



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
Unidad de Medicina Familiar No. 20 Vallejo**

**FRECUENCIA DE DEPRESION POSTPARTO Y SUS CAUSAS EN
PACIENTES DE 18 A 38 AÑOS EN LA UMF No. 20**

TESIS

**PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA. BRENDA JUDITH MUÑOZ VALERIANO

TUTORA:

DRA. SANTA VEGA MENDOZA

GENERACIÓN 2014-2017

CIUDAD DE MÉXICO 2016





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.

TUTORA:

**DRA. SANTA VEGA MENDOZA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
MAESTRA EN CIENCIAS DE LA EDUCACION
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR UMF 20 IMSS**

Vo. Bo.

**DRA. MARIA DEL CARMEN AGUIRRE GARCIA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
MAESTRA EN TERAPIA FAMILIAR
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR UMF 20 IMSS**

Vo. Bo.

**DR. GILBERTO CRUZ ARTEAGA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UMF 20 IMSS**

AGRADECIMIENTOS

Doy gracias a Dios por haberme permitido llegar a esta etapa de mi vida, y concluir con mucha satisfacción, por haberme llenado de bendiciones, a la Santísima Virgen de Guadalupe que siempre estuvo conmigo.

A mis padres, Jorge y Eva por darme la vida, por los consejos que me llevaré y pondré en práctica, por los ideales de disciplina que forjaron en mí no sería lo que soy hoy, porque siempre están en los momentos de alegría y tristeza brindándome ese apoyo incondicional, y la motivación que cada día siembran en mí para concluir mis metas.

A mi tío Ernesto y Rosita, por abrirme las puertas de su casa, por alentarme a ver hacia adelante y no rendirme, por el apoyo que me han dado desde pequeña, por sus consejos de persistencia, y la motivación para cumplir mis metas, y no rendirme.

A mis hermanos Jorge y Male por estar aportando buenas cosas a mi vida, por los días de felicidad y diversas emociones que siempre me han causado.

A mis tías Graciela y Alicia por esos consejos que me dieron, por el apoyo incondicional, y el calor de la familia Hernández Méndez.

A mis maestros: Dra. Santa, Dra. Carmen, Dr. Gilberto

Les agradezco por el apoyo, orientación y experiencia que me brindaron día con día para culminar mi residencia, por enseñarme la perseverancia para alcanzar la meta forjada, y principios de responsabilidad y puntualidad.

Gracias a mis amigos, por el apoyo que me dieron en cada momento, por verme crecer y adquirir mi madurez, por sus experiencias de vida compartidas y el haber estado para mí en cada momento de felicidad y tristeza, y ese apoyo incondicional que me dieron por todos estos años de mi vida.

Gracias a todas las personas que estuvieron conmigo, porque sin ustedes no hubiera sido posible alcanzar esta meta.

INDICE

Resumen	
1. Introducción	1
2. Marco teórico	2
3. Planteamiento del problema	11
4. Objetivos	12
5. Hipótesis	13
6. Sujetos, material y método	14
7. Resultados	25
8. Discusión	38
9. Conclusiones	41
10. Recomendaciones	42
11. Bibliografía	43
12. Anexos	47

RESUMEN

FRECUENCIA DE DEPRESION POSTPARTO Y SUS CAUSAS EN PACIENTES DE 18 A 38 AÑOS EN LA UMF No. 20

MUÑOZ-VALERIANO BJ¹; VEGA-MENDOZA S².

1. Residente del curso de especialización en Medicina Familiar UMF 20
2. Profesora del Curso de Especialización en Medicina Familiar UMF 20

Introducción: La depresión posparto tiene una repercusión significativa en la salud física y mental de la madre y el hijo; se distingue por falta de responsabilidad, pasividad, alejamiento o evitación. **Objetivo:** Determinar la frecuencia de la depresión posparto y sus causas en pacientes puérperas de 18 a 38 años en la UMF 20. **Material y métodos:** Estudio analítico, en 50 pacientes en puerperio de consulta externa y previo consentimiento informado se aplicó encuesta con datos de identificación, antecedentes ginecoobstetricos, familiares, sociales, psicológicos, escala de Edimburgo y Escala de depresión Postparto. Estadística descriptiva χ^2 . **Resultados:** unión libre 52%(26), educación media superior 38% (n=19), hogar 62% (n=31), nivel socioeconómico medio bajo 48%(24). Eventos críticos propio del embarazo 100%(50), nacimiento del hijo 100% (50), hipoteca/préstamo 36%(18), cambio hábitos del sueño 36%(18). Con grado de depresión leve 30%(15), con grado de depresión moderado 12%(6), y con sintomatología depresiva 56%(n28), red de apoyo esposo 50%(25), Tipología familiar predominante nuclear simple 74%(37). Entre más crisis familiar más aumenta la depresión ($p= 0.05$) **Conclusiones:** La depresión de las pacientes evaluadas la depresión está relacionada con los eventos críticos dentro de la familia y esto hace que los síntomas se acentúen más.

Palabras Claves: depresión posparto, causas.

SUMMARY

FREQUENCY OF POSTPARTUM DEPRESSION AND ITS CAUSES IN PATIENTS OF 18 TO 38 YEARS IN THE UMF No. 20

MUÑOZ-VALERIANO BJ1; VEGA MENDOZA S2.

1. Resident specialization course in Family Medicine UMF 20
2. Professor of the Specialization Course in Family Medicine UMF 20

Introduction: Postpartum depression has a significant impact on physical and mental health of the mother and child; It is distinguished by lack of responsibility, passivity, withdrawal or avoidance. **Objective:** To determine the frequency of postpartum depression and its causes in postpartum patients 18 to 38 years in the FMU 20. **Material and Methods:** An analytical study in 50 patients in outpatient postnatal period and prior informed consent was applied survey data identification, reproductive background, family, social, psychological, scale and Edinburgh Postpartum depression scale. Descriptive statistics chi2. **Results:** 52% cohabiting (26), upper secondary education 38% (n = 19), home 62% (n = 31), mean low socioeconomic status 48% (24). own critical events of pregnancy 100% (50), childbirth 100% (50), mortgage / loan 36% (18), change sleep habits 36% (18). Grade mild depression 30% (15), with moderate degree of depression 12% (6), and depressive symptoms 56% (n28), a network of husband support 50% (25), family Typology predominant nuclear mere 74% (37). The more family crisis more increases depression (p = 0.05) **Conclusions:** Depression of patients evaluated depression is related to critical events within the family and this causes the symptoms become more pronounced over.

Key words: postpartum depression, causes.

**FRECUENCIA DE DEPRESION POSTPARTO Y SUS CAUSAS EN PACIENTES
DE 18 A 38 AÑOS EN LA UMF No. 20**

INTRODUCCIÓN

Esta entidad constituye un problema de salud pública en varios países, con una prevalencia mundial que fluctúa entre un 10% a 15%, tres veces más alta en los países en desarrollo que en los países desarrollados, siendo mayor en las mujeres de nivel socioeconómico bajo.

En estadísticas del Instituto Mexicano del Seguro Social del 2007, cerca de 25 millones de mexicanos presentan desórdenes mentales como depresión, ansiedad, esquizofrenia, estrés o fobias. El IMSS calcula que para el año 2020 la depresión será el trastorno mental que causará mayor número de incapacidades laborales, físicas y sociales.^{1, 2.}

Organización Mundial de la Salud proyecta para el año 2020 que la depresión será la primera causa de discapacidad en el mundo. Algunos estudios ponen en evidencia que la depresión ocupa la quinta causa de discapacidad en el mundo y será la segunda en los próximos 20 años.

El médico familiar podría identificar casos de posible depresión postparto, si se realizara oportunamente un diagnóstico integral ayudándonos de los instrumentos de evaluación.

Se espera que con este estudio el médico familiar identifique oportunamente durante el embarazo y puerperio, los síntomas relacionados con la depresión posparto, haciendo una intervención oportuna para evitar desenlaces negativos sobre el binomio madre/niño en el primer nivel de atención.

