



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR #48
CD. JUÁREZ CHIHUAHUA



“DEPRESIÓN POSPARTO Y SU IMPACTO EN EL NÚCLEO FAMILIAR EN MUJERES DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 6 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN CD. JUÁREZ CHIHUAHUA EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL PRIMERO DE ENERO Y EL 31 DE JULIO DEL AÑO 2013”

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

PRESENTA:

DRA. MA. DEL REFUGIO MACÍAS SUSTAITA



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

“DEPRESIÓN POSPARTO Y SU IMPACTO EN EL NÚCLEO FAMILIAR EN MUJERES DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 6 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN CD. JUÁREZ CHIHUAHUA EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL PRIMERO DE ENERO Y EL 31 DE JULIO DEL AÑO 2013”

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

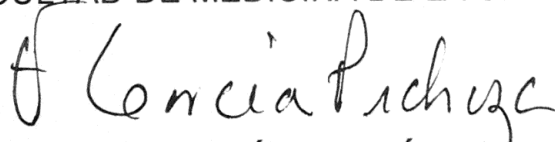
PRESENTA:

DRA. MA. DEL REFUGIO MACÍAS SUSTAITA.

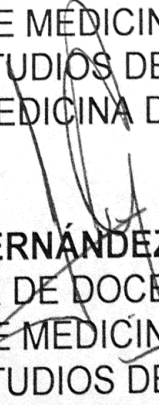
AUTORIZACIONES



DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA.
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA DE LA U.N.A.M.



DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA.
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DE LA
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA DE LA U.N.A.M.



DR. ISAIAS HERNÁNDEZ TORRES.
COORDINADOR DE DOCENCIA DE LA
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA DE LA U.N.A.M.

"DEPRESIÓN POSPARTO Y SU IMPACTO EN EL NÚCLEO FAMILIAR EN MUJERES DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 6 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN CD. JUÁREZ CHIHUAHUA EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL PRIMERO DE ENERO Y EL 31 DE JULIO DEL AÑO 2013"

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. MA. DEL REFUGIO MACÍAS SUSTAITA.

AUTORIZACIONES:



DRA. MARTHA EDITH TUFÍÑO OLIVARES.

**COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL.
DELEGACIÓN CHIHUAHUA.**

ASESORES:



DRA. MARÍA DOLORES MELÉNDEZ.

**MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES IMSS-UNAM.**



DR. MARTÍN ALBERTO LÓPEZ MEZA.

MÉDICO ESPECIALISTA EN GINECO-OBSTETRICIA.



DR. HUMBERTO CAMPOS FAVELA.

**MÉDICO ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA.
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD.
HOSPITAL GENERAL REGIONAL NO. 66.
MAESTRÍA EN DOCENCIA BIOMÉDICA.**

DEDICATORIA.

A Dios: Le dedico esta tesis porque es el Ser Supremo que ha guiado siempre mi vida, concediéndome los logros que he tenido hasta hoy, en todos los aspectos. Le agradezco por permitirme concluir mi Curso de Especialización en Medicina Familiar y por llenarme de bendiciones y rodearme de todo el amor y apoyo que mi familia me brinda. Gracias hoy y siempre Dios por acompañarme a cada paso y no me apartes nunca de tu lado, sigue llevándome siempre de tu mano.

A mi Hijo: Por ser la luz de mi vida, la motivación de cada uno de mis actos desde hace 19 años, cuando llegaste a mi vida para llenarla completamente de amor, orgullo y felicidad. Te adoro hijo, eres mi más preciado tesoro, la bendición más grande y el más hermoso regalo que me ha dado Dios.

A mi Esposo: Por estar ahí siempre apoyándome, por tu paciencia y amor. Por entender la importancia que esta especialidad representa para mí y brindarme todo para ayudarme a cumplir mis metas. Te amo.

A mi Madre: Por todo el amor que me has dado siempre, por ser la mejor de las Madres, por ser mí amiga y ejemplo, mi guía y apoyo. Por estar siempre a mi lado en las buenas y en las malas con ese amor incondicional. Le doy gracias a Dios por ti mamá.

A mi maestra: Doctora Meléndez, porque me brindó todo su apoyo, conocimiento, dedicación y paciencia. Por su amistad incondicional, siempre pensando en mi beneficio académico. Porque sin usted como guía, no hubiera sido igual el camino por andar. Siempre la voy a llevar en mi corazón con esa huella que deja en mí como maestra y como persona. Mi eterno agradecimiento.

A mi amiga: Cristy, por todo tu apoyo a lo largo de este curso de especialización; por trabajar junto conmigo hombro con hombro y hacer el camino más ligero. Mi amistad siempre para ti.

A mis asesores de tesis: Por toda su orientación y apoyo.

A mi querido Dr. Jesús Zambrano: Le dedico esta tesis y mi eterno agradecimiento por todo el apoyo brindado.

INDICE

DEDICATORIA.....	I
RESÚMEN.....	4
ABSTRACT.....	5
I. INTRODUCCIÓN.....	6
II. MARCO TEÓRICO.....	8
2.1 DATOS HISTÓRICOS.....	8
2.2 SITUACIÓN ACTUAL.....	9
2.3 DEFINICIÓN.....	10
2.4 ETIOLOGÍA.....	11
2.5 FACTORES DE RIESGO.....	11
2.6 FISIOPATOLOGIA.....	13
2.7 CLASIFICACIÓN.....	14
2.8 MANIFESTACIONES CLÍNICAS.....	16
2.9 DIAGNÓSTICO Y CRITERIOS DIAGNÓSTICOS.....	17
2.10 TRATAMIENTO INTEGRAL.....	18
2.11 IMPACTO DE LA ENFERMEDAD EN LA FAMILIA Y LA ENFERMEDAD COMO CRISIS FAMILIAR.....	22
III. JUSTIFICACIÓN.....	25
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	26
V. OBJETIVOS.....	27
5.1 OBJETIVO GENERAL.....	27
5.1.1 Objetivos Específicos.....	27
VI. MATERIAL Y MÉTODOS.....	28
6.1 TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	29
6.2 VARIABLES.....	29
6.3 ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	32
VII. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	33
VIII. RECURSOS.....	34

IX. RESULTADOS.....	35
X. DISCUSIÓN.	44
XI. CONCLUSIONES.....	47
XII. RECOMENDACIONES.	49
XIII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	50
XIV. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	51
XV. ANEXOS.....	57

RESÚMEN

“Depresión posparto y su impacto en el núcleo familiar en mujeres del HGZ #6 del IMSS en Cd. Juárez Chihuahua”

Alumna: Dra. Ma. del Refugio Macías Sustaita. **Asesores:** Dra. María Dolores Meléndez Velázquez, Dr. Martín Alberto López Meza, Dr. Humberto Campos Favela.

Generalidades: Los trastornos depresivos representan un problema importante de salud pública, se observan con mayor frecuencia en la población femenina y durante el embarazo y el puerperio. La depresión es una de las enfermedades de mayor relevancia, uno de cada seis adultos experimenta depresión en el curso de su vida, es la cuarta causa de carga de enfermedad a nivel global y casi el 90% de los pacientes deprimidos presenta alteraciones en su trabajo, el hogar y funcionamiento social. En la depresión posparto las características clínicas son similares a las observadas en los episodios de depresión mayor.

Objetivo General: Identificar la presencia de depresión posparto y el impacto que genera en las familias de las mujeres del HGZ #6 del IMSS de Cd. Juárez, Chihuahua en el período comprendido entre el 1ro de enero y el 30 de junio del año 2013.

Material y métodos: Es un estudio observacional, descriptivo, transversal. La población estudiada fueron las derechohabientes en puerperio inmediato del HGZ #6 del IMSS en Cd. Juárez, Chihuahua. Se realizó en Cd. Juárez, Chihuahua, en las instalaciones del HGZ #6. Se utilizaron instrumentos de valoración diagnóstica: Escala de Depresión Perinatal de Edimburgo, para evaluar sintomatología depresiva posnatal; así como Escala de valoración del Apgar familiar, para valoración de funcionalidad familiar.

RESULTADOS: Demuestran que de acuerdo a la escala de depresión posparto de Edimburgo aplicada a 394 pacientes; 57 presentaron depresión posparto (14.5%), de estas, el mayor porcentaje fue del grupo de 20 a 24 años de edad con 26.3%, las que cursaron secundaria completa, 42.1%; las obreras, 40.3%; las casadas, 52.7%; aquellas que ya tenían dos hijos, 47.3%; las que tuvieron un parto vaginal, 61.4%; las que se encontraban en etapa de expansión del ciclo vital familiar, 54.3% y aquellas en las que el Apgar familiar fue funcional 80.7%. Se observó un riesgo significativo de presentar depresión posparto con el tipo de parto vaginal con una X^2 de 4.19.

CONCLUSIONES: El 14.5% de las pacientes de la población estudiada presentó depresión posparto, en México se ha informado una prevalencia del 17 al 22%, y, a nivel mundial es del 15%, por lo que las cifras obtenidas en el presente estudio concuerdan con esta última. Las pacientes en las que se presentó con mayor frecuencia la enfermedad estuvieron en el grupo de edad de 20 a 24 años, con escolaridad de secundaria completa, empleo como obreras, estado civil unión libre, ya con dos hijos aparte de su nuevo bebe, parto vaginal, en etapa de expansión dentro del ciclo vital familiar y con una familia funcional. La única variable que representó un riesgo significativo para la depresión posparto fue el tipo de parto vaginal.

Palabras Clave: *Depresión posparto, impacto, núcleo familiar, función familiar.*

ABSTRACT

“Postpartum depression and its impact on the family nucleus of women from General Hospital 6 of IMSS in Juarez Chihuahua”

Student: Dr. Ma. del Refugio Macías Sustaita. **Advisors:** Dr. María Dolores Meléndez Velázquez, Dr. Martín Alberto López Meza, Dr. Humberto Campos Favela.

Generalities: Depression disorders represent an important problem in public health: they are observed with greater frequency among the female population and during pregnancy and the puerperium. Depression is one of the illnesses of greater relevance. One in six adults experiences depression in the course of their lives. Globally, depression is the fourth greatest healthcare burden and almost 90% of depressed patients manifest alterations in their work, home and social function. In postpartum depression the clinical characteristics are similar to those observed in episodes major depression.

General Objective: Identify the presence of postpartum depression and its impact on the families of the women of General Hospital 6 of IMSS in Juarez, Chihuahua, during the period between January 1st and June 30th of 2013.

Materials and Methods: Transversal, descriptive, observational study. The population under study were the insured women in immediate puerperium at General Hospital 6 of IMSS in Juarez, Chihuahua. The study was realized in the offices of General Hospital 6 in Juarez, Chihuahua. Diagnostic evaluation instruments were used: the Edinburgh Perinatal Depression Scale in order to evaluate the symptomology of postnatal depression, as well as the Apgar family scale in order to evaluate family function.

Results: The results of this study demonstrate that according to the Edinburgh Perinatal Depression Scale, of the total of 394 patients studied, 57 presented postpartum depression (14.5%). Of these, there was greater prevalence among the age group from 20 to 24 years (26.3%), those that completed secondary school (42.1%), factory workers (40.3%), those who are married (52.7%), those that already had two children (47.3%), those that had a vaginal birth (61.4%), those in the stage of expansion of the family vital cycle (54.3%), and those who had a functional family Apgar (80.7%). A significant risk was observed for postpartum depression with vaginal birth with an X^2 of 4.19.

