



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA

ISSEMym

DIVISIÒN DE ESTUDIOS DE POSGRADOS E
INVESTIGACIÒN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO
DE MÉXICO Y MUNICIPIOS
HOSPITAL MATERNO INFANTIL
TOLUCA ESTADO DE MÉXICO

**“FRECUENCIA DE DEPRESION POSPARTO Y SU RELACION CON LA
CALIDAD DE VIDA EN PUERPERAS ADSCRITAS AL HOSPITAL
MATERNO INFANTIL ISSEMym DURANTE EL PERIODO JULIO-
SEPTIEMBRE DEL AÑO 2009”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

JUAN JOSE BARRIOS TELLEZ

TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO

2010



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**“FRECUENCIA DE DEPRESION POSPARTO Y SU RELACION CON LA
CALIDAD DE VIDA EN PUERPERAS ADSCRITAS AL HOSPITAL
MATERNO INFANTIL ISSEMyM DURANTE EL PERIODO JULIO-
SEPTIEMBRE DEL AÑO 2009”**

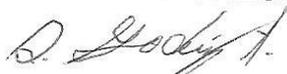
**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**



PRESENTA:

JUAN JOSE BARRIOS TELLEZ

AUTORIZACIONES



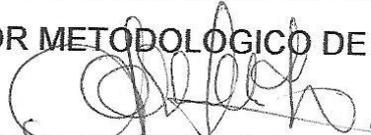
DR. EDGAR DANIEL GODINEZ TAMAY

**PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL
DEL ISSEMyM**



M. En C. EDUARDO BREA ANDRES

**MEDICO ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGIA POR LA UNAM
MAESTRO EM CIENCIAS POR LA UNAM
JEFE DE INVESTIGACION DEL ISSEMyM
ASESOR METODOLOGICO DE TESIS**



DRA. MARTHA BEATRIZ CISNEROS LOPEZ

**GINECO-OBSTETRA DEL HOSPITAL MATERNO
INFANTIL DEL ISSEMyM**



DR. VICTOR MANUEL VILLAGRAN MUÑOZ

**DIRECTOR DE EDUCACION E INVESTIGACION DE SALUD
DEL ISSEMyM**

**“FRECUENCIA DE DEPRESION POSPARTO Y SU RELACION CON LA
CALIDAD DE VIDA EN PUERPERAS ADSCRITAS AL HOSPITAL
MATERNO INFANTIL ISSEMYM DURANTE EL PERIODO JULIO-
SEPTIEMBRE DEL AÑO 2009”**

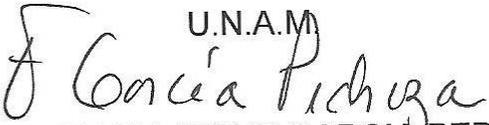
**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

JUAN JOSE BARRIOS TELLEZ

AUTORIZACIONES


DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA

U.N.A.M.

DR. FELIPE DE JESUS GARCIA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA

U.N.A.M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA

U.N.A.M.

Dedicatoria

Con gran amor y respeto a mi mama Marcelita  por sus sabios conocimientos y consejos, que siempre guían mi camino día tras día

**"La innovación es lo que distingue a un líder de los demás."
Steve Jobs**

AGRADECIMIENTOS

A **dios** por la vida y la familia que me dio

A mi **esposa** porque siempre está apoyándome y
motivándome para seguir actualizándome

A **Chelis, Juanjo y Chuchin**, gracias por animarme y
no dejarme claudicar en el camino

A **Jacqueline** por el apoyo incondicional e incansable
para la culminación de mi especialidad

Al **Doctor Daniel Godínez** por sus asesorías
que hicieron posible concluir este trabajo

A mi amigo el **Doctor Juan Torres**, quien siempre me
motivo por ser cada día mejor

Finalmente a todas las personas que se cruzaron en mi camino y que
me dieron palabras de aliento y apoyo.

**“FRECUENCIA DE DEPRESION POSPARTO Y SU RELACION CON LA
CALIDAD DE VIDA EN PUERPERAS ADSCRITAS AL HOSPITAL
MATERNO INFANTIL ISSEMYM DURANTE EL PERIODO JULIO A
SEPTIEMBRE DEL AÑO 2009”**

SUMMARY

The affective upheavals anywhere in the world constitute the second more common alteration between the mental diseases. For the year the 2020 depression will be, according to the study of global Load of the Diseases (the WHO World Bank), the second general cause of incapacity 1, 2, 21

The childbirth is a vital event in the life of the woman since the mother must accept to the new son and generate a capacity adapted of answer before her demands.

The childbed constitutes a time of high risk to present/display affective upheavals among them the depression posparto (DPP), very common complication that not always it is recognized reason why many women do not receive treatment. 2,21

From psychiatry and psychology evaluations of Quality of Life are realised with the purpose of to measure the results of programs and therapies for chronic patients, especially people with schizophrenia and greater depression; as well as the improvement .de the quality of life in the women with postpartal depression.

The present work of investigation shows to the analysis and the frequency of the depression posparto in the patients of the Infantile Maternal Hospital of the ISSEMyM during period 2009.

INDICE GENERAL

1. Marco Teórico	
1.1 Definición de puerperio.....	1
1.2. Posibles complicaciones puerperales.....	2
1.3. Depresión.....	2
1.4 Causas de la depresión.....	3
1.5. Depresión posparto.....	4
1.6 Clasificación.....	4
1.7. Prevalencia: epidemiología de la depresión.....	7
1.8. Instrumento para valorar depresión posparto.....	9
1.9. Calidad de vida.....	10
1.10. Instrumentos para medir la calidad de vida.....	13
1.11 Planteamiento del problema.....	15
1.12. Justificación.....	16
1.13. Objetivos.....	18
2. Metodología.....	19
2.1. Tipo de estudio.....	19
2.2. Diseño de estudio.....	19
2.3. Lugar y tiempo de estudio.....	20
2.4. Universo de estudio.....	20
2.5. Tamaño de muestra.....	20
2.6. Criterios.....	20
2.6.1. Criterios de inclusión.....	20
2.6.2. Criterios de exclusión.....	20
2.6.3. Criterios de eliminación.....	21
2.7. Variables.....	21
2.8. Diseño estadístico.....	22
2.9. Método de recolección de los datos.....	22
2.10. Análisis estadístico.....	23
2.11 Recursos humanos, materiales físicos y financiamiento del estudio.....	23
2.12. Consideraciones éticas.....	23
3. Resultados.....	24
3.1 Edad.....	24
3.2 Estado civil.....	24
3.3 Escolaridad.....	24
3.4 Numero de gestas.....	25
3.5 Tipo de familia.....	25
3.6 Tipo de puerperio.....	25
3.7 Calidad de vida.....	26
3.8 Numero de gestas y depresión posparto.....	27

3.9 Edad y depresión postparto.....	28
3.10 La calidad de vida y la depresión postparto.....	29
3.11 Depresión postparto.....	30
4. Discusión.....	31
4.1. Comparativo con otros estudios.....	35
5. Conclusiones.....	36
6. Referencias bibliográficas.....	38
7. Anexos.....	44

MARCO TEORICO

1.1 Definición de puerperio

Puerperio: Es el proceso que sigue al parto ya sea por vía vaginal o cesárea, durante el cual los órganos genitales de la mujer retornan a su estado pregrávido.

Este período dura aproximadamente 6 semanas e incluye cambios progresivos para la lactancia y la involución de los órganos internos de la reproducción.

Es un período de recuperación física y psíquica, las horas y días después del parto son difíciles para la puérpera ya que presenta una serie de cambios normales, emocionales y sociales a los que debe adaptarse.

Es el periodo de tiempo que se extiende desde el final del alumbramiento o tercera etapa del trabajo de parto. Durante el mismo las modificaciones gravídicas de los órganos y sistemas maternos retornan al estado previo del embarazo. Se acepta que tiene un periodo de duración de 45 días o seis semanas posteriores al alumbramiento. Se clasifica en:

Puerperio Inmediato: periodo que corresponde a las primeras 24 horas del periodo post parto.

Puerperio Mediato: se extiende hasta el final de la primera semana del periodo post parto. De 24 horas a 7 días posteriores al parto.

Puerperio Tardío: se extiende hasta la sexta semana del periodo post parto.⁴²

Puérpera

Definición:

Puérpera: mujer que se encuentra en el periodo posterior al alumbramiento, durante el cual sus órganos y sistemas retornan al estado previo a la gestación, la cual tiene una duración de 45 días a seis semanas, posterior al evento obstétrico.

43

1.2. Posibles Complicaciones Puerperales

Tristeza y Depresión Posparto

Alteraciones que se presentan como su calificativo lo dice después del parto o cesárea caracterizado por llanto fácil, cambios de humor, inquietud o ansiedad e irritabilidad y que lo condicionan factores como la baja autoestima, falta de redes de apoyo a la paciente, personalidad inmadura y sentimiento de incompetencia para realizarse como madre; es por eso que el medico familiar tiene un campo amplio para abordar el tema en el control de embarazo así como el ciclo familiar de la paciente para prevenir y modificar los factores condicionantes para su presentación y brindar apoyo y conserjería ofreciendo a la paciente una mejor calidad de vida en beneficio del binomio madre e hijo y mantener apoyo en las redes sociales de su entorno y poder ofrecer un tratamiento preventivo y oportuno.

44

1.3. DEPRESIÓN:

Según el Instituto Nacional de la Salud Mental (NIMH siglas en inglés), cada año, el 9.5 por ciento de la población estadounidense (aproximadamente 18.8 millones de adultos americanos) padece de enfermedades depresivas. Los trastornos afectivos constituyen en todo el mundo la segunda alteración más común entre las enfermedades mentales. Para el año 2020 la depresión será, según el estudio de Carga global de las Enfermedades (OMS/Banco Mundial), la segunda causa general de discapacidad ^{1, 2,21}

Desde los tiempos de Hipócrates, los clínicos notaron una asociación entre los trastornos del humor y el período posterior al parto. Este vínculo entró oficialmente en la nomenclatura psiquiátrica cuando el DSM IV definió depresión como episodios de 4 semanas posteriores al parto ⁽²⁾.

El parto es un evento vital en la vida de la mujer ya que la madre debe aceptar al nuevo hijo y generar una capacidad adecuada de respuesta ante sus demandas.

El puerperio constituye una época de alto riesgo para presentar trastornos afectivos entre ellos la depresión posparto (DPP), complicación muy común que no siempre es reconocida por lo que muchas mujeres no reciben tratamiento. ^{2,21}

Se dice que el trastorno depresivo es una enfermedad que afecta el organismo (cerebro), el ánimo, y la manera de pensar. Interfiere en la forma en que una persona come y duerme. Influye en cómo uno se valora a sí mismo (autoestima) y la forma en que uno piensa. Un trastorno depresivo no es lo mismo que un estado pasajero de tristeza, no indica debilidad personal no es una condición de la cual uno puede liberarse voluntariamente.