MARCO TEÓRICO

Históricamente el periodo perinatal en las mujeres ha precedido un resultado negativo que lleva consigo a la aparición más frecuentemente de la depresión posparto. A pesar de ello, aún no se tiene claro sobre su naturaleza y la relación con diversas variables conductuales y estructurales.³

Los problemas emocionales de depresión, se pueden rastrear hasta los primeros escritos de Hipócrates, en el año 700 A. C. se describía algunas de las clasificaciones que se realizaron de los trastornos de humor, Galeno es el primero en hablar de las ideas negras. El Renacimiento es la edad dorada de la melancolía. El médico más destacado es Páraselso y pretende demostrar que la melancolía no se debe a causas sobrenaturales ni demoníacas, sino a otras de orden natural. El cambio conceptual fundamental lo proporciona Kraepelin (1855–1926); el término maniaco-depresivo de Kraepelin incluía cuadros que hoy denominamos depresión mayor, trastorno bipolar o ciclotimia.⁴

La depresión es un trastorno del humor afectivo, es una forma de expresión de dolor que se manifiesta con síntomas psíquicos y puede comprometer todos los sistemas del organismo, afecta a todas las edades, razas, géneros y momentos de cualquier persona. Al comparar las prevalencias de depresión entre hombres y mujeres, se evidencia en la niñez cifras equivalentes y, en la adultez, es más frecuente en mujeres. Esta diferencia se observa fundamentalmente en la etapa reproductiva de la mujer y se asocia con el síndrome premenstrual, embarazo, puerperio y menopausia.

En el periodo puerperal, está definido de acuerdo a su duración como inmediato (periodo comprendido entre el parto y las 24 horas del posparto), mediato (comprendido entre el parto y los 42 primeros días) y tardío (entre el parto y el año posparto).⁴

Oficialmente en la nomenclatura psiquiátrica del Manual Estadístico y Diagnostico De Los Trastornos Mentales, cuarta edición DSM-IV. Definió la depresión mayor con comienzo en el postparto como episodios de depresión a partir de las cuatro semanas posteriores al parto.⁵

El cuadro clínico de la depresión posparto es similar al de los episodios depresivos, observados en otras etapas de la vida, sin embargo, la depresión posparto posee características peculiares que justifican su consideración como entidad independiente y específica.⁶ A su vez se considera como una respuesta psicológica y física compleja a las demandas de la vida diaria y no es tomada en cuenta como una patología muy frecuente.^{7,8}

La presencia de depresión durante el embarazo, incrementa en forma importante la morbilidad y mortalidad tanto para la madre como para el fruto del embarazo, es decir, se asocia a conductas poco saludables como el omitir la atención prenatal o el uso de sustancias nocivas (tabaco, alcohol, sustancias ilegales). De la misma forma, el trastorno depresivo mayor en gestantes es un factor de riesgo para intentos de suicidios y suicidio consumado, la presencia de este trastorno el riesgo de presentar pre eclampsia, partos prematuros y productos de bajo peso al nacer.⁶ De ahí que en los últimos años se ha intentado optimizar el diagnóstico y poner a disposición tratamientos tempranos y eficientes para prevenir la depresión después del parto.⁹

Existen tres tipos de alteraciones que pueden presentarse en la depresión posparto: a) Tristeza posparto o Baby blues, b) Depresión mayor posparto o depresión posparto, c) Psicosis posparto.

Se llama comúnmente *Baby Blues*, pero es descrita como tristeza posparto por la alteración del estado de ánimo, debida a cambios hormonales, psicológicos y sociales. Éstos tienen una intensidad y duración variable, y suelen aparecer entre los 2 y 4 días posteriores, desaparece sin secuelas de forma espontánea dentro

de los 10 días y hasta las dos a tres semanas siguientes al alumbramiento, y no requieren de atención médica y/o psicológica.

La depresión posparto se da después de la 4ta. semana tras el parto, en el cual se han descrito por lo menos en dos tipos de clasificaciones el Sistema de codificación de la Clasificación Internacional de Enfermedades (10ª revisión) ó CIE-10, de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1994). CIE-10 es un sistema pensado con finalidad básicamente epidemiológica, por este motivo es menos precisa. Describe los trastornos mentales y del comportamiento del puerperio clasificados en otro lugar como leve (depresión posnatal/posparto) en las categorías F 53.0, F 53.1.

El DSM-IV el manual funciona por criterios y surgió como reflejo de la insatisfacción con el sistema CIE. Es mucho más completo y preciso y se realizó incorporando desarrollos de la experiencia clínica, así como avances de la investigación. La depresión puerperal es incluida, en los *Criterios para el diagnóstico de F32 Trastorno depresivo mayor, episodio único (296.2)*.¹⁰

La Psicosis posparto, en términos generales, se define como un episodio afectivo con síntomas psicóticos que puede presentarse entre el 3er y 9no día posparto, y se presenta en 1 a 2 de cada 1,000 partos, siendo más común en primíparas.¹¹

Epidemiología: La depresión mayor es una enfermedad crónica recurrente caracterizada por el ánimo depresivo, capacidad para disfrutar y pérdida de interés, las mujeres son más propensas que en los varones a presentar depresión mayor en cualquier periodo de sus vidas en una proporción de 2:1 y es una de las principales causas en las mujeres de 15 a 44 años de edad en todo el mundo.¹² De hecho es la causa más frecuente a nivel mundial de incapacidad laboral.¹³

La depresión posparto es un importante problema de salud mental en la mujer cabe destacar que existe una prevalencia 3 veces más alta en los países en

desarrollo que en los países desarrollados.¹⁴ La frecuencia mundial de la depresión posparto fluctúa entre un 10% y un 15% siendo mayor esta cifra en las mujeres de nivel socioeconómico bajo.¹⁵

En el continente Asiático Japón es mencionada una prevalencia del 15.3%,¹⁶ en los países Europeos entre los más destacados Alemania reportan un 55.2% de prevalencia, en Inglaterra la incidencia va de un 10 a un 15% en España un 25.8%,¹⁵ Portugal de 11.1%, Suiza el 17%.

En los países Latinoamericanos se ha presentado un alta prevalencia de los que destacan Venezuela con un 22%, Colombia 32.8%,¹⁶ Perú de un 17.8% a un 24%,^{17,18} En Chile siendo uno de los más altos con un 50.7%¹⁹ y cabe mencionar que es uno de los países que cuenta desde el año 2000 con un programa nacional para la detección, diagnóstico y tratamiento integral de la depresión, a partir del 2006 la ley chilena garantiza atención oportuna por parte de los seguros de salud, público y privado del episodio depresivo en personas mayores de 15 años . No obstante lo anterior la literatura científica nacional, muestra que la patología psíquica puerperal es habitualmente subtratada con consecuencias negativas para las mujeres, la familia y el bebe.^{20,21} EUA refiere una prevalencia del 10 al 15%,²² en un estudio reciente marca muy parecida su prevalencia del cual reporta un 8.6% que cumplieron criterios de depresión posparto.²³ En Canadá se menciona una incidencia del 20.7%.²⁴

Durante el embarazo y el puerperio se suceden una serie de cambios bioquímicos, psicológicos y sociales que ocasionan mayor vulnerabilidad para la aparición de trastornos en la esfera psíquica de la mujer.

