



**UNIVERSIDAD
DE
SOTAVENTO A.C.**



ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

**“PREVALENCIA DE DEPRESIÓN POSTPARTO EN MUJERES DE UN
HOSPITAL DEL SUR DE VERACRUZ”**

TESIS PROFESIONAL

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PRESENTA:
ZOARA NAYELY HERNÁNDEZ ABAD

ASESORA DE TESIS:
LIC. ADELA MARTÍNEZ PERRY

Coatzacoalcos, Veracruz

Junio, 2023



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.

Dedicatoria

Quiero dedicar esta investigación a mi padre, el señor Francisco Eloy Hernández Torres, que estuvo al lado de mí en toda mi formación académica, mostrándome su apoyo, siempre cuidando de mí, y que hoy me ha dado el mejor regalo que fue mi educación. Sé que desde el cielo está celebrando conmigo este triunfo. Esto es para ti y por ti.

Agradecimientos

Agradezco primeramente a Dios por haberme permitido llegar hasta aquí hoy, por darme fuerza y salud para llevar a cabo mis metas y objetivos, gracias por tu amor infinito.

Quiero agradecer a la mujer que hizo todo esto posible, mi madre Nuvil Náyade Hernández Abad, desde niña fue mi más grande inspiración, verla estudiando todos los días viendo cómo se esforzaba para ser la mujer que hoy es, una mujer profesionalista, luchadora, trabajadora, yo quisiera aspirar a ser una parte de lo grandiosa que es ella. Quiero darle las gracias por sacarme adelante, por pagar mis estudios y por darme ese gusto por las ciencias de la salud, este logro mío es gracias a ella y a todo tu esfuerzo. No me alcanzaría la vida para pagarle.

De igual manera quiero dar las gracias a mi familia por apoyarme en cada una de mis decisiones, además de cuidar de mí y hacer mis días mejores.

Quiero agradecer a mi universidad por todo lo aprendido, por brindarme unos profesores excelentes y gracias por reafirmarme que quería ser enfermera, no pude haber elegido una mejor profesión. Gracias al profesor Kevin Mujica Armenta por impartir la clase de metodología en investigación, a la profesora Alma Gisela López Álvarez por instruirme en las últimas correcciones y a la maestra Adela Martínez Perry por asesorarme e instruirme en toda mi profesión académica y brindarme sus conocimientos en esta investigación.

RESUMEN

El propósito fue determinar la prevalencia de depresión postparto en mujeres afiliadas a un hospital en la ciudad de Jaltipan Veracruz. Este estudio es descriptivo y transversal. Con una población de 67 mujeres postparto. Muestreo: probabilístico aleatorio simple. Muestra: 67 mujeres. Criterios de inclusión; Mujeres en postparto que estén afiliados al hospital al sur de Veracruz y que estuvieran dispuestos a participar en el estudio. Resultados; la prevalencia de depresión postparto fue de El 26.87%, en un rango de edad de 16 a 41 años siendo el rango más frecuente de 21 a 25 años con un 34.33%. Se encuentra que el 47% tiene solo un hijo, el 47.73% se encuentran empleadas y el 46.27% cuentan con secundaria, con un estado civil casadas con un 35.82%.

Palabras clave: embarazo, parto, postparto, depresión

ABSTRACT

The purpose was to determine the prevalence of postpartum depression in women affiliated in the hospital at Jaltipan Veracruz. A descriptive and transversal study. With a population of 67 postpartum women. Sampling: simple random probabilistic. Sample: 67 women. Inclusion criteria; Postpartum women who are affiliated with the hospital in southern Veracruz and who are willing to participate in the study. Results; The prevalence of postpartum depression was 26.87%, in an age range of 16 to 41 years, with the most frequent range being 21 to 25 years with 34.33%. It is found that 47% have only one child, 47.73% are employed and 46.27% have secondary, with a marital status married with 35.82%.

Key words: pregnancy, childbirth, postpartum, depression

ÍNDICE

CAPÍTULO I	1
Introducción	1
Descripción del problema	1
Planteamiento del problema	3
Marco de referencia	4
Teoría que sustenta el estudio.....	16
Teoría de depresión postparto de Cheryl Tatano Beck.	16
Importancia de estudio para la disciplina	18
Definición de términos	19
Objetivos.....	19
Objetivo general	19
Objetivos específicos.....	19
CAPITULO II	21
Metodología	21
Tipo de estudio	21
Población.....	21
Muestreo y muestra	21
Criterios de inclusión	21
Criterios de exclusión	21
Material.....	21
Procedimientos.....	22
Consideraciones éticas.....	22
Estrategia de análisis	23
CAPITULO III	23
Resultados.....	23
Análisis de datos	23
Discusión	28
Conclusión	29
Recomendaciones	29
Referencias bibliográficas	31
Apéndices	35
Solicitud de autorización del Hospital IMSS Coplamar	36
Consentimiento informado	37
Cedula de datos personales	38

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Estadísticos de fiabilidad.....	23
Tabla 2. Edad.....	23
Tabla 3. Fecha de nacimiento del bebé	24
Tabla 4. Número de hijos	24
Tabla 5. Estado Civil	25
Tabla 6. Escolaridad	25
Tabla 7. Ocupación	25
Tabla 8. Depresión postparto según edad	26
Tabla 9. Depresión postparto según edad del bebé.....	26
Tabla 10. Depresión postparto según número de hijos.....	27
Tabla 11. Depresión postparto según estado civil.....	27
Tabla 12. Depresión postparto según ocupación	27
Tabla 13. Depresión postparto según escolaridad	28

CAPÍTULO I

Introducción

Descripción del problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define a la depresión como uno de los trastornos que ocasiona mayor discapacidad en el mundo y se estima que, para el año 2023, será la principal causa de discapacidad en mujeres de edad reproductiva.

La depresión es un trastorno mental que se presenta con frecuencia, y está caracterizada por la aparición de tristeza, pérdida de interés o ausencia de placer, sentimientos de culpabilidad o una disminución de la autoestima, así como trastornos del sueño o del apetito, cansancio y la falta de concentración.¹

La depresión postparto (DPP) corresponde a un tipo de depresión que afecta solo a mujeres después de dar a luz. Se considera depresión postparto a una enfermedad depresiva no psicótica y esta ocurre en la madre en el transcurso del primer año posterior al nacimiento, frecuentemente las mujeres pueden experimentar trastornos momentáneos de humor o melancolía después del parto.²

La DPP, tiene un elevado índice de prevalencia en el mundo, afecta directamente a la salud tanto física como emocional de la madre, del recién nacido y de la pareja, causando una inestabilidad en su entorno familiar y social de la madre. Por esta razón se ha transformado en la actualidad en una de las primeras complicaciones perinatales y como un problema de salud pública. Es conocida como una complicación frecuente que afecta negativamente el bienestar de la madre y el producto.³

En el mundo existe una prevalencia de la depresión postnatal o postparto de un 13% en países con ingresos altos, por lo tanto, en países con ingresos bajos y medios es hasta de un 20%, en lo que se estima que las embarazadas o mujeres con hijos son hasta tres veces más propensas de presentar depresión que en cualquier otra etapa de su vida.⁴

En México, se han hecho estudios sobre su prevalencia, desde 1991 a la actualidad. El índice de DPP va de un 6.6% a un 24.6%, por medio de una entrevista clínica, y del 10% a un 20% por auto informe en zonas urbanas. La población rural solo cuenta con dos estudios publicados, de los cuales se calcula que la prevalencia esta entre un 11% y un 12.9%. En mujeres de la comunidad indígena, solo se ha realizado una investigación que estudio este trastorno en un grupo pequeño, identificando la presencia de DPP en 7% del total de la muestra.^{1, 4}

Según la OMS, la DPP puede afectar a una de cada seis mujeres después del alumbramiento y puede presentarse como una tristeza constante, así como la falta de interés en actividades que antes solía realizar satisfactoriamente, la cual puede requerir una atención o afectar al comportamiento del niño.⁴

La DPP presenta diferentes consecuencias, cuando se padece este trastorno, por lo particular, las madres se sienten confundidas, culpables e incapaces de cuidar y atender al recién nacido, y puede llegar a causarle afectaciones en su desarrollo físico o emocional.⁴

Son escasos los estudios sobre la DPP que se presentan en México y los resultados no se ven plasmados en una mayor consecuencia por parte de profesionales de salud, en nuestro país no se han puesto en marcha programas que atiendan la salud mental materna.^{1,4}

De acuerdo al DSM-V los síntomas de la DPP son similares a un episodio depresivo mayor, con la característica que aparece en las primeras tres a cuatro semanas después del parto. La especificación de este tiempo, es para fines de investigación y lograr una atención oportuna, en este periodo se aborda desde el embarazo hasta el primer año después del parto.⁵

Tiene una gran importancia diferenciar una reacción depresiva puerperal con una depresión posparto. La reacción depresiva puerperal, es también llamada baby blues, es común y puede afectar un 30 al 75% de las mujeres en etapa postparto. Los distintos cambios de humor en el posparto son causados principalmente por la caída hormonal que se presenta, normalmente es de alivio espontáneo y suele durar en las primeras dos a tres semanas posteriores al nacimiento del producto, no requiriendo un tratamiento específico, más que la educación y el apoyo familiar.^{5, 6}

La DPP tiene un significativo efecto sobre la salud del recién nacido porque es común que pueda sufrir en muchas formas abandono o un alejamiento afectivo por parte de la madre. También por una causa endocrina la depresión posparto presenta síntomas en la madre que podrían referir a ciertos problemas de autopercepción y conflicto psicosocial.