Conclusions: 14.5% of the patients of the population under study presented postpartum depression. In Mexico the prevalence has been reported to be 17 to 22%, and worldwide it is of 15%. The figures obtained in the present study are in agreement with the latter figure. The patients that showed depression with the greatest frequency were in the age group of 20 to 24 years, had completed a secondary education, had jobs as factory workers, were married, already had two children apart from their new baby, had a vaginal birth, were in the stage of expansion of the family vital cycle, and had a functioning family. The only variable that represented a significant risk for postpartum depression was the type vaginal birth.

Keywords: *Postpartum depression, impact, family nucleus, family function.*

I. INTRODUCCIÓN

En la actualidad, los trastornos depresivos representan un problema importante de salud pública, estos se observan con mayor frecuencia en la población femenina y parece ser sustancialmente mayor durante el embarazo y el puerperio, especialmente en las pacientes de bajos ingresos.

La depresión es una alteración patológica del estado de ánimo, con descenso del humor y tristeza, acompañada de síntomas vegetativos, emocionales, del pensamiento, del comportamiento y de los ritmos vitales. La depresión posparto es entendida como la presencia de todo trastorno depresivo, sin síntomas psicóticos, se manifiesta durante el primer año del posparto y su cuadro clínico es similar al de los episodios depresivos observados en otras etapas de la vida. Sin embargo, la depresión posparto posee características peculiares que justifican su consideración como entidad específica. La depresión posparto es habitualmente sub-diagnosticada en los centros de servicios médicos, pese a que su prevalencia supera la correspondiente a otras patologías obstétricas. La mayoría de las mujeres que experimentan depresión después del parto no tienen ayuda profesional, aún más, casi el 50% no tiene ayuda de los familiares ni amigos. La depresión posparto limita la capacidad de la madre para involucrarse positivamente con su bebé; estudios han demostrado que la depresión posparto compromete el desarrollo cognitivo, conductual y emocional del niño.

La relación con el cónyuge también se ve afectada, ya que ante las demandas emocionales de la mujer en depresión posparto, se pueden generar en él conflictos internos cuyo desahogo se manifiesta en variadas respuestas en el comportamiento, tales como alcoholismo, ausencias físicas prolongadas o distanciamiento emocional que a su vez agudizan la depresión y que retroalimentan una relación desgastante para ambos miembros de la pareja y, en consecuencia, también para los hijos, creando un impacto negativo en la familia completa.

La depresión es una de las enfermedades de mayor relevancia en salud pública, uno de cada seis adultos experimenta depresión en el curso de su vida, es la cuarta causa mayor de carga de enfermedad a nivel global y casi el 90% de los pacientes deprimidos presenta alteraciones

de moderadas a severas en el trabajo, el hogar, las relaciones o el funcionamiento social. La importancia que reviste la depresión radica en que, siendo un cuadro de alta prevalencia, produce sufrimiento al individuo y al entorno, implica altos niveles de discapacidad, ocasiona aumento de consultas médicas y psicológicas, disminuye la sobrevida general y es una enfermedad recurrente en la mayoría de los pacientes.

Resulta difícil determinar la prevalencia real de la depresión posparto, porque los estudios difieren extremadamente en lo que se refiere a metodología empleada y poblaciones analizadas, pero puede aceptarse que la frecuencia mundial de esta enfermedad fluctúa entre un 10 a 20% de las puérperas, según algunos autores o un 10 a 15% según otros.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 DATOS HISTÓRICOS

El trastorno depresivo es una de las primeras enfermedades que fueron descritas en la historia de la humanidad.ⁱ El término depresión apareció durante el siglo XVII, deriva del latín “de y premere” que significa apretar, oprimir, y “deprimere”, empujar hacia abajo.ⁱⁱ Antes de Cristo, en “los libros de los muertos”, se hablaba de la melancolía como enfermedad del estado de ánimo. En Mesopotamia la primera interpretación cíclica de la melancolía respondía al movimiento periódico de los cuerpos celestes. Hipócrates en el año 700 a.C., en su libro “Las epidemias”, dice que la bilis negra corrompe los humores como agente causal de la melancolía, también es Hipócrates quien habló de los problemas emocionales durante el puerperio.ⁱⁱⁱ En Egipto, en el papiro de Ebers, en el año 1550 a.C., se menciona la histeria como diagnóstico, atribuyendo la enfermedad a alteraciones del útero.

Confucio escribió sobre los sentimientos de fatiga y hundimiento y la manera de alcanzar la serenidad. En la Medicina Oriental Hindú, la melancolía se localizaba dentro del cuerpo y en ciertas características de la personalidad.

En el siglo II, Galeno describía tres formas de melancolía: la localizada en el cerebro, la digestiva y la generalizada.^{1,4} El Renacimiento es la edad dorada de la melancolía. El médico más destacado fue Paracelso y pretendió demostrar que no se debe a causas sobrenaturales ni demoníacas, sino a otras de origen natural.^{1,5} En 1725 Richard Blackmore habló de “estar deprimido en profunda tristeza y melancolía”. Robert Whytt, en 1764, relacionó “depresión mental con espíritu bajo”, hipocondría y melancolía.

Desde sus primeros manuscritos, en 1890, Freud otorgó un importante lugar a los estados anímicos o afectos depresivos y diferenció tres tipos de enfermedades: neurosis obsesiva (desplazamiento del afecto), histeria de conversión (mudanza del afecto), neurosis de angustia y melancolía (permutación del afecto). Ya más cercano en el tiempo, Emil Kraepelin utilizó el término “locura depresiva” en una de su clasificaciones nosológicas, y deja la palabra “depresión” para denominar un estado de ánimo, considerando que las melancolías eran formas de depresión mental. Por su parte, Adolfo Meyer propuso eliminar totalmente el término melancolía y reemplazarlo por el de depresión.^{2,6}

Hasta mediados de la década del 80's prevaleció la idea de que la maternidad se asociaba invariablemente a un estado de bienestar emocional y ausencia de patología mental. Fue la psiquiatra Gisela B. Oppenheim quien, por primera vez en un texto inglés de la época, inicio el capítulo sobre trastornos psicológicos en el embarazo. Para la década de los 90's se publicaron, por ejemplo, en Chile, estudios nacionales que mostraron que alrededor del 30% de la embarazadas presentan síntomas específicos de depresión y/o ansiedad.⁷ En 1960 se identificó por los obstetras un tipo leve de depresión atípica que se manifestó entre la primera y la segunda semana después del parto. Para diferenciarla de la depresión posparto se le denominó tristeza materna, o “baby blues”, se había considerado una complicación temporal y de evolución benigna.^{6,8} Actualmente los trastornos depresivos representan un problema de salud pública por su alta frecuencia y por asociarse a altos índices de discapacidad. Un conocido factor de riesgo para la enfermedad es el sexo femenino y la prevalencia de depresión posparto fluctúa entre el 8 y el 30%, siendo tres veces más alta en los países emergentes que en los desarrollados. Cerca del 50% de los casos de depresión posparto son depresiones que ya se presentaban en el embarazo, o incluso antes de este. Las mujeres que sufren este cuadro tienen mayor riesgo de sufrir episodios futuros de depresión mayor.⁹

2.2 SITUACIÓN ACTUAL

De la depresión y los trastornos afectivos

La depresión es una de las enfermedades de mayor relevancia en salud pública, uno de cada seis adultos experimenta depresión en el curso de su vida, es la cuarta causa mayor de carga de enfermedad a nivel global. De acuerdo a estudios realizados para ver el riesgo de recurrencia de un episodio depresivo previo, tras la recuperación y con seguimiento a largo plazo (3 a 15 años), existe un porcentaje de recurrencia del 50%, tras un primer episodio, 70% tras un segundo episodio y 85% tras un tercer episodio.^{4,10}

Los trastornos afectivos constituyen el segundo desorden más común dentro de las enfermedades mentales en todo el mundo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que para la tercera década de este milenio sean la segunda causa general de discapacidad. El puerperio constituye una época en la cual estos trastornos son comunes, pero algunos, como la depresión posparto son poco reconocidos.^{3,11}

De la depresión posparto

Resulta difícil determinar la prevalencia real de la depresión posparto, porque los estudios difieren en la metodología empleada y las poblaciones analizadas, pero puede aceptarse que la frecuencia mundial de esta enfermedad fluctúa entre un 10 a 20% de las puérperas según algunos autores, con una tasa de recurrencia entre 10 y 35%. La depresión posparto es un importante trastorno de salud mental en la mujer, con una prevalencia tres veces más alta en los países en desarrollo, siendo más frecuente en las mujeres de nivel socioeconómico bajo.^{3,12}

En México, la prevalencia reportada de depresión es similar a la de otros países, los trastornos afectivos se dan con mayor frecuencia en las mujeres, siendo la razón de morbilidad para depresión de 2.5 mujeres por cada hombre.¹³ En este país se ha informado una prevalencia de depresión posparto del 17 al 22%.¹⁴

El interés actual por el diagnóstico y tratamiento de esta patología se debe a que no tratar la depresión materna tiene efectos deletéreos en el desarrollo del feto, del lactante e incluso de los hijos en épocas más tardías de la vida.^{7,15}

2.3 DEFINICIÓN

De la depresión y los trastornos mentales

Se define trastorno mental como un síndrome o patrón de comportamiento psicológico de significación clínica, que aparece asociado a malestar, discapacidad o riesgo significativamente aumentado de morir, de sufrir dolor o pérdida de libertad. Es la manifestación individual de una disfunción de comportamiento, psicológico o biológico.^{2,16}

La depresión es una alteración patológica del estado de ánimo, con descenso del humor y tristeza, acompañada de síntomas vegetativos, emocionales, del pensamiento, del comportamiento y ritmos vitales, que persisten por lo menos dos semanas.^{10,17}

De la depresión posparto

Se considera depresión posparto a cualquier enfermedad depresiva no psicótica que ocurre en la madre durante el primer año después del nacimiento de su hijo. Consiste en una fuerte

vulnerabilidad a la depresión que empieza de manera importante entre las cuatro y las seis semanas posparto.¹⁸ Algunos episodios pueden remitir en unos cuantos meses espontáneamente, mientras que otros, pueden durar hasta un año.¹⁸

2.4 ETIOLOGÍA

De la depresión

Se ha demostrado que en personas deprimidas aparece una disminución de monoaminas biógenas como serotonina, noradrenalina y dopamina a nivel del sistema nervioso central, además de alteraciones neuroendócrinas, modificaciones neuroanatómicas y desarreglos de interacción entre los sistemas inmune y neuroendocrino. La depresión se asocia también con alteración hipotalámica que se manifiesta en una secreción excesiva de corticotropina (ACTH) por la hipófisis, induciendo un aumento de la secreción de cortisol por la corteza suprarrenal.

¹⁹

De la depresión posparto

La depresión posparto se da por una súbita caída hormonal de estrógenos y progesterona, así como una elevación de los niveles séricos de cortisol, se ha encontrado una correlación entre la concentración elevada de cortisol y mayor tristeza posparto. Además puede ocurrir que un 5% de mujeres en la etapa posparto sufran de un hipotiroidismo pasajero contribuyendo así a la depresión posnatal.²⁰ Se han argumentado también causas psicológicas de la depresión posparto, en muchos reportes se encuentra que las nuevas mamás manifiestan sentimientos de inadecuación respecto a su relación con el bebé.²¹

2.5 FACTORES DE RIESGO

De la depresión

- Factores genéticos: disfunción de neurotransmisores.
- Problemas en el desarrollo: incidentes en la infancia y problemas de personalidad.
- Situaciones de estrés psicosocial como divorcio y desempleo.
- Pérdidas de seres queridos.

