>Algo menos que antes</i>	22	14.7%
<i>Definitivamente menos que antes</i>	4	2.7%
<i>No, nada</i>	6	4.0%
3. Me he culpado innecesariamente cuando las cosas marchaban mal:		
<i>Sí, la mayoría de las veces</i>	30	20.0%
<i>Si, algunas veces</i>	66	44.0%
<i>No muy a frecuentemente</i>	0	0.0%
<i>No, nunca</i>	54	36.0%
4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo:		
<i>No, nada</i>	72	48.0%
<i>Rara vez</i>	8	5.3%
<i>Sí, a veces</i>	48	32.0%
<i>Sí, muy frecuentemente</i>	22	14.7%
5. He sentido miedo o pánico sin motivo alguno:		
<i>Sí, muy frecuentemente</i>	14	9.3%
<i>Sí, a veces</i>	26	17.3%
<i>No, no mucho</i>	2	1.3%
<i>No, nada</i>	108	72.0%
6. Las cosas me han estado agobiando:		
<i>Sí, casi siempre</i>	30	20.0%
<i>Sí, a veces</i>	36	24.0%
<i>No, casi nunca</i>	4	2.7%
<i>No, nada</i>	80	53.3%
7. Me he sentido tan infeliz, que he tenido dificultad para dormir:		
<i>Sí, casi siempre</i>	36	24.0%
<i>Sí, a veces</i>	24	16.0%
<i>No muy frecuentemente</i>	0	0.0%
<i>No, nada</i>	90	60.0%
8. Me he sentido triste y desgraciada:		
<i>Sí, casi siempre</i>	38	25.3%
<i>Sí, muy frecuentemente</i>	8	5.3%

<i>No muy frecuentemente</i>	22	14.7%
<i>No, nada</i>	82	54.7%
9. He estado tan infeliz que he estado llorando:		
<i>Sí, casi siempre</i>	34	22.7%
<i>Sí, muy frecuentemente</i>	6	4.0%
<i>Sólo ocasionalmente</i>	14	9.3%
<i>No, nunca</i>	96	64.0%
10. He pensado en hacerme daño a mí misma:		
<i>Sí, muy frecuentemente</i>	0	0.0%
<i>A veces</i>	2	1.3%
<i>Rara vez</i>	8	5.3%
<i>Nunca</i>	140	93.3%

Fuente: Instrumento aplicado, n=150

La **Tabla 13** presenta las asociaciones crudas entre diversos factores y la depresión postparto en la muestra estudiada. Los resultados muestran que algunos factores tienen una relación estadísticamente significativa con la presencia de depresión postparto, mientras que otros no muestran una asociación clara. En cuanto a la ocupación, los datos indican que las mujeres sin ocupación tienen más del doble de probabilidades (OR = 2.327, IC 95%: 1.052-5.145) de experimentar depresión postparto en comparación con aquellas que tienen una ocupación, y esta asociación es estadísticamente significativa (p = 0.029). Este hallazgo sugiere que la falta de empleo podría estar vinculada a un mayor riesgo de depresión postparto, posiblemente debido a factores como el aislamiento social o la dependencia económica. Otro factor importante es la presencia de complicaciones durante el embarazo o parto. Las mujeres que experimentaron complicaciones tienen un riesgo significativamente mayor de desarrollar depresión postparto (OR = 3.455, IC 95%: 1.541-7.75, p = 0.002) en comparación con aquellas que no tuvieron complicaciones. Este resultado subraya la necesidad de un seguimiento y apoyo adicionales para las mujeres que enfrentan complicaciones en su embarazo o parto. En cuanto al apoyo social desde la familia, los resultados muestran que un menor apoyo familiar se asocia con una mayor probabilidad de depresión postparto (OR = 2.929, IC 95%: 1.315-6.523, p = 0.007). Esto destaca la importancia del apoyo familiar en la prevención de la depresión postparto. Otros factores como el estado civil, la escolaridad, el tipo de parto, y el apoyo social desde amigos o personas significativas no muestran asociaciones estadísticamente

significativas con la depresión postparto en este análisis, aunque algunos de estos factores muestran tendencias que podrían ser relevantes en un análisis más profundo.

Tabla 13. Asociaciones crudas

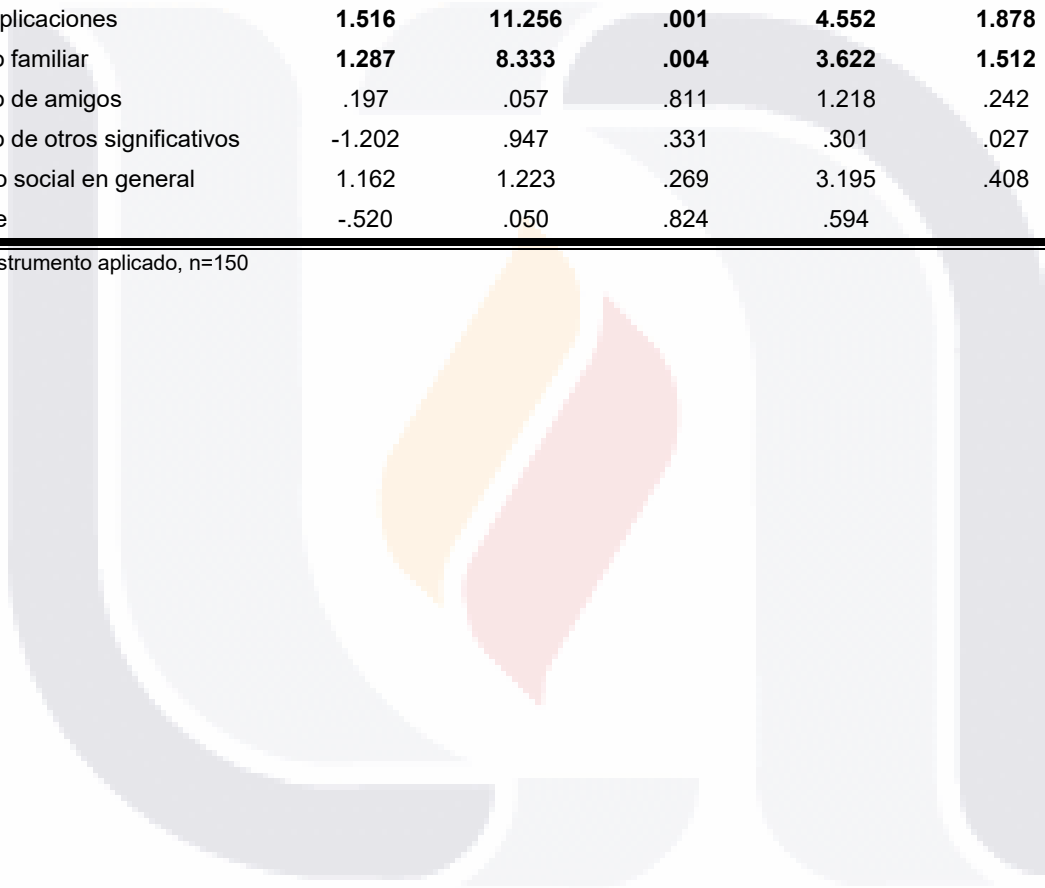
		Depresión postparto			OR	Límite de confianza 95%		Valor p
		Con depresión	Sin depresión	Total		Inferior	Superior	
Estado civil	Sin pareja	6	22	28	1.007	0.37	2.741	0.584
	Con pareja	26	96	122				
Escolaridad	Secundaria o menos	16	80	96	0.475	0.215	1.05	0.051
	Más que secundaria	16	38	54				
Ocupación	Sin ocupación	18	42	60	2.327	1.052	5.145	0.029
	Con ocupación	14	76	90				
Tipo de parto	Cesárea	18	58	76	1.33	0.606	2.919	0.304
	Parto natural	14	60	74				
Complicaciones	Con complicaciones	18	32	50	3.455	1.541	7.75	0.002
	Sin complicaciones	14	86	100				
Apoyo social desde familia	Menor apoyo	18	36	54	2.929	1.315	6.523	0.007
	Mayor apoyo	14	82	96				
Apoyo social desde amigos	Menor apoyo	16	40	56	1.95	0.884	4.3	0.073
	Mayor apoyo	16	78	94				
Apoyo social desde otros significativos	Menor apoyo	16	40	56	1.95	0.884	4.3	0.073
	Mayor apoyo	16	78	94				
Apoyo social	Bajo apoyo social	12	28	40	1.929	0.839	4.431	0.093
	Apoyo social adecuado	20	90	110				
Total		32	118	150	Fuente: Instrumento aplicado, n=150			

La **Tabla 14** muestra los resultados de las asociaciones ajustadas mediante un modelo de regresión logística binaria, lo cual permite identificar qué factores están significativamente asociados con la depresión postparto después de controlar por otros variables. En primer lugar, se observa que la escolaridad tiene una relación significativa con la depresión postparto. Las mujeres con educación secundaria o menor tienen un menor riesgo de depresión postparto en comparación con aquellas con mayor nivel educativo ($B = -0.922$, $p = 0.038$), con una razón de momios ajustada ($\text{Exp}(B)$) de 0.398, lo que sugiere que las mujeres con menor nivel educativo están en una situación de menor riesgo, contrario a lo que podría esperarse y que merece un análisis más profundo. El factor que muestra la asociación más fuerte es la presencia de complicaciones durante el embarazo o parto. Las mujeres que experimentaron complicaciones tienen una probabilidad significativamente mayor de sufrir depresión postparto ($B = 1.516$, $p = 0.001$), con una razón de momios ajustada ($\text{Exp}(B)$) de 4.552, lo que indica que el riesgo de depresión postparto es más de cuatro veces mayor en mujeres con complicaciones en comparación con aquellas que no las tuvieron. En cuanto al apoyo familiar, la falta de apoyo de la familia también se asocia significativamente con un mayor riesgo de depresión postparto ($B = 1.287$, $p = 0.004$). La razón de momios ajustada ($\text{Exp}(B)$) es 3.622, lo que indica que la ausencia de apoyo familiar casi cuadruplica el riesgo de desarrollar depresión postparto. Otros factores, como la edad, el estado civil, la ocupación, el número de hijos, el tipo de parto, y el apoyo social de amigos o de otras personas significativas, no muestran asociaciones estadísticamente significativas con la depresión postparto después de ajustar por otros factores, aunque algunos de ellos muestran tendencias que podrían ser relevantes en un contexto específico.

Tabla 14. Asociaciones ajustadas mediante regresión logística binaria

Ítems	B	Wald	Sig.	Exp(B)	I.C. 95% para EXP(B)	
					Inferior	Superior
Edad	-.045	1.246	.264	.956	.884	1.035
Estado civil (Sin pareja estable)	-.603	.886	.347	.547	.156	1.922
Escolaridad (Secundaria o menor)	-.922	4.322	.038	.398	.167	.949
Ocupación (Sin ocupación formal)	.961	2.842	.092	2.613	.855	7.982
Hijos	-.090	.100	.752	.914	.524	1.596
Tipo de parto (Cesárea)	-.568	.851	.356	.567	.170	1.894
Con Complicaciones	1.516	11.256	.001	4.552	1.878	11.035
Sin apoyo familiar	1.287	8.333	.004	3.622	1.512	8.681
Sin apoyo de amigos	.197	.057	.811	1.218	.242	6.138
Sin apoyo de otros significativos	-1.202	.947	.331	.301	.027	3.385
Sin Apoyo social en general	1.162	1.223	.269	3.195	.408	25.037
Constante	-.520	.050	.824	.594		

Fuente: Instrumento aplicado, n=150



9. DISCUSIÓN

La presente investigación aporta importantes hallazgos sobre la relación entre el apoyo social y la depresión postparto en mujeres adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No. 12 del IMSS en Aguascalientes. Los resultados indican que factores como el nivel educativo, las complicaciones obstétricas y el apoyo familiar tienen un impacto significativo en la prevalencia de depresión postparto, lo cual es coherente con las teorías previas sobre los determinantes sociales y clínicos de la salud mental en el periodo postnatal.

Un hallazgo clave de este estudio es que las mujeres con un nivel educativo de secundaria o menor presentaron un riesgo significativamente menor de desarrollar depresión postparto en comparación con aquellas con estudios superiores. Específicamente, el modelo ajustado mostró que la razón de momios para este grupo era de 0.398, indicando un riesgo aproximadamente un 60% menor (IC 95%: 0.167-0.949; $p = 0.038$). Este resultado es contrario a lo que generalmente se esperaría, ya que la literatura sugiere que un menor nivel educativo a menudo se asocia con mayores riesgos de salud mental debido a una posible falta de acceso a recursos y apoyo. Sin embargo, en este contexto específico, factores culturales o sociales podrían estar influyendo en esta asociación, sugiriendo la necesidad de un análisis más profundo para comprender las razones subyacentes(13,14). Este hallazgo (17–19) se alinea parcialmente con estudios previos que subrayan la importancia del contexto cultural en la experiencia de la depresión postparto, donde las redes de apoyo tradicionales y familiares pueden mitigar los efectos de un menor nivel educativo(14).

Otro resultado destacado es la fuerte asociación entre las complicaciones obstétricas y la depresión postparto. El análisis ajustado reveló que las mujeres que experimentaron complicaciones tenían más de cuatro veces más probabilidades de sufrir depresión postparto ($\text{Exp}(B) = 4.552$; IC 95%: 1.878-11.035; $p = 0.001$). Este hallazgo subraya la importancia crítica de un seguimiento y apoyo adicionales para las mujeres que enfrentan complicaciones obstétricas, ya que su bienestar emocional parece estar profundamente afectado por estas experiencias adversas. Este resultado es consistente con el estudio de Tani (2016), quien también encontró que la calidad de los aspectos clínicos del parto influye significativamente en la depresión postparto, mediada por el apoyo social percibido durante el embarazo y el posparto(16).

El apoyo familiar emergió como un factor determinante en la aparición de la depresión postparto. Las mujeres que reportaron falta de apoyo familiar tenían un riesgo significativamente mayor de desarrollar depresión postparto, con una razón de momios ajustada de 3.622 (IC 95%: 1.512-8.681; $p = 0.004$). Este hallazgo refuerza la importancia del entorno familiar como un pilar en la salud mental durante el periodo postparto, sugiriendo que las intervenciones dirigidas a fortalecer las redes de apoyo familiar podrían ser cruciales para prevenir la depresión postparto en mujeres vulnerables. Estos resultados coinciden con los hallazgos de Leahy-Warren et al. (2012), quienes también identificaron una correlación inversa significativa entre el apoyo social y la depresión posnatal(15). Sin embargo, a diferencia de otros estudios que han encontrado que el apoyo de amigos y otras personas significativas también juega un papel protector importante(19), este estudio no encontró asociaciones significativas en estas dimensiones después de realizar ajustes, lo que podría reflejar diferencias en las dinámicas sociales y de apoyo en diferentes contextos culturales.

A pesar de la solidez de estos hallazgos, este estudio presenta varias limitaciones que deben considerarse. La naturaleza transversal del diseño impide establecer relaciones causales definitivas entre el apoyo social y la depresión postparto. Además, el uso de un muestreo no probabilístico consecutivo limita la generalización de los resultados a la población más amplia de mujeres posparto. También es importante destacar que la recolección de datos se basó en escalas autoinformadas, lo que podría introducir sesgos de autoinforme. Estos factores sugieren la necesidad de realizar estudios futuros con un diseño longitudinal y un muestreo probabilístico para confirmar estos hallazgos y explorar más a fondo las dinámicas de apoyo social y su impacto en la salud mental posparto. En comparación con otros estudios, los resultados de este trabajo son consistentes en cuanto a la identificación del apoyo social como un factor protector clave contra la depresión postparto. Sin embargo, el hallazgo inesperado sobre el nivel educativo sugiere que los factores culturales y contextuales deben ser considerados al interpretar estos resultados y al diseñar intervenciones preventivas. Además, la fuerte asociación entre las complicaciones obstétricas y la depresión subraya la necesidad de un enfoque integral en el seguimiento postnatal que incluya tanto aspectos clínicos como apoyo emocional y social.

