

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN NORTE DEL D.F.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 33 “EL ROSARIO”
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**DEPRESIÓN POSTPARTO EN MUJERES USUARIAS DE LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR NÚMERO 33 “EL ROSARIO” DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**TESIS DE POSGRADO
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DR. EDUARDO OLIVER OCHOA

ASESORES:

**DRA. LETICIA SÁNCHEZ FLORES
JEFE DE DEPARTAMENTO CLÍNICO
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 33 “EL ROSARIO”**

**DR. RODOLFO ARVIZU IGLESIAS
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 33 “EL ROSARIO”**

MÉXICO, D.F. 2006



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.

AUTORIZACIÓN

DR. RODOLFO ARVIZU IGLESIAS
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 33 “EL ROSARIO”

DRA. MÓNICA ENRÍQUEZ NERI
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO 33 “EL ROSARIO”

DRA. MARIA DEL CARMEN MORELOS CERVANTES
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 33 “EL ROSARIO”

DRA. LETICIA SÁNCHEZ FLORES
JEFE DE DEPARTAMENTO CLÍNICO
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 33 “EL ROSARIO”
ASESORA DE TESIS

DR. EDUARDO OLIVER OCHOA
RESIDENTE DE TERCER AÑO DEL CUROS DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR

AGRADECIMIENTOS

A Dios por estar siempre a mi lado.

A mis padres y mi hermana que han estado pendientes de mí caminar, impulsándome constantemente hacia la mejora, por el apoyo de siempre, aunque en ocasiones resultaba sumamente difícil, gracias por todo. Esto es gracias a ustedes.

Como siempre uno es afortunado de encontrar gente maravillosa que llenan la vida de alegría.

Gracias:

Dra. Márquez: Por volver a coincidir de nuevo, por tu alegría, tu optimismo, tu valentía.

Dr. Domínguez: Por ser el alma de todos nosotros, por conocerte, por compartir y dibujar en todos una sonrisa permanente.

Dr. Ruiz: Por ser sincero, por mostrar la verdadera persona y amigo que eres.

Dr. Villegas: Por mostrar la importancia de la amistad.

Dra. Luna: Por demostrarme tu fortaleza, la importancia de la felicidad, por compartir sueños, por ser ejemplo, por el placer de conocerte, por estar presente, por todo. Eres muy grande y muy fuerte!

Gracias por la amistad y todo lo compartido a lo largo de tres años!

Gracias a los formadores de este proyecto humano y profesionalista: Dr. Alfonso Arvizu, Dra. Enríquez, Dra. Morelos, Dra. Sánchez, por compartir conocimientos nuevos en mi vida como lo es la Medicina Familiar.

ÍNDICE

TÍTULO	1
ANTECEDENTES	2
JUSTIFICACIÓN	5
OBJETIVO GENERAL	7
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	8
PROGRAMA DE TRABAJO	10
RESULTADOS	17
CONCLUSIONES	20
BIBLIOGRAFÍA	25
ANEXOS	30

TITULO

**DEPRESIÓN POSTPARTO EN MUJERES USUARIAS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
NÚMERO 33 “EL ROSARIO” DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.**

ANTECEDENTES

Si revisamos someramente la historia de la psiquiatría, nos encontramos con que las alteraciones psiquiátricas ligadas al puerperio han sido puestas de manifiesto desde los comienzos de la historia médica.

Hipócrates ya refiere la existencia de patología psicótica en mujeres en el puerperio y Sorano de Efeso (100 d.C) la define como una situación de “frenitis aguda” entendida como “enfermedad mental aguda, acompañada de fiebre aguda, movimientos sin sentido de las manos y pulso pequeño y pleno”.

Sin embargo, no es hasta el siglo XIX cuando aparece la sintomatología definida con criterios científicos. Clásicamente se describe de la siguiente forma (1):

1. Rápidos cambios en el nivel de conciencia, perplejidad, desorientación con ocasionales intervalos lúcidos.
2. Un trastorno psicomotor que varía desde la agitación a una severa lentitud y estupor, con la correspondiente variación de la comunicación verbal, desde rápidas y ruidosas asociaciones hasta mutismo.
3. Disturbios afectivos con panansiedad, algunas veces alternando con felicidad extásica o disturbios de la afectividad más estables, tales como la depresión y la manía.
4. Alucinaciones y pseudo alucinaciones, además de falsas identificaciones e ilusiones.
5. Delusiones con un típico contenido en relación con la maternidad.
6. Fluctuación de todo el cuadro en el tiempo; el así llamado cuadro caleidoscópico.

A partir del momento en el que el cuadro clínico queda más o menos definido como entidad médica se presentan dos líneas etiopatogénicas muy diferentes. Para unos es un cuadro con unas características psíquicas especiales que lo convierten por lo tanto en una entidad diagnóstica y para otros se debe estudiar dentro de los grandes cuadros psiquiátricos, ya que no se puede considerar independiente de los mismos.

La función familiar puede verse afectada si consideramos que el buen o mal funcionamiento de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros. Con base en que la familia cumpla o deje de cumplir eficazmente sus funciones, se habla de familia funcional o disfuncional, en vez de referirse a ella como normal o patológica, términos que por su connotación resultan controvertidos.

La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.

Para poder evaluar esta funcionalidad existen instrumentos aplicables como la clasificación triaxial de la familia propuesta de función y disfunción familiar está esquematizada por varios ejes, el primero representa los aspectos de desarrollo de la familia y se encarga de sus dimensiones históricas o longitudinales; el segundo se enfoca sobre los subsistemas en la familia, identifica la localización de problemas de problemas en la familia y está basado en un estudio transversal de funciones familiares; el tercer eje visualiza a la familia como un grupo, matriz o sistema o intenta categorizar la disfunción familiar a través de esta dimensión visual.

Existe otro instrumento conocido como Apgar familiar que explora aspectos de adaptabilidad, participación, crecimiento, afecto y resolución. Conociendo estos aspectos podemos entonces entender que la patología de un integrante de la familia afecta a todo el sistema creando así un estado de crisis, que influye en el crecimiento y desarrollo de cada uno de los individuos que la conforman.

El embarazo y el puerperio son periodos decisivos para el desarrollo de un nuevo ser y para establecer la estructuración de una vinculación futura entre la madre y el hijo, y entre éste y sus progenitores. Durante el embarazo y de forma fisiológica, aparecen en la mujer modificaciones afectivas que tienen que ver con los cambios hormonales que producen en su organismo y con las expectativas vitales y fantasías ante el nacimiento de su hijo.

En el puerperio se produce ya un gran cambio en la situación personal de la mujer y es precisa la readaptación psicológica ante esta nueva etapa, de forma que no es demasiado raro que se produzca una crisis de identidad asociada a esta nueva maternidad.

Estos cambios son más aparentes en un primer embarazo, si bien no son exclusivos del mismo y pueden reproducirse en cierta medida ante cada nueva maternidad (2).

Por otro lado no cabe duda de que el nacimiento de un hijo trae consigo una carga afectiva muy importante que se une a la situación física biológica en que se encuentra la mujer ante su nuevo estado. En ocasiones ésta carga afectiva no es perfectamente canalizada y en otras asienta sobre una situación psicológica previamente alterada, lo que da lugar a reacciones psicopatológicas de mayor o menor gravedad que inciden no sólo en la salud de la madre sino que pueden afectar seriamente el desarrollo del nuevo ser.

Las alteraciones psiquiátricas que se producen durante el embarazo o el puerperio pueden darse como primera manifestación o como una reagudización de una enfermedad psiquiátrica previamente diagnosticada. El conocimiento de esta patología debe llevar consigo un estudio profundo no solo de las implicaciones de la enfermedad mental en la madre, sino también de las relaciones con su hijo o con los miembros de la familia, así como del comportamiento del niño (3).

Se calcula que aunque aproximadamente el 80% de las mujeres experimentan alguna fluctuación en el humor entre el periodo anteparto y el posparto y sólo 10-20% tienen criterios DSM-IV de depresión mayor y sólo el 0.1-0.2% muestran signos de psicosis (4). La depresión aparece se instaure con una base de sentimiento de incapacidad para cuidar al nuevo hijo y enfrentarse a la situación socio-familiar.