De la depresión posparto

1. Factores psicológicos de riesgo en la infancia:

- El antecedente de pérdidas tempranas, como por ejemplo, uno de los padres antes de los diez años de edad por abandono, separación, divorcio o muerte.
- Haber sido objeto de maltrato físico, emocional o sexual en la infancia.
- Antecedente de una mala relación con sus padres, por lo que, cuando ella misma está a punto de hacer la transición a volverse madre, puede tener mayor dificultad para asumir este nuevo papel en su vida.^{11,19, 22}

2. Factores individuales psicológicos:

- Tener antecedentes personales de sintomatología depresiva o trastornos del ánimo, o bien, cuadros establecidos de depresión previa al embarazo.
- Abandono o suspensión del tratamiento antidepressivo.
- Ser madre soltera.
- Embarazo no deseado.
- El tener que atender otros niños pequeños en su hogar.^{10, 14, 23}
- Disminución de la autoestima por disconformidad con respecto al aspecto físico de su cuerpo posterior al parto.

3. Factores individuales orgánicos:

- El consumo de alcohol durante el embarazo se relaciona con sentimientos de culpa o temor de que el niño tenga alguna malformación.^{10, 24}
- Antecedentes de patología en el embarazo, parto por cesárea, ansiedad y depresión prenatal.
- Embarazo en edades extremas de la vida.
- La depresión en el embarazo sin tratamiento es factor de riesgo para depresión posparto.

- Factores bioquímicos y estrés psicológico pueden desencadenar trastornos psiquiátricos en el puerperio.^{3,10,12, 14, 20, 25}

4. Factores familiares:

- Tener antecedentes de trastornos del ánimo en familiares de primer grado.
- Padecer de violencia conyugal en cualquiera de sus modalidades, o bien, tener una pareja que no le brinde apoyo emocional.

5. Factores socio-demográficos:

- Tener tres o más hijos es un factor de riesgo.
- Pertenecer a un estrato socioeconómico bajo, ya que un nuevo hijo implica redistribuir el presupuesto familiar.
- Falta de apoyo social.

2.6 FISIOPATOLOGIA

De la depresión

En la actualidad se cuenta con evidencia de que el desarrollo de depresión implica diversos aspectos fisiológicos: los cambios en las estructuras cerebrales y su funcionamiento, la participación de las monoaminas, su metabolismo, el papel de sus transportadores y sus polimorfismos, y de otros neurotransmisores, como el glutamato y el ácido amino-gama-butírico, el papel de la neurogénesis, la interacción de la vulnerabilidad genética y el ambiente y el papel de la inflamación. Algunos de estos mecanismos se encuentran interrelacionados, pero no todos, por lo que más bien pareciera que la depresión es un trastorno heterogéneo.

La interacción de factores genéticos con un ambiente estresor en la infancia puede ser un predictor de la atrofia en áreas cerebrales implicadas en la depresión y en su aparición en la edad adulta.

Existen múltiples hipótesis a cerca de los mecanismos fisiopatológicos que subyacen a este trastorno.

De la depresión posparto

Durante el embarazo y el puerperio suceden una serie de cambios bioquímicos, psicológicos y sociales que ocasionan una mayor vulnerabilidad para la aparición de trastornos en la esfera psíquica de la mujer.^{3,19, 26}

Es importante consignar que, durante el embarazo la cantidad de progesterona y estrógenos es varias veces mayor que después de este, uno de los cambios hormonales que se encuentra bien establecido es una brusca caída en los niveles de estrógenos y progesterona.²⁷

Se ha visto una relación entre estas rápidas caídas de los estrógenos luego del parto y marcados decrementos de los niveles de triptófano en plasma, mismos que correlacionan con el diagnóstico de depresión. Durante el embarazo hay un aumento de Triyodotironina (T3) y L-tiroxina (levotiroxina) (T4); después del parto, se presenta un cambio súbito de estas concentraciones. Cabe hacer notar que la depresión mayor se ha asociado también con cambios en el funcionamiento tiroideo.

Un campo de investigación más reciente se refiere a la actividad de la prolactina durante el puerperio. Los niveles de prolactina forman una curva inversa a la de los niveles de estrógenos y progesterona durante el periodo posparto, por lo que se ha asumido que las madres que no amamantan a sus bebés y producen un rápido declive en su prolactina podrían tener una depresión posparto. Este es un asunto que requiere de mayor investigación al momento. También se ha sugerido que el estrés psico-biológico y los cambios en los esteroides adrenales durante el posparto, jueguen un papel en la depresión.^{5, 20, 28} En algunas madres primerizas, la depresión continúa más allá del periodo del posparto o emerge al mismo tiempo que ella está empezando a conocer a su bebe.^{17,29}

2.7 CLASIFICACIÓN

De la depresión

1. Depresión mayor: Conjunto de síntomas que cambian la actitud de la persona hacia su entorno, alterando sus actividades laborales y sociales.

2. Distimia: Forma crónica de depresión caracterizada porque las personas son muy pesimistas y negativas, pero continúan con sus actividades sociales y laborales. Sin tratamiento se es más propenso a padecer depresión mayor.

3. Trastorno bipolar: También conocido como enfermedad maniaco-depresiva; el paciente experimenta periodos de depresión y periodos de bienestar excesivo, con demasiada energía, incluso sin necesidad de dormir.^{2, 30}

De acuerdo a los criterios diagnósticos del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta versión (DSM-IV) de depresión mayor, se clasifica por su puntuación en tres tipos: depresión mayor, depresión menor y distimia. La depresión menor en esta clasificación es la que presenta dos a cuatro síntomas depresivos.^{16, 31}

De la depresión posparto y otros trastornos del estado de ánimo en este periodo

Con respecto a los trastornos del estado de ánimo en el posparto, una de las clasificaciones establece dos tipos:

1. Reacción depresiva puerperal: Conocida también como “baby blues”, afecta del 30 al 75% de las mujeres que acaban de tener un hijo. Se debe principalmente a la súbita caída hormonal y a factores psicosociales, es de alivio espontáneo y solo requiere educación y apoyo familiar.

2. Depresión posparto: Es un cuadro depresivo que aparece en el posparto con síntomas centrales que se refieren a problemas de auto percepción y conflicto psicosocial. Tiene una causa endocrina aunada a factores sociales, económicos e interpersonales, y el antecedente de depresiones previas que contribuyen a la evolución de este padecimiento.^{18, 32}

Otra de las clasificaciones de los trastornos del estado de ánimo en el posparto incluye tres tipos:

1. Disforia posparto: Es un cuadro leve y auto limitado que aparece entre la primera y segunda semana del posparto, su duración habitual va de horas hasta 10 días. Es un cuadro de alta frecuencia, que afecta cerca de un 60% de mujeres en el puerperio. Si este cuadro se

prolonga por más de dos semanas hay que sospechar y evaluar el desarrollo de un “*Episodio Depresivo Posparto*”.

2. Psicosis posparto: Es un cuadro severo, poco frecuente (de 0.1 a 0.2%) y dramático, aparece en las primeras 48 horas hasta dos semanas posparto y presenta riesgo de suicidio e infanticidio. Requiere hospitalización y manejo de especialidad a la brevedad y se le considera un indicador pronóstico de patología mental severa.

3. Depresión posparto: Se presenta en 10 a 15% de las mujeres en el puerperio, mantiene los mismos criterios diagnósticos de la depresión mayor. Es un cuadro que puede iniciarse en la tercera a cuarta semana posparto hasta un año después, encontrándose un pico de presentación en las semanas 8 a 12 después del parto. Requiere tratamiento.

2.8 MANIFESTACIONES CLÍNICAS

De los estados depresivos en general

1. Síntomas anímicos: Tristeza y falta de ganas de vivir, irritabilidad, inestabilidad, sensación de vacío o nerviosismo.

2. Síntomas motivacionales y conductuales: Bradipsiquia, el paciente tiene dificultad para expresarse, tener ideas, comunicarse y recordar lo que acaba de hacer; inhibición psicomotriz, apatía, las relaciones se descuidan, así como el arreglo personal y el aseo; despersonalización, anhedonia, pérdida de la capacidad de disfrutar, en sus formas más graves presenta intentos de suicidio.

3. Síntomas cognitivos: La memoria, la atención, la capacidad de concentración, curso y contenido del pensamiento, pueden llegar a resentirse drásticamente.

4. Síntomas físicos: Son los síntomas vegetativos, los más frecuentes son: insomnio, hipersomnias, fatiga, disminución del deseo sexual, cefalea, dorsalgia, vómitos, estreñimiento. El dolor es la queja más frecuente.

5. Síntomas interpersonales: Hay un deterioro en la relación de estos pacientes con los demás.

De la depresión posparto y de otros trastornos del estado de ánimo en este periodo

La disforia posparto se caracteriza por labilidad emocional, angustia, alteraciones del sueño, irritabilidad y fatigabilidad.

La psicosis posparto es un cuadro muy severo que presenta riesgo de suicidio e infanticidio.^{1, 4,33, 34}

En la depresión posparto las características clínicas son, en lo fundamental, similares a las observadas en los episodios de depresión mayor: ánimo depresivo la mayor parte del tiempo, casi todos los días por dos semanas y/o pérdida del interés en actividades que la persona habitualmente disfrutaba. Otros síntomas que pueden presentarse son fatiga, inquietud, sentimientos de culpa o minusvalía, dificultad para concentrarse, alteraciones del sueño y pensamientos recurrentes de muerte o suicidio.^{7,35}

2.9 DIAGNÓSTICO Y CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

El diagnóstico se realiza en base a la clínica, por laboratorio y gabinete, y utilizando instrumentos de escalas de valoración diagnóstica.

2.9.1 Diagnóstico Clínico

De la depresión

La base principal del tratamiento es la clínica, y la sintomatología ya fue descrita en el apartado de manifestaciones clínicas.

De depresión y depresión posparto

La sintomatología ya fue descrita en el apartado de manifestaciones clínicas.

2.9.2 Diagnóstico por laboratorio y gabinete

De la depresión

- Estudios neuroquímicos para determinación de neurotransmisores.

De la depresión posparto

- Cortisol en suero, se evalúa para registrar los cambios de su concentración por la asociación entre su elevación y la depresión.
- Perfil hormonal, que permite la vigilancia metabólica del posparto, en particular las concentraciones de estradiol, progesterona y prolactina.
- Química sanguínea, para determinar la homeostasia de la paciente, en especial la glucosa que puede influir en los estados depresivos.
- Ultrasonido, para descartar alteraciones estructurales del útero y ovarios que no se hayan detectado previamente.

2.9.3 Diagnóstico por medio de la utilización de Instrumentos de escalas de valoración de la depresión

Los criterios diagnósticos para episodios de depresión mayor se basan en la escala del DSM-IV, este fue publicado en 1994 por la Asociación Americana de Psiquiatría y es un sistema de clasificación de los trastornos mentales que tiene la intención de proporcionar descripciones claras y precisas de las categorías diagnósticas. En el DSM-IV, se definen 8 síntomas y criterios, dependiendo de estos y de la duración de los síntomas, la depresión puede ser mayor o menor, o puede indicar simplemente una distimia.

De la depresión posparto

Para el diagnóstico de la depresión posparto se puede utilizar la Escala Perinatal de Depresión Posparto de Edimburgo. Esta escala fue validada en Perú por Vega y colaboradores, y fue diseñada y validada por sus autores para evaluar específicamente la sintomatología depresiva durante el periodo posnatal. El instrumento consiste en diez preguntas que exploran los síntomas comunes de un episodio o trastorno depresivo. Cada pregunta se califica en un rango de 0 a 3 puntos.^{13,16,18,35,36}

2.10 TRATAMIENTO INTEGRAL

2.10.1 Tratamiento psicológico

De la depresión

Psicoterapia como terapia cognitiva basada en la consideración hacia la paciente, también se utiliza la psicoterapia cognitivo-conductual que se describe más adelante.