En México se han realizado pocos estudios, sin embargo se arroja una prevalencia del 22%²⁴ a un 30.7%²⁵. En el 2006 un instituto de salud (ISSSTE) instala la primer clínica de Depresión Posparto, a nivel América Latina, en el Centro Médico nacional 20 de Noviembre.²⁶ La clínica ha sido la precursora en México para

promover un modelo nuevo de intervención a nivel del sector salud público o privado y realizar un diagnóstico oportuno para disminuir la incidencia que se pueda presentar a futuro.²⁶

Por otra parte, está ampliamente documentado que él no realizar un tratamiento específico de la depresión en la mujer, durante esta etapa de la vida afecta a la madre, hijo y familia. Para la madre puede ser el inicio de un trastorno depresivo recurrente y afectar gravemente su calidad de vida sin olvidar que el suicidio constituye el 20% de la mortalidad materna en el posparto, siendo la segunda causa de mortalidad más frecuente en este periodo.²⁷

Síntomas y factores de Riesgo, de la depresión posparto es de carácter insidioso, asociando ansiedad excesiva y síntomas neurovegetativos.²⁸

Dentro de los síntomas más frecuentes destacan los siguientes: estado de ánimo deprimido, tristeza o llanto persistentes, disminución del interés o de la capacidad para disfrutar de casi todas las actividades, cambios en los patrones de alimentación y sueño, cansancio o fatiga crónica, ansiedad que puede llegar hasta los ataques de pánico, sentirse abrumada, indefensa e incapaz, auto desvalorización y autor reproches, generalmente relacionados a su competencia como madre, dificultad, reticencia o imposibilidad de buscar ayuda y apoyo para sí misma, irritabilidad, problemas de atención, concentración y memoria, dificultad para vincularse con el bebé, sentimientos de ambivalencia hacia el hijo, sobreprotección del menor, dificultades en la lactancia, dificultad y/o imposibilidad de cuidar al recién nacido, pensamientos obsesivos y conductas compulsivas, relacionados con el hijo (p. ej. revisarlo constantemente cuando está dormido para ver si respira) y con su cuidado (p. ej. lavar y desinfectar varias veces sus artículos), pensamientos negativos hacia el bebé, especialmente creer que lo puede dañar, sentimientos de culpa, pensamientos de dañarse a sí misma o al bebé, pensamientos atemorizantes, ideación suicida.²⁸

Los factores etiológicos que se han estudiado como predictores de la depresión posparto se pueden dividir en factores de tipo: biológicos y hormonas reproductivas. El rápido descenso en los niveles de las hormonas gonadales luego del parto ha llevado a muchos autores a sugerir una posible relación de esta disminución con los cambios en el estado de ánimo de las mujeres durante el puerperio.

Varios estudios reportan una asociación en el Eje hipotálamo - hipófisis adrenal entre los niveles de glucocorticoides y el estado del ánimo en el puerperio; por ejemplo, se ha encontrado correlación entre niveles elevados de cortisol.²⁹ Factores Psicológicos Formulaciones psicodinámicas: Desde esta perspectiva, el embarazo se considera un periodo de maduración y a la vez de regresión que evoca conflictos infantiles, particularmente en los casos en los que existen modelos maternos inadecuados. Factores Psicosociales durante el embarazo, eventos vitales estresantes (rupturas amorosas, pérdida del trabajo, muerte de un ser querido, migración) durante el embarazo o el puerperio temprano, bajos niveles de apoyo social incluso de manera inhibitoria procreando una relación de apego materno infantil insegura.³⁰

Los factores de Riesgo son el complemento de los 3 factores ya descritos anteriormente: Historia pasada de psicopatología (especialmente depresión y ansiedad), presencia de alteraciones psicológicas durante el embarazo, depresión posparto previa, complicaciones obstétricas durante el embarazo, el parto o después del mismo (principalmente embarazos de alto riesgo), embarazo no planeado y/o deseado, falta de apoyo familiar y/o social, problemas familiares y/o sociales, pobre relación marital, abandono o separación de la pareja, no contar con un compañero, pareja presente, pero que no proporcione apoyo emocional, falta de redes de apoyo, situaciones estresantes, dificultades económicas, abuso físico, emocional o sexual en la infancia, fallecimiento, abandono o separación de un familiar o ser querido, mala relación con la madre, antecedente de pérdidas perinatales, sensibilidad a los cambios hormonales, alteración en la función

tiroidea, dificultades en la lactancia, mala salud del recién nacido, bebé difícil de cuidar.

Un diagnóstico exacto es el primer escalón; para ello es imprescindible establecer unas líneas generales de actuación, que incluyan:

- Historia clínica completa junto con un examen físico y analítico: La fatiga y astenia pueden ser debidas a la excesiva pérdida de sangre durante el parto, a la disminución del sueño y a la adaptación a las necesidades del recién nacido.

- La identificación de los grupos de riesgo: sería aconsejable profundizar en las características pre y postnatales que pudieran predecir una mayor probabilidad de desarrollar esta patología.

- Información-Educación: ofrecerles una información adecuada, junto con la creación de grupos de apoyo a las madres embarazadas, que hicieran participar también a los padres, en los que se traten los síntomas de la depresión y los posibles sentimientos de ansiedad, miedo o inseguridad que pueden aparecer tras el parto.

- Relación médico-paciente: el médico de Atención Primaria debería atender a las quejas somáticas inespecíficas de la mujer y ser capaz de distinguir lo que es debido a la adaptación al cambio y lo que puede considerarse un cuadro depresivo.³⁰

El diagnóstico y tratamiento, en nuestro país, es como en otras partes del mundo, se ha utilizado la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS por su abreviatura en inglés: *Edinburgh Postnatal Depression Scale*), es la prueba más utilizada para semejar una aproximación del diagnóstico de depresión posparto la cual es una evaluación que consta de 10 preguntas y se realiza en un tiempo estimado de 5 minutos, este Test valora sentimientos que reflejan depresión

durante los últimos 7 días es de fácil accesibilidad de reproducirla sin costo, la rapidez y facilidad de su aplicación, calificación e interpretación. Aunque la detección precoz de estos trastornos es difícil, lo que provoca que su incidencia este subestimada y que muchas de estas pacientes pasen desapercibidas.³⁰

Contamos con otra escala el PDSS fue desarrollado luego de estudios cualitativos utilizando la teoría fundamentada y la fenomenología. Es un cuestionario autoaplicable y posee 35 reactivos tipo “likert” con puntajes que van desde uno a cinco; donde uno es “completamente en desacuerdo” y cinco “completamente de acuerdo”. En su aplicación el PDSS entrega un puntaje general de DPP, con puntajes que van de 35 a 175. Los autores del PDSS recomiendan aplicar el cuestionario entre las dos a seis semanas postparto. Una de las principales ventajas del PDSS es su multidimensionalidad con la cual mide DPP, ofreciendo 7 subescalas: a) trastornos del sueño y alimentación, b) ansiedad/inseguridad, c) inestabilidad emocional, d) confusión mental, e) pérdida del yo, f) culpabilidad/vergüenza y g) pensamientos suicidas. Encima de 60 indica la presencia de sintomatología depresiva en el posparto y mayor a 120 puntos depresión en el posparto.³¹

La Escala de Reajuste Social (SRRS, por sus siglas en inglés), de Holmes y Rahe (1967) es uno de los instrumentos más utilizados para medir la magnitud de estrés que ha experimentado una persona durante un tiempo (los últimos seis meses), La SRRS enlista 43 eventos vitales que, con base en su experiencia clínica, Holmes y Rahe identificaron como acontecimientos estresantes que preceden una enfermedad y que requieren de un reajuste por parte de las personas. La suma de los puntajes indica la magnitud de estrés vital experimentado por una persona. En una gran cantidad de estudios, se ha demostrado que la acumulación de estrés vital se relaciona con la propensión de las personas a adquirir una enfermedad o que ésta se agrave. La clasificación de la escala de Holmes refiere: 0 a 150: no existen problemas importantes, de 151 a 199: crisis leve, de 200 a 299: crisis moderada, más 300: crisis severa.³²

En pacientes con depresión posparto se ha evaluado la eficacia de varios tratamientos dependiendo de la valoración y de las puntuaciones de las escalas de depresión, aunque no se ha analizado la repercusión del tratamiento en el desarrollo del niño. Entre los tratamientos no farmacológicos se han mostrado eficaces la psicoterapia interpersonal, cognitivo-conductual, y otras formas de apoyo domiciliario por parte de profesionales entrenados en depresión leve a moderada.³³ Es de suma y vital importancia que a pesar de enfermedades Psiquiátricas durante el embarazo y la lactancia y las negativas que pueden contraer la relación afectiva entre la mamá e hijo; puede seleccionarse tratamiento farmacológico que esté debidamente seleccionado cuidadosamente.³⁴

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Durante el embarazo y el puerperio se presentan cambios bioquímicos, hormonales, psicológicos y sociales que ocasionan una mayor vulnerabilidad en la mujer para la aparición de trastornos psíquicos.

