



**Universidad Nacional Autónoma de México**

**Facultad de Medicina**

**División de Estudios de Posgrado e Investigación**

Hospital General de Mexico “Dr Eduardo Liceaga”

**TÍTULO:**

“ DETECCIÓN DE DEPRESION EN EL PUERPERIO INMEDIATO MEDIANTE LA  
APLICACIÓN DEL CUSTIONARIO EDIMBURGO EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y  
OBSTETRICIA EN  
EL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO DR EDUARDO LICEAGA”

TESIS QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA  
EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

**PRESENTA:**

**Dr Ulises Medina Toledo**

**Asesor metodológico**  
Dr. Antonio Guerrero Hernández



México, D. F. 30. JUNIO. 2015



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

<b>CONTENIDO</b>	
<b>AGRADECIMIENTOS</b>	<b>IV</b>
<b>ABREVIATURAS</b>	<b>V</b>
<b>RESUMEN</b>	<b>VI</b>
<b><u>INTRODUCCIÓN</u></b>	<b><u>1</u></b>
<b>MARCO DE REFERENCIA Y ANTECEDENTES</b>	<b>1</b>
<b>JUSTIFICACIÓN</b>	<b>4</b>
<b>OBJETIVOS</b>	<b>4</b>
<b>OBJETIVO GENERAL</b>	<b>4</b>
<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>	<b>5</b>
<b>HIPÓTESIS</b>	<b>5</b>
<b><u>MATERIAL Y MÉTODOS</u></b>	<b><u>6</u></b>
<b>TIPO DE ESTUDIO</b>	<b>6</b>
<b>POBLACIÓN EN ESTUDIO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA</b>	<b>6</b>
<b>CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN</b>	<b>7</b>
<b>VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN</b>	<b>8</b>
<b>RECOLECCIÓN DE DATOS Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS</b>	<b>¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.</b>
<b>IMPLICACIONES ÉTICAS DEL ESTUDIO</b>	<b>11</b>
<b><u>RESULTADOS</u></b>	<b><u>14</u></b>
<b><u>DISCUSIÓN</u></b>	<b><u>16</u></b>
<b><u>CONCLUSIONES</u></b>	<b><u>17</u></b>
<b><u>REFERENCIAS</u></b>	<b><u>18</u></b>
<b><u>ANEXOS</u></b>	<b><u>21</u></b>
<b>I. CONSENTIMIENTO INFORMADO</b>	<b>21</b>
<b>II.... OTROS ANEXOS</b>	<b>.</b>

## LISTA DE TABLAS

*Tabla 1 Poner título a todas las tablas.*

## ***LISTA DE FIGURAS***

*Figura 1 Poner título a todas las figuras.*

## ***AGRADECIMIENTOS***

A Dios por brindarme la dicha de vivir y cumplir todos mis sueños hasta el día de hoy, gracias Dios sin tu voluntad esto no podría ser posible en ti confío. A mis padres Acasio y Vilma que nunca me han soltado de la mano desde que nací y que siempre han luchado a mi lado apoyándome en todo lo que decido. A toda mi familia que sin duda creyeron en mí desde siempre. Un agradecimiento muy especial a Rosy que es mi esposa, compañera, amiga, confidente y que lo es todo para mí, sin duda muy importante en mi formación como profesional y persona muchas gracias.

A la Dra Rocio Guerrero y Dr Antonio Guerrero que me brindaron la oportunidad de estar en el mejor hospital de México, gracias por su infinito apoyo en todo momento.

A mis maestros que sin duda les debo mi formación, se les agradece todo regaños, llamadas de atención, felicitaciones y palabras de apoyo muchas gracias.

A mis compañeros y amigos del hospital y en especial a mi guardia "B" con la que sin duda vivimos mucho en estos años.

## ***ABREVIATURAS***

[Es importante revisar que no falte ninguna de las abreviaturas que no sean universales]

## **RESUMEN**

A nivel mundial existen datos de depresión postparto que varían entre 75- 80%. En las investigaciones realizadas a nivel nacional se encuentran datos que sugieren una prevalencia entre 36 a 42%; a nivel regional no se cuenta con estudios que indiquen la prevalencia de dicha patología, por este motivo que se realiza la investigación de tipo descriptivo: “Depresión en el posparto”, utilizando una muestra de 200 pacientes entre las edades de 15 a 45 años ingresadas en el servicio de ginecología y obstétrica del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” que cursaban con puerperio inmediato.

Utilizando como instrumentos: La Escala de depresión posnatal de Edimburgo y una boleta de recolección de datos, se obtienen los siguientes resultados:

Se encontraron a 200 pacientes donde 68 pacientes presentaron depresión postparto el cual equivale al 34% de la muestra.

De estas 68 pacientes el 54% equivale al grupo de edad que comprende de 15-20 años siendo en total 32 pacientes.

Otros grupos de 21-25 años y 26-30 años equivalen al 12% respectivamente.

Si bien esto nos da un panorama de la incidencia de depresión postparto en el servicio del ginecología y obstetricia del hospital general de México “Dr Eduardo Liceaga” nos indica que cursar puerperio inmediato a menor edad incrementa el riesgo de presentar depresión postparto.