De la depresión posparto

La mayoría de las mujeres deprimidas no reciben tratamiento; estudios realizados han encontrado que solo el 10% de ellas lo buscan. En términos generales, el tratamiento de la depresión posparto implica apoyo psicoterapéutico, la consideración de farmacoterapia, y acción sobre la red de apoyo socio-familiar. En otros estudios se han hecho intervenciones multidisciplinarias que consisten en visitas diarias durante el tiempo de hospitalización por parte de diferentes especialistas para dar seguimiento.

Para las mujeres en riesgo pero que permanecen asintomáticas, o aquellas con síntomas leves de depresión posparto, se recomiendan medidas de orden general, como la psicoeducación.^{4, 7, 8, 9, 11, 16, 26, 37}

Existen una serie de tratamientos psicológicos con diferentes terapias, pero las avaladas por la investigación científica, son la cognitivo-conductual y la interpersonal.

- Psicoterapia cognitivo-conductual: Es el instrumento terapéutico de elección para el manejo de la depresión posparto. Se basa en el cambio de la premisa que tiene la paciente de la distorsión de la realidad debida a la llamada tríada cognitiva: visión negativa e irrealista de la realidad (visión negativa del mundo), pérdida de la esperanza respecto al futuro (visión negativa del futuro) y baja autoestima con pensamientos autodestructivos (visión negativa de uno mismo). El terapeuta intenta corregir estas “distorsiones cognitivas”. Así mismo, fomenta el refuerzo de redes de apoyo y familiares.^{18, 38}

- Psicoterapia interpersonal (PIP): Consiste en sesiones de apoyo emocional con algunos componentes psicodinámicos, pero que no son de tipo psicoanalítico, esta variedad puede realizarse individualmente o en grupos de mujeres o de parejas que están enfrentando la depresión. El terapeuta se enfoca en el estilo de relacionarse de la persona. Se suele trabajar en el cambio de rol que experimenta la mujer en cuanto a la transición a la maternidad.^{20, 39}

2.10.2 Tratamiento farmacológico

De la depresión

- Inhibidores de la recaptación de serotonina, como fluoxetina, sertralina, paroxetina, fluvoxamina, nefazodona, citalopram y excitalopram.
- Antidepresivos tricíclicos y fármacos con similitud clínica, como amitriptilina, amoxapina, clomipramina, desipramina, doxepina, imipramina, nortriptilina y protriptilina.
- Inhibidores de la monoaminoxidasa, como fenelzina y tranilcipromina.
- Otros, como venlafaxina, duloxetina, mirtazapina, trazodona y trimipramina.

De la depresión posparto

La lactancia tiene claros beneficios para la madre y el producto y, la decisión de usar o no un antidepresivo mientras se amamanta, debe basarse en un análisis cuidadoso de la relación riesgo/beneficio.

En el caso de depresión grave, o cuando hay frecuentes pensamientos de muerte o suicidio, insomnio grave o incapacidad de cumplir con sus funciones y atender al bebe, puede ser necesario usar medicamentos. La recomendación habitual es mantener la terapia por al menos doce meses.

Antidepresivos

Los más estudiados son fluoxetina y sertralina, los más utilizados son fluoxetina, paroxetina y sertralina. En cuanto a la fluoxetina, se ha visto que dosis de 20-40 mg se traducen en niveles plasmáticos relativamente bajos en el lactante. Con respecto a la paroxetina, que tiene un perfil antidepresivo y ansiolítico, se han utilizado dosis de 20 mg/día, observándose la mejoría clínica esperada después de 20 días, como es característico con los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina.

También existe el sulpride, un neuroléptico en uso desde hace más de dos décadas, el cual se utiliza en ocasiones como tranquilizante y para aumentar la secreción de la leche materna.^{7, 9,19, 20, 40} Los antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) se clasifican en Estados Unidos de Norteamérica (EUA) en el “grupo B”, lo que quiere decir que, aunque no se ha demostrado que sean completamente inocuos para el bebe, no hay evidencia de que produzcan malformaciones u otros trastornos graves en él.^{20, 41}

2.10.3 Tratamiento multidisciplinario

De la depresión posparto

Consiste en visitas diarias durante el tiempo de la hospitalización por parte de diferentes especialistas para realizar las siguientes actividades:

- Ginecología y Obstetricia: Manejo de deficiencias hormonales y problemas ginecológicos posparto.
- Pediatría: Exploración y vigilancia del estado general de salud del lactante, con especial cuidado en síntomas que tuvieran relación con el estrés materno.
- Enfermería: Enseñanza de cuidados perinatales y vigilancia rutinaria de la madre y el menor.
- Psiquiatría: Manejo de deficiencias bioquímicas que produzcan depresión, ansiedad e insomnio en la madre, manejo cognitivo-conductual del estrés, enseñanza de terapia de relajación y entrevistas.
- Paidopsiquiatría: Evaluación del vínculo materno-infantil, así como terapia de apego.
- Atención psicológica: Evaluaciones de depresión, estrés y patrones del sueño en la madre, autoestima, exploración de fantasías inconscientes de daño al niño, así como psicoterapia breve.
- Trabajo social: Detección de causas de estrés sociales graves en el ambiente familiar y tipo de redes de apoyo de la madre.
- Nutrición: Manejo de déficit nutricional, diseño de dieta individualizada.^{8, 42}

2.11 IMPACTO DE LA ENFERMEDAD EN LA FAMILIA Y LA ENFERMEDAD COMO CRISIS FAMILIAR

2.11.1 Impacto de la enfermedad en la familia

La familia es un sistema abierto en la que las interacciones de sus miembros tienden a mantener patrones estables, y que, pueden variar de manera gradual para adaptarse a los cambios que se generan en los diferentes momentos de la vida del individuo y la familia, propiciados por situaciones internas del propio grupo familiar o bien por influencia del ambiente social.⁴³

La familia como sistema juega un papel importante, no sólo en el proceso generador de la enfermedad sino en el de su rehabilitación.^{iv4} La aparición de una enfermedad en alguno de los miembros de la familia representa un cambio radical en su funcionamiento que pudiera considerarse como una crisis, dada la desorganización que se produce. Hay factores que intervienen en el impacto familiar de la enfermedad, tal es el caso de:

- El ciclo evolutivo en que la enfermedad sorprende a la familia.
- La flexibilidad de la familia, a mayor flexibilidad mayor capacidad de adaptación ante los problemas, en este caso ante la crisis de enfermedad.
- Cultura familiar: Resulta difícil hablar del impacto de la enfermedad en las familias, sin considerar su tipo de cultura familiar, vista como el conjunto de valores, costumbres y creencias que comparten cada uno de sus miembros.
- Nivel socioeconómico: Cuando hay escasos recursos económicos la crisis familiar es mayor.
- Comunicación familiar: La comunicación transporta las reglas que prescriben y limitan los comportamientos individuales en el seno familiar. En muchos de los casos de enfermedad, la comunicación se ve afectada.
- Tipo de respuesta familiar: El tipo de respuesta familiar se refiere a los cambios que se generan en las interacciones de cada uno de los miembros en función del enfermo.

-Capacidad del grupo para resolver conflictos: Se mide en base a la capacidad de respuesta familiar que se ha tenido en relación con los conflictos presentados previamente.

2.11.2 La enfermedad como crisis familiar

La familia es el contexto natural para crecer y recibir apoyo que a lo largo del tiempo va elaborando sus propias pautas de interacción, las cuales constituyen la estructura familiar. Los periodos de crisis son etapas de desestabilización del equilibrio, periodos de cambio. La enfermedad como tal puede considerarse como una crisis, dada la capacidad que tiene para desorganizar un sistema familiar, con lo que se producen diferentes desajustes que van a estar influenciadas por el tipo de enfermedad y la dinámica del grupo familiar en torno a ella.^{44.}

45, 46

2.11.3 Pautas de relación en familias con miembro diagnosticado con depresión posparto y funcionalidad familiar y redes de apoyo social en relación a este padecimiento

La depresión posparto es un problema de salud pública de prevalencia importante, casi el 50% de las pacientes afectadas no cuentan con ayuda de los familiares ni de los amigos. Por otra parte, las mujeres que tienen contacto con profesionales de salud en sus controles posteriores al parto, no están dispuestas a manifestar sus problemas emocionales, en especial depresión.

Este tema es importante para dimensionar no solo las causas, sino también las consecuencias de la depresión posparto, ya que este trastorno afecta a la madre en su funcionamiento laboral y social, así como en su autoestima, pero a la vez afecta la relación con la familia de la paciente. Ante las altas demandas emocionales de la mujer diagnosticada con depresión posparto, puede generarse en el cónyuge conflictos internos, cuyo desahogo se manifiesta en variadas respuestas de comportamiento, tales como alcoholismo, ausencias físicas prolongadas o distanciamiento emocional que a su vez agudizan la depresión consolidando así una relación desgastante y empobrecedora emocionalmente para ambos miembros de la pareja y en consecuencia también para los hijos.

En un estudio realizado en el 2008 se analizó la funcionalidad familiar, así como las redes sociales, estas últimas en base al método simplificado de Blake y McKay obteniendo los siguientes resultados: 1. En relación a la funcionalidad familiar se consideran moderadas para el 50% en las puérperas con depresión, con 29% de disfunción y el restante 21% con funcionalidad familiar buena. 2. En relación a las redes sociales, el tamaño de la red social con mayor porcentaje correspondió al de la red social buena 57% y 29% de red escasa, 14% red social buena en las puérperas con depresión. En un estudio realizado en el 2012 en una muestra de Morelia, México, en relación a las redes de apoyo social se obtuvieron los siguientes resultados: las participantes percibieron en mayor medida las redes de apoyo familiar, seguidas de las de amigos y las de apoyo religioso, mientras que las redes de apoyo de vecinos son las que se perciben con un menor desarrollo. Llama la atención que también presentan altos puntajes en la dimensión de falta de apoyo general.^{25, 45 – 47}

III. JUSTIFICACIÓN

Tradicionalmente el embarazo es considerado como un estado de “bienestar emocional”, sin embargo, actualmente se reportan prevalencias de depresión posparto en México de hasta un 22%, algunos autores afirman que todas las gestantes presentan algún síntoma depresivo durante el embarazo.

Se reporta hasta del 10% de depresión grave que requiere tratamiento psicológico y farmacológico, tanto durante el embarazo como en el posparto, lo que afecta directamente a la familia en todos los aspectos, ya que bajo estas condiciones ya no se trata de un proceso que da bienestar y felicidad sino que se instituye como una crisis familiar.

Por lo anterior, es importante determinar cuál es la prevalencia de esta enfermedad en nuestro medio y el impacto que genera en la familia, para implementar medidas efectivas en las unidades de medicina familiar que nos lleven a un tratamiento integral del paciente y su familia, con el fin de lograr el adecuado manejo y la reducción de los efectos deletéreos de la enfermedad.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A pesar de que en la literatura estudiada en la elaboración del presente trabajo sobre depresión posparto se reportan prevalencias altas que derivan en crisis en el núcleo familiar, en las UMF del IMSS de Cd. Juárez, no existe un sistema de detección, diagnóstico, manejo, ni seguimiento de dicho padecimiento, de ahí el interés que nos lleva a plantearnos la siguiente pregunta investigativa:

¿Cuál es la relación de depresión posparto y su impacto en el núcleo familiar en mujeres del Hospital General de Zona #6 del IMSS en Ciudad Juárez, Chihuahua, en el período comprendido entre el 1 de enero y el 30 de junio 2013?

V. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar la presencia de depresión posparto y el impacto que genera en las familias de las mujeres del Hospital General de Zona #6 del IMSS de Cd. Juárez, Chihuahua, en el período comprendido entre el 1ro de enero y el 30 de junio del año 2013.

5.1.1 Objetivos Específicos

5.1.1.1 Conocer la edad en la que se presenta con mayor frecuencia la depresión posparto.

5.1.1.2 Conocer el estado civil durante el cual se presenta con mayor frecuencia la depresión posparto.

5.1.1.3 Conocer la escolaridad de las pacientes en la que se presenta con más frecuencia la depresión posparto.

5.1.1.4 Conocer la ocupación de las pacientes en las que se presenta con mayor frecuencia la depresión posparto.

5.1.1.5 Conocer la etapa del ciclo vital de la familia de las pacientes en las cuales se presenta con mayor frecuencia la depresión posparto.

5.1.1.6 Conocer la funcionalidad familiar en familias de mujeres con depresión posparto.

VI. MATERIAL Y MÉTODOS.

Este es un estudio observacional, descriptivo y transversal. La población de estudio fue por conveniencia: abarcó todas aquellas derechohabientes mujeres que se encontraban en período de puerperio inmediato en el HGZ #6 del IMSS en Ciudad Juárez, Chihuahua, al momento de aplicar las encuestas, y que contaran con un familiar directo en ese momento, en un periodo de tiempo comprendido entre el 1 de enero al 30 de junio del 2013.

El estudio se realizó en Ciudad Juárez, Chihuahua en las instalaciones del HGZ #6 Lic. Benito Juárez, del IMSS, ubicado en la Calle Juvenal Aragón Romo #450 norte, Zona Pronaf.

Se aplicaron de forma directa los siguientes instrumentos de valoración diagnóstica:

- Escala de Depresión Perinatal de Edimburgo (EDPES) de Cox, Holden y Sagovsky, la cual fue diseñada y validada por sus autores para evaluar específicamente la sintomatología depresiva durante el período posnatal. Posteriormente, Murray y Cox determinaron su validez en las semanas 28 a 34 de gestación, su uso se ha extendido hasta casi cuatro años posparto. El instrumento consiste en diez preguntas que exploran los síntomas comunes de un episodio o trastorno depresivo. Cada pregunta se califica en un rango de 0 a 3 puntos, de acuerdo con la severidad o duración de los síntomas; si se alcanza un puntaje mayor de 12 es indicativo de depresión. Requiere únicamente de cinco minutos para ser respondida.¹⁸

- Escala de valoración del Apgar familiar, es un instrumento de valoración familiar que elaboró Gabriel Smilkstein en 1978, con el propósito de que el médico familiar obtuviera información de sus pacientes en relación con la situación funcional en sus familias. Consta de 5 reactivos, con escala tipo Likert aplicables en breve entrevista a diferentes miembros de una familia, mide el funcionamiento familiar a través de la satisfacción del entrevistado con su vida en familia. Es de gran utilidad para determinar si la familia representa un recurso para el paciente o si, por el contrario, contribuye a su enfermedad. Puede ser contestado por todo tipo de familias, y mientras mayor sea el número de individuos a quienes se aplique, más completa será la visión. Consta de 5 reactivos para valorar la percepción de la persona sobre la función familiar. Los puntos de corte son los siguientes: normo funcional: 7-10 puntos, disfuncional leve: 3-6 puntos y disfuncional grave: 0-2 puntos. El Apgar familiar se aplicó a un familiar directo además de la paciente.

Los criterios de inclusión fueron las mujeres derechohabientes del HGZ #6 del IMSS en Ciudad Juárez, Chihuahua que se encontraban en puerperio inmediato y que aceptaron contestar la encuesta completa y que además hayan firmado el consentimiento informado.

Los criterios de exclusión incluyeron aquellas pacientes que no fueron derechohabientes del Hospital General de Zona #6 del IMSS y aquellas que no se encontraban en puerperio inmediato, las pacientes que no aceptaron contestar la encuesta y aquellas que no la contestaron completa, así como las que no aceptaron firmar el consentimiento informado.

Los criterios de eliminación fueron las encuestas incompletas.

6.1 TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Por conveniencia, se tomó al total de pacientes en puerperio inmediato al momento de aplicar las encuestas del HGZ #6 y que presentaron parto vaginal o cesárea, en el periodo comprendido de 1 de enero al 30 junio del 2013.

El total de pacientes encuestadas fue de 394 mujeres.

6.2 VARIABLES

6.2.1 Independientes

6.2.1.1 Edad

Definición conceptual: Tiempo de existencia desde el nacimiento hasta el momento actual.

Definición operacional: Para fines de este estudio se tomó la referida por la paciente al momento de la encuesta.

Indicador: Edad en años cumplidos al momento del estudio.

Escala de medición: Cuantitativa, nominal.

Análisis Estadístico: Media, moda, mediana y porcentaje.

6.2.1.2 Estado Civil

Definición conceptual: Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.

Definición operacional: Para fines de este estudio se consideró el estado civil como el estado referido por la paciente.

Indicador: 1. Soltera, 2. Casada, 3. Viuda, 4. Unión libre, 5. Divorciada, 6. Separada.

Escala de medición: Cualitativa, ordinal.

Análisis Estadístico: Frecuencias, porcentajes, X^2 .

6.2.1.3 Escolaridad.

Definición conceptual: Tiempo durante el cual un alumno asiste a la escuela en cualquier centro de enseñanza; conjunto de las enseñanzas y cursos que se imparten a los estudiantes en los establecimientos docentes.

Definición operacional: Para fines de este estudio se captó la escolaridad referida por el paciente en el cuestionario.

Indicador: 1. Primaria incompleta, 2. Primaria completa, 3. Secundaria incompleta, 4. Secundaria completa, 5. Preparatoria incompleta, 6. Preparatoria completa, 7. Carrera técnica, 8. Licenciatura incompleta, 9. Licenciatura completa.

Escala de medición: Cualitativa, ordinal.

Análisis Estadístico: Frecuencias, porcentajes, X^2 .

6.2.1.4 Ocupación

Definición conceptual: Trabajo que una persona realiza a cambio de dinero y de manera más o menos continuada.

Definición operacional: En este estudio se tomó el empleo referido por el paciente al momento del estudio.

Indicador: 1. Hogar, 2. Obrera, 3. Empleada, 4. Profesional, 5. Otros.

Escala de medición: Cualitativa, ordinal.

Análisis Estadístico: Frecuencias, porcentajes, X^2 .

6.2.1.5 Funcionalidad familiar

Definición conceptual: Se refiere a las funciones de la familia, las cuales pueden variar según el eje de estudio; así en la literatura se pueden encontrar diferencias al definir y establecer las funciones que la familia debe cumplir.

Definición operacional: Para fines de este estudio se tomó en cuenta el resultado obtenido de la escala de valoración APGAR familiar, que se aplicó a cada una de las pacientes que forman parte de las muestras junto con un familiar directo.

Indicador: 1. Disfuncional, 2. Funcional.

Escala de medición: Cualitativa, ordinal.

Análisis Estadístico: Frecuencias, porcentajes, X^2 .

6.2.2 Dependientes

6.2.2.1 Depresión posparto.

Definición conceptual: Se considera depresión posparto a cualquier enfermedad depresiva no psicótica que ocurre en la madre durante el primer año después del nacimiento.

Definición operacional: Para fines de este estudio se tomó el resultado obtenido en la escala de valoración diagnóstica de Edimburgo que se le aplicó a cada una de las pacientes que forman parte de las muestras.

Indicadores: Para fines de este estudio se tomó el resultado obtenido en la escala de Edimburgo donde: 1. Sin depresión. 2. Con depresión.

Escala de medición: Cualitativa, ordinal.

Análisis Estadístico: Frecuencias, porcentajes, χ^2

6.3 Análisis estadístico

El procesamiento y análisis de los datos se realizó de la siguiente manera: como se trata de un estudio descriptivo, utilizamos medidas de porcentaje, frecuencia y medias.

Para la realización del análisis estadístico se utilizó el software SPSS 20 con cruces de variables dependientes e independientes para correlacionar la depresión posparto con factores asociados.

VII. CONSIDERACIONES ÉTICAS.

Se aplicó formato de consentimiento informado a las pacientes explicando los lineamientos de bioética que afirman que no existe riesgo alguno en contra de su integridad física y únicamente se realizaron preguntas en forma confidencial. Este documento se encuentra apegado al reglamento de la Ley de Salud en Materia de Investigación (Ley General de Salud Artículo número 17: “Investigación sin riesgo”) en base al Artículo 14 se otorga dicho documento.

Todo lo anteriormente descrito se encuentra de acuerdo a los principios de toda investigación médica establecidos en la declaración de Helsinki del 11 al 31, aplicable cuando la investigación se combina con la atención médica.

Esta investigación no implica riesgos de los sujetos de estudio.

El presente trabajo de investigación será puesto a consideración de los comités de ética e investigación del IMSS para su análisis recomendaciones y correcciones pertinentes.

VIII. RECURSOS

Físicos (propios del alumno)

- Computadora personal.
- Impresora.
- Copiadora.
- Internet.
- USB (memoria externa).
- Material de escritorio: hojas de papel, lápices, plumas, borrador, calculadora, etc.

Humanos

- Asesor de Investigación teórico y metodológico.
- Alumno: Dra. Ma. del Refugio Macías Sustaita.

Financieros

- La totalidad de los gastos se realizaron con recursos propios del alumno.

IX. RESULTADOS

Tabla 1.

**DEPRESIÓN POSPARTO EN HGZ #6 DEL IMSS
EN CD. JUÁREZ CHIHUAHUA.**

DEPRESIÓN POSPARTO	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
SIN DEPRESIÓN	337	85.5	85.5	85.5
CON DEPRESIÓN	57	14.5	14.5	100.0
Total	394	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta 2013

En cuanto a la depresión posparto observada, encontramos un 14.5% (57 pacientes) con depresión posparto. Tabla 1.

Tabla 2.

**EDAD MEDIA EN RELACIÓN A DEPRESIÓN POSPARTO
EN HGZ #6 DEL IMSS EN CD. JUÁREZ CHIHUAHUA.**

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Edad	394	14	42	25.68	5.813
N válido (según lista)	394				

Fuente: Encuesta 2013

Tabla 3.

**EDAD EN RELACIÓN A DEPRESIÓN POSPARTO
EN HGZ #6 DEL IMSS EN CD. JUÁREZ CHIHUAHUA.**

Edad	DEPRESIÓN POSPARTO		Total
	SIN DEPRESIÓN	CON DEPRESIÓN	
14-19	37	10	47
20-24	134	15	149
25-29	86	9	95
30-34	52	14	66
35 y más	28	9	37
Total	337	57	394

Fuente: Encuesta 2013

En cuanto a la edad media fue de 25.68 años con una mínima de 14 y máxima de 42. Tabla 2. El grupo de edad que predominó fue el de 20-24 años con 149 pacientes (37.8%), de estas, encontramos 15 con depresión posparto (10%), seguido del grupo de edad de 30 a 34 años con 66 pacientes estudiadas (16.7%) y 14 de ellas con depresión posparto (21.2%).Tabla 3.

Tabla 4.

