



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL SAN VICENTE  
SISTEMA INCORPORADO A LA  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO CLAVE 8725-12

**PREVALENCIA DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA POSPARTO EN  
UNA INSTITUCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA PRIVADA**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PRESENTAN:

**KARLA CECILIA VALENCIA TREVIÑO  
ILSE YARELI GUERRERO CARRIZALES**

ASESOR DE TESIS

**MCE. MIRTHALA VAZQUEZ MARTINEZ**

MONTERREY, NUEVO LEÓN, MÉXICO, 2022



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## DICTAMEN

**NOMBRE DEL TESISISTA:** MIRTHALA VÁZQUEZ MARTÍNEZ

**NOMBRE DE LA TESIS:** PREVALENCIA DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA  
POSPARTO EN UNA INSTITUCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA PRIVADA

**GRADO A RECIBIR:** LICENCIATURA

**NOMBRE DE LA LICENCIATURA:** LICENCIADA EN ENFERMERIA Y  
OBSTETRICIA

**LUGAR Y FECHA:** Monterrey, Nuevo León, México. Junio 2022

El que suscribe a Mirthala Vázquez Martínez MCE acreditado por la ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL SANVICENTE A.C. Incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México Clave 8725-12 como asesor de tesis de la carrera de enfermería, hace constar que el trabajo de tesis aquí mencionado. Cumple con todos los requerimientos establecidos por esta institución, para optar por el grado de licenciado de enfermería.

Se autoriza a las alumnas tesisistas presentarla ante el jurado examinador para su réplica.

ATENTAMENTE

---

MCE: Mirthala Vázquez Martínez.

Asesor de Tesis

# **PREVALENCIA DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA POSPARTO EN UNA INSTITUCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA PRIVADA**

---

MCE. María Eugenia Reyna Rodríguez  
PRESIDENTE

---

MCE: Mirthala Vázquez Martínez.

VOCAL

---

MSP. Dora Elia Silva Luna  
SECRETARIO

---

MES. Alma Rosa Rodríguez García  
SUPLENTE

## DEDICATORIA

A Dios, por darme la vida, todo lo puedo en el que me da fortalezas, para seguir hacia adelante.

A mis padres, por darme todo su apoyo y por ser siempre para mí, un ejemplo a seguir.

Karla

La dedico principalmente a Dios, que me acompaña en todo momento y por no abandonarme en este camino.

En especial a mis padres, por su apoyo en todo momento de mi vida, en mis estudios y en este proceso.

A mi pareja por estar en todo momento, apoyándome, por sus palabras de aliento y motivación.

Ilse

## AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios y a mi familia, por todo el apoyo incondicional que me brindaron durante todos los años de mi carrera, en la cual me impulsaron a ser una mejor persona y así buscar la excelencia profesional sin importar los obstáculos que se presentaran.

A mis profesores por sus enseñanzas, por sus consejos y así poder brindarme las herramientas necesarias para mi formación y el amor a esta maravillosa profesión como lo es la Enfermería.

Karla

A mi tutor

Mirthala Vázquez, sin usted y sus virtudes, su paciencia y constancia, este trabajo no lo hubiese logrado tan fácil. Sus consejos fueron siempre útiles, muchas gracias por sus múltiples palabras de aliento, cuando más las necesite; por estar allí a pesar de tener más trabajo atrás, gracias por sus orientaciones.

A mis padres

A ustedes han sido siempre el motor que impulsa mis sueños y esperanzas, han sido mis mejores guías de vida. Hoy cuando concluyo mis estudios, les dedico a ustedes este logro amados padres, como una meta más conquistada. Orgullosa de haberlos elegido como mis padres y que estén a mi lado en este momento tan importante.

Gracias por ser quienes son y por creer en mí.

Ilse

## RESUMEN

Escuela de Enfermería del Hospital de San Vicente. Monterrey, Nuevo León  
Incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México

Título del Estudio: **PREVALENCIA DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA POSPARTO EN UNA INSTITUCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA PRIVADA**

Número de páginas: 66

Candidatas a obtener el grado de:  
Licenciatura en Enfermería y Obstetricia

Área de Estudio: Comunidad

**Objetivo de estudio:** El objetivo fue describir la prevalencia de sintomatología depresiva en púerperas de una institución de atención médica privada.

**Metodología:** El diseño de estudio es descriptivo, transversal, de una sola medición, el universo de estudio se conformó por pacientes púerperas de un hospital privado de Monterrey, Nuevo León, Se eligió la técnica muestral no probabilística, por conveniencia, por lo que la técnica muestral es de 55 pacientes internadas o que acudieron a la consulta externa en un período de 30 días en el mes de aplicación del instrumento. Para la recolección de la información se utilizó una cédula de datos sociodemográficos diseñada para el estudio, así como la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) publicada por Cox, Holden y Sabovsky en 1987, para evaluar la sintomatología depresiva durante el período posnatal.

**Resultados:** El 54.6 % de las participantes no presentó datos de sintomatología depresiva, mientras que el 45.4% (25) pacientes de las que participaron en el estudio, presentaron puntuaciones por arriba de 10, se logró observar, que de las 25 participantes que presentaron datos de sintomatología depresiva, prevalece el estado civil casada y soltera, ambos con un 36%, mientras que el 28% se encuentra en unión libre, en relación al nivel de escolaridad, el 44% cuenta con estudios de nivel secundaria y el resto se divide entre los niveles básico, hasta profesional, en cuanto a la religión que se profesa, un gran porcentaje 88%, profesa la religión católica, así mismo, se observó que el total de las pacientes ya contaban con al menos un embarazo previo 56% y el resto 44% con 2 o más embarazos previos, no encontrándose pacientes primigestas en los resultados obtenidos.

**Conclusión:** La aplicación de la escala de Edimburgo para depresión posparto aplicada en el presente estudio, facilitó la detección de sintomatología depresiva durante el período de puerperio de la mujer, lo que nos permite demostrar, la importancia de incluir esta evaluación en la mujer gestante desde el período perinatal, con la finalidad de detectar y tratar oportunamente los trastornos depresivos relacionados con la gestación y puerperio.

Palabras clave: riesgo, depresión, posparto.

FIRMA DEL ASESOR DE TESIS: \_\_\_\_\_

## INDICE

<b>RESUMEN .....</b>	<b>V</b>
<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>1</b>
<b>ESQUEMA DE LA INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>4</b>
2.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
2.2. JUSTIFICACIÓN.....	6
2.3. OBJETIVOS .....	7
2.3.1. <i>Objetivo General.</i> .....	7
2.3.2. <i>Objetivos Específicos.</i> .....	7
<b>REVISIÓN DE LITERATURA.....</b>	<b>8</b>
<b>MARCO TEÓRICO. ....</b>	<b>11</b>
<b>METODOLOGÍA.....</b>	<b>16</b>
5.1. TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO.....	16
5.2. UNIVERSO Y MUESTRA.....	17
5.2.1. <i>Técnica muestral.</i> .....	17
5.2.2. <i>Tamaño de muestra.</i> .....	17
5.3. CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA.....	18
5.3.1. <i>Criterios de Inclusión.</i> .....	18
5.3.2. <i>Criterios de Exclusión.</i> .....	18
5.3.3. <i>Criterios de Eliminación.</i> .....	18
5.5. VARIABLES DE ESTUDIO .....	19
5.5.1. <i>Variable Dependiente.</i> .....	19
5.5.2. <i>Variable Independiente.</i> .....	19
5.5.3. <i>Variables Intervinientes.</i> .....	20
5.6. RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	24
5.6.1 <i>Instrumento de recolección.</i> .....	24
5.7. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD .....	26
5.8. ANÁLISIS ESTADÍSTICO .....	26
5.9. LINEAMIENTOS ÉTICOS.....	27
5.10. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS.....	28
<b>RESULTADOS.....</b>	<b>29</b>
6.1. RESULTADOS DESCRIPTIVOS .....	29
<b>DISCUSIÓN.....</b>	<b>39</b>
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>42</b>
<b>SUGERENCIAS E IMPACTO DEL ESTUDIO, LIMITACIONES .....</b>	<b>44</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>46</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>52</b>
ANEXO 1.....	53



ANEXO 2. ....	54
ANEXO 3. ....	55
ANEXO 4. ....	56

### **Lista de Figuras**

FIGURA 1. ESTADO CIVIL.....	30
FIGURA 2. ESCOLARIDAD .....	31
FIGURA 3. RELIGIÓN .....	32
FIGURA 4. TIPO DE PARTO .....	32
FIGURA 5. PREVALENCIA DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA POSPARTO (EPDS) .....	37

### **Lista de Tablas**

TABLA 1. EDAD DE LA MADRE Y DEL NIÑO (A) .....	29
TABLA 2. EMBARAZOS, PARTOS Y CONSULTAS PRENATALES .....	30
TABLA 3. TRIMESTRE EN QUE INICIA EL CONTROL PRENATAL/CONTROL DEL EMBARAZO .....	33
TABLA 4. ANTECEDENTES DE DEPRESIÓN PRENATALES .....	34
TABLA 5. SERVICIO MÉDICO.....	34
TABLA 6. ESCALA DE DEPRESIÓN POSTNATAL DE EDIMBURGO (EPDS).....	35
TABLA 7. ESCALA DE DEPRESIÓN POSTNATAL DE EDIMBURGO (EPDS).....	38

## **CAPÍTULO I.**

### **INTRODUCCIÓN**

El embarazo es una etapa de gran trascendencia en la vida de la mujer, en la que se producen diferentes cambios físicos, fisiológicos, psicológicos y emocionales. Además de ser una etapa de adaptación familiar, social, y laboral, lo que produce un cambio vital en sus diferentes roles y en todo su entorno.

Uno de los principales cambios que repercuten de mayor manera en el período de gestación y puerperio, son los cambios emocionales que se presentan, por lo que es de gran relevancia e importancia, proporcionar una atención y acompañamiento a la mujer, durante éste período, con la finalidad de prevenir estados depresivos.

La depresión es una enfermedad común pero grave que interfiere con la vida diaria, con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer y disfrutar de la vida, es causada por una combinación de factores genéticos, biológicos, ambientales y psicológicos.

La Depresión posparto (DPP) es el trastorno de ánimo más común del puerperio. A nivel mundial se calcula que afecta a las mujeres principalmente en el primer trimestre posparto, su diagnóstico confiere dificultades, confundiendo sus síntomas con la adaptación normal al puerperio, lo que provoca bajas tasas de diagnóstico y tratamiento, entre los factores asociados a estos cuadros están: la adaptación materna a la etapa, la percepción de auto eficacia, la regulación de ritmos fisiológicos del recién nacido (RN) y la disposición de una lactancia materna exitosa.

Es una enfermedad que impacta negativamente al entorno familiar. La Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que 20 a 40% de mujeres padecen depresión durante el embarazo o posparto en países en desarrollo y que afecta cientos de mujeres cada año. Así

mismo, la OMS ha identificado a la mejora de la salud mental materna como una parte fundamental de los objetivos de desarrollo del milenio.