Aproximadamente cerca del 80% de las mujeres sufren algún tipo de alteración durante estas etapas, las cuales pueden ir desde molestias leves y transitorias como la tristeza y el llanto, incluyendo síntomas como la angustia y la dificultad de vincularse con su hijo. Debido a la falta de información, no son considerados como una enfermedad. Y suelen atribuirse a una dificultad en la capacidad de la madre, o a falta de fortaleza y determinación para superar un periodo difícil de la maternidad.

La importancia de realizar este estudio es que hay mujeres que al no contar con una evaluación y asesoramiento oportunos, no logran acceder a un tratamiento adecuado. Y condiciona a que los síntomas se intensifiquen o que el problema se convierta en un padecimiento crónico, y que la mujer, el recién nacido, la pareja y la familia, tengan una mala calidad de vida. Al no hacer una intervención apropiada pueden presentarse consecuencias graves y estar en riesgo la vida de la mujer y/o de su hijo. Por lo que nos hacemos la siguiente pregunta:

¿Cuál es la frecuencia de depresión postparto y sus causas en pacientes de 18 a 38 años?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la frecuencia de depresión postparto y sus causas en pacientes de 18 a 38 años en la UMF 20.

OBJETIVO ESPECIFICO

- Identificar la frecuencia de depresión postparto
- Identificar las causas familiares y sociales (crisis familiares [abandono, fallecimiento, separación, perdidas laboral], tipología familiar, redes de apoyo)
- Identificar causas heredofamiliares, Personales patológicos, antecedentes ginecoobstetricos y (antecedentes psiquiátricos o psicológicos)
- Identificar causas sociodemográficas con la depresión postparto. (edad, ocupación, estado civil, nivel socioeconómico, escolaridad)
- Identificar la relación de la depresión postparto con los aspectos Sociodemográficos, causas personales, familiares y sociales.

HIPÓTESIS

Ha: La causa de depresión posparto es multifactoriales

Ho: La causa de depresión posparto no es multifactorial

SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODOS

CARACTERÍSTICAS DEL LUGAR DONDE SE REALIZA EL ESTUDIO

El estudio se realizará en la zona Norte de la Ciudad de México, en la Unidad de Medicina familiar No. 20, ubicada en Calzada Vallejo Número 675, Delegación Gustavo A. Madero, Y con tutoría del personal de la Unidad de Medicina familiar No. 20.

DISEÑO

Tipo de estudio

- Tipo de estudio: Descriptivo analítico
- Captación de la información: Prospectivo
- Medición del fenómeno en el tiempo: Transversal
- Por la presencia de un grupo control: Descriptivo
- Por la dirección del análisis: Observacional

GRUPO DE ESTUDIO:

Se realizará en mujeres que se encuentren en puerperio de 18 a 38 años de edad.

CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA POBLACIÓN

- a) Criterios de inclusión:
 - Pacientes en puerperio de 18 a 38 años, con recién nacido vivo.
 - Aceptar participar en el estudio bajo consentimiento informado.
 - Saber leer y escribir en español
 - Derecho habientes IMSS

b) Criterios de exclusión:

- Pacientes en puerperio con antecedente de óbito.

c) Criterios de eliminación:

- Mujeres que decidan retirarse del estudio posterior a contestar la encuesta.
- Encuestas incompletas

TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Se realizaran encuestas a todas las pacientes puérperas de 18 a 38 años que acudan a la consulta externa de la UMF 20 durante el periodo de Marzo 2016.

Tipo de muestreo no probabilístico por conveniencia.

DEFINICIÓN DE VARIABLES

Variables		Definición conceptual	Operacional (como lo voy a obtener)	Escala de medición
Depresión posparto	Dependiente	<i>Depresión posparto leve o "maternity blues"</i> : 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. <i>La depresión mayor posparto</i> : se inicia entre la 2ª a 8ª semanas tras el parto	Por medio de la realización de encuestas y el Test de Edimburgo que identifica la presencia o ausencia de depresión Indica la presencia de sintomatología depresiva en el posparto y la depresión en el posparto, utilizando la Escala de	Cuantitativa a ordinal

			depresión Postpartum- versión en Español (PDSS)	
Causas de estudio:				
Sociodemográficos: -Edad	Independiente	Edad 18 años a 38 años en la mujer púerpera Tiempo en años cumplidos desde el nacimiento de la púerpera al momento de la entrevista.	Corroborando la edad materna en expediente	Cualitativa Continua de razon
-Estado socioeconómico	Independiente	Representa la capacidad para acceder un conjunto de bienes y estilo de vida.	Mediante interrogatorio el acceso a la canasta básica De acuerdo a esto se clasificara en bajo Medio bajo alto	Cualitativa ordinal
-Estado civil	Independiente	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Mediante interrogatorio se preguntara si es soltera Casada unión libre otro	Cualitativa Nominal politomica
-Nivel educativo	Independiente	Nivel máximo de instrucción o escolaridad d	Mediante interrogatorio se preguntara hasta que nivel de estudio curso Primaria, secundaria. Preparatoria, universidad	Cualitativa Nominal politomica
-Ocupación	Independiente	Tareas, desempeño de actividades diarias de la púerpera según su realización.	Mediante interrogatorio se preguntara el tipo de ocupación en este momento	Cualitativa Nominal politomica

<p>Antecedentes heredofamiliares</p> <p>-Antecedente de Depresión y Ansiedad en la familia</p>		<p>Depresión: Enfermedad o trastorno mental que se caracteriza por una profunda tristeza, decaimiento anímico, baja autoestima, pérdida de interés por todo y disminución de las funciones psíquicas.</p> <p>Ansiedad: Estado mental que se caracteriza por una gran inquietud, una intensa excitación y una extrema inseguridad.</p>	<p>Mediante interrogatorio Si o no hay antecedentes</p>	<p>Cualitativa nominal dicotómica</p>
<p>Antecedentes ginecobstetricos</p> <p>-Numero de gesta</p> <p>-Fue un embarazo de alto riesgo</p> <p>-Fue un embarazo planeado</p> <p>-Fue un hijo aceptado</p>	<p>Independiente</p>	<p>Es la cantidad de gestaciones al momento de la entrevista.</p> <p>El que tiene una mujer embarazada menor de 18 años de edad o con más de 34 años, o que ya ha tenido tres nacimientos vivos o más, o cuando un parto ocurrirá dentro de los 24 meses de un nacimiento vivo anterior.</p> <p>Es aquel que se produce sin planificación previa o fallo de métodos anticonceptivos.</p> <p>Si la mujer decide, por cualquier razón, tener a la criatura.</p>	<p>Mediante interrogatorio cuanto embarazos ha tenido</p> <p>Mediante interrogatorio si fue alto o bajo riesgo</p> <p>Mmediante interrogatorio si o no fue planeado</p> <p>Mediante interrogatorio si o no fue planeado</p>	<p>Cualitativa Continua</p> <p>Cuantitativa nominal dicotómica</p> <p>Cuantitativa nominal dicotómica</p>

-Resolución del embarazo		Es la vía por la cual se obtiene el producto de la gestación	Mediante interrogatorio si fue parto o cesare	Cuantitativa nominal dicotómica
-Producto pretermino, termino o posttermino.		Parto pretérmino: ocurre entre las 22 y 36 semanas. Parto de término: ocurre a partir de las 37 semanas de embarazo. Parto postérmino: ocurre después de las 41 semanas de gestación.	Mediante interrogatorio si su embarazo fue pretermino Termino posttermino	Cualitativa ordinal
-Fecha de nacimiento de su bebe		Es la etapa cuándo comienza la vida de un ser humano.	Mediante interrogatorio directo se obtendrá la fecha de nacimiento del ultimo bebé	Cuantitativa continua de razón
-Complicación al nacimiento		Fenómeno que sobreviene en el curso del trabajo de parto o cesárea, distinto de las manifestaciones habituales de éstas y consecuencia de las lesiones provocadas por estas.	Mediante interrogatorio y encuestas se solicitará las complicaciones que presento el ultimo hijo a su nacimiento	Cualitativa nominal politomica
-Dificultad en el cuidado del bebe		El bebé es totalmente dependiente de sus progenitores o tutores, necesitando de su atención para poder satisfacer sus necesidades básicas o	Mediante interrogatorio si hay o no dificultad para	Cualitativa nominal dicotómica