La sintomatología es la típica de una depresión: sentimiento de culpa, trastornos del sueño, cambios de humor con gran tendencia a la tristeza y ausencia de síntomas psicóticos.

El pronóstico es en general mejor que el de las depresiones de otra etiología.

Según Lempériere (5), los factores de riesgo de esta denominada atípica del embarazo son:

- A. Edad de la madre (más frecuente antes de los 20 años y después de los 30 años).
- B. Problemas familiares graves en la infancia de la madre
- C. Antecedentes de separaciones precoces de sus padres (en la madre)
- D. Problemas psiquiátricos previos al embarazo
- E. Problemas psiquiátricos o psicológicos durante el embarazo
- F. Actitud negativa frente al embarazo (embarazo no deseado, dudas sobre la eventual interrupción voluntaria del embarazo en el inicio de la gestación).
- G. Tensiones en la pareja durante el embarazo.
- H. Severidad de los "blues" posparto (según la bibliografía anglosajona) que significa estado de ánimo melancólico y que puedes ser poco manifiesto y por lo tanto pasar incluso desapercibido. Observado una frecuencia elevada del 50-70% o incluso el 80% de los nacimientos.
- I. Acontecimientos desfavorables que generan ansiedad vividos durante el periodo del puerperio.

La evidencia clínica y estudios genéticos apoyan la hipótesis de que la mayoría de los casos de psicosis puerperal son manifestaciones de un trastorno afectivo previo en el que el puerperio actúa como desencadenante y los genes actúa como importante factor de aumento de susceptibilidad.

La naturaleza del desencadenante puerperal es desconocida pero en vista de la brusca aparición en un momento en el que los cambios psicológicos son debidos fundamentalmente a cambios biológicos, hormonales sobre todo, es importante tener en cuenta el papel de los estrógenos, al ser estas las hormonas que sufren mayor alteración en este momento (6).

La capacidad de los estrógenos para modular la función serotoninérgica, en particular, eleva la posibilidad de que los esteroides sexuales puedan jugar un importante papel en los mecanismos asociados con la depresión y su tratamiento (7).

La depresión posparto es una patología muy frecuente si tenemos en cuenta que entre el 10 y 15% de las mujeres desencadenan un síndrome depresivo dentro de los primeros 2-3 meses posparto, siendo la complicación médica más frecuente de este periodo. El 10% de las mujeres que tienen una depresión posparto carece de antecedentes, el 25% tienen antecedentes depresivos y un 50% tiene antecedente de depresión puerperal.

La prevalencia notificada de depresión postnatal varía según el método exacto de evaluación empleado y la duración del periodo puerperal estudiado. La incidencia es mayor en los primeros tres primeros meses del puerperio y comienza principalmente entre las cuatro y las seis primeras semanas (8). Alrededor de 30% de las primíparas que presentan depresión postnatal tienen otro caso de depresión después de un parto ulterior (9). En algunos estudios de meta-análisis basados en 59 estudios, O'Hara y Swain encuentran que la media prevalencia a un año es de 13%. El reconocimiento precoz resulta fundamental para evitar problemas posteriores en relación materno-filial y en el desarrollo físico y sobre todo emocional del bebé (10). Se ha descrito bastante sobre la posible influencia socio-cultural en la génesis de la depresión posparto, a pesar de lo cual no se han apreciado variaciones en la frecuencia de presentación en relación con estudios efectuados en distintas culturas. Así, los últimos 150 años parece que no ha cambiado la incidencia de depresión puerperal, lo que habla a favor de la no relación con factores culturales y sociales, ya que éstos han cambiado mucho en los últimos años y sería un punto más a favor de la etiología endógena. Sin embargo, según otros autores, su aparición sobre todo en sociedades occidentales, si hablaría a favor de un cierto componente de tipo socio-cultural.

El curso clínico de la enfermedad tiene un buen pronóstico a corto plazo, pero el riesgo de recurrencia de trastornos mentales, en o fuera dentro del contexto puerperal, es elevado (11), la posibilidad de que la mujer permanezca asintomática se eleva a un 75%, mientras que la sintomatología se repetirá según varios autores con características similares en otro embarazo en el 50% de las ocasiones, pudiendo aumentar hasta el 75% (6).

El Reino Unido es el pionero en evaluar y aplicar múltiples estudios prospectivos (abiertos), que inicialmente se aplicó a madres jóvenes que vivían en un barrio de "clase trabajadora" en Escocia; estos fueron realizados en diferentes distritos sanitarios de ese país, estos han demostrado que los resultados mejoran cuando la educación preventiva, el sistema de examen con la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EDPS) (12), debido a que en el Reino Unido afecta a casi 70,000 madres al año, este tipo de programas es de importancia para los Consorcios de Atención Primaria (13).

Más tarde en un estudio, la Doctora Bárbara Yawn y sus colegas del Olmsted Medical Center (Estados Unidos), evaluaron la efectividad de esta prueba.

Esta escala es fácil de llenar y aceptable para las mujeres que no se consideran enfermas, ni con la necesidad de intervención médica, cuando se valida con los criterios diagnósticos para investigación, una puntuación de 11-12 en dicha escala (de un máximo de 30 puntos) tiene una sensibilidad de 76.7% y una especificidad de 92.5% para detectar la depresión postnatal (13).

La importancia Médico Legal radica en el conocimiento de la existencia tanto de la depresión posparto como de la psicosis puede hacernos entender muchos de los comportamientos de una madre hacia su hijo que de otra forma podrían parecernos completamente anormales.

Sin embargo, hay ocasiones en las que esta actuación pasa a ser algo más que un comportamiento extraño para convertirse en un hecho penado por la ley, por ello una de las funciones del Médico familiar es identificar oportunamente este tipo de entidades para ofrecer un tratamiento oportuno logrando así una salud familiar integral.

JUSTIFICACIÓN

La depresión postparto es una entidad frecuente en México, y que afecta entre el 10 y 15% de las mujeres y desencadenan un síndrome depresivo dentro de los primeros 2-3 meses posparto, siendo la complicación médica más frecuente de este periodo. El 10% de las mujeres que tienen una depresión posparto carece de antecedentes, el 25% tienen antecedentes depresivos y un 50% tiene antecedente de depresión puerperal.

El reconocimiento precoz resulta fundamental para evitar problemas posteriores en relación materno-filial y en el desarrollo físico y sobre todo emocional del producto, por lo que en el primer nivel de atención es de vital importancia el diagnóstico preciso de esta patología por lo que en muchas ocasiones puede confundirse o asociarse a problemas que no corresponden a esta etapa postnatal y que tiene que ver con una posible influencia socio-cultural, sin realmente serlo.

En este estudio se ofrece un instrumento de evaluación poco conocida y aplicada en latinoamerica como lo es la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo, que ha sido validada a nivel mundial y ofrece una aplicación sencilla y un diagnóstico oportuno para derivar oportunamente a las pacientes en caso de requerirla. Ante esta problemática nos formulamos la siguiente interrogante: ¿Cual es la frecuencia de la depresión postparto en mujeres que cursan el periodo de puerperio hasta la semana 8, usuarias de la Unidad de Medicina Familiar Número 33 “El Rosario”?

OBJETIVO GENERAL

* DETERMINAR LA FRECUENCIA DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO EN MUJERES QUE CURSAN EL PERIODO DE PUERPERIO HASTA LA SEMANA 8, USUARIAS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 33 "EL ROSARIO".

OBJETIVOS ESPECIFICOS

* IDENTIFICAR EL PORCENTAJE DE USUARIAS CON DEPRESIÓN POSTPARTO EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 33 "EL ROSARIO".

* IDENTIFICAR EL GRADO DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR A LA QUE PERTENECEN LAS USUARIAS CON DEPRESIÓN POSTPARTO.

* IDENTIFICAR LOS SÍNTOMAS QUE PREDOMINAN EN LA DEPRESIÓN POSTPARTO EN ESTE TIPO DE USUARIAS.

* IDENTIFICAR LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS USUARIAS CON DEPRESIÓN POSTPARTO.

