



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACION

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DE DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD ACADÉMICA



UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR C/ME No.66 APODACA, NUEVO LEON

**FRECUENCIA DE DEPRESIÓN POSPARTO EN EL
PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. MANUEL GARZA MARTÍNEZ

NUMERO DE REGISTRO
R-2011-1909-30

APODACA, NUEVO LEON

FEBRERO 2011



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.

**FRECUENCIA DE DEPRESIÓN POSPARTO EN EL
PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN**
TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. MANUEL GARZA MARTÍNEZ

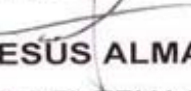
AUTORIZACIONES:


Dra. MARÍA EUGENIA MARTÍNEZ LUNA

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
C / ME No. 66 APODACA, NUEVO LEÓN


Dra. MARÍA ISABEL CRUZ


ASESOR METODOLOGÍA DE TESIS
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA DE
LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR C / ME No. 66


Dr. JUAN JESÚS ALMANZA PÉREZ

ASESOR DEL TEMA DE TESIS
MEDICO FAMILIAR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 19


DR. HUGO ALEJANDRO FONSECA MONTES

MEDICO GENERAL DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR C / ME No. 66


Dra. MARÍA ISABEL CRUZ

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA DE LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR C / ME No. 66

APODACA, NUEVO LEON

FEBRERO

2011


**FRECUENCIA DE DEPRESIÓN POSPARTO EN EL
PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

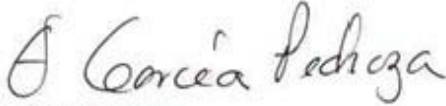
PRESENTA:

DR. MANUEL GARZA MARTÍNEZ

AUTORIZACIONES


Dr. Francisco Javier Fulvio Gómez Clavelina

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR FACULTAD DE
MEDICINA
U.N.A.M.


Dr. Felipe De Jesús García Pedroza

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA
FAMILIAR FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.


DR. ISAIÁS HERNÁNDEZ TORRES

COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

Titulo:

FRECUENCIA DE DEPRESIÓN POSPARTO EN EL
PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO FACULTAD DE MEDICINA
 DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE
 POSGRADO E INVESTIGACIÓN
 DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
 ESTRUCTURA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Índice general	pagina
1. Título.....	1
2. Índice general.	2
3. Marco teórico.....	3
4. Planteamiento del problema.....	6
5. Justificación.....	7
6. Objetivos.....	8
General	
Específicos	
7. Metodología.....	9
Tipo de estudio	
Población, lugar y tiempo de estudio	
Tipo de muestra y tamaño de la muestra	
Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación	
Información a recolectar (Variables a recolectar)	
Método o procedimiento para captar la información	
Consideraciones éticas	
8. Resultados.....	13
Descripción de los resultados	
Tablas y gráficas	
9. Discusión de los resultados encontrados.....	21
10. Conclusiones.....	22
11. Referencias bibliográficas.....	23
12. Anexos.....	25

MARCO TEÓRICO

Los trastornos depresivos son un problema de salud pública, la Organización Mundial de la Salud (OMS), reporta que alrededor de 121 millones de personas a nivel mundial presenta depresión. Este padecimiento puede volverse crónico o recurrente y se encuentra dentro de las causas que originan mayor discapacidad.

La depresión es un desorden mental que se caracteriza por un humor depresivo, pérdida del interés o placer, sentimientos de baja autoestima, trastornos del sueño y / o apetito, disminución en la energía y poca concentración.¹

Para el diagnóstico de depresión existen dos fuentes importantes: el DSM-IV y el CIE-10, el DSM-IV menciona que la mayoría de los síntomas antes mencionados, agregando sentimientos recurrentes de muerte, eliminando la posibilidad de que este cursando por un duelo o que hayan ingerido alguna sustancia que le desencadenara esta depresión, estos síntomas deben de estar presentes durante un periodo de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa.²

Así como a su vez la clasificación internacional de enfermedades, CIE-10, menciona la mayoría de estos síntomas como fatiga, cansancio e insomnio deben de estar presentes durante un periodo de 2 semanas para que se clasifiquen como depresión.³

La depresión posparto (DP) se define como un episodio de ánimo depresivo, sentimientos de culpa, dificultad para tomar decisiones, y síntomas somáticos, tales como fatiga, cambios en el apetito, en el patrón de sueño-vigilia y lo que distinguirá a este cuadro de otros episodios depresivos es su presentación en las primeras cuatro semanas del posparto.⁴

Rojas Gabriela en Chile en el 2006 y Groer 2007, consideran a la depresión posparto de etiología multifactorial, dentro de los cuales se ha asociado: edades extremas de las puérperas, embarazo no deseado o planificado, problemas con los padres, apoyo limitado en la edad adulta, ser madre soltera, disfunción de pareja, bajo nivel socioeconómico, descontenta con la educación recibida, baja autoestima, Historial familiar de depresión.⁵

Los niveles de estrógenos, progesterona, prolactina y cortisol no son diferentes en mujeres que padecen depresión en relación a controles.⁶

Existe una herramienta mejor validada para identificar en el puerperio a las pacientes de alto riesgo de depresión es la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS), creada para ayudar a los profesionales de la salud en atención primaria a evaluar a las pacientes. La EPDS se creó en centros de salud en Livingston y Edinburgh, que consta de diez preguntas; La puérpera escoge una de las cuatro posibles respuestas es la que más se asemeja a la manera en la que se sintió durante la semana anterior. La mayoría de las encuestadas pueden contestar la escala sin dificultad en menos de 5 minutos. El estudio de validación demostró que las madres que obtienen resultados por encima del umbral del 92.3% es más probable que padezcan de alguna enfermedad depresiva en diferentes niveles de gravedad.⁷