La gran parte de las mujeres que llegan a experimentar depresión postparto no tienen una ayuda profesional. Casi el 50% no tiene el apoyo de sus familiares. Por otra parte, las mujeres que tienen ayuda profesional en sus controles posteriores al parto no manifiestan sus emociones por sentimientos como pena y miedo llevando a un resultado de estrés emocional.⁷

Este trastorno se acompaña considerablemente por un sufrimiento emocional y podría ocasionar un deterioro en la calidad de vida, que afectaría las diversas áreas del funcionamiento de la madre.² Por otra parte, las tasas de suicidio en el periodo puerperal son mayores que en periodos no puerperales y se consideran una causa importante de mortalidad materna.^{7, 8}

Las madres deprimidas tienen menos disposición a estimular a sus hijos mediante interacciones vocales, físicas y de juego, además podrían llegar a percibir a su hijo de una manera negativa, que se les dificultaría más su cuidado y podrían manifestar un aislamiento materno. El 65% de mujeres con DPP pueden mostrarse menos dispuestas a iniciar y mantener una lactancia materna.⁸

Cuando no hay un tratamiento, la depresión posparto puede durar meses o incluso años. Además de afectar la salud de la madre, puede interferir con la capacidad de relacionarse y de cuidar de su bebé. Es por ello, que nos planteamos la siguiente pregunta ¿Cuál es la prevalencia de la depresión postparto en mujeres de un hospital del sur de Veracruz?

Planteamiento del problema

¿Cuál es la prevalencia de la depresión postparto en mujeres de un hospital del sur de Veracruz?

Marco de referencia

La Norma Oficial Mexicana NOM 007 SSA2 2016; Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida, nos define el embarazo como a la parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del "conceptus" en el endometrio y termina con el nacimiento.⁹

El embarazo es una etapa de condición normal que dura 9 meses y empieza cuando un óvulo y un espermatozoide se unen en una trompa de Falopio del aparato reproductor femenino. De este proceso resulta un huevo o cigoto que se dirige al útero, donde se llevara a cabo su desarrollo. Permanecerá hasta cuando se convierta en un feto completamente adaptado para persistir fuera de la placenta.^{9, 10}

Primeramente, ocurre la fase de segmentación. En ella, las células se dividen por mitosis y construyendo otras unidades embrionarias más complejas. Al mismo tiempo, se va creando el ADN del embrión. Una vez ya formado el botón embrionario, éste se dirige desde la trompa, y se van generando contracciones que permiten que llegue al útero al cuarto día. El embrión se quedará flotando en el interior tres o cuatro días hasta que se realice la implantación.¹⁰

Cuando la unidad embrionaria se centra al endometrio y pasa en los vasos sanguíneos maternos, ocurre la modificación del endometrio para que se pueda implantar. Termina cuando el huevo se ha adherido por completo, se recubre con un tapón de fibrina tapizada de epitelio. En este momento, se van desarrollando poco a poco las estructuras internas y externas principalmente hasta obtener características humanas originales. A esto se le llama: desarrollo embrionario.^{10,11}

Estos procesos que van transcurriendo para el desarrollo del embrión, provocan en el organismo materno numerosos cambios moleculares y de las células, esto se debe a los cambios hormonales (estrógenos y de la progesterona), que más adelante se relacionaran con posibles efectos en la depresión materna.^{7, 10} Es un diálogo continuo entre el organismo de la madre y del embrión.

La maternidad es una función que lleva tiempo establecerse, por lo tanto, es importante dar a la madre todo el apoyo emocional, la orientación y los cuidados físicos que se requieran.^{4, 11} Así mismo se desarrollan conductas psicológicas que llevan a una adaptación física y a la creación de lazos afectivos con el recién nacido.

La NOM 007 SSA2 2016, define parto como un conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del feto de 22 semanas o más que incluye la placenta y sus complementos.⁹ El alumbramiento, corresponde al desprendimiento y expulsión de la placenta y de las membranas ovulares. Este período corresponde a uno de los momentos con mayor gravedad en una mujer en el embarazo.^{9, 10}

La palabra puerperio se define etiológicamente de los vocablos latinos puer (niño) y peri (alrededor de), de este modo, la expresión hace referencia al momento biológico que sucede después del nacimiento y que presenta características que diferencian esta etapa del resto de otros procesos reproductivos. Esta etapa inicia después de la expulsión feto placentario y abarca de 6 a 12 semanas. En este periodo de ajuste, el organismo regresa a su estado anterior y se presentan procesos involutivos y reparativos de los sistemas que se modificaron durante la gestación, así como cambios endocrinos que permiten el inicio de la lactancia, el ciclo ovárico y la menstruación.^{9, 11}

La clasificación del puerperio se divide en puerperio inmediato en las primeras 24 horas después del parto, el puerperio mediato que puede extenderse hasta la primera semana postparto y el puerperio tardío que incluye el periodo de tiempo requerido para la involución de los órganos genitales y el empiezo de la menstruación que usualmente 6 semanas en las mujeres no lactantes, y el regreso de la función cardiovascular normal y psicológica, las cuales pueden requerir meses.

La madre y neonato están íntimamente ligados y la placenta es el órgano que se encarga de la transferencia de sustancias nutritivas, hormonas y factores inmunológicos, así como del intercambio de gases. El incremento intrauterino depende de la función placentaria normal.¹⁰

El período postparto es un periodo en que la madre y su hijo pasan de una relación que tenían durante el embarazo hacia una etapa de mayor autonomía para los dos. En esta etapa ocurren cambios importantes en la fisiología de la madre, que retorna a una situación semejante anterior al embarazo y es esencial para el buen desarrollo de los hijos, la recuperación de la madre, el aprendizaje de las funciones parentales y para que se establezca un vínculo afectivo entre el recién nacido y sus padres.¹²

Los profesionales de salud en cuanto a la duración del postparto no tienen datos significativos y lo que implica para la madre y el hijo. Puede definirse de diferentes maneras, basándose en razones biológicas presentes en esta etapa.

El postparto se refiere sólo a los primeros días, mientras que la mujer está aún bajo las condiciones del parto. Algunos son restringidos al tiempo donde la madre está aún hospitalizado llamado puerperio inmediato o a la primera semana denominado puerperio temprano. Otros extienden el concepto de postparto a las primeras cuatro o seis semanas llamado puerperio tardío que es el tiempo necesario para que se produzca la involución completa de los órganos genitales y el retorno a una condición anatómica similar a la etapa previa al embarazo.^{11,12}

La madre y su recién nacido siguen estrechamente ligados entre sí durante el período postparto. La glándula mamaria reemplaza muchas de las funciones de la placenta, tanto nutricionales como inmunológicas y endocrinas por lo que la lactancia es muy importante para la salud y el desarrollo del recién nacido.

En la etapa de inicio existen cambios que experimenta la madre, que permiten que se establezca la lactancia y facilitan su recuperación fisiológica. En los primeros días después del parto es donde desaparecen de la circulación materna las hormonas que se producían en lo que era la placenta durante el embarazo y que mantenían inhibida la secreción de leche, la hormona encargada de la producción de leche materna se produce en grandes cantidades llamada prolactina y de la hormona oxitocina que es responsable de hacer salir la leche durante la succión. En esta etapa el ovario está deprimido, esto a que la hipófisis regula el trabajo del ovario el cual no produce suficientes hormonas para estimularlo.

Esta inhibición dura algunas semanas en las mujeres que no están amamantando, quienes presentan la primera ovulación entre cuatro y ocho semanas después del parto. En cuanto, a la mujer que amamanta, el ovario se mantiene inhibido en un período más prolongado que puede llegar a durar semanas o hasta meses. En las primeras semanas después del parto, se generan también cambios en la anatomía del aparato genital y fisiología de la mujer que se va recuperando poco a poco la condición que tenía antes del embarazo.¹³

En la Segunda etapa, el tiempo que dura la lactancia, el estímulo que se hace con la succión logra mantener la fisiología de la madre acorde con las necesidades del niño, también mantiene la producción de la leche y disminuye la función ovárica y la recuperación de la fertilidad en un tiempo variable. La relación entre la madre y el recién nacido cambia poco a poco con el paso del tiempo, a medida que se va disminuyendo la frecuencia de succión y el lactante comienza a ingerir otros alimentos y nuevamente se inicia con los ciclos menstruales, con la consiguiente recuperación de la fertilidad.

El período de amenorrea e infertilidad es variable. La madre se recupera poco a poco del desgaste nutricional que conllevaba el embarazo y al igual que la lactancia. Cabe recalcar la importancia que tiene el intervalo entre los embarazos, debe de ser suficientemente largo para así permitir esta recuperación. Es aún más importante en las mujeres que no tienen un buen estado nutricional y que no tienen una dieta bien balanceada.¹⁴

Los recién nacido aprenden también a relacionarse de modos diferentes en el medio que los rodea. La madurez progresiva de las funciones fisiológicas y neurológicas los hace que cada vez sean más independientes. Tienen nuevas maneras de expresar sus demandas y aquí las personas pueden responder más fácilmente que en la primera etapa.