1.4Causas de la depresión:

Algunos tipos de depresión tienden a afectar miembros de la misma familia, lo cual sugeriría que se puede heredar una predisposición biológica. Al parecer, hay otros factores adicionales que contribuyen a que se desencadene la enfermedad posiblemente tensiones en la vida, problemas de familia, trabajo o estudio. En algunas familias la depresión se presenta generación tras generación. Sin embargo, también puede afectar a personas que no tienen una historia familiar de depresión. Sea hereditario o no, el trastorno depresivo está a menudo asociado con cambios en las estructuras o funciones cerebrales. Las personas con poca autoestima y que se abruma fácilmente por el estrés están predispuestas a la depresión. No se sabe con certeza si esto representa una predisposición psicológica o una etapa temprana de la enfermedad.

Algunas enfermedades físicas pueden acarrear problemas mentales tales como los accidentes cerebro-vasculares, los ataques de corazón, el cáncer, la enfermedad de Parkinson y los trastornos hormonales, pueden llevar a una enfermedad depresiva. La persona enferma y deprimida se siente apática y sin deseos de atender a sus propias necesidades físicas, lo cual prolonga el periodo de recuperación.

La pérdida de un ser querido, los problemas en una relación personal, los problemas económicos, o cualquier situación estresante en la vida (situaciones deseadas o no deseadas) también pueden precipitar un episodio depresivo. Las causas de los trastornos depresivos generalmente incluyen una combinación de factores genéticos, psicológicos y ambientales. Después del episodio inicial, otros episodios depresivos casi siempre son desencadenados por un estrés leve, e incluso pueden ocurrir sin que haya una situación de estrés.^{2, 21,25}

1.5. Depresión posparto. Las mujeres deben de estar alertas de cambios mentales que pueden ocurrir, durante el embarazo y después del parto. La Academia Americana del Médico Familiar reporta que los síntomas de lo que más comúnmente se le llama "baby blues" pueden comenzar de tres a cuatro días después del parto, y esto incluye cambios de temperamento, el llorar repentinamente y los problemas de concentración. Estos síntomas desaparecen por lo regular diez días después del parto. Pero si se prolongan o se intensifican, se le llama depresión posparto y puede necesitar ayuda médica.

El NIMH menciona que los estudios sugieren que las mujeres que experimentan con depresión mayor después del parto frecuentemente tuvieron anteriormente episodios depresivos aún cuando quizá no hayan sido diagnosticados y tratados.

1.6 CLASIFICACION

Los desordenes afectivos ocurren frecuentemente durante el periodo posparto; los cambios de estados de ánimo incluyen: baby blues, depresión posparto y psicosis posparto.

A) Tristeza Postparto o "postpartum Blues" (TP)

Este cuadro consiste en un estado transitorio de reactividad emocional y ocurre en aproximadamente un 50% de las mujeres que han tenido un parto recientemente. Las mujeres con TP lloran con más facilidad que lo usual, están más irritables, y tienen una labilidad emocional mayor que lo habitual para cada una. El pico de "tristeza" se observa usualmente cerca de los 3 a 5 días luego del parto, en general coincidiendo con el inicio de la lactancia, y dura de varios días a semanas. La propensión a desarrollar TP no parece relacionarse con su historia psiquiátrica, factores estresantes del medio, contexto cultural, alimentación o cantidad de hijos. Sin embargo estos factores pueden contribuir al desarrollo de una Depresión Mayor.²

B) Depresión Postparto sin Psicosis (DP)

Los síntomas pueden incluir sentimientos de infelicidad, de no ser apta como madre, trastornos del sueño, el apetito y dificultad en la concentración. Los trastornos del sueño son habitualmente caracterizados por dificultad para dormir incluso cuando alguien este cuidando al bebé. El término Ego-Distónico refiere a pensamientos que están caracterizados por la diferencia entre su contenido, y lo que la persona desea o cree en la actualidad. Esos pensamientos tienen rasgos de obsesividad, pero raramente llegan al acto, en ausencia de psicosis. Sin embargo, cuando una mujer con DP severa llega a conductas suicidas, puede considerar también matar a su hijo, e incluso a sus hijos más pequeños, muchas veces siguiendo el deseo de no abandonarlos. ^{2,6,13,21,25}

C) Depresión Postparto con Psicosis (DPP)

En estos casos se observan cuadros de psicosis, con alucinaciones y/o delirio dentro de las 3 semanas luego del parto. Puede ser un episodio que se registre por primera vez en la vida de la paciente, o bien como parte de un problema recurrente. En su inicio suele aparecer mas frecuentemente con rasgos de trastorno bipolar, que como trastornos del ánimo. Comparando estos episodios con los trastornos psicóticos no asociados al postparto, se observa más desorientación y labilidad en forma característica. Las mujeres con DPP pueden tener mejorías temporarias en apariencia, despistando a médicos y cuidadores, haciéndoles pensar que se han recupera d o, pero al poco tiempo empeoran sus síntomas depresivos y psicóticos. ²¹

D) Depresión posparto

De acuerdo al Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, cuarta edición (DSM-IV), basado en estudios epidemiológicos, se considera un episodio de presentación postparto si comienza dentro de las 4 semanas, pero con un rango de inicio de hasta los 3 primeros meses postparto. Los síntomas pueden ser leves al inicio pero se perpetúan más allá de las 4 semanas. ^{2,,4,6,8,13,21,25}

Esta definición delimita el tiempo posparto a cuatro semanas, ya que es en este periodo en el que se evidencian cambios hormonales y el retroceso físico de los principales cambios fisiológicos. Tal retroceso puede durar en total un tiempo aproximado de seis meses, siendo esta la razón por la que algunos autores consideran que se debe ampliar el tiempo del especificador.

Se ha documentado que la mayoría de las mujeres que padecen la enfermedad por más de 6 meses, si no son tratadas un 25% puede persistir con síntomas aún al año de evolución. Además, a largo plazo, tienen mayor riesgo de recurrencia de estos episodios en embarazos subsecuentes (1:3 a 1:4), incluso más severos.

Según el DSM-IV, el especificador de inicio en el posparto debe ser realizado a los trastornos que se inicien durante las cuatro semanas posteriores al parto y puede realizarse a episodios depresivos mayor, maniaco o mixto actual (o más reciente) de un trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar I o trastorno bipolar II, o a un trastorno psicótico breve ^(2,21).

La depresión posparto es habitualmente sub-diagnosticada por los profesionales de la salud, por lo que se requiere implementar estrategias de tamizaje para aumentar la tasa de detección.

Los cambios fisiológicos alteran la estabilidad mental de las personas que los padecen, sin embargo, no son la única condición que lleva a que se presenten síntomas mentales durante el PP ya que se conoce que otros factores como los psicosociales y ambientales, se relacionan también con la proclividad a que la mujer presente dichos síntomas.^{5,14,7}

El puerperio es uno de los periodos de mayor riesgo para desarrollar depresión por ser un tiempo de gran exigencia física y emocional tanto para la nueva madre como para la familia en general. Esto acarrea un aumento de la morbilidad, mortalidad y se asocia con un mayor riesgo de presentar nuevos episodios posteriores, en especial en los pospartos siguientes ²¹

La presencia de síntomas mentales graves durante el embarazo y/o el PP es importante por su morbi-mortalidad, sus consecuencias y sus posibles complicaciones, lo que ha llevado a que en los últimos años se haya intentado optimizar el diagnóstico y proveer tratamientos tempranos y eficientes para estos. Sin embargo, se considera que a pesar de estas estrategias, patologías como la depresión posparto (DPP) son aún subdiagnosticadas y consecuentemente subtratadas.^{4, 7,9}

1.7. PREVALENCIA: EPIDEMIOLOGIA DE LA DEPRESION

La prevalencia descrita de esta patología, va entre un 10 y un 20%, siendo mayor en los niveles socioeconómicos más bajos y en madres adolescentes. Sin embargo, estudios realizados en Suecia y Estados Unidos describen tasas de detección espontánea de síntomas depresivos en el periodo posparto de sólo 2% y 6,3%, respectivamente^{3, 4, 7, 8, 9, 11, 13,16}

Son muchos los cambios que se producen durante el embarazo, el parto y el posparto como para pasar por ellos indemne de toda emoción. Tener un hijo puede ser una alegría, pero produce en la mujer un cierto grado de estrés, al que hay que enfrentarse y afrontar con los recursos de que dispone cada cual.⁽¹³⁾

Se produce una situación de estrés por varias razones:

1. La mujer durante 9 meses vivió un estado emocional que con el parto cambia del día a la noche.
2. Durante esos 9 meses ha llevado consigo a su hijo algo que también cambia del día a la noche.
3. La ausencia de conductas de apego (no llora ante la ausencia de la madre, no pide estar en brazos de su mamá, etc.) que al principio presenta el bebé recién nacido le recuerda a la madre que ella como tal es prescindible y que cualquier otra persona podría ocupar su lugar, a pesar de ser ella la que concibió a su hijo. El parto, que tanto esfuerzo físico ha costado a la madre, también pierde valor, apareciendo tal vez sentimientos de vacío como muchas mujeres expresan con esas mismas palabras (“me siento vacía”).