En Latinoamérica, la depresión posparto es un trastorno mental afectivo severo, que afecta hasta al 56% de las mujeres latinas residentes en México y Estados Unidos durante los primeros 4 meses tras el nacimiento de su bebé.

En los Estados Unidos de América (EUA) existe una prevalencia que va del 10 al 50%, lo que la convierte en uno de los trastornos posparto más comunes. En ese país, la DPP es un importante problema de salud pública asociada con los riesgos tanto para las madres como para los niños, incluidos los partos prematuros, el deterioro del vínculo entre la madre y el niño, y que afectan el desarrollo cognitivo y social en los niños. Bodnar 2017.

Es importante considerar que un estado depresivo en éste período pos parto, afecta significativamente no sólo a la mujer puérpera, sino que se ve afectado todo el entorno familiar, social, laboral; repercutiendo negativamente en el desarrollo de sus actividades, ya que pueden sentirse tristes y ansiosas, llorar, referir concentración deficiente y tener problemas para dormir. Esto persiste de una a dos semanas y suele tener pocas complicaciones. Pero alrededor de 10% de las mujeres desarrolla síntomas suficientes para recibir el diagnóstico de trastorno depresivo. Manual of Mental Disorders (DSM-5).

En el presente trabajo se pretende determinar la prevalencia de sintomatología depresiva en puérperas, de una institución dedicada a la atención médica obstétrica privada en Monterrey, Nuevo León, a fin de proponer estrategias que mejoren la detección oportuna de sintomatología depresiva en las mujeres que acuden a recibir atención médica en ésta institución, de tal manera que se puedan establecer protocolos de atención y seguimiento a los grupos de riesgo.

Basado en lo que menciona Wilson, Wynter, Fisher & Bei, 2018, que la sintomatología depresiva materna puede estar presente hasta los dos primeros años después del parto, esta investigación se extiende a los 90 días pos parto.

## **CAPITULO II.**

### **ESQUEMA DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **2.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

Los antecedentes de DPP son un factor de riesgo muy importante para presentar un trastorno depresivo mayor. Suele iniciar en las primeras doce semanas después del parto, se relaciona con una baja capacidad de respuesta materna e interacciones deficientes entre la madre y el niño, particularmente en éste, puede llegar a presentar-retraso del desarrollo en la primera infancia, déficit en el desarrollo del lenguaje, un menor desarrollo cognitivo y psicomotor infantil, deficiencias en el compromiso social, regulación de las emociones y psicopatología infantil.

Por lo tanto, existe una alta probabilidad de que la DPP influya negativamente sobre la madre a la hora de establecer un buen vínculo con su hijo. Siendo posible mejorar esta relación madre-hijo y disminuir los síntomas depresivos de la madre, mediante la inclusión a un programa de seguimiento y apoyo psicológico y de terapia, con la finalidad de brindar una oportuna atención multidisciplinaria.

Según OPS y OMS en la Región de las Américas los trastornos mentales, neurológicos y el suicidio representan alrededor de un 34% del total de años vividos con discapacidad, siendo los trastornos depresivos la principal causa de discapacidad.

En México, al igual que en otros países, la depresión es más frecuente en las mujeres que en los hombres, con cifras de 10.4% y 5.4%, respectivamente. Esta brecha es más amplia en el periodo reproductivo.

La DPP cambia a lo largo del tiempo y en cada área, por lo que se sugiere se lleve a cabo una evaluación periódica de los factores de riesgo en cada institución de salud, con el objetivo de crear y desarrollar intervenciones adecuadas al tratamiento que no solo impacten a la mujer durante su embarazo, parto y puerperio.

En 2017, la Secretaría de Salud destinó para la salud mental el 2% del presupuesto total asignado, del cual se emplea un 80% para mantener hospitales psiquiátricos y muy poco se destina a detección, prevención y rehabilitación, por ende, se ha provocado que la Salud Mental en México sea una de las especialidades menos atendidas hasta la fecha.

En México, existen escasos estudios de DPP realizados que nos proporcionen un panorama más amplio de la situación actual a nivel nacional, tampoco se encuentran estudios recientes a nivel estatal, que sirvan como punto de partida o comparativo para determinar y evaluar las acciones que se están realizando en cuanto a prevención y detección de DPP.

Por lo anteriormente expuesto surge la siguiente pregunta de investigación:

**¿Cuál es la prevalencia de Sintomatología Depresiva en puérperas de una institución de atención médica privada en Monterrey, Nuevo León?**

## 2.2. JUSTIFICACIÓN

La depresión es un trastorno que afecta la calidad de vida de quien la padece y de quienes la rodean, supone una secuencia de estadios o de gravedad de síntomas, que va desde mínima depresión hasta depresión grave.

La DPP es una patología frecuente, sin embargo, muchas veces pasa desapercibida tanto para los profesionales de la salud como para la propia paciente, lo que la hace más vulnerable a que se agrave. Las implicaciones sociales de este tipo de depresión, es la desintegración en los vínculos familiares y que dan como resultado alteración en la relación madre-hijo por el rechazo, hostilidad o críticas frecuentes e indiferencia afectiva para con el producto y hacia la pareja.

Es durante las visitas médicas del posparto, donde se tiene la oportunidad de detectar oportunamente datos de sintomatología depresiva, por ser el primer contacto durante el puerperio.

De la misma manera, el personal de enfermería tendrá la oportunidad de identificar aquellos signos y síntomas de alarma al realizar su valoración de enfermería en el puerperio inmediato y mediato, incluso más allá de este tiempo mencionado, ya que no existe un consenso específico del tiempo en el que puede presentarse la DPP.

No hay estudios suficientes, tanto a nivel local como nacional, que nos den un amplio panorama del comportamiento de ésta afectación tan importante, que se desarrolla en el período del puerperio de la mujer

Por lo anterior, se pretende que, con la realización de éste estudio, se logren presentar resultados que determinen estadísticas de prevalencia de sintomatología depresiva en un grupo de estudio, y con ello, la institución pueda buscar e implementar estrategias y alternativas de tratamientos o de mejora en esta población tan vulnerable.

El desarrollo del presente estudio, puede marcar una pauta para que se promueva la realización de más estudios relacionados con la investigación de sintomatología depresiva en el puerperio, tanto en instituciones públicas como privadas, inicialmente a nivel Regional, que permitan contar con una información más amplia de los trastornos depresivos relacionados en éste período pos parto.

Al realizar estas acciones se verá favorecida no solo la paciente en posparto, sino también sus hijos, familia, pareja, así como el entorno donde se desarrolla. De igual manera, para la institución será de gran relevancia el aportar salud oportuna a sus pacientes y mejorar su calidad de vida en su propia persona, con su familia y en su desempeño social y laboral.

## **2.3. OBJETIVOS**

### ***2.3.1. Objetivo General.***

Determinar la prevalencia de sintomatología depresiva en puérperas de una institución de atención médica privada en Monterrey, Nuevo León.

### ***2.3.2. Objetivos Específicos.***

1. Describir las características socio demográficas de las pacientes puérperas
2. Documentar los antecedentes obstétricos de las mujeres puérperas, según: tipo de parto, número de embarazos, consultas prenatales y medicación recibida durante el embarazo.



## CAPÍTULO III.

### REVISIÓN DE LITERATURA

#### Estudios Relacionados

López (2014), realizó un estudio en Ciudad Juárez Chihuahua sobre la prevalencia y factores de riesgo asociados a depresión posparto, usaron un diseño transversal, observacional, analítico con 209 mujeres en puerperio inmediato y 89 del tardío hasta 6 semanas; se incluyeron pacientes de todas las edades con diagnóstico de puerperio, mediante la respuesta al cuestionario de Edimburgo y otro con datos sociodemográficos. Los resultados arrojados de la prueba de Edimburgo presentaron una media de 6.3 (DE 4.9) y un rango de 0-27 puntos. El 86% no presentaron signos de depresión posparto y el resto, (13.9%) presentaron puntuación  $\geq 12$ , señalando a las pacientes que presentaban algún riesgo de depresión posparto.

Masías Salinas, Arias Gallegos, (2018), realizaron un estudio para determinar la prevalencia de la depresión postparto en mujeres puérperas de la ciudad de Arequipa Perú, donde evaluaron a 113 mujeres que acudieron. Los resultados obtenidos, mostraron que aproximadamente, el 41% de las madres no tiene riesgo de depresión postparto, 14% presenta riesgo y 45% tiene síntomas de depresión postparto. Asimismo, se encontró que el grado de instrucción se relaciona de manera negativa con los niveles de depresión postparto, pero no hubo diferencias significativas en función del tipo de parto ni el estado civil de las madres. Concluyeron que el 45% de las mujeres puérperas evaluadas tienen síntomas de depresión postparto.

Genchi-Gallardo FJ, Paredes-Juárez S, Solano-González NL, (2021), estimaron la prevalencia de depresión posparto y los factores asociados en usuarias del Hospital General

Progreso, Acapulco, Guerrero, México. analizaron 485 pacientes con media de edad de 24.6 años y límites de 14 y 43 años. El 16% de las usuarias del hospital tuvieron depresión posparto. El antecedente de consumo de bebidas alcohólicas previo al embarazo y tener alguna complicación del parto se asociaron con la depresión posparto. Además, se encontró que el apoyo emocional de la pareja o de la madre es un factor protector de la depresión posparto.

González, (2017). En Perú determinó la prevalencia de DPP en puérperas adolescentes y adultas atendidas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, participaron 350 mujeres adultas y 35 adolescentes, realizó un formulario con la Escala de Depresión posparto de Edimburgo y preguntas orientadas a determinar factores de riesgo para depresión posparto, de acuerdo a la EPDS existe una prevalencia de 34,29% de las adolescentes y 46,67% para las mujeres adultas con depresión posparto. Se concluyó que la DPP prevalece mayormente en las puérperas adultas que en las adolescentes.

Ambriz-López R, y cols. (2022). realizaron un estudio de Depresión posparto durante la pandemia de COVID-19, en el Hospital Universitario de Monterrey Nuevo León. Estudio observacional, analítico, transversal y comparativo, efectuado en pacientes atendidas en el Hospital Dr. José Eleuterio González con 24 a 48 horas de puerperio, se aplicó por escrito la Escala de Edimburgo. Se consideró tamizaje positivo a la depresión posparto con puntaje mayor de 10, se compararon dos grupos: pacientes con antecedente de prueba positiva a COVID-19 y sin esta. Se estudiaron 116 pacientes: 56 positivas a COVID-19 y 60 sin antecedente de enfermedad. La prevalencia de depresión fue de 15%. El antecedente de COVID-19 agregó 2 puntos positivos a la Escala de Edimburgo, aunque no resultó en un factor asociado con depresión.