PROGRAMA DE TRABAJO

MATERIAL Y MÉTODOS

SITIO DE ESTUDIO: Unidad de Primer Nivel de atención, la Unidad de Medicina Familiar No 33 “El Rosario” del Instituto Mexicano del Seguro Social. Que se encuentra ubicada en zona noroeste del Distrito Federal perteneciente a la Delegación Azcapotzalco, en las calles de Renacimiento sin número y que labora de lunes a viernes en dos horarios matutino y vespertino. Consta de 27 consultorios de Medicina Familiar en los cuales se encuentra un Médico Familiar y una Asistente Médica, cada consultorio cuenta con un área de archivo de expedientes de acuerdo al área de población asignada, un escritorio, una computadora con el programa de expediente electrónico, una impresora, baumanómetro, báscula con estadímetro, una báscula pediátrica, una mesa de exploración, una tarja de limpieza, material de curación como gasas, guantes, jabón; termómetro.

La unidad esta diseñada en dos pisos, una planta baja y un sótano, en el cual el segundo piso consta de un área de consultorios, una biblioteca, un Consultorio perteneciente al módulo de planificación familiar y un Módulo de Trabajo Social; el primer piso tiene un área de Consultorios, la Jefatura de Departamento Clínico, el área de Archivo General de la Unidad, Consultorio de Medicina del Trabajo, y Módulo de Trabajo Social; en la planta baja se encuentra la Farmacia de la Unidad y el Auditorio; el sótano da cabida a el Laboratorio, Consultorio de Curaciones, servicio de Radiología y Mastografía, tres Consultorios dentales, un Módulo de Trabajo Social, dos aulas para Médicos Residentes de la Especialidad de Medicina Familiar, El departamento de Enseñanza e Investigación, Un comedor, Área de Intendencia, Cuatro Baños para el personal de la Unidad y un área de Almacén.

El presente estudio es de tipo: Descriptivo: Ya que describe el curso natural de los fenómenos en un grupo de individuos. Prolectivo: ya que se realizará y recolectará los datos en un momento específico. Transversal: Ya que las variables de interés se medirán solo en una ocasión en los mismos individuos, no estudiamos la evolución del fenómeno que estamos investigando, no existe un seguimiento. Observacional: Ya que el investigador tal como se presentan en la naturaleza, sin modificar voluntariamente ninguna de las variables que intervienen en el proyecto. Tomando en cuenta que la frecuencia de este problema en nuestro país es de aproximadamente el 15% de las mujeres en el periodo puerperal con un nivel de confianza del 95% corresponde la población estudiar de 196 pacientes. La muestra será no aleatorizado de casos consecutivos.

Se encuestará a todas las mujeres que estén cursando con el periodo puerperal hasta la semana 8, no importando edad, escolaridad, estado civil, ocupación y número de embarazos previos, en el periodo comprendido del 1º de Diciembre al 31 de Enero de 2006 dentro de la Unidad de Medicina Familiar No 33 “El Rosario” del Instituto Mexicano del Seguro Social en los turnos matutino y vespertino de lunes a viernes, aplicándoles la Escala de Depresión postparto de Edimburgo (Anexo 2) y Apgar familiar, que autoricen y firmen el consentimiento informado. Se delimita el número de muestra a estudiar que es de 196 pacientes.

El análisis estadístico de la información que se obtendrá, se realizará la estadística de forma descriptiva mediante el cruce de variables y graficación de los resultados. Se tomaron e ingresaron al estudio mujeres usuarias de la Unidad de Medicina Familiar Número 33 “El Rosario” IMSS, que cumplan los siguientes criterios:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- a. Mujeres que cursen el puerperio hasta la semana 8, no importando edad, escolaridad, estado civil, ocupación.
- b. Mujeres que cursen al momento el puerperio y no sobrepasen la semana 8 del mismo, no importando el número de gestaciones anteriores.
- c. Mujeres que contesten completamente la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (Anexo 2), que cursen el puerperio hasta la semana 8.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- a. Mujeres con muerte perinatal de su último producto.
- b. Mujeres que hayan dado a luz productos con malformaciones congénitas.
- c. Mujeres que desistan de continuar con la participación durante la entrevista.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

- a. Mujeres que sobrepasen el periodo de puerperio de 8 semanas.
- b. Mujeres que no cumplan con el llenado total de la Escala de Depresión postparto de Edimburgo (Anexo 2).

ASPECTOS ÉTICOS:

Los principios éticos fundamentales que sirven de base para la conducta a seguir es la investigación biomédica en la que se involucra al hombre y en los que estas guías están fundamentadas son las de la Declaración de Helsinki de la Asociación médica Mundial revisados por la 2ª, Asamblea Médica Mundial celebrada en Tokio en 1975.

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

La inclusión de los sujetos humanos en la investigación biomédica debe depender, siempre que esto sea posible, de su consentimiento libremente expresado. Cuando la persona así lo desee, puede dejar de participar en el estudio o bien negarse a colaborar en cualquier etapa del proyecto, sin que se coarte su libertad en ningún momento, evitando así temor o prejuicio.

No existe otra alternativa para la protección efectiva de la libertad de elección del individuo que represente la seguridad de que la investigación encuentre aceptación de la opinión general. Idealmente cada sujeto potencial de la investigación debe poseer la capacidad intelectual y la visión para proporcionar un consentimiento informado válido, disfrutar de la independencia como para ejercer de una absoluta libertad de elección en lo referente a su colaboración.

Con la información ética suficiente, para reunir los requisitos que se requieren para realizar investigación en seres humanos, establecido en la Ley General de Salud, como el respeto a la aceptación voluntaria de cada paciente y la confidencialidad del mismo, se deben establecer:

- 1 Los objetivos de la investigación estarán dirigidos a lograr un avance justificado del conocimiento biomédico y serán acordes a los intereses y prioridades que prevalecen en la comunidad.
- 2 Las intervenciones serán justificadas pero exponiendo a los individuos a un mínimo de riesgos inconvenientes.
- 3 El investigador responsable debe ser una persona calificada y experimentada, asegurando que todos los aspectos del estudio se realicen con discreción y precaución, protegiendo la seguridad de los individuos estudiados.
- 4 Siempre se informarán las posibles consecuencias en su participación (en caso de haberlas), así como riesgos e inconvenientes que se puedan presentar.
- 5 Se adoptarán las medidas apropiadas para asegurar la confidencialidad en cuanto a datos obtenidos durante la investigación.

DECLARACIONES INTERNACIONALES:

1. La primera declaración internacional sobre la investigación en la que se involucra al hombre, fue el Código de Nuremberg de 1947, subproducto del juicio realizado a médicos por haber realizado experimentos crueles en prisioneros durante la 2ª. Guerra Mundial. Este código hace énfasis sobre el “Consentimiento Voluntario” (ahora Consentimiento Informado) del individuo y se establece como “absolutamente esencial”.
2. En 1964 la Asociación Médica Mundial (AMM) en su 18 a. Asamblea Médica mundial adoptó la declaración de Helsinki (Helsinki I). La 29 a. Asamblea Médica Mundial en 1975, la AMM revisó esta declaración (Helsinki II): Los protocolos experimentales para investigación en la que se involucra al hombre “deben ser referidos a un comité independiente especialmente designado para su consideración, comentario y asesoría” (Artículos 1 y 2): donde los “experimentos que no concuerden con los principios asentados en esta declaración no deben ser aceptados para publicación”.
3. Tanto el Código de Nuremberg como la Declaración de Helsinki de 1964, han sido superadas por Helsinki II. Este es un documento básico en su campo y ha sido ampliamente aceptado como tal.
4. Estas guías consideran la distinción hecha en Helsinki II, en lo referente a investigación médica combinada con atención profesional (investigación clínica) y la investigación biomédica de carácter no terapéutico.
5. Los individuos no deben ser utilizados en investigación médica a menos que haya sido solicitado el “consentimiento informado libremente otorgado”,

DECLARACIÓN DE HELSINKI:

Recomendaciones dadas a los médicos involucrados en investigación biomédica.
Adoptada por la Asamblea Médica de Helsinki 1964 y revisada por la XXIX Asamblea Mundial Médica, Tokio, Japón, 1975.

Es la misión de los médicos salvaguardar la salud de los individuos, su conocimiento y conciencia dedicados para lograr esta misión. La declaración de Ginebra de la Asociación Mundial Médica une la palabra de los médicos “La salud de mi paciente será mi primera consideración”. Y el Código Internacional de Ética Médica declara que “Cualquier acto o recomendación que debilite la resistencia física o mental de un ser humano puede ser usada sólo en su interés.”