4. En algunas ocasiones puede que el posparto de la madre tenga sus complicaciones y ello conlleve que ésta no se pueda hacer cargo de su hijo desde el principio, lo que añade más dificultades emocionales (sentimientos de culpa, de impotencia, etc.).
5. Ahora se enfrenta con el hecho de ser madre y no sólo mujer. Su pareja se encuentra a su lado, pero ella en estos momentos se siente primero madre, y la pareja, al menos al principio de una forma más acusada, pasa a situarse en un segundo plano.
6. En relación con el punto anterior, la mujer empieza a valorar a su pareja no como hombre sino como padre y también aquí aparecen nuevas emociones que hay que aceptar. La pareja (el hombre en este caso) presenta comportamientos nuevos que nunca había tenido antes, ya que no había un nuevo miembro en la familia y la mujer se cuestiona si son los correctos o más adecuados para su bienestar. En definitiva, se pregunta si ha elegido la persona correcta como padre de su hijo. La madre puede que evalúe de una forma continua a su pareja para ver si cumple con su papel de padre, exigiéndole inconscientemente ciertas conductas que como hemos dicho son desconocidas para el hombre que también está aprendiendo a ser padre y también necesita tiempo. Todo esto generará tensiones en la pareja.²¹
7. No se puede pasar por alto el desgaste físico y mental que ha soportado la mujer, tanto en el embarazo como en el parto y este último, sea como fuere, no deja de ser algo traumático. Esto derivará en un posparto donde la mujer se siente cansada y sin embargo tiene sobre ella una gran exigencia, que es cuidar a su hijo. Para ello se pasa las 24 horas observándolo. Además, hay muchas exigencias sociales sobre ella, especialmente recibir visitas, que llegan a resultar agotadoras hasta para la mujer más paciente, añadiendo el hecho de que entre medias tiene que dar el pecho, en ocasiones en situaciones que ella no ha elegido.
8. La pareja desde que tiene un hijo, pierde la intimidad que tenía hasta ese momento. Su hogar que podía ser su cobijo, se convierte en un hogar familiar donde pueden entrar padres, suegros, cuñados, hermanos y tíos cuando quieran, porque al fin y al cabo pasan a ver a sus nietos, sobrinos, etc., y esto

justifica cualquier cosa. Esta invasión atenta contra la estabilidad de la pareja que en estos primeros momentos necesita su tiempo para adaptarse a su nueva situación

9. A partir del momento de la concepción del hijo aparece la idea de la finitud del ser humano. La mujer se plantea cuestiones existenciales que quizás hasta ese momento apenas le habían preocupado. Dar vida conlleva un cambio generacional. Un hijo aparece para recordarte que un día tú no estarás para verle siempre. Enfrentarnos con la idea de nuestra propia muerte nos asusta y angustia, pero muy especialmente cuando sabemos que dejamos alguien aquí que nos importa mucho. ^{3,4,8,9,11,14,17}

1.8. Instrumento para valorar depresión posparto.-

La Escala de Depresión posparto de Edimburgo (EPDS) es una escala de autoreporte de diez ítems, bien validada para evaluar la intensidad del humor depresivo durante los pasados 7 días. Las preguntas incluyen humor, ansiedad, culpa e intento de suicidio ^{11,12,22,24}

En el año 2006, Cosme Alvarado y colaboradores llevaron a cabo un estudio en una población mexicana para validar la escala de depresión posparto de Edimburgo. Se seleccionó 100 mujeres puérperas dentro del período de 3 meses posparto que asisten consultas postnatales de rutina en un hospital público de Durango, México participaron en el estudio. Las participantes fueron divididas en dos grupos: un grupo incluía 49 mujeres con menos de 4 semanas posparto y el otro grupo incluía 51 mujeres dentro de 4 a 13 semanas de posparto. Todas las participantes se sometieron a la versión mexicana en español de la EPDS y fueron entrevistadas por un psiquiatra que valoró depresión mayor o menor usando el criterio de DSM IV. ^{5,7,22}

De las 49 mujeres con menos de 4 semanas posparto, 4 se encontraron que sufrían de depresión mayor y ninguna de menor depresión usando el criterio de DSM IV. EN este grupo de mujeres encontramos que la mejor puntuación de EPDS para el rastreo de depresión fue de 11/12. Este umbral muestra una sensibilidad de 75% (95% IC, 63.8-86.2), una especificidad de 93% (95% IC, 84.6-100), un valor predictivo positivo de 50%, y un valor predictivo negativo de 97.6%, y un área bajo la curva de 0.84, Mientras, en las 51 mujeres dentro de 4-13 semanas posparto, 7 fueron halladas con depresión mayor por el criterio DSM-IV. En este grupo encontramos que la mejor puntuación del EPDS fue 7/8. Este umbral muestra una sensibilidad de 75% (9% IC, 66.1- 83.9), una especificidad de 84% (95% IC, 76,1 91.9), un valor predictivo positivo de 46,2% y una valor predictivo negativo de 94.7% y un área bajo la curva de .80. La versión mexicana de EPDS puede ser considerada para el escaneo de depresión en las mujeres puérperas mexicanas cuando las puntuaciones límites de 11/12 y 7/8 en mujeres con menos de 4 semanas y 4-13 semanas posparto, son usados respectivamente.²²

1.9. CALIDAD DE VIDA

Calidad de vida: Percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Es un concepto extenso y complejo que engloba la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno.³¹

**CALIDAD DE VIDA.
CONCEPTUALIZACIONES
(Borthwick-Duffy y Cols., 1992; Felce, 1995)**

Calidad de vida=
Calidad de las
Condiciones objetivas
de Vida.

Calidad de vida=
Satisfacción del
individuo con sus
Condiciones de vida.

Utilidad del concepto "Calidad de Vida"

En líneas generales, para Schalock (1996), la investigación sobre Calidad de Vida es importante porque el concepto está emergiendo como un principio organizador que puede ser aplicable para la mejora de una sociedad como la nuestra, sometida a transformaciones sociales, políticas, tecnológicas y económicas. No obstante, la verdadera utilidad del concepto se percibe sobre todo en los servicios humanos, inmersos en una "Quality revolution" que propugna la planificación centrada en la persona y la adopción de un modelo de apoyos y de técnicas de mejora de la calidad.³³

En este sentido, el concepto puede ser utilizado para una serie de propósitos, incluyendo la evaluación de las necesidades de las personas y sus niveles de satisfacción, la evaluación de los resultados de los programas y servicios humanos, la dirección y guía en la provisión de estos servicios y la formulación de políticas nacionales e internacionales dirigidas a la población general y a otras más específicas, como la población con discapacidad, con factores de riesgo, y mujeres en embarazo y puerperio.

Líneas de investigación sobre Calidad de Vida en distintos ámbitos de los servicios humanos

En los últimos 10 años las investigaciones sobre Calidad de Vida han ido aumentando progresivamente en diferentes ámbitos del quehacer profesional y científico.

Entre las ciencias de la salud, los avances de la medicina han posibilitado prolongar notablemente la vida, generando un incremento importante de las enfermedades crónicas. Ello ha llevado a poner especial acento en un término nuevo: Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS). Numerosos trabajos de investigación científica emplean hoy el concepto, como un modo de referirse a la percepción que tiene el paciente de los efectos de una enfermedad determinada o de la aplicación de cierto tratamiento en diversos ámbitos de su vida, especialmente de las consecuencias que provoca sobre su bienestar físico, emocional y social. Las tradicionales medidas mortalidad/morbilidad están dando paso a esta nueva manera de valorar los resultados de las intervenciones, comparando unas con otras, y en esta línea, la meta de la atención en salud se está orientando no sólo a la eliminación de la enfermedad, sino fundamentalmente a la mejora de la Calidad de Vida del paciente.

Desde la psiquiatría y la psicología se realizan evaluaciones de Calidad de Vida con el fin de medir los resultados de programas y terapias para enfermos crónicos, en especial personas con esquizofrenia y con depresión mayor; así como el mejoramiento de la calidad de vida en las mujeres con depresión postparto. Ha tenido una importante atención la reflexión sobre los efectos de la desinstitutionalización tanto sobre los sujetos como sobre las familias a partir de la conocida reforma psiquiátrica. También se han estudiado las repercusiones del grado de apoyo social, el funcionamiento personal y el nivel de autonomía en la Calidad de Vida.³³

El concepto de salud está fundamentado en un marco biopsicológico, socioeconómico y cultural, teniendo en cuenta los valores positivos y negativos que afectan nuestra vida, nuestra función social y nuestra percepción; por tanto, la redefinición del concepto de salud es de naturaleza dinámica y multidimensional. De ahí deriva la importancia de medir la calidad de vida (39).

La calidad de vida es un concepto relacionado con el bienestar social y depende de la satisfacción de las necesidades humanas y de los derechos positivos, modos de vida, trabajo, servicios sociales y condiciones ecológicas). Estos son elementos indispensables para el desarrollo del individuo y de la población; por tanto caracterizan la distribución social y establecen un sistema de valores culturales que coexisten en la sociedad ⁴⁰

El uso de medidas de calidad de la vida relacionada con la salud (CVRS) ^(35,36,37,38,41) evalúa una amplia gama de dimensiones, y han sido diseñadas para ser aplicadas a todo tipo de pacientes con diferentes patologías y en el ámbito poblacional a fin de comparar y evaluar las diferentes variaciones del estado de salud. La importancia de esta medición permite destacar el estado funcional del paciente que refleje su salud física, mental y social. Otro aspecto de interés es ofrecer una medición de una variable de expresión tipo subjetivo y poder obtener un valor cuantitativo que represente el estado de salud.

1.10. Instrumentos para medir la Calidad de Vida

Los instrumentos de medida de la CVRS se clasifican en instrumentos genéricos e inespecíficos ⁴⁵. Estos instrumentos se emplean con el propósito de discriminación entre sujetos afectados, predecir el pronóstico o resultado de una intervención y evaluar los posibles cambios en el tiempo, que permitiría valorar la supervivencia frente a tratamientos o intervenciones ⁴⁶. Los instrumentos de tipo genéricos no están relacionados con ningún tipo de enfermedad y son aplicables a la población general y a grupos de pacientes. Se subdividen en tres subgrupos: las medidas de ítem único, los perfiles de salud y las medidas de utilidad o preferencia.

Los instrumentos específicos contienen dimensiones de la CVRS de una determinada patología que se quiere evaluar. Las medidas concretas se refieren a las áreas que los clínicos evalúan, el impacto de los síntomas en la medición de la calidad de vida, extraídos a través de la entrevista médica y la exploración física. Por lo tanto, esta medida no permite comparaciones entre diferentes enfermedades. Debido a esto se han diseñado instrumentos específicos para evaluar la calidad de vida de pacientes con artritis reumatoide, Parkinson (PDQ-39),⁴⁷, con síntomas gastrointestinales, pacientes oncológicos, pacientes sometidos a radioterapia de cabeza y cuello, en pacientes con diálisis, epilépticos, en insuficiencia respiratoria, en ancianos y otros más^{36,37}

Dentro del grupo de los instrumentos de CVRS de tipo específicos vale la pena describir de forma sucinta el Índice de Calidad de Vida de Spitzer (ICVS)⁴⁸. Este instrumento simple, corto y de administración fácil incluye diferentes dimensiones relacionadas con la calidad de vida y permite discriminar los cambios entre grupos de pacientes. Consta de 5 componentes, con tres alternativas de respuesta cada uno; las dimensiones que evalúa son: actividad física, autonomía, salud percibida, apoyo social y familiar y, por último, control y aceptación de las propias limitaciones y perspectivas de futuro.

1.11 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El embarazo, el puerperio, y el postparto son periodos de vulnerabilidad psíquica para la mujer. La depresión probablemente sea la enfermedad materna mas frecuente en el postparto. Se estima que afecta a un 13% de las mujeres, es decir, una de cada 8 mujeres en el postparto.

La depresión conlleva un importante sufrimiento personal y familiar y afecta directamente la relación marital y al desarrollo emocional del lactante. Sin embargo, a menudo la patología no es diagnosticada ni por lo tanto tratada, con lo que en muchos casos la evolución puede ser tórpida o incluso tendiente a la cronicidad. El desarrollo del bebe puede verse condicionado seriamente por la enfermedad psíquica materna.