**ESCOLARIDAD EN RELACIÓN A DEPRESIÓN POSPARTO
EN HGZ #6 DEL IMSS EN CD. JUÁREZ CHIHUAHUA.**

Escolaridad	DEPRESIÓN POSPARTO		Total
	SIN DEPRESIÓN	CON DEPRESIÓN	
Primaria incompleta	11	0	11
Primaria completa	48	9	57
Secundaria incompleta	36	9	45
Secundaria completa	132	24	156
Preparatoria incompleta	52	8	60
Preparatoria completa	48	4	52
Carrera técnica	3	0	3
Licenciatura incompleta	4	3	7
Licenciatura Completa	3	0	3
Total	337	57	394

Fuente: Encuesta 2013

En cuanto a la escolaridad, se observó que 156 del total de pacientes estudiadas (39.5%) tienen secundaria completa y de estas; 24 pacientes presentaron depresión posparto (15.3%), seguido de 60 que tienen preparatoria incompleta (15.2%) de las cuales 8 presentaron depresión posparto (13.3%). Tabla 4.

Tabla 5.

**OCUPACIÓN EN RELACIÓN A DEPRESIÓN POSPARTO
EN HGZ #6 DEL IMSS EN CD. JUÁREZ CHIHUAHUA.**

Ocupación	DEPRESIÓN POSPARTO		Total
	SIN DEPRESIÓN	CON DEPRESIÓN	
Hogar	110	19	129
Obrera	149	23	172
Empleada	73	14	87
Profesional	1	0	1
Otros	4	1	5
Total	337	57	394

Fuente: Encuesta 2013

Referente a la ocupación del total de pacientes estudiadas, 172 son obreras (43.6%) y de estas 23 (13.3%) presentaron depresión posparto, seguidas de 129 pacientes que se dedican al hogar (32.7%), de las cuales 19 (14.7%) presentaron depresión posparto.

Tabla5.

TABLA 6.

**ESTADO CIVIL EN RELACIÓN A DEPRESIÓN POSPARTO
EN HGZ #6 DEL IMSS EN CD. JUÁREZ CHIHUAHUA.**

Estado civil	DEPRESIÓN POSPARTO		Total
	SIN DEPRESIÓN	CON DEPRESIÓN	
Soltera	22	8	30
Casada	187	21	208
Viuda	1	0	1
Unión libre	125	27	152
Divorciada	2	0	2
Separada	0	1	1
Total	337	57	394

Fuente: Encuesta 2013

En cuanto al estado civil, encontramos que la mayoría de las pacientes se encuentran casadas, en una cantidad de 208 (52.7%); de las cuales 21 presentaron depresión posparto (10%), seguido de unión libre, que fueron 152 (38.5%) de ellas, 27 presentaron depresión posparto (17.7). Tabla 6.

Tabla 7.

**NÚMERO DE HIJOS EN RELACIÓN A DEPRESIÓN POSPARTO
EN HGZ #6 DEL IMSS EN CD. JUÁREZ CHIHUAHUA.**

Número de hijos	DEPRESIÓN POSPARTO		Total
	SIN DEPRESIÓN	CON DEPRESIÓN	
1	99	14	113
2	138	27	165
3	74	9	83
4	24	6	30
5	2	1	3
Total	337	57	394

Fuente: Encuesta 2013

En lo que se refiere al número de hijos, encontramos que del total de las pacientes estudiadas, 165 tienen 2 hijos (41.8%), seguido de 113 con un hijo (28.6%); las que tienen 2 hijos, 27 presentaron depresión posparto (16.3%), seguido de 14 que tienen un hijo (12.3%).

Tabla 7.

Tabla 8.

**TERMINACIÓN DEL EMBARAZO EN RELACIÓN A DEPRESIÓN POSPARTO
EN HGZ #6 DEL IMSS EN CD. JUÁREZ CHIHUAHUA.**

Tipo de Parto	DEPRESIÓN POSPARTO		Total
	SIN DEPRESIÓN	CON DEPRESIÓN	
Vaginal	251	35	286
Cesárea	86	22	108
Total	337	57	394

Fuente: Encuesta 2013

En cuanto a la terminación del embarazo, 286(72.5%) tuvieron un parto vaginal y, de ellas, 35 (12.2%) presentaron depresión posparto; a 108(27.4%) se les realizó operación cesárea, de las cuales, cursaron con depresión 22 (20.3%). Tabla 8. Se observó un riesgo significativo de presentar depresión posparto en mujeres con parto vaginal con una X^2 de 4.19.

Tabla 9.

**CICLO VITAL FAMILIAR EN RELACIÓN A DEPRESIÓN POSPARTO
EN HGZ #6 DEL IMSS EN CD. JUÁREZ CHIHUAHUA.**

Ciclo Vital Familiar	DEPRESIÓN POSPARTO		Total
	SIN DEPRESIÓN	CON DEPRESIÓN	
EXPANSIÓN	195	31	226
DISPERSIÓN	134	22	156
INDEPENDENCIA	8	4	12
Total	337	57	394

Fuente: Encuesta 2013

Con respecto al ciclo vital en que se encontraba la familia de las pacientes al momento del estudio, se encontró que 226 estaban en etapa de expansión (57.3%) con depresión posparto 31 (13.7%), seguidas de 156 (39.5%) familias en etapa de dispersión, de estas con depresión posparto fueron 22 (14.1%). Tabla 9.

Tabla 10.

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN RELACIÓN A DEPRESIÓN POSPARTO
EN HGZ #6 DEL IMSS EN CD. JUÁREZ CHIHUAHUA.**

Funcionalidad Familiar	DEPRESIÓN POSPARTO		Total
	SIN DEPRESIÓN	CON DEPRESIÓN	
DISFUNCIONAL	3	11	14
FUNCIONAL	334	46	380
Total	337	57	394

Fuente: Encuesta 2013

Referente a la función familiar, se encontró que 380 pertenecen a una familia funcional (96.4%) y de ellas 46(12.1%) presentaron depresión posparto. Solo 14 (3.5%) pertenecen a una familia disfuncional, de las cuales 11 (78.5%) presentaron depresión posparto. Tabla 10.

X. DISCUSIÓN.

Los resultados de este estudio demuestran que, de acuerdo a la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo, 14.5% (57 pacientes) presentaron depresión posparto. En México se ha informado una prevalencia de esta patología del 17 al 22%.de acuerdo a Inés Ceballos Martínez, y cols.¹⁴; por lo que las cifras obtenidas en el presente estudio quedaron por debajo de la estadística en nuestro país. Sin embargo, concuerda con la prevalencia mundial reportada por Pérez R. y cols.³ que fue un 10 al 15%, de tal manera que nuestro estudio se encuentra entre estas cifras reportadas por la literatura.

En cuanto al grupo de edad, se encontró que en el de 34 años y más, hubo un 24.3% y en el grupo de 14 a 19 años un 21.2%, este último fue igual al de 30 a 34 años; todos esos porcentajes son mayores que el resto de los grupos de edad estudiados, lo que concuerda con la literatura que reporta según Claudia Wolf. y cols.³⁴ en el sentido en que la depresión posparto se presenta con mayor frecuencia en la adolescencia (menores de 19 años), así como en un estudio realizado por Logsdon y cols.³⁴ , en el que se encontró un 37% de pacientes adolescentes con síntomas de depresión posparto. De acuerdo con Graciela Rojas y cols.⁹ este padecimiento se presenta con mayor frecuencia en las edades extremas de las puérperas.

En cuanto a la escolaridad, el mayor porcentaje se presentó en las pacientes que tuvieron secundaria completa, con un 6%, la literatura reporta según Graciela Rojas y cols.⁹ que en el estudio realizado por ellos se encontró una correlación débil pero significativa entre la depresión posparto y una menor educación. De igual forma, Juan Escobar y cols.¹¹ encontraron la misma relación con un nivel educativo bajo. En el presente estudio la menor educación está representada por la primaria completa, y con ese nivel de educación se encontró solo un 2.2% de pacientes con depresión posparto. En esta particular variable, el presente estudio no concuerda con la literatura.

Referente a la ocupación, 5.8% de las pacientes fueron obreras, seguido de 4.8% dedicadas al hogar. Al respecto, la literatura reporta, según José Urdaneta M. y cols.¹², que las amas de casa de tiempo completo son particularmente propensas a la depresión posparto. De acuerdo con Mónica Flores y cols.¹³ un nivel socioeconómico bajo predispone al desarrollo de depresión posparto, lo que está directamente relacionado con un tipo de actividad laboral

pobremente remunerada, como es el caso de las trabajadoras obreras, por lo que el presente estudio concuerda con la literatura.

En cuanto al estado civil, encontramos que el mayor porcentaje de pacientes fue de 6.8% que se encontraban en unión libre, seguido de 5.3% de las que estaban casadas al momento de la encuesta. De acuerdo con Teresa Lartigue y cols.¹⁹ uno de los factores predisponentes para presentar depresión posparto es ser madre soltera, o bien, tener una pareja que no brinde apoyo emocional. Según Mayra Chávez y cols.⁴¹ las pacientes que enviudan son muy vulnerables a la depresión posparto, así como aquellas que sufren otro tipo de separación como el abandono o el divorcio. El presente estudio no concuerda con la literatura, ya que las pacientes que presentaron mayor índice de depresión posparto fueron las que contaban con una pareja, ya fuera que se encontraran casadas o en unión libre.

En lo que se refiere al número de hijos, encontramos que el 14.8% tienen 2 hijos, seguido de las que tienen un solo hijo con un 28.6%, lo que es contrario a lo que reporta un estudio de Kruckman y Smith, que concluyó que el nacimiento del primer hijo representa un estrés único y se correlaciona con la depresión posparto de manera más fuerte que en el caso del segundo o tercer parto. De acuerdo con Graciela Rojas y cols.⁹, la mayor paridad predispone a la depresión posparto. En un estudio de Latorre y cols. 3, la primiparidad no mostró ser un factor determinante, observándose la misma predisposición en las pacientes multíparas. Por lo anterior, el presente estudio concuerda con la literatura, según los dos últimos autores mencionados.

En cuanto a la terminación del embarazo, encontramos que 8.8% tuvo parto vía vaginal y 5.5% por operación cesárea; en la literatura se reporta según un estudio de José Urdaneta M. y cols.¹², que se presentó depresión posparto en el 64% de las pacientes con parto vaginal y el 36% en las pacientes con cesárea, por lo que el presente estudio concuerda con la literatura. De acuerdo con Juan Escobar y cols.¹¹, el tipo de parto no fue estadísticamente significativo en los resultados del estudio realizado por ellos.

Referente al ciclo vital en que se encontraba la familia de las pacientes al momento del estudio, encontramos que un 7.8% estaba en etapa de expansión, seguida de la etapa de dispersión, con un 5.5% y, finalmente, la etapa de independencia, con un 1%. En la literatura no se reporta la etapa del ciclo vital familiar en relación a la depresión posparto.

Referente a la funcionalidad familiar; encontramos que el 11.6% de pacientes eran familias funcionales y solo 2.7% presento disfuncionalidad familiar; en la literatura se reporta, según Ana María Póo y cols.¹⁰, como factor de riesgo para presentar depresión posparto, el contar con antecedentes de violencia familiar, tener una mala relación con el padre del hijo que nació, la calidad de la relación con los padres de la paciente y todo tipo de conductas negativas percibidas por la puérpera por su entorno familiar. Así, en el presente estudio se presentó más depresión posparto en pacientes con familias funcionales que en aquellas que eran disfuncionales, lo que no concuerda con la literatura.

XI. CONCLUSIONES.

La depresión posparto observada en el HGZ #6 en Cd. Juárez, Chihuahua, fue de 14.5% (57 pacientes).

Con respecto a la edad media, fue de 25.68 años con una mínima de 14 y máxima de 42. El porcentaje mayor de pacientes estudiadas fue en el grupo de edad de 20-24 años con 149 pacientes (37.8%), de estas encontramos 15 con depresión posparto (10%), seguido del grupo de 30 a 34 años con 66 (16.7%); y 14 de ellas con depresión posparto (21.2%).