Ascaso (2002), realizó un estudio en España, mediante la aplicación de la EPDS, en donde reporta una frecuencia del 10.1 % de depresión posparto.⁸

En estudio realizado en Chile, Wolf (2009), revela que la depresión posparto es especialmente frecuente y en ellas además de los factores ya descritos, se agregan algunos particulares, tales como el riesgo de deserción escolar, de abuso y negligencia hacia el niño y mayor probabilidad de un segundo embarazo adolescente.⁹

Lovisi (2005) reporta en Brasil una muestra llevada a cabo en 240 mujeres, se encontró una frecuencia de 19% de depresión posparto.¹⁰

En México, Ortega (2001), reporta un estudio realizado en el Instituto Nacional de Perinatología, con una muestra con 97 mujeres, obtuvo una frecuencia de 14.3%, a las seis semanas posparto.¹¹

En México una de cada cuatro personas con depresión recibe ayuda; una de cada 10 es atendida por un médico; una de cada 20 es atendida por un psiquiatra, y sólo uno de cada tres pacientes a los que se les prescribe un tratamiento toma el medicamento prescrito.¹²

Los datos de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica 2005 (ENEP2005) indican que 8.8% de la población mexicana ha presentado por

lo menos un cuadro de depresión alguna vez en su vida y 4.8% lo presentó en el año previo a la realización de esta encuesta. Se calcula que la mitad de estos casos son severos. La depresión es 1.5 veces más frecuente en las mujeres que en los hombres, siendo el embarazo y el post-parto periodo particularmente crítico. Dentro de este rubro encontramos una modalidad de depresión posparto.¹³

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En mi experiencia clínica dentro de la consulta externa de la U.M.F No. 19, donde predomina una población joven teniendo una gran cantidad de mujeres puérperas he observado un aumento en la frecuencia de síntomas asociados a la depresión. Notando que en la mayoría de los casos no se le ha hecho un diagnóstico adecuado o certero por lo tanto no se ha dado un tratamiento apropiado a ese grupo de pacientes. Por lo anterior hago la siguiente pregunta. ¿Cuál es la frecuencia en depresión posparto, en la unidad de medicina familiar No 19 del IMSS?

JUSTIFICACIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS), reporta que alrededor de 121 millones de personas a nivel mundial presenta depresión. Este padecimiento puede volverse crónico o recurrente y se encuentra dentro del las causas que originan mayor discapacidad, siendo Los trastornos depresivos un problema de salud pública.

La depresión posparto esta diagnosticada en América Latina con un porcentaje superior al 10 por ciento en los diversos estudios que se realizaron, debido a la ausencia de un diagnostico oportuno de depresión posparto y ante la presencia de una gran población femenina en edad fértil, siendo que los síntomas pasan subdiagnosticados, es necesario contar con un estudio que nos pueda indicar el porcentaje de la población que presenta depresión posparto.

OBJETIVOS

Objetivo general

1. Determinar la frecuencia de depresión posparto en el primer nivel de atención en la U.M.F. No. 19.

Objetivos específicos

1. Identificar la frecuencia de depresión posparto por número de gesta
2. Determinar la depresión posparto de acuerdo al tipo de parto
3. Buscar la edad promedio en que se presenta la depresión posparto
4. Correlacionar la depresión posparto de acuerdo al estado civil.
5. Encontrar la actividad laboral más frecuente en las pacientes en la depresión posparto

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

Trasversal, observacional, descriptivo y prospectivo.

Población de estudio

No probabilístico por cuota.

Pacientes puérperas adscritas en la U.M.F. No. 19 que acudan a la atención y control de puerperio quirúrgico y fisiológico. En un periodo de tres meses del 2010. del mes de julio al mes de septiembre. Las cuales serán citadas a través del departamento de trabajo social de la UMF No. 19 para realizar en ellas la encuesta de Edimburgo. Se aplicó el paquete estadístico SPSS versión 17 para Windows para el procesamiento de datos.

Tipo de muestra y tamaño de la muestra

Por el tipo de estudio a realizar es no probabilístico por cuota.

Se selecciono a todas las pacientes que acudieron a control puerperal a la consulta externa de medicina familiar de la U.M.F. No. 19 del IMSS, en un periodo de tres meses, para aplicárseles la encuesta de Edimburgo por el personal de trabajo social de la U.M.F No. 19, en el momento que acudan a su cita de atención puerperal. Con estos resultados obtenidos se realizo una base de datos y se llevo a cabo su análisis.

Criterios de selección

a) Criterios de inclusión;

Pacientes adscritas a la UMF No. 19 del IMSS, que acudan a la atención y control de puerperio quirúrgico y fisiológico.

Pacientes puérperas, con embarazo no complicado.

Que deseen participar.

b) Criterios de exclusión

Pacientes que tengan diagnostico de diabetes y depresión ya diagnosticada.

c) Criterios de exclusión

Encuesta con datos o información incompleta.

Información a recolectar (Variables a recolectar)

TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	FUENTE DE INFORMACIÓN
INDEPENDIENTE MUJERES PUERPERAS	Mujer recién parida	Que presente nacimiento independientemente del tipo de parto, de 0 a 6 semanas	Semana 1-2 semanas 2-3 semanas 3-4 semanas 4-5 semanas 5-6 semanas	Encuesta de Edimburgo
DEPENDIENTE DEPRESIÓN POSPARTO	Trastorno afectivo, no psicótico, que ocurre en las primeras 4 a 6 semanas en el puerperio.	Encuesta de Edimburgo consta de 10 ítems.	De 0 a 11 sería normal y mayor de 12 deprimida.	Encuesta de Edimburgo
CONTROL ESTADO CIVIL	El estado civil es la situación legal de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes	Condición legal de una persona	Nominal; 1.- Soltera 2. Casada 3. Viuda 4. Divorciada 5.Unión Libre	Encuesta de Edimburgo
CONTROL EDAD	Tiempo que una persona, animal o planta ha vivido desde que nació.	Edad en años cumplida 1.-14-19 años 2.-20-24 años 3.-25-29 años 4.- 30 -34 años 5.- 35-39 años 6.- 40 años y mas	Nominal En rangos de 5 años.	Encuesta de Edimburgo
CONTROL NUMERO DE GESTA	La cantidad de embarazos que ha tenido una persona, es un término que comprende el periodo de gestación reproductivo humano.	Número de embarazos.	Cuantitativa.	Encuesta de Edimburgo

TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	FUENTE DE INFORMACIÓN
CONTROL TIPO DE PARTO	La salida del feto del cuerpo materno y que da por finalizada la situación de embarazo de una mujer.	1.- Parto Vaginal 2.- Cesárea	Nominal Dicotómico, 1.- Parto Vaginal 2.- Cesárea	Encuesta de Edimburgo
CONTROL OCUPACION	Acción y efecto de ocupar u ocuparse, el termino proviene del latín, occupatio, se usa como sinónimo de trabajo	Tipo de actividad que desempeña.	Nominal; 1.- Si 2.- No	Encuesta de Edimburgo

Método o procedimiento para captar la información. Se aplicó la encuesta de Edimburgo que se usa para la detección de depresión posparto en mujeres puérperas. Consta de 10 preguntas de selección múltiple, con 4 alternativas cada una, puntuada de 0 a 3. El resultado mayor a 12 puntos se relaciona con depresión. (Anexo). Se aplicó el paquete estadístico SPSS versión 17 para Windows para el procesamiento de datos y su análisis.

Consideraciones éticas

Esta investigación está basada conforme a la Ley General de Salud donde se prevalece el criterio de respeto, dignidad y confidencialidad en los derechos de los pacientes.

De acuerdo a los principios de la declaración de Helsinki.

De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos capítulo 1.

Disposiciones comunes artículo 13 y 14.

En toda investigación en el que el ser humano sea objeto de estudio debiera de prevalecer el criterio del respeto a la dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

RESULTADOS

Se realizó una muestra por cuota con 59 pacientes puérperas de la Unidad de Medicina Familiar No.19 del IMSS, las cuales presentaron las siguientes características. Con lo que respecta a la edad, los casos que presentaron de 14 a 19 años de edad fue 11.9 %, de 20 a 24 años de edad fue de 28.8 %, de 25 a 29 años de edad fue 25.4 %, de 30 a 34 años de edad fue 23.7 %, de 35 a 39 años de edad fue de 8.5 % y de 40 años o más fue de 1.7 %. En lo que respecta a casos por el estado civil de las pacientes, los resultados fueron de 20.3 % para solteras, 61 % para casadas, 1.7 % para viudas y 16.9 % para unión libre. Analizando los datos que corresponden al número de gestas se encontraron un 39 % en primigestas, 28.8 % en secundigestas, 22 % en tercera gesta, 6.8 % las pacientes cursaban su cuarta gesta y 3.4 % presentaban su quinto embarazo. Al revisar los resultados de los datos en los cuales se coloca la situación laboral encontrando que el 40.7 % trabaja y el 59.3 % no trabaja. Con respecto al tipo de parto se encontró que 52.5 % corresponde a parto vaginal y 47.5 % fue cesárea .Al realizar la escala de Edimburgo para depresión posparto se encontró depresión posparto en el 13.6 % de las pacientes encuestadas, Al analizar los resultados que fueron superiores a los 12 puntos de la escala de Edimburgo (cuadro 1).

La edad promedio para depresión posparto se encontró en el rango de 30 a 34 años con un 37.5 % (3 casos), en los rangos restantes se mantuvo una constante de 12.5 % (1 caso por rango)(figura I).

Las pacientes en estado civil casadas presentan un 62.5 % (5 casos) de depresión posparto superando 4 veces en frecuencia a las solteras 12.5 % (1 caso) y a las pacientes que están en unión libre que fue de 25 % (2 casos) (figura II).

Las primigestas presentaron el 37.5 % (3 casos) de los casos de depresión posparto, mientras que para las que tuvieron 2 y 3 gestas el porcentaje fue del 25 % (2 casos cada una respectivamente) (figura III).

75 % (6 casos) de los casos que presentaron depresión posparto tienen una situación laboral en las cuales no trabajan, lo que equivale un triple de frecuencia comparada con las pacientes que laboran 25 % (2 casos) (figura IV).

En los casos reportados de depresión posparto según la escala de Edimburgo 62.5 % (5 casos) corresponde a parto vaginal mientras que un 37.5 % (3 casos) fueron por cesárea (figura V).

RESULTADOS

CUADRO 1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

VARIABLE	CASOS	C/ DP	PORCENTAJE
1. Edad			
14 a 19 años	7	1	11.9
20 a 24 años	17	1	28.8
25 a 29 años	15	1	25.4
30 a 34 años	14	3	23.7
35 a 39 años	5	1	8.5
40 años y mas	1	1	1.7
2. Estado Civil			
Soltera	12.0	1	20.3
Casada	36.0	5	61.0
Viuda	1.0	0	1.7
Unión Libre	10.0	2	16.9
3. Numero de Gestas			
1	23	3	39
2	17	2	28.8
3	13	2	22.0
4	4	1	6.8
5	2	0	3.4
4. Situación Laboral			
Trabaja	24	2	40.7
No Trabaja	35	6	59.3
5. Tipo de Parto			
Vaginal	31	5	52.5
Cesárea	28	3	47.5
6. Escala de Edimburgo para Depresión Posparto			
0 a 11 puntos	51		86.4
Mayor de 12 puntos	8		13.6