Por lo tanto el trabajo de investigación plantea lo siguiente: ¿Cuál es la frecuencia de depresión postparto y cual seria su relación con la calidad de vida en púerperas adscritas al hospital materno infantil del ISSEMYM durante el año 2009? Cabe mencionar que en nuestro medio la mujer no acostumbra ir a consulta en el puerperio, ya que por lo regular se enfoca en el cuidado y atención del recién nacido, esto reviste importancia porque repercute en que no se pueda diagnosticar oportunamente la depresión posparto. Otra de las causas como ya se menciona es que la atención de la familia se vuelca hacia el recién nacido y disminuye hacia la madre.

Cabe mencionar esto afecta la calidad de vida de la paciente, repercutiendo en la familia y en el cuidado del recién nacido.

Asimismo es importante recordar que el puerperio es un periodo crítico en la salud de la mujer, ya que como sabemos las complicaciones originadas en el periodo perinatal ocupan actualmente la sexta causa de mortalidad general en nuestro país, por lo que es importante que el médico familiar se enfoque en una buena atención del puerperio ya que estas consultas son criticas no solo para detectar la depresión postparto sino también otorgar consejería en múltiples aspectos y conservar su calidad de vida.

1.12. JUSTIFICACIÓN.

Los trastornos afectivos constituyen en todo el mundo la segunda alteración más común entre las enfermedades mentales. Para el año 2020, la depresión será según el estudio de Carga global de la enfermedad de la Organización Mundial de la Salud (OMS/Banco Mundial), la segunda causa general de discapacidad. Los trastornos depresivos han sido asociados con diferentes eventos vitales, incluido el parto, según el género es dos veces más frecuente en la mujer en comparación con el hombre^{3,4}

El parto es un evento vital en la vida de la mujer, ya que la madre debe aceptar al nuevo hijo y generar una capacidad adecuada de respuesta ante sus demandas.

El puerperio constituye una época de alto riesgo para presentar trastornos afectivos entre ellos, la depresión posparto (DPP), complicación muy común que no siempre es reconocida, por lo que muchas mujeres no reciben tratamiento.⁴

La depresión en las mujeres puede ser considerada como una respuesta psicológica y física compleja a las demandas de la vida diaria de muchas mujeres. Sin embargo, en muchas culturas se le da poca atención; los signos de depresión son vistos como normales o como un tabú. Aunque suele pasar inadvertida o esta sub diagnosticada un gran porcentaje de mujeres experimenta la denominada depresión posparto. La depresión posparto conlleva consecuencias negativas para las propias mujeres que ven deteriorado su nivel de salud, calidad de vida y relaciones personales.

Los hijos de madres con Depresión Posparto (DPP) tienen relaciones de apego inseguro significativamente mayores que los hijos de madres sin depresión, y presentan con mayor frecuencia trastornos conductuales, mayor riesgo de maltrato infantil, de accidentes y una mayor frecuencia de ingresos hospitalarios por lo que esta investigación es trascendente ya que permitirá conocer la frecuencia de la depresión posparto en el Hospital Materno Infantil (HMI) del ISSEMYM en Toluca, México.

Además es de gran importancia conocer la calidad de vida de la mujer durante las etapas del embarazo y el puerperio para poder determinar la frecuencia o incidencia de depresión, la tipología familiar, escolaridad, edad, y todos los factores que predisponen la presencia de esta enfermedad.

El médico familiar debe preocuparse por estudiar institucionalmente todos los cambios que afectan la salud de la mujer durante estas etapas para poder tomar las medidas necesarias para prevenir la incidencia, y en caso de presentarse poder diagnosticarla y dar el tratamiento adecuado así como la atención al núcleo familiar para conservar la calidad de vida.

Por todo esto se realizará un estudio en el Hospital Materno Infantil para conocer la frecuencia de depresión posparto en nuestras derechohabientes.

1.13. OBJETIVOS

GENERAL:

Identificar la frecuencia de depresión posparto en puérperas del Hospital Materno Infantil ISSEMYM (HMII) en Toluca, México durante el periodo de julio a septiembre del 2009.

ESPECIFICOS:

Identificar la escolaridad de las pacientes con depresión posparto adscritas al Hospital Materno Infantil ISSEMYM (HMII) en Toluca, México.

Identificar la frecuencia de depresión posparto según el número de gesta de pacientes adscritas al Hospital Materno Infantil ISSEMYM (HMII) en Toluca, México.

Identificar la edad más frecuente de depresión posparto de pacientes adscritas al Hospital Materno Infantil ISSEMYM (HMII) en Toluca, México.

Identificar tipología familiar de las puérperas adscritas al Hospital Materno Infantil ISSEMYM (HMII) en Toluca, México.

Identificar el estado civil de las puérperas adscritas al Hospital Materno Infantil ISSEMYM (HMII) en Toluca, México.

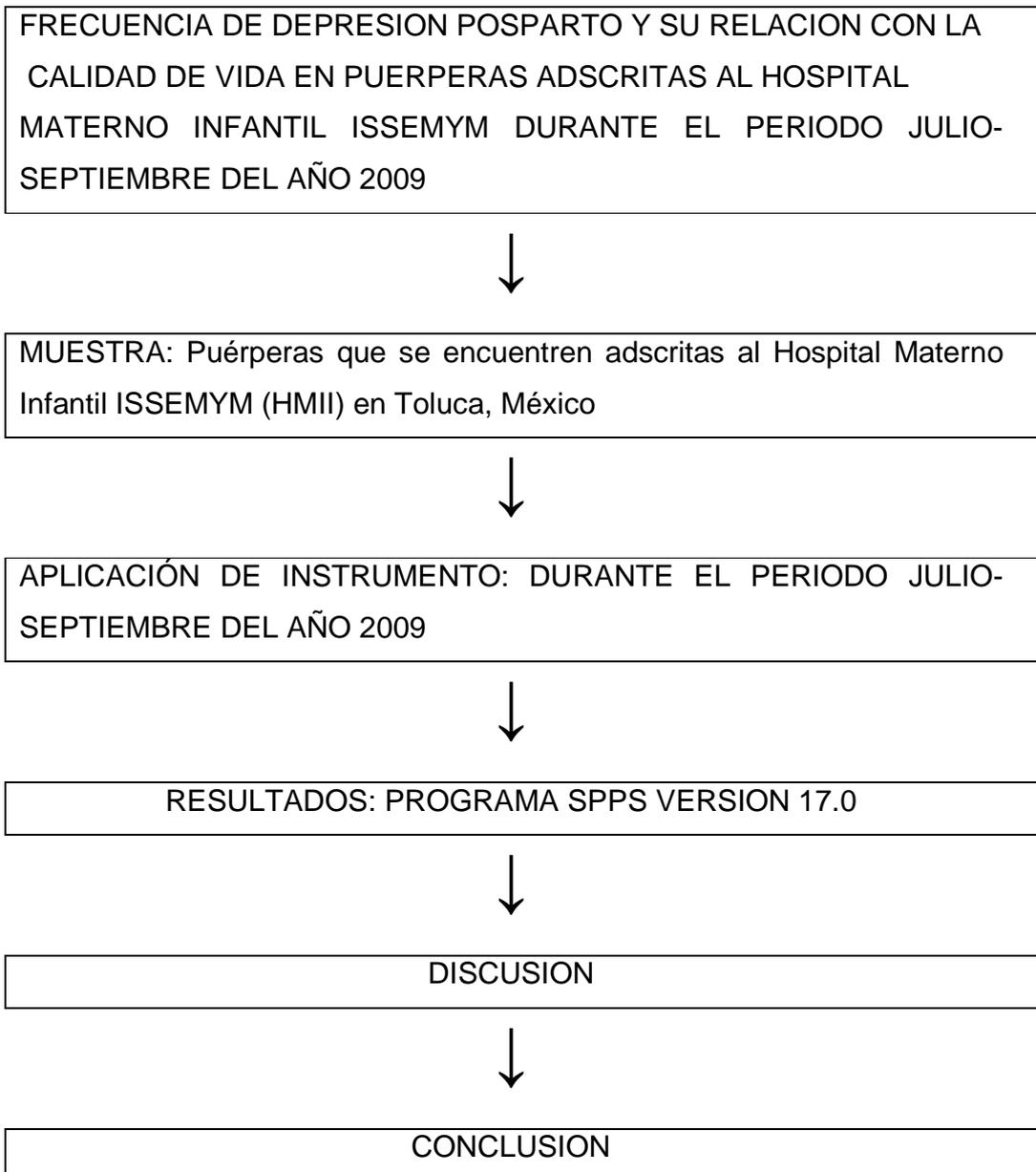
Identificar la calidad de vida en pacientes con depresión posparto adscritas al Hospital Materno Infantil ISSEMYM (HMII) en Toluca, México.

2. METODOLOGIA

2.1. Tipo de estudio:

Se realizo un estudio observacional, transversal y descriptivo.

2.2. Diseño de estudio:



2.3. Lugar y tiempo de estudio:

Hospital Materno Infantil ISSEMYM (HMII) en Toluca, México durante el periodo Julio – Septiembre 2009.

2.4. Universo de Estudio:

Puérperas que se encuentren adscritas al Hospital Materno Infantil ISSEMYM (HMII) en Toluca, México.

2.5. Tamaño de muestra:

Después de revisar las estadísticas del Hospital Materno Infantil ISSEMYM de Toluca, México se obtuvo con la fórmula para población finita, estableciendo un nivel de confianza del 93% con un margen de error $\pm 7\%$, donde se considera la probabilidad de que el evento ocurra del 50% con un universo de 900 pacientes atendidas durante el periodo de estudio dado una muestra de 141 a través de un muestreo aleatorio simple.

2.6 CRITERIOS

2.6.1 Criterios de inclusión

- Puérperas adscritas al Hospital Materno Infantil ISSEMYM (HMII) en Toluca, México
- Puérperas de las cuales se obtuvo producto vivo y sin complicaciones como prematuridad, sepsis, malformaciones, etc. Y que no ameritan ingreso a cuneros.
- Puérperas Alfabetas
- Puérperas que acepten participar con el estudio.

2.6.2. Criterios de Exclusión

- Puérperas cuyos hijos hayan sido ingresados a cuneros por alguna complicación, como prematuridad, sepsis, malformaciones etc.
- Puérperas analfabetas.
- Puérperas con antecedentes de patologías psiquiátricas como depresión mayor, psicosis, esquizofrenia etc.

2.6.3. Criterios de Eliminación:

- Puérperas que contesten de manera incompleta el cuestionario o este sea ilegible.
- Puérperas que decidan abandonar el estudio.