## INTRODUCCIÓN

### ***Marco de referencia y antecedentes***

La depresión posparto consiste en el desarrollo de un conjunto de síntomas, en la madre, posteriores al nacimiento de su hijo. A veces esta depresión puede tener una fácil explicación, bien porque el hijo no ha sido deseado o porque es anormal. Estas mujeres experimentan una de las complicaciones más frecuentes del parto, la depresión posparto, un trastorno que en la actualidad sufren en silencio un gran número de mujeres . Los trastornos del estado de ánimo que pueden encontrarse tras el parto se clasifican en: Depresión posparto leve o “maternity blues”: síndrome leve y transitorio que se presenta del 2o al 4o día del parto y desaparece sin secuelas de forma espontánea en un plazo de no más de 10 días o dos semanas. La depresión mayor posparto: se inicia entre la 2a a 8a semanas tras el parto, y en ocasiones incluso seis meses más tarde con fuertes sentimientos de culpa, incapacidad para hacerse cargo de su hijo y de ambivalencia afectiva hacia el mismo. Psicosis Posparto: Enfermedad aguda y grave, se caracteriza por depresión, ideas delirantes y pensamientos de dañar al lactante o a ella misma .

La depresión es uno de los trastornos mentales más frecuentes en la patología psiquiátrica a nivel mundial, además de ser también una de las más importantes causas de incapacidad y de alta probabilidad de generar el suicidio . La depresión posparto tiene una frecuencia a nivel mundial del 8 al 25% 6,11,12 en México el Instituto Nacional de Perinatología (INP), reportó en el año 2001 una prevalencia del 21.7% de depresión posparto.

### ***ANTECEDENTES.***

La depresión es uno de los trastornos mentales más frecuentes en la patología psiquiátrica a nivel mundial, además de ser también una de las más importantes causas de incapacidad y de alta probabilidad de generar el suicidio . La depresión posparto tiene una frecuencia a nivel mundial del 8 al 25% en México el Instituto Nacional de Perinatología (INP), reportó en el año 2001 una prevalencia del 21.7% de depresión posparto . En clínicas de primer nivel de atención no se tienen datos estadísticos de dicha patología , lo que provoca que la detección de este trastorno sea difícil y que su incidencia se encuentre subestimada y que muchas de estas pacientes pasen desapercibidas.

Dificulta aún más el diagnóstico el hecho de que el periodo posparto está asociado a cambios psicológicos y complicaciones somáticas que puedan ocultar el cuadro depresivo. El INP ha realizado estudios para detectar la prevalencia de depresión en mujeres embarazadas y en el posparto; no obstante en las clínicas del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) como son las clínicas de Medicina Familiar “Dr. Ignacio Chávez” y



“Tlalnepantla”, donde se brinda atención primaria, no existen registros de depresión posparto.

El diagnóstico de depresión posparto no se realiza o pasa desapercibido por parte del médico familiar, aún cuando existen herramientas útiles que pueden ser aplicadas por parte del personal de salud para identificar a las pacientes que presenten ciertas características que orienten al diagnóstico de una posible depresión posparto y así evitar problemas a futuro en la madre y el hijo .

Entre los métodos auxiliares para un adecuado diagnóstico, además de la entrevista clínica se han aplicado escalas psicológicas de distintos tipos, una de las más utilizadas para la detección de síntomas depresivos en el posparto es la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo (Edinburgh Posnatal Depresión Scale) diseñada por Cox en 1987 , siendo traducida a múltiples idiomas, ha probado ser eficaz en diferentes países.

## **MARCO TEÓRICO**

### **DEFINICIÓN.-**

La depresión es un trastorno del humor y del estado de ánimo que se manifiesta a partir de una serie de síntomas que incluyen cambios bruscos del humor, irritabilidad, falta de entusiasmo y una sensación de congoja o angustia, trascendiendo a lo que se considera como normal. Puede implicar la pérdida de interés en actividades hasta entonces queridas, así como cambios cognitivos.

La depresión se define operacionalmente como una alteración patológica del estado de ánimo, caracterizada por un descenso del humor que termina en tristeza, acompañado de diversos síntomas y signos que persisten por a lo menos 2 semanas. Con frecuencia tiende a manifestarse en cualquier etapa del ciclo vital y con varios episodios adquiriendo un curso recurrente, con tendencia a la recuperación entre episodios.

En todas las edades, las características prominentes de los trastornos depresivos incluyen depresión o irritabilidad, cambios concomitantes en el sueño, el interés en las actividades, sentimientos de culpa, pérdida de energía, problemas de concentración, cambios en el apetito, el procesamiento psicomotor (retraso o agitación), e ideación suicida. Por esas razones, la depresión es la principal causa de discapacidad en el mundo.

Una revisión sistemática respecto de las prevalencias e incidencias de depresión durante el embarazo y el posparto, encontró que, en países desarrollados, la prevalencia puntual, combinando las estimaciones, fluctuó entre 6,5% a 12,9% en los diferentes trimestres del embarazo y los meses del primer año puerperio. La prevalencia combinada muestra que hasta un 19,2% de las mujeres tienen un episodio depresivo mayor durante los primeros 3 meses después del parto.

En relación con la sintomatología depresiva asociada al puerperio, se encontró que la prevalencia es mayor en el socioeconómico bajo (41,3%) que en el nivel socioeconómico alto (27,7%).

La depresión está clasificada como un trastorno afectivo, lo que implica cambios en el humor, sugiriendo que los efectos de la depresión están circunscritos al funcionamiento emocional. Sin embargo el impacto de la depresión es mucho más profundo, afectando prácticamente todos los aspectos de la vida de la persona deprimida, tales como las relaciones interpersonales, el funcionamiento conductual y el funcionamiento cognitivo. Es entonces comprensible porque la depresión causa una discapacidad laboral significativa. La naturaleza de la depresión, que no es físicamente medible, sino que depende del auto reporté o de la inferencia que se haga de la conducta de la persona deprimida, contribuye a la falta de comprensión y al estigma, dilatando o impidiendo la adecuada detección y manejo.

En las mujeres, la depresión tiende a aparecer en una edad más temprana, se presenta con una mayor frecuencia de episodios, con un mayor número de síntomas y con tasas mucho mayores de depresión atípica. En un análisis estadístico multivariable se encontró que la edad temprana de aparición, el exceso de autocrítica y la disminución de la libido, son los mejores predictores de depresión mayor en mujeres. Un número elevado de síntomas atípicos en las mujeres podría estar reflejando una diferencia fisiopatológica en la depresión de hombres y mujeres .

Los problemas y trastornos mentales en las mujeres se pueden desarrollar como consecuencia de problemas de salud reproductiva, entre los cuales están: la falta de elección en las decisiones reproductivas, embarazos no deseados, las infecciones de transmisión sexual, la infertilidad y complicaciones del embarazo, como abortos espontáneos, parto prematuro. Además, el nivel de salud mental está estrechamente relacionado con la morbilidad materna .

La salud mental depende además de las condiciones sociales. Las mujeres están en mayor riesgo de problemas de salud por tener una mayor carga de trabajo no remunerado, por lo general relacionado con el cuidado de sus hijos y las tareas del hogar; tienen más probabilidades de tener un menor nivel **socioeconómico, están más**

expuestas a ser víctimas de la violencia y tienen menor acceso a factores protectores, como participación en la educación, el empleo remunerado y la toma de decisiones políticas.

Las madres adolescentes tienen un mayor riesgo de morbi-mortalidad obstétrica, más probabilidad de deserción escolar, inactividad laboral y dependencia económica y de establecer vínculos de apego inseguros con sus hijos, por lo tanto, los hijos de madres adolescentes estarían más expuestos a la morbimortalidad perinatal y neonatal, prematurez y bajo peso al nacer, y negligencia parental .

Los sistemas de salud, la comunidad y el entorno social, deben dar prioridad a los problemas y trastornos mentales de las mujeres y las familias. Los aspectos de salud mental de la salud reproductiva son fundamentales para lograr el

Desarrollo del Milenio en reducción de la pobreza, tanto en el Objetivo Desarrollo del Milenio (ODM) No 3 sobre igualdad de género, como en el ODM No 4 sobre reducción de la mortalidad materna e infantil.

### ***Justificación***

La Organización Mundial de la Salud (OMS) indicó que la depresión se convertirá para el año 2020 en la segunda causa de incapacidad en el mundo, detrás de las enfermedades isquémicas (infartos, insuficiencia coronaria, accidente cerebro vascular) mientras que en el año 2000 ocupaba el cuarto lugar. De ahí que desde los distintos estamentos sanitarios se esté potenciando la investigación para intentar atajar este trastorno mental, cuyo índice de prevalencia, lejos de disminuir, amenaza con incrementarse a medida que transcurra el siglo XXI.

Durante el embarazo y el puerperio surgen una serie de cambios bioquímicos, psicológicos y sociales que ocasionan una mayor vulnerabilidad para el padecimiento de trastornos en la esfera psíquica de la mujer, lo que ocasiona la aparición de desórdenes psicológicos destacando entre los más importantes la depresión posparto leve y la depresión posparto sin psicosis.

La depresión posparto es un importante trastorno de la salud mental en la mujer, con una prevalencia tres veces más alta en los países en vías de desarrollo respecto a los países desarrollados, probablemente por la asociación de todos los factores predisponentes.

Como se evidencia en estadísticas nacionales, un gran porcentaje de mujeres mexicanas se encuentran expuestas a los factores sociales que provocan la depresión posparto, por lo que se vuelve importante la realización de un estudio que pueda ser utilizado para detectar a las pacientes que se encuentren en riesgo

de presentar esta patología y a la vez medir su prevalencia en la región; con el propósito de que se obtenga una base de datos que ratifique la presencia de la misma y a la vez reciba la importancia debida para que se inicien proyectos, con el fin brindar plan educacional oportuno sobre esta patología durante el control prenatal y se detecten pacientes en riesgo, para facilitar tratamiento oportuno y evitar su evolución a estadíos severos de depresión.

### ***Objetivos***

#### **Objetivo General**

Determinar la incidencia de depresión posparto en las mujeres que cursan con el puerperio inmediato en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital General de Mexico "Dr Eduardo Liceaga" mediante la aplicación de La Escala de

Depresión posnatal de Edimburgo durante el período comprendido entre enero abril del 2015.

### **Objetivos Específicos**

Describir las principales características sociales presentes en el posparto asociadas al riesgo de desarrollar depresión.

### ***Hipótesis***

H1: En paciente con el diagnóstico de puerperio inmediato que presentan depresión postparto presentarán mayor riesgo de morbilidad y mortalidad materna.

H0: En pacientes con depresión posnatal presentarán mayor riesgo de morbilidad y mortalidad materna.

## MATERIAL Y MÉTODOS

### ***Tipo de estudio***

Prospectivo y transversal. Conocer la incidencia de depresión posnatal en el servicio de ginecología y obstétrica del hospital general de México “Dr. Eduardo Liceaga”

### ***Población en estudio y tamaño de la muestra***

Pacientes con diagnóstico puerperio inmediato secundarios a aborto, parto vaginal y parto cesarea de 15-45 años que fueron atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital General de México Dr Eduardo Liceaga.

Durante el Período de noviembre a mayo del año 2015.

Se aplicará el instrumento al 10% de la población estimada.

- Tamaño de la muestra:

$$n = \frac{z^2 pq N}{(N-1)e^2 + z^2 pq}$$

n= tamaño de muestra requerido

N= tamaño de la población = 1000

### **PENDIENTE**

Z<sup>2</sup>=nivel de fiabilidad al 95% (estándar 1.96)

p= proporción o prevalencia de 37%

q=1-p

e= margen de error (estándar 0.05)

$$n = \frac{(3.84) (0.19) (0.81) (1000)}{\dots}$$

$$(1000-1)(0.0025) + (3.84) (0.19) (0.81)$$

$$= \frac{509.97}{2.49 + 0.59} = 191.87 \text{ (Valor de } e=0.05)$$

### ***Criterios de inclusión, exclusión y eliminación***

#### **a) CRITERIOS DE SELECCIÓN**

##### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN.**

- Paciente sanas con diagnóstico de puerperio inmediato de aborto, parto vía vaginal y parto cesárea 15-40 años con atención en el servicio de ginecología y obstetricia en el Hospital General de México.
- Pacientes sanas que cursen con diagnóstico de puerperio inmediato 15 – 40 años que sepan leer y escribir y que acepten firmar la carta de consentimiento informado.

##### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Pacientes que cursen con edad menor de 15 años de edad.
- Paciente que cursen con edad mayor de 40 años de edad.
- Paciente que no sepan leer
- Pacientes que no sepan escribir.
- Pacientes sin comorbilidades

## CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.

- Pacientes que no llenen en su totalidad la encuesta de detección de depresión de Edimburgo.

### *Variables y escalas de medición*

<b>Variables</b>	
Independientes	Dependientes
<ul style="list-style-type: none"><li>• Sexo</li><li>• Edad</li><li>• Escolaridad</li><li>• Ocupación</li><li>• Estado civil</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Grado de Depresión postparto.</li></ul>

### **Escalas de medición**

La Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgh se creó para asistir a los profesionales de la atención primaria de salud en la detección de las madres que padecen de depresión de post-parto; una afección alarmante más prolongada que la “Melancolía de la Maternidad” (lo cual ocurre durante la primera semana después del parto) pero que es menos grave que la psicosis del puerperio. Estudios previos demostraron que la depresión de post-parto afecta por lo menos a un 10% de las mujeres y que muchas de las madres deprimidas se quedan sin tratamiento. Estas madres logran sobrellevar la carga de su bebé y las tareas de la casa, pero su placer por la vida se ve gravemente afectado y puede que toda la familia sufra consecuencias a largo plazo. La EPDS se creó en centros de salud en Livingston y Edinburgh. Consiste de diez cortas declaraciones. La madre escoge cuál 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 madres 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 de diferentes niveles de gravedad. No obstante, no se le debe dar más importancia a los resultados de la EPDS que al juicio clínico. Se debe realizar una evaluación clínica prudente para confirmar el diagnóstico. La escala indica la manera en que la madre se sintió durante la semana anterior y en casos dudosos, podría ser útil repetirla después de 2 semanas. La escala no

detecta las madres con neurosis de ansiedad, fobias o trastornos de la personalidad.

Instrucciones de uso:

1. Se le pide a la madre que escoja la respuesta que más se asemeje a la manera en que se sintió en los 7 días anteriores.
2. Tienen que responder las diez preguntas.
3. Se debe tener cuidado y evitar la posibilidad de que la madre hable sobre sus respuestas con

otras personas.

4. La madre debe responder la escala ella misma, a no ser que sus conocimientos del inglés

sean limitados o que tenga problemas para leer.

5. La EPDS se puede usar entre las 6 y 8 semanas para evaluar a las mujeres en la etapa de

post-parto. La clínica de pediatría, la cita de control de post-parto o una visita al hogar pueden ser oportunidades convenientes para realizarla.

Pautas para la evaluación:

A las categorías de las respuestas se les dan puntos de 0, 1, 2 y 3 según el aumento de la gravedad del síntoma. Los puntos para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 se anotan en orden inverso (por ejemplo, 3, 2, 1, 0)

Se suman todos los puntos para dar la puntuación total. Una puntuación de 10+ muestra la probabilidad de una depresión, pero no su gravedad. Cualquier número que se escoja que no sea el "0" para la pregunta número 10, significa que es necesario hacer evaluaciones adicionales inmediatamente. La puntuación de la EPDS está diseñada para asistir al juicio clínico, no para reemplazarlo. Se les harán evaluaciones adicionales a las mujeres antes de decidir el tipo de tratamiento.

Los usuarios pueden reproducir esta escala sin necesidad de obtener permisos adicionales siempre y cuando respeten los derechos de autor y citen los nombres de los autores, el título y la fuente del artículo en todas las copias que reproduzcan.



Tabla 1. Escala de depresión de Edimburgo para embarazo y posparto<sup>®</sup>.

Como usted está embarazada o hace poco tuvo un bebé, nos gustaría saber cómo se ha estado sintiendo.

Por favor marque con una X el casillero con la respuesta que más se acerca a cómo se ha sentido en los últimos 7 días

1. He sido capaz de reírme y ver el lado positivo de las cosas.	a) Tanto como siempre. b) No tanto ahora. c) Mucho menos ahora. d) No, nada.
2. He disfrutado mirar hacia delante.	a) Tanto como siempre. b) Menos que antes. c) Mucho menos que antes. d) Casi nada.
3. Cuando las cosas han salido mal me he culpado a mí innecesariamente.	a) No, nunca. b) No con mucha frecuencia. c) Sí, a veces. d) Sí, la mayor parte del tiempo.
4. He estado nerviosa o inquieta sin motivo.	a) No, nunca. b) Casi nunca. c) Sí, a veces. d) Sí, con mucha frecuencia.
5. He sentido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo.	a) No, nunca. b) No, no mucho. c) Sí, a veces. d) Sí, bastante.
6. Las cosas me han estado abrumando.	a) No, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre. b) No, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien. c) Sí, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre. d) Sí, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto.
7. Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir.	a) No, nunca. b) No con mucha frecuencia. c) Sí, a veces. d) Sí, la mayor parte del tiempo.
8. Me he sentido triste o desgraciada.	a) No, nunca. b) No con mucha frecuencia. c) Sí, a veces. d) Sí, la mayor parte del tiempo.
9. Me he sentido tan desdichada que he estado llorando.	a) No, nunca. b) Sólo ocasionalmente. c) Sí, bastante a menudo. d) Sí, la mayor parte del tiempo.
10. Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño.	a) Nunca. b) Casi nunca. c) A veces. d) Sí, bastante a menudo.

A las respuestas se les asigna un puntaje de 0, 1, 2 y 3 según la letra marcada:  
a) 0 punto      b) 1 punto      c) 2 puntos      d) 3 puntos

El puntaje total se calcula sumando los puntajes para cada uno de los 10 ítems.

## **Recolección de datos y análisis de los resultados**

Se encuestaron pacientes quienes cursaban con su puerperio inmediato en el periodo que comprendió de noviembre 2014 a mayo del 2015 que contaban con los criterios de inclusión y que acudieron a atención obstétrica en el Hospital General de México "Dr Eduardo Liceaga"

Se les pregunto si aceptaban participar en el trabajo de investigación de tesis.

Al firmar dicho consentimiento, se inicia la aplicación de la escala de depresión postparto edimburgo que identificaba a las pacientes de riesgo.

Una vez que se aplican estas escalas se califican de acuerdo a la evaluación previamente comentada.

Se ordeno de acuerdo a resultados de las encuestas en pacientes con riesgos y sin riesgos del total de las pacientes encuestadas.

Una vez obtenido el resultado se se calculo la incidencia de depresión postparto en el servicio de ginecología y obstetricia del hospital general de mexico "Dr Eduardo liceaga"

## **Análisis**

Se llevó acabo análisis estadístico descriptivo que comprende la estructuración de la base de datos para el estudio, de la incidencia en mujeres con puerperio inmediato con depresión postparto.

El análisis univariado nos permitirá verificar la consistencia de la información capturada. Las variables serán expresadas en porcentaje.

## ***Implicaciones Éticas del Estudio***

De acuerdo al artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, la participación de los pacientes en este estudio conlleva un tipo de riesgo: Con riesgo mayor al mínimo

- Riesgo de la investigación.

Los estudios a los que estarán sujetos las participantes en el trabajo de investigación de tesis, no ponen en peligro la salud de las mujeres con puerperio inmediato reclutadas objeto de estudio de la presente tesis donde solo se tomara en cuenta las encuestas realizadas

En todos los estudios los participantes estarán plenamente consciente y cooperara, por lo que no se utilizará sedación en ninguno de los estudio. Esto respeta el principio de no maleficencia.

A las mujeres con puerperio inmediato que acepten participar de manera voluntaria en el trabajo de tesis, se les dará la opción de conocer o no los resultados, con lo que se cumplen los principios de equidad y autonomía.

A las mujeres con puerperio inmediato participantes se les solicitará consentimiento informado por escrito, se les informara sobre consentimiento de revocación en el momento que decidan salir del mismo.

- Contribuciones y beneficios de la línea de investigación para los participantes y la sociedad en su conjunto.

Las alteraciones en los trastornos afectivos tales como depresión postparto son comunes en las mujeres gestantes en las últimas décadas. La etiología y fisiopatología de la enfermedad no se han logrado establecer de manera precisa. El objetivo de la presente tesis es conocer la incidencia de depresión postparto en el servicio de ginecología del hospital general “Dr Eduardo Liceaga” y poder tomar conudctas favorables para la paciente en un futuro.

- Confidencialidad

Los resultados serán analizados de manera grupal, no caso por caso, por lo que no se publicarán resultados individuales sino el comportamiento de grupos, y los datos obtenidos serán manejados con claves asignadas a cada paciente para fines de análisis.

- Forma de selección de los participantes.

Mujeres que se encuentren cursando con oueroerio inmediato que cuentan los criterios de inclusión a la línea de investigación, se les invitará a participar en el mismo y se les explicará que en caso de no aceptar que no se modificará el

continuar recibiendo atención por parte de los servicios de obstetricia como de psiquiatría.

Más aun, se hará de su conocimiento en caso de solicitar la paciente o familiar acompañante, la entrega de informe sobre los estudios realizados en el paciente.



el cual equivales a 18%, grupo de 36-40años con 4 pacientes con depresión postparto el cual equivale al 6%, y ninguna paciente en el grupo de 41-45años. Se representado en la figura 2.

Reporte de Encuestas realizadas donde el Universo es 200 Mujeres							
GRUPOS							
ENFERMOS	15-20	21-25	26-30	31-35	36-40	41-45	TOTAL
	36	8	8	12	4	0	68
							100%

ENFERMOS POR GRUPOS

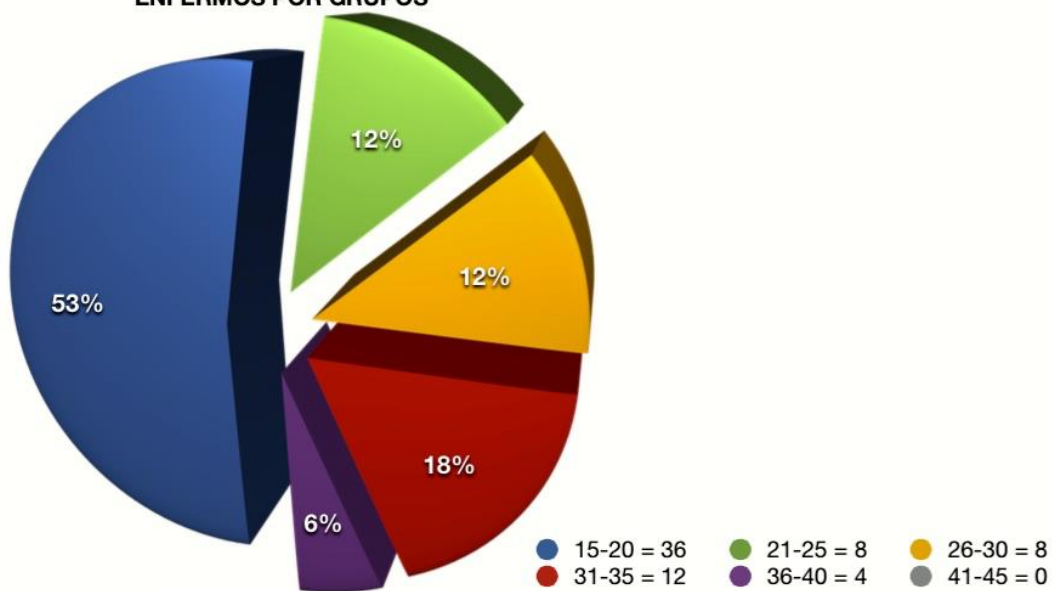


Figura 2

## **DISCUSIÓN**

Tomando en cuenta los resultados obtenidos nos damos cuenta que la incidencia de depresión postparto es mayor de lo esperado en nuestro servicio de ginecología del hospital general de México "Dr. Eduardo Liceaga". Abriendo nuevas posibilidades áreas de estudio sobre el tema.

Los resultados nos indican que hay mayor riesgo de presentar depresión postparto tomando como resultado del 34% de las pacientes de las 200 encuestadas y con mayor riesgo de presentar depresión postparto a menor edad ya que de este 34% el 54% equivale a un grupo de edad de 15-20 años siendo muy elevados la incidencia de depresión postparto.

Abre la posibilidad de estudios que factores predisponen que este grupo de edad de 15-20 años sean los más vulnerables para presentar depresión postparto.

## CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos nos permiten concluir que la incidencia de depresión postparto en el servicio de ginecología y obstetricia del hospital general de México "Dr. Eduardo Liceaga" es mayor comparado con la bibliografía reportada mundialmente.

Siendo del 34% con depresión postparto de un total de 200 pacientes encuestadas.

Que a menor edad mayor riesgo de presentar depresión postparto ya que que equivale al 54% de la muestra obtenida de 68 pacientes con depresión postparto.

Se debe de tomar terapéuticas necesarias y poder añadir en el seguimiento del puerperio una valoración por el servicio de psiquiatría a pacientes con depresión postparto y así poder detectar otros riesgos y poder intervenir a tiempo.



## Referencias

### *BIBLIOGRAFÍA*

1. Alfaro Alfaro Noe, Villaseñor Farías Martha, Valadez Figueroa Isabel, et al. Algunos aspectos históricos de la atención al embarazo. Medigraphic Artemisa artículo de revisión. [En línea] Abril 2006. [Consultado 24.08.2014] Volumen VIII (Número 1): páginas 51-52. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/invsal/isg-2006/isg061h.pdf>
2. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). [En línea] 2013 [Consultado el 24.08.2014]. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2013/madre0.pdf>
3. Benson/Bernol. Diagnóstico de embarazo y cuidados prenatales. Manual de Obstetricia y ginecología 9ª edición. McGraw-Hill Interamericana 1994. 108-154.
4. *Guía de Práctica Clínica (GPC). Detección y tratamiento inicial de las emergencias obstétricas.* [En línea] 2011 [Consultado el 24.08.2014]. Disponible en: [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/442\\_GPC\\_Emergencias\\_obstetricas/GER\\_Emergencias\\_obstxtricas.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/442_GPC_Emergencias_obstetricas/GER_Emergencias_obstxtricas.pdf)
5. Lomuto Celia, Schwarcz Ricardo, Uranga Alfredo, et al. “El cuidado prenatal guía para la práctica del cuidado preconcepcional y del control prenatal”. Ministerio de Salud de la Nación 2001.
6. Guiza- Salazar Ingrid Johana, Mora- Merchan Mayra Alejandra, Moya-Plata Delia.” Ingreso temprano al control prenatal en una unidad materno-infantil”. Cuidarte Revista de Investigación Programa de Enfermería UDES. 21 de septiembre de 2010.
7. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. “Estrategia integral para acelerar la reducción de la mortalidad materna en México”.
8. Martínez, PC. ,Ramos Frausto, VM, Rico Venegas, RM. Control prenatal vs resultado obstétrico perinatal. Revista electrónica bimestral de enfermería. Núm. 27. Julio 2012. Pp. 397-407.

9. Bronfman-Pertzovsky M, López-Moreno S, Magis-Rodríguez C. , Moreno-Altamirano A. "Atención prenatal en el primer nivel de atención: características de los proveedores que influyen en la satisfacción de las usuarias." *Salud Publica Mex* 2003; 45: 445-454.
10. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.
11. Guía de práctica clínica del IMSS. "Control prenatal con enfoque de riesgo." Julio 2009.
12. Carroli G , Khan Neelofur D , Gülmezoglu M , Piaggio G, Villar J. "Patrones de control prenatal de rutina para embarazos de bajo riesgo (Revisión)". *The Cochrane Library* Número 4, 2007
13. Buekens P., Hernandez P., Infante C. "La atención prenatal en America Latina." *Salud Publica. Mex* 1990; 32: 673-684.
14. Aguilar Barradas M.R, Caballero Leal L. A., Guevara Arenas J. Mortalidad perinatal hospitalaria y su relación con la calidad de la atención prenatal. *Revista Médica del IMSS. Vol. 43, núm. 2, marzo-abril 2005.*
15. Hernandez Leyva B., Trejo y Pérez J.A., et al. "Guía clínica para la atención prenatal". *Revista Médica del IMSS. Vol. 41. Supl. 1. 2003*
16. Briones Garduño J.C., Meneses Calderon J. et al., "Control prenatal en el medio rural". *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM. Vol. 51, núm. 5. Septiembre octubre, 2008.*
17. Garza Elizondo M.E., Nuñez rocha G. et al, "Costo de la atención prenatal: Instituto Mexicano del Seguro Social. *Revista Chilena Obstetricia Ginecología. Vol. 72, núm. 5, pp. 298- 303. 2007.*
18. García Peña MC , Martínez González L. , Reyes-Fausto S.. Utilización adecuada de la atención prenatal en el Instituto Mexicano del Seguro Social". *Salud Publica Mex* 1996. Vol. 38. Núm. 5. pp. 341-351.