El postparto es una experiencia difícil para las mujeres por las demandas del recién nacido, el deseo de cumplir con las funciones maternas de la mejor manera posible y por la inseguridad que las mujeres tienen con frecuencia acerca de la manera en que deben cumplir estas funciones. ¹⁰

En el periodo de cambio y adaptación la mujer pasa por un período difícil, experimenta cambios anatómicos, fisiológicos, en la relación con pareja y con la familia y en general en la forma en la que se desarrolla su vida diaria. Se producen cambios importantes en la parte emocional, cambios en los intereses y las prioridades a corto y largo plazo. Es notable en las primeras semanas en donde la madre solo le presta atención al cuidado de su hijo y difícilmente cambia su enfoque de atención a otros temas.¹⁵

Existen cambios anatómicos y fisiológicos que en el periodo postparto estarán presentes, como lo son; las mamas que producen una hormona lactógena prolactina genera un aumento del aporte sanguíneo y una mayor actividad en las glándulas mamarias; se congestionan, y se produce un estancamiento en el tercer día del parto y esto puede durar de 24 a 36 horas, después se controla y sigue la lactancia. Durante este periodo de lactar, las mamas son blandas y cómodas.¹³

La sustancia que succiona primero el recién nacido es un líquido amarillento, poco espeso mejor llamado como calostro, este contiene más proteínas y sales, y es secretado por las mamas hasta el tercero o cuarto día después del parto, luego es cambiado por la leche.⁷

En el útero los vasos se obliteran y se desarrollan nuevos vasos un poco más pequeños, el material proteico de la pared uterina se destruye y es eliminado mediante la orina. La decidua se prepara en dos capas. La capa externa se desprende y forma parte de la secreción vaginal posterior al parto y esto se desarrolla en el endometrio a partir de la capa interna y se produce la involución, la cual es la vuelta del útero a su tamaño y posición normal. También luego del parto se produce una secreción vaginal llamada loquios que contiene la sangre de la superficie placentaria, partículas de decidua y moco.¹⁶

Después del parto se llega a presentar un malestar abdominal llamado entuertos, esto se debe a que el útero se despliega en una masa firme, ocasionando una contracción después de un breve periodo de relajación. En el periodo de amamantado se produce el entuerto debido a que se produce estimulación del útero.¹⁷

En el cuello uterino, vagina y perineo existe una disminución en las células musculares después del parto. El cuello uterino recupera su estado normal y el extremo se puede llegar a mantener dilatado.¹⁴ El retorno a la menstruación depende muy poco de amamantar al recién nacido o si no se amamanta, es posible que se padezca durante un periodo de 8 semanas después del parto. Algunas veces por amamantar el periodo menstrual se llega a presentar hasta dos meses luego de terminada la lactancia. Los cambios emocionales que la madre puede presentar son cambios emocionales que pueden ser basados a los cambios hormonales.¹⁷

Por lo tanto, los desórdenes psiquiátricos del postparto como la depresión, la OMS define como un “trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. Puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela, y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio.”^{5, 18}

En un Trastorno depresivo, la Clasificación Internacional de Enfermedades, (DSM-V) define de la siguiente manera el episodio depresivo: “En los episodios depresivos típicos, tanto leves como moderados o graves, el paciente sufre un decaimiento del ánimo con reducción de su energía y disminución de su actividad, se deterioran la capacidad de disfrutar, el interés, la concentración, y es frecuente un cansancio importante, incluso después de la realización de esfuerzos mínimos”.⁵ La autoestima y la confianza siempre decaen en sí mismo, y por lo regular aparecen algunas ideas de culpabilidad o de ser inútiles, incluso en las formas leves.^{6,12}

El decaimiento del ánimo varía un poco de un día al siguiente, es discordante con las circunstancias y puede venir acompañado de llamados síntomas “somáticos”, tales como la pérdida del interés y de los sentimientos placenteros, el despertar matinal con varias horas de antelación a la hora habitual empeoramiento de la depresión en las mañanas, el marcado retraso psicomotor, la agitación y también la pérdida del apetito, de peso y de la libido.¹⁹

La DPP considera a cualquier enfermedad depresiva no psicótica que ocurre en la madre en el primer año después del nacimiento. Consiste en una fuerte vulnerabilidad a la depresión que empieza de manera importante entre las dos y las seis semanas posparto.^{1, 12}

En concreto, la depresión postparto, constituye un trastorno depresivo mayor que se produce en el puerperio de la mujer. Es posible que en ocasiones se detecte en la semana tres o cuatro después del parto, presentándose el mayor porcentaje de síntomas alrededor de la semana doce. Puede ocurrir hasta un año del nacimiento del bebé. Los síntomas principales consisten en la presencia del llanto con facilidad, labilidad emocional, insomnio, irritabilidad, astenia, alteraciones del sueño y apetito. También se observan sentimientos de culpabilidad, incluso pudiendo llegar a psicosis y procesos obsesivos compulsivos.^{6,20}

Por otra parte, el Blues materno o “maternity blues” trata de una fase de cambios en el estado anímico de la puérpera. Esta puede llegar a suceder aproximadamente entre los diez primeros días tras el parto siendo el pico de síntomas entorno al tercer y quinto día. La sintomatología se caracteriza por un cambio emocional predominante, pueden presentar periodos de llanto con irritabilidad, confusión y ansiedad. A pesar de esto, no se trata de una imposibilidad para el retorno social.^{20, 21}

Una de las teorías que explican que ciertas puérperas lleguen a padecer el blues materno es por origen de tipo psicosocial. La maternidad es un periodo de cambios, tanto en la vida de la puérpera como en su entorno, en la que pueden influir una serie de factores culturales, biológicos, tradicionales e incluso económicos.

En base a esto se suman todos estos elementos que existen en el entorno y los cambios hormonales que sufre la madre previamente mencionados, deriva en ese estado de debilidad emocional que algunas mujeres experimentan. Esta fase suele durar aproximadamente dos semanas, pero también la situación puede empeorar y derivar en una depresión postparto. Por esta razón, debe existir conciencia en el ámbito sanitario de que algo que se pensaba como banal y transitorio puede tener consecuencias mayores. Ante esto, el control de estas mujeres debería ser continuo mientras sea posible.

La sintomatología de la depresión postparto de acuerdo al DSM-V que se puede experimentar incluyen: sentirse triste, abrumada, llorar más frecuentemente de lo normal o sin motivo, preocuparse o sentirse excesivamente ansiosa, irritable o inquieta, dormir en exceso o no poder dormir, incluso cuando el bebé duerme, tener problemas para concentrarse, recordar detalles y tomar decisiones, sentir enojo o furia, perder el interés en las actividades que le resultaban agradables, padecer dolores y molestias físicas, como dolores de cabeza frecuentes, problemas estomacales y dolor muscular, comer demasiado o muy poco, aislarse de amigos y familiares, tener problemas para crear un vínculo emocional con su bebé y dudar constantemente de su capacidad de cuidado.^{6,22}

La psicosis postparto es la complicación de la DPP, está caracterizada por la pérdida del sentido de la realidad, alucinaciones, alteraciones del contenido del pensamiento y alteraciones graves del comportamiento. Su incidencia es de 1 caso en cada 1000 partos. Solo un servidor de salud especializado puede diagnosticar la depresión posparto en una mujer, dado que los síntomas son amplios y pueden variar de una mujer a otra, un personal de salud especializado puede ayudar a determinar si se debe a una depresión posparto o a algún otro factor.^{11, 22}

Una mujer que padece de estos síntomas debe consultar inmediatamente con un proveedor de atención médica. Existen tratamientos eficaces para la depresión posparto como la consejería y terapia de diálogo: Este tratamiento consiste en hablar de manera individual con un profesional de la salud mental; consejero, terapeuta, psicólogo, psiquiatra o trabajador social.²³

Los siguientes son dos tipos de consejería que han demostrado ser particularmente eficaces en el tratamiento de la depresión posparto, la terapia cognitiva-conductual (TCC), que ayuda a las personas a reconocer y cambiar sus pensamientos y conductas negativas. La terapia interpersonal (TIP), que ayuda a las personas a comprender y lidiar con relaciones personales problemáticas. Un profesional de salud mental evaluará de ser necesario un tratamiento químico farmacológico como antidepresivos, que actúan sobre las sustancias químicas del cerebro que son interventoras en la regulación del estado de ánimo.^{21,22}

Muchos antidepresivos demoran semanas en ser más eficaces. Aunque estos medicamentos generalmente se consideran seguros para usar durante el amamantamiento, la mujer debería consultar con su proveedor de atención médica acerca de los riesgos y los beneficios que estos medicamentos implican tanto para sí misma como para su bebé. Sin tratamiento, la depresión posparto puede durar meses o años. Además de afectar la salud de la madre, puede interferir con su capacidad de relacionarse, cuidar de su bebé y puede hacer que éste tenga problemas para dormir y alimentarse además de problemas de conducta a medida que crece.^{20, 21}

Para tener un panorama general, se han realizado diversos estudios sobre la depresión postparto. En el año 2016 se realizó un estudio en San Francisco, Estado Zulia, Venezuela de carácter descriptivo y transversal y tuvo como objetivo comparar la prevalencia de depresión postparto entre puérperas adolescentes y adultas atendidas en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital "Dr. Manuel Noriega Trigo."²²

La muestra fue 100 mujeres en puerperio tardío, divididas en dos grupos pareados de 50 adolescentes y 50 adultas las que fueron evaluadas mediante la aplicación de la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo, dando como resultado un 4% de puérperas adolescentes y 72% de las adultas con probable DPP, que al confirmarse mediante la entrevista del DSM V mostró una prevalencia de 2% y 38%, en adolescentes y adultas respectivamente.