2.7. VARIABLES:

NOMBRE DE LA VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	VALORES PARA LA TOMA DE VARIABLES
FOLIO	CUANTITATIVA	CONTINUA	NUMERO CONSECUTIVO
ESTADO CIVIL	CUALITATIVA	NOMINAL	1.CASADA 2.SOLTERA 3.DIVORCIADA 4.UNION LIBRE
ESCOLARIDAD	CUALITATIVA	NOMINAL	1.SECUNDARIA 2.PREPARATORIA 3.LICENCIATURA
GESTAS	CUANTITATIVA	CONTINUA	NUMERO CONSECUTIVO
PUERPERIO	CUALITATIVA	NOMINAL	1.NORMAL 2.QUIRURGICO
FAMILIA	CUALITATIVA	NOMINAL	1.NUCLEAR 2.EXTENSA 3.COMPUESTA
DEPRESION	CUALITATIVA	NOMINAL	1.CON DEPRESION 2.SIN DEPRESION
CALIDAD DE VIDA	CUALITATIVA	NOMINAL	1.SI 2.NO
EDAD	CUANTITATIVA	CONTINUA	NUMERO CONSECUTIVO

2.8. DISEÑO ESTADISTICO

El propósito estadístico de la investigación fue identificar la frecuencia de depresión posparto y su relación con la calidad de vida en puérperas adscritas al Hospital Materno Infantil ISSEMYM durante el periodo julio-septiembre del año 2009.

2.9. METODO DE RECOLECCION DE LOS DATOS:

Previa explicación a los familiares y a las pacientes puérperas, adscritas al HMI del ISSEMYM, Toluca y con la autorización de las mismos a través de la carta de consentimiento informado, se llevará a cabo la aplicación del Test de Edimburgo, mediante entrevista directa con la paciente y la aplicación del cuestionario de salud SF-36 para medir la calidad de vida.

Los cuestionarios serán aplicados durante el período de hospitalización posterior al evento obstétrico, acudiendo al servicio de ginecología y obstetricia. El período de aplicación de los cuestionarios será de julio de 2009 a septiembre de 2009.

Los cuestionarios serán aplicados de manera personal por el investigador.

En el siguiente cuadro se observan las secciones del instrumento, su nombre y el número de variables que lo componen:

SECCION	NOMBRE	No. DE VARIABLES
SECCION 1	FOLIO Y CONSENTIMIENTO INFORMADO	1
SECCION 2	FICHA DE IDENTIFICACION	6
SECCION 3	ESCALA DE DEPRESION POSPARTO DE EDIMBURGO	10
SECCION 4	CUESTIONARIO DE SALUD SF36	36

2.10. Análisis Estadístico

Se utilizará el paquete estadístico SPSS versión 15 en español, en el cual se obtendrán medidas de tendencia central (media, moda, mediana, etc.), dispersión y frecuencias simples.

2.11. RECURSOS HUMANOS, MATERIALES FISICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO

Participaron en este estudio el investigador y puérperas que aceptaron participar. Materiales de oficina de uso general como, hojas blancas, plumas, lápices, borradores, computadora personal, y memorias USB.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

El cronograma se observa en el anexo 1

2.12. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se llevará a cabo la presente investigación de acuerdo a los principios acordados sobre las investigaciones en seres humanos en la declaración de Helsinki y sus modificaciones posteriores, así como de acuerdo a la Ley General de Salud de México.

De acuerdo a esta en su artículo 17 el presente estudio entra en la categoría I, investigación sin riesgos, ya que es un estudio que emplea métodos y técnicas de investigación documental y no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio.

El estudio se llevo a cabo previa autorización del comité de ética de Hospital Materno Infantil del ISSEMyM en la Ciudad de Toluca a través del Comité de Educación e Investigación del Instituto.

3. RESULTADOS

3.1 Edad

En lo referente a la edad, el rango de edad fue de los 15 hasta los 43 años.

3.2 Estado civil

En lo referente al estado civil, los resultados se muestran en el cuadro 1.

Cuadro 1. Estado civil de las pacientes puerperas adscritas al Hospital Materno Infantil Toluca durante el periodo julio a septiembre del 2009.

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Casada	88	62%
Soltera	23	16%
Divorciada	9	6%
Union libre	21	14%

Fuente. Pacientes encuestadas
n.141

3.3 Escolaridad

En lo referente a la escolaridad, el 44% (62) de las pacientes cuentan con un nivel de bachillerato, 40% (57) con un nivel de licenciatura y el 15% (22) restante unicamente cuenta con la secundaria.

3.4 Numero de gestas

Con relacion al número de gestas, los resultados se muestran el cuadro 1.

Cuadro 2. Numero de gesta de las pacientes puerperas adscritas al Hospital Materno Infantil Toluca durante el periodo julio a septiembre del 2009.

Numero de gesta	Frecuencia	Porcentaje
Una	33	23%
Dos	61	43%
Tres	40	28%
Cuatro	6	4%
Cinco	1	7%

Fuente: Pacientes encuestadas
n: 141

3.5 Tipo de familia

En relacion al tipo de familia de las pacientes, los resultados se muestran el cuadro 3.

Cuadro 3. Tipo de familia de las pacientes puerperas adscritas al Hospital Materno Infantil Toluca durante el periodo julio a septiembre del 2009.

Tipo de familia	Frecuencia	Porcentaje
Nuclear	69	48
Extensa	69	48
Extensa compuesta	3	2

Fuente: Pacientes encuestadas
n: 141

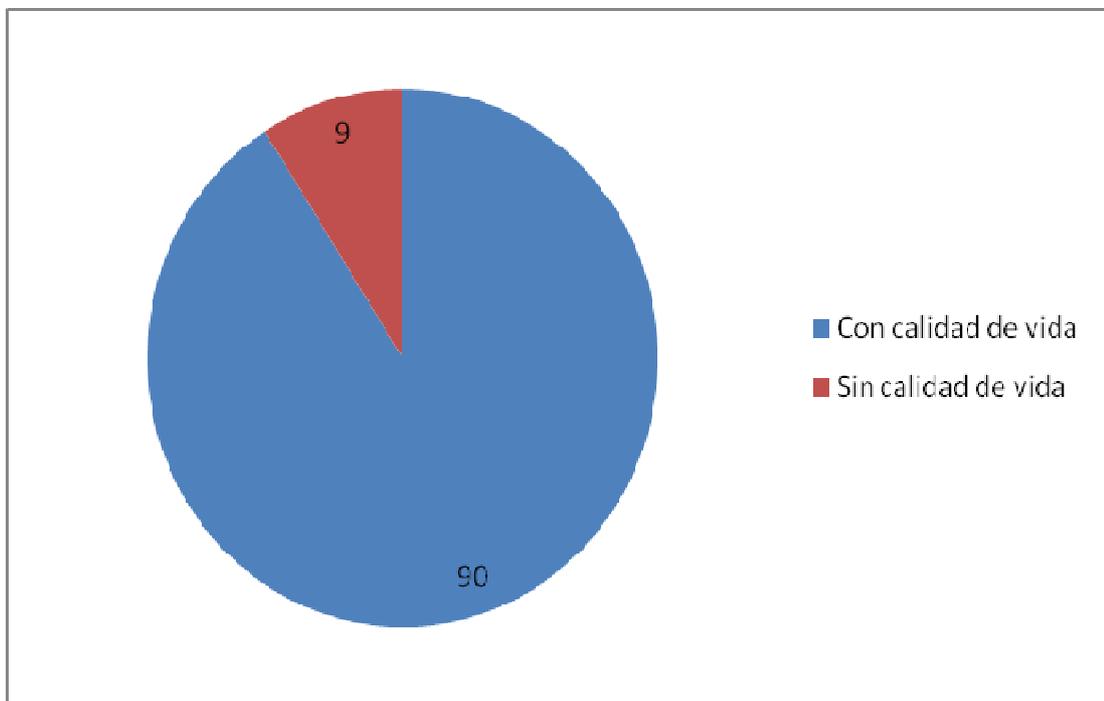
3.6 Tipo de puerperio

En lo referente al tipo de puerperio 86 pacientes cursaron con un puerperio fisiológico y 55 con un puerperio quirúrgico.

3.7 Calidad de vida

En lo referente a la percepción de la calidad de vida por parte de las pacientes, los resultados se esquematizan en el grafico 1.

Grafica 1, Calidad de vida de las pacientes puerperas adscritas al Hospital Materno Infantil Toluca durante el periodo julio a septiembre del 2009.

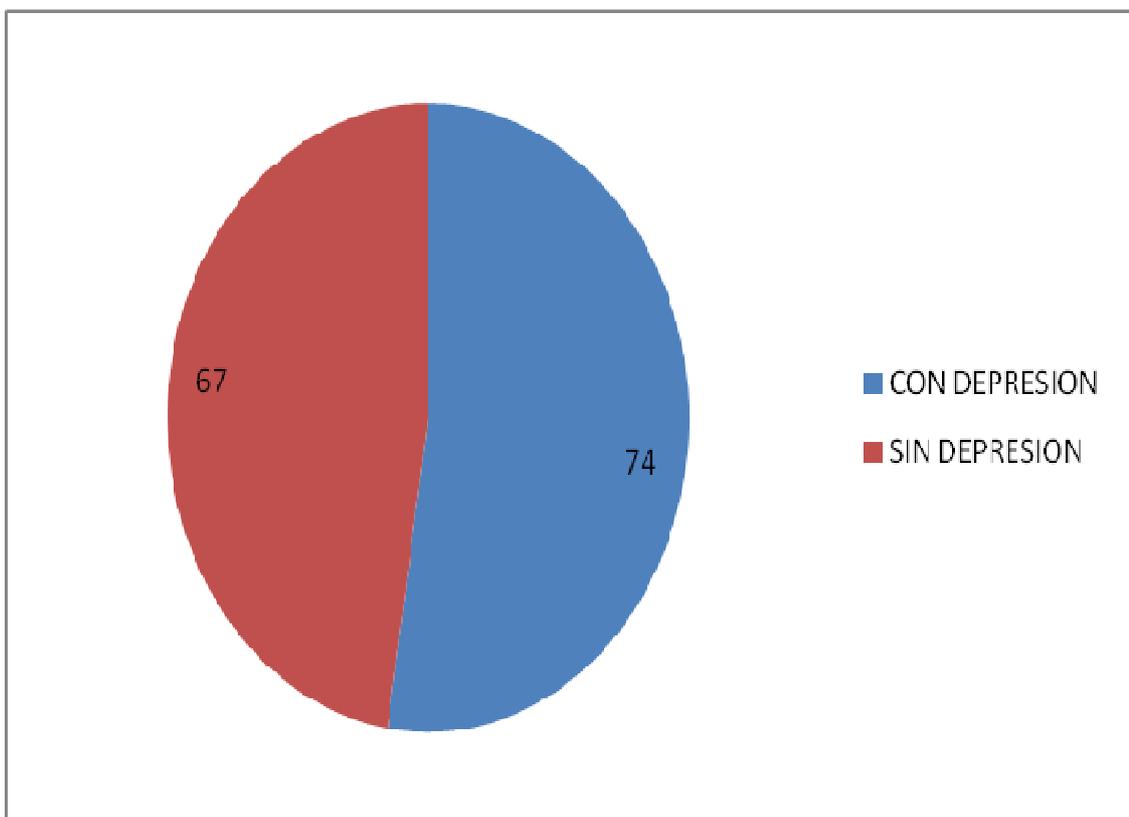


Fuente; Pacientes encuestados n. 141

3.8 Depresión postparto

En lo referente a la presencia de depresión postparto los resultados se muestran en el gráfico 2.