19. *Beltrán Avendaño M.A. Ortiz Serrano R. "Modelo de atención prenatal de bajo riesgo." MED UNAB. Vol. 8. Núm. 2. Agosto 2005.*
  
20. *Tipiani Oswaldo, Tomatis Cristina. "El Control Prenatal y el desenlace maternoperinatal". Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. Vol.52. No. 4. Octubre-noviembre 2006. Págs. 247-252*

## Anexos

### *I. Consentimiento informado*

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"  
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MÉDICA  
LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005

CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN PARA INGRESO AL PROTOCOLO DE INVESTIGACION DENOMINADO "DETECCION DE DEPRESION EN EL PUERPERIO INMEDIATO MEDIANTE LA APLICACIÓN DEL CUSTIONARIO EDIMBURGO EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA EN EL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO DR EDUARDO LICEAGA"

Nombre de la paciente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Exp.: \_\_\_\_\_ Lugar \_\_\_\_\_ y  
fecha: \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Nombre del esposo, familiar responsable o representante legal: \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ parentesco: \_\_\_\_\_

Por medio de la presente manifiesto que el (la) Dr (a).  
\_\_\_\_\_ del servicio de **Gineco Obstetricia** del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga" me ha informado acerca de la posible inclusión en el protocolo de investigación denominado "Caracterización y evaluación de la función del eje hipotálamo-hipofisiario-suprarrenal (HHS) y las alteraciones neuroendócrinas, inmunológicas genéticas y epigenéticas en mujeres embarazadas", lo cual se me ha explicado ampliamente acerca de los alcances \_\_\_\_\_, riesgos

\_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_ complicaciones \_\_\_\_\_ que podrían ocurrir durante el mismo, entiendo que mi participación es completamente voluntaria, sin que medie ningún tipo de coacción física, moral o psicológica y podría abandonar el protocolo en cualquier momento si así lo decidiera.

He comprendido las explicaciones, que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, el médico realizó todas las observaciones pertinentes y aclaró todas las dudas que he planteado. Mi participación consistirá en contestación de cuestionarios de evaluación y colaboración en las actividades que me recomienden.

Se me informó también que en cualquier momento y sin dar ninguna explicación,  **puedo revocar el consentimiento que ahora otorgo.**

Entiendo y acepto que, por ser un hospital escuela, en algún momento de mi atención, podrá participar personal en formación, siempre bajo supervisión (enfermeras o médicos residentes de la especialidad).

**CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN PARA INGRESO AL PROTOCOLO DE INVESTIGACION DENOMINADO “ DETECCION DE DEPRESION EN EL PUERPERIO INMEDIATO MEDIANTE LA APLICACIÓN DEL CUSTIONARIO EDIMBURGO EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA ENEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO DR EDUARDO LICEAGA”**

_____ Nombre y Firma del paciente	_____ Médico Investigador (Nombre, Cédula Profesional y Firma)
_____ Que se identifica con:	_____ Que se identifica con:
_____ Nombre y Firma del Familiar Responsable	_____ Que se identifica con
_____ Nombre y Firma Testigo	_____ Nombre y Firma Testigo

Nota: Esta Carta se modificará de acuerdo a las Reformas de la Ley, deberá contener todos los datos solicitados, sin excepción y **llenarse un formato para cada paciente incluido en el protocolo** a realizar.

Si tuviera alguna duda o para solicitar información favor de comunicarse con la Dra. Rocío Guerrero Bustos, investigador principal, al teléfono 2789 2000 ext 1080 y /o con la Dra. Estela García Elvira, presidente del comité de ética al teléfono 2789 2000 ext 1330.

Anexos II

Tabla 1. Escala de depresión de Edimburgo para embarazo y posparto<sup>™</sup>.

Como usted está embarazada o hace poco tuvo un bebé, nos gustaría saber cómo se ha estado sintiendo.

Por favor marque con una X el casillero con la respuesta que más se acerca a cómo se ha sentido en los últimos 7 días

1. He sido capaz de reírme y ver el lado positivo de las cosas.	a) Tanto como siempre. b) No tanto ahora. c) Mucho menos ahora. d) No, nada.
2. He disfrutado mirar hacia delante.	a) Tanto como siempre. b) Menos que antes. c) Mucho menos que antes. d) Casi nada.
3. Cuando las cosas han salido mal me he culpado a mí innecesariamente.	a) No, nunca. b) No con mucha frecuencia. c) Sí, a veces. d) Sí, la mayor parte del tiempo.
4. He estado nerviosa o inquieta sin motivo.	a) No, nunca. b) Casi nunca. c) Sí, a veces. d) Sí, con mucha frecuencia.
5. He sentido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo.	a) No, nunca. b) No, no mucho. c) Sí, a veces. d) Sí, bastante.
6. Las cosas me han estado abrumando.	a) No, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre. b) No, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien. c) Sí, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre. d) Sí, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto.
7. Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir.	a) No, nunca. b) No con mucha frecuencia. c) Sí, a veces. d) Sí, la mayor parte del tiempo.
8. Me he sentido triste o desgraciada.	a) No, nunca. b) No con mucha frecuencia. c) Sí, a veces. d) Sí, la mayor parte del tiempo.
9. Me he sentido tan desdichada que he estado llorando.	a) No, nunca. b) Sólo ocasionalmente. c) Sí, bastante a menudo. d) Sí, la mayor parte del tiempo.
10. Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño.	a) Nunca. b) Casi nunca. c) A veces. d) Sí, bastante a menudo.

A las respuestas se les asigna un puntaje de 0, 1, 2 y 3 según la letra marcada:  
a) 0 punto      b) 1 punto      c) 2 puntos      d) 3 puntos

El puntaje total se calcula sumando los puntajes para cada uno de los 10 ítems.