-Dificultad en la lactancia		<p>para realizar actividades elementales. Ante cualquier necesidad o incomodidad, el bebé llorará para atraer la atención de los adultos.</p> <p>La madre o el lactante experimentan insatisfacción o dificultad con el proceso de amamantamiento.</p>	<p>el cuidado del bebe.</p> <p>Mediante interrogatorio si hay o no dificultad para la lactancia</p>	Cualitativa nominal dicotomica
<p>Sociales:</p> <p>-Tipos de familia de acuerdo a parentesco</p> <p>-Redes de apoyo</p> <p>-Relación con su madre</p> <p>-Relación con su pareja</p> <p>-Diagnóstico de Ansiedad y Depresión previo</p>	Independiente	<p><i>Nuclear simple:</i> Padre y madre con uno a tres hijos.</p> <p><i>Nuclear numerosa:</i> Padre y madre con cuatro hijos o más.</p> <p><i>Extensa:</i> Padre y madre con hijos, más otras personas con parentesco.</p> <p><i>Extensa compuesta:</i> Padre y madre con hijos, más otras personas con o sin parentesco.</p> <p>Un grupo de personas, miembros de la familia, amigos y otras personas, capaces de aportar una ayuda y un apoyo tan reales como duraderos a un individuo o a una familia.</p>	<p>Mediante interrogatorio se solicitara referir con quien vive para identificar la tipología familiar</p> <p>Mediante interrogatorio se solicitara si tienen o no redes de apoyo</p> <p>Mediante interrogatorio Buena, Distante, Conflictiva, Separados</p> <p>Buena, Distante, Conflictiva, Separados</p> <p>Mediante la encuesta de Edinburgo se percibirá</p>	<p>Cualitativa Nominal politomica</p> <p>Cualitativa nominal dicotomica</p> <p>Cualitativa nominal politomica</p> <p>Cualitativa nominal politomica</p> <p>Cualitativa ordinal</p>

<p>- Depresión durante o en el posparto previo</p>		<p>interés por todo y disminución de las funciones psíquicas.</p> <p>Ansiedad: Estado mental que se caracteriza por una gran inquietud, una intensa excitación y una extrema inseguridad.</p> <p>Depresión: Enfermedad o trastorno mental que se caracteriza por una profunda tristeza, decaimiento anímico, baja autoestima, pérdida de interés por todo y disminución de las funciones psíquicas. Durante el embarazo, o en el posparto</p>	<p>depresión normal, leve moderada o severa</p> <p>Mediante interrogatorio se preguntara si hubo o no depresión en embarazo previo</p>	<p>Cualitativa Nominal dicotomica</p>
<p>Violencia intrafamiliar</p>		<p>Relación abusiva Existencia de problemas en los hogares, pero que se resuelven sin violencia física. Primer nivel de abuso La violencia en la relación está comenzando. Es una situación de ALERTA y un indicador de que la violencia puede aumentar en el futuro. Abuso severo En este punto es importante solicitar ayuda institucional o personal y abandonar la casa temporalmente. Abuso peligroso Debes considerar en forma URGENTE e inmediata la posibilidad de dejar la relación en forma temporal y obtener apoyo externo, judicial y legal.</p>	<p>Mediante interrogatorio se identificara la presencia de violencia intrafamiliar</p>	<p>Cualitativa Nominal politomica</p>
<p>Eventos críticos</p>		<p>Mediante la Escala de Reajuste Social (SRRS) de Holmes y Rahe (1967) es uno de los instrumentos más utilizados para medir la magnitud de estrés que ha experimentado una persona durante un tiempo (los últimos seis</p>	<p>Mediante interrogatorio La SRRS enlista 43 eventos vitales. 0 a 150: no</p>	

		meses)	existen problemas importantes, 151 a 199: crisis leve 200 a 299: crisis moderada Más 300: crisis severa.	
--	--	--------	---	--

DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO

Se solicita a la coordinación de salud el consentimiento, para realizar este estudio por medio de encuestas ayudándonos de la escala de Edimburgo, Escala de depresión Postparto versión en español, Escala de eventos críticos, a las pacientes puérperas que acuden a su consulta de seguimiento, cumpliendo los criterios de inclusión, así como en los servicios de consulta externa, Prevenimss, curaciones. Se informara el motivo de estudio, se proporcionará el consentimiento informado, al término se le dará las gracias y es confidencial.

Instrumentos utilizados:

Escala de Depresión de Edimburgo

Escala de Depresión de Edimburgo, fue diseñada para reconocer síntomas anímicos en mujeres puérperas. Sus ítems se agrupan básicamente en torno a dos factores: tristeza y ansiedad; tiene una consistencia interna adecuada, 100 % de sensibilidad y 80 % de especificidad. Ha sido validada en diversos países y culturas, con resultados que permiten justificar su uso como instrumento de tamizaje, logrando su mayor sensibilidad con un punto de corte entre 9 y 10 puntos. Es un instrumento de autorreporte, de 10 preguntas con cuatro opciones de respuesta cada una y puntajes que varían de 0 a 3 puntos, según la severidad sintomática. De sus ítems, 5 se relacionan con disforia, 2 con ansiedad, 1 con sentimientos de culpa, 1 con ideas suicidas y 1 con dificultades de concentración.

Se observa que, las 4 opciones que se ofrecen para dar respuesta a cada pregunta del cuestionario han sido categorizadas para asignarles una puntuación de 0, 1, 2 y 3, según el aumento de gravedad del síntoma.

No obstante, para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9, y 10, los puntos se deben anotar en orden inverso, es decir, 3, 2, 1, y 0, de acuerdo con la estructuración de las 4 posibles respuestas disponibles para su selección. La puntuación total (puntuación EDPPE) resulta de la suma de los puntos asignados a cada opción de respuesta seleccionada. Una puntuación EDPPE mayor que 10 muestra la probabilidad de una depresión posparto, pero no su gravedad. Se advierte que, cualquier puntuación diferente al cero (0) al valorar la respuesta que se escoja para la pregunta número 10, significa un signo de alarma porque indica pensamientos de autoagresión, que pueden conducir a lesionar al niño, y hasta a conductas suicidas, por lo que, en estos casos es imprescindible hacer evaluaciones adicionales inmediatamente. Cabe señalar que, la puntuación de la EDPPE está diseñada para orientar al juicio clínico, no para reemplazarlo.

En lo que se refiere al grado de severidad del trastorno depresivo, este se estima con criterios clínicos apoyados en la evaluación integral de los resultados de la puntuación EDPPE y la ausencia o presencia de factores de riesgo asociados, como se detalla a continuación:

Normal: puntuación EDPPE hasta 5 y ausencia de factores de riesgo.

Leve: puntuación EDPPE hasta 10 y con un factor de riesgo.

Moderado: puntuación EDPPE entre 11 y 20, y con 2 factores de riesgo.

Severo: puntuación EDPPE mayor que 20 y con más de 2 factores de riesgo.

Escala de Detección Sistemática de Depresión Posparto (PDSS)

De de Cheryl Tatano Beck y Robert K. Gable. El instrumento es un cuestionario auto aplicable que contiene 35 preguntas tipo Likert, con un valor mínimo de 35 puntos y un máximo de 175 puntos, una puntuación por encima de 60 indica la

presencia de sintomatología depresiva en el posparto y mayor a 120 puntos depresión en el posparto.

Dicho instrumento contiene siete subescalas:

- Trastornos del sueño/ alimentación
- Ansiedad e inseguridad
- Labilidad emocional
- Confusión mental
- Pérdida de sí misma
- Culpabilidad y Vergüenza
- Pensamientos Suicidas

La validez y confiabilidad de la traducción al español de la escala sistemática de depresión posparto, el factor de confirmación (CFI) para la versión en español fue de 0.87, la sensibilidad de la prueba de 0.84%, la especificidad de 0.84%, el valor predictivo positivo de 0.75%, el valor predictivo negativo de 0.90%.