Ramezania, Khosravib, Motaghic, Hamidzadehd y Mousavie, (2017). Evaluaron el efecto del enfoque cognitivo conductual y el asesoramiento centrado en la solución en la prevención de la DPP en mujeres embarazadas nulíparas en Irán. Estudiaron 85 mujeres embarazadas nulíparas de entre 30-35 semanas, se dividieron en tres grupos: asesoramiento cognitivo-conductual ( $n = 25$ ), asesoramiento centrado en la solución ( $n = 25$ ) y control ( $n = 35$ ). La tristeza posparto y la depresión posparto se midieron en los días 5 y 15 después del parto a través del inventario de Austin y la Escala de depresión posnatal de Edimburgo. Respectivamente mostraron que las puntuaciones medias de la depresión posparto en el día 15 después del parto en los tres grupos fueron  $6.7 \pm 5.3$ ,  $4.4 \pm 4.4$  y  $10.4 \pm 5.9$ , puntos, concluyendo que la integración de programas centrados en la solución y de asesoramiento cognitivo-conductual en la atención prenatal puede ser eficaz para mejorar la salud mental de las mujeres embarazadas.

Jaeschke, Dudek, Adry, Drozdowicz, Datka, Siwek y Rybakowski, (2017). Evaluaron la prevalencia de características uni o bipolares en una muestra de mujeres polacas con síntomas depresivos posparto. Reclutaron 434 mujeres que habían dado a luz recientemente, en las salas de obstetricia de cinco hospitales ubicados en la región de Polonia. Utilizaron la EPDS para evaluar los síntomas de la depresión posparto y el cuestionario del trastorno del estado de ánimo (MDQ) para detectar las características de la bipolaridad. De las participantes, 66 (15.2%) obtuvieron 13 puntos en la EPDS, cumpliendo así los criterios de selección y 103 obtuvieron 7 puntos en el MDQ. Las mujeres que obtuvieron una puntuación positiva en la EPDS tuvieron una probabilidad significativamente mayor de presentar síntomas de trastornos del espectro bipolar, los hallazgos sugieren que las pacientes con sintomatología de DPP pueden tener más probabilidades de exhibir características bipolares suaves en comparación con las mujeres no deprimidas.

## **CAPÍTULO IV.**

### **MARCO TEÓRICO.**

El nacimiento de un hijo representa un evento crucial en la vida de una mujer, que conlleva desafíos sustanciales para la identidad personal, la organización de la actividad diaria y la estructura familiar. La salud mental es un estado de bienestar en el que cada individuo se da cuenta de su propio potencial, puede hacer frente al estrés normal de la vida, trabajar de manera productiva y fructífera, incluso puede contribuir en su comunidad. Las consecuencias de la alteración en la salud mental durante el embarazo, el parto y el posparto pueden ser graves no solo para la madre, sino también para el hijo en su desarrollo y en sí para todo el sistema familiar y su entorno social.

Los trastornos mentales tienen un fuerte impacto sobre la vida de los individuos, las familias y la sociedad. El estado de ánimo es uno de los factores que determinan cómo se relacionan las personas con la familia, los compañeros de trabajo y los amigos. La etapa del embarazo corresponde a un cambio vital trascendente para la vida de la mujer y de su grupo familiar, en la cual se produce un alto estrés que afecta las capacidades de adaptación individual y grupal. La depresión es una de las patologías mentales más diagnosticadas entre los adultos, siendo una de las principales causas de enfermedad a través del mundo entero. Se considera que el pronóstico de vida de los trastornos del estado de ánimo se presenta en la fase depresiva, constituyéndose como uno de los principales factores de riesgo para el intento de suicidio.

Se define a la depresión, como un trastorno mental de alta prevalencia que se caracteriza por sentimientos de tristeza, baja autoestima, culpabilidad, somatizaciones, pensamientos suicidas y pérdida de interés por las actividades que previamente fueron placenteras. La DPP se define como el desarrollo de un episodio depresivo mayor que se inicia durante el embarazo

o dentro de las 4 semanas posteriores al parto y en el que los síntomas depresivos están presentes durante al menos 2 semanas. Los factores de riesgo para desarrollarlo incluyen variables biológicas como: los cambios hormonales que las mujeres experimentan durante el embarazo y después del parto. Sin embargo, estos cambios son necesarios forman parte de la preparación del cuerpo para el parto y la lactancia materna.

Las alteraciones en el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal (HPA) durante el embarazo están dados por la presencia de la placenta, un órgano endocrino altamente activo que produce su propia hormona liberadora de corticotropina (CRH), así como aumentos en las hormonas gonadales que contribuyen a la hipertrofia puerperal de la pituitaria y glándulas suprarrenales que resultan en aumentos importantes en los niveles de ACTH y cortisol. Después del desprendimiento de la placenta y durante el período posparto, hay una retirada brusca de CRH y un lento descenso en los niveles de cortisol durante los meses siguientes a medida que el eje HPA vuelve al nivel de funcionamiento previo al embarazo.

El trastorno depresivo, afecta a una de cada cinco mujeres durante los primeros meses del posparto, las graves consecuencias para el desarrollo infantil y la salud mental materna afectando el vínculo madre-hijo. La DPP se desarrolla en el puerperio como resultado de las diversas modificaciones multisistémicas que ocurren al regresar al estado pregravídico, no afecta solo a la madre, sino también a su entorno. Es una enfermedad grave y potencialmente mortal marcada por tristeza, falta de energía, falta de concentración, cansancio, incapacidad para dormir, pesadillas, sentimientos de inutilidad o insuficiencia, pensamientos de dañar al hijo o a sí misma y miedo excesivo o ansiedad por el hijo. Los factores de riesgo de depresión son: la historia previa de depresión, eventos vitales adversos, deficiente apoyo social, discordia marital y embarazo no deseado. Los síntomas de la depresión son el desánimo, el desinterés por las

actividades que antes resultaban atractivas, el deterioro en la autoestima, angustia, irritabilidad y desconcentración.

La depresión durante el embarazo incrementa en forma importante la morbilidad y mortalidad tanto para la madre como para el producto, es decir, se asocia a conductas poco saludables como el omitir la atención prenatal o el uso de sustancias nocivas. Uno de los factores de riesgo más importantes es tener un historial previo de trastorno depresivo mayor. Otros de los factores de riesgo de la DPP, son los antecedentes personales o familiares de depresión, antecedentes de maltrato, abuso sexual y físico en la niñez, la edad materna muy joven, bajos ingresos, ayudas sociales limitadas, mala relación con la pareja, la residencia urbana, antecedentes de nacimientos prematuros y abuso de sustancias maternas y de pareja.

La sintomatología depresiva materna es prevalente en los dos primeros años posparto. La fatiga es uno de los síntomas más comunes de la depresión y parte del criterio de diagnóstico para los trastornos depresivos. El trastorno del estado de ánimo posparto incluye depresión posparto y psicosis posparto, trastornos que se superponen en la sintomatología, pero también son características diferenciadoras únicas. Por lo tanto, es uno de los trastornos del estado de ánimo más frecuentes después del parto, los síntomas incluyen ansiedad, fatiga, insomnio, nerviosismo e irritabilidad; generalmente alcanzan su punto máximo en los próximos días y se resuelven en dos semanas, la incidencia máxima es de 4 a 5 días después del parto, pero a veces permanece hasta 10 días (Ramezani, Khosravi, Motaghi, Hamidzadeh & Mousavi, 2017).

El diagnóstico de DPP, confiere dificultades, confundiendo sus síntomas con la adaptación normal al puerperio. Los factores asociados son los propios de la adaptación materna a la etapa, como la percepción de autoeficacia, la regulación de ritmos fisiológicos del recién nacido y la instalación de una lactancia materna exitosa. La DPP es frecuente en el puerperio y

afecta la calidad de vida de las madres, su capacidad de vinculación con el recién nacido y el desarrollo infantil, a pesar de la existencia de un tratamiento efectivo suele no ser detectada ni tratada. El impacto es negativo hacia el entorno familiar. Los episodios de depresión mayor iniciados en el proceso de gestación o postparto se les denominan con el especificador con inicio en el peri parto. La OMS afirma que 20 a 40% de mujeres padecen depresión durante el embarazo o postparto en países en desarrollo (Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) 2016).

La baja capacidad de la respuesta materna en interacciones con el hijo, se manifiesta con percepciones negativas del comportamiento infantil y el apego menos seguro entre el binomio madre-hijo. Debido a este impacto se presentan durante la infancia, retrasos del desarrollo, déficits en el desarrollo del lenguaje, menor desarrollo cognitivo y psicomotor, así como deficiencias en el compromiso social y psicopatologías.

### **Base Teórica.**

Se toma como base teórica la teoría de Hildegart Peplau y define la Enfermería Psicodinámica como aquella que es capaz de entender la propia conducta para ayudar a otras personas a identificar cuáles son las dificultades y aplicar los principios sobre las relaciones humanas a los problemas que surgen en cualquier nivel de experiencia.

Para Peplau la Enfermería es un proceso interpersonal y terapéutico que funciona en términos de cooperación con otros procesos humanos, haciendo de la salud una posibilidad para los individuos en las comunidades. Basa este planteamiento en que las personas son seres humanos que viven una especie de equilibrio inestable de manera que, cuando ese equilibrio se altera, aparece la enfermedad.

Define salud como palabra símbolo que implica el movimiento de avance de la personalidad y otros procesos humanos hacia una vida creativa, constructiva, personal y comunitaria. La relación interpersonal entre enfermera y paciente puede llevarse a cabo en diferentes entornos como hospital, escuela y comunidad. El objetivo de este modelo de enfermería es ayudar al paciente y al grupo comunitario a conseguir la salud de forma que enfermera y paciente alcancen el mayor grado de desarrollo personal.

### **Definición de Términos.**

Prevalencia: proporción de individuos de una población que presentan el evento en un momento o periodo de tiempo determinado.

Depresión: enfermedad o trastorno mental que se caracteriza por una profunda tristeza, decaimiento anímico, baja autoestima, pérdida de interés por todo y disminución de las funciones psíquicas.

Depresión posparto: trastorno del estado de ánimo que pueden afectar a las mujeres después de dar a luz.

Prevalencia sintomatología depresiva posparto: es la cantidad de mujeres que presentan síntomas depresivos en el período de puerperio, la cual se identificara con la suma de los ítems del cuestionario de depresión posnatal de Edimburgo.



## **CAPÍTULO V. METODOLOGÍA.**

En este capítulo se describe el diseño de investigación del estudio, población, técnica de muestreo y tamaño de muestra que se estudió, así como los criterios de inclusión. Se incluye, además, la descripción de los instrumentos que se utilizaron, el procedimiento para la obtención de información, consideraciones éticas además de las estrategias que se aplicaron en el análisis de los datos.

### **5.1. Tipo de estudio y diseño**

El tipo de estudio es con enfoque cuantitativo, según sus variables es una investigación simple por el nivel de medición y por el análisis de la información, es de tipo descriptiva.