Grafica 2. Presencia de depresión postparto en las pacientes puerperas adscritas al Hospital Materno Infantil Toluca durante el periodo julio a septiembre del 2009.



Posteriormente se procedieron a hacer algunos cruces de variables, los cuales muestran lo siguiente:

3.9 Numero de gestas y depresion posparto

Los resultados se muestran en el cuadro 4.

Cuadro 4. Numero de gestas y su relacion con la presencia de depresion posparto de las pacientes puerperas adscritas al Hospital Materno Infantil Toluca durante el periodo julio a septiembre del 2009.

Numero de gestas	Con depresion postparto	Sin depresion postparto
1	17	16
2	32	29
3	21	19
4	4	2
5	0	1

Fuente; Pacientes encuestados n. 141

3.10 Edad y depresión postparto.

Los resultados se muestran en el cuadro 5.

Cuadro 5. Edad y su relacion con la presencia de depresion postparto en las pacientes puérperas adscritas al Hospital Materno Infantil Toluca durante el periodo julio a septiembre del 2009.

Edad	Con depresion postparto	Sin depresion postparto
15	1	0
17	1	1
18	0	2
19	1	1
20	1	1
21	2	2
22	2	0
23	3	0
24	5	6
25	7	10
26	10	5
27	8	5
28	2	4
29	6	7
30	5	4
31	4	5
32	4	4
33	1	2
34	2	1
35	3	1
36	0	4
37	0	1
38	2	1
40	3	0
43	1	0

Fuente; Pacientes encuestados n. 141

3.11 La calidad de vida y la depresión posparto.

Los resultados se muestran en el cuadro 6.

Cuadro 6. La calidad de vida y la depresión posparto arroja los siguientes datos:

Calidad de vida	Con depresion postparto	Sin depresion postparto
Con calidad de vida	61	66
Sin calidad de vida	13	1

Fuente; Pacientes encuestados n. 141

4. DISCUSION

Después de realizar el estudio observacional a través de los instrumentos enlistados, dado el cuestionario de Edimburgo para medir la intensidad del humor depresivo en puérperas, así como el cuestionario SF-36 para evaluar la calidad de vida y la ficha de identificación para obtener las respuestas a las variables dadas en donde se considera la probabilidad de que el evento ocurra del 50% , se realizaron la totalidad de actividades planteadas y se logro compilar el total de cuestionarios contestados correctamente como la muestra lo indica siendo un total de 141.

Al identificar la escolaridad de las pacientes con depresión posparto adscritas al Hospital Materno Infantil ISSEMYM (HMII) en Toluca, México se encontró que de las pacientes en estudio 22 tenían secundaria, de las cuales 16 presentan tendencia hacia la depresión y 6 sin depresión, en preparatoria tenemos 62, 27 con depresión y 35 sin depresión y en licenciatura un total de 57, que al realizar el análisis da como resultado 31 con depresión y 26 sin depresión, concluimos que se deprimen mas las de licenciatura.

Del total de la muestra el 71.7 se encuentra en la categoría de las pacientes que cursan por su segunda y tercera gesta, mientras el 28.3 restante se divide en: 23.4 % en la primera gesta y las gestas 4 y 5 con 4.3% y 0.7 % respectivamente.

Las 3 medidas de tendencia central media, mediana y moda se encuentran en un mismo dato que en este caso es el de 2 gestas.

Por lo que se identifica que la tendencia hacia la intensidad del humor depresivo en puérperas es más frecuente en pacientes con gestas 2 y 3.

La mayoría de la muestra se encuentra en el rango de edad de 24 a 27 años con un 37.7 % y las menos frecuentes presentando un solo caso son las edades de los extremos superior e inferior del cuadro con edad de 15 y 43 años respectivamente.

En cuanto al análisis estadístico de las medidas de tendencia central la moda es de 25, la media se encuentra en 27.94 y la mediana en 27 años.

Se identifica que la edad más frecuente de depresión posparto es a los 26 años debido a que del total de las pacientes en esta edad que son 15, 10 califican para predisposición a depresión posparto dando un porcentaje dentro de este rango de edad del 66.66, el dato que continua en la escala es el de 27 años con un total de 13 pacientes, de las cuales 8 presentan tendencia hacia la depresión con un porcentaje del 61.53 y la tercera es de 25 años con un total de 17 y un índice de 7 con inclinación hacia la depresión que representa un 41.17% en esta categoría, lo anterior da como resultado que estos tres grupos de edad reflejan un 33.78 % de pacientes con posibilidad de presentar depresión posparto, siendo el hallazgo más significativo.

El 97.9% se encuentra en una familia nuclear o compuesta dividida exactamente a la mitad y el 2.1 restante está incluída en una familia extensa.

El enfoque para examinar a la familia se apoya más en las relaciones interpersonales que en los individuos aislados, en consecuencia al realizar el análisis de la Tipología familiar de las puérperas se tomo en cuenta su composición y desarrollo, de acuerdo a la clasificación de esta variable encontrando que: hay 69 pacientes con Familia Nuclear (48%), con Familia extensa 69 (48%) y con Familia extensa compuesta 3 (2.1%), sin embargo al relacionar esta variable con la variable de depresión, se identifico que el porcentaje de tendencia hacia la depresión es más probable en puérperas de familias compuestas, lo que llama la atención y se valora que influyen los problemas con la familia del esposo, padres o bien por no tener la privacidad de un hogar nuclear y la falta de redes de apoyo.

Cabe hacer mención que la familia como un microsistema responsable de la salud o enfermedad y lo que ocurre en el interior de la familia afecta en la enfermedad del paciente, por lo que la respuesta de la familia ante la enfermedad influye en su curso y el médico familiar debe tener en cuenta los cambios naturales de la familia, su ciclo vital, dinámica, patrones de difusión familiar para lograr un estudio integral de la salud.

El estudio proyecta que la mayoría de las pacientes se encuentran casadas con un total de 62.4% mientras el 37.6 restante se encuentra distribuido de la siguiente manera 16.3% solteras, 6.4% divorciadas y 14.9% en unión libre.

Se identificó que al relacionarlo con depresión posparto esta se presenta más en pacientes casadas con un total de 41 casos que representa el 46.59% en esta categoría y un porcentaje de 29.07 del total del estudio.

En este sentido, el concepto puede ser utilizado para una serie de propósitos, incluyendo la evaluación de las necesidades de las personas y sus niveles de satisfacción, la evaluación de los resultados de este estudio en lo que respecta a esta variable, medida con el instrumento del cuestionario SF-36 nos muestra que la gran mayoría de las encuestadas tiene un nivel óptimo con un porcentaje de 90.1%, con un total de 127 púerperas de las cuales 61 pueden presentar las características de depresión posparto que en iguales circunstancias continuarían teniendo calidad de vida y de las 14 restantes 13 estarían en situación depresiva y sin tener opción de contar con una adecuada calidad de vida; así mismo 74 podrían presentar depresión posparto y 67 no presentarían este diagnóstico.

La depresión posparto conlleva consecuencias negativas para las propias mujeres que ven deteriorado su nivel de salud, calidad de vida y relaciones personales.

La importancia de esta medición permite destacar el estado funcional de las pacientes que refleja su salud física, mental y social. Otro aspecto de interés es que se identificó y se pudo medir la variable que en otros estudios podría reflejar una expresión de tipo subjetivo y en esta tesis se logró obtener un valor cuantitativo que representa su estado de salud dando valores nominales y estadísticos.

En el estudio, el 61% de las pacientes se encontró cursando un puerperio normal mientras que el 39% restante atravesó por un evento quirúrgico.

El puerperio constituye una época de alto riesgo para presentar trastornos afectivos como la depresión posparto; ésta puede ser considerada como una respuesta psicológica y física compleja a las demandas de la vida diaria de muchas mujeres por lo que se identifica que los hallazgos encontrados son una consecuencia lógica de lo anterior ya que del total de las puérperas en estudio las más tendientes a presentar depresión son aquellas que fueron sometidas a un evento quirúrgico con un porcentaje del 58.18 del total de casos que son 55, en tanto que las que tuvieron un parto normal al transitar por el puerperio solo presentaron 42 casos del total de 86.

4.1. Comparativo con otros estudios.

Al comparar el estudio realizado con otros similares en la bibliografía existente se encontró que con respecto del Estudio de la Depresión Postparto en Madres Españolas: Detección, Incidencia y Factores Asociados en las variables relacionadas del estudio en comento se confrontó la edad media del estudio que en el presente se encontró en 27.94 en tanto que el en España es de 30.48 años, en lo que se refiere a su estado civil en nuestra tesis se refleja un porcentaje de 62.4 mujeres casadas y 14.9 están en unión libre dando un total del 77.3 % comparado con el estudio español que expresa que el 99.1% estaban casadas o mantenían una relación de pareja estable⁴⁹.

Con respecto a la paridad, el estudio arroja el mayor porcentaje en la 2da. y 3ra. gesta con un total de 71.7% siendo el de mayor incidencia mientras que en España la mayor incidencia se encuentra en primíparas con un 58.7%⁴⁹.

Con lo que respecta a la incidencia de tendencia hacia la depresión en los resultados obtenidos se observa un porcentaje del 52.5% en tanto que la prevalencia mostrada por los resultados del trabajo español es únicamente del 10.15%, lo que comparativamente resulta de importancia ya que hay un índice mucho menor; aunque se puede deber a una indiferencia en el diagnóstico clínico⁴⁹.

5. CONCLUSIONES

Se dara a conocer a los directivos y personal médico de la institución a través del comité de enseñanza e investigación los hallazgos del presente trabajo de investigación para adoptar las medidas pertinentes que permitan frenar la incidencia de estos casos y dar seguimiento a los presentados en la morbilidad del ISSEMYM a fin de homologar el procedimiento y la guía clínico-terapéutica que permita eficientar la detección y el tratamiento de las pacientes con depresión posparto.

Se concluye que los fundamentos con los que se inicio el presente trabajo de investigación fueron los adecuados debido a que el tamaño de la muestra refleja la realidad encontrada, además de que se consideró un nivel de probabilidad de que el evento ocurriera de un 50% que al concluir la tesis arrojó un 52.5%.