Escala de Reajuste Social SRRS

De Holmes y Rahe (1967) es uno de los instrumentos más utilizados para medir la magnitud de estrés que ha experimentado una persona durante un tiempo (los últimos seis meses), La SRRS enlista 43 eventos vitales que, con base en su experiencia clínica, Holmes y Rahe identificaron como acontecimientos estresantes que preceden una enfermedad y que requieren de un reajuste por parte de las personas. La suma de los puntajes indica la magnitud de estrés vital experimentado por una persona. En una gran cantidad de estudios, se ha demostrado que la acumulación de estrés vital se relaciona con la propensión de las personas a adquirir una enfermedad o que ésta se agrave. La clasificación de la escala de Holmes refiere: 0 a 150: no existen problemas importantes, de 151 a 199: crisis leve, de 200 a 299: crisis moderada, más 300: crisis severa.

ANALISIS ESTADISTICO DE DATOS

Se utilizara estadísticas descriptivas con medidas de tendencia central para variables cuantitativas y frecuencias y porcentajes para variables cualitativas y χ^2 de Pearson con $p=0.05$.

RESULTADOS

Se estudiaron 50 mujeres puérperas que asistieron a los servicios de prevenimss, medicina preventiva y consulta externa de la UMF 20 el rango de edades fue de 18 a 38 años, la edad media de las mujeres estudiadas fue de 27 años + 5.69., de las cuales refirieron el siguiente perfil socio demográfico: estado civil: unión libre 52% (n=26), escolaridad: educación media superior 38% (n=19), ocupación: hogar 62% (n=31), nivel socioeconómico: medio bajo 48% (n=24). Tabla 1

TABLA 1. CARACTERISTICAS GENERALES DE LAS PACIENTES ESTUDIADAS EN POSPARTO

CARACTERISITCAS GENERALES	N=50	%
EDAD		
20 años y menos	5	10
21-25 años	15	30
26-30 años	15	30
31-35 años	10	20
36 y más	5	10
ESTADO CIVIL		
Casada	24	48
Unión libre	26	52
NIVEL EDUCATIVO		
Primaria	1	2
Secundaria	14	28
Educación media superior	19	38
Educación superior	14	28
Maestría	2	4
OCUPACION		
Hogar	31	62
Empleada	17	34
Estudiante	2	4
NIVEL SOCIO-ECONOMICO		
Pobre	14	28
Media baja	24	48
Media	10	20
Media alta	1	2
Alta	1	2

Se percibieron los siguientes antecedentes ginecoobstetricos con una gesta el 48% (n=24), 58% (n=29) con cero partos y 39% con un parto, el 44% (n=22) tuvieron una cesárea y 80% (n=40) no han cursado con abortos, con al menos 1 hijo vivo 62% (n=31), embarazo de alto riesgo 36% (n=18%), sin antecedente de depresión en el embarazo previo 100% (n=50). Tabla 2

TABLA 2. ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS DE LA PACIENTE EN POSPARTO

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS	N	%
Número de gestas		
1	24	48
2	16	32
3	7	14
4	2	4
5	1	2
Número de partos		
0	29	58
1	15	30
2	3	6
3	3	6
Número de cesáreas		
0	16	32
1	22	44
2	10	20
3	2	4
Número de aborto		
0	40	80
1	9	18
2	1	2
Número de hijos vivos		
1	31	62
2	13	26
3	4	8
4	2	4
Embarazo de alto riesgo		
Si	18	36
No	32	64
Antecedente de depresión en el embarazo previo		
No	50	100

Las características actuales del último embarazo fue un embarazo planeado 76% (n=38), embarazo aceptado 100% (n=50), la vía de resolución del último embarazo fue por cesárea 60% (n=30), sin complicación al nacimiento 24% (n=12), semana de nacimiento del bebe de la 37 a la 40 84% (n=42), dificultad en la lactancia 54% (n=27), bebe sin dificultad al cuidado 70% (n=35). Tabla 3

TABLA 3. CARACTERISTICAS ACTUALES DEL ÚLTIMO EMBARAZO DE LA PACIENTE EN POSPARTO

CARACTERISTICAS	N	%
Embarazo planeado		
Si	38	76
No	12	24
Embarazo aceptado		
Si	50	100
Resolución del último embarazo		
Parto	20	40
Cesárea	30	60
Complicación al nacer		
Si	12	24
No	38	76
Semanas de nacimiento del bebe		
22 a la 36	6	12
37 a la 40	42	84
Después de la 41	2	4
Dificultad en la lactancia		
Si	27	54
No	23	46
Bebé Difícil de cuidar		
Si	15	30
No	35	70

Las características familiares y sociales de las pacientes en posparto estudiadas con red de apoyo por el esposo 50% (n=25), relación buena con la madre 88% (n=44), relación buena con la pareja 78% (n=39), sin relación distante con la pareja 80% (n=40). Tipología familiar nuclear simple 74% (n=37). Tabla 4

TABLA 4. CARACTERISTICAS FAMILIARES Y SOCIALES DE LAS PACIENTES EN POSPARTO ESTUDIADAS

CARACTERISTICAS FAMILIARES Y SOCIALES	N	%
Tipología familiar		
Nuclear simple	37	74
Nuclear numerosa	1	2
Extensa	2	4
Extensa compuesta	10	20
Red de apoyo		
Esposo	25	50
Madre	22	44
Amigos	2	4
Padre	1	2
Relación madre-hija		
Buena	44	88
Distante	2	4
Separados	1	2
Ninguna	3	6
Relación pareja		
Buena	39	78
Distante	10	20
Conflictiva	1	2
Tipo de relación distante con la pareja		
Emocional	7	14
Físico	2	4
Ambas	1	2
Ninguna	40	80

Mujeres puérperas de la UMF 20 sin grado de depresión 58% (n=29), con grado de depresión leve 30% (n=15), con grado de depresión moderado 12% (n=6), que presentaron sintomatología depresiva 56% (n=28). Tabla 5

TABLA 5. GRADO DEPRESION Y PRESENCIA DE SINTOMAS EN PACIENTES POSTPARTO.

DEPRESION	N	%
GRADO DE DEPRESIÓN		
Normal	29	58
Leve	15	30
Moderado	6	12
SÍNTOMAS DE DEPRESION		
Normal	22	44
Sintomatología depresiva	28	56

La perspectiva de violencia intrafamiliar en la paciente puérpera con relación no abusiva 74% (n=37), que necesitan hablar con su pareja 26% (n=13). Tabla 6

TABLA 6. PERSPECTIVA DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN LA PACIENTE EN POSPARTO

PERSPECTIVA DE VIOLENCIA	N	%
Relación no abusiva	37	74
Habla con su pareja	13	26

Los eventos críticos de acuerdo a la escala de Holmes, embarazo 100% (n=50), nacimiento de un hijo 100% (n=50), hipoteca o préstamo menor 36% (n=18), cambio en los hábitos del sueño 36% (n=18), cambio en los hábitos alimentarios 30% (n=15), fiestas navideñas y reyes magos 42% (n=21). Tabla 7

TABLA 7. EVENTOS CRITICOS EN LAS PACIENTES EN POSPARTO.

EVENTOS CRITICOS	N	%
Muerte de un familiar cercano	8	16
Lesión o enfermedad personal	6	12
Matrimonio	8	16
Pérdida del empleo	3	6
Reconciliación matrimonial	4	8
Cambios en la salud familiar	9	18
Embarazo	50	100
Problemas sexuales	3	6
Nacimiento de un hijo	50	100
Reajuste en los negocios	4	8
Cambios en el estado financiero	13	26
Muerte de un amigo muy querido	3	6
Cambio en el número de discusiones con la pareja	7	14
Juicio por una hipoteca o préstamo	1	2
Cambio en la responsabilidad de trabajo	1	2
Dificultades con los parientes políticos	4	8
Logro personal notable	9	18
La esposa comienza o deja de trabajar	12	24
Inicia o termina la escuela	8	16
Cambio en las condiciones de vida	31	62
Revisión de hábitos personales	4	8
Problemas con el jefe	5	10
Cambio de horario o condiciones de trabajo	5	10
Cambio de residencia	5	10
Cambio de recreación	1	2
Cambio en las actividades religiosas	3	6
Cambio en las actividades sociales	6	1
Hipoteca o préstamo menor	18	36
Cambio en los hábitos del sueño	18	36
Cambio en el número de reuniones familiares	10	20
Cambio en los hábitos alimentarios	15	30
Vacaciones	5	10
Fiestas navideñas y reyes magos	21	42
Problemas legales menores	1	2