En cuanto a la escolaridad, se observó que 156 pacientes (39.5%) tuvieron secundaria completa y de estas; 24 presentaron depresión posparto (15.3%), seguido de 60 con preparatoria incompleta (15.2%), de las cuales 8 también la presentaron (13.3%).

Referente a la ocupación, 172 son obreras (43.6%), y de estas 23 (13.3%) tuvieron depresión posparto, seguidas de 129 pacientes dedicadas al hogar (32.7%), de las cuales 19 (14.7%) presentaron la enfermedad.

En cuanto al estado civil, encontramos que el mayor porcentaje estuvo constituido por aquellas casadas con un número de 208 (52.7%), de las cuales 21 presentaron depresión posparto (10%), seguido de las pacientes en unión libre, que fueron 152 (38.5%), de ellas 27 tuvieron el padecimiento (17.7%).

En lo que se refiere al número de hijos, 165 pacientes tenían 2 (41.8%) seguido de 113 con un hijo (28.6%). De las que tuvieron 2 hijos; 27 presentaron depresión posparto (16.3%), seguido de 14 que también la presentaron y que tienen un hijo (12.3%).

En cuanto al tipo de terminación del embarazo, se encontró 286 tuvieron un parto vaginal (72.5%), y de ellas 35 presentaron depresión posparto (12.2%); al resto de las pacientes, es decir 108, se les realizó operación cesárea (27.4%), de las cuales cursaron con la enfermedad 22 (20.3%). Se observó un riesgo significativo de presentar depresión posparto en mujeres con parto vaginal con una X^2 de 4.19.

Con respecto al ciclo vital, se encontró que 226 familias de las pacientes estaban en etapa de expansión (57.3%) y de esas 31 presentaron depresión posparto (13.7%); seguidas de 156 en etapa de dispersión (39.5%), de las cuales las pacientes que tuvieron depresión posparto fueron 22 (14.1%).

Referente a la funcionalidad familiar, se encontró 380 pertenecen a una familia funcional (96.4%) y, de ellas, 46 presentaron depresión posparto (12.1%); 14 de las pacientes tienen una familia disfuncional (3.5%), de las cuales 11 presentaron depresión posparto (78.5%).

XII. RECOMENDACIONES.

A las autoridades gubernamentales del país y locales: Destinar mayores recursos a todos los sistemas de salud, con la finalidad de que se implementen programas sistematizados de detección y tratamiento para la depresión posparto. Además, establecer campañas educativas a nivel nacional dirigidas a la población en general, con la finalidad de concientizarlos acerca de la importancia del tratamiento de este padecimiento en beneficio de la unidad más importante de la sociedad, que es la familia.

A las autoridades del IMSS a nivel central: Capacitar al personal involucrado de todos los hospitales de segundo nivel del IMSS con respecto a la detección de depresión posparto como requerimiento, antes de emitir el alta de la paciente a su consulta de nivel primario de atención y, de esta forma, poder brindar la atención multidisciplinaria que se requiere en cada una de estas pacientes.

A las Unidades de Medicina Familiar: Establecer programas de capacitación para la búsqueda intencionada de pacientes con depresión posparto en sus consultas subsecuentes, ya que esta puede presentarse incluso un año después del parto, y, de esta manera, brindarle a las pacientes detectadas la atención que necesitan mediante su derivación a las especialidades correspondientes para su adecuado tratamiento.

A los médicos familiares: Capacitar a cerca de éste padecimiento y dar seguimiento a todas las pacientes desde la primera consulta posparto hasta un año después, con la finalidad de asegurar el diagnóstico de depresión posparto en el momento en que se presente y darle así un manejo oportuno y adecuado.

XIII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES											
	2012			2013				2014			
Actividades	ABR-JUN	JUL-SEP	OCT-DIC	ENE-MAR	ABR-JUN	JUL-SEP	OCT-DIC	ENE-MAR	ABR-JUN	JUL-SEP	OCT-NOV
Selección del tema	X										
Consulta bibliográfica		X									
Investigación de antecedentes científicos	X	X									
Revisión del anteproyecto con asesores		X	X								
Organización del protocolo			X								
Revisión de protocolo			X								
Aceptación del proyecto por el comité local de investigación en salud			X								
Aplicación de instrumentos de medición				X	X	X					
Recolección de datos				X	X	X					
Elaboración de la base de datos						X	X				
Codificación de datos							X	X			
Análisis								X	X		
Presentación de conclusiones									X	X	
Redacción de la tesis									X	X	
Publicación de la tesis										X	X
Publicación de resultados										X	X

XIV. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- García Vega M. Hernández García M. y cols. Trastornos del Estado de Ánimo en el Puerperio: Factores Psicosociales Predisponentes; Madrid España, Tesis Doctoral, 2010.
- 2.- Korman G. Sarudiansky M. Modelos Teóricos y Clínicos para la Conceptualización y Tratamiento de la Depresión, Subjetividad y Procesos Cognitivos. 2011, 15 (1): 119-145.
- 3.- Urdaneta M. J. Rivera S. A. y cols. Prevalencia de Depresión Posparto en Primigestas y Multíparas Valoradas por la Escala de Edimburgo, Rev.Chil.Obstet.Ginecol. 2010, 75 (5): 312-20.
- 4.- Barra A. F. Barra A. L. y cols. Depresión Posparto Hacia un Tratamiento Integral, Actualizaciones en Psicoterapia Integrativa. 2009, Vol. 1, 77-88.
- 5.- Vargas-Mendoza J. García J. M. y cols. Depresión Post-parto: Presencia y Manejo Psicológico, Centro Regional de Investigación en Psicología. 2009, 3 (1): 11-8.
- 6.- Romero-Gutiérrez G. Dueñas de la Rosa E. y cols. Prevalencia de Tristeza Materna y sus Factores Asociados, Ginecol.Obstet.Mex. 2010, 78 (1): 53-7.
- 7.- Jadresic M. E. Depresión en el Embarazo y el Puerperio, Rev.Chil.Neuro – Psiquiat. 2010, 48 (4): 269-78.
- 8.- Arranz Lara L. Ruiz Órnelas J. y cols. Modelo de Intervención Temprana en la Depresión Posparto en un Hospital de Tercer Nivel, Rev.Esp.Med.Quir. 2012, 17 (2): 100- 108.
- 9.- Rojas G. Fritsch R. y cols. Caracterización de Madres Deprimidas en el Posparto, Rev.Med. Chile. 2010, 138: 536-42.

- 10.- Póo F.A. Espejo S. C. y cols. Prevalencia y Factores de Riesgo Asociados a la Depresión Posparto en Puérperas de un Centro de Atención Primaria en el Sur de Chile, Rev.Med. Chile. 2008, 136 (1): 44-52.
- 11.- Escobar J. Pacora P. y cols. Depresión Posparto: ¿Se encuentra Asociada a la Violencia Basada en Género? 2008, 70 (2): 115-8.
- 12.- Urdaneta M. J. Rivera S. A. y cols. Factores de Riesgo de Depresión Posparto en Puérperas Venezolanas Valoradas por Medio de la Escala de Edimburgo, Rev.Chil.Obstet.Ginecol. 2011, 76 (2): 102-12.
- 13.- Flores-Ramos M. Los Trastornos Mentales Relacionados a la Edad Reproductiva de la Mujer: Una Nueva Propuesta en el Campo de Salud Mental, Gaceta Médica de México. 2011, 147: 33-7.
- 14.- Ceballos-Martínez I. Sandoval-Jurado L. y cols.; Depresión Durante el Embarazo. Epidemiología en Mujeres Mexicanas, Rev.Med.Inst.Mex. Seguro Soc. 2010, 48 (1): 71-4.
- 15.- Ruiz Flores L. Colín Piana R. y cols. Trastorno Depresivo Mayor en México: La Relación Entre la Intensidad de la Depresión, los Síntomas Físicos Dolorosos y la Calidad de Vida, Salud Mental. 2007, 30 (2): pp. 25-32.
- 16.- Martín Camacho J. Los Diagnósticos y el DSM – IV. 2006, 1-7.
- 17.- Campbell S. Depresión Materna y la Adaptación de los Niños Durante la Primera Infancia, Enciclopedia Sobre el Desarrollo de la Primera Infancia. 2011, 1-5.
- 18.- Arranz Lara L. Aguirre Rivera W. y cols. Enfoque Multidisciplinario en la Depresión Posparto, Ginecol.Obstet.Mex. 2008, 76 (6): 341-8.

- 19.- Montes Carol y cols. La Depresión y su Etiología: Una Patología Compleja. Salud mental. 2012: pp. 3-15.
20. Lartigue T. Maldonado-Durán J. Depresión en la Etapa Perinatal, Perinatol.Reprod.Hum. 2008, 22 (2): 111-131.
- 21.- Guarino L. Sensibilidad Emocional, Afrontamiento, Salud y Calidad de Vida Percibida Durante el Embarazo, Psicología y Salud. 2010, 20 (2): 179-188.
- 22.- Gómea Ayala A. Depresión en el Embarazo y el Posparto, Educación Sanitaria. 2007, 26 (1): pp. 44-53 enero.
- 23.- Gonzales Gallegos J. La Familia como Sistema, Rev. Paceaña Med.Fam. 2007, 4 (6): 111-14.
- 24.- Cuadra-Peralta A. Veloso-Besio C. y cols. Resultados de Psicoterapia Positiva en Pacientes con Depresión, Sociedad Chilena de Psicología Clínica. 2010, 28 (1): 127-34.
- 25.- Vargas Zambrana R. Funcionalidad Familiar y Redes de Apoyo Social en la Depresión Postparto en el Hospital Obrero Nro. 2 CNS CBBA 2005, Rev. Cochab. Med. Fam. 2008, 1:1 pp. 21-26 Diciembre.
- 26.- Marín Morales D. Bullones Rodríguez M. y cols. Influencia de los Factores Psicológicos en el Embarazo, Parto y Puerperio, Un estudio Longitudinal; Nure Investigación. 2008, No. 37, Noviembre–Diciembre.
- 27.- Cooper P. Murray L. y cols. Tratamiento y Depresión Posparto, Enciclopedia Sobre el Desarrollo en la Primera Infancia. 2010, pp. 1-5.
- 28.- Maldonado-Durán M. Lartigue T. y cols. Trastornos de Ansiedad en la Etapa Perinatal, Perinatol. Reprod. Hum. 2008, 22 (2): 100-10.

- 29.- Toranzo Pérez G. Efectos de un Programa Preventivo Prenatal para la Depresión Puerperal en Primigestas, *Cultura: Lima (Perú)*. 2009, 23: 001-100.
- 30.- Lizondo R. G. Llanque V. C. Depresión, *Rev. Paceaña Med. Fam.* 2008, 5 (7): 24-31.
- 31.- Gómez Restrepo C. Bohórquez Peñaranda A. y cols. Exactitud en el Diagnóstico de Depresión por Médicos de Atención Primaria Después de una Intervención Educativa, *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2007, vol. XXXVI, número 003, pp. 439-50.
- 32.- O'Connor T. Burke A. Depresión Materna: Comentarios sobre Cummings & Kouros; Campbell; Goodman & Rouse; Toth & Peltz; and Cooper, Murray & Halligan, *Enciclopedia sobre el Desarrollo de la Primera Infancia*. 2011, pp. 1-7.
- 33.- Maldonado-Durán J. Saucedo-García J. y cols. Psicosis no Orgánica y Otros Trastornos Mentales Graves en la Etapa Perinatal, *Perinatol. Reprod. Hum.* 2008, 22(2):90-9.
- 34.- Cervantes Navarrete J. Corlay Noriega I. y cols. Manual para el Diagnóstico y Tratamiento del Espectro Depresión, Insomnio, Ansiedad, *Productos Medix S.A. de C.V.* 2007-2008, pp. 1-198
- 35.- Wolff L. C. Valenzuela X. P. y cols. Depresión Posparto en el Embarazo Adolescente: Análisis del Problema y sus Consecuencias, *Rev. Chil. Obstet. Ginecol.* 2008, 74 (3): 151-58.
- 36.- Oquendo C.M. Lartigue B. T. y cols. Validez y Seguridad de la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgo como Prueba de Tamiz para Detectar Depresión Perinatal, *Perinatol. Reprod. Hum.* 2008, 22 (3): 195-202.
- 37.- Luján Draghi S. Depresión en el Embarazo, *Revista de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires*. 2009, 88-No. 982, pp. 234-39.