En las adultas predominó como factores de riesgo significativos el bajo nivel educativo con un 5%, las dificultades con la lactancia 1% y la presencia de trastornos afectivos desde el embarazo 55%. Concluyendo con la DPP fue más prevalente en las madres adultas que en las adolescentes.

En el año 2016 en Guayaquil Ecuador, se realizó un estudio cuantitativo de tipo no experimental, transversal, el cual tenía como objetivo determinar los factores psicosociales que intervienen en el desarrollo de la depresión posparto atendidas por el centro de salud número 8 en el año en curso.

La muestra fue de 100 usuarias que acudieron al control post parto aplicando la escala de depresión de Edimburgo, la encuesta se realizó después de la 8va semana después del parto, durante los meses de Diciembre de 2015 a enero de 2016 donde se obtuvo un porcentaje de 85% total de la muestra, mostrando depresión postparto, concluyendo que los principales factores de

riesgo encontrados fueron las malas relaciones interpersonales en la familia, el embarazo no deseado, el antecedente de depresión, así como el antecedente de violencia intrafamiliar.²³

En el año 2016, en la ciudad de Durango, México, se realizó un estudio de tipo descriptivo, teniendo como objetivo determinar la prevalencia de depresión postparto en mujeres con una a 13 semanas después del parto, atendidas en hospitales públicos, así como determinar si alguna característica sociodemográfica, clínica o psicosocial de las mujeres se asocia con depresión. De las 178 mujeres estudiadas, 66 mostraron resultados sugestivos de depresión y 58 de ellas reunieron los criterios del DSM-V para depresión

La prevalencia general de depresión posparto fue de 32.6 %. Las prevalencias de depresión mayor y menor fueron 14.1% y 18.5 %, respectivamente. El estudio concluyó que la prevalencia de DPP en mujeres en Durango, es alta en comparación con las señaladas en otros países; diversos factores sociodemográficos, clínicos y psicosociales contribuyeron para la depresión; la mayoría ocurrió antes del nacimiento y los resultados pueden ser de utilidad en el diseño de intervenciones tempranas para evitar la depresión postparto.

Otro estudio realizado en el año 2017 en la Ciudad de México, donde el estudio realizado fue observacional, transversal, descriptivo, donde su objetivo general fue identificar la frecuencia de depresión posparto en mujeres derechohabientes de dos clínicas de medicina familiar en la ciudad de México.²⁵ Se aplicaron 130 cuestionarios, se detectaron de acuerdo a los criterios del DSM V 32 pacientes con un 24.6% y con el EDPS (Escala de depresión postparto de Edimburgo) 22 pacientes con 16.9% sospechas de depresión posparto respectivamente. Encontrándose sensibilidad del 53%, especificidad 94% con un valor predictivo positivo de 77% y un valor predictivo negativo del 86%.

La edad promedio de las madres fue de 29.4 años, casadas un 70.8%, la mayoría amas de casa 47.7% y profesionistas 23.1%, edad promedio de los bebés tres meses, el 71% vivían con su pareja e hijos. El estudio concluyó con la identificación de pacientes sospechosas de presentar depresión posparto mediante el cuestionario EDPS.²⁵

En el año 2017 en la ciudad de Cuernavaca Morelos se realizó un estudio transversal con muestreo probabilístico, estratificado, por conglomerados, con

representatividad nacional, regional, estatal y de los estratos urbanos y rurales donde su objetivo fue la prevalencia de sintomatología depresiva (SD) en la depresión postparto en madres de menores de cinco años, tasas de detección y atención y probabilidades de presentar SD de acuerdo con perfiles de riesgo específicos.²⁶ Se realizó una muestra de 7,187 mujeres con hijos menores de cinco años, provenientes de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) 2016 en conjunto con la escala depresión postparto de Edimburgo.

La prevalencia de SD es de 19.91%, lo que implica que 4.6 mil menores viven con madres que podrán sufrir depresión moderada o grave. El estudio concluyo con la SD en la depresión postparto es un problema relevante de salud pública en México; está asociada con un conjunto determinado de factores de riesgo que ameritan prevención, así como detección y atención oportuna en los distintos niveles de atención.²⁶

En el año 2018, en León Guanajuato, se realizó un estudio transversal efectuado en el hospital de ginecología y pediatría no. 40 del instituto mexicano del seguro social en León tuvo como objetivo determinar la prevalencia de tristeza materna (baby blues), depresión postparto y sus factores asociados. La muestra fue de 1,134 mujeres donde el 21% obtuvo depresión postparto con una puntuación mayor de 10 en la escala de Edimburgo siendo relacionado con tristeza materna, los factores significativos más frecuentes fueron la depresión en algún momento de su vida 1% antecedentes de hijos muertos 2.28% y alteraciones del sueño un 3.34%.²⁷

En el análisis invariado el promedio de edad de las pacientes con tristeza materna fue de 26.4 años de las cuales 21 pacientes fueron primigestas y de las pacientes sanas fue en promedio de edad de 28.2 años.

Dando como conclusión como la frecuencia de depresión postparto es la población es baja, los factores asociados con este padecimiento pueden llegar a identificarse durante el control prenatal para así prevenir las complicaciones resultantes.

En el año 2018, en la ciudad de México se realizó un estudio descriptivo y correlacionar donde su objetivo fue determinar incidencia de depresión posparto y sus factores de riesgo asociados en puérperas de la Clínica de Especialidades de la Mujer (CEM). La muestra fue de 500 pacientes puérperas mediante la aplicación de la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo. La

prevalencia de depresión posparto en puérperas de la CEM es de 18% y ocurre en mujeres con embarazos no deseados, sin pareja estable, con historia de aborto, con baja escolaridad y bajo nivel socioeconómico.²⁷

En el 2018 en la ciudad de Veracruz, Veracruz, se realizó un estudio descriptivo, transversal, observacional. Se aplicó el cuestionario Escala de depresión posnatal de Edimburgo a 80 mujeres. La población se encontró en un rango de edad de 14 a 42 años, con una media de 27, El 80% de las pacientes se dedicaba al hogar y 20% eran empleadas, mostraron datos significativos de depresión posparto 23% de la población, 46% correspondían a población urbana, 26% a población rural y 27% a población indígena. De este grupo 79% presentó alteraciones del estado de ánimo, 61% manifestó sentimientos de culpa y 58% pérdida de interés. El 59% de los síntomas fueron de tipo ansioso y 37% alteraciones en los patrones del sueño. El 12% manifestó conductas auto lesivas y 2% de la población urbana tuvo ideas o pensamientos suicidas.²⁸

Otro estudio relacionado en el año 2018 en la ciudad de Orizaba, en la Clínica Hospital del ISSSTE, fue un estudio descriptivo, transversal, observacional y tuvo como objetivo reconocer la prevalencia de la sintomatología de la depresión postparto en áreas rural, urbana e indígena. La muestra fue de 183 pacientes y se obtuvo un resultado significativo de 23% de depresión postparto, donde el 26% fue de población urbana, el 46% de población rural y 17% población indígena, dando como conclusión que la depresión posparto debe contemplarse sobre la base de las variables bio-psicosociales y la identificación de estos episodios en las etapas tempranas evitará las consecuencias negativas, ya sea para la madre o para el niño.²⁹

En las adultas predominó como factores de riesgo significativos el bajo nivel educativo 5%, las dificultades con la lactancia 1% y la presencia de trastornos afectivos desde el embarazo 3%. Concluyendo con la DPP fue más prevalente en las madres adultas que en las adolescentes.

Teoría que sustenta el estudio

Teoría de depresión postparto de Cheryl Tatano Beck.

Esta investigación está basada en la teoría de la depresión postparto de Cheryl Tatano Beck planteada en 1993, ella ha dirigido siete estudios importantes en la formación y cuidados para estudiantes de enfermería, durante más de tres décadas ha contribuido al desarrollo de conocimiento en enfermería obstétrica.

En 1990 Beck empezó a examinar la depresión postparto basándose en sus experiencias como enfermera comadrona, lo cual le otorgo una visión más amplia de las mujeres con depresión, lo cual afirmaba no obtienen con facilidad el personal de enfermería de otros ámbitos. Gracias a esto pudo desarrollar su primera teoría que llevo como nombre “límite” que afirmaba la pérdida de control como primer problema psicosocial identificado en puérperas.³⁰

Dada esta teoría sirvió junto otros catorce estudios para el desarrollo de su teoría “Depresión postparto” donde examino las experiencias e interacciones madre e hijo evaluando el pánico postparto, estrés postraumático para así poder establecer las oportunas diferencias entre los trastornos postparto conocidos ahora como; Blues materno, depresión y psicosis postparto.^{30,31}

Su teoría afirma que las mujeres puérperas son un todo, manifiestan factores biopsicosociales, las cuales juegan un equilibrado rol en el compromiso de la madre con el cuidado del neonato, su familia y la comunidad. Los acontecimientos estresantes internos o externos, especialmente a lo largo de períodos prolongados, dan lugar a una alteración de la regulación biológica en el cerebro, cuantas más provocaciones lleguen al cerebro, más se desregulará y cronificará. Cuando un cerebro ya alterado es sometido de nuevo a más circunstancias de estrés internas o externas, es probable que ocurra un trastorno grave del ánimo o un trastorno psiquiátrico.