El diseño del estudio es descriptivo porque tiene objetivo observar, describir y documentar aspectos de una situación que ocurre de forma natural. En este estudio se describen las características de las participantes y la prevalencia de la sintomatología depresiva en puérperas de un Hospital Privado de Monterrey, Nuevo León. Es Transversal ya que la obtención de la información fue en un solo momento a través de una ficha de datos socio demográficos y la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS).

## **5.2. Universo y muestra**

El universo en este estudio se conformó por pacientes puérperas de un hospital privado de Monterrey, Nuevo León.

La muestra consistió en la inclusión de las pacientes puérperas internadas o que acudieron a la consulta externa de un hospital privado de Monterrey, Nuevo León en un período de 30 días en el mes de noviembre del 2019.

### ***5.2.1. Técnica muestral.***

Se eligió la técnica muestral no probabilística, por conveniencia, puesto que la muestra fue seleccionada en función de la accesibilidad al hospital y de la participación de las pacientes puérperas internadas o que acudieron a la consulta externa en el periodo de 30 días en el mes de noviembre del 2019.

### ***5.2.2. Tamaño de muestra.***

Por incluirse todas las pacientes puérperas internadas o que acudieron a la consulta externa en el periodo mencionado, las mismas constituyeron la muestra del estudio.

### **5.3. Criterios de selección de la muestra.**

#### ***5.3.1. Criterios de Inclusión.***

- Mujeres que estuviesen en un período posparto de entre 1 a 90 días
  - Todas las edades
  - Que aceptaron participar en el estudio y firmaron consentimiento informado.
  - Que hayan estado o estén hospitalizadas en el servicio de obstetricia del hospital seleccionado
  - Cualquier tipo de parto
  - Que acudieron a la consulta externa en el hospital seleccionado

#### ***5.3.2. Criterios de Exclusión.***

- Mujeres puérperas que presentaron factores de riesgo como: hipertensión o sangrado abundante
- Cuyo recién nacido se encuentra hospitalizado al momento de la aplicación de la encuesta
- Mujeres con dificultades en la lactancia materna posterior al parto
- Mujeres con antecedentes de depresión previos al parto

#### ***5.3.3. Criterios de Eliminación.***

- Mujeres puérperas que dejaron incompleto el instrumento de medición.

## 5.5. Variables de Estudio

### 5.5.1. *Variable Dependiente.* Sintomatología depresiva

5.5.1.1. *Definición conceptual:* Proporción de mujeres de una población que presentan síntomas de depresión y que puede afectar hasta el año después del parto, siendo su presentación antes de los tres meses después del nacimiento de su hijo.

5.5.1.2. *Definición operacional:* Porcentaje de pacientes puérperas, que presentan síntomas depresivos, estando hospitalizada o que acudieron a la consulta externa en un hospital privado.

5.5.1.3. *Dimensión:* de acuerdo a una medición categórica ordinal para determinar la existencia de depresión conforme lo arrojado por la escala de depresión postnatal de Edimburgo:

1. Sin datos de depresión 0-9 puntos
2. Con datos de sintomatología depresiva 10 o más puntos

### 5.5.2. *Variable Independiente.* Período Post parto

5.5.2.1. *Definición conceptual:* periodo de tiempo que se inicia tras el parto y finaliza a las seis semanas posteriores al nacimiento.

5.5.2.2. *Definición operacional:* Período de tiempo transcurrido posterior al parto y la realización de la encuesta

5.5.2.3. *Dimensión:* Tiempo medido en una escala categórica nominal de acuerdo al período posparto:

1. Puerperio inmediato: abarca las primeras 24 horas después del parto.
2. Puerperio mediato: se extiende desde el segundo al décimo día.
3. Puerperio tardío: concluye en torno a los 40-45 de postparto.

### **5.5.3. Variables Intervinientes.**

#### **Edad**

*5.5.3.1. Definición conceptual:* Tiempo que ha vivido una persona contando desde su nacimiento.

*5.5.3.2. Definición operacional:* Años cumplidos que tienen las pacientes puérperas a la fecha de recolección de información.

*5.5.3.3. Dimensión:* años cumplidos en una medición no categórica discreta.

#### **Estado civil**

*5.5.3.4. Definición conceptual:* Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal.

*5.5.3.5. Definición operacional:* Es la condición civil de las mujeres que cursan el posparto.

*5.5.3.6. Dimensión:* estado civil que acredita a pacientes puérperas, en una medición categórica nominal y como:

1. Soltera
2. Casada
3. Divorciada
4. Unión libre

## **Escolaridad**

5.5.3.7. *Definición conceptual:* Promedio de grados que la población, en un grupo de edad, ha aprobado dentro del sistema educativo.

5.5.3.8. *Definición operacional:* Grados académicos aprobados dentro del sistema educativo de las pacientes puérperas.

5.5.3.9. *Dimensión:* Grado académico medido en una escala categórica ordinal de las pacientes puérperas.

1. Primaria
2. Secundaria
3. Preparatoria
4. Carrera Técnica
5. Profesional
6. Posgrado

## **Religión**

5.5.3.10. *Definición conceptual:* Conjunto de creencias religiosas o normas de comportamiento que son propias de un determinado grupo humano y con las que el hombre reconoce una relación con la divinidad.

5.5.3.11. *Definición operacional:* Creencias religiosas que profesan las pacientes puérperas

5.5.3.12. *Dimensión:* religión de las mujeres en posparto inmediato, en una medición categórica ordinal:

1. Católica
2. Cristiana
3. Testigo de Jehová
4. Otro

**Numero de embarazo**

5.5.3.13. *Definición conceptual:* Es la cantidad de gestas que presentan las pacientes puérperas.

5.5.3.14. *Definición operacional:* Número de embarazos que han cursado las pacientes puérperas.

5.5.3.15. *Dimensión:* Número de embarazos de las pacientes puérperas, medidos en escala categórica discreta.

**Número de consultas prenatales**

5.5.3.16. *Definición conceptual:* Cantidad de visitas en las cuales se proporciona acciones, procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar morbimortalidad materna y perinatal.

5.5.3.17. *Definición operacional:* Número de consultas a las que asistieron las pacientes puérperas durante el embarazo.

5.5.3.18. *Dimensión:* Número de consultas prenatales de las pacientes puérperas, en una medición categórica discreta.

**Medicación durante el embarazo**

5.5.3.19. *Definición conceptual:* Sustancia que sirven para curar o prevenir una enfermedad, para reducir sus efectos sobre el organismo o para aliviar un dolor físico.

5.5.3.20. *Definición operacional:* Consumo de medicamentos que utilizaron las pacientes puérperas durante el embarazo.

5.5.3.21. *Dimensión:* Tipo de medicamentos que utilizo las pacientes puérperas durante el embarazo, medidos en una escala categórica nominal:

1. Analgésico
2. Antibiótico
3. Vitaminas
4. Antidepresivos
5. Otros



## **5.6. Recolección de información**

Previo a la recolección de la información se solicitó la autorización para la realización del estudio a los Comités de Ética e Investigación de la Institución (Anexo 1). Al aceptar participar en el estudio, se solicita la carta de autorización a la Institución educativa para posteriormente acudir a la consulta externa y a las áreas de hospitalización para invitar a las pacientes puérperas, a participar en el estudio, previo consentimiento informado firmado (Anexo 1), se les da a llenar la cédula de datos socio demográficos y enseguida la escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS), posterior a ello se agradece su participación, se procede a vaciar los datos, analizar los resultados obtenidos que se discutirán con otros estudios, para así obtener conclusiones y recomendaciones para futuras investigaciones. (Anexo 2 y 3).

### ***5.6.1 Instrumento de recolección.***

Para las mediciones de las variables se utilizaron dos instrumentos, el primero consistió en una cédula de datos sociodemográficos (CDS), la cual contiene datos generales como, edad, estado civil, escolaridad, religión, antecedentes Ginecobstétricos (número de embarazo y tipo de parto); seguimiento del embarazo (número de consultas en el embarazo, trimestre del embarazo en el que inició sus consultas de control prenatal, antecedentes de depresión previos al embarazo o posterior al parto en embarazos previos, consumo de medicamentos durante el embarazo, que no hayan sido indicados por algún profesional médico, tipo de servicio médico con el que cuenta y la edad del niño (al momento de la aplicación de la CDS). (Anexo 2)

El segundo instrumento, es la escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) publicada por Cox, Holden y Sabovsky en 1987, que ha sido utilizada en diferentes investigaciones en varios países y culturas, constituyendo un instrumento eficiente y valioso de

evaluar a pacientes en riesgo de depresión, se creó para asistir a los profesionales de la atención primaria de salud en la detección de las madres que padecen de depresión de post-parto. La EPDS se creó en centros de salud en Livingston y Edinburgh, la cual consistió en contestar diez cortas declaraciones, entre las cuales, la madre elige una de las cuatro posibles respuestas que más se asemeja a la manera en la que se sintió durante la semana anterior al llenado de la encuesta. La mayoría de las madres pueden contestar la escala sin dificultad en menos de 5 minutos. El estudio de validación de éste estudio, demostró que las madres que obtienen resultados por encima del umbral del 92.3% es más probable que padezcan de alguna enfermedad depresiva de diferentes niveles de gravedad. Se debe realizar una evaluación clínica prudente para confirmar el diagnóstico. La escala indica la manera en que la madre se sintió durante la semana anterior y en casos dudosos, podría ser útil repetirla después de 2 semanas. La escala no detecta las madres con neurosis de ansiedad, fobias o trastornos de la personalidad.

Instrucciones de aplicación: 1. Se le pide a la madre que escoja la respuesta que más se asemeje a la manera en que se sintió en los 7 días anteriores a la aplicación de la escala. 2. Tienen que responder las diez preguntas. 3. Se debe tener cuidado y evitar la posibilidad de que la madre hable sobre sus respuestas con otras personas. 4. La madre debe responder la escala ella misma, 5. La EPDS se puede usar entre las 6 y 8 semanas para evaluar a las mujeres en la etapa de post-parto. Pautas para la evaluación: A las categorías de las respuestas se les dan puntos de 0, 1, 2 y 3 según el aumento de la gravedad del síntoma. Los puntos para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 se anotan en orden inverso (por ejemplo, 3, 2, 1, 0). Se suman todos los puntos para dar la puntuación total. Una puntuación de mayor de 10 muestra la probabilidad de una depresión, pero no su gravedad. Cualquier número que se escoja que no sea el "0" para la pregunta número 10, significa que es necesario hacer evaluaciones adicionales inmediatamente.

(Anexo 3). Una puntuación de 10 o más puntos indica sospecha de depresión posparto. Cualquier puntaje distinto de cero 0 en la pregunta N° 10 requiere de evaluación adicional dentro de 24 horas

### **5.7. Validez y confiabilidad**

La escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) ha sido utilizado en diversos estudios, en particular presento un Coeficiente Alfa de Cronbach de 0.87. en la consistencia interna reportada por Cox y cols. (1987).