RESULTADOS

Se aplicaron un total de 196 encuestas a mujeres que cursaban el periodo de postparto hasta la semana 8, que representó el 100% de la población de este estudio.

De acuerdo a la edad de las pacientes: se encontró una paciente de 16 años (0.51%), 2 de 17 años (1.020%), 1 de 18 años (0.51%), 24 de 19 años (12.24%), 32 de 20 años (16.32%), 3 de 21 años (1.53%), 5 de 22 años (2.55%), 25 de 23 años (12.75%), 13 de 24 años (6.63%), 27 de 25 años (13.77%), 11 de 26 años (5.61), 8 de 27 años (1.020%), 10 de 28 años (2.040%), 6 de 29 años (3.06%), 12 de 30 años (1.020%), 4 de 31 años (2.040%), 2 de 33 años (1.020%), 2 de 34 años (1.020%), 3 de 35 años (1.53%), 3 de 36 años (1.53%) y 2 de 38 años (1.020%).

Los resultados de las pacientes por grupo de edad tenemos que: de 16 a 20 años se encontraron 60 pacientes que representan el 30.61% de la población estudiada; de 21 a 25 años de edad se encontraron a 73 paciente que es el 37.24% del total; del rango de edad de 26 a 30 años son 47 pacientes que es el 23.97% y finalmente del rango de edad de los 31 a los 38 años de edad fueron 16 paciente con el 8.16% de la población estudiada. TABLA Y GRÁFICA 1.

De acuerdo al estado civil, se encontró que 34 pacientes que representa el 17.34% respondió que son solteras, 78 casadas que representa el 39.79% y en unión libre 84 paciente que es el 42.85%. TABLA Y GRÁFICA 2.

En la ocupación: hogar 103 (52.55%), obreras 62 (31.63%), empleada 27 (13.77%), y profesionista 4 (2.04%). TABLA Y GRÁFICA 3.

En lo que respecta al grado de escolaridad: analfabetas 2 (1.020%), primaria 100 (51.02%), secundaria 57 (29.08%), preparatoria 18 (9.18%), técnica 14 (7.14%) y licenciatura 5 (2.55%). TABLA Y GRÁFICA 4.

A la edad de su último hijo: se englobó en cuanto a semanas referidas para lo cual edad de 1 semana respondieron 94 (47.95%), 2 semanas de edad 15 (7.65%), 3 semanas de edad 7 (3.57%), 4 semanas de edad 10 (5.10%), 5 semanas de edad 23 (11.73%), 6 semanas de edad 17 (8.67%), 7 semanas de edad 19 (9.69%), y 8 semanas de edad 11 (5.61%). TABLA Y GRÁFICA 5.

En cuanto a la funcionalidad familiar se encontró que 86 pacientes (43.87%) se encontraba altamente funcional, 103 (52.55%) moderadamente funcional y 7 (3.57%) severamente funcional. TABLA Y GRÁFICA 6. Las personas que cursaban con depresión postparto 23 (11.73%) y sin depresión postparto 173 (88.26%) de la población estudiada. TABLA Y GRÁFICA 7.

Se observó que en las pacientes con depresión postparto los síntomas que predominan son los siguientes: Reproches pasados (30.10%), disminución del ánimo (18.36%), nerviosismo (15.81%), trastornos del sueño (15.3%), ansiedad (14.79%), dificultad para la concentración (12.75%), minusvalía (7.65%), disminución del optimismo (4.59%), deseos de autoagresión (3.06%) y llanto fácil (13.77%). TABLA Y GRÁFICA 8.

Las personas que tienen una familia altamente funcional pero que cursan con depresión postparto fue de (2 = 8.69%) y sin depresión postparto (84 = 48.55%); con sistema familiar moderadamente funcional que cursan con depresión postparto (15 = 65.21%), y sin depresión postparto (88 = 50.86%) y con sistema familiar severamente disfuncional (6 = 26.08%) y sin depresión postparto (1 = 0.57%). Hablando propiamente de las mujeres que cursan con depresión postparto tenemos que; las mujeres que reportaban 30 años son las más afectadas con siete personas que representa un 30.43%. TABLA Y GRÁFICA 9.

En cuanto a la escolaridad las madres que tienen estudios de primaria son las más afectadas en un 47.82%, TABLA Y GRÁFICA 10. Del estado civil las madres que viven en unión libre tienen el primer lugar con un 52.17%. TABLA Y GRÁFICA 11.

La ocupación en las madres con depresión postparto se observó que se dedican a las labores del hogar en nueve pacientes que representa un 39.13%. TABLA Y GRÁFICA 12. El 26.08% respondió que la edad de su último hijo es de 5 semanas de edad, ocupando el primer sitio. TABLA Y GRÁFICA 13.

Y finalmente en cuanto a su funcionalidad familiar observamos que el 65.21% de las encuestadas respondió que el sistema familiar se encuentra moderadamente funcional según el Apgar familiar. TABLA Y GRÁFICA 14.

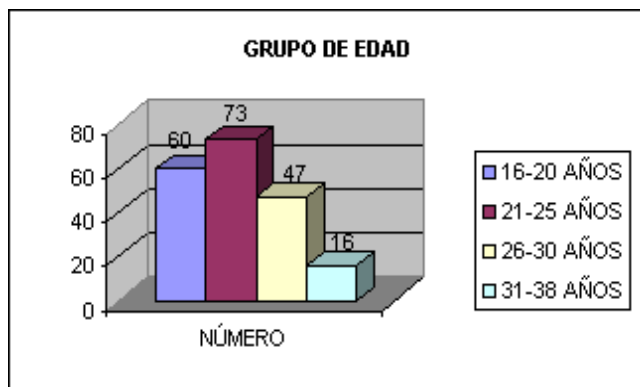
RESULTADOS

TABLA 1. GRUPO DE EDAD

EDAD	NÚMERO	%
16-20 AÑOS	60	30.61
21-25 AÑOS	73	37.24
26-30 AÑOS	47	23.97
31-38 AÑOS	16	8.16

FUENTE: ENCUESTA DEPRESIÓN POSTPARTO U.M.F 33

GRAFICA 1. GRUPO DE EDAD



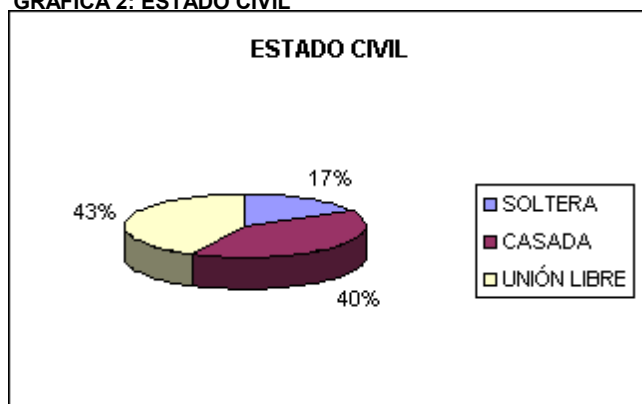
FUENTE: ENCUESTA DEPRESIÓN POSTPARTO U.M.F 33

TABLA 2. ESTADO CIVIL

EDO. CIVIL	NÚMERO	%
SOLTERA	34	17.34
CASADA	78	39.79
UNIÓN LIBRE	84	42.85

FUENTE: ENCUESTA DEPRESIÓN POSTPARTO U.M.F 33

GRAFICA 2: ESTADO CIVIL



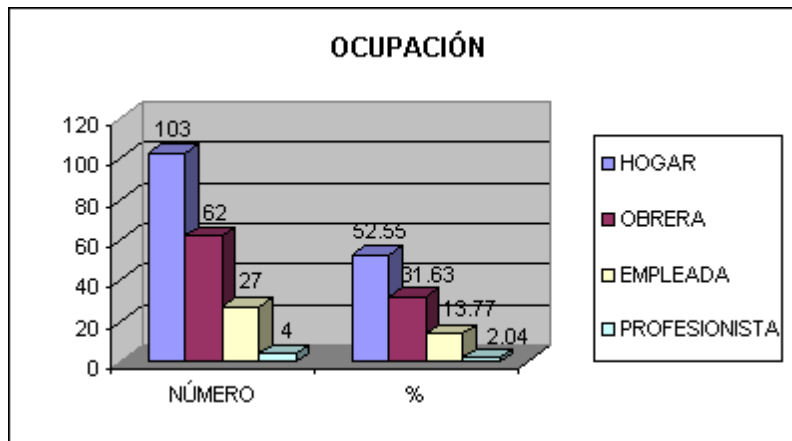
FUENTE: ENCUESTA DEPRESIÓN POSTPARTO U.M.F 33

TABLA 3. OCUPACIÓN

OCUPACIÓN	NÚMERO	%
HOGAR	103	52.55
OBRERA	62	31.63
EMPLEADA	27	13.77
PROFESIONISTA	4	2.04

FUENTE: ENCUESTA DEPRESIÓN POSTPARTO U.M.F 33

GRÁFICA 3. OCUPACIÓN



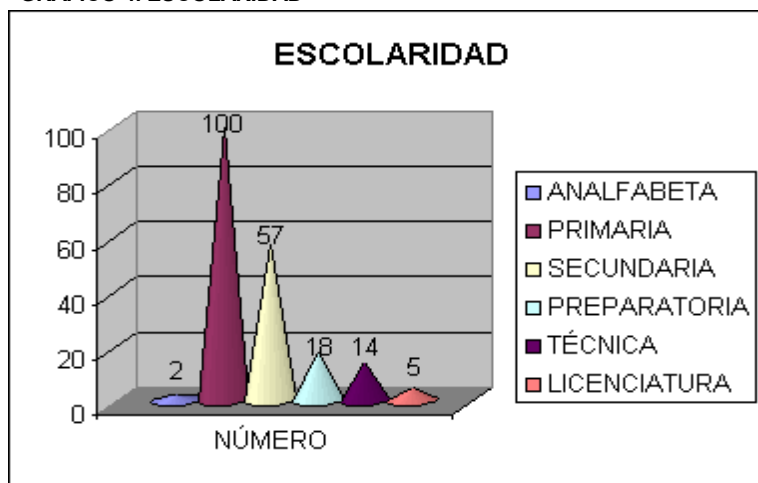
FUENTE: ENCUESTA DEPRESIÓN POSTPARTO U.M.F 33

TABLA 4. ESCOLARIDAD

ESCOLARIDAD	NÚMERO	%
ANALFABETA	2	1.02
PRIMARIA	100	51.02
SECUNDARIA	57	29.08
PREPARATORIA	18	9.18
TÉCNICA	14	7.14
LICENCIATURA	5	2.55

FUENTE: ENCUESTA DEPRESIÓN POSTPARTO U.M.F 33

GRÁFICO 4. ESCOLARIDAD



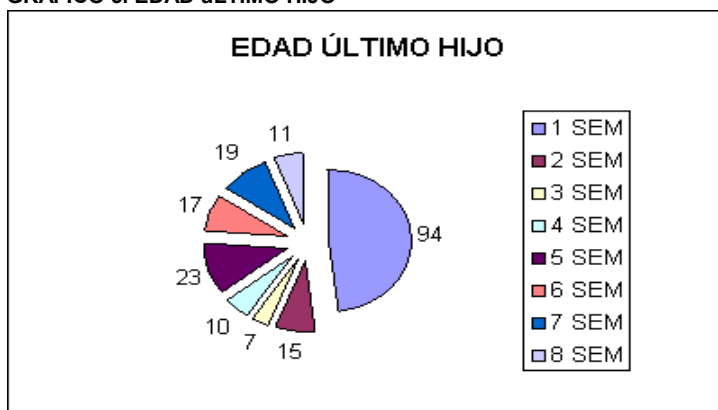
FUENTE: ENCUESTA DEPRESIÓN POSTPARTO U.M.F 33

TABLA 5. EDAD DEL ÚLTIMO HIJO

EDAD ÚLTIMO HIJO	NÚMERO	%
1 SEM	94	47.95
2 SEM	15	7.65
3 SEM	7	3.57
4 SEM	10	5.1
5 SEM	23	11.73
6 SEM	17	8.67
7 SEM	19	9.69
8 SEM	11	5.61

FUENTE: ENCUESTA DEPRESIÓN POSTPARTO U.M.F 33

GRÁFICO 5. EDAD ÚLTIMO HIJO



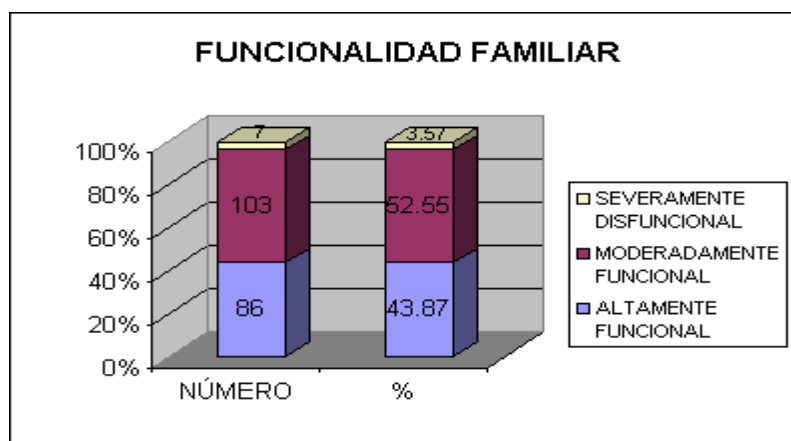
FUENTE: ENCUESTA DEPRESIÓN POSTPARTO U.M.F 33

TABLA 6. FUNCIONALIDAD FAMILIAR

FUNCIONALIDAD FAMILIAR	NÚMERO	%
ALTAMENTE FUNCIONAL	86	43.87
MODERADAMENTE FUNCIONAL	103	52.55
SEVERAMENTE DISFUNCIONAL	7	3.57

FUENTE: ENCUESTA DEPRESIÓN POSTPARTO U.M.F 33

GRÁFICO 6. FUNCIONALIDAD FAMILIAR



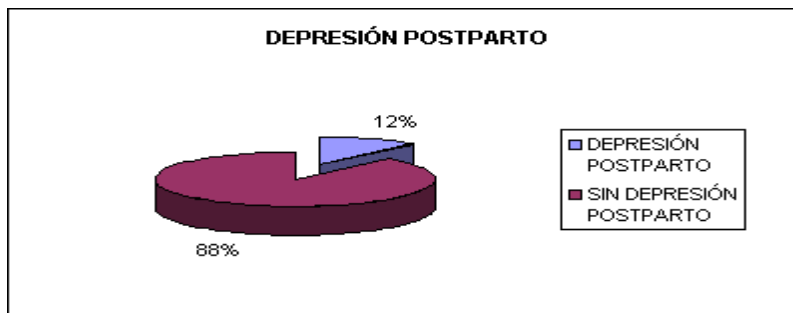
FUENTE: ENCUESTA DEPRESIÓN POSTPARTO U.M.F 33

TABLA 7. DEPRESIÓN POSTPARTO

DEPRESIÓN	NÚMERO	%
DEPRESIÓN POSTPARTO	23	11.73
SIN DEPRESIÓN POSTPARTO	173	88.26

FUENTE: ENCUESTA DEPRESIÓN POSTPARTO U.M.F 33

GRÁFICO 7. DEPRESION POSTPARTO



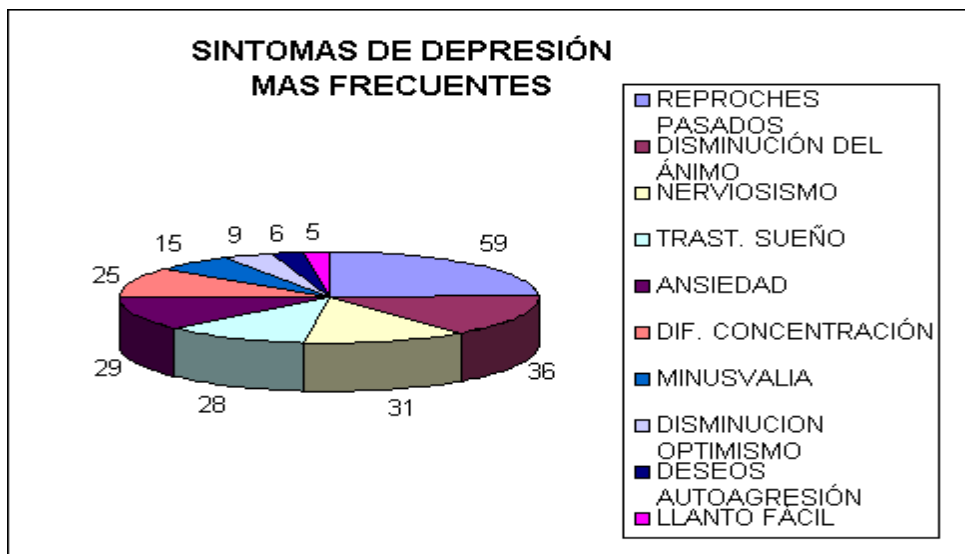
FUENTE: ENCUESTA DEPRESIÓN POSTPARTO U.M.F 33

TABLA 8. SINTOMAS MÁS FRECUENTES DE DEPRESIÓN

SINTOMAS	NÚMERO	%
REPROCHES PASADOS	59	30.10
DISMINUCIÓN DEL ÁNIMO	36	18.36
NERVIOSISMO	31	15.81
TRASTORNOS DEL SUEÑO	28	15.3
ANSIEDAD	29	14.79
DIF. CONCENTRACIÓN	25	12.75
MINUSVALIA	15	7.65
DISMINUCION OPTIMISMO	9	4.59
DESEOS AUTOAGRESIÓN	6	3.06
LLANTO FÁCIL	5	13.77

FUENTE: ENCUESTA DEPRESIÓN POSTPARTO U.M.F 33

GRAFICO 8. SINTOMAS MÁS FECUENTES DE DEPRESIÓN



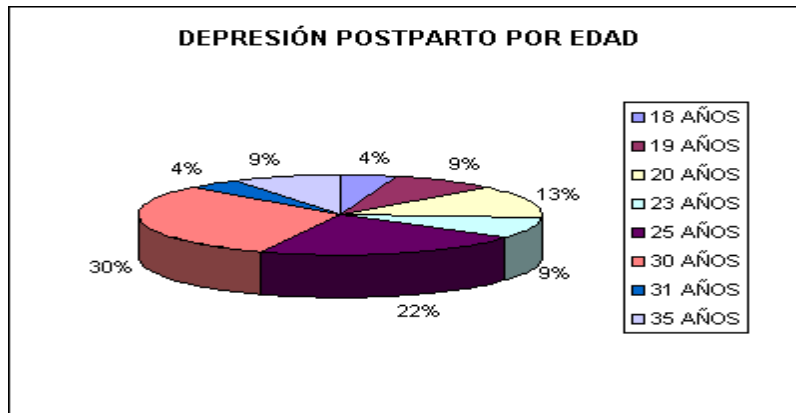
FUENTE: ENCUESTA DEPRESIÓN POSTPARTO U.M.F 33

TABLA 9. DEPRESIÓN POSPARTO POR EDAD

EDAD	NÚMERO	%
18 años	1	4.34
19 años	2	8.69
20 años	3	13.04
23 años	2	8.69
25 años	5	21.73
30 años	7	30.43
31 años	1	4.34
35 años	2	8.69

FUENTE: ENCUESTA DEPRESIÓN POSTPARTO U.M.F 33

GRAFICA 9. DEPRESIÓN POSPARTO POR EDAD



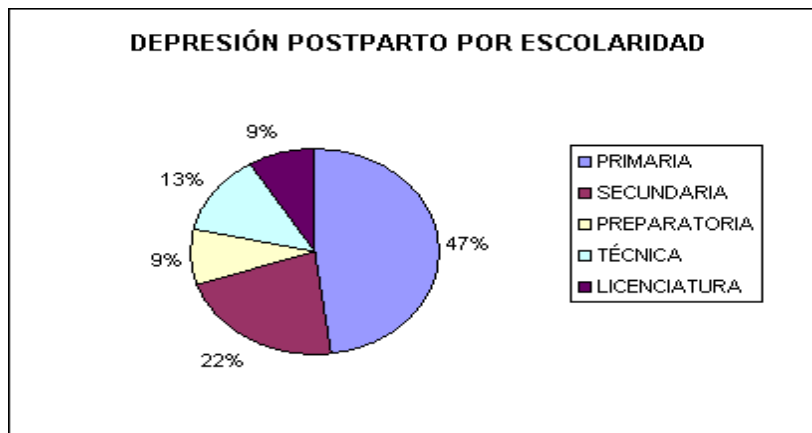
FUENTE: ENCUESTA DEPRESIÓN POSTPARTO U.M.F 33

TABLA 10. DEPRESIÓN POSPARTO POR ESCOLARIDAD

ESCOLARIDAD	NÚMERO	%
ANALFABETA	0	0
PRIMARIA	11	47.82
SECUNDARIA	5	21.73
PREPARATORIA	2	8.69
TÉCNICA	3	13.04
LICENCIATURA	2	8.69

FUENTE: ENCUESTA DEPRESIÓN POSTPARTO U.M.F 33

GRAFICA 10. DEPRESIÓN POSPARTO POR ESCOLARIDAD



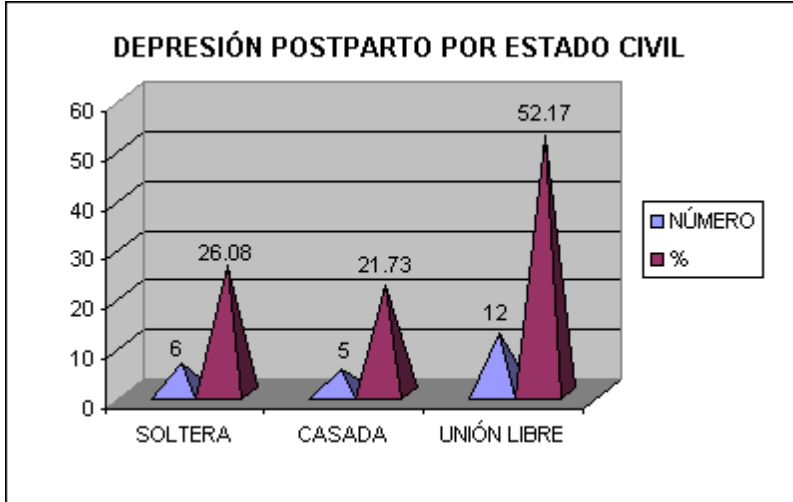
FUENTE: ENCUESTA DEPRESIÓN POSTPARTO U.M.F 33

TABLA 11. DEPRESIÓN POSPARTO POR ESTADO CIVIL

EDO CIVIL	NÚMERO	%
SOLTERA	6	26.08
CASADA	5	21.73
UNIÓN LIBRE	12	52.17

FUENTE: ENCUESTA DEPRESIÓN POSPARTO U.M.F 33

GRAFICA 11. DEPRESIÓN POSPARTO POR ESTADO CIVIL



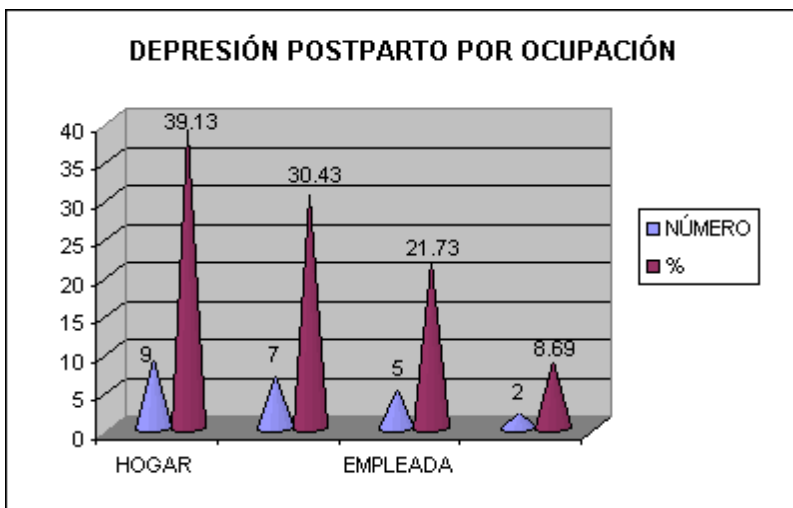
FUENTE: ENCUESTA DEPRESIÓN POSPARTO U.M.F 33

TABLA 12. DEPRESIÓN POSPARTO POR OCUPACIÓN

OCUPACIÓN	NÚMERO	%
HOGAR	9	39.13
OBREERA	7	30.43
EMPLEADA	5	21.73
PROFESIONISTA	2	8.69

FUENTE: ENCUESTA DEPRESIÓN POSPARTO U.M.F 33

GRAFICA 12. DEPRESIÓN POSPARTO POR OCUPACIÓN



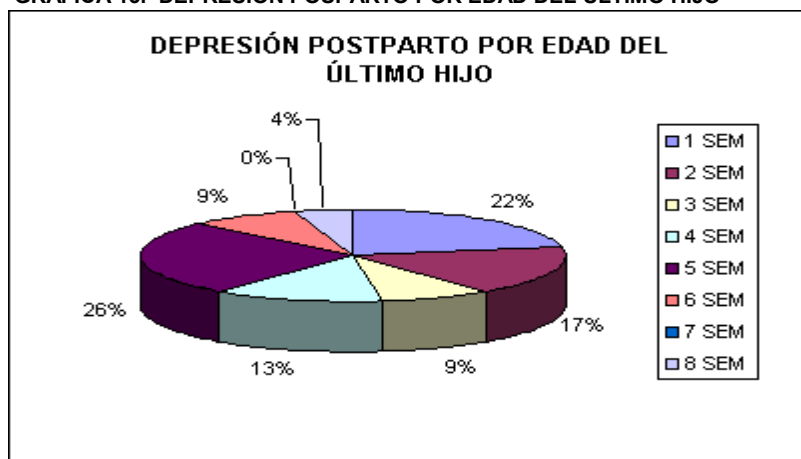
FUENTE: ENCUESTA DEPRESIÓN POSPARTO U.M.F 33

TABLA 13. DEPRESIÓN POSPARTO POR EDAD DEL ÚLTIMO HIJO

EDAD	NÚMERO	%
1 SEM	5	21.73
2 SEM	4	17.39
3 SEM	2	8.69
4 SEM	3	13.04
5 SEM	6	26.08
6 SEM	2	8.69
7 SEM	0	0
8 SEM	1	4.34

FUENTE: ENCUESTA DEPRESIÓN POSPARTO U.M.F 33

GRAFICA 13. DEPRESIÓN POSPARTO POR EDAD DEL ÚLTIMO HIJO



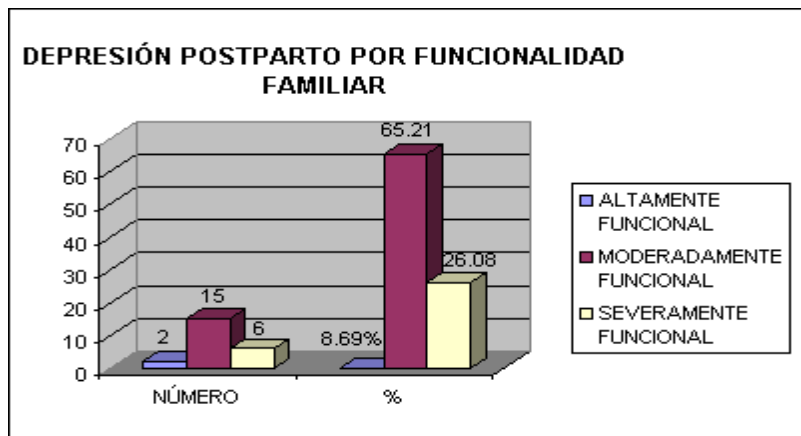
FUENTE: ENCUESTA DEPRESIÓN POSPARTO U.M.F 33

TABLA 14. DEPRESIÓN POSPARTO POR FUNCIONALIDAD FAMILIAR

FUNCIONALIDAD	NÚMERO	%
ALTAMENTE FUNCIONAL	2	8.69%
MODERADAMENTE FUNCIONAL	15	65.21
SEVERAMENTE FUNCIONAL	6	26.08

FUENTE: ENCUESTA DEPRESIÓN POSPARTO U.M.F 33

GRAFICA 14. DEPRESIÓN POSPARTO POR FUNCIONALIDAD FAMILIAR



FUENTE: ENCUESTA DEPRESIÓN POSPARTO U.M.F 33

ANÁLISIS DE RESULTADOS

De acuerdo a los resultados de este estudio fueron 196 pacientes encuestadas, de las cuales el 11.73% presentó depresión postparto y el restante 88.26% no presentó síntomas, de acuerdo a la escala de depresión postparto de Edimburgo (EDPS) que se les aplicó a estas pacientes y que tiene una sensibilidad del 76.7% y una especificidad del 92.5%.

En base a las encuestas nacionales sobre la depresión postparto citan que aproximadamente el 15% de las mujeres en etapa de postparto en México en el año 2004 la padecen, siendo la complicación más frecuente en el periodo comprendido entre el segundo y tercer mes postparto; en este estudio realizado en el primer nivel de atención revela que la población más afectada se identifica en la quinta semana postparto con un 26.08% y 21.73% en la primera semana.

Como informan los criterios del DSM IV donde manifiesta que del 10 al 20% de las pacientes tienen criterios de depresión mayor y sólo el 0.2% muestran signos de psicosis y sabiendo que la depresión postparto tiene sintomatología típica, nuestras encuestadas mostraban como síntoma predominante reproches del pasado en primer lugar (30.10%), seguido de trastornos en el estado de ánimo y nerviosismo con un 18.36% y 15.81% respectivamente, con lo que podemos considerar como sintomatología clave en la etapa postnatal, en donde se tiene que tomar especial atención para su detección oportuna en el primer nivel de atención.

La edad más frecuentemente afectada es a los 30 años de edad (7 = 30.43%), el estado civil en donde se observa más de la mitad de estas pacientes con depresión es la unión libre (12 = 52.17%). La ocupación en donde se observa mayor incidencia es el hogar (9 = 39.13%).

La depresión postparto se observó mayormente en aquellas mujeres cuya escolaridad es de primaria (11 = 47.82%) y con ocupación en las labores del hogar (39.13%); aunque si analizamos la frecuencia en la que se presenta en la escolaridad licenciatura es del 40% y las personas que laboran como profesionistas representa el 50% de estas pacientes.

De las encuestadas que manifiestan tener depresión postparto de acuerdo a la EDPS se encuentran con una dinámica familiar moderadamente funcional con un 65.21%, lo que hace que las cifras nacionales estén por arriba a las de este estudio tomando en cuenta que este se realizó en una zona metropolitana del distrito federal en donde el nivel socioeconómico es medio bajo, además de que debido a los pocos estudios sobre este tema no se puede hablar de una comparación de los datos obtenidos, por lo que considero importante mencionar que debería de darse un seguimiento a este estudio ya que esta patología hace que en la mayoría de las veces pasa desapercibida en el primer nivel de atención confundiendo con otra entidad patológica debida a trastornos afectivos no debidos al puerperio.

Se espera que en un futuro próximo este estudio sirva como base para la realización de un estudio que tome en cuenta antecedentes psicológicos o psiquiátricos previos, para conocer otros aspectos de la depresión postparto.

CONCLUSIONES

Aunque las referencias en cuanto a la depresión postparto en México no han sido bien estudiadas, hace que se ponga especial énfasis en la investigación de este problema, aunque suele desaparecer al cabo de algunos meses, a veces va seguida de alteraciones crónicas del estado de ánimo y puede afectar adversamente al desarrollo emocional y cognoscitivo del niño y la relación con su progenitora.

El diagnóstico de depresión postnatal exige que el equipo de atención primaria esté muy consciente del estado de la madre.

La Escala de Depresión Postparto de Edimburgo es un instrumento de evaluación que, cuando se usa en la atención regular, puede ayudar a identificar a las mujeres con posibles casos de depresión y que necesitan ayuda y una evaluación más detallada.