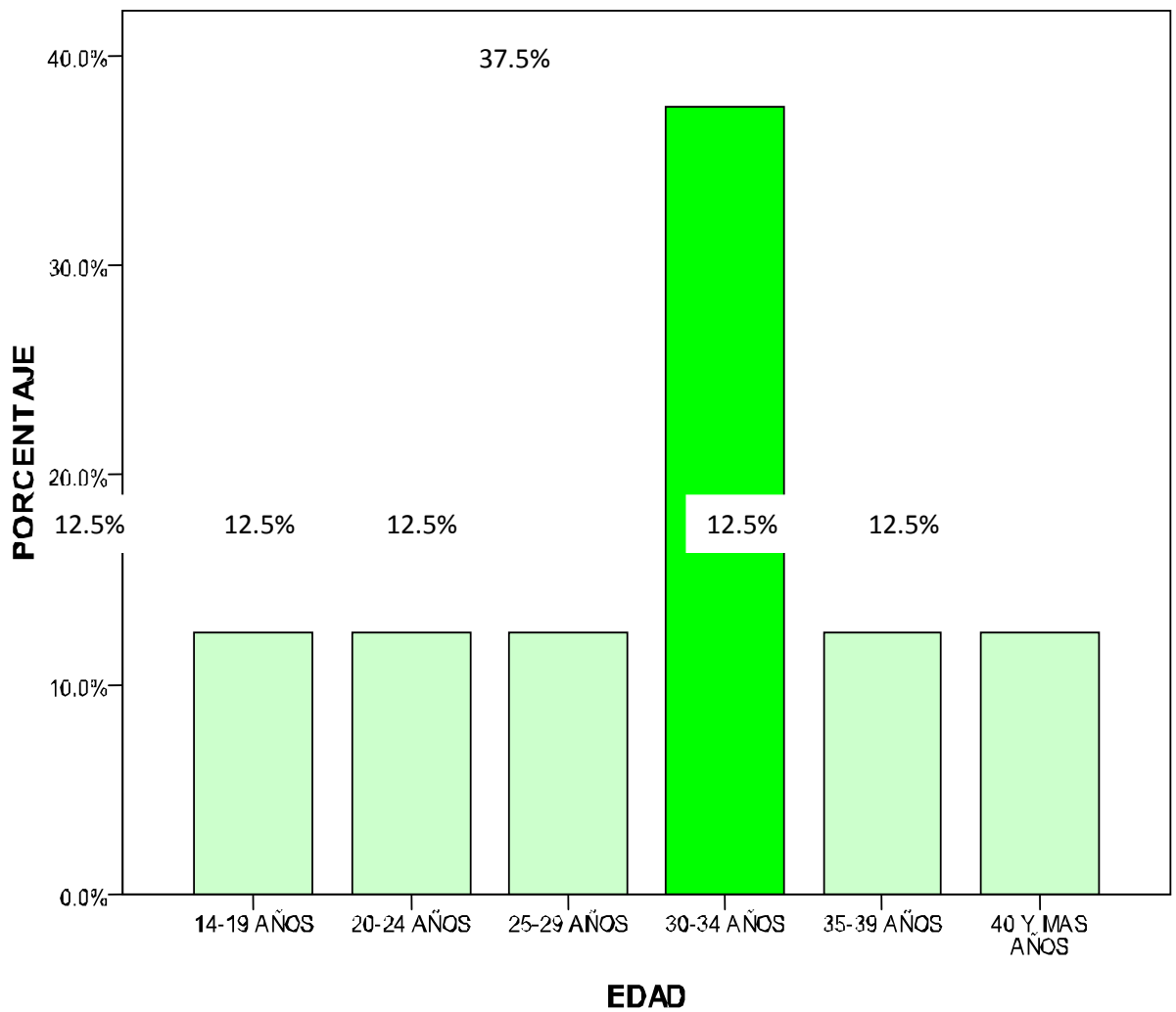


Figura I Edad y depresión posparto

La edad promedio para depresión posparto se encuentra en 30 a 34 años (37.5%), el resto del grupo de edad, mantiene una constante de 12.5%

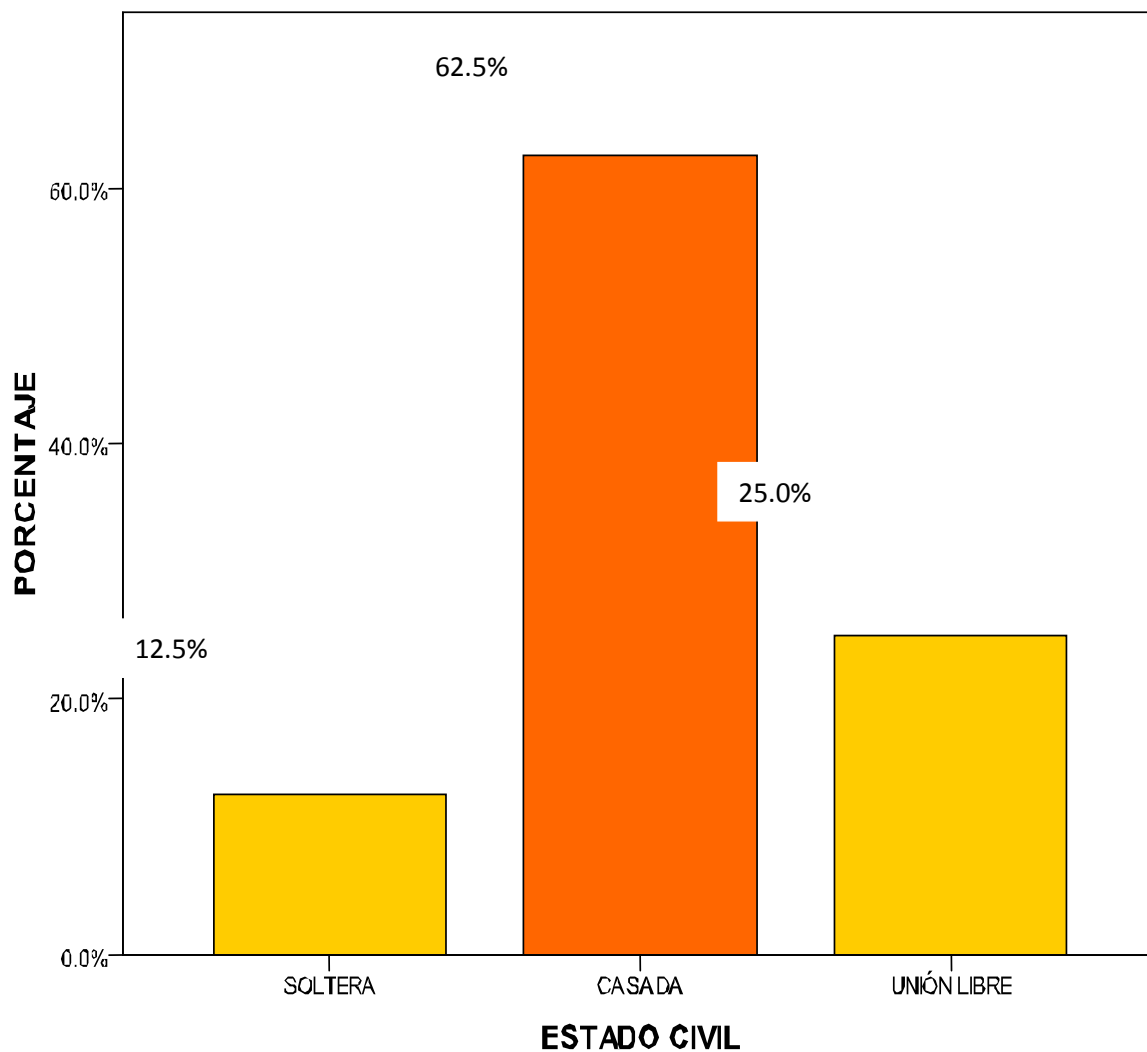


Figura II Estado civil y depresión posparto Las pacientes con estado civil casadas presentan 62.5% de depresión posparto, superando 4 veces en frecuencia a las pacientes solteras.

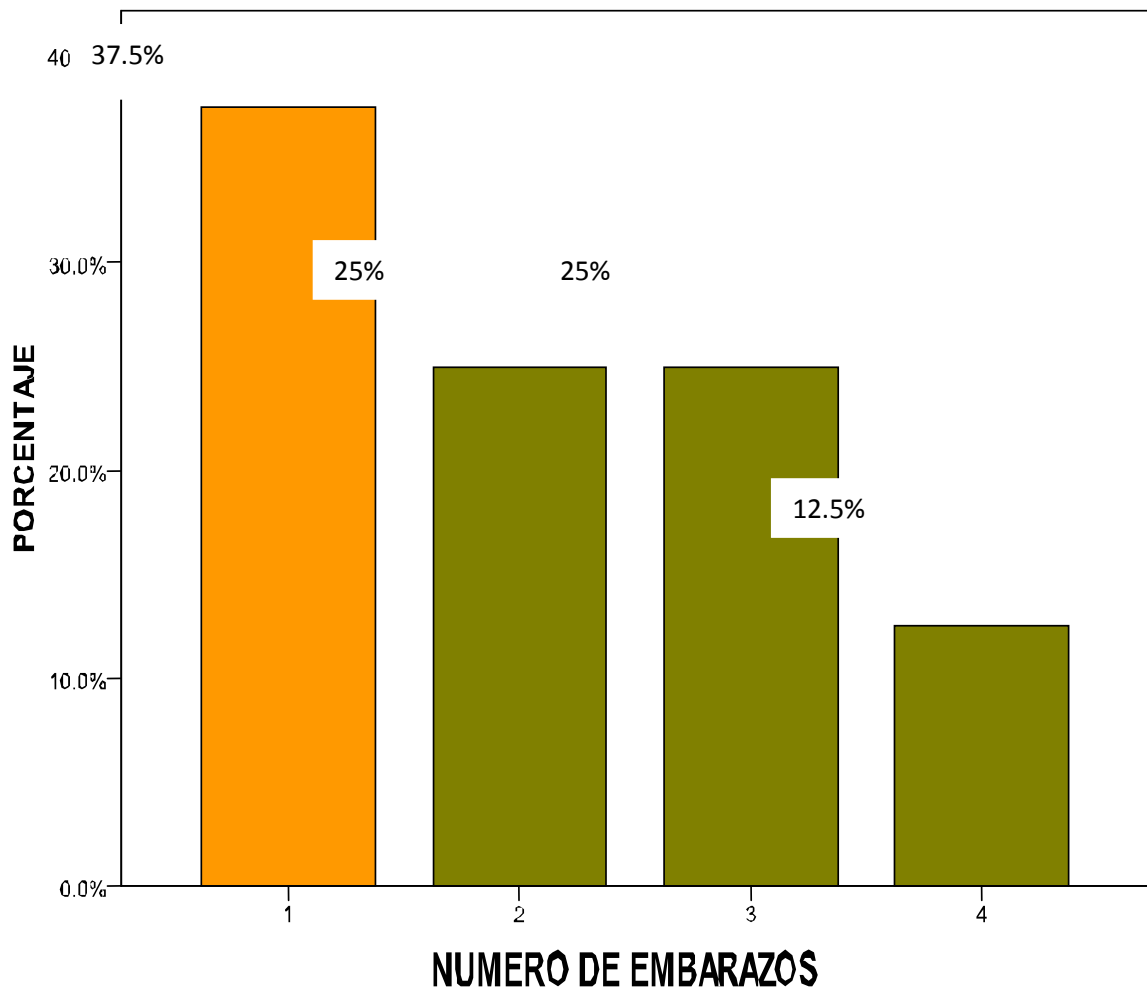


Figura III Número de embarazos y depresión posparto

Las primigestas representa el 37.5%, observamos al aumentar el número de gestas, disminuye la frecuencia de depresión posparto.