### **5.8. Análisis estadístico**

Los resultados del estudio se analizaron utilizando el paquete estadístico Stastical Packageforthe Social Sciences (SPSS) para Windows versión 24. La información fue analizada a través de estadística descriptiva como son las medidas de tendencia central (moda, media y mediana) y de dispersión (desviación estándar). Además de frecuencias y porcentajes de las variables, para ser representadas en figuras y tablas que por su estructura así se requieren.

## 5.9. Lineamientos éticos

El estudio se apegó a lo estipulado en el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salubridad y Asistencia, SSA, 1987).

Respecto al Artículo 14, fracción I, V, VI, VII y VIII se contó con el consentimiento informado por escrito (anexo), de todos los participantes de la investigación, así como el dictamen favorable de la institución educativa.

De acuerdo al Artículo 16, se protegió la privacidad del participante al no incluir el nombre del participante en el instrumento de medición.

En cuanto al Artículo 17, fracción II se consideró una investigación de riesgo mínimo, toda vez que solo se consumió el tiempo que se tenía contemplado para contestar la encuesta dentro del hospital o la consulta.

Se respetó el Artículo 20, al contar con la participación voluntaria de cada paciente puerpera. De acuerdo al Artículo 21, en las fracciones I, VI, VII, VIII a las participantes se les explico el objetivo y justificación de la investigación, garantizando dar respuesta a cualquier pregunta y aclaración del procedimiento y contaron con la libertad de retirarse del estudio en el momento que lo decidieran.

### **5.10. Aspectos Administrativos**

a) Recursos Necesarios.

b) Recursos Materiales.

Revistas Científicas, libros de metodología de la investigación, USB, copias, folders, plumas, libretas, lápices, computadora en horas en internet, impresiones, paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 24 para Windows.

#### **Recursos Espaciotemporales.**

Para la realización del trabajo, las reuniones se llevaron a cabo en la biblioteca de la Escuela de Enfermería del Hospital San Vicente. El tiempo estimado para la realización del trabajo sin incluir los días de asesoría, fueron de reuniones de una a dos veces por semana, para las modificaciones en las observaciones realizadas del trabajo, así como la revisión y recolección de diversas fuentes de información.

#### **Recursos Humanos.**

2 alumnas Tesistas

1 Asesor

## CAPÍTULO VI.

### RESULTADOS

A continuación se describen los resultados obtenidos en la cédula de datos sociodemográficos aplicada, así como los resultados de la Escala de depresión posparto de Edimburgh, en relación a la prevalencia de sintomatología depresiva posparto en la población de estudio (55 participantes).

#### 6.1. Resultados descriptivos

En relación al promedio de edad de las participantes, los resultados obtenidos fueron de 26.02, con una (DE= 6.876) y la edad del niño (a), fue de 8 días, con una (DE= 18.093), como se aprecia en la Tabla 1.

Tabla 1. Edad de la madre y del niño (a)

	Rango	Mínimo	Máximo	Media	Varianza	DE
Edad de la madre(años)	27	14	41	26.02	47.277	6.876
Edad del niño (a) en días	89	1	90	8.29	327.358	18.093

Fuente: Cédula de datos sociodemográficos (CDS) N= 55

En cuanto al promedio del número de embarazos que la población de estudio refiere haber tenido, fue de 1.73 (DE= 0.827) y el de partos es de 0.69 (DE= 0.960); así mismo, la media registrada para el número de consultas prenatales realizadas en el último embarazo, fue de 8.69 (DE= 3.805). Tabla No 2.

Tabla 2. Embarazos, partos y consultas prenatales

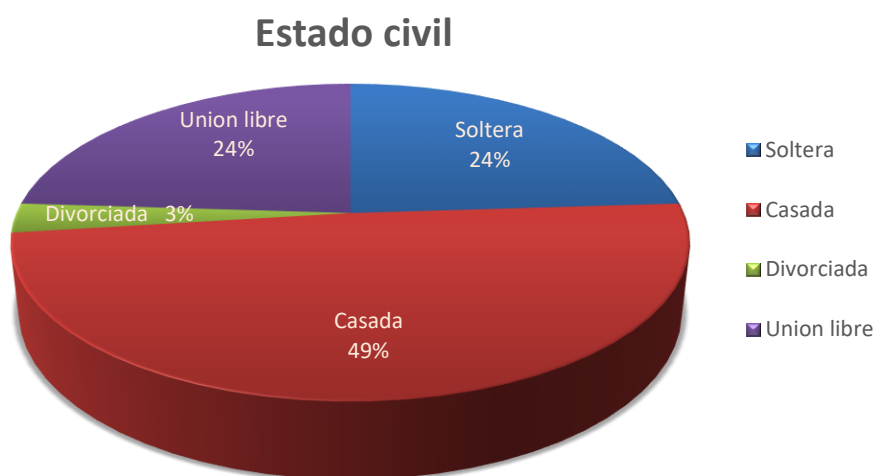
	Rango	Mínimo	Máximo	Media	Varianza	DE
Embarazos	3	1	4	1.73	.684	.827
Partos	3	-	3	0.69	.921	.960
Consultas prenatales	24	1	25	8.69	14.477	3.805

Fuente: Cédula de datos sociodemográficos (CDS)

N= 55

En el estado civil de las participantes, el que predominó, fue el de casadas, con un 49% (27), mientras que las que dijeron ser solteras o estar en unión libre, registró un 24% cada una y el resto 3% divorciadas. Figura No 1.

Figura 1. Estado Civil



Fuente: CDS

N= 55

En el nivel de escolaridad de las participantes, el de preparatoria fue el de mayor predominio, con un 41%, mientras que las que refirieron contar con carrera técnica o solo secundaria, muestran un porcentaje similar cada uno (21%), y el 17% restante es para las que

aseguraron contar con educación superior, siendo un 2% de éste, el que cuenta con educación a nivel de posgrado. Figura No. 2. Escolaridad.

Figura 2. Escolaridad



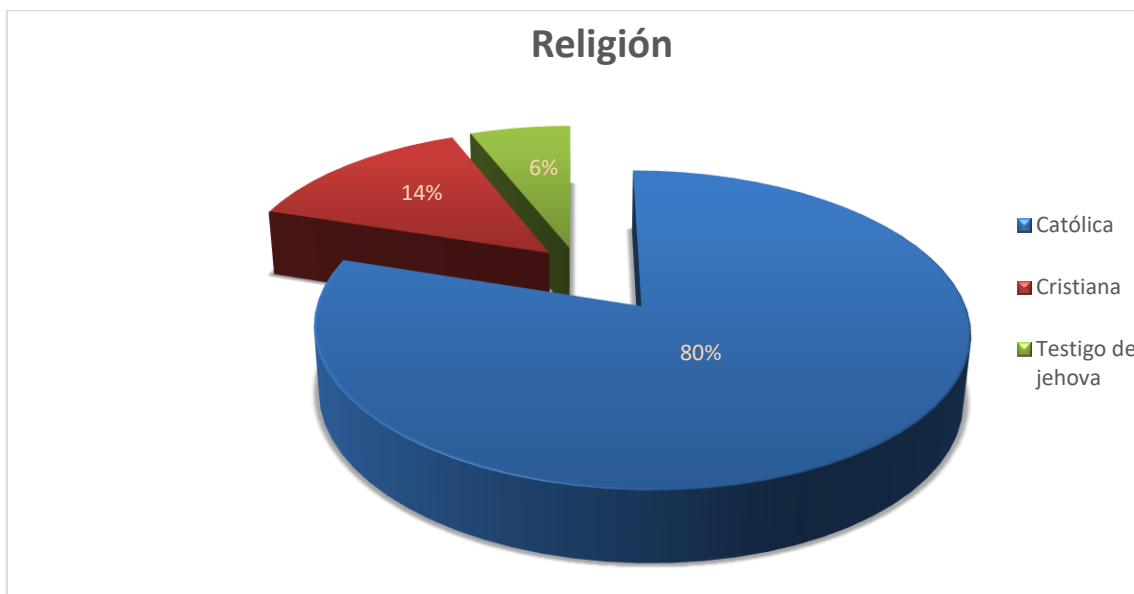
Fuente: CDS

N= 55

En relación a la religión que mencionaron profesar, el 80% de las participantes, es católica, y el 20% restante, expresó ser cristiana o testigo de Jehová según se muestra en la Figura No. 3



Figura 3. Religión



Fuente: CDS

N= 55

En relación al tipo de parto de las participantes, predomina un alto porcentaje del 70 % por cesárea, y solo 30 % por vía vaginal, como se muestra en la Figura 4.

Figura 4. Tipo de Parto



Fuente: CDS

N= 55

Para el control prenatal destaca que la mayoría de las participantes, un alto porcentaje, lo inició desde el primer trimestre (67.3%), mientras que el resto lo hizo en un momento más avanzado de su gestación. Tabla No 3.

Tabla 3. Trimestre en que inicia el control prenatal/control del Embarazo

Trimestre del embarazo en que inicia CPN	<i>f</i>	%
Primer Trimestre	39	70.9
Segundo Trimestre	13	23.6
Tercer Trimestre	3	5.5

Fuente: CDS N= 55

Relacionado a los antecedentes prenatales, en función de posibles estados depresivos previa a sus embarazos, la CDS permite registrar que el 65.5%(36) no se sintió deprimida antes del embarazo, solo el 34.5 % (19) menciona haber presentado algún tipo de depresión antes del mismo, en cuanto a haberse auto medicado previamente, el 96.4 % (53) negó haber consumido algún tipo de medicamento sin prescripción médica antes o durante la gestación. Tabla No. 4.

Tabla 4. Antecedentes de depresión prenatales.

Antecedentes prenatales.	Si		No	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
¿Alguna vez se sintió deprimida antes de embarazarse?	19	34.5	36	65.5
De sus embarazos anteriores ¿Alguna vez presento depresión después del parto?	3	5.5	52	94.5
¿Ha consumido algún tipo de medicamento no prescrito por el medico durante el embarazo?	2	3.6	53	96.4

Fuente: CDS

N= 55

En relación al servicio médico con el que cuentan las participantes, se describe que el 30.9% carece de servicio médico, mientras que el 69.1 % cuenta con algún tipo de atención médica, en la que el 29.1% está afiliada al IMSS, 18.2% utiliza los servicios de la Secretaría de salud y asistencia y el 21.8 %, utiliza servicio médico privado. Tabla No. 5

Tabla 5. Servicio médico.