Casi todas las mujeres con depresión postnatal pueden ser tratadas eficazmente en la comunidad por un equipo de atención primaria de apoyo. Es eficaz un breve periodo de psicoterapia, basado generalmente en orientación no directiva o en terapia cognoscitivo-conductual, o un tratamiento incluso con antidepresivo, previa valoración por psiquiatría en caso de ameritarlo.

Es importante tomar en cuenta que si bien la muestra de este estudio pudiera ser representativa de la población de la Unidad de Medicina Familiar Número 33, es importante mencionar que muchas de las usuarias no acude a consulta dentro de las primeras ocho semanas del postparto, por lo que la muestra de este estudio no fue más amplia, como para poder tomar en cuenta a este tipo de pacientes desde el puerperio inmediato hasta la octava semana. Como ya he mencionado un aspecto sumamente importante en el primer nivel de atención es poder identificar oportunamente a las pacientes que cursan con esta patología ya que considerando que la medicina familiar es también preventiva es donde el conocimiento de esta entidad y teniendo como instrumento de diagnóstico la escala de depresión postparto podemos brindar apoyo inmediato a estas pacientes, para evitar las complicaciones del tipo de disfunción familiar con una atención integral.

BIBLIOGRAFIA

1. Klompenhouwer JL, van Hulst A M. Classification of postpartum psychosis:a study of 250 mother and baby admissions in the Netherlands. *Acta Psychiatr Scand* 1991; 84:255-61.
2. Marks M, Lovestone S. The role of the father in parental postnatal mental health. *Br J Med Psychol* 1995;68 (Pt 2): 157-68.
3. Stocky A, Lynch J. Acute psychiatric disturbance in pregnancy and the puerperium. *Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2000; 14:73-87.
4. Granger A C, Underwood MR. Review of the role of progesterone in the management of postnatal mood disorders. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2001;22:49-55.
5. Lemperiere T, Troubles psychiques liés à la puerperalité. *Enciclopédie Médico-chirurgicale Psychiatry* 1984 ;4 (10) :1-12.
6. Jones J, Middle F, Mc Candless F. Molecular genetic studies of bipolar disorder and puerperal psychosis at two polymorphisms in the estrogen receptor alpha gene (ESR 1). *Am J Med Genet* 2000;96:850-3.
7. Joffe I L, Cohen LS. Estrogen, serotonin and mood diturbance:where is the therapeutic bridge?. *Biol Psychiatry* 1998;44:798-811.
8. Cox JL, Murray D, Chapman G. A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression. *Br J Psychiatry* 1993, 163:27-31.
9. Cooper PJ, Murray L. Course and recurrence of postnatal depression. Evidence for tha specificity of the diagnostic concept. *Br J Psychiatry* 1995,166:191-5.
10. O'Hara M W, Swain A M. Rates and risk of postpartum depression- a meta-analysis. *Int Rev Psychiatry* 1996;8:37-5.
11. Tabbane K, Charti F. Acute pospartum psychoses. *Encephale* 1999;25:12-7.
12. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Edinburgh Posnatal Depresión Scale (EPDS). *British Journal of Psychiatry* 1987;150.
13. Seeley S, Murray L, Cooper P J. The outcomes for mothers and babies of visitor intervention. *Health Visit* 1996; 69:135-8.
14. Canaval G, González M et al. Depresión posparto, apoyo social y calidad de vida en mujeres de Cali, Colombia. *Colombia Médica* 2000; 31: 4-10.
15. Gómez M. Patología psiquiátrica en el puerperio. *Revista de Neuropsiquiatría* 2002; 65:32-46.
16. Riescher-Rössler A, Postpartum depresión: do we still need this diagnostic term?. *Acta Psychiatr Scand* 2003;108 (418): 51-6.
17. Hiltunen P, Raudaskoski T, Ebeling H, Moilanen I. Does pain relief during delivery decrease the risk of postnatal depression?. *Acta obstetrica et gynecologica scandinavica* 2004; 83:257-61.
18. Gorman L, O'Hara M, Figueredo B, Hayes S, Jacquemain F, Kammerer M, et al. Adaptation of the structured clinical interview for DSM-IV Disorders for assessing depresión in women during pregnancy and post-partum across countries and cultures. *British journal of psychiatric* 2004;184(46):17-23.

ANEXOS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN NORTE DEL D. F.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 33
"EL ROSARIO"
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR

ESCALA DE EDIMBURGO PARA DEPRESIÓN POSTPARTO

Instrucciones:

1. Se realizan serie de preguntas por favor subraye la respuesta de cómo se ha sentido los últimos siete días.
 2. Las diez preguntas deben ser contestadas.
 3. Las respuestas son exclusivamente individuales y personales. Evite consultar con otras personas sus respuestas.
 4. Esta escala solo se aplica a madres hasta la semana 8 del periodo postnatal.
- Como usted ha tenido un bebé, nos gustaría saber como se ha sentido en los últimos siete días y no sólo el día de hoy.

Edad:

Estado Civil:

Ocupación:

Escolaridad:

Edad de su último hijo:

1. Es capaz de reírse y ver el lado gracioso de las cosas?
 - a) Siempre
 - b) No totalmente
 - c) Definitivamente menos
 - d) No siempre (no a todo)

1. Ha mirado hacia el futuro el disfrute de las cosas?
 - a) Algunas veces
 - b) Algo menos
 - c) Definitivamente menos
 - d) Muy poco

2. * Me he criticado innecesariamente de las cosas pasadas injustas?
 - a) Si, la mayor parte del tiempo
 - b) Si parte del tiempo
 - c) No muy a menudo
 - d) Nunca

3. Ha estado ansiosa preocupada sin ninguna razón?
 - a) No
 - b) Casi nunca
 - c) Si, a veces
 - d) Si, muy a menudo

4. * Se ha sentido asustada o nerviosa por una razón no muy fuerte?
 - a) Si, mucho
 - b) Si, a veces
 - c) No, no mucho
 - d) Nunca

5. * Las cosas para conseguir las o hacerlas le ha costado trabajo?
- a) Si, la mayor parte del tiempo no he sido capaz
 - b) Si ,a veces
 - c) No, la mayor parte del tiempo he podido
 - d) No, si puedo.
6. * He sido tan desdichada que he tenido dificultad para dormir?
- a) Si, la mayor parte del tiempo
 - b) Si, a veces
 - c) No muy frecuente
 - d) Nunca
7. * Me he sentido triste o miserable?
- a) Si, la mayor parte del tiempo
 - b) Si muy frecuente
 - c) No muy frecuente
 - d) Nunca
8. * He sido tan desdichada que he estado llorando?
- a) Si, la mayor parte del tiempo
 - b) Si, muy frecuente
 - c) Solo ocasionalmente
 - d) Nunca
10. * He tenido ideas de dañarme a mi misma?
- a) Si, muy frecuente
 - b) A veces
 - c) Casi nunca
 - d) Nunca

Gracias por su colaboración!

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DELEGACIÓN 1 Y 2 NOROESTE, DF.
 UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 33
 "EL ROSARIO"
 COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
 CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR

APGAR FAMILIAR

PARAMETROS	CARACTERISTICAS	CASI SIEMPRE (2 puntos)	ALGUNAS VECES (1 punto)	CASI NUNCA (0 puntos)
<i>ADAPTABILIDAD</i>	<i>Estoy satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia, cuando tengo algún problema?</i>			
<i>PARTICIPACIÓN</i>	<i>Estoy satisfecho del modo en que mi familia discute temas de interés y comparte conmigo la solución de problemas?</i>			
<i>CRECIMIENTO</i>	<i>Mi familia acepta mis deseos de hacer cambios en mi vida?</i>			
<i>AFECTO</i>	<i>Estoy satisfecha con el modo en que mi familia me expresa amor y respeta mis sentimientos de enojo, pena o afecto?</i>			
<i>ACUERDOS</i>	<i>Estoy satisfecha con la cantidad de tiempo que mi familia y yo estamos juntos?</i>			
	<i>SUBTOTALES:</i>			

TOTAL:

Calificación Individual: De 7 a 10 puntos: Altamente Funcional
 De 4 a 6 puntos: Moderadamente Disfuncional
 De 0 a 3 puntos: Severamente Disfuncional.