10. CONCLUSIONES

En este estudio, que incluyó a 150 mujeres, se llevó a cabo un análisis exhaustivo de los factores asociados con la depresión postparto, utilizando tanto análisis crudos como ajustados mediante un modelo de regresión logística binaria para identificar los factores de riesgo más significativos. En primer lugar, se analizó la asociación entre la escolaridad y la depresión postparto. Los resultados del modelo ajustado revelaron que las mujeres con un nivel educativo de secundaria o menor presentaban una menor probabilidad de desarrollar depresión postparto en comparación con aquellas con estudios superiores. Específicamente, el coeficiente B fue de -0.922, con una razón de momios ajustada ($\text{Exp}(B)$) de 0.398, lo que indica que el riesgo de depresión postparto en este grupo era aproximadamente un 60% menor (IC 95%: 0.167-0.949; $p = 0.038$). Este hallazgo es contrario a lo que generalmente se esperaría, ya que un menor nivel educativo a menudo se asocia con mayores riesgos en la salud mental debido a la posible falta de acceso a recursos y apoyo. Sin embargo, en este contexto particular, es posible que factores culturales o sociales específicos estén influyendo en esta asociación, lo que sugiere la necesidad de un análisis más profundo para comprender las razones subyacentes. Otro factor crucial identificado fue la presencia de complicaciones durante el embarazo o el parto. El análisis ajustado mostró que las mujeres que experimentaron complicaciones tenían un riesgo significativamente mayor de desarrollar depresión postparto. El coeficiente B fue de 1.516, con una razón de momios ajustada ($\text{Exp}(B)$) de 4.552, lo que sugiere que estas mujeres tenían más de cuatro veces más probabilidades de experimentar depresión postparto en comparación con aquellas sin complicaciones (IC 95%: 1.878-11.035; $p = 0.001$). Este hallazgo subraya la importancia crítica de un seguimiento y apoyo adicional para las mujeres que enfrentan complicaciones obstétricas, ya que su bienestar emocional parece estar profundamente afectado por estas experiencias adversas. El apoyo familiar también emergió como un factor determinante en la aparición de la depresión postparto. Las mujeres que reportaron falta de apoyo familiar tenían un riesgo significativamente mayor de desarrollar depresión postparto. Específicamente, el coeficiente B fue de 1.287, con una razón de momios ajustada ($\text{Exp}(B)$) de 3.622, indicando que la falta de apoyo familiar casi cuadruplicaba el riesgo de depresión (IC 95%: 1.512-8.681; $p = 0.004$). Este resultado refuerza la importancia del entorno familiar como un pilar en la salud mental durante el periodo postparto, sugiriendo que las intervenciones dirigidas a fortalecer las redes de apoyo familiar podrían ser cruciales para prevenir la depresión postparto en mujeres vulnerables. En contraste, otros factores como la

edad, el estado civil, la ocupación, el número de hijos, el tipo de parto, y el apoyo social de amigos o de otras personas significativas no mostraron asociaciones estadísticamente significativas con la depresión postparto después de ajustar por otros factores. Por ejemplo, aunque la ocupación sin empleo formal mostró un coeficiente B de 0.961 y una razón de momios ajustada de 2.613, esta asociación no fue significativa (IC 95%: 0.855-7.982; $p = 0.092$). Similarmente, el tipo de parto (cesárea versus parto natural) y el número de hijos no presentaron asociaciones significativas, lo que indica que estos factores, en este contexto específico, pueden no tener un impacto tan marcado en la aparición de la depresión postparto como otros elementos. En cuanto al apoyo social de amigos y de otras personas significativas, aunque en los análisis crudos se observó una tendencia hacia una mayor depresión postparto en aquellas con menor apoyo, estas asociaciones no se mantuvieron significativas tras los ajustes. El coeficiente B para el apoyo de amigos fue de 0.197 con una razón de momios ajustada de 1.218 (IC 95%: 0.242-6.138; $p = 0.811$), mientras que para el apoyo de otras personas significativas el coeficiente B fue de -1.202 con una razón de momios ajustada de 0.301 (IC 95%: 0.027-3.385; $p = 0.331$).

Estos resultados subrayan la complejidad de la depresión postparto, en la que factores como las complicaciones obstétricas y el apoyo familiar juegan un papel más crucial que otros factores socioeconómicos o demográficos. La escolaridad, de manera inesperada, parece ser un factor protector en este contexto, mientras que la falta de apoyo, especialmente familiar, y la presencia de complicaciones emergen como los principales factores de riesgo. Estos hallazgos tienen implicaciones importantes para el diseño de estrategias de intervención y apoyo para mujeres en el periodo postparto, destacando la necesidad de un enfoque personalizado que tenga en cuenta las circunstancias individuales de cada mujer.

11. GLOSARIO

Apoyo Social: Se refiere a la percepción y experiencia de una persona respecto a la disponibilidad y calidad de la ayuda proporcionada por su entorno, incluyendo familia, amigos y otras personas significativas. En el contexto de este estudio, se evaluó el apoyo social percibido mediante la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS).

Depresión Postparto (DPP): Un trastorno del estado de ánimo que puede afectar a las mujeres después del parto, caracterizado por síntomas como tristeza persistente, falta de energía, ansiedad, irritabilidad y en casos graves, pensamientos suicidas. En este estudio, la depresión postparto fue medida utilizando la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS).

Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS): Una herramienta psicométrica utilizada para medir la percepción subjetiva del apoyo social. La escala evalúa tres dimensiones principales de apoyo: el apoyo de la familia, el apoyo de los amigos y el apoyo de otras personas significativas.

Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS): Un cuestionario de 10 ítems utilizado globalmente para detectar síntomas de depresión postparto en mujeres. La EPDS fue diseñada para identificar cambios emocionales y de comportamiento asociados con la depresión en el periodo postparto.

Factores de Riesgo: Variables o condiciones que aumentan la probabilidad de desarrollar una enfermedad o trastorno. En el contexto de este estudio, los factores de riesgo considerados incluyen el nivel de apoyo social percibido, la presencia de complicaciones obstétricas, y el nivel educativo.

Complicaciones Obstétricas: Problemas que ocurren durante el embarazo, el parto o el periodo postparto que pueden afectar la salud de la madre y/o el bebé. Ejemplos incluyen la preeclampsia, la placenta previa y el parto prematuro. Estas complicaciones se identificaron como un factor de riesgo significativo para la depresión postparto en este estudio.

Odds Ratio (OR) o Razón de Momios: Una medida de asociación que indica la probabilidad de un evento (como la depresión postparto) en un grupo expuesto a un factor de riesgo en comparación con un grupo no expuesto. En estudios epidemiológicos, un OR mayor que 1 indica un aumento en el riesgo asociado al factor.

Regresión Logística Binaria: Un método estadístico utilizado para analizar la relación entre una variable dependiente binaria (por ejemplo, la presencia o ausencia de depresión postparto) y una o más variables independientes (como el apoyo social o las complicaciones obstétricas). Este método permite ajustar por múltiples variables y obtener estimaciones del riesgo (Odds Ratio).

Intervalo de Confianza (IC): Un rango de valores dentro del cual se espera que caiga el verdadero valor de un estimador con un cierto nivel de confianza (generalmente el 95%). En este estudio, los intervalos de confianza se utilizan para interpretar la precisión de las Odds Ratios obtenidas.



12. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Gómea Ayala AE. Depresión en el embarazo y el posparto. *Ámbito Farmacéutico, Educación Sanitaria*. 2007;26.
2. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of Postnatal Depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression scale. *British Journal of Psychiatry*. 1987;150(JUNE).
3. Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T. Perinatal depression: A systematic review of prevalence and incidence. Vol. 106, *Obstetrics and Gynecology*. 2005.
4. Terrén CA, Esteve LG, Navarro P, Aguado J, Ojuel J, Tarragona MJ. Prevalencia de la depresión posparto en las madres españolas: comparación de la estimación mediante la entrevista clínica estructurada y la escala de depresión posparto de Edimburgo. *Med Clin (Barc)*. 2003;120(9).
5. José Urdaneta M, Ana Rivera S, José Garcia I, Mery Guerra V, Nasser Baabel Z, Alfi Contreras B. Prevalencia de depresión posparto en primigestas y multíparas valoradas por la escala de edimburgo. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2010;75(5).
6. Romero R D, Orozco R LA, Ybarra S JL, Gracia R BI. Sintomatología depresiva en el post parto y factores psicosociales asociados. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2017;82(2).
7. Castro R, Campero L, Hernández B. La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos Research on social support and health: current status and new challenges. *Rev Saúde Pública*. 1997;31(314).

8. Cohen S, Wills TA. Stress, Social Support, and the Buffering Hypothesis. *Psychol Bull* [Internet]. 1985 Sep [cited 2022 Aug 9];98(2):310–57. Available from: /record/1986-01119-001
9. Vera M del M de. La teoría del afrontamiento del estrés de Lazarus y los moldes cognitivos. *Psicología del pensamiento y de las emociones*. 2004;
10. Durá E, Garcés J. La teoría del apoyo social y sus implicaciones para el ajuste psicosocial de los enfermos oncológicos. Vol. 6, *Revista de Psicología Social*. 1991.
11. Bekiros S, Jahanshahi H, Munoz-Pacheco JM. A new buffering theory of social support and psychological stress. *PLoS One*. 2022;17(10 October).
12. Cao L, Burton VS. Social Support Theory. In: *A Criminologist's Life*. 2022.
13. O'Hara MW, Mc Cabe JE. Postpartum depression: Current status and future directions. Vol. 9, *Annual Review of Clinical Psychology*. 2013.
14. Alonso Fachado A, Menendez Rodriguez Martín. Apoyo social: Mecanismos y modelos de influencia sobre la enfermedad crónica. *Cad Aten Primaria* [Internet]. 2013 Feb 15 [cited 2022 Aug 9];19:118–23. Available from: https://www.agamfec.com/pdf/CADERNOS/VOL19/vol_2/ParaSaberDe_vol19_n2_3.pdf
15. Leahy-Warren P, Mccarthy G, Corcoran P. First-time mothers: Social support, maternal parental self-efficacy and postnatal depression. *J Clin Nurs*. 2012;21(3–4).

16. Tani F, Castagna V. Maternal social support, quality of birth experience, and post-partum depression in primiparous women. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*. 2017;30(6).
17. Abdollahi F, Zarghami M, Azhar MZ, Sazlina SG, Lye MS. Predictors and incidence of post-partum depression: A longitudinal cohort study. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*. 2014;40(12).
18. Ramos Cárdenas MA, Rivera Felix LM. Asociación entre depresión postparto y apoyo de la pareja en un centro materno infantil de Lima. *Anales de la Facultad de Medicina*. 2022;83(1).
19. Contreras-García Y, Rodríguez PS, Manríquez-Vidal C. Caracterización del apoyo social percibido durante el posparto y la presencia de depresión materna. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2017;43(1).
20. Caparros-Gonzalez RA, Romero-Gonzalez B, Peralta-Ramirez MI. Depresión posparto, un problema de salud pública mundial. *Rev Panam Salud Publica*;42, jun 2018 [Internet]. 2018 [cited 2024 Mar 20];42. Available from: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49117>
21. Comunicado de prensa. Secretaría de salud. 2018. Depresión en embarazadas y mujeres postparto. Available from: <https://www.gob.mx/salud/prensa/248-a-nivel-mundial-21-por-ciento-de-las-embarazadas-presenta-depresion>

22. Lara MA, Patiño P, Navarrete L, Nieto L. Depresión posparto, un problema de salud pública que requiere de mayor atención en México. Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales. 2017;
23. Pinto Santuber C, Lara Jaque R, Espinoza Lavoz E, Montoya Cáceres P. Psychometric properties of the scale perceived social support Zimet in older adults of Primary Health Care. *Index de Enfermería*. 2014;23(1–2).
24. Trejos-Herrera AM, Bahamón MJ, Alarcón-Vásquez Y, Vélez JI, Vinacciac S. Validity and reliability of the multidimensional scale of perceived social support in colombian adolescents. *Psychosocial Intervention*. 2018;27(1).
25. Juárez IR, Santos García R, Lara A, Almanza Muñoz J de J. Consistencia interna y análisis factorial de la Escala de Depresión Posparto de Edinburgo en mujeres mexicanas embarazadas y puérperas. Vol. 42, *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*. 2009.
26. Comisiones de Investigación y de Ética. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. *Diario Oficial de la Federación*. 1982.
27. Comisión Nacional de Bioética. Código de Nuremberg, Normas éticas sobre experimentación en seres humanos [Internet]. [cited 2023 Apr 10]. Available from: https://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/2.INTL._Cod_Nuremberg.pdf
28. Carlson R V., Boyd KM, Webb DJ. The revision of the Declaration of Helsinki: Past, present and future. Vol. 57, *British Journal of Clinical Pharmacology*. 2004.

13. ANEXOS

Anexo A. Instrumento para la recolección de información

Sección 1. Datos sociodemográficos

Edad:

Nivel de educación:

- 1 Soltero
- 2 Casado
- 3 Divorciado
- 4 Viudo

Estado civil:

- 1 Soltera
- 2 Casada
- 3 Unión libre
- 4 Viuda
- 5 Divorciada

Número de hijos:

- 1 Sin escolaridad
- 2 Primaria
- 3 Secundaria
- 4 Preparatoria
- 5 Universidad
- 6 Posgrado

Ocupación:

- 1 Estudia
- 2 Trabaja
- 3 Hogar

Sección 2. Antecedentes clínicos

Número de hijos:

Fecha de nacimiento:

DD/MM/AAAA

Tipo de parto:

- 1 Natural
- 2 Cesárea

Complicaciones durante el embarazo o el parto:

- 1 Si, Cual(es)
- 2 No

Historia personal de depresión u otros trastornos mentales:

- 1 Si, Cual(es)

--

2 No

Sección 3. Versión Mexicana de la Escala de Depresión Postparto	
<p>Como usted hace poco tuvo un bebe, nos gustaría saber cómo se ha estado sintiendo. Por favor subraye la respuesta que más se acerca a como se ha sentido en los últimos 7 días.</p>	
1. He podido reír y ver el lado bueno de las cosas:	
Tanto como siempre	0
No tanto ahora	1
Mucho menos	2
No, no he podido.	3
2. He mirado el futuro con placer:	
Tanto como siempre	0
Algo menos que antes	1
Definitivamente menos que antes	2
No, nada	3
3. Me he culpado innecesariamente cuando las cosas marchaban mal:	
Sí, la mayoría de las veces	0
Si, algunas veces	1
No muy a frecuentemente	2
No, nunca	3
4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo:	
No, nada	0
Rara vez	1
Sí, a veces	2
Sí, muy frecuentemente	3
5. He sentido miedo o pánico sin motivo alguno:	
Sí, muy frecuentemente	0
Sí, a veces	1
No, no mucho	2
No, nada	3
6. Las cosas me han estado agobiando:	
Sí, casi siempre	0
Sí, a veces	1
No, casi nunca	2
No, nada	3
7. Me he sentido tan infeliz, que he tenido dificultad para dormir:	
Sí, casi siempre	0
Sí, a veces	1


No muy frecuentemente	2
No, nada	3
8. Me he sentido triste y desgraciada:	
Sí, casi siempre	0
Sí, muy frecuentemente	1
No muy frecuentemente	2
No, nada	3
9. He estado tan infeliz que he estado llorando:	
Sí, casi siempre	0
Sí, muy frecuentemente	1
Sólo ocasionalmente	2
No, nunca	3
10. He pensado en hacerme daño a mí misma:	
Sí, muy frecuentemente	0
A veces	1
Rara vez	2
Nunca	3

Sección 4. Escala multidimensional de apoyo social percibido (MSPSS)

ítem		Totalmente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo
		1	2	3	4	5	6	7
Dimensión apoyo social familiar	Mi familia realmente intenta ayudarme							
	Obtengo la ayuda emocional y el apoyo que necesito de mi familia							
	Puedo hablar de mis problemas con mi familia							
	Mi familia está dispuesta ayudarme a tomar decisiones							
Dimensión apoyo social amigos(as)	Mis amigos(as) realmente tratan de ayudarme							

	Puedo contar con mis amigos(as) cuando las cosas van mal								
	Tengo amigos(as) con los que puedo compartir mis alegrías y tristezas								
	Puedo hablar de mis problemas con mis amigos(as)								
Dimensión apoyo social personas significativas	Hay una persona especial que está cerca cuando lo necesito								
	Hay una persona especial con quien puedo compartir mis alegrías y tristezas								
	Tengo una persona especial que es una verdadera fuente de consuelo para mí								
	Hay una persona especial en mi vida que se preocupa por mis sentimientos								

Anexo B. Carta de consentimiento informado

 <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD</p> <p>Carta de Consentimiento informado para participación en protocolos de investigación (Adultos)</p>	
Nombre del estudio:	Asociación entre depresión postparto y apoyo social en mujeres adscritas a la unidad de medicina familiar no. 12 del IMSS, Aguascalientes
Lugar y fecha:	Aguascalientes Ags. A ____ de _____ del 2024
Justificación y objetivo del estudio:	Deseamos explorar la relación entre el apoyo social recibido por mujeres derechohabientes de la UMF 12 del IMSS Aguascalientes y la presencia de síntomas de depresión postparto. El objetivo es determinar cómo el apoyo social percibido puede influir en el estado mental de las mujeres tras el parto, y así, mejorar las estrategias de prevención y apoyo ofrecidas a las nuevas madres.
Procedimientos:	Si acepta participar, se le pedirá que complete dos escalas: la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS) y la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS). Estas escalas incluyen preguntas relacionadas con su estado emocional y el apoyo social que ha recibido después del parto.
Posibles riesgos y molestias:	No anticipamos que experimentará ninguna molestia física durante este estudio. Sin embargo, es posible que algunas preguntas puedan hacerle sentir incómoda o ansiosa. Si esto sucede, estamos aquí para ofrecerle apoyo y, si es necesario, podemos dirigirla a servicios profesionales de ayuda.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Participar en este estudio puede no brindarle beneficios directos. Sin embargo, su participación contribuirá significativamente a nuestro entendimiento sobre cómo el apoyo social puede afectar la salud mental de las nuevas madres, lo cual podría ayudar a mejorar los servicios y el apoyo proporcionados a las mujeres después del parto.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Al concluir el estudio, le proporcionaremos información general sobre nuestros hallazgos y descubrimientos. Esto no incluirá recomendaciones de tratamiento o diagnóstico personalizados, pero podría ofrecerle una visión valiosa sobre las experiencias comunes de nuevas madres y los factores que podrían influir en su bienestar emocional.
Participación o retiro:	Su participación en este estudio es completamente voluntaria. Tiene el derecho de optar por no participar o puede retirarse del estudio en cualquier momento, sin ninguna penalización o pérdida de beneficios a los que tiene derecho, y sin afectar su futura atención médica en la UMF 12 del IMSS Aguascalientes.
Privacidad y confidencialidad:	Su privacidad es de suma importancia para nosotros. Toda su información y respuestas se manejarán con la más estricta confidencialidad y solo serán accesibles para el equipo de investigación. No compartiremos su información personal con terceros y su identidad se mantendrá protegida en todos los informes y publicaciones relacionadas con el estudio.
Declaración de consentimiento:	
Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:	
<input type="checkbox"/>	No acepto participar en el estudio
<input type="checkbox"/>	Sí acepto participar en el estudio
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador(a) Responsable:	Investigador principal: Dra. Lucía Cervantes Ramírez, Correo electrónico: luciacerntesramirez@gmail.com , Teléfono celular: 449 251 0497.
Colaboradores:	Investigador Asociado (Tesisista): Dr. Oscar Benjamín Bárcenas Alma, Médico Residente de Medicina Familiar, Correo electrónico: hoscar88@hotmail.com , Tel: 554 011 1062.
<small>En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité Local de Ética de Investigación en Salud del CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, correo electrónico: comite.eticainv@imss.gob.mx</small>	
_____	_____
Nombre y firma del participante	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
_____	_____
Nombre, dirección, relación y firma	Nombre, dirección, relación y firma
Clave: 2810-009-013	

Anexo C. Manual operacional

Sección 1. Datos sociodemográficos

Asegúrese de hacer cada pregunta clara y directamente, permitiendo que la participante tenga tiempo para responder. Todas las respuestas deben ser registradas de manera precisa y sin juicio, asegurando que la participante se sienta cómoda y respetada durante el proceso.

Edad

Preguntaremos a la participante, "¿Cuál es su edad?" y anotaremos la cifra exacta proporcionada por la participante en el recuadro correspondiente.

Ejemplo: Si la participante dice que tiene 32 años, escribiremos "32" en el espacio asignado para la edad.

Nivel de educación

Preguntaremos, "¿Cuál es su nivel máximo de educación alcanzado?" y codificaremos la respuesta basándonos en las opciones proporcionadas.

Ejemplo: Si la participante menciona que ha completado la universidad, pondremos un "5" en el recuadro correspondiente.

Estado civil

Se preguntará a la participante, "¿Cuál es su estado civil actual?" y se utilizarán los códigos numéricos para registrar la respuesta.

Ejemplo: Si la participante responde que está casada, registraremos un "2" en el espacio dedicado a estado civil.

Número de hijos

Preguntaremos directamente, "¿Cuántos hijos tiene?" y registraremos el número exacto mencionado por la participante.

Ejemplo: Si la participante menciona tener 3 hijos, escribiremos "3" en el recuadro correspondiente.

Ocupación

La pregunta será, "¿Cuál es su ocupación actual?" y se seleccionará el código que mejor describa la situación laboral actual de la participante. Ejemplo: Si la participante dice que está dedicada al hogar, marcaremos un "3" en el recuadro respectivo.

Sección 2. Antecedentes clínicos

Es esencial hacer estas preguntas con sensibilidad y discreción, asegurándose de que la participante se sienta cómoda compartiendo esta información. Mantenga un tono empático y profesional para facilitar una comunicación abierta y precisa.

Número de hijos

Preguntaremos directamente, "¿Cuántos hijos tiene?" y anotaremos el número exacto que la participante proporcione en el espacio correspondiente.

Fecha de nacimiento del último hijo

Le pediremos a la participante que proporcione la fecha de nacimiento de su último hijo, especificando el día, mes y año.

Ejemplo de pregunta: "¿Podría indicarme la fecha de nacimiento de su último hijo?"

Tipo de parto

Preguntaremos, "¿Su último parto fue natural o por cesárea?" y marcaremos el número correspondiente basándonos en la respuesta.

Ejemplo: Si dice que fue cesárea, anotaremos un "2".

Complicaciones durante el embarazo o el parto

Preguntaremos, "¿Experimentó alguna complicación durante su embarazo o parto?" Si la respuesta es sí, se pedirá a la participante que especifique cuáles fueron esas complicaciones y anotaremos un "1", además de las complicaciones mencionadas. Si la respuesta es no, anotaremos un "2".