Servicio médico.	<i>f</i>	%
IMSS	16	29.1
SSA	10	18.2
Privado	12	21.8
Ninguno	17	30.9

Fuente: CDS

N= 55

En la aplicación de la EPDS, los resultados obtenidos en las respuestas que las participantes dieron a los reactivos, resalta que en el reactivo número uno referente a “*He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas*” la respuesta más alta con un 70.9% de las participantes, es “*no tanto como ahora*”, en el número dos “*He mirado al futuro con placer*”, el 80 % respondió “*tanto como siempre*”, mientras que en el reactivo “*Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien*”, sobresale la respuesta “*Si, la mayoría de las veces*”, con un 49.1 %, en el reactivo “*He estado ansiosa y preocupada sin motivo*”, la mayor puntuación y porcentaje fue “*Casi nada*” con un 47.3 %, mientras que el 54.5 % contestaron “*Si, bastante*”, al reactivo de “*He sentido miedo y pánico sin motivo alguno*”, a diferencia del 60% que respondió “*Si, la mayor parte de las veces*”, a la pregunta “*Las cosas me oprimen o agobian*”; se obtuvo también un alto porcentaje en la respuesta a la pregunta referente a “*Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir*”, en la que el 67.3% menciona “*Si, la mayoría de las veces*”, se refleja un porcentaje similar del 89.1 % en la respuesta “*Sí, casi siempre*” en los reactivos “*Me he sentido triste y desgraciada*” y “*He sido tan infeliz que he estado llorando*”, sin embargo, el porcentaje más significativo con un alto porcentaje en la respuesta obtenida, se ve reflejado en el último reactivo que hace referencia a “*He pensado en hacerme daño a mí mismo*”, en el que el 96.4% respondió, “*Si, bastante a menudo*”. Tabla No 6

Tabla 6. Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS)

EPDS	f	%
1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas		
a) Tanto como siempre	-	-
b) No tanto ahora	39	70.9
c) Mucho menos	10	18.2

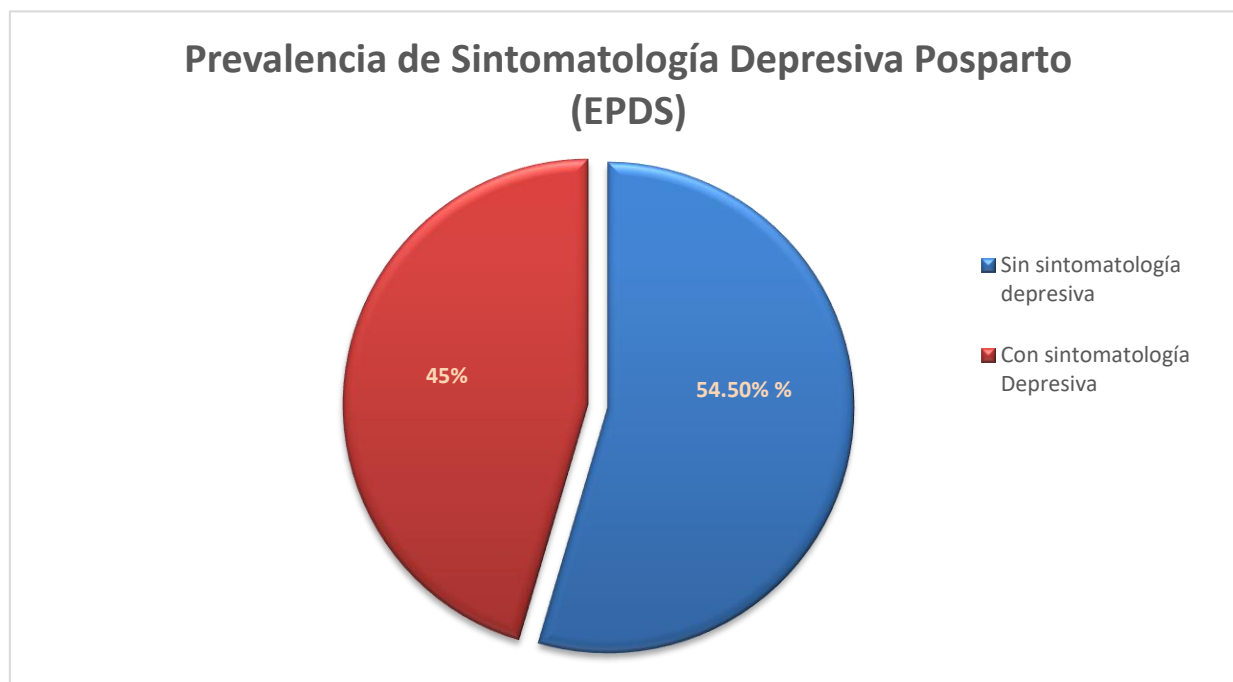
d) No, no he podido	6	10.9
2. He mirado el futuro con placer		
a) Tanto como siempre	44	80
b) Algo menos de lo que solía hacer	5	9.1
c) Definitivamente menos	6	10.9
d) No, nada	-	-
3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien		
a) Si, la mayoría de las veces	27	49.1
b) Si, algunas veces	24	43.6
c) No muy a menudo	2	3.6
d) No, nunca	2	3.6
4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo		
a) No, para nada	22	44
b) Casi nada	26	47.3
c) Si, a veces	7	12.7
d) Si, a menudo	-	-
5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno		
a) Si, bastante	30	54.5
b) Si, a veces	21	38.2
c) No, no mucho	4	7.3
d) No, nada	-	-
6. Las cosas me oprimen o agobian		
a) Si, la mayor parte de las veces	33	60
b) Si, a veces	15	27.3
c) No, casi nunca	7	12.7
d) No, nada	-	-
7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir		
a) Si, la mayoría de las veces	37	67.3
b) Sí, a veces	14	25.5
c) No muy a menudo	4	7.3
d) No, nada	-	-
8. Me he sentido triste y desgraciada.		
a) Sí, casi siempre	49	89.1
b) Sí, bastante a menudo	3	5.5
c) No muy a menudo	3	5.5
d) No, nada	-	-
9. He sido tan infeliz que he estado llorando		
a) Si, casi siempre	49	89.1
b) Si, bastante a menudo	3	5.5
c) Solo en ocasiones	2	3.6
d) No, nunca	1	1.8
10. He pensado en hacerme daño a mí mismo		
a) Si, bastante a menudo	53	96.4

b) A veces	2	3.6
c) Casi nunca	-	-
d) No, nunca	-	-

Fuente: Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) N=55

En base a los resultados obtenidos en la EPDS, se consideró Prevalencia de Sintomatología Depresiva Posparto, tras la obtención de 10 puntos en la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo, demostrando la presencia per se de datos de Depresión Posparto en el 45.4% (25) pacientes de las que participaron en el estudio, y el resto 30 pacientes (54.5 %) obtuvieron puntuaciones menores a 10, sin datos de sintomatología depresiva. Figura 5.

Figura 5. Prevalencia de Sintomatología Depresiva Posparto (EPDS)



Fuente: Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS)N=25

De acuerdo al análisis realizado de los resultados obtenidos, podemos observar, que de las 25 participantes que presentaron datos de sintomatología depresiva, prevalece el estado civil casada y soltera, ambos con un 36%, mientras que el 28% se encuentra en unión libre, en relación al nivel de escolaridad, el 44% cuenta con estudios de nivel secundaria y el resto se divide entre los niveles básico, hasta profesional, en cuanto a la religión que se profesa, un gran porcentaje 88%, profesa la religión católica, así mismo, se observó que el total de las pacientes ya contaban con al menos un embarazo previo 56% y el resto 44% con 2 o más embarazos previos, no encontrándose pacientes primigestas en los resultados obtenidos. Tabla 5.

Tabla 7. Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS)

<i><b>Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS)</b></i>	Sintomatología Depresiva	
	10 +	%
<b>Estado Civil</b>		
Soltera	9	36%
Casada	9	36%
Divorciada	-	-
Unión Libre	7	28%
<b>Escolaridad</b>		
Secundaria	11	44%
Preparatoria	5	20%
Carrera Técnica	6	24%
Profesional	1	4%
<b>Religión</b>		
Católica	22	88%
Cristiana	2	8%
Testigo de Jehová	1	4%
<b>Número de embarazos</b>		
Uno	14	56%
Dos	5	20%
Tres	5	20%
Cuatro	1	4%

## CAPÍTULO VII.

### DISCUSIÓN.

De acuerdo a los resultados obtenidos en el presente estudio, podemos definir que la edad de las participantes, es similar a lo reportado años y de Bodnar, et al. (2017) donde fue de  $31 \pm 5.69$  años, por lo cual la situación depresiva que puede desarrollar la paciente durante el puerperio, es indistinto a la edad de la paciente, ya que en todos los grupos de edad, se pueden desarrollar síntomas depresivos en el período de la gestación o posparto.

Referente a la religión en este estudio se encontró que la mayoría profesa **la religión católica, semejante a reportado por Faisal, et al. (2013)** con el 64.5%., no encontrándose relación significativa entre ésta y la variable dependiente.

La escolaridad que predomino en la población de este estudio fue El 57.8% (n=89) de las mujeres se encontraba en periodo postparto de 0 a 3 meses, el 54.5% el 36.4% (n=56) tuvo estudios de hasta secundaria. El 64.3% (n=99) de las participantes fueron primíparas y el 68.8% (n=106) era ama de casa.) Romero, D., Orozco, L., Ybarra, J. & Gracia, B. (2017). Porque su población adolescente tenía escolaridad de 7-9 años y las adultas el de secundaria incompleta y con González (2017) donde el 77,14% tenían secundaria incompleta, por lo cual podemos determinar, que el nivel de escolaridad no es un factor predisponente para la aparición de síntomas depresivos en el período posparto, siendo que en éste grupo de estudio, la población que presentó niveles por encima de 10 en la ESPD, prevalece la educación secundaria.

En relación al estado civil de las participantes en la presente investigación, hubo una prevalencia de casadas con el 49%, contrario a lo que se observó en el estudio de González (2017) donde el 88,57% de su población adolescente tiene pareja, al igual que en la población



adulta de estudio 87,78%. Por lo anterior, se deduce que es importante el acompañamiento de la mujer durante la gestación y posterior al parto, sin embargo, no está exenta de presentar algún cuadro depresivo.

Romero, Orozco 2017, realizaron un estudio de Sintomatología depresiva en el post parto y factores psicosociales asociados, encontrando que Las mujeres multíparas presentaron mayores síntomas depresivos que las primíparas ( $U=2163$ ;  $p=.032$ ), similar al de la población de pacientes puérperas de la presente investigación, en la que fue de tres gestas como máximo, prevaleciendo un embarazo previo en la mayoría de la población de estudio, cabe mencionar que no se presentaron casos de pacientes primigestas, por lo que no se puede establecer un juicio comparativo en relación a este grupo de población.

En lo referente al número de embarazos, el presente estudio encontró un mínimo de uno y un máximo de cuatro con una media de 0.69 (DE .960) lo que difiere de lo reportado por López, (2014) que señala una media de 2.4 (DE 1.5) y un rango de 1 a 10 embarazos.