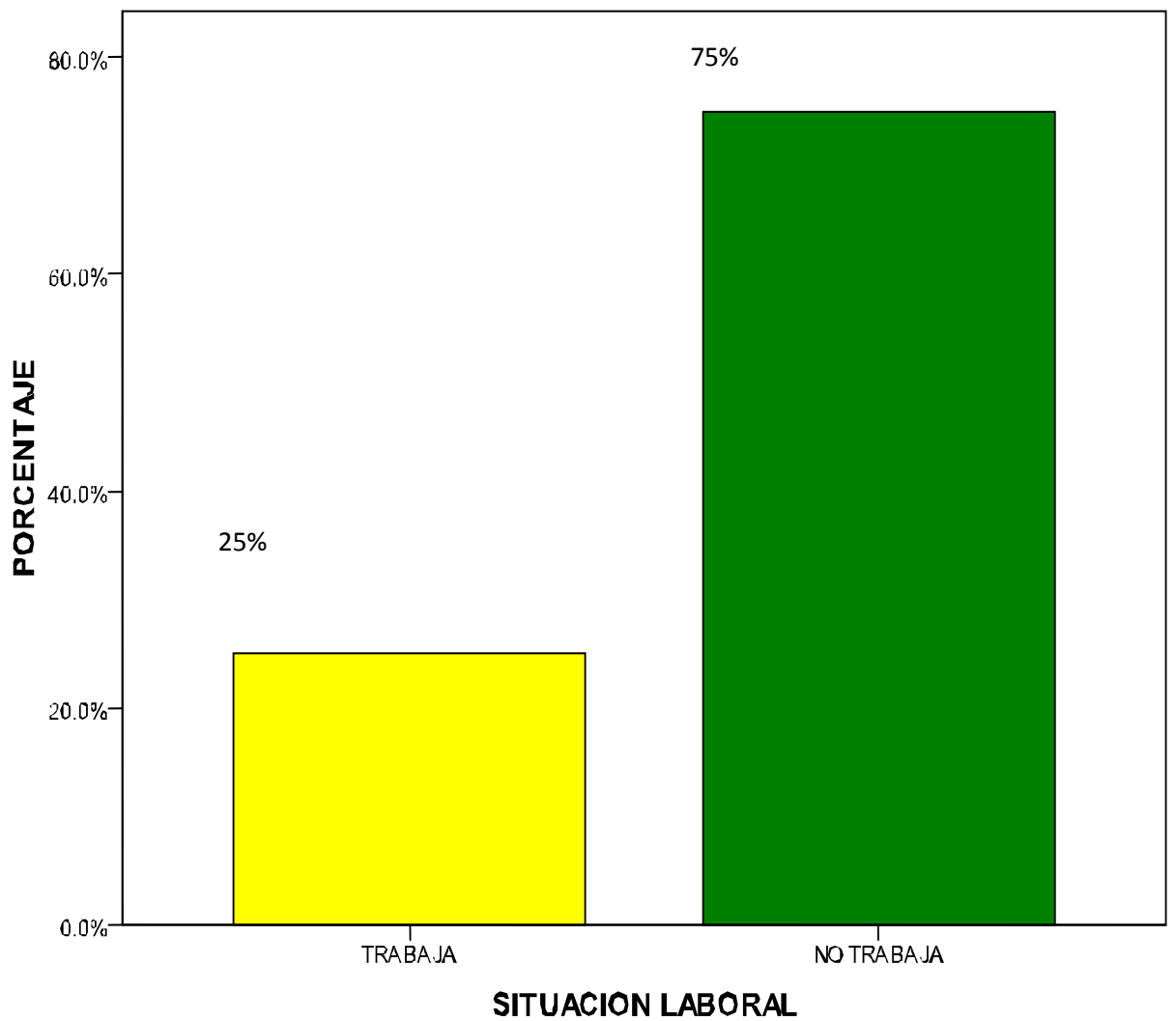


Figura IV Situación laboral y depresión posparto

Las pacientes que no laboran (75%) presentan un triple de frecuencia de depresión posparto que las pacientes que laboran (25%)