Se evaluaron 50 pacientes en puerperio observándose nivel de crisis familiar leve 66% (n=33), crisis moderada 28% (n=14), crisis severa 6% (n=3). Tabla 8

TABLA 8. NIVEL DE CRISIS FAMILIAR EN PACIENTES EN POSPARTO

CRISIS	N	%
Leve	33	66
Moderada	14	28
Severa	3	6

Características de los pacientes con **depresión posparto leve** son una edad de 21-25 años 33.3% (5), casadas 60% (9), con educación media superior 53.3% (8), dedicadas al hogar 73.3% (11), nivel socioeconómico medio bajo 40% (6), sin antecedentes de depresión 93.3% (14), número de gestas primigestas 53.3% (8), que no han tenido parto 62.1% (18), sin cesárea 46,7% (7), sin abortos 80% (12), con un hijo vivo 66,7% (10), sin embarazo de alto riesgo 60% (9), sin antecedente de depresión parto previo 93,3% (14), embarazo planeado 73,3% (11), embarazo aceptado 100% (15), sin complicaciones al nacimiento 60% (9), semanas de nacimiento de la 37 a la 40 93,3% (14), sin dificultad en la lactancia 66,7% (10), sin dificultad en el cuidado del bebé 53,3% (8), tipo de familia nuclear simple 86,7% (13), con una red de apoyo por el esposo 53,3% (8), una relación de madre/hija 80% (12), una relación de pareja buena 73,3% (11), sin relación distante con la pareja 73,3% (11), síntomas de depresión 100% (15), tipo de violencia en relación no abusiva 66,7% (10), que necesitan hablar con su pareja 33,3% (5) y grado de crisis familiar leve 66,7% (10), moderada 26,7% (4). **(Tablas 9-15)**

Características de los pacientes con **depresión posparto moderada** son una edad de 21-25 años 50% (3), unión libre 66,7% (4), con educación secundaria y media superior 33.3% (2), dedicadas al hogar 50% (3), nivel socioeconómico medio bajo 50% (3), sin antecedentes de depresión 83.3% (5), número de gestas primigestas 33.3% (2), que no han tenido parto 50% (2), con 1 y 2 cesáreas 50% (3), sin abortos 83,3% (5), con 1 y 2 hijos vivos 33,3% (2), sin embarazo de alto riesgo 66,7% (4), sin antecedente de depresión parto previo 83,3% (5), embarazo planeado 50% (3), embarazo aceptado 100% (6), sin complicaciones al nacimiento 83,3% (5), semanas de nacimiento de la 37 a la 40 100% (6), sin dificultad en la lactancia 16,7% (22), sin dificultad en el cuidado del bebé 16,7% (22), tipo de

familia nuclear simple 66,7% (4), con una red de apoyo por la madre 50% (3), una relación de madre/hija 100% (6), una relación de pareja buena 50% (3), una relación distante con el esposo 50% (3), sin relación distante con la pareja 50% (3), síntomas de depresión 100% (6), tipo de violencia que necesitan hablar con su pareja 83,3% (5) y grado de crisis familiar moderada 50% (3), severa 33,3% (2). **(Tablas 9-15)**

Características de los pacientes con ***depresión posparto normal*** son una edad de 26-30 años 34,5% (10), unión libre 55,2% (16), con educación superior 34,5% (10) y educación media superior 31% (9), nivel socioeconómico medio bajo 51,7% (15), sin antecedentes de depresión 89,7% (26), numero de gestas primigestas 48,3% (14) , que no han tenido parto 62,1% (18), con 1 cesárea 31% (9) y con 2 cesáreas 51,7% (15), sin abortos 79,3% (23), con 1 hijo vivo 67,5% (19), sin embarazo de alto riesgo 65,5% (19) , sin antecedente de depresión parto previo 89,7% (26), embarazo planeado 82,8% (24), embarazo aceptado 100% (29), sin complicaciones al nacimiento 82,8% (24), semanas de nacimiento de la 37 a la 40 75,9% (22), sin dificultad en la lactancia 58,6% (17), sin dificultad en el cuidado del bebe 79,3% (23), tipo de familia nuclear simple 69% (20), con una red de apoyo por el esposo 51,7% (15), con red de apoyo por la madre 44,8% (13), una relación de madre/hija buena 89,7% (26), una relación de pareja buena 86,2% (25), sin relación distante con la pareja 89,7% (26), sin síntomas de depresión 75,9% (22), tipo de violencia relación no abusiva 89,7% (26) y grado de crisis familiar leve 75,9% (22). **(Tablas 9-15)**

TABLA 9. DEPRESION POSPARTO Y CARACTERISTICAS GENERALES DE LAS PACIENTES POSPARTO

CARACTERISTICAS GENERALES	DEPRESION POSPARTO			*P
	Normal N (%)	Leve N (%)	Moderada N (%)	
EDAD				
20 años y menos	2 (6.9%)	3 (20%)	0 (0%)	.239
21-25 años	7 (24.1%)	5 (33.3%)	3 (50%)	
26-30 años	10 (34.5%)	4 (26.7%)	1 (16.7%)	
31-35 años	7 (24.1%)	3 (20%)	0 (0%)	
36 y más	3 (10.3%)	0 (0%)	2 (33.3%)	
ESTADO CIVIL				
Casada	13 (44.8%)	9 (60%)	2 (33.3%)	.473
Unión libre	16 (55.2%)	6 (40%)	4 (66.7%)	
NIVEL EDUCATIVO				
Primaria	0 (0%)	0 (0%)	1 (16.7%)	.188
Secundaria	8 (27.6%)	4 (26.7%)	2 (33.3%)	
Educación media superior	9 (31%)	8 (53.3%)	2 (33.3%)	
Educación superior	10 (34.5%)	3 (20%)	1 (16.7%)	
Maestría	2 (6.9%)	0 (0%)	0 (0%)	
OCUPACION				
Hogar	17 (58.6%)	11 (73.3%)	3 (50%)	.225
Empleada	12 (41.4%)	3 (20%)	2 (33.3%)	
Estudiante	0 (0%)	1 (2%)	1 (16.7%)	
NIVEL SOCIO-ECONOMICO				
Pobre	7 (24.1%)	5 (33.3%)	2 (33.3%)	.958
Media baja	15 (51.7%)	6 (40%)	3 (50%)	
Media	5 (17.2%)	4 (26.7%)	1 (16.7%)	
Media alta	1 (3.4%)	0 (0%)	0 (0%)	
Alta	1 (3.4%)	0 (0%)	0 (0%)	
ANTECEDENTE FAMILIAR DE DEPRESION				
SI	3 (10.3%)	1 (6.7%)	1 (16.7%)	.785
NO	26 (89.7%)	14 (93.3%)	5 (83.3%)	

TABLA 10. DEPRESION POSPARTO Y ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS EN PACIENTES POSPARTO.