Un dato importante por resaltar en relación a los antecedentes de depresión en embarazos previos, sobresale que más de la cuarta parte de lo encontrado en este estudio se sintió deprimida antes del embarazo, contrario a lo que reporta Bodnar, et al. (2017) donde los antecedentes se presentaron en una mínima parte de su población o sea el 8,4% y el 21% respectivamente.

En el cuestionamiento hecho a las pacientes puérperas sobre si ha consumido algún tipo de medicamento no recetado por el medico durante el embarazo, se encontró que el 3.6% si lo había hecho por lo que coincide con Bodnar, et al. (2017) en el que el 3% de su población usó medicamentos antidepresivos durante el embarazo.

En cuanto al tipo de parto. López, (2014) encontró que el 83% de las pacientes tuvo antecedentes de parto vaginal, contrario a lo reportado en esta investigación, en el que predominó un gran porcentaje de cesáreas, en casi la tercera parte de la población. Estos datos son de gran importancia y relevancia en la relación depresión vs cesárea, por lo que se tendría que poner a consideración, los motivos del alto número de parto quirúrgico, las causas del predominio de éste alto porcentaje y su relación con los casos depresivos del posparto.

De los síntomas de fatiga, Bei, (2018) menciona que en su investigación fueron elevados en el 87% de las mujeres, lo cual no es muy diferente a la presente población que fue de 67.3.

En lo que respecta a la DPP en este estudio García, M.; González, P.; Rodríguez, D.; Jiménez, M.; Zouain, J(2016) Hamilton de mayor incidencia fue "No hay depresión" con 86.5%, seguida de ,Depresión Leve` con un 9.7%; de las pacientes que resultaron positivas para depresión posparto, la categoría de mayor incidencia fue ,Depresión moderada` con un 1.9%; por otro lado, se obtuvo que la severidad de la depresión según las categorías de Hamilton es independiente de la cantidad de embarazos anteriores,  $p=0.478$ ; con relación a la edad gestacional y las categorías de la depresión de Hamilton s, como es el caso de González, (2017) de 34,29% en las adolescentes y 46,67% para las mujeres adultas con depresión posparto; Bodnar, et al. (2017) el 12% de las madres obtuvo un puntaje positivo para la DPP al inicio del parto y Alfayumi, et al. (2015) con el 31% de las mujeres presentó riesgo de depresión, en este último se coincide con el 45% de los resultados de este estudio.

## **CAPÍTULO VIII. CONCLUSIONES**

Las mujeres que desarrollan sintomatología depresiva posparto, ven alterado todo su entorno personal, familiar, social, laboral, y pueden tener repercusiones graves en su relación madre-hijo y en su relación de pareja, además de posibles riesgos en la salud del niño.

Por lo anterior, los estados depresivos no deben tomarse a la ligera y se deben de considerar los cambios anímicos que se presenten, como focos de alarma, asociados a los posibles factores de riesgo desencadenantes.

La aplicación de la escala de Edinburgh para depresión posparto aplicada en el presente estudio, facilitó la detección de posibles trastornos depresivos durante el período de puerperio de la mujer, lo que nos permite demostrar, la importancia de incluir esta evaluación en la mujer gestante desde el período perinatal, con la finalidad de detectar y tratar oportunamente los trastornos depresivos relacionados con la gestación y puerperio.

Cabe señalar que el estado depresivo, se puede presentar en diferentes grupos de población, indistintamente del grado de escolaridad, edad o el estado civil de la paciente, ya que quizás, lo esperado en éste estudio, habría sido que encontraríamos más datos depresivos en mujeres solteras y, por el contrario, observamos que el mayor porcentaje se presentó en la población casada.

Por lo anterior, nos permite concluir, que se cumple con el objetivo general, de determinar la prevalencia de DPP, donde encontramos una prevalencia significativa en depresión leve y otra menor y no menos importante, con depresión moderada.

Lo que nos permitió, canalizar a las pacientes puérperas que presentaron depresión, con el equipo multidisciplinario de profesionales de la salud, para que puedan recibir apoyo por parte del equipo y de su familia.

## **CAPÍTULO IX.**

### **SUGERENCIAS E IMPACTO DEL ESTUDIO, LIMITACIONES**

Por los resultados obtenidos y su contrastación con la información obtenida de diversas fuentes bibliográficas se presentan las siguientes sugerencias.

1. Retroalimentar a las autoridades médicas, administrativas y de enfermería, de la institución donde se llevó a cabo el estudio, sobre los resultados en el presente estudio
2. Recomendar que se establezca dentro de la consulta prenatal y seguimiento del posparto la evaluación de la DPP con la Escala Edimburgo a todas las mujeres durante y después del embarazo, con la finalidad de detectar casos de depresión en la mujer gestante o puerpera, para establecer un diagnóstico y tratamiento oportuno
3. De acuerdo a los resultados obtenidos en la presente investigación, sugerir el seguimiento y tratamiento con diferentes profesionales de apoyo, a las mujeres que presentaron algún grado de riesgo o depresión leve, según lo amerite el caso.
4. Establecer indicadores en el seguimiento de los cuidados para llevar a cabo la prevención, control y detección de las posibles complicaciones.
5. Reiterar a las mujeres en periodo posnatal la importancia del seguimiento, tanto del control prenatal, como del posparto por parte del equipo multidisciplinario.
6. Realizar una propuesta, que permita ampliar los estudios de investigación de DPP, en los diferentes niveles de atención médica y hospitalaria, en las que se proporcione atención a la mujer gestante o puerpera
7. Recomendar grupos de apoyo para las mujeres con antecedentes de trastornos depresivos en embarazos previos.

8. Proponer estudios de investigación, enfocados en establecer la relación de la DPP, y los factores de riesgo predisponentes, durante el embarazo y el posparto.
9. Involucrar a la pareja o familia de la gestante, en el acompañamiento y apoyo, en la medida de lo posible.

## CAPÍTULO X.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Efecto del contacto piel con piel sobre la presencia de síntomas depresivos post parto en mujeres de bajo riesgo obstétrico. *Rev Soc. Bol. Ped*; 54 (2): 102 – 109.
2. Garrido, L., Guzmán, M., Santelices, M., Vitriol, V. & Baeza, E. (2015). Estudio comparativo de los estilos de apego adulto en un grupo de mujeres con y sin diagnóstico de depresión. *Terapia psicológica*, Vol. 33, Nº 3, 285-295.
3. Andrighetti, H., Semaka, A. & Austin, J. (2017). Women’s experiences of participating in a prospective, longitudinal postpartum depression study: insights for perinatal mental health researchers. *Arch WomensMent Health* 20:547–559.
4. Romero, D., Orozco, L., Ybarra, J. & Gracia, B. (2017). Sintomatología depresiva en el posparto y factores psicosociales asociados. *Rev ChilObstetGinecol*, 82(2).
5. Wilson, NA, Wynter, K., Fisher, J. y Bei, B. (2018). Relacionado pero diferente: Distinguir la depresión posparto y la fatiga entre las mujeres que buscan ayuda para los comportamientos infantiles inestables. *PsiquiatríaBMC* , 18 (1), [309]. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1892-7>
6. Andrighetti, HJ, Semaka, A. y Austin, JC (2017). Las experiencias de las mujeres al participar en un estudio prospectivo longitudinal de depresión

posparto: ideas para investigadores de salud mental perinatal. *Archivos de la salud mental de la mujer*, 20 (4), 547-559.

7. Wozney, L., Olthuis, J., Pottie, P., McGrath, P., Chaplin, W., Elgar, F., Cheney, B., Huguet, A., Turner, K. & Kennedy, J. (2017). Strongest Families™ Managing Our Mood (MOM): a randomized controlled trial of a distance intervention for women with postpartum depression. *Arch Womens Ment Health* 20:525–537.
8. Goshtasebi, A., Alizadeh, M. & Gandevari, S. (2013). Association between Maternal Anaemia and Postpartum Depression in an Urban Sample of Pregnant Women in Iran. *Jhealth populnutr*; 31(3):398-402.
9. Faisal, A., Rossi, P., Lucas, A., Blima, L. & Lopes, C. (2013). Temporal Relationship Between Intimate Partner Violence and Postpartum Depression in a Sample of Low Income Women. *Matern Child Health J*, 17:1297–1303.
10. Hachem, C., Rohayem, J., Khalil, R., Richa, S., Kesrouani, A., Gemayel, R., Aouad, N., Hatab, N., Zaccak, E., Yaghi, N., Salameh, S. & Attieh, E. (2014). Early identification of women at risk of postpartum depression using the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of Lebanese women. *BMC Psychiatry*, 14:242 doi:10.1186/s12888-014-0242-7.
11. López. Prevalencia y Factores de riesgo asociados a depresión posparto en púerperas del Hospital de la Mujer en Ciudad Juárez, 2014.
12. Alfayumi, S., Kaufman, V., Zeadna, A., Lauden, A. & Shoham, I. (2015). The association between sociodemographic characteristics and postpartum



- depression symptoms among arab-bedouin women in southern Israel. *Depression and anxiety*, 32:120–128.
13. González. Prevalencia de depresión posparto en puérperas adolescentes y adultas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, (2017).
  14. Bodnar-Deren S, Benn EKT, Balbierz A, Howell EA. Stigma and Postpartum Depression Treatment Acceptability Among Black and White Women in the First Six-Months Postpartum. *Matern Child Health J.* 2017 Jul;21(7):1457-1468. doi: 10.1007/s10995-017-2263-6. PMID: 28102504.
  15. Bassi, M., DelleFave, A., Cetin, I., Melchiorri, E., Pozzo, M., Vescovelli, F., & Ruini, C. (2017). Psychological well-being and depression from pregnancy to postpartum among primiparous and multiparous women. *Journal of reproductive and infant psychology*, 35(2), 183-195.
  16. Ramezani, S., Khosravi, A., Motaghi, Z., Hamidzadeh, A. & Mousavi, S. (2017). The effect of cognitive-behavioural and solution-focused counselling on prevention of postpartum depression in nulliparous pregnant women. *Journal of reproductive and infant psychology*, vol. 35, no. 2, 172–182.
  17. Jaeschke, R., Dudek, D., Madry, R., Drozdowicz, K., Datka, W., Siwek, M. & Rybakowski, J. (2017). Postpartum depression: bipolar or unipolar. Analysis
  18. Wilson, N., Wynter, K., Fisher, J. y Bei, B. (2018). Fatiga posparto: evaluación y mejora de las propiedades psicométricas de la Escala de gravedad de la fatiga. *Archivos de Salud Mental de la Mujer*, 21 (4), 471-474

19. Sainz AKG, Chávez UBE, Díaz CME, et al. Depresión y Depresión Posparto en Pacientes Embarazadas. *Atón Fam.* 2013;20 (1):25-27.
20. Garrido, L., Guzmán, M., Santelices, MP, Vitriol, V., & Baeza, E. (2015). Estudio comparativo de los estilos de apego adulto en un grupo de mujeres con y sin diagnóstico de depresión. *Terapia Psicológica*, 33 (3), 285–295
21. Campo-Arias, A., Ayola-Castillo, C., Peinado-Valencia, H. M., Amor-Parra, M., & Cogollo, Z. (2007). Escala de Edinburgh para depresión posparto: consistencia interna y estructura factorial en mujeres embarazadas de Cartagena, Colombia. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 58(4), 277-283.
22. Ugarte AU, López-Peña P, Vangeneberg CS, et al. Tratamiento preventivo psicoeducativo para mujeres con riesgo de depresión posparto: protocolo de estudio para un ensayo controlado aleatorizado. 2017;17(1):13.
23. Ferguson EH, Di Florio A, Pearson B, Putnam KT, Girdler S, Rubinow DR, Meltzer-Brody S. HPA axis reactivity to pharmacologic and psychological stressors in euthymic women with histories of postpartum versus major depression. *Arch Womens Ment Health*. 2017 Jun;20(3):411-420. Epub 2017
24. Pablo, M., Rojas, G. & Magaña, I. (2015). Análisis etnográfico en salas de espera de centros de salud primaria: implicancias para la detección y tratamiento de la depresión posparto. *Terapia psicológica*. Vol. 33, N° 2, 59-68.