Se recomienda que de acuerdo a los resultados encontrados en donde la probabilidad de que las mujeres que cursan la etapa de posparto puedan presentar depresión es de un 52.5% se realice un seguimiento adecuado durante esta etapa y más aún que se contemple la posibilidad de que el médico familiar durante el embarazo pueda dar las orientaciones necesarias considerando sus datos clínicos, su tipología familiar y su estado general de salud para evitar esta situación y en su caso, tener las herramientas para poder dar un diagnostico y tratamiento oportuno refiriendo a la paciente en forma adecuada, ya que la institución cuenta con los medios y el cuerpo médico interdisciplinario para poder garantizar a la paciente y su familia una optima calidad de vida.

Se concluye y se menciona en la bibliografía que las pacientes en estudio que presentan tendencia a la depresión posparto, están condicionadas por factores como la baja autoestima, falta de redes de apoyo a la paciente en su tipología familiar, personalidad inmadura de acuerdo a su edad y escolaridad así como sentimiento de incompetencia para realizarse como madre por la falta de orientación y experiencia.

Todas las condicionantes anteriores afectan la percepción de ellas sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y familiar, de igual manera repercute en su salud física, su estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales y la relación con las características sobresalientes de su entorno que consecuentemente modifican su nivel de calidad de vida por lo que resulta necesario de manera invariable que el médico familiar pueda diagnosticarlas y proveerlas de tratamiento, la dirección y guía en la provisión de estos servicios y la formulación de políticas que le permitan poder aspirar a mejorar sus condiciones de vida.

6. REFERENCIAS

- 1.- Peralta M.L., Mercado E, Cruz A. (2006, Diciembre 15). Prevalencia de depresión y factores de riesgo en mujeres atendidas en Medicina Familiar. Revista Medica Instituto Mexicano Seguro Social. 44 (5): 409-414.
- 2.- Acuña M, (2004, Diciembre) Actualización Depresión Postparto. Revista Evidencia en Atención Primaria Unidad de Medicina Familiar y Preventiva. Hospital Italiano de Buenos Aires. 5 (6): 180-183.
- 3.- Maroto G, García M, Fernández A, (2005, Mayo) Evaluación del Estado de Animo en el Puerperio con la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo. International Journal of clinical and Health Psychology .Asociación Española de Psicología Conductual. Granada España. 002 (5): 305-318.
- 4.- Latorre J, Contreras L, Herran O. (2005 Julio). La depresión postparto en madres adolescentes de Bucaramanga Colombia. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 37(6):332-338.
- 5.- Ascaso C, García Esteve L, Navarro P, Aguado J, Ojuela J. y Tarragona M.J, (2003, mayo). 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. Unidad de Sicopatología Perinatal. Instituto Clínico de Psiquiatría, Psicología. Barcelona. España 120(9):326-9
- 6.- Zaconeta A, Casulari M, L, Franca P, (2004), depresión postparto: prevalencia de test de rastreo positivo en puérperas del hospital universitario de brasilia, Revista Chilena de Ginecologia y Obstetricia, 69(3): 209-213.
- 7.- Rojas C, Fritsch M, Solís G, González A, Guajardo T, Araya B, (2006, Noviembre), Calidad de vida de mujeres deprimidas en el posparto. Revista Médica de Chile. (134): 713-720.

- 8.- Lara M, Navarro C, Navarrete L, Cabrera A, Almanza J, Morales F, Juárez F, (Agosto,2006), Síntomas depresivos en el embarazo y factores asociados en pacientes de tres instituciones de salud de la ciudad de México, Salud Mental, instituto nacional de psiquiatría ramón de la fuente, distrito federal, México, 004(29): 55-62.
- 9.- Romero E, Lodo N, Blázquez M, Casillas M, Zamarriego M, Fernández N, (Septiembre 1999), Depresión posparto en el Área de Salud de Toledo, Atención Primaria, Publicación Oficial de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, 4(24): 215-219.
- 10.- Hiltunen P. (Junio, 2003), Maternal Postnatal Depression, Causes and Consequences, Academic Dissertation to be presented with the assent of the Faculty of Medicine, University of Oulu, for public discussion in the Auditorium of the Department of Paediatrics, Oulolu Finland, 4(12): 0-75.
- 11.- Chaaya M, Campbell O, Kak F, Shaar D, Harb H, (Mayo 2006), Postpartum depression: prevalence and determinants in Lebanon. Arch Womens Ment Health. 5 (2): 65–72.
- 12.- Dwenda K, Gjerdingen M, Barbara P, (June 2007) Postpartum Depression Screening: Importance, Methods, Barriers, and Recommendations for Practice. JABFM 3 (20):280 –288.
- 13.- Arbat A, Danes I, (Agosto 2003), Depresión posparto, Clinica. Hospital Universitari Vall d´ Hebron, Barcelona España , 121(17): 673-675.
- 14.- Lartigue T, Casanova G, Ortiz J, Aranda C, (Septiembre 2006), Indicadores de Malestar Emocional y Depresión en Mujeres Embarazadas con ITS-VIH/sida. Perinatol Reprod Hum. 18(2):73 -90.

15. - Watt S, Sword W, Krueger P, Sheehan D, (April 2002), A cross-sectional study of early identification of postpartum depression: Implications for primary care providers from The Ontario Mother & Infant Survey. BMC Family Practice. 3(5): 1-7.
- 16.- Gerda J, Verkerk P, Denollet J, Guus I, Heck V, Marten J, (June 2005), Personality Factors as Determinants of Depression in Postpartum Women: A Prospective 1-Year Follow-up Study, American Psychosomatic Society. 4 (67):632–637.
- 17.-Cox J, Holden J, Sagovsky R, (Junio 1987), Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgo, British Journal of Psychiatry [Revista Británica de Psiquiatría]. (150): 1-7.
- 18.-Deirdre R, Murphy J, Peters T, (Septiembre 2007), Operative delivery and postnatal depression: a cohort study. BMJ. This article cites 15 articles. 1-4.
- 19.- Cindy D, (September 2007), Psychosocial and psychological interventions for prevention of postnatal depression: BMJ . 15 (331): 1-8
- 20.- Gaynes B, Gavin N, Meltzer S, Lohr K, Swinson T, Gartlehner G, (February 2005), Perinatal Depression: Prevalence, Screening Accuracy, and Screening Outcomes. Evidence Report/Technology Assessment. University of North of Carolina 05(2): 3-99.
- 21.- Orejarena J, (Julio 2004), Trastornos afectivos posparto MedUNAB; 20(7):134-9.
- 22.- Cosme A, Sifuentes A, Salas M, Martínez S, (Noviembre 2006), Validation of the Edinburgh postpartum depression scale in a population of puerperal women in Mexico, Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health, 33(2):1-5.

23.- Howard L, Hoffbrand S, Henshaw C, Boath L, Antidepresivos para la prevención de la depresión postparto (Revisión Cochrane traducida La Biblioteca Cochrane Plus, 3, 2007.

24.- Espíndola J, Morales F, Mota C, Díaz E, Meza P, Rodríguez L, (Septiembre 2004), calibración del punto de corte para la escala de depresión perinatal de edinburgh, en pacientes obstétricas del instituto nacional de perinatología. Perinatol Reprod Hum 18(3):179-186.

25.- Machado F, García T, Moya N, Bernabé S, Cerdá D, (septiembre 2004) Depresión puerperal. Factores relacionados Publicación Oficial de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. 4(20): 161-166.

26.- Fernández C, Ahued A, J.C, (Octubre 2002), Ginecología y Obstetricia Aplicada; Manual Moderno. Pago. 78-80.

27.- Diccionario de Real Academia Española, (1992, Madrid), 22Ed, (2): 56-65.

28.- Morris R, Comerford M. Berstein P. (enero-junio del 2004) sondeo de la depresión posparto en una zona urbana. Revista medica de la universidad veracruzana 4Ed, (1).

29.- Pérez V, Sáez C, Alarcón Barra L, y Cols. (Septiembre 2007), Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela. Variables Posiblemente Asociadas a Depresión Posparto Según Escala Edimburgo. 67, (3).

30.-Irigoyen C. (2006) Medicina Familiar Mexicana, Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar. 3Ed.

31.-Definición de Calidad de Vida disponible en URL en http://www.med-estetica.com/Cientifica/Diccionario_Tecnico/index.html

- 32.- Borthwick-Duffy, S.A. (1992). Quality of life, (pag.52). Berlin: Springer-Verlag.
33. - Schalock, R. (1996). Quality of Life. Vol. II. M. Snell, & L. Vogtle.
- 34.- Calero J. Del Rey, Alegre E. El tratamiento y la calidad de vida. En Calero J. Del Rey, Herruzo R, Rodríguez F, editores. Fundamentos de Epidemiología Clínica. Madrid: Síntesis. p. 153:166
- 35.- Badia Xavier, García A F. La medición de la calidad de vida relacionada con la salud y las preferencias en estudios de investigación de resultados en salud. En: La Investigación de Resultados en Salud. Barcelona: Edimac; 2000. 61:78.
- 37.- Badia X, Carné X. La evaluación de la calidad de vida en el contexto del ensayo clínico. Med Clinic (Bar)1998; 110 (14): 550:556.
- 38.- Grau J. En: Calidad de vida y salud: problemas actuales en su investigación. II Jornada de actualización en psicología de la salud.-ASOCOPSIS-Seccional Valle del Cauca, Agosto de 1998 [citado en Internet, enero 2002] www.geocities.com/alapsacol/art02.html.
- 39.- San Martín H. Tratado General de la Salud en las Sociedades Humanas. Prensa Médica Mexicana. Tomo I. Méjico 1992
- 40.- Sen A. La perspectiva de la libertad. En: Desarrollo y Libertad. Santafé de Bogotá: Planeta; 2000. p. 29:53.
- 41.- Badia X, Salamero M, Alonso J. La Medida de Salud. 2ed. Edimac. Barcelona 199 9.