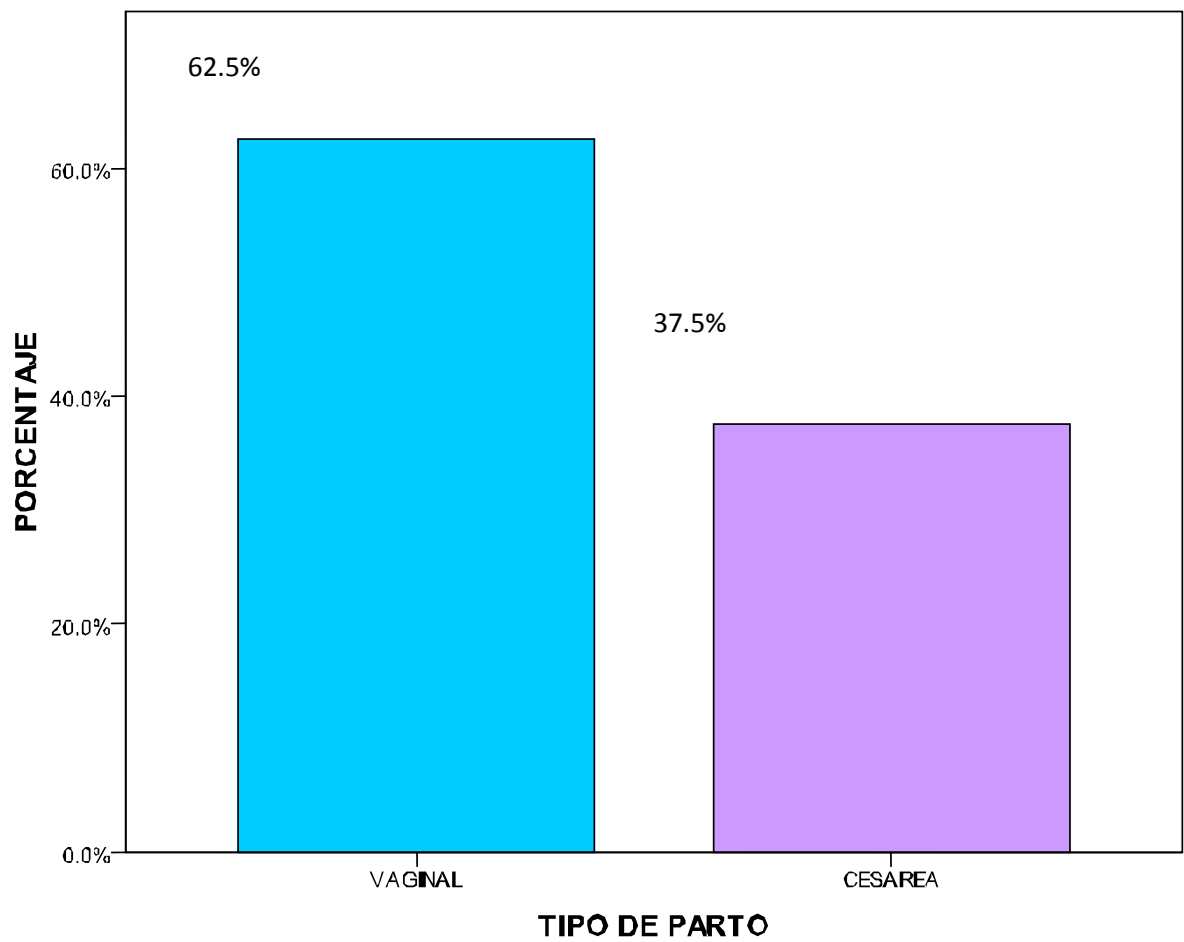


Figura V Tipo de parto y depresión posparto

El parto vaginal (62.5%) representa mayor frecuencia de depresión posparto.

DISCUSIÓN

En el presente estudio se encontró un 13.6 % que es un porcentaje mayor a lo encontrado en España (10 %) esto es 3.5 % más , en comparación con Brasil (19 %) es menor un 6.4% .

En cuanto al rango de edad se encontró mayor frecuencia en 30 a 34 años de edad diferente a lo referido en la bibliografía nacional que es mas frecuente en las edades extremas.

En lo que se refiere al estado civil se encontró mayor frecuencia en las pacientes casadas siendo diferente en lo reportado donde mencionan a las solteras.

En lo que se refiere al numero de gestas se detectó una mayor frecuencia en las primigestas con un 37.5 % no encontrando información al respecto dentro de los antecedentes.

De acuerdo a la situación laboral, se detectó una mayor frecuencia en los pacientes que no trabajan, no encontrando nada al respecto en la literatura.

De acuerdo al tipo de parto se detectó una mayor frecuencia en los pacientes con parto vaginal 62.5 % no encontrando semejanza con lo reportado en los antecedentes.

CONCLUSIONES

Analizando los resultados obtenidos en este estudio se encontró una frecuencia de depresión posparto en un 13.6 % de las pacientes encuestadas, lo cual es muy semejante a la media nacional que es de 14.3 % .

la edad con que cuenta una mayor frecuencia de depresión posparto fue de los 30 a los 34 años de edad con un 37.5 %.

el estado civil donde se encontró una mayor frecuencia de depresión posparto es el de casadas con un 62.5 %.

en el numero de gestas que se encontró una frecuencia de depresión posparto mayor fue en de primera gesta con un 37.5 %, notando que al aumentar el numero de gestas disminuye la frecuencia de depresión posparto.

En la situación laboral se encontró que en las pacientes que no trabajan presentaron mayor frecuencia de depresión posparto con 75 %.

En lo que respecta al tipo de parto fue el parto vaginal donde se encontró una mayor frecuencia de depresión posparto con un 62.5

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- World Health organization. Definition of depression. Acceso 08 de octubre de 2010. <http://www.who.int/mental:healt/management/depression/definition>.
- 2.- Francés, et al. DSM-IV TR. Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales. 2002, 1a edición. Editorial Masson.
- 3.- Clasificación Internacional de Enfermedades. Décima edición. Año 2006
- 4.- Gobben, Niebyl & Simpson; 2004, Ginecología y obstetricia. Editorial Marban, España, Volumen 1:716-720.
- 5.- Rojas G. Calidad de vida de mujeres deprimidas en el posparto. Revista Médica de Chile 2006; 134: 713-720.
- 6.- MW Groer. Trastornos inmunológicos y endocrinológicos asociados con la depresión posparto. Psychoneuroendocrinology 2007.32 (2)-.133-139.
- 7.- Castañón C. Mejorando la pesquisa de depresión posparto a través de un instrumento de tamizaje, la escala de depresión posparto de Edimburgo. Revista Medica Chile 2008,136:851-858.
- 8.- Ascaso C. Y colaboradores. Prevalencia de la depresión posparto en las madres españolas: comparación de la estimación mediante la entrevista clínica estructurada y la escala de depresión posparto de Edimburgo. Medicina Clínica (Barcelona) 2003; 120(9)-. 326-9.
- 9.- Wolf C. Y colaboradores. Depresión posparto en el embarazo adolescente: análisis del problema y sus consecuencias. Revista Chilena Obstetricia y Ginecología.2009;74(8):151-158.
- 10.- Lovisi GM. Violence and depression during pregnancy: a survey of mothers attending a public hospital in Brazil. Psychological Medicine 2005;35(10):1498-92.
- 11.- Ortega L. Prevalencia de depresión, a través de la Escala de Depresión Perinatal de Edimburgo, en una muestra de mujeres mexicanas embarazadas. Perinatología Reproducción Humana 2001; 200112(1):11-20.
- 12.- Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. Primera Edición, 2007. Secretaría de Salud: 33.