25. Incidencia de depresión postparto en adolescentes y adultas. García, M.; González, P.; Rodríguez, D.; Jiménez, M.; Zouain, J. (Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra (PUCMM), Facultad de Ciencias de la Salud, Departamento de Medicina Santiago de los Caballeros, República Dominicana, 2016)
26. Jadresic, E. (2014). Depresión perinatal: Detección y Tratamiento. *Rev. Med. Clin. Condes*; 25(6) 1019-1028. of 434 Polish postpartum women. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 39:154–159.
27. Mitra, M., Iezzoni, L., Zhang, J., Bellil, L., Smeltzer, S. & Barton, B. (2015). Prevalence and Risk Factors for Postpartum Depression Symptoms Among Women with Disabilities. *Matern Child Health J*, 19:362–372.
28. Hansotte, E., Payne, S. & Babich, S. (2017). Positive postpartum depression screening practices and subsequent mental health treatment for low-income women in Western countries: a systematic literature review. Hansotte et al. *Public Health Reviews*, 38:3.
29. Alfayumi-Zeadna S, Kaufman-Shriqui V, Zeadna A, Lauden A, Shoham-Vardi I. The association between sociodemographic characteristics and postpartum depression symptoms among Arab-Bedouin women in Southern Israel. *Depress Anxiety*. 2015 Feb;32(2):120-8. doi: 10.1002/da.22290. Epub 2014
30. Hellmuth, J., Gordon, K., Moore, T. & Stuart, G. (2014). The Moderating Effect of Women's Alcohol Misuse on the Relationship Between Intimate Partner Violence Victimization and Postpartum Depression. *The American Journal on Addictions*, 23: 613–615.

31. Rojas, G., Santelices, M., Martínez, P., Tomicic, A., Reinel, M., Olha Berry, M. & Krause, M. (2015). Barreras de acceso a tratamiento de la depresión posparto en Centros de Atención Primaria de la Región. *Rev. Med Chile* 143:424-432.
32. L. Wozney, J. Olthuis, P. Pottie, P. McGrath, W. Chaplin, F. Elgar, B. Cheney, A. Huguet, K. Turner y J. Kennedy (2017). Strongest Families Managing Our Mood (MOM): un ensayo controlado aleatorizado de una intervención a distancia para mujeres con depresión posparto. *Arch Womens Ment Health* 20:525–537.
33. Ross, Lori & Tarasoff, Lesley & Goldberg, Abbie & Flanders, Corey. (2017). Pregnant Plurisexual Women's Sexual and Relationship Histories across the Life Span: A Qualitative Study. *Journal of Bisexuality*. 17. 1-20. 10.1080/15299716.2017.1344177.
34. Alligood, M. (2014) *Los teóricos de la enfermería y su trabajo*. 8ª edición, Mosby, St. Louis.
35. Polit, D. y Hungler, B. (2000). *Investigación científica en Ciencias de la Salud* (5ª ed.). México: McGraw-Hill.
36. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale *Br J Psychiatry* 1987; 150: 782-6
37. Lara, A., Patiño, P., Navarrete., L., Nieto, L. Depresión posparto, un problema de salud pública que requiere de mayor atención en México 2018. Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

## **CAPÍTULO XI.**

### **ANEXOS**

**Anexo 1.**

## Carta de Consentimiento Informado

**Carta de Consentimiento Informado**

Las pasantes de Licenciatura en Enfermería de la Escuela de Enfermería del Hospital San Vicente: Karla Cecilia Valencia Treviño e Ilse Yareli Guerrero Carrizales, de la Escuela de Enfermería del Hospital San Vicente, solicitan mi colaboración para contestar una encuesta que forma parte de la investigación "Prevalencia de Depresión Posparto", a fin de poder realizar su tesis para obtener el grado de Licenciado en Enfermería.

Me aseguran que se comprometen a utilizar la información proporcionada, solo con fines para la investigación y que tendré la plena libertad de terminar de contestar la encuesta o de retirarme si así es mi deseo en el momento en que lo decida y si por alguna razón no comprendo alguna pregunta puedo preguntarles a ellas mismas a fin de esclarecerla.

Por lo tanto:

Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

He leído y comprendido la información señalada anteriormente.

Me queda claro que se respetara mi privacidad y el anonimato en la información que yo otorgue.

Y si decido retirarme no me perjudicara de ninguna manera.

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del Participante

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del Testigo 1

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del Testigo 2

Día \_\_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_

## Anexo 2.

## Cédula de datos sociodemográficos

**Cédula de Datos Socio Demográficos**

**Instrucciones:**

A continuación, se le piden una serie de datos los cuales no contienen nombre, sólo iniciales, se le pide que conteste lo más honesto posible.

I.- Nombre (siglas) \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ años Fecha: \_\_\_\_\_

II.- Estado civil:  
1) Soltera: \_\_\_\_\_ 2) Casada: \_\_\_\_\_ 3) Divorciada \_\_\_\_\_ 4) Unión libre: \_\_\_\_\_

III.- Escolaridad:  
1) Primaria: \_\_\_\_\_ 2) Secundaria: \_\_\_\_\_ 3) Preparatoria: \_\_\_\_\_ 4) Carrera técnica: \_\_\_\_\_  
5) Profesional: \_\_\_\_\_ 6) Posgrado: \_\_\_\_\_

IV.- Religión:  
1) Católica: \_\_\_\_\_ 2) Cristiana: \_\_\_\_\_ 3) Testigo de Jehová: \_\_\_\_\_ 4) Otro: \_\_\_\_\_

V.- Antecedentes Ginecobstetricos:  
1) Número de embarazos: \_\_\_\_\_ 2) Partos: \_\_\_\_\_ 3) Cesáreas: \_\_\_\_\_ 4) Abortos: \_\_\_\_\_

2.- ¿Cómo fue su último parto?  
1) Parto normal: \_\_\_\_\_ 2) Parto con Fórceps: \_\_\_\_\_ 3) Cesárea: \_\_\_\_\_

VI.- Seguimiento del embarazo y control prenatal  
1.- ¿Cuántas consultas realizo durante el embarazo? \_\_\_\_\_  
2.- ¿En qué trimestre del embarazo realizo sus consultas? \_\_\_\_\_  
3.- ¿Alguna vez se sintió deprimida antes de embarazarse?  
1) Si \_\_\_\_\_ 2) No \_\_\_\_\_  
4.- De sus embarazos anteriores: ¿alguna vez presentó depresión después del parto?  
1) Si \_\_\_\_\_ 2) No \_\_\_\_\_  
5.- ¿Ha consumido algún tipo de medicamento antidepresivo, no recetado por su médico durante el embarazo?  
1) Si \_\_\_\_\_ 2) No \_\_\_\_\_  
En caso de contestar afirmativamente, mencione nombre del o los medicamentos  
\_\_\_\_\_

VII.- Cuenta con algún tipo de servicio médico:  
1) Si \_\_\_\_\_ 2) No \_\_\_\_\_  
En caso de contestar afirmativamente, mencione con qué tipo de servicio cuenta:  
IMSS: \_\_\_\_\_ 2) SSA: \_\_\_\_\_ 3) PEMEX: \_\_\_\_\_ 3) Privado \_\_\_\_\_

VIII.- Edad del niño (a): \_\_\_\_\_

## Anexo 3.

## Cuestionario Sobre Depresión Postnatal Edimburgo (EPDS)

**Cuestionario Sobre Depresión Postnatal Edimburgo (EPDS)**

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Su fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Bebé: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

Taken from the British Journal of Psychiatry  
June, 1987, Vol. 150 by J.L. Cox, J.M. Holden, R. Sagovsky



## Anexo 4.

## Solicitud de factibilidad de estudio



**Escuela de Enfermería del Hospital San Vicente  
Incorporada a la UNAM  
Clave Núm.8725-12 Acuerdo 207/99 emitido el 25/06/99.**

OFICIO No. ESCEHSV/2227  
ASUNTO: Solicitud de Información

**LIC. AMPARO TOVAR CABRERA  
JEFA DE ENFERMERAS DEL "HOSPITAL LOS ANGELES"  
P R E S E N T E.-**

Envío un saludo cordial, así mismo para solicitarle de la manera más atenta su intervención, para realizar los trámites correspondientes a fin de poder otorgar, a las alumnas Ilse Yareli Guerrero Carrizales y Karla Cecilia Valencia Treviño, las facilidades para poder realizar la aplicación de encuestas a sus pacientes púerperas, a fin de lograr el objetivo de "Identificar el nivel de depresión posparto en pacientes ingresadas al servicio de obstetricia del Hospital". Dicha encuesta es la Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgh, que consiste en diez items, la escala indica la manera en que la madre se sintió durante la semana anterior.

Cabe decir que se apegará a las consideraciones éticas respaldadas por la Ley general de salud en materia de investigación, por lo que se proporcionará una carta de consentimiento informado a cada una de las pacientes.

De antemano nos comprometemos a que los resultados obtenidos se apegarán a los fines de la investigación que es la obtención de resultados y ser presentados en la disertación de tesis, conservando el anonimato de la institución y si así lo requiere esta institución, que tan dignamente representa se aportaran con mucho gusto.

En espera de verme favorecida con mi solicitud. Sin otro particular, quedo de usted.

Atentamente,  
"SABIDURÍA Y ESPIRITU DE SERVICIO"  
Monterrey, N. L. a. 26 de abril de 2022.



**MCE. MARIA EUGENIA REYNA RODRIGUEZ  
DIRECTORA TECNICA**



ESCUELA DE ENFERMERIA  
Del Hospital San Vicente  
Incorporada a la U.N.A.M.

c.c.p. Archivo  
MERRICTE