Historia personal de depresión u otros trastornos mentales

Preguntaremos, "¿Ha tenido alguna vez depresión o algún otro trastorno mental?" Si la respuesta es sí, se pedirá que especifique cuál o cuáles y marcaremos un "1", seguido de los detalles proporcionados. Si la respuesta es no, marcaremos un "2".

Sección 3. Versión Mexicana de la Escala de Depresión Postparto

Para esta sección, explicaremos a la participante que las preguntas están diseñadas para entender mejor cómo se ha estado sintiendo después de dar a luz. Aclararemos que las respuestas deben basarse en cómo se ha sentido en los últimos 7 días y que debe elegir la opción que mejor describa sus sentimientos o experiencias recientes. Asegúrese de que la participante entienda que no hay respuestas "correctas" o "incorrectas" y que su sinceridad ayudará a obtener un panorama más claro y preciso de su bienestar emocional postparto. Al hacer las preguntas, mantenga un tono suave y asegúrese de que la participante se sienta cómoda y apoyada durante el proceso.

He podido reír y ver el lado bueno de las cosas

Se preguntará: "Durante la última semana, ¿ha podido reír y ver el lado bueno de las cosas?" Basado en su respuesta, subrayaremos el número que corresponda a su sentimiento, por ejemplo, si dice "Tanto como siempre", subrayaremos el "0".

He mirado el futuro con placer

Le preguntaremos: "¿Ha mirado hacia el futuro con placer esta semana?" Y, basados en si siente que ha sido igual, menos o nada en comparación con lo usual, subrayaremos la respuesta correspondiente.

Me he culpado innecesariamente cuando las cosas marchaban mal

Preguntaremos: "¿Se ha culpado a sí misma innecesariamente cuando las cosas han ido mal últimamente?" Subrayaremos la opción que mejor refleje la frecuencia con la que ha experimentado este sentimiento.

He estado ansiosa y preocupada sin motivo

Le preguntaremos: "¿Se ha sentido ansiosa o preocupada sin una razón aparente recientemente?" Elegiremos y subrayaremos la opción que indique cuán frecuentemente ha sentido esto.

He sentido miedo o pánico sin motivo alguno

La cuestionaremos: "¿Ha experimentado miedo o pánico sin una razón clara en los últimos días?" La respuesta seleccionada se subrayará para indicar la frecuencia de estos sentimientos.

Las cosas me han estado agobiando

Preguntaremos: "Recientemente, ¿ha sentido que las cosas la agobian?" Debe elegir una opción que represente cuán frecuentemente ha sentido agobio, y subrayaremos el número correspondiente basándonos en su respuesta.

Me he sentido tan infeliz, que he tenido dificultad para dormir

Preguntaremos: "¿Se ha sentido tan infeliz que ha tenido dificultades para dormir en los últimos días?" Subrayaremos la opción que mejor describa la frecuencia con la que ha experimentado dificultad para dormir debido a sentirse infeliz.

Me he sentido triste y desgraciada

Le cuestionaremos: "¿Se ha sentido triste o desgraciada recientemente?" Deberá seleccionar una opción que indique cuán frecuentemente ha sentido tristeza o desgracia, y nosotros subrayaremos el número correspondiente.

He estado tan infeliz que he estado llorando

Preguntaremos: "¿Ha estado tan infeliz que ha terminado llorando en los últimos días?" Aquí, se debe subrayar la respuesta que refleje cuán frecuentemente ha experimentado llanto debido a su infelicidad.

He pensado en hacerme daño a mí misma

De manera cuidadosa y sensible, preguntaremos: "¿Ha tenido pensamientos de hacerse daño a sí misma recientemente?" Es esencial manejar esta pregunta con extrema sensibilidad y cuidado, asegurándose de que la participante se sienta apoyada. Subrayaremos la opción que represente cuán frecuentemente ha tenido estos pensamientos.

Sección 4. Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS)

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Asegúrese primero de que el ambiente en el que realizará la entrevista sea tranquilo y privado, de forma que la participante pueda sentirse cómoda y segura para responder sinceramente. Al iniciar, explíquela a la participante el propósito de la escala y asegúrele que todas sus respuestas serán tratadas con la mayor confidencialidad.

1. Comenzando con la **Dimensión apoyo social familiar**, lea en voz alta cada afirmación relacionada con el apoyo que recibe de su familia. Por ejemplo, puede indicar: “Ahora me gustaría saber más sobre el apoyo que recibe de su familia. Indíqueme, por favor, en qué medida está de acuerdo con la afirmación: 'Mi familia realmente intenta ayudarme'”. Anote la respuesta de la participante en la casilla correspondiente.
2. Después, avance hacia la **Dimensión apoyo social amigos(as)** y proceda de manera similar: “Ahora, pensemos en sus amigos. Dígame, ¿qué tan cierta es la afirmación: 'Mis amigos realmente tratan de ayudarme' para usted?”
3. Finalmente, en la **Dimensión apoyo social personas significativas**, indique: “Pensando en personas especiales o significativas en su vida, ¿qué piensa sobre la afirmación: 'Hay una persona especial que está cerca cuando lo necesito'?”

A lo largo de la entrevista, si la participante tiene dudas sobre alguna pregunta, aclárelas y asegúrese de que entienda antes de continuar. Una vez que haya terminado la sección, agradezca a la participante por su colaboración y explíquela los siguientes pasos del estudio si es necesario. Revise las respuestas para garantizar que todo esté completo y claramente marcado. Recuerde mantener un tono neutral durante la entrevista y evitar cualquier tipo de juicio o reacción personal a las respuestas de la participante. Proporcione apoyo si la participante se muestra emocional y considere pausar o detener la entrevista si es necesario.