- 42.- Definición de puerperio disponible en URL en <http://autorneto.com/referencia/salud-y-bienestar/puerperio/>
- 43.- Definición de puerpera disponible en URL en http://www.portalesmedicos.com/diccionario_medico/index.php/Puerperio
- 44.- Posibles complicaciones puerperales disponible en URL en http://www.portalesmedicos.com/diccionario_medico/index.php/Puerperio
<http://www.scribd.com/doc/183613/LA-MUJER-EN-EL-PUERPERIO>
- 45.- Guyatt G, Veldhuyzen SJ, Feeny D, Patrick D.L. Measuring quality of life in clinical Trials: a taxonomy and review. Can Med Assoc J 1989; 140; (12)1441:1448.
- 46.- 16. López- García E, Banegas JR, Graciani Pérez A, Gutiérrez-Fisac JL, Alonso J, Rodríguez –Artalejo F. Valores de referencia de la versión española del cuestionario de salud SF-36
- 47.- 15. Ayuso-Mateos JL, Lasa L, Vázquez-Barquero JL. Validez interna y externa de la versión española del SF-36. Med Clin (Barc) 1999;113:37-8. 36 en población adulta de más de 60 años. Med Clin (Barc) 2003;120(15):568-73.
- 48.- 9. Spitzer WO, Dobson AJ, Hall J, Chesterman E, Levi J, Shepherd R, Battista RN, Catchlove BR, Measuring the quality of life of cancer patients: a concise QL-index for use by physicians. J.Chronic Dis 1981; (34); 585:597.
- 49.- Estudio de la Depresión Postparto en Madres Españolas: Detección, Incidencia y Factores Asociados disponible en URL en http://www.inmujer.migualdad.es/mujer/mujeres/estud_inves/2000/471p.pdf

7. ANEXOS:

1) INSTRUMENTO DE LA DEPRESION POSPARTO

Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgh [EPDS, por sus siglas en inglés] Obtenido de la British Journal of Psychiatry [Revista Británica de Psiquiatría] Junio de 1987, Volumen 150 por J.L. Cox, J.M. Holden, R. Sagovsky

La Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgh se creó para asistir a los profesionales de la atención primaria de salud en la detección de las madres que padecen de depresión de post-parto; una afección alarmante más prolongada que la “Melancolía de la Maternidad” [“Blues” en inglés] (lo cual ocurre durante la primera semana después del parto) pero que es menos grave que la psicosis del puerperio. Estudios previos demostraron que la depresión de post-parto afecta por lo menos a un 10% de las mujeres y que muchas de las madres deprimidas se quedan sin tratamiento. Estas madres logran sobrellevar la carga de su bebé y las tareas de la casa, pero su placer por la vida se ve gravemente afectado y puede que toda la familia sufra consecuencias a largo plazo. La EPDS se creó en centros de salud en Livingston y Edinburgh. Consiste de diez cortas declaraciones. La madre escoge cuál de las cuatro posibles respuestas es la que más se asemeja a la manera en la que se sintió durante la semana anterior. La mayoría de las madres pueden contestar la escala sin dificultad en menos de 5 minutos. El estudio de validación demostró que las madres que obtienen resultados por encima del umbral del 92.3% es más probable que padezcan de alguna enfermedad depresiva de diferentes niveles de gravedad. No obstante, no se le debe dar más importancia a los resultados de la EPDS que al juicio clínico. Se debe realizar una evaluación clínica prudente para confirmar el diagnóstico. La escala indica la manera en que la madre se sintió durante la semana anterior y en casos dudosos, podría ser útil repetirla después de 2 semanas. La escala no detecta las madres con neurosis de ansiedad, fobias o trastornos de la personalidad.

Instrucciones de uso:

1. Se le pide a la madre que escoja la respuesta que más se asemeje a la manera en que se sintió en los 7 días anteriores.
2. Tienen que responder las diez preguntas.
3. Se debe tener cuidado y evitar la posibilidad de que la madre hable sobre sus respuestas con otras personas.
4. La madre debe responder la escala ella misma, a no ser que sus conocimientos del inglés sean limitados o que tenga problemas para leer.
5. La EPDS se puede usar entre las 6 y 8 semanas para evaluar a las mujeres en la etapa de post-parto. La clínica de pediatría, la cita de control de post-parto o una visita al hogar pueden ser oportunidades convenientes para realizarla.

Pautas para la evaluación:

A las categorías de las respuestas se les dan puntos de 0, 1, 2 y 3 según el aumento de la gravedad del síntoma. Los puntos para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 se anotan en orden inverso (por ejemplo, 3, 2, 1, 0) Se suman todos los

puntos para dar la puntuación total. Una puntuación de 10+ muestra la probabilidad de una depresión, pero no su gravedad. Cualquier número que se escoja que no sea el "0" para la pregunta número 10, significa que es necesario hacer evaluaciones adicionales inmediatamente. La puntuación de la EPDS está diseñada para asistir al juicio clínico, no para reemplazarlo. Se les harán evaluaciones adicionales a las mujeres antes de decidir el tipo de tratamiento. Los usuarios pueden reproducir esta escala sin necesidad de obtener permisos adicionales siempre y cuando respeten los derechos de autor y citen los nombres de los autores, el título y la fuente del artículo en todas las copias que reproduzcan.

Taken from the British Journal of Psychiatry

June, 1987, Vol. 150 by J.L. Cox, J.M. Holden, R. Sagovsky 1/07

Cuestionario Sobre Depresión Postnatal Edimburgo (EPDS)

Nombre: _____

Dirección: _____

Su fecha de Nacimiento: _____

Fecha de Nacimiento del Bebé: _____ Teléfono: _____

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

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

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

Tanto como siempre

No tanto ahora

Mucho menos

No, no he podido

2. He mirado el futuro con placer

Tanto como siempre

Algo menos de lo que solía hacer

Definitivamente menos

No, nada

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

Sí, la mayoría de las veces

Sí, algunas veces

No muy a menudo

No, nunca

4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo

No, para nada

Casi nada

Sí, a veces

Sí, a menudo

5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno

Sí, bastante

Sí, a veces

No, no mucho

No, nada

6. Las cosas me oprimen o agobian

Sí, la mayor parte de las veces

Sí, a veces

No, casi nunca

No, nada

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

Sí, la mayoría de las veces

Sí, a veces

No muy a menudo

No, nada

8. Me he sentido triste y desgraciada

Sí, casi siempre

Sí, bastante a menudo

No muy a menudo

No, nada

9. He sido tan infeliz que he estado llorando

Sí, casi siempre

Sí, bastante a menudo

Sólo en ocasiones

No, nunca

10. He pensado en hacerme daño a mí misma

Sí, bastante a menudo

A veces

Casi nunca

No, nunca

Los usuarios pueden reproducir el cuestionario sin permiso adicional proveyendo que se respeten los derechos reservados y se mencionen los nombres de los autores, título y la fuente del documento en todas las reproducciones.

2) CUESTIONARIO DE SALUD SF-36 VERSIÓN ESPAÑOLA 1.4 (junio de 1999)

INSTRUCCIONES:

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales.

Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

Copyright © 1995 Medical Outcomes Trust All rights reserved. (Versión 1.4, Junio 1.999) Correspondencia:

Dr. Jordi Alonso

Unidad de Investigación en Servicios Sanitarios

I.M.I.M.

Doctor Aiguader, 80

E- 08003 Barcelona, España

MARQUE UNA SOLA RESPUESTA

1. En general, usted diría que su salud es:

1 Excelente

2 Muy buena

3 Buena

4 Regular

5 Mala

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

1 Mucho mejor ahora que hace un año

2 Algo mejor ahora que hace un año

3 Más o menos igual que hace un año

4 Algo peor ahora que hace un año

5 Mucho peor ahora que hace un año

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer **esfuerzos intensos**, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

1 Sí, me limita mucho

2 Sí, me limita un poco

3 No, no me limita nada

4. Su salud actual, ¿le limita para hacer **esfuerzos moderados**, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

1 Sí, me limita mucho

2 Sí, me limita un poco

3 No, no me limita nada

5. Su salud actual, ¿le limita para **coger o llevar la bolsa de la compra**?

1 Sí, me limita mucho

2 Sí, me limita un poco

3 No, no me limita nada

6. Su salud actual, ¿le limita para **subir varios pisos** por la escalera?
- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada
7. Su salud actual, ¿le limita para **subir un solo piso** por la escalera?
- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada
8. Su salud actual, ¿le limita para **agacharse o arrodillarse**?
- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada
9. Su salud actual, ¿le limita para caminar **un kilómetro o más**?
- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada
10. Su salud actual, ¿le limita para caminar **varias manzanas** (varios centenares de metros)?
- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada
11. Su salud actual, ¿le limita para caminar **una sola manzana** (unos 100 metros)?
- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada
12. Su salud actual, ¿le limita para **bañarse o vestirse por sí mismo**?
- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que **reducir el tiempo** dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?
- 1 Sí
- 2 No
14. Durante las 4 últimas semanas, ¿**hizo menos** de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?
- 1 Sí
- 2 No
15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que **dejar de hacer algunas tareas** en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?
- 1 Sí
- 2 No

16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo **dificultad** para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

1 Sí

2 No

17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que **reducir el tiempo** dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 Sí

2 No

18. Durante las 4 últimas semanas, ¿**hizo menos** de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 Sí

2 No

19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan **cuidadosamente** como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 Sí

2 No

20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

1 Nada

2 Un poco

3 Regular

4 Bastante

5 Mucho

21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

1 No, ninguno

2 Sí, muy poco

3 Sí, un poco

4 Sí, moderado

5 Sí, mucho

6 Sí, muchísimo

22. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

1 Nada

2 Un poco

3 Regular

4 Bastante

5 Mucho

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS. EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez

6 Nunca

29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?

1 Siempre

2 Casi siempre

3 Muchas veces

4 Algunas veces

5 Sólo alguna vez

6 Nunca

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?

1 Siempre

2 Casi siempre

3 Muchas veces

4 Algunas veces

5 Sólo alguna vez

6 Nunca

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?

1 Siempre

2 Casi siempre

3 Muchas veces

4 Algunas veces

5 Sólo alguna vez

6 Nunca

32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

1 Siempre

2 Casi siempre

3 Algunas veces

4 Sólo alguna vez

5 Nunca

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

1 Totalmente cierta

2 Bastante cierta

3 No lo sé

4 Bastante falsa

5 Totalmente falsa

34. Estoy tan sano como cualquiera.

1 Totalmente cierta

2 Bastante cierta

3 No lo sé

4 Bastante falsa

5 Totalmente falsa

35. Creo que mi salud va a empeorar.

1 Totalmente cierta

2 Bastante cierta

3 No lo sé

4 Bastante falsa

5 Totalmente falsa

36. Mi salud es excelente.

1 Totalmente cierta

2 Bastante cierta

3 No lo sé

4 Bastante falsa

5 Totalmente falsa

4) CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Etapa de planeación	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
Etapa de planeación del proyecto	x	X										
Marco teórico		x	X									
Material y métodos			x	X								
Registro y autorización del proyecto				x								
Etapa de ejecución del proyecto					x	x						
Recolección de datos							x	x	x			
Almacenamiento de datos										X		
Análisis de datos										X		
Descripción de los resultados										x		
Discusión de los resultados										x		
Conclusiones del estudio										x		
Integración y revisión final										x		
Reporte final										x		
Autorizaciones											x	
Impresión del trabajo final											x	
Solicitud de examen de tesis												x