- 13.- Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. México. Actualizada el 11 de noviembre de 2008. Acceso el 15 de junio de 2010. Disponible en: <http://www.insp.mx/ensanut/>
- 14.- Oerjarena Silvia. Trastornos afectivos posparto. Medica Universidad Autónoma de Bucaramanga (UNAB) 2004; 7(20):134-9
- 15.- Vargas R. Funcionalidad Familiar y Redes de Apoyo Social en la depresión posparto en el hospital obrero no. 2. Revista Cochabambina Medicina Familiar. 2010; 2: 21-26.
- 16.- Canaval G y colaboradores. Depresión posparto, apoyo social y calidad de vida en mujeres de Cali, Colombia. Revista Colombia Médica 2000;31(4):4-10.
- 17.- Evans G, Vicuña M, Marín R. Depresión posparto realidad en el sistema público de atención de salud. Revista Chilena de Obstetricia y ginecología.2003;68(6):491-494.-24
- 18.- Alvarado R, Perucca E, Rojas M, Monardes J, Olea E, Neves E et al. Aspectos gineco-obstétricos en mujeres que desarrollan una depresión posparto. *Revista Chilena Obstétrica Ginecología* 1993; 58: 239-44
- 19.-Pérez R y colaboradores. Variables posiblemente asociadas a depresión posparto, según escala de Edimburgo. Revista Chilena de Obstetricia. 2007-,67(3):187-181
- 20.- Arambú P y colaboradores. Prevalencia y factores asociados a depresión posparto en mujeres atendidas en establecimientos de salud de primer nivel de atención en Lima Metropolitana, Revista Peruana Epidemiología. 2008;12(3). 14
- 21.- Jadresic E, Jara C, Araya R. La depresión en el embarazo y el puerperio: estudio de factores de riesgo. *Acta Psiquiátrica Psicológica América Latina* 1993; 39: 63-73.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
NO. 19 CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARTICIPACION EN
PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Folio:

Lugar: UMF No. 19 de Apodaca, N.L. Fecha: _____

Por medio de la presente carta acepto participar en el proyecto de investigación titulado:

“DEPRESIÓN POSTPARTO EN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.”

El cual está registrado ante el comité local de investigación.

La información que se obtendrá de la encuesta en un solo momento.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en contestar verbalmente un par de cuestionarios que aplicará un encuestador, el cual me explicará los cuestionamientos que yo pudiera tener con relacionadas a las preguntas aplicadas.

Declaro que se me ha informado ampliamente que la información es confidencial y de los beneficios derivados de mi participación en el estudio que son los siguientes:

1. Confidencialidad de la información.
2. Confidencialidad de mi persona, no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.
3. La información podrá ser utilizada para mejorar la atención a los pacientes que utilizan este servicio médico.

Nombre y Firma: _____

Nombre del testigo: _____

Nombre y firma del investigador

Dr. Manuel Garza Martínez Matrícula 8092281

ENCUESTA PARA DEPRESIÓN POSPARTO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Encuesta No. _____

Fecha ___/___/___

De las siguientes preguntas, seleccione la respuesta con la que se identifique, no existen respuestas correctas o incorrectas.

I.- DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1.- Edad _____ años

2.-Estado Civil:

1. Soltera___ 2.Casada___ 3. Viuda___ 4.Divorciada___ 5. Unión libre___

3.- ¿Cuantos embarazo ha presentado? _____

4. Usted trabaja 1.- Si___ 2.- No___

5.- Su bebe nació mediante 1.Parto___ 2. Cesárea___

29 II.- ESCALA DE DEPRESIÓN POSTNATAL DE EDIMBURGO Usted se encuentra en una etapa llamada puerperio(conocida como cuarentena), nos gustaría conocer como se ha sentido en los últimos 7 días.

Por favor subraye la respuesta que se relacione con su situación actual.

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

Tanto como siempre____

No tanto ahora____

Mucho menos____

No, no he podido____

2. He mirado el futuro con placer

Tanto como siempre____

Algo menos de lo que solía hacer____

Definitivamente menos____

No, nada____

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

Sí, la mayoría de las veces____

Sí, algunas veces____

No muy a menudo____

No, nunca____

4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo No, para nada____

Casi nada____

Sí, a veces____

Sí, a menudo____

5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno

Sí, bastante____

Sí, a veces____

No, no mucho____

No, nada____

6. Las cosas me oprimen o agobian

Sí, la mayor parte de las veces____

Sí, a veces____

No, casi nunca____

No, nada____

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

Sí, la mayoría de las veces____

Sí, a veces____

No muy pocas veces a menudo____

No, nunca____

8. Me he sentido triste y desgraciada

Sí, casi siempre____

Sí, bastante a menudo____

Sólo ocasionalmente____

No, nunca____

9. He sido tan infeliz que he estado llorando

Sí, casi siempre____

Sí, bastante a menudo____

Sólo en ocasiones____

No, nunca____

10. He pensado en hacerme daño a mí misma

Sí, bastante a menudo____

A veces____

Casi nunca____

No nunca____