- 38.- Cassano P. Argibay P. Depresión y Neuroplasticidad. Interacción de los Sistemas Nervioso, Endócrino e Inmune. Medicina Buenos Aires. 2010, 70: 185-93.
- 39.- Chávez- Courtois M. Hernández-Maldonado A. y cols. Experiencia Grupal de Mujeres Embarazadas y en Etapa Posparto, y su Relación con la Depresión y Algunos Factores Sociales, Perinatol. Reprod. Hum. 2008, 22 (4): 270-78.
- 40.- Minsal S. Tratamiento de Personas con Depresión, Guía Clínica, 2009, Ministerio de Salud, pp. 1-90.
- 41.- Alarcón Terroso R. Gea Serrano A. y cols. Guía Práctica Clínica de los Trastornos Depresivos, Subdirección General de Salud Mental y Subdirección General de Atención Primaria, Urgencias y Emergencias Servicio Murciano de Salud. 2007, pp. 1-85.
- 42.- Inmaculada Fernández E. Almudena Aniño A. y cols. Criterios de Utilización de Antidepresivos en Pacientes con Depresión Mayor. 2011, vol. 2, pp. 1-24.
- 43.- Irigoyen Coria A. Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar. Editorial Medicina Familiar Mexicana, Tercera Edición, Capítulo 3, pp. 47-53.
- 44.- Mercado Rivas M. Pérez Sánchez L. y cols. Pautas de Relación en Familias con Miembro Diagnosticado con Depresión Posparto, Revista Electrónica de Psicología Iztacala. 2011, 14 (1): 116-42.
- 45.- Membrillo Luna A. Fernández Ortega M. Familia. Introducción al Estudio de sus Elementos. Editores de Textos mexicanos, Capítulo 11, pp. 179-90 y Capítulo 14 pp. 179-190.
- 46.- Medellín Fontes M. Rivera Heredia M. y cols. Funcionamiento Familiar y su Relación con las Redes de Apoyo Social en una Muestra de Morelia, México, Salud Mental. 2012, 35 (2): 147-54.

47.- Pérez Sánchez L. Mercado Rivas M. y cols. La familia y los Procesos de Enfermar, Área de Ciencia de la Salud Unidad Académica de Medicina UAN. 2009, 1 (1): 66-71.

XV. ANEXOS.

ANEXO I.



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

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Depresión posparto y su impacto en el núcleo familiar, en mujeres del HGZ #6 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Ciudad Juárez, Chihuahua
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica.
Lugar y fecha:	Ciudad Juárez, Chihuahua. HGZ #6 Lic. Benito Juárez del IMSS, en el periodo comprendido del 1 de enero del 2013 al 30 de junio 2013.
Número de registro:	R – 2012 – 802 - 60
Justificación y objetivo del estudio:	La depresión asociada al posparto es un trastorno frecuente. Actualmente se reportan altas prevalencias de esta patología, de las cuales 10% es grave y requiere tratamiento psicológico y farmacológico, lo cual afecta directamente a la familia, considerándose como una crisis familiar. Debido a esto, es importante determinar la prevalencia de esta enfermedad en nuestro medio y el impacto que ocasiona en el núcleo familiar. El objetivo al realizar este estudio es tratar de identificar la frecuencia con que se presenta este problema en nuestro medio y su impacto en la familia, con la finalidad de encontrar las mejores opciones para su manejo oportuno y adecuado.
Procedimientos:	En caso de aceptar participar en el estudio se le realizará una serie de preguntas sobre su estado de ánimo, y la forma en cómo interactúa en su núcleo familiar.
Posibles riesgos y molestias:	Este estudio no conlleva ningún riesgo para usted, el paciente o su familia.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Al realizar este estudio se espera encontrar cuantas pacientes presentan este diagnóstico, y tratar de identificar la repercusión que esta enfermedad tiene en el núcleo

	familiar. El presente estudio permitirá que en un futuro se unifiquen criterios de las diferentes especialidades, y así otras pacientes puedan beneficiarse del conocimiento obtenido y logren mejores tratamientos y poder así mejorar el estilo de vida familiar.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	La sospecha diagnóstica y las alternativas de tratamiento serán informadas al término del llenado del formulario, de ser positivo o sospechoso será referido con el médico familiar para su envío a segundo nivel a la prescripción del tratamiento farmacológico.
Participación o retiro:	Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, pudiendo informar o no, las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad.
Privacidad y confidencialidad:	La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada paciente, será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores.
En caso de colección de material biológico (si aplica): <u>No aplica.</u>	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra. Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio. Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	De ser diagnosticada correctamente, el tratamiento farmacológico (antidepresivos) se encuentra disponible en primer nivel, después de la valoración por segundo nivel.
Beneficios al término del estudio:	El beneficio que puede tener la paciente al ser diagnosticada, es el inicio del tratamiento oportuno, para disminuir el impacto familiar así como las comorbilidades.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Dra. Ma. del Refugio Macías Sustaita.
Colaboradores:	Dra. María Dolores Meléndez, Dr. Martín Alberto López Meza, Dr. Humberto Campos Favela.
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la 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: comision.etica@imss.gob.mx	

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Nombre y firma de ambos padres o
tutores o representante legal

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.

Clave: 2810-009-013



ANEXO 2



ESCALA DE VALORACIÓN DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR

APGAR FAMILIAR

Preguntas	Paciente 1			Paciente 2		
	Nunca	Algunas Veces	Siempre	Nunca	Algunas Veces	Siempre
	(0)	(1)	(2)	(0)	(1)	(2)
1. Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad.						
2. Me satisface la participación que mi familia brinda y permite.						
3. Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.						
4. Me satisface como mi familia expresa afectos y responde a mis emociones como rabia, tristeza, amor.						
5. Me satisface como compartimos en familia: a) El tiempo para						

estar juntos, b) Los espacios en la casa y c) El dinero.						
Total	Paciente 1			Paciente 2		

Puntaje para la valoración del APGAR familiar

Disfunción familiar severa	0-3
Disfunción familiar leve	4-6
Normofuncional	7-10



ANEXO 3



HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Instituto Mexicano del Seguro Social

DATOS GENERALES:

FECHA: _____

EDAD: _____

PESO _____ Kg.

TALLA _____ cm.

OCUPACIÓN:

1. Hogar, 2. Obrera, 3. Empleada, 4. Profesional, 5. Otros.

ESCOLARIDAD:

1. Primaria incompleta, 2. Primaria completa, 3. Secundaria incompleta, 4. Secundaria completa, 5. Preparatoria incompleta, 6. Preparatoria completa, 7. Carrera técnica, 8. Licenciatura incompleta, 9. Licenciatura completa.

ESTADO CIVIL:

1. Soltera, 2. Casada, 3. Viuda, 4. Unión libre, 5. Divorciada, 6. Separada.

HIJOS:

¿Cuántos hijos tiene? _____

¿Cuántos de sus hijos viven con usted? _____

¿Cada uno de sus hijos estudia o trabaja? _____

TERMINACION DEL EMBARAZO: Vaginal _____ Cesárea _____



ANEXO 4



ESCALA DE DEPRESIÓN POSPARTO DE EDIMBURGO

En los últimos siete días:

PREGUNTA	VALOR	
1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas.	0. Tanto como siempre.	
	1. No tanto ahora.	
	2. Mucho menos.	
	3. No, no he podido.	
2. He mirado el futuro con placer.	0. Tanto como siempre.	
	1. Algo menos de lo que lo solía hacer.	
	2. Definitivamente menos.	
	3. No, nada.	
3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien.	3. Si, la mayoría de las veces.	
	2. Si, algunas veces.	
	1. No muy a menudo.	
	0. No, nunca.	
4. He estado preocupada y ansiosa sin motivo.	0. No, para nada.	
	1. Casi nada.	
	2. Si, a veces.	

	3. Si, a menudo.	
5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno.	3. Si, bastante.	
	2. Si, a veces.	
	1. No, no mucho.	
	0. No, nada.	
6. Las cosas me superan, me sobrepasan.	3. Si, la mayor parte de las veces.	
	2. Si, a veces.	
	1. No, casi nunca.	
	0. No, nada.	
7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir.	3. Si, la mayoría de las veces	
	2. Si, a veces.	
	1. No muy a menudo.	
	0. No, nada.	
8. Me he sentido triste y desgraciada.	3. Si, casi siempre.	
	2. Si, bastante a menudo.	
	1. No muy a menudo.	
	0. No, nada.	
9. He sido tan infeliz que he estado llorando.	3. Si, casi siempre.	
	2. Si, bastante a menudo.	

	1. Solo en ocasiones.	
	0. No, nunca.	
10. He pensado en hacerme daño a mí misma.	3. Si, bastante a menudo.	
	2. A veces.	
	1. Casi nunca.	
	0. No, nunca.	
TOTAL		

Un puntaje mayor de 12 indica presencia de depresión durante las últimas semanas.

"2014, Año de Océano Paz"

Dictamen de Modificación Autorizada

COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN Y ÉTICA EN INVESTIGACIÓN EN SALUD-802
U MED FAMILIAR NUM 46, CHIHUAHUA

FECHA 03/07/2014

DR.(A). MARIA DOLORES MELÉNDEZ VELÁZQUEZ

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que la modificación al protocolo de investigación en salud con título: **DEPRESION POSPARTO Y SU IMPACTO EN EL NUCLEO FAMILIAR EN MUJERES DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 6 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN CD. JUAREZ CHIHUAHUA EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL PRIMERO DE ENERO Y EL 31 DE JULIO DEL AÑO 2013** y con número de registro institucional: **R-2012-802-60** y que consiste en:

Cambio de autor responsable

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, 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 **MODIFICACION AUTORIZADA**.

ATENTAMENTE

DR.(A). ANDRES JUAREZ AHUMADA
PRESIDENTE DEL COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN Y ÉTICA EN INVESTIGACIÓN EN SALUD No.802

IMSS

HELEBENITE N N S OZEMOAH N N N N N



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRÁCTICAS MÉDICAS
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud

Díctamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 802
J MED FAMILIAR KUN ILE, CHIHUAHUA

FECHA 12/12/2012

DRA. MARIA DOLORES HELÉNDEZ VELÁZQUEZ

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

DEPRESIÓN POSPARTO Y SU IMPACTO EN EL NÚCLEO FAMILIAR EN MUJERES DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 6 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN CD. JUAREZ CHIHUAHUA EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL PRIMERO DE ENERO Y EL 31 DE JULIO DEL AÑO 2013

que usted sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la validez metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2012-802-60

ATENTAMENTE

DR. SALVADOR BENJAMÍN HINOJOSA HERNÁNDEZ
Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 802

IMSS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL