



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 52.

**FACTORES DE RIESGO MÁS FRECUENTEMENTE RELACIONADOS CON  
DEPRESIÓN POSTPARTO IDENTIFICADOS EN UN PRIMER NIVEL DE  
ATENCIÓN**

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR

PRESENTA:

**SAUL GUTIERREZ JUAREZ**



CUATITLAN IZCALLI, ESTADO DE MEXICO

2013



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.

**FACTORES DE RIESGO MÁS FRECUENTEMENTE RELACIONADOS CON  
DEPRESIÓN POSTPARTO IDENTIFICADOS EN UN PRIMER NIVEL DE  
ATENCIÓN**

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR

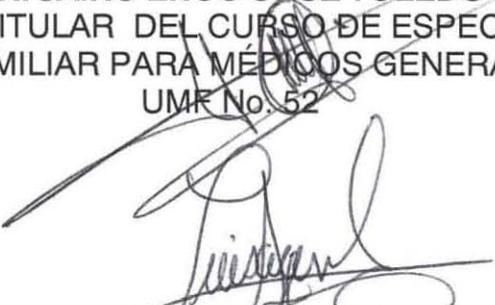
PRESENTA:

**SAUL GUTIERREZ JUAREZ**

AUTORIZACIONES:

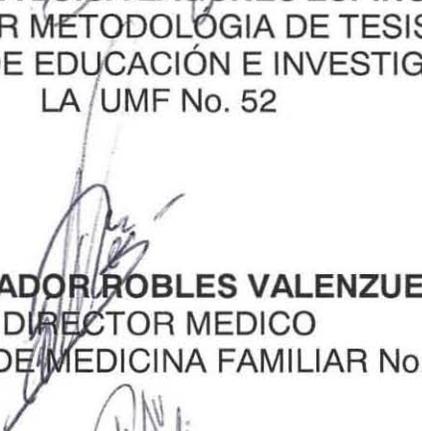
**DR. JAIRO ENOC CRUZ TOLEDO**

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN  
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DEL IMSS  
UMF No. 52



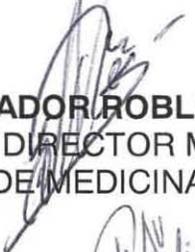
**DRA. ALMA LUISA LAGUNES ESPINOSA**

ASESOR METODOLOGÍA DE TESIS  
COORDINADORA CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD DE  
LA UMF No. 52



**DR SALVADOR ROBLES VALENZUELA**

DIRECTOR MEDICO  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 52



**DRA. PAULA GONZALEZ MARTINEZ**

COORDINADORA DELEGACIONAL DE EDUCACION EN SALUD  
ESTADO DE MEXICO ORIENTE



**FACTORES DE RIESGO MÁS FRECUENTEMENTE RELACIONADOS CON  
DEPRESIÓN POSTPARTO IDENTIFICADOS EN UN PRIMER NIVEL DE ATENCION**

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

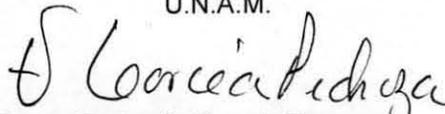
**SAUL GUTIERREZ JUAREZ**

AUTORIZACIONES

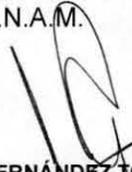


**DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO  
GÓMEZ CLAVELINA**

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



**DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA**  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN  
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.



**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES**  
COORDINADOR DE DOCENCIA DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

**FACTORES DE RIESGO MÁS FRECUENTEMENTE  
RELACIONADOS CON DEPRESIÓN POSTPARTO  
IDENTIFICADOS EN UN PRIMER NIVEL DE ATENCION**

## INDICE

INDICE .....	1
1. RESUMEN .....	2
2. ABSTRACT.....	3
3. ANTECEDENTES. ....	4
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	10
5. JUSTIFICACION.....	11
6. OBJETIVO GENERAL .....	12
7. OBJETIVO ESPECIFICO.....	12
8. METODOLOGIA .....	13
9. METODOS Y PROCEDIMIENTOS PARA CAPTURAR LA INFORMACION .....	19
9.1. DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO .....	19
10.- RESULTADOS .....	22
11. DISCUSION.....	26
12. CONCLUSIONES .....	28
13. RECOMENDACIONES .....	29
14. BIBLIOGRAFÍA .....	30
15. ANEXO 1 .....	33
16. ANEXO 2 .....	34
<u>17.- ANEXO 3</u> .....	34
18. ANEXO 4.....	35

## 1. RESUMEN

Después del embarazo (puerperio) las mujeres presentan una serie de cambios bioquímicos, sociales y psicológicos, de éstos la depresión posparto es una enfermedad que ocurre en mujeres en un período específico, de al menos 2 semanas posteriores al parto; el cuadro clínico se caracteriza por episodios depresivos, pérdida de interés para casi todas las actividades, cambios en el apetito o pérdida de peso corporal, alteraciones en el sueño y actividad psicomotora y sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para tomar decisiones; pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida y en algunas ocasiones de rechazo al bebé. La importancia de investigar los factores de riesgo de esta problemática es que una vez iniciados los síntomas, esta puede hacerse crónica y cada día se incrementa su prevalencia a nivel nacional.

Considerando los efectos que sobre su salud y la de su hijo puede ocasionar esta patología, surge el interés por determinar cuáles son en nuestro medio los factores que intervienen en su desarrollo.

En el presente trabajo se estudiaron variables biológicas como: edad, número de gestas, si el embarazo fue planeado y/o deseado, tipo de nacimiento, aborto(s) y otras complicaciones; las variables sociales: escolaridad, estado civil, ocupación, religión, tipo de habitación, servicios entre otros y por último las variables psicológicas: con quien vive la puérpera, como es su relación familiar, con quien presenta mayor afinidad familiar, su satisfacción familiar, además de la aplicación de la Escala de Edimburgo a todas las participantes, para determinar si presentaban una calificación que correspondiera a depresión posparto al momento de la encuesta. El análisis estadístico se realizó con el software SPSS versión 20.0.

Los resultados de las encuestas aplicadas en dos centros de atención primaria a 216 pacientes, mostraron un porcentaje de 96.7% de pacientes con depresión posparto (209). Se encontró significancia estadística en las variables “relación armoniosa con la pareja”, “satisfacción personal” y la de embarazo planeado/deseado”.

Estos resultados demuestran la importancia que tiene evaluación detallada de los factores que participan en el inicio o desarrollo de la depresión posparto y el identificarlos en las pacientes que vemos día a día en nuestra práctica médica; permitiría canalizar de manera

oportuna a las pacientes estableciendo redes de apoyo que contribuyan para prevenir el desarrollo de depresión post parto.

## 2. ABSTRACT

After pregnancy (postpartum) women have a number of biochemical changes, social and psychological, of these postpartum depression is a disease that occurs in women in a specific period of at least 2 weeks after delivery, the clinical picture is characterized by episodes of depression, loss of interest in almost all activities, changes in appetite or weight loss, sleep disturbances and psychomotor activity and feelings of worthlessness or guilt, difficulty making decisions, recurrent thoughts of death or suicidal ideation and sometimes reject the baby. The importance of investigating the risk factors of this problem is that once symptoms begin, it can become chronic and every day increases its prevalence nationally.

Considering the impact on your health and your child can cause this condition, there is the determine interest in our environment the factors involved in its development. In this paper we studied biological variables such as age, number of exploits, whether the pregnancy was planned and / or desired, type of birth, abortion (s) and other complications; social variables: education, marital status, occupation, religion , room, among other services and finally the psychological variables: the puerperal woman with whom he lives, as is their family relationship, who has more affinity with family, family satisfaction, as well as the implementation of the Edinburgh Scale all participants to determine if they had a score that corresponded to postpartum depression at the time of the survey. Statistical analysis was performed using SPSS version 20.0 software. The results of the surveys conducted in two primary care to 216 patients, showed a percentage of 96.7% of patients with postpartum depression (209). Statistical significance was found in the variables "harmonious relationship with the couple", "satisfaction" and pregnancy planned / desired ".

These results demonstrate the importance of detailed assessment of the factors involved in the onset or development of postpartum depression and identify them in the patients we see every day in our practice, could channel a timely manner to patients by establishing networks support that help to prevent the development of postpartum depression.

### 3. ANTECEDENTES.

Por depresión se puede entender a un síndrome o agrupación de síntomas, susceptibles de valoración y ordenamiento en unos criterios diagnósticos racionales y operativos, por definición, el concepto de depresión recoge la presencia de síntomas afectivos esfera de sentimientos y emociones: tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida aunque en mayor o menor grado siempre están presentes síntomas de tipo volitivo, cognitivo ó incluso somático. Se podría hablar de una afectación global de la vida psíquica haciendo especial énfasis a la esfera afectiva. <sup>1</sup>

Si bien muchos síndromes de depresión son claramente apreciables en la práctica clínica no raras veces resulta difícil establecer su autonomía diagnóstica respecto a otras entidades psicopatológicas. Así por ejemplo la comorbilidad entre trastorno depresivo y trastorno por ansiedad es alta y con diversas combinaciones sistémicas en sus manifestaciones. También puede ocurrir la depresión con el abuso de alcohol, tóxicos y con algunas enfermedades orgánicas cerebrales y sistémicas.<sup>1</sup>

Tomando en cuenta los datos saber la historia personal del paciente, los antecedentes afectivos familiares y su situación familiar, social y económica. <sup>1</sup>

La depresión o episodio depresivo según el DSM IVTR y CIE-10, consiste en un periodo de al menos dos semanas, en las que existe un estado de ánimo deprimido ó una pérdida de interés o placer para casi todas las actividades. El sujeto experimenta además de los síntomas anteriores, otros como: cambios en el apetito o pérdida de peso corporal, alteraciones en el sueño (hiper insomnio) y actividad psicomotora (fatiga o pérdida de energía) y sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones; pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida y/o intentos suicidas. Ambos sistemas de diagnóstico de la depresión hablan de formas leves moderadas y graves con características catatónicas, melancólicas, atípicas y con inicio al postparto; la entidad puede presentarse como episodio único o episodio recurrente, con o sin síndromes somáticos. Por otra parte, el CIE 10 incluye en su clasificación episodios de reacción depresiva, depresión psicógena y depresión reactiva, tanto en las formas leves, moderadas y graves en las que estos episodios pueden presentar depresión mayor con síntomas psicóticos, psicosis depresiva psicógena, depresión psicótica, psicosis depresiva reactiva.<sup>2,3</sup>

La depresión como episodio y como trastorno es una entidad clínica claramente delimitada que para su tratamiento y diagnóstico requiere de una cuidadosa evaluación de la sintomatología, anamnesis e historia del paciente.<sup>4</sup>

La actual taxonomía de los trastornos afectivos (DSM-IV, CIE-10 o versiones previas) intenta delimitar entidades relativamente bien configuradas (depresión mayor, distimia y trastorno bipolar principalmente), aunque *luego la realidad clínica y el seguimiento evolutivo no concuerde, en muchas ocasiones*, con diagnósticos y reflexiones teóricas aparentemente sólidas. El modelo sistémico no ha mostrado mucho interés por esta taxonomía de los trastornos afectivos, prefiriendo concentrar sus esfuerzos en la comprensión del fenómeno depresivo en su interacción con el ambiente o, como mucho, en la elaboración de hipótesis etiológicas limitadas a la relación de pareja. El posible papel de las relaciones y vínculos significativos con las familias de origen ha sido poco abordado, exceptuando las aportaciones de Bowlby (1980), desde una óptica más dinámica y de funcionamiento intra-psíquico. Más recientemente, Linares y Campo (2000) intentan modificar estas clasificaciones partiendo de hipótesis diferentes. En la actualidad, a partir de diferentes modelos de estudio, se reconocen no solo los efectos que las relaciones significativas ejercen sobre la depresión, sino también los efectos de la depresión sobre las relaciones significativas. Coyne, señala que el comportamiento de las personas depresivas tiende a reflejarse e inducir estados de ánimo hostiles en otros; también puede suscitar inhibición y sentimientos de culpa, unidos a actitudes de solidaridad.<sup>5</sup>

Hace casi una década el estudio de la carga global de la enfermedad resaltó la importancia de los trastornos mentales como un problema prioritario de salud pública mundial. Anteriormente, las prioridades de salud se estimaron utilizando solamente indicadores de mortalidad. Incluyendo el número de días vividos con discapacidad, las enfermedades neuro-psiquiátricas se colocaron entre las que más carga representa a escala mundial. Se atribuyó a estas enfermedades 10% de la carga global de la enfermedad (estimando que aumentará hasta 15% para 2020). La depresión unipolar destacó por ocupar el cuarto lugar mundial en la carga de la enfermedad, y se estimó que para el año 2020 ocupará el segundo lugar y el primero en países en desarrollo.<sup>6</sup>

Durante el embarazo y el puerperio se sucede una serie de cambios bioquímicos, psicológicos y sociales que ocasiona una mayor vulnerabilidad para la aparición de los trastornos psíquicos en la mujer. Los trastornos del estado de ánimo en el postparto acontecen de una manera frecuente en las primeras semanas tras el parto y comportan considerables repercusiones tanto para la propia mujer, que ve mermado su nivel de salud y su capacidad para experimentar el gozo de la maternidad, como por los posibles efectos negativos en el desarrollo de los hijos y el deterioro de las relaciones conyugales y familiares, sin olvidar las consecuencias económicas que conllevan las bajas laborales.<sup>5</sup>

Desde el punto de vista biomédico en el que se incluyen los factores genéticos, hormonales, anatómicos y fisiológicos asociados a depresión postparto Gavira agrupo los factores de vulnerabilidad que hace que la mujer se deprima; hormonales relacionados al ciclo reproductivo papel importante en predisposición.<sup>7</sup>

Otros autores mencionan que algo influye mucho en la vida reproductiva de las mujeres y que está en relación directa con niveles circulantes de estrógenos y progesterona por lo que propone que estas hormonas gonadales así como aspectos psicosociales sean también causantes de depresión postparto.<sup>8</sup>

Debido a la influencia hormonal que existe en relación a depresión postparto, se realizó un estudio comparativo entre neonatos prematuros recién nacidos a término con problemas médicos leves y moderados y neonatos prematuros encontrando que estos eran altamente reactivos a la depresión materna, es decir demostraron niveles de cortisol esto encontrado en mujeres deprimidas por bajos niveles de cortisol.<sup>9</sup>

La depresión postparto es reconocida en el DSM-IV como un “trastorno depresivo mayor de inicio en el postparto”, entendiéndose por postparto las cuatro semanas siguientes al mismo. Este intervalo deriva de los datos de ingresos hospitalarios en púerperas por enfermedad psiquiátrica grave y no responde a una razón fisiopatológica clara. Por estos motivos y por las dificultades diagnósticas que puede haber al principio, la mayoría de los autores consideran un período de inicio más amplio para hablar de depresión postparto (hasta pasados 3-6 meses) y así se refleja en varios trabajos publicados. Se ha estimado que esta enfermedad afecta alrededor del 13% de las mujeres tras el parto y hasta un 26%

si se trata de madres adolescentes. En nuestro medio, su prevalencia se cifró en un 13.16% en el que se aplicó como medida de cribado la Escala de Depresión de Edimburgo a las 6-8 semanas postparto.<sup>10</sup>

La depresión postnatal es más prevalente en poblaciones social y económicamente desventajadas. Además de las consecuencias adversas para las mujeres hay un impacto negativo en la relación entre la madre y el niño, así como el desarrollo emocional, cognitivo y relación del niño.<sup>11</sup>

La depresión postparto posee características peculiares que justifican su consideración como una entidad específica, El cuadro se caracteriza por llanto, desánimo y sentimientos de incapacidad o inhabilidad para enfrentar la situación, principalmente en lo que concierne a cuidados del recién nacido. Son frecuentes los sentimientos de culpa, autocensura por no estar amando o cuidando a su hijo lo suficiente y casi siempre están los sentimientos de ansiedad, acompañado o inclusive superando a los síntomas de depresión del humor<sup>12</sup>. Se considera un estado de depresión leve y pasajero, algunos estudios refieren que puede ser la primera etapa de un estado depresivo grave e incluso de psicosis puerperal.<sup>13</sup>

Con respecto a las causas que desencadenan el trastorno podemos describir diversos factores relacionados con su manifestación.

- estado de ánimo deprimido ó pérdida de interés
- disminución de la capacidad para el placer en casi todas las actividades
- pérdida ó aumento importante de peso
- insomnio o hiper insomnio
- agitación o enlentecimiento psicomotor
- sentimiento de inutilidad o culpa inapropiada
- fatiga o pérdida de energía
- indecisión o disminución de la capacidad para pensar o concentrar
- incapacidad para hacerse cargo de su hijo
- sobreprotección de la madre hacia el bebé
- ambivalencia en relación con el afecto del bebé

- pensamientos recurrentes de muerte. <sup>14</sup>

Es necesario tener en cuenta estos síntomas para poder realizar correctamente el diagnóstico. No obstante se debe estar alerta ya que existen factores psicopatológicos del puerperio que obligan a realizar un diagnóstico diferencial entre Depresión Postparto leve (Maternity blues); el cual es un síndrome transitorio, se presenta aproximadamente en el 50 al 80 % de las madres y el trastorno depresivo mayor. Ocurre de los 2-4 días después del parto y desaparece sin secuelas, de forma espontánea, en un plazo de 2 semanas. Es un proceso mental psicológico de adaptación a la nueva situación. <sup>14</sup>

Otra característica de este cuadro es que la mujer afectada raramente comenta su estado con los profesionales de la salud y se esfuerza por seguir desempeñando sus obligaciones de cuidado de sus hijos y marido. La depresión postparto es habitualmente sub diagnosticada en centros de atención materno-infantil pese a que su prevalencia supera la correspondiente a patologías obstétricas como pre-eclampsia, parto prematuro o diabetes gestacional. <sup>12</sup>

En la literatura sobre la depresión, un aspecto que se considera privilegiado para que se manifieste la sintomatología depresiva es la relación de pareja, Paykel y colaboradores (1973) llegaron a la conclusión de que las desavenencias conyugales (peleas en los seis meses precedentes al inicio del cuadro, distanciamiento, hostilidad, tensiones, conflictos sexuales) son las situaciones que más frecuentemente preceden a la manifestación de la sintomatología depresiva. Rousanville y col. (1980) comprobaron lo anterior y señalan que las pacientes sometidas a tratamiento (farmacológico o psicoterapéutico) mejoraban en la relación con su pareja y mostraban una mejoría en los síntomas depresivos, mientras que aquellas pacientes en las que persistían los problemas o desacuerdos conyugales, mostraban escasa tendencia a la remisión de la sintomatología y una marcada tendencia a las recaídas. <sup>15</sup>

En México se ha informado una prevalencia de depresión postparto de un 17 a 22 % (referencia). En el Mundo se refiere que dos de cada diez embarazadas presentan depresión. Lo anterior varía de acuerdo a la forma de evaluar y diagnosticar la depresión y el punto de corte y las diferentes escalas (como las de Hamilton y Beck.) <sup>16</sup>

El año 2013 será un momento crucial en la evolución demográfica del país, según datos del Consejo Nacional de Población, México tendrá la mayor cantidad de mujeres jóvenes de su historia: 18.008.996 (CONAPO). Después de este año la población juvenil comenzará a disminuir tanto en términos relativos como en términos absolutos, lo que significa que el porcentaje de la población que se encuentra entre los 12 y los 29 años de edad eventualmente se reducirá, mientras que el porcentaje de la población que se encuentra en el grupo de los 30 a los 40 años irá en aumento. Esto implica que en estos grupos de edad tendremos a una gran proporción de la población femenina en edad reproductiva y por lo tanto en riesgo de padecer depresión postparto.<sup>17</sup>

#### 4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según datos de la Encuesta Nacional de Enfermedades Psiquiátricas (ENEP) del año 2003, en los últimos años se han incrementado los problemas de salud mental y la depresión postparto es un problema que se considera afecta a un 15 - 20% de las mujeres que experimentan depresión, esta última se caracteriza por ansiedad, irritabilidad, sentimiento de abandono, soledad y rechazo al bebé. La importancia de investigar los factores de riesgo de esta problemática es que una vez iniciados los síntomas, esta puede hacerse crónica y cada día se incrementa su prevalencia a nivel nacional. El tener la oportunidad de identificar algunos de los factores desencadenantes o que participan en el inicio del cuadro clínico es de mucha importancia para la atención adecuada y en su oportunidad la prevención.

¿Cuáles son los factores de riesgo que se presentan con mayor frecuencia en la depresión postparto en mujeres de una zona conurbada a la Ciudad de México?

## **5. JUSTIFICACION.**

A pesar que la depresión postparto es una entidad ampliamente descrita, no recibe la atención requerida por parte de los profesionales de la salud, tampoco la mujer puérpera solicita ayuda para este problema, probablemente porque considera que los síntomas son normales y que sola ha de salir adelante. Considerando los efectos que sobre su salud y la de su hijo puede ocasionar esta patología surge el interés por determinar cuáles son en nuestro medio los factores que intervienen en su desarrollo.

La depresión postparto, si bien es una entidad poco reconocida el estudio de la misma es factible debido a que una proporción importante de las mujeres puérperas acuden a los servicios de salud de un primer nivel de contacto para revisión de ellas o sus hijos.

Este enfoque al abordar el problema, además de interesante es novedoso, ya que permite identificar algunos de los factores de riesgo (edad, estado civil, escolaridad, ocupación, ingreso económico) y así mismo, aspectos psicosociales que podrían estar participando en el inicio de la depresión postparto. Así mismo, la forma de abordar el problema, es ético ya que no se ve afectada la integridad física ni moral (ya que no se ven obligadas de ninguna manera) de las pacientes. Además es relevante, ya que es una manera de identificar áreas de oportunidad e intervención en las pacientes con depresión postparto de manera oportuna.

## **6. OBJETIVO GENERAL**

Identificar en mujeres puérperas, los factores de riesgo que con mayor frecuencia se relacionan con el desarrollo de depresión postparto, en un primer nivel de atención.

## **7. OBJETIVO ESPECIFICO**

1.- Identificar en las puérperas de dos semanas postparto de las unidades de medicina familiar, los factores biológicos, sociales y psicológicos con mayor relación para el desarrollo de depresión post parto.

## 8. METODOLOGIA

### Características donde se realizó el estudio:

El estudio se realizó en las clínicas: UMF (Unidad de Medicina Familiar) 198 en San Rafael, Coacalco y la UMF 52 en Cuautitlán Izcalli, ambas pertenecientes a una misma Delegación del IMSS (delegación 15 zona oriente) y ubicadas en la zona urbana del Estado de México conurbada a la Ciudad de México, ambas ubicaciones permitieron la recolección de los datos en tan solo 4 meses.

**Tipo de estudio** descriptivo, transversal, observacional y retro prospectivo, en mujeres del ámbito urbano de la población derechohabiente al IMSS de dos unidades de medicina familiar con un rango de edad de 15 años en adelante.

A) **GRUPO DE ESTUDIO:** Mujeres en puerperio mediato.

B) **TAMAÑO DE MUESTRA:** Fórmula para el cálculo de muestra para estimar media o proporción. (Variable Cualitativa):

$$N = \frac{Z_{\alpha}^2 P (1-P)}{i^2}$$

**N=** Numero de personas que participaran en el estudio

**Z<sub>α</sub>**= Valor de Z correspondiente al riesgo fijado= 1. 645<sup>2</sup>

**P**= Valor de la proporción que se supone existen en la población: 15% (p= 0.15)

**i<sup>2</sup>**: precisión con la que se desea estimar el parámetro: ±4% (i = 0.04)

$$N = \frac{1.645^2 * 0.15 (1.0.15)}{0.04^2} \quad N = \frac{2.706025 * 0.15(1-0.15)}{0.04^2} \quad N = \frac{0.40590375(1-0.5)}{0.04^2} \quad N = \frac{0.40590375(0.85)}{0.04^2}$$
$$N = \frac{0.3450181875}{0.0016} = 215.6$$

Tamaño de muestra 216 puérperas

C) **MUESTREO.** Se realizó mediante muestreo aleatoria simple.

- D) CRITERIOS DE INCLUSION:** Mujeres en puerperio mediato que aceptaron participar en la realización del estudio al acudir a recibir atención a las unidades de medicina familiar mencionadas
- E) CRITERIOS DE EXCLUSION:** Mujeres que ya hayan sido diagnosticadas con Depresión de otro tipo ó que estén presentando enfermedades concomitantes.
- F) CRITERIOS DE ELIMINACION:** Que no aceptaron participar en el estudio o que lo abandonaron.

## Tablas de variables

### Factores biológicos.

Variable	Independiente	Dependiente	Definición Conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Unidad de Medición
<b>Edad</b>	X		Cantidad de años que un ser ha vivido desde su nacimiento. <sup>13</sup> Tiempo que ha vivido una persona animal ó planta. Tiempo. <sup>19</sup>	Años vividos	Cuantitativa	Continua	años
<b>Embarazos.</b>	X		Periodo comprendido entre la fecundación del óvulo y el parto durante el cual tiene lugar el desarrollo embrionario <sup>18</sup>	Cuantificación de las veces que se ha presentado	Cualitativa	Discreta	Número de gestas.
<b>Embarazo planeado/deseado</b>	X		Perspectiva de la madre y su pareja con respecto al embarazo	Perspectiva de la madre y su pareja con respecto al embarazo	Cualitativo	Nominal	Si o No
<b>Tipo de nacimiento</b>	X		Es la culminación del embarazo por vía vaginal u abdominal	Es la culminación del embarazo por vía vaginal u abdominal	Cualitativa	Nominal	Parto o cesárea
<b>Complicaciones</b>	X		Condiciones mórbidas que afectan de forma adversa durante el periodo gestacional	Condiciones mórbidas que afectan de forma adversa durante el periodo gestacional	Cualitativa	Nominal	Preeclampsia Amenaza de aborto Sufrimiento Fetal Otros, Ninguno
<b>Aborto</b>	X		Interrupción artificial del embarazo. Expulsión del producto de la concepción antes de que sea viable (la viabilidad legal es los 180 días) <sup>19</sup>		Cualitativa	Discreta	Número de Aborto

## Factores Sociales

Variable	independiente	Dependiente	Definición Conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Unidad de Medición
<b>Escolaridad</b>	X		Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un centro docente. <sup>19</sup>	Nivel escolar alcanzado de una persona en relación al estudio realizado	Cualitativa	Nominal	PRIMARIA SECUNDARIA BACHILLERA TOLICENCIATURA
<b>Estado civil</b>	X		Condición de cada individuo en relación con los derechos y obligaciones civiles. <sup>20</sup>	Situación individual marital de una persona en relación a la autoridad civil.	Cualitativa	Nominal	Soltera Casada, Viuda Divorciada, Unión libre
<b>Ocupación</b>	X		Actividad remunerada o no a la que una persona dedica un determinado tiempo. <sup>20</sup>	Trabajo actual desempeñado.	Cualitativa	Nominal	Profesionista. Ama de casa Empleada Obrera.
<b>Religión</b>	X		Conjunto de creencias, normas morales de comportamiento social e individual y ceremonias de oración o sacrificio que relacionan al ser humano con la divinidad. <sup>18</sup>	Practica ó creencia hacia un Dios	Cualitativa	Nominal	Católica Cristiana Testigo de Jehová Atea
<b>Habitación</b>	X		Edificio o parte de él que se destina a vivienda. Pieza, espacio, aquella en que se está o se duerme. Acción y efecto de habitar <sup>19</sup>	Espacio para ser habitado	Cualitativa	Nominal	Propia Rentada Familiar Otros
<b>Servicios domiciliarios</b>	X		Servicios de urbanización con los que cuenta una casa habitación Agua potable, luz eléctrica, drenaje alcantarillado etc....	Servicios de urbanización básicos de una edificación	Cualitativa	Nominal	Todos los servicios Solo 3 Solo 2 Ninguno
<b>Dependencia económica</b>	X		La necesidad de ayuda o de asistencia económica importante para las actividades de la vida cotidiana	Ingreso ó apoyo económico con el que cuenta una persona	Cualitativa	Nominal	Independiente Familiar Pareja Otros
<b>Ingreso económico</b>	X		Monto de dinero que recibe una persona como consecuencia de su actividad laboral	Monto de dinero que recibe una persona como consecuencia de su actividad laboral	Cualitativa	Nominal	\$1500- \$2000 \$2000 A \$4000\$4001 A \$7000\$7001 y más

<b>Otro ingreso económico</b>	X	Cantidad o aporte extraordinario	económico	Cantidad o aporte económico extraordinario	Cualitativa	Nominal	Esposo Padres Pensión Ninguno
-------------------------------	---	----------------------------------	-----------	--	-------------	---------	-------------------------------

## Factores Psicológicos

Variable	Independiente	Dependiente	Definición Conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Unidad de Medición
Con quien vive	X		Persona o grupos de personas con las que viven con la persona bajo un mismo techo	Grupos de personas convivientes con la mujer en puerperio	Cualitativa	Nominal	Sola Familiares Padres Hijos
Relaciones familiares	X		Tipo o manera de relacionarse con sus familiares	Forma de relacionarse entre si con la mujer en puerperio.	Cualitativa	Nominal	Excelente Buena Mala
Mayor afinidad en sus relaciones familiares	X		Proximidad o analogía o semejanza que un individuo comparte con otros	Mayor afecto de la mujer en puerperio en relación a sus familiares y/ o pareja.	Cualitativa	Nominal	Padres Hermanos Pareja Ninguno
Satisfacción personal	X		Satisfacción con la vida esta relacionada con la valoración de la calidad de vida regida por apreciaciones subjetiva y objetivas donde se trasciende lo económico y se mira la opinión, satisfacción y expectativas de las personas	Satisfacción con la vida esta relacionada con la valoración de la calidad de vida regida por apreciaciones subjetiva y objetivas donde se trasciende lo económico y se mira la opinión, satisfacción y expectativas de las personas	Cualitativa	Nominal	Siempre A veces Nunca
Depresión postparto		X	Se considera a la DPP a cualquier enfermedad depresiva no psicótica que ocurre en la madre durante el primer año después del nacimiento. Consiste en una fuerte vulnerabilidad a la depresión que empieza de manera importante entre los cuatro y las seis semanas post parto. <sup>23</sup>	Identificación de pacientes con depresión post parto, aplicación de Escala de Edimburgo	Cualitativa	Nominal	Ausente Presente

## 9. METODOS Y PROCEDIMIENTOS PARA CAPTURAR LA INFORMACION

### 9.1. DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO

El estudio se realizó en dos unidades de medicina familiar (52 y 198) de la Delegación estado de México oriente. del Instituto Mexicano del Seguro Social con mujeres en etapa de puerperio mediano que asistan a la consulta de Medicina Familiar, a quienes previa firma de consentimiento informado se les aplicara el Test de Edimburgo para depresión post parto además de un instrumento diseñado para detectar factores de riesgo para dicha patología. .- Escala de medición **The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)**, el más usado: esta escala ha sido desarrollada para ayudar a los profesionales de Atención primaria en la detección de las madres que sufren depresión postnatal. El EPDS se desarrollo en los centros de salud de Livingston y Edimburgo y se han realizado diversas validaciones en numerosos países: Consta de diez preguntas cortas, auto aplicadas, que hacen relación a como se han sentido las madres en la última semana. Cada una de las respuestas es valorada de 0 a 3; se obtiene una puntuación global de la suma de todas ellas. Un total de 12 o más puntos indicarán la probabilidad de padecer el trastorno: la escala no detecta ansiedad, neurosis, desordenes de personalidad o fobias de la madre. En casos dudosos puede repetirse después de dos semanas. La escala de Depresión Postparto se creó en 1987 para asistir a los profesionales de la atención primaria de la salud en la detección de las madres que padecen de Depresión Postparto; datos obtenido de la British Journal of Psychiatry (Revista Británica de psiquiatría) junio 1987, Vol. 150 por J.L. Cox, J.M Holden, R.Sagovsky. <sup>17</sup>Así mismo se aplicó una cédula con el propósito de identificar los factores de riesgo biológicos psicológicos y sociales de las participantes.

#### **Recolección de datos.**

La fase de recolección de datos se realizó en un periodo comprendido del 01 de julio al 1 de diciembre del 2011.

#### **Análisis de datos:**

Para el análisis estadístico de la información se utilizó el programa SPSS 20, aplicando la prueba estadística bivarida de Pearson

## **Factibilidad y aspectos éticos.**

Este estudio es factible puesto que el embarazo es una de las primeras 10 causas de consulta médica en un primer nivel de atención, el estudio se apegó a los lineamientos nacionales e internacionales en seres humanos, se solicitó carta de consentimiento informado, respetando en todo momento aspectos éticos, y la decisión de las pacientes de retirarse en cualquier momento del estudio, al mismo tiempo el investigador se comprometió que en caso de que se presentara alguna circunstancia en la que las pacientes pudieran estar afectadas ó de igual manera cuando a las pacientes se les haya detectado depresión postparto y ameritará tratamiento, de forma inmediata se canalizará al servicio correspondiente para recibir de manera oportuna atención médica y psicosocial.

## **Recursos Humanos, Físicos Y Financieros:**

**Recursos Humanos:** El Investigador

### **Espacio Físico:**

Se llevó a cabo en las instalaciones de las unidades de medicina Familiar 52 y 198, en ambos turnos.

**Recursos Materiales:** Computadoras e impresoras, hojas de impresión, bolígrafos, lápiz y cuestionario de aplicación prediseñados mediante la Escala de Edinburgh previo consentimiento informado a cada paciente.

**Financiero:** Para la realización de este estudio no se conto con ningún apoyo económico extra, los recursos económicos fueron absorbidos únicamente por el investigador.

## **Análisis estadístico**

Para el análisis descriptivo del estudio se identificaron un grupo determinado de variables de tipo biológico, psicológico y sociales a las que se les categorizó como cuantitativa y cualitativas, ordinal y nominal, se utilizó además un paquete de programa estadístico SPSS 21. De las variables estudiadas se estableció una media de edad de las pacientes estudiadas obteniendo un promedio de edad de 26, cada una de las variables se obtuvo

la frecuencia absoluta y sus porcentajes respectivamente. Cabe señalar que en las variables que aunque no hubo significancia se tuvo que en la edad con una significancia bilateral de (.69), mientras que en el número de embarazos (.827), escolaridad de (0.77), ocupación (.792), estado civil (.725), casa con un (.943) e ingreso económico con un (.952) de significancia bilateral.

|

## 10. RESULTADOS

De junio a diciembre de 2011 se realizó estudio en las UMF 52 y UMF 198, para identificar los factores de riesgo más frecuentemente relacionados con depresión postparto. Las pacientes fueron seleccionadas de forma aleatoria en las salas de espera de ambas unidades, se invitó a participar previa firma de consentimiento informado. Por medio de la escala de Edimburgo se identificó a las pacientes con depresión postparto, (209) quienes integraron el grupo de estudio y en una cedula elaborada ex profeso se recabaron los datos biológicos psicológicos y sociales.

El rango de edad fue de 21 a 25 años (29.03%). con una media de 26. La media en gesta 4 10 (4.61 %). El promedio el numero hijos de las pacientes fue de uno de 95 (43.78%). El tipo de nacimiento del último hijo fue 114 (52.53%) parto normal y 95 (43.78%) cesárea. El antecedente de complicaciones durante el embarazo, preeclapmsia 16 (8.29%), amenaza de aborto (6.91%), sufrimiento fetal (3.23%); 8.29% tuvieron otro tipo de complicaciones y 70.51% sin complicaciones; en cuanto al rango en número de gestas fue de 1 a 7 con una media de 4 y moda de 1, 95 (43.78 %) gesta 1, gestas 2 66 (30.41), en relación al antecedente de aborto solo 4 (1.84%), y sin antecedente de aborto 205 (94.47%); las pacientes con embarazo deseado 176 (81.11 %), y con embarazo no deseado 33 (15.25%).

La escolaridad encontrada bachillerato 90 (41.47%); estado civil, casadas 116 (53.40 %); ocupación, amas de casa 123 (56.68%), viven solas 85 (39.17%), en 102 (47) manifestaron relaciones familiares armoniosas y la mayor afinidad con su pareja 102 (47%) ,102 (47%) refieren satisfacción personal.

Económicamente dependen de la pareja 151 (69.69%), con un ingreso familiar promedio de \$ 3000 pesos mensuales.

Solo se encontró significancia estadística en la variable satisfacción personal p .003 relaciones satisfactorias p 0.016, identificación con la pareja p .005. Embarazo planeado 176 (81.11%) p 0.11

**Tabla. 1. Factores Biológicos. Porcentaje de Pacientes depresivas.**

		Depresivas	
		N	%
Edad	15-20	44	21.1
	21-25	63	30.1
	26-30	57	27.3
	31-35	36	17.2
	36 o más	9	4.3
Embarazos	1	95	45.4
	2	66	31.6
	3	35	16.7
	4	10	4.8
	5	2	1
	6	0	0
	7	1	0.5
Embarazo Planeado/ Deseado	Si	176	84.2
	No	33	15.8
Tipo Nacimiento	Parto	95	45.5
	Cesárea	114	54.5
	Aborto	0	0
Otras Complicaciones	Preeclamsia	16	7.7
	Amenaza De Aborto	15	7.2
	Sufrimiento Fetal	7	3.3
	Otros	18	8.6
	Ninguno	153	73.2
Aborto	Si	4	1.9
	No	205	98.1

**Tabla. 2. Factores Psicológicos.**

		Depresivas	
		N	%
Vive Con	Sola	3	1.4
	Familiar	85	40.7
	Pareja	119	56.9
	Hijos	2	1
Relación Familiar	Excelente	102	48.8
	Buena	104	49.8
	Mala	3	1.4
> Afinidad	Padres	77	36.8
	Hermanos	19	9.1
	Pareja	102	48.8
	Ninguno	11	5.3
Satisfacción Personal	Siempre	159	76.1
	A Veces	48	22.9
	Nunca	2	1

**Tabla 3. Factores Sociales.**

		Depresivas n (%)
Escolaridad	Primaria	13 (6.2)
	Secundaria	78 (37.3)
	Preparatoria	84 (40.2)
	Licenciatura	34 (13.3)
Estado Civil	Soltera	29 (13.9)
	Casada	116 (55.5)
	Unión libre	64 (30.6)
	Viuda	0
Ocupación	Ama de casa	123 (58.9)
	Obrera	3 (1.4)
	Empleada	53 (25.4)
	Estudiante	30 (14.3)
	Profesionista	0
Practica Deporte	Si	18 (8.6)
	No	191 (91.4)
Religión	Católica	167 (79.9)
	Cristiana	22 (10.5)
	T. Jehová	5 (2.9)
	Ateo	15 (7.2)
HABITACIÓN	Propia	100 (47.8)
	Rentada	41 (19.6)
	Familiar	67 (32.1)
	Otras	1 (0.5)
Servicios	Todos	195 (93.3)
	Solo 3	12 (5.7)
	Solo 2	2 (1)
	Ninguno	0
DEPENDENCIA ECONÓMICA	Independiente	44 (21.1)
	Familiar	11 (5.3)
	Pareja	151 (72.2)
	Otras	3 (1.4)
INGRESO	1,500-2,000	60 (28.7)
	2,001-4,000	84 (40.2)
	4,001-7,000	48 (23)
	7,001 O Mas	17 (8.1)
OTROS INGRESOS	Esposo	35 (16.7)
	Padres	19 (9.1)
	Pensión	2 (1)
	Ninguno	153 (73.2)

## 11. DISCUSION

En este estudio la frecuencia de depresión post parto fue de un 96.7 % , porcentaje muy alto sin embargo los diferentes estudios reportan cifras dispares con frecuencias que van de un 10 a un 91 % , estos datos resultan muy extremos y esto probablemente debido a la metodología empleada, tipo de población y aspectos socio demográficos <sup>5, 23</sup>; Dietz y colaboradores encontraron que alrededor del 56% de mujeres con depresión postparto, tenían antecedentes de depresión antes y durante el embarazo <sup>24</sup> . La edad de presentación reportada en otros estudios es de 15 a 20 años <sup>14</sup> la edad mínima de las participantes en este estudio fue de 15 años y el rango se extendió hasta los 36 años como en el estudio de Silva R, Souza y Quevedo <sup>25</sup> con rangos de 13 a 46 años. En el grupo con escolaridad media superior se identifico mas depresión post parto<sup>18, 26</sup>, señala que a menor escolaridad aumenta 7 veces el riesgo de presentar el cuadro depresivo en el grupo estudiado por Rojas y Fritsch <sup>27</sup> el 495 de pacientes con depresión post parto tenia estudios de educación básica.

Los grupos de estudio informan mayor frecuencia de depresión post parto en pacientes primigestas o primíparas con cifras hasta un 67%, <sup>14, 26</sup> en este estudio el porcentaje mayor de participantes 43.78, fueron primigestas confirmando entonces que este grupo etario tiene un mayor índice de presentar depresión post parto <sup>12</sup>

El antecedente de aborto, tipo de nacimiento, parto o cesárea no fue significativo para mayor índice de depresión post parto, como han reportados otros estudios<sup>12</sup>; sin embargo, se ha señalado que el parto vaginal es un factor protector para la depresión post parto.<sup>23</sup>

La planeación y aceptación del embarazo parece influir en forma significativa para prevenir el desarrollo de depresión post parto como se observa en este estudio y en otros realizados en nuestro país<sup>13</sup>.

El embarazo no deseado se asocia con depresión e n mujeres del área urbana en el estado de Durango; problemas familiares y con la pareja se asocia con depresión en mujeres del área rural, la asociación de vivir sin pareja aunque otros estudios revelan que mujeres que conviven con sus parejas tiene rasgos de tener una calificación > 12 en el Estudio de enfermedades psiquiátricas en el

postparto, el abandono de la pareja fue un factor importante asociado con la depresión principalmente en mujeres rurales <sup>28</sup>

Un estudio realizado en el 2010 realizado En Monterrey demostró que 13.6 % de las pacientes estudiadas eran primigestas debido a la vulnerabilidad de las pacientes que no planea un embarazo y en un momento dado tienen más vulnerabilidad de presentar depresión esto a que en si mayoría no planean sus embarazos, y no cuentan con apoyo por parte de su pareja.

Otros factores que intervienen para la depresión post parto son el tipo de actividad laboral realizada, y los ingresos, el 56.6% de la población estudiada se dedica al hogar; en estudios realizados en España <sup>18 21</sup> el número de mujeres con empleo remunerados y problemas económicos fue mayor para el desarrollo del cuadro depresivo, ya que incrementa el estado de stress.

La relación con la pareja sigue siendo un factor determinante para el desarrollo de depresión post parto.

La percepción de falta de apoyo que reciben las mujeres tras el nacimiento de sus hijos, ya sea en la realización de tareas domésticas, en el cuidado del niño o el apoyo emocional sea por parte de familiares o de su pareja, supone un incremento en el riesgo de estos trastornos, la existencia de otros factores tipo los aspectos psicológicos antes y después de tener un hijo, el vínculo madre e hijo puede precisar el desarrollo de depresión <sup>5</sup>. En las pacientes estudiadas en España<sup>5</sup> la valoración de la relación con la pareja fue cálida y cercana en 157 casos (60.9%).

Las participantes con pareja permanente son el grupo con desarrollo de depresión, cifra que supera lo encontrado en Argentina <sup>14</sup>

Las relaciones armoniosas con la pareja disminuyen el riesgo de desarrollar depresión post parto <sup>26</sup>

## 12. CONCLUSIONES

Es importante identificar en las pacientes los factores de riesgo biológico, psicológico y social para el desarrollo de depresión post parto, una manera de hacerlo es estableciendo una serie de estudios más a fondo, de acuerdo a los resultados ya conocidos en la literatura en donde los factores biológicos han sido determinantes para el desarrollo de la depresión post parto; en este trabajo se encontró que los factores psicológicos resultaron significantes con respecto al desarrollo de depresión post parto, siendo el embarazo planeado, relaciones familiares, satisfacción personal, mejor identificada; de aquí la importancia que resulta la evaluación detallada para poder identificarlos en las pacientes que vemos día a día en nuestra práctica médica; de lo anterior y sin olvidar desde el punto de vista biomédico, los factores genéticos, hormonales relacionados al ciclo reproductivo, hormonas gonadales (estrógenos), la fase lútea del ciclo menstrual, así como el nivel de cortisol, que aunque no se contemplaron en este estudio no deja de ser considerada, la influencia que ejerce en la depresión postparto; además de aspectos anatómicos y fisiológicos asociados, y así canalizar de manera oportuna a las pacientes estableciendo redes de apoyo que contribuyan para prevenir la depresión.

### 13. RECOMENDACIONES

Debido a que en la actualidad se tiene de esta entidad poco conocimiento a pesar de ser un padecimiento en el cual interviene varios factores de tipo biológico, psicológico y social, una de las maneras de poder abordar este problema para que su incidencia disminuyera sería importante:

1. Realizar un estudio comparativo entre pacientes no depresivas y pacientes depresivas para determinar las diferencias en los factores que cada una presenta y de esta manera, utilizar aquellos que nos permitan identificar de forma oportuna a las depresivas.
2. Creación de grupos de apoyo, familiar y de pareja.
3. Elaborar talleres ó lugares de esparcimiento a mujeres embarazadas para lograr una expresión libre de sus inquietudes, dudas y sensaciones experimentadas de cada una de ellas para así conocer en un momento dado lo que concierne a su embarazo.
4. Elaborar test de identificación de depresión y depresión como la Escala de Edimburgo.
5. Implementar programas educativos y de seguridad enfocados a mujeres en las que se sospeche con factores de riesgo para desarrollar depresión post parto.
6. Creación de unidades especiales de atención médica y psicológica a mujeres en las que se identifique con depresión, y con depresión post parto

## 14. BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Alberdi Sudupe J, Taboada O, Castro Dono C, Vázquez Ventosos C; Depresión, Guías clínicas 2006, 6 (11): 1
- 2.- López Ibor A, J.J, Valdés M, DSM-IV TR; Manual diagnóstico de los trastornos mentales, Barcelona Masson ISBN 978- 84- 458-1087-3
- 3.- Medina Mora M.E, Borges G, Lara Muñoz C, et al Prevalencia de los trastornos mentales y uso de los servicios: Resultado de la Encuesta nacional de enfermedades Psiquiátricas en México, salud mental, agosto 2003, 26 (4) 2-17
- 4.-- Espíndola JG, Mota C, Morales F, Díaz E. Calibración del punto de corte para la escala de depresión perinatal de Edinburgh, en pacientes obstétricas del Instituto Nacional de Perinatología, Art Original, Perinatol Reprod Hum. 2004, 18(3): 180- 182
- 5.- Carro García T, Sierra Manzano JM, Hernández Gómez M Trastornos del estado de ánimo en el postparto. Rev. Medicina General. 452-4
- 6.- Benjet C, Borges G, Medina Mora M.E et al. La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. Art. Original, Salud Pública Méx. 2004; 46(5):417-424
- 7.- Castañeda Aguilar E, Garcia de Alba J.E, Depresión en el personal sanitario femenino y el análisis de los factores de riesgo socio demográficos y laborales, Rev Colombia Psiquiat 2011 40 (3) 420-432
- 8.- Flores R.M, Los trastornos mentales relacionados a la edad reproductiva de la mujer, una nueva propuesta en el campo de la Salud mental, Gaceta Médica de México 2011 147: 33-7
- 9.- Bliu Bugental D, Beaulieu D, et al, Hormonal sensitivity of preterm versus full-term Infants to the effects of maternal Depression; Infant Behov Dev. January 2008, 31 (1): 51-61
- 10.- Arbat A e Danés I. Depresión Postparto; Depresión Fundación Instituto Catalá de Farmacología, Servicio de farmacología Clínica, Med. Clin. (Barc) 2003; 121 (17): 673-5

- 11-** Evans M G, Vicuña M.M, Marín R. Depresión Postparto realidad en el sistema público de atención de Salud; Revista. Chilena Obstetricia Ginecología 2003; 68(6): 491-494
- 12-** Moreno Zaconeta A, Domínguez Casulari da Motta L, Franca P S, Depresión post parto: Prevalencia de test de rastreo positivo en puérperas del Hospital Universitario de Brasilia Brasil, Rev. Chil. Obstet Ginecol. 2004. 69 (3): 209-213
- 13.-** Romero Gutiérrez G, Dueñas de la Rosa EM, Regalado Cedillo CA, Ponce de León AL; Prevalencia de tristeza materna y sus factores asociados; Ginecol Obstet. Mex .2010 78 (1): 53-57
- 14.-** M Olga. Jaime. N, Solís V. Zarate M, Linetzky J. Depresión postparto con Relación a la edad, cantidad de hijos y estado civil. Acta Científica Estudiantil Córdoba Argentina 2006; 4(3): 137-145
- 15.-** Soriano Pacheco A, Baldero Martínez A. Familia de origen y Familia creada en la Historia de la Depresión. Redes. Junio 2002, (9): 73-87
- 16.-** Ceballos Martínez I. Sandoval Jurado L, Jaimes- Mundo Et all. Depresión durante el Embarazo Epidemiología en mujeres Mexicanas I; Practica clínica quirúrgica, Rev Med Inst Mex Seg Soc 2010 48 (1): 71-7
- 17.-** <http://www.conapo.gob.mx/en/CONAPO/Nacional>
- 18.-** Diccionario Manual de la Lengua Española Vox. © 2007 Larousse Editorial, S.L.
- 19.-** Diccionario Enciclopédico Vox 1. © 2009 Larousse Editorial, S.L.
- 20.-** García-Pelayo R y Gross. Diccionario enciclopédico ilustrado. 5ª ed.(1): 248,290, 322.
- 21.-** Arranz Lara L.C, Aguirre Rivera W, Ruiz Ornelas J, Gaviño Ambríz S, Cerón J.F, Carsi Bocanegra E, Camacho Díaz M, Ochoa Madrigal M.G; Enfoque multidisciplinario en la depresión postparto; Ginecol Obstet Mex 2008; 76 (6): 341-8.
- 22.-** J.L. Cox, J.M Holden R.Sagovsky; Escala de Depresión de Post parto de Edimburgh, British Journal of Psychiatry, junio 1987, 150:1/07.

- 23.-** Urdaneta MJ, Rivera SA, García IJ, Guerra VM, Baabel ZN, Contreras BA; Factores de riesgo de depresión Post parto en puérperas venezolanas valoradas por medio de la Escala de Edimburgo, Rev Chil. Obstet Ginecol 2011, 76 (2): 102-112
- 24.-** Dossett E.C Perinatal Depression Obstet Gynecol Clin N Am 2008 (35): 419-434
- 25.-** Silva R, Jansen K Souza L Quevedo L. Barbosa L, Moraes I. Sociodemographic risk factors of perinatal depression: a cohort study in the public health care system, et all Rev Bras Psyquiat 2012 Jun 34 (2): 148-8.
- 26.-** Carrascon A, García S, Ceña B, Fornés M, Fuentelsaz C; Detección precoz de la depresión durante el embarazo y el post parto Matronas Prof 2006 7 (4): 5-11
- 27.-** Rojas CG, Fritsh MR, Solis GJ González AM, Guajardo T.V, Araya B.R, Calidad de vida de mujeres deprimidas en el postparto; Rev Med Chile 2006 6 (134): 713- 720
- 28.-** Cosme Alvarado E, Sifuentes Alvarez S. et all prevalencia de depresión postnatal en mujeres atendidas en hospitales públicos de Durango México; Gaceta Med México 2010 146 (1): 1-9

## 15. ANEXO 1

### **CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN PROTOCOLO DE INVESTIGACION.**

**Lugar y fecha** \_\_\_\_\_

Por medio del presente documento autorizo de manera voluntaria mi participación en el presente protocolo de investigación titulado: **“FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON DEPRESIÓN POSTPARTO IDENTIFICADOS EN UN PRIMER NIVEL DE ATENCION”**. Registrado ante el Comité Local de Investigación **1406 con el número** el objetivo del estudio es: **“Identificar los factores de riesgo que con mayor frecuencia se relacionan con el desarrollo de depresión postparto, en un primer nivel de atención”**.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: Responder de forma escrita una encuesta de datos personales y Escala de medición previamente diseñada.

El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi beneficio, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento, en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.

El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia de mi representado (a) en el mismo.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de tutor o representante legal ó pareja

\_\_\_\_\_  
Nombre, firma y matrícula del investigador responsable

1 \_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_

Testigos

CI2810- 009-01

## 16. ANEXO 2

### ESCALA DE EDINBURGO

Como usted hace poco tuvo un bebé, nos gustaría saber cómo se ha estado sintiendo. Por favor **SUBRAYE** la respuesta que más se acerca a como se ha sentido en los últimos 7 días.

Por favor haga un círculo alrededor de la respuesta que más se acerca a como se ha sentido en los últimos 7 días.

**En los últimos 7 días:**

- |   |   |
|---|---|
| <p><b>1. He podido reír y ver el lado bueno de las cosas:</b><br/>0 Tanto como siempre<br/>1 No tanto ahora<br/>2 Mucho menos</p> <p><b>2. He mirado al futuro con placer:</b><br/>0 Tanto como siempre<br/>1 Algo menos de lo que solía hacer<br/>2 Definitivamente menos<br/>3 No, nada<br/>4 No, no he podido</p> <p><b>3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas marchaban mal:</b><br/>0 Sí, casi siempre<br/>1 Sí, algunas veces<br/>2 No muy a menudo<br/>3 No, nunca</p> <p><b>4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo:</b><br/>0 No, nada<br/>1 Casi nada<br/>2 Sí, a veces<br/>3 Sí, a menudo</p> <p><b>5. ¿He sentido miedo ó he estado asustadiza sin tener motivo?</b><br/>0 Si bastante<br/>1 Si, a veces<br/>2 No, no mucho<br/>3 No, nunca</p> | <p><b>6. Las cosas me han abrumado:</b><br/>0 Si la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto<br/>1 Si, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre.<br/>2 No, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien.<br/>3 No, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre.</p> <p><b>7. Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir:</b><br/>0 Si la mayor parte del tiempo<br/>1 Si, a veces<br/>2 No con mucha frecuencia<br/>3 no, nunca</p> <p><b>8. Me he sentido triste o desgraciada</b><br/>0 Sí, casi siempre<br/>1 Sí, bastante a menudo<br/>2 No muy a menudo<br/>3 No, nada</p> <p><b>9. He estado tan infeliz que he estado llorando:</b><br/>0 Sí, casi siempre<br/>1 Sí, bastante a menudo<br/>2 Sólo ocasionalmente<br/>3 No, nunca</p> <p><b>10. He pensado en hacerme daño a mí misma:</b><br/>0 Sí, bastante a menudo<br/>1 Sí, a menudo<br/>2 Casi nunca<br/>3 No, nunca</p> |
|---|---|

## 17. ANEXO 3

No de Encuesta \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Consultorio No \_\_\_\_\_

La siguiente encuesta es con el propósito de identificar los principales factores de riesgo para presentar depresión post parto con la finalidad de mejorar la calidad de atención de las pacientes con factores de riesgo y así poder generar redes de apoyo social y familiar.

### FICHA DE IDENTIFICACION:

1. Nombre: \_\_\_\_\_ 2. Edad: \_\_\_\_\_  
3. Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_  
4. Lugar de residencia: \_\_\_\_\_  
5. Estado civil: \_\_\_\_\_ 6. Escolaridad: \_\_\_\_\_  
7. Religión: \_\_\_\_\_ 8. Ocupación: \_\_\_\_\_  
9. Domicilio: \_\_\_\_\_

### 10. ¿Practica algún deporte?

- a) Si \_\_\_\_\_ Diga usted cuál? \_\_\_\_\_  
b) No \_\_\_\_\_

### 11. La casa donde habita es:

- a) Propia b) Rentada c) De familiar o amistad d) Otra

### 12. La casa cuenta con los servicios intra y extra-domiciliarios agua potable, luz eléctrica, drenaje, pavimento, alumbrado público, ventilación

- a) Con todos los servicios b) Solo con 3 servicios (agua, drenaje, luz)  
c) Solo con 2 servicios (agua, luz) d) Sin ningún servicio

### 13. Con quien vive usted?

- a) Sola b) Familiares c) Pareja d) Hijos

### 14. ¿De quien depende usted económicamente?

- a) Independiente b) De la familia de origen c) De la pareja d) Otros

### 15. ¿Como considera su relación con su familia?

- a) Excelente b) Buena c) Mala

### 16. ¿Con quién de sus familiares se siente mejor identificada?

- a) Padres b) hermanos c) pareja d) Ninguno

### 17. ¿Ha sentido satisfacción personal con lo que ha sido su vida?

- a) Siempre b) A veces c) Nunca

**18. Usted se considera que es una persona**

- a) Agradable b) Explosivo c) Indiferente d) Cambiante

**19. Considero que mi carácter con respecto a los demás es:**

- a) Sincero b) Llevadero c) Difícil

**En cuanto a sus antecedentes de embarazos conteste las siguientes preguntas:**

**20. ¿Cuántas veces se ha embarazado usted?** \_\_\_\_\_

**21. ¿Sus embarazos han sido deseados y/o planeados?** \_\_\_\_\_

**22. El nacimiento de sus hijos fue por:**

- a) Parto b) Cesárea c) Aborto

**23. ¿Existió algún tipo de complicación en sus embarazos?**

a) Si \_\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_

b) No \_\_\_\_\_

## 18. ANEXO 4

### Cronograma de actividades

Actividades	Año 2011												Año 2012										
	Ene.	Feb.	Mar	Abr.	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct.	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oc	
Delimitación del tema	XX	XX	XX																				
Revisión y selección bibliográfica.		XX	XX	XX																			
Elaboración del protocolo					XX	XX	XX																
Planeación operativa							XX	XX	XX														
Recolección de la información										XX	XX	XX	XX										
Análisis de resultados													XX	XX	XX	XX	XX						
Redacción de manuscrito																			XX	XX	XX		
Publicación																					XX	XX	