Culturalmente, se espera que las mujeres se sientan felices, parezcan felices y comprendan cómo ser madres de forma natural, que experimenten la maternidad con un sentimiento de estar completas. Estas expectativas hacen que sea difícil para las mujeres expresar sus sentimientos genuinos de malestar.

Beck afirma que la prevención es de vital importancia en una mujer puérpera y que debe ser considerado como un tratamiento de primera línea en el parto y el puerperio.^{30,32}

En 1993 Beck a partir del desarrollo de su teoría creó sus conceptos principales y definiciones;^{30,33}

Trastornos posparto del ánimo: Depresión posparto y tristeza de la maternidad se han identificado como trastornos del ánimo perinatales: el trastorno obsesivo-compulsivo posparto y el trastorno pánico de inicio posparto.

Depresión posparto: Es un trastorno depresivo no psicótico con criterios de diagnósticos diferenciados que comienza a menudo en las primeras 4 semanas posparto, alrededor del 60% de las mujeres con depresión pueden tener episodios de aproximadamente 6 meses.

Tristeza de maternidad: es relativamente transitoria y es un periodo auto limitado de melancolía durante la primera parte del posparto. Afecta al 75% de todas las mujeres en diferentes culturas.

Psicosis posparto: Presentan alucinaciones, delirios, agitación junto comportamiento inusual e irracional. Es relativamente infrecuente (1-2 mujeres por 1000 nacimientos) es una urgencia psiquiátrica para la madre e hijo.

Desde el principio, el objetivo de Beck ha sido comprender la depresión posparto de una forma que permita a los profesionales desarrollar estrategias de prevención adecuadas, desarrollar programas de detección sistemática para una intervención precoz y desarrollar estrategias terapéuticas adecuadas para evitar el daño a las mujeres, sus hijos y su familia. En consonancia con los objetivos de su investigación, lo que empezó como una teoría sustantiva descriptiva de la depresión posparto ha evolucionado ahora hacia un extenso programa de investigación a nivel mundial.^{30, 34}

El enfoque de sus estudios han sido el período posparto y estudios específicos de los trastornos de ánimo durante esta etapa. Ha identificado la lógica deductiva e inductiva, ayudando de manera significativa en un plano específico de la práctica profesional de enfermería, estudiando el problema común del paciente durante la etapa de vida posparto. Además, permite al profesional de enfermería la reformulación de estrategias preventivas promocionales, óptimas e individuales, desarrolladas en programas de

diagnóstico temprano, tratamiento oportuno y rehabilitación usando su teoría de la depresión postparto.³⁰

Importancia de estudio para la disciplina

La depresión posparto es habitualmente sub diagnosticada en centros de atención materno-infantil o centro de salud poblacional, pese a que su prevalencia supera la correspondiente a otras patologías obstétricas tales como pre eclampsia, parto prematuro y diabetes gestacional, entre otras entidades.^{33,34}

En este sentido se expresa que la mayoría de las mujeres que experimentan depresión después del parto no tienen ayuda profesional, aún más, casi el 50% no tiene ayuda desde los familiares ni de los amigos. Por otro lado, las mujeres que tienen contacto con profesionales de la salud en sus controles posteriores al parto, no están dispuestas a manifestar sus problemas emocionales, en especial la depresión. La DPP constituye un fenómeno de interés para la disciplina de enfermería, y ostenta una trayectoria histórica desde el inicio de las prácticas de cuidado.³⁴

Enfermería como profesión, debe estructurar intervenciones sustentadas en teoría disciplinar que permitan actuar sobre las necesidades de la mujer en post parto a partir del apoyo social que hace referencia a la cantidad de ayuda que recibe realmente, la satisfacción que produce esa ayuda y lo que proporcionan, el cual permitirá brindar cuidado humanizado, individual, personalizado de reciprocidad a la mujer, recién nacido, pareja y/o familia como medio para disminuir la morbi-mortalidad al mejorar su calidad de vida.³⁵

Una adecuada comunicación entre las mujeres y los profesionales responsables de su cuidado, contribuye de manera decisiva a que todo el proceso constituya correctamente para que las mujeres y sus familiares una experiencia positiva. Disipar miedos y dudas, infundir seguridad, proporcionar una información amplia y detallada, atender el bienestar físico y emocional, se han revelado como elementos de la atención sumamente apreciados por las mujeres y que contribuyen de manera decisiva a su satisfacción con la experiencia del embarazo, el parto y el puerperio en la mujer.^{3,36}

Definición de términos

Embarazo: Período que transcurre entre la implantación del cigoto en el útero, hasta el momento del parto, en cuanto a los significativos cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto.

Parto: Es la culminación del embarazo humano hasta el periodo de la salida del bebé del útero.

Postparto: Es el periodo después del parto en el que el organismo recuperar la situación previa al embarazo; comprende las seis semanas siguientes al parto.

Depresión: Síndrome o conjunto de síntomas que afectan principalmente la esfera afectiva: como es la tristeza constante, decaimiento, irritabilidad, sensación de malestar, impotencia, frustración. ¹⁰

Objetivos

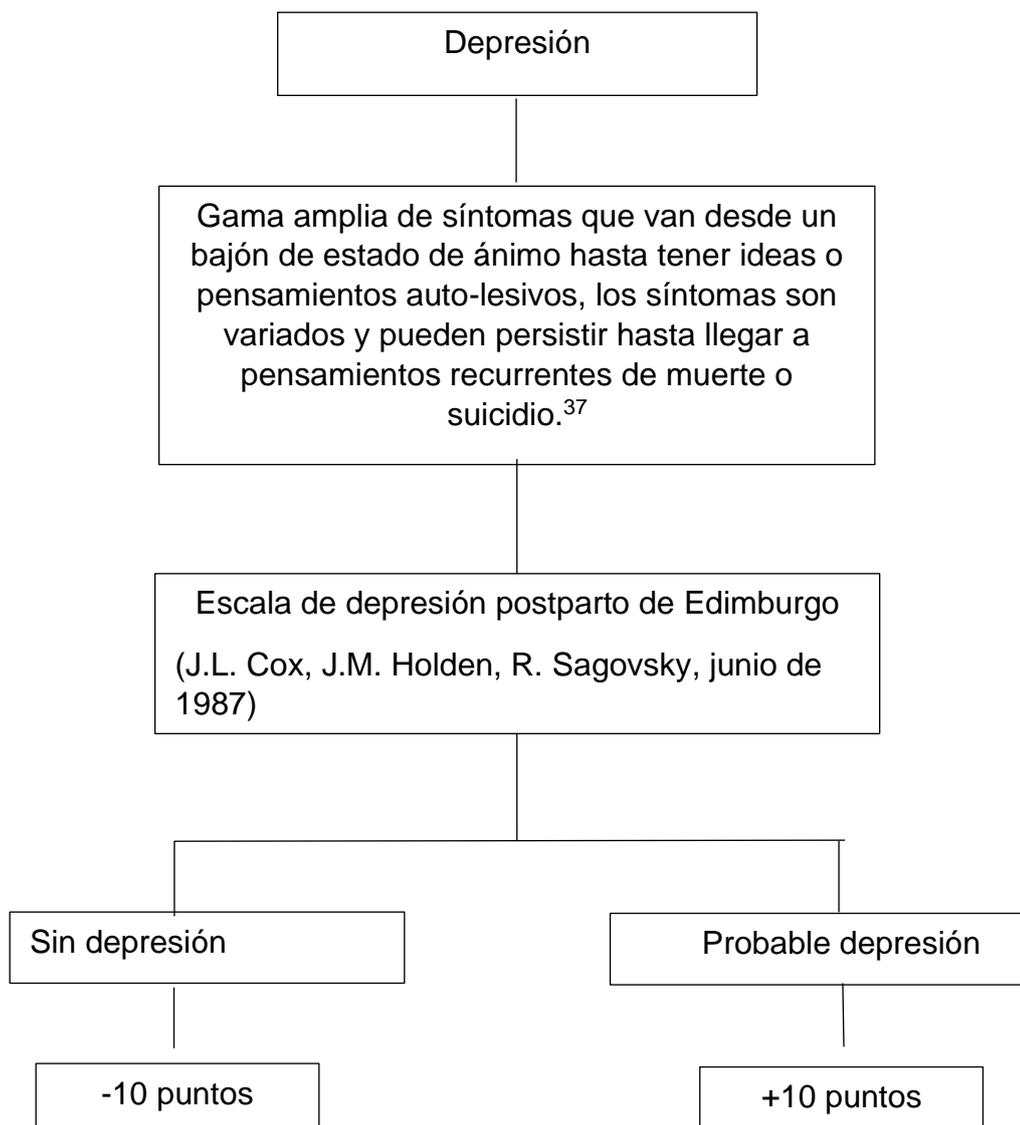
Objetivo general

Determinar la prevalencia de la depresión postparto en mujeres de un hospital del sur de Veracruz.

Objetivos específicos

- Conocer la prevalencia de mujeres que padecen depresión postparto.
- Identificar los factores que influyen en la depresión postparto.

Operacionalización de variables



CAPITULO II

Metodología

Tipo de estudio

La siguiente investigación se realizó con base en el tipo de estudio descriptivo y transversal. Descriptivo porque se midió las propiedades y características de la depresión en mujeres postparto y transversal porque los datos fueron recolectados en un momento único.

Población

La población total estuvo constituida por 88 mujeres posparto que asistieron al hospital al sur de Veracruz.

Muestreo y muestra

El método utilizado para la obtención de la muestra fue no probabilístico por conveniencia. La muestra se integró por 67 mujeres postparto.

Criterios de inclusión

Mujeres en postparto que estuvieron afiliados al hospital al sur de Veracruz y que estuvieron dispuestos a participar en el estudio.

Criterios de exclusión

Mujeres analfabetas y mujeres que no desearon participar en la investigación.

Material

En este estudio se aplicó la escala de depresión postparto de Edimburgo el cual conto con dos apartados, el primero de datos personales que consta de 5 ítems entre los cuales se encontraron: edad, fecha de nacimiento del bebe, estado civil, ocupación y escolaridad.

El segundo apartado se concentró en cuestionamientos para factores que indiquen una probable depresión y consta de 10 ítems: reír y ver el lado bueno de las cosas, ver el futuro con placer, culpa sin necesidad, ansiosa y preocupada, miedo y pánico, las cosas me oprimen o agobian, infeliz, triste o desgraciada, llorar, hacerme daño a mí misma.

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 anotaron en orden inverso, que al sumar los puntos se determinaron una puntuación mayor a 10 una probable depresión.

Procedimientos

Se pidió autorización al comité de ética e investigación de la facultad de enfermería para la realización de este estudio, posteriormente se visitó al hospital que fue candidato a participar para solicitar el permiso de manera verbal, una vez obtenido el permiso se gestionó y se obtuvo de la facultad de enfermería los oficios correspondientes que dieron a conocer el objetivo de estudio al supervisor médico responsable de la institución, para la autorización formal de la aplicación de la investigación y se requirió las fichas de todas las mujeres postparto.

Ya con los nombres y direcciones de las mujeres que fueron identificadas se prosiguió a la entrega y firma del consentimiento informado para proseguir con el llenado del cuestionamiento de la escala de depresión postparto de Edimburgo.

Consideraciones éticas

El estudio se apegó a las disposiciones generales del reglamento de la ley general de salud en materia de la investigación para la salud. De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos se tomó en cuenta el Art. 13 relacionado con el respeto, la dignidad y la protección de los derechos y el bienestar del usuario. Se protegió los derechos del usuario al contar con el consentimiento informado reiterando la lealtad de retirarse en el momento que lo decidiera (art. 14).

Se mantuvo la privacidad del usuario mediante el anonimato durante la aplicación del instrumento, así como los resultados del estudio (Art.16). Se consideró una investigación de bajo riesgo.

El sujeto de investigación recibió una explicación clara y completa sobre la justificación y los objetivos de la información, de los procedimientos que se utilizaron y sus propósitos con la garantía de recibir respuestas a cualquier pregunta o aclaración todo esto antes de firmar el consentimiento informado (Art.18). Se garantizó la seguridad de que no se le identificó y se mantuvo la confidencialidad de la información relacionada con la privacidad (Art.21).

Estrategia de análisis

Los datos obtenidos fueron procesados a través del paquete estadístico package for the social sciences (spss) versión 22.0 para Windows, donde se obtuvieron frecuencias, porcentajes y medias.

CAPITULO III

Resultados

Análisis de datos

Tabla 1. Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N. de elementos
.80	10

Tabla 2. Edad

	<i>f</i>	%
16-20	16	23.88
21-25	23	34.33
26-31	22	32.83

32-41	6	8.96
Total	67	100

n=67 .

El rango de edad con más frecuencia fue el de 21-25 años, representando el 34.33%, mientras el menor fue de 32-41 con el 8.6%, con una media de 24.81.

Tabla 3. Fecha de nacimiento del bebé

	<i>f</i>	%
0-1 mes	15	22.29
2-3 meses	27	40.30
4- 5 meses	21	31.34
6-7 meses	4	5.97
Total	67	100

n=67

Los meses con más frecuencia en nacimientos fueron de 2 a 3 meses con un total de 27% y el mes menos frecuente fue de 6 a 7 meses con un total de 5.97%.

Tabla 4. Número de hijos

	<i>f</i>	%
1	32	47.12
2	26	38.81
3	7	10.45
4	2	2.98
Total	67	100

n=67

El número de hijos predominante fue 1 con un 47%, y mientras que el menor fue de 4 hijos, representando el 2.98%.

Tabla 5. Estado Civil

	<i>f</i>	%
Soltera	16	23.88
Casada	24	35.82
Divorciada	9	13.43
Unión libre	18	26.87
Total	67	100

n=67

El estado civil predominante fue casada, con un total de 24, que representa el 35.82%, mientras que divorciada fue la menor frecuencia, con el 13.43%.

Tabla 6. Escolaridad

	<i>f</i>	%
Primaria	5	7.46
Secundaria	31	46.27
Preparatoria	22	32.84
Universidad	9	13.43
Total	67	100

n=67

La escolaridad con mayor prevalencia fue de un 46.27% en nivel secundaria y una menor prevalencia en nivel primaria con un 7.46%.

Tabla 7. Ocupación

	<i>f</i>	%
Ama de casa	31	46.27
Empleada	32	47.76
Estudiante	4	5.97
Total	67	100

n=67

La ocupación con mayor prevalencia fue empleadas con un 47.76%

Tabla 8. Depresión postparto según edad

Edad	No depresión		Probable depresión	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
16-20	16	17.91	4	5.97
21-25	17	25.39	6	8.95
26-31	17	25.37	5	7.46
32-41	3	4.48	3	4.48
Total	53	73.13	14	26.87

n=67

El rango de edad con mayor prevalencia de probable depresión fue de 21 a 25 años con un porcentaje de 8.95%

Tabla 9. Depresión postparto según edad del bebé

	No depresión		Probable depresión	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
1 mes	14	20.89	1	1.49
2 mes	11	16.42	4	5.97
3 mes	10	14.93	2	2.99
4 mes	9	13.43	6	8.96
5 mes	2	2.98	4	5.97
6 mes	2	2.99	1	1.49
7 mes	1	1.49	0	0
Total	49	73.13	18	26.87

n=67

La edad del bebé que mayor predomina es el cuarto mes con un porcentaje de 8.96%

Tabla 10. Depresión postparto según número de hijos

	No depresión		Probable depresión	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
1	23	34.33	10	14.93
2	22	32.83	4	5.97
3	3	4.48	3	4.48
4	1	1.49	1	1.49
Total	49	73.13	18	26.87

n=67

El número de hijos con mayor prevalencia de una probable depresión postparto fue de un solo hijo con un porcentaje de 14.93%.

Tabla 11. Depresión postparto según estado civil

	No depresión		Probable depresión	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Soltera	13	19.40	3	4.48
Casada	17	25.37	7	10.45
Divorciada	6	8.96	3	4.48
Unión libre	13	19.40	5	7.46
Total	49	73.13	18	26.87

n=67

Mujeres casadas tienen mayor prevalencia de probable depresión con un 10.45%

Tabla 12. Depresión postparto según ocupación

	No depresión		Probable depresión	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Ama de casa	21	31.34	10	14.93
Empleada	24	35.82	8	11.94
Estudiante	4	5.97	0	0
Total	49	73.13	18	26.87

n=67

Las mujeres con mayor probable depresión fueron mujeres amas de casa con un 14.93%

Tabla 13. Depresión postparto según escolaridad

	No depresión		Probable depresión	
	f	%	f	%
Primaria	3	4.48	2	2.99
Secundaria	20	29.85	11	16.42
Preparatoria	17	25.37	5	7.49
Universidad	9	13.43	0	0
Total	49	73.13	18	26.87

n=67

La mayor prevalencia de probable depresión fue de secundaria con un 16.42%

Discusión

En los datos sociodemográficos la muestra de este estudio se encontró constituida por 67 mujeres postparto en un rango de edad de 16 a 41 años siendo el rango más frecuente de 21 a 25 años con un 34.33%. Se encontró que el 47% tiene solo un hijo, el 47.73% se encuentran empleadas y el 46.27% cuentan con secundaria, con un estado civil casadas con un 35.82%.

El 26.87% las mujeres presentaron una probable depresión postparto, el 14.93% de mujeres que tienen un hijo padecen una probable depresión postparto. Estos resultados son similares a De la Aorta, ya que el rango de edad fueron mujeres mayores de 45 años con un 28.52% y difiere con Castro y colaboradores con 4 hijos con un 27.3%. En ocupación difiere con Cabada y colaboradores con un 80% siendo amas de casa y siendo similar con Castro y colaboradores con un 43.8%. En la escolaridad difiere con Cabada y colaboradores siendo el 31% de secundaria. El estado civil es similar con Cabada y colaboradores con un 45% en unión libre, siendo similar con un 19.91% de mujeres con depresión postparto siendo similar también con Cabada

con un 23%, la depresión de acuerdo al número de hijos, De la Aorta es similar con un 27.3%.

Conclusión

En este estudio realizamos un análisis importante de variables sociodemográficas como lo son la edad, estado civil, ocupación y escolaridad, observamos que la depresión postparto ocupa menos de la mitad del total de nuestra muestra, y que gracias a la detección oportuna de esta patología se pueden prevenir complicaciones.

La prevalencia de depresión postparto fue de poco menos de la mitad en una muestra de 67 mujeres, con un rango de edad de 16 a 41 años. Nuestros resultados arrojaron que las mujeres que padecieron mayor probabilidad de depresión postparto son de edad de 21 a 25 años, con un 8.95%, la edad del bebé que mayor predomina es el cuarto mes con un porcentaje de 8.96%, siendo primerizas con un 14.93%, casadas con un 10.45%, siendo amas de casa con 14.93%, teniendo una escolaridad de secundaria con un 16.42% total de la muestra.

El instrumento utilizado fue la Escala de depresión postparto de Edimburgo y arrojó datos útiles y consistentes en la evaluación de las pacientes que cursaron puerperio entre el primer día de nacimiento del bebe hasta los siete meses de edad.

Esta escala es necesaria que sea utilizado como instrumento en consultas de seguimiento de mujeres puérperas con la finalidad de diagnosticar sintomatología de tipo depresivo evitando, de esta forma, la instalación de este trastorno que complica la vida de la mujer y altera su entorno familiar.^{36,45}

Recomendaciones

Como primer paso se brindó un informe con los resultados obtenidos a la institución en donde se aplicó el instrumento, con la finalidad de que los directivos, así como el personal conocieran los resultados. Se propuso brindar un seguimiento y una vigilancia por parte de la institución a quienes estén interesados en la problemática.

Cabe recalcar que en la actualidad numerosos estudios han encontrado consecuencias negativas en el vínculo madre-hijo y el desarrollo infantil, tanto emocional, como cognitivo y conductual cuando ha existido o existe una mujer con depresión postparto. Los síntomas de la DPP son difíciles de reconocer para la población y en algunas ocasiones se normalizan pensando que son parte natural del proceso del puerperio.^{29, 34}

Para su tratamiento se recomiendan medidas de psico educación, como explicar a la madre la naturaleza del trastorno, haciendo siempre hincapié en que se trata de una enfermedad y no de una derrota o un fracaso personal eso, en conjunto con otras medidas generales.³⁸

La terapia cognitiva-conductual es utilizada para el tratamiento de la DPP. Se puede realizar tanto de forma individual como en grupo. Este tipo de terapia está centrada en el presente, en los problemas actuales que presenta la madre, en el establecimiento de objetivos concretos y se basa en el aprendizaje de técnicas que se practican en el día a día y que ayudan a conseguir los objetivos del tratamiento.^{39, 40}

La posibilidad de psicoterapia y/o farmacoterapia debe ser evaluada por el personal médico correspondiente. El tratamiento de la depresión posparto precisa de una intervención por un equipo multidisciplinar especializado en el diseño y aplicación de un plan individualizado, basado en las evidencias científicas y en las necesidades maternas.^{41, 42}

Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud, Prevención de los trastornos mentales, en colaboración con el Centro de Investigación de Prevención de las Universidades de Nijmegen y Maastricht, 2014.
2. Vargas MJE, García JM. Depresión post-parto: presencia y manejo psicológico. Centro Regional de Investigación en Psicología 2009.
3. Evans G, Vicuña M, Marín R. Depresión postparto realidad en el sistema público de atención de salud. Rev. Chil Obstet Ginecol, 2009. Disponible:<http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2013/ip133h.pdf>
4. JAMA Psychiatry, Onset timing, thoughts of self-harm, and diagnoses in postpartum women with screen-positive depression findings, 2013.
5. Organización Mundial de la Salud, Depresión, marzo 2017.
Disponible en: <http://www.who.int/topics/depression/es/>
6. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 2011.
Disponible: <https://psicovalero.files.wordpress.com/2014/06/manual-diagnoc3b3stico-y-estadc3adstico-de-los-trastornos-mentales-dsm-iv.pdf>
7. Horwitz SM, Briggs-Gowan MJ, Storfer-Isser A, Carter AS. Prevalence, correlates, and persistence of maternal depression. J Women Health, 2007.
8. Fernández C, Ginecología y Obstetricia de México, Vol.79 Marzo 2011.
Disponible:
<https://nietoeditores.com.mx/nieto/Ginecologia/2011/marzo11/FEMEGO3MARZOsmall.pdf>
9. Beck C. Predictors of postpartum depression: update. Nurse Res 2010. Disponible: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/608/art14.pdf>
10. Norma oficial mexicana 007 SSA2 2012, para la mujer en el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida, México 2012.
11. Figueiredo B, Pacheco A, Costa R. Depression during pregnancy and the postpartum period in adolescent and adult Portuguese mothers. Arch Women Ment Health, 2017. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo, parto y puerperio, Sistema Nacional de salud, México 2017.

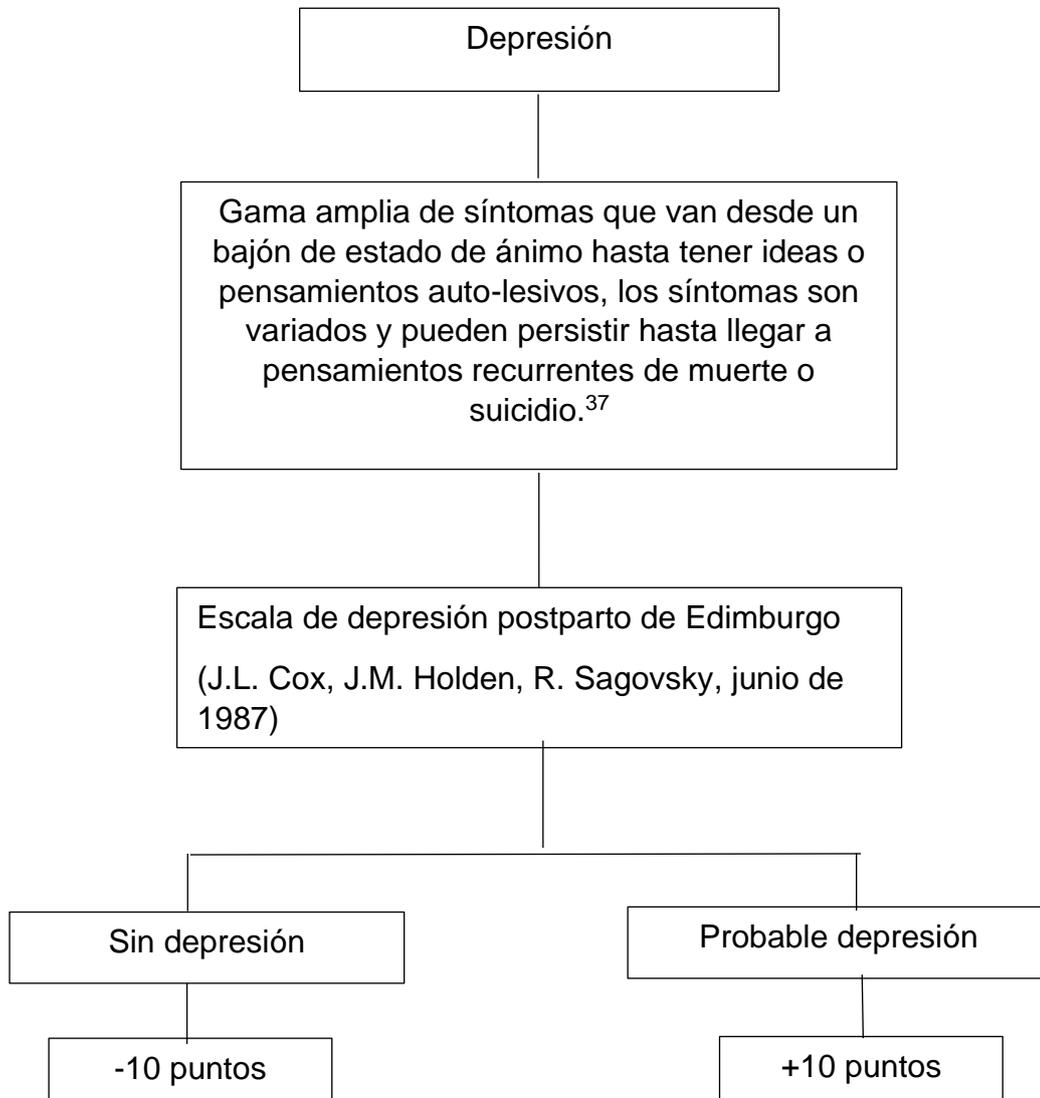
12. Ohara M "Perinatal mental illness: Definition, description and aetiology", Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology Jan;28, 2014.
13. Tortora J, Derrickson B. Principios de Anatomía y fisiología, 13ª edición, 2013.
14. Gonzales F. Manual de asistencia al parto y puerperio normal. INO Reproducciones S.A., Zaragoza 2015.
15. Aguaron G. Manual de asistencia al parto normal y puerperio, 2010.
16. DeCherney, A. Diagnóstico y Tratamiento Ginecobstetricio 7ª. ed. Editorial. El Manual Moderno, Boston 2009.
17. Instituto Químico Biológico. Diccionario Ilustrado de Términos Médicos, 2013.
18. American Psychiatric Association, "Postpartum Depression". June, 2011. Disponible: <https://www.insp.mx/avisos/4137-analizan-la-depresion-posparto-y-la-depresion-materna-en-mexico.html>
19. Leahy-Warren P, McCarthy G. Postnatal depression: prevalence, mothers' perspectives, and treatments. Arch Psychiatr Nurs ,2017.
20. Díaz S. El patrón de la reproducción humana y los cambios en las funciones que desempeña la mujer. Revista Chilena de Nutrición, 2018
21. Espíndola J, Morales GF y col. Perinatología y Reproducción Humana, Calibración del punto de corte para la escala de depresión perinatal de Edimburgo, en pacientes obstétricas del instituto nacional de perinatología. Peninato Reprod, 2014.
22. Ana G. Hospital "Dr. Manuel Noriega Trigo, Prevalencia de depresión postparto entre puérperas adolescentes y adultas atendidas en el Servicio de Obstetricia y Ginecología, 2014
23. Molero, Katherine L et al. Prevalencia de depresión posparto en puérperas adolescentes y adultas. *Rev. chil. obstet. Ginecol*, vol.79, 2014.
24. Cosme Alvarado-Esquivel y col. Prevalencia de depresión posnatal en mujeres atendidas en hospitales públicos de Durango, México, 2009.
25. Filipa de Castro, PhD, Sintomatología depresiva materna en México, 2015.

26. Ana Lucia Gordiño, Hospital "Dr. Manuel Noriega Trigo, Prevalencia de depresión postparto entre puérperas adolescentes y adultas atendidas en el Servicio de Obstetricia y Ginecología, 2015
27. Filipa de Castro, PhD, Sintomatología depresiva materna en México, 2015
28. Gómez R. "Prevalencia depresión postparto", Veracruz Veracruz, 2014
29. Gustavo Romero y col. Prevalencia de tristeza materna y sus factores asociados, 2016
30. Fisher J. "Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: a systematic review", Bulletin of the World Health Organization 2012. Disponible en : <http://www.who.int/bulletin/volumes/90/2/11-091850/en/>
31. Beck C. Predictors of postpartum depression: update. Nurse Res 2015 Disponible: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/608/art14.pdf>
32. Jose, J. Documento Técnico: Situación de Salud de los Adolescentes y Jóvenes en el Perú. Ministerio de Salud – Lima, 2017
33. Módulo de Atención Integral en Salud Mental dirigido a trabajadores de primer nivel de atención. Módulo 6: La depresión / Ministerio de Salud, 2018
34. Alligood M. Modelos y teorías en enfermería, Séptima ed. Eddie SL, editor, capítulo 34. 2016
35. Tyler, T. Prevalencia de depresión posparto y factores asociados, en pacientes puérperas de la Clínica de Especialidades de la Mujer, 2018
36. Gustavo Romero-Gutiérrez y col. Prevalencia de tristeza materna y sus factores asociados, 2014
37. Jesica, H. LPrevalencia de depresión posparto en puérperas adolescentes y adultas. *Rev. Arg. obstet. Ginecol*, vol.79, 2014.
38. Ana Lucia Gordiño, Hospital "Dr. Jose Manuel Estrada", Prevalencia de depresión postparto entre puérperas adolescentes y adultas atendidas en el Servicio de Obstetricia y Ginecología, 2018

39. Milka Sharylin de la a Orta, "Factores psicosociales que intervienen en el desarrollo de la depresión posparto en usuarias de 16 a 24 años atendidas en el Centro de Salud No. 3, 2018.
40. Ángulo, L. La depresión posparto de la madre y sus implicaciones en el cuidado del recién nacido. Retrieved 2018, from Facultad de Ciencias de la Salud, Enfermería, Fundación Universitaria del Área Andina, Bogotá, 2018
41. Alligood M. Modelos y teorías en enfermería, Séptima ed. Eddie SL, editor, capítulo 34, 2015
42. Arrebola-Domínguez, A. La depresión postparto como problema de salud en la mujer. Retrieved 2018, from Universidad de Jaén, 2015.
43. Navas W. Depresión postparto. Revista Médica de Costa Rica. Disponible: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen>.
44. Castellón, A. D. Actualizaciones en depresión posparto. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología, 2012.
45. Roberto Hernández Sampieri, Metodología de la investigación, 6ta edición.2018.

Apéndices

Operacionalización de variables



Solicitud de autorización del Hospital IMSS Coplamar



UNIVERSIDAD DE SOTAVENTO, A. C.
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA
Clave de Incorporación a la UNAM 8859-62,
con fecha del 6-08-2013 y Acuerdo CIREyTG 36/13



OFICIO: ENF131/2019

Asunto: Solicitud aplicación de instrumento de recolección de datos

DRA. GRACIELA VALLEJO ORTIZ
Supervisor médico responsable IMSS COPLAMAR
Prolongación de Morelos S/N. Col. Deportiva
Jalipán, Ver.

La que suscribe Mtra. Adela Martínez Perry, directora de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Sotavento A.C., por este medio solicito a usted de la manera más atenta, tenga a bien autorizar a los alumnos del Octavo Semestre de la Lic. En Enfermería la aplicación de un instrumento de recolección de datos con el fin de llevar a cabo un proyecto de investigación con fines de Titulación.

Tema: "PREVALENCIA DE DEPRESIÓN POSTPARTO EN MUJERES DE UN HOSPITAL DEL SUR DE VERACRUZ." por lo que requerimos su autorización para dicho proyecto en el periodo comprendido del mes de Mayo del año en curso en el horario que nos dispongan.

Los alumnos que participan son:

Zoara Nayely Hernández Abad
Oreana Guadalupe Martínez Trujillo

Todas bajo la supervisión del Maestro Kevin Mujica Armenta, Asesor de Tesis y catedrático de esta Universidad.

Agradeciendo como siempre las facilidades prestadas, quedo a sus órdenes para cualquier aclaración.

Atentamente
"Por la Excelencia Académica"
Coatzacoalcos, Ver a 24 de mayo de 2019

Mtra. Adela Martínez Perry
Directora Técnica
Tel. 9212182311-111



UNIVERSIDAD DE SOTAVENTO A.C.
CORPORADA A LA UNAM
LICENCIATURA EN
ENFERMERÍA
CLAVE: 8859 62
COATZACOALCOS VEP



Consentimiento informado



UNIVERSIDAD DE SOTAVENTO, A.C
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA
Clave de incorporación a la UNAM 8859 –
62
con fecha del 06-08-2013 y acuerdo
CIREyTG36/13



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Prevalencia de depresión postparto en mujeres de un hospital del sur de Veracruz.
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Hospital del sur de Veracruz, del 30 de abril al 03 de Mayo del 2019
Justificación y objetivo del estudio:	Determinar la prevalencia de la depresión postparto en mujeres de un hospital del sur de Veracruz
Procedimientos:	Pedir autorización a participantes para aplicar el instrumento depresión postparto de Edimburgo.
Posibles riesgos y molestias:	Riesgo bajo, se mantendrá la privacidad del usuario mediante el anonimato durante la aplicación del instrumento así como los resultados del estudio.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Conocer la prevalencia de mujeres que padecen depresión postparto.
Participación o retiro:	Se protegerán los derechos del usuario al contar con el consentimiento informado, reiterando la libertad de retirarse en el momento que lo decidiera.
Privacidad y confidencialidad:	Se garantizará la seguridad de que no se le identificará y se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con la privacidad.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Zoara Nayely Hernández Abad
Colaboradores:	L.E. Kevin Mujica Armenta

 Nombre y firma del sujeto

 Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

 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

Cedula de datos personales

CÉDULA DE DATOS PERSONALES

Edad: _____

FOLIO: _____

Número de hijos: _____

Fecha de nacimiento del bebé: _____

Estado civil: a) Soltera b) Casada c) Divorciada d) Unión libre

Escolaridad: a) Primaria b) Secundaria c) Preparatoria d) Universidad

Ocupación: a) Ama de casa b) Empleada c) Obrera d) Otro: _____

Escala de Depresión Postparto de Edimburgo

Escala de depresión postparto de Edimburgo

Queremos saber cómo se siente si ha tenido un bebé recientemente. Por favor marque la respuesta que más se acerque a cómo se ha sentido en los últimos 7 días, no solamente cómo se sienta hoy.

Esto significaría: *Me he sentido feliz la mayor parte del tiempo durante la semana pasada.*

Por favor complete las otras preguntas de la misma manera.

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

- a) Tanto como siempre
- b) No tanto ahora
- c) Mucho menos
- d) No, no he podido

2. He mirado el futuro con placer

- a) Tanto como siempre
- b) Algo menos de lo que solía hacer
- c) Definitivamente menos
- d) No, nada

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

- a) Sí, la mayoría de las veces
- b) Sí, algunas veces
- c) No muy a menudo
- d) No, nunca

4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo

- a) No, para nada
- b) Casi nada
- c) Sí, a veces
- d) Sí, a menudo

5. He sentido miedo y pánico sin motivo

- a) alguno
- b) Sí, bastante
- c) Sí, a veces
- d) No, no mucho
- e) No, nada

Las cosas me oprimen o agobian

- a) Sí, la mayor parte de las veces
- b) Sí, a veces
- c) No, casi nunca
- d) No, nada

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

- a) Sí, la mayoría de las veces
- b) Sí, a veces
- c) No muy a menudo
- d) No, nada

8. Me he sentido triste y desgraciada

- a) Sí, casi siempre
- b) Sí, bastante a menudo
- c) No muy a menudo
- d) No, nada

9. He sido tan infeliz que he estado llorando

- a) Sí, casi siempre
- b) Sí, bastante a menudo
- c) Sólo en ocasiones
- d) No, nunca

10. He pensado en hacerme daño a mí misma

- a) Sí, bastante a menudo
- b) A veces
- c) Casi nunca
- d) No, nunca