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS	DEPRESION POSPARTO			*P
	Normal N (%)	Leve N (%)	Moderada N (%)	
Número de gestas				0.001
1	14 (48.3%)	8 (53.3%)	2 (33,3%)	
2	9 (31%)	6 (40%)	1 (16,7%)	
3	6 (27,7%)	1 (6.7%)	0 (0%)	
4	0 (0%)	0 (0%)	2 (33,3%)	
5	0 (0%)	0 (0%)	1 (16,7%)	
Número de partos				0.588
0	18 (62.1%)	8 (53.3%)	2 (50,0%)	
1	8 (27,6%)	6 (40%)	1 (16,7%)	
2	1 (3,4%)	1 (6.7%)	1 (16,7%)	
3	2 (6,9%)	0 (0%)	1 (16,7%)	
Número de cesáreas				0.115
0	9 (31%)	7 (46,7%)	0 (0,0%)	
1	15 (51,7%)	4 (26,7%)	3 (50,0%)	
2	3 (10,3%)	4 (26,7%)	3 (50,0%)	
3	2 (6,9%)	0 (0%)	0 (0%)	
Número de aborto				0.073
0	23 (79,3%)	12 (80,0%)	5 (83,3%)	
1	6 (20,7%)	3 (20,0%)	0 (0%)	
2	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (16,7%)	
Número de hijos vivos				0.004
1	19 (67.5%)	10 (66,7%)	2 (33,3%)	
2	6 (20,7%)	5 (33,3%)	2 (33,3%)	
3	4 (13,8%)	0 (0%)	0 (0%)	
4	0 (0,0%)	0 (0%)	2 (33,3%)	
Embarazo de alto riesgo				0.927
Si	10 (34,5%)	6 (40%)	2 (33,3%)	
No	19 (65,5%)	9 (60%)	4 (66,7%)	
Antecedente de depresión en el embarazo previo				0.785
Si	3 (10,3%)	1 (6,7%)	1 (16,7%)	
No	26 (89,7%)	14 (93,3%)	5 (83,3%)	

TABLA 11. DEPRESION POSPARTO Y LAS CARACTERISTICAS ACTUALES DEL PARTO

CARACTERISTICAS ACTUALES DEL PARTO	DEPRESION POSPARTO			*P
	Normal N (%)	Leve N (%)	Moderada N (%)	
Embarazo planeado				
Si	24 (82,8%)	11 (73,3%)	3 (50%)	0.222
No	5 (17,2%)	4 (26,7%)	3 (50%)	
Embarazo aceptado				
Si	29 (100%)	15 (100%)	6 (100%)	
Resolución del último embarazo				0.436
Parto	12 (41,4%)	7 (46,7%)	1 (16,7%)	
Cesárea	17 (58,6%)	8 (53,3%)	5 (83,3%)	
Complicación al nacer				0.222
Si	5 (17,2%)	6 (40%)	1 (16,7%)	
No	24 (82,8%)	9 (60%)	5 (83,3%)	
Semanas de nacimiento del bebe				0.440
22 a la 36	5 (17,2%)	1 (6,7%)	0 (0%)	
37 a la 40	22 (75,9%)	14 (93,3%)	6 (100%)	
Después de la 41	2 (6,9%)	0 (0%)	0 (0%)	
Dificultad en la lactancia				0.086
Si	12 (41,4%)	10 (66,7%)	5 (83,3%)	
No	17 (58,6%)	5 (33,3%)	22 (16,7%)	
Bebe Difícil de cuidar				0.201
Si	6 (20,7%)	7 (46,7%)	2 (33,3%)	
No	23 (79,3%)	8 (53,3%)	4 (66,7%)	

TABLA 12. DEPRESION POSPARTO CON CARACTERISTICAS FAMILIARES Y SOCIALES.

CARACTERISTICAS FAMILIARES Y SOCIALES	DEPRESION POSPARTO			*P
	Normal N (%)	Leve N (%)	Moderada N (%)	
Tipología familiar				0.130
Nuclear simple	20 (69%)	13 (86,7%)	4 (66,7%)	
Nuclear numerosa	0 (0%)	0 (0%)	1 (16,7%)	
Extensa	2 (6,9%)	0 (0%)	0 (0%)	
Extensa compuesta	7 (24,1%)	2 (13,3%)	1 (16,7%)	
Red de apoyo				0.537
Esposo	15 (51,7%)	8 (53,3%)	2 (33,3%)	
Madre	13 (44,8%)	6 (40,0%)	3 (50,0%)	
Amigos	0 (0%)	1 (6,7%)	1 (16,7%)	
Padre	1 (3,4%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
Relación madre-hija				0.421
Buena	26 (89,7%)	12 (80%)	6 (100%)	
Distante	0 (0%)	2 (13,3%)	0 (0%)	
Separados	1 (3,4%)	0 (0%)	0 (0%)	
Ninguna	2 (6,9%)	1 (6,7%)	0 (0%)	
Relación pareja				0.199
Buena	25 (86,2%)	11 (73,3%)	3 (50%)	
Distante	3 (10,3%)	4 (26,7%)	3 (50%)	
Conflictiva	1 (3,4%)	0 (0%)	0 (0%)	
Tipo de relación distante con la pareja				0.062
Emocional	2 (6,9%)	3 (20%)	2 (33,3%)	
Físico	1 (3,1%)	1 (6,7%)	0 (0,0%)	
Ambas	0 (0,0%)	0 (0%)	1 (16,7%)	
Ninguna	26 (89,7%)	11 (73,3%)	3 (50,0%)	

TABLA 13. DEPRESION POSPARTO PRESENCIA DE SINTOMAS DEPRESIVOS

SINTOMAS DE DEPRESION	DEPRESION POSPARTO			*P
	Normal N (%)	Leve N (%)	Moderada N (%)	
Normal	22 (75,9%)	0 (0%)	0 (0%)	0.000
Presencia de Sintomatología depresiva	7 (24,1%)	15 (100%)	6 (100%)	

TABLA 14. DEPRESION POSPARTO Y PERCEPCION DE LA VIOLENCIA EN LA PACIENTE POSPARTO

PERCEPCION DE VIOLENCIA	DEPRESION POSPARTO			*P
	Normal N (%)	Leve N (%)	Moderada N (%)	
Relación no abusiva	26 (89,7%)	10 (66,7%)	1 (16,7%)	0.001
Habla con su pareja	3 (10,3%)	5 (33,3%)	5 (83,3%)	

TABLA 15. DEPRESION POSPARTO Y GRADO DE CRISIS FAMILIAR EN LA PACIENTE POSPARTO

GRADO DE CRISIS FAMILIAR	DEPRESION POSPARTO			*P
	Normal N (%)	Leve N (%)	Moderada N (%)	
Leve	22 (75,9%)	10 (66,7%)	1 (16,7%)	0.011
Moderada	7 (24,1%)	4 (26,7%)	3 (50%)	
Severa	0 (0%)	1 (6,7%)	2 (33,3%)	

DISCUSIÓN

El estudio demostró que los síntomas depresivos y el grado de depresión se hace presente entre más severa sea las crisis familiares sin significancia estadística de factores biológicos, psicológicos y sociales de otro tipo.

Almanza J, Salas C. ²⁴ En su artículo *Prevalencia de depresión posparto y factores asociados en pacientes puérperas de la clínica de especialidades de la Mujer*, refiere que se tiene una incidencia de depresión posparto en la muestra estudiada de la Clínica de Especialidades de la Mujer fue de 18%, mediante la aplicación de la escala de Edimburgo. A diferencia de nuestro estudio que se percibió una frecuencia más alta de tan solo el 33% que va de leve a moderada, con predominio de la moderada en un 50%.

González R, García L. ²⁵ en su artículo *Depresión posparto y factores asociados en población de derechohabiente del ISSSTE en Yucatán*. Refiere sobre la distribución de la edad en el grupo estudiado se observa que 72.5% pacientes se encuentran entre los 26 a 35 años, en nuestro estudio el 33,3% entre 21-25 años presentaron depresión posparto leve, y un 50% depresión posparto moderada, en este rango de edad se presenta por alguna relación entre el nivel socioeconómico y su escolaridad. En este artículo predominaron las mujeres que tenían educación universitaria, en nuestro estudio 53.3% con estudios de nivel medio superior presentaron depresión posparto leve, y un 33,3% depresión posparto moderada. Sobre el estado civil reporta que el 90% son casadas y con síntomas depresivos, y en nuestro estudio 60% se encontraba casada y con depresión leve, hay factores vinculados como el tipo de relación de pareja, su presencia o ausencia, calidad de la relación que incluya el grado de satisfacción actual, con su relación.

González R, García L. ²⁵ en su artículo antes mencionado; sobre su ocupación se reporta que en predomino las pacientes que tenían como actividad el estar dedicadas a su hogar en el 67%, presentaban depresión, en nuestro estudio 73.3% con ocupación en el hogar presento depresión leve de acuerdo a la escala de Edimburgo, la actividad en el hogar está es más frecuente con el desarrollo de depresión posparto al estar en casa y no contar probablemente con otras actividades sociales que disminuyan su estado depresivo a comparación de las pacientes puérperas que se dedican a otra actividad como ser empleadas o estudiantes las redes sociales se amplian.

Almanza J, Salas C. ²⁴ En su artículo *Prevalencia de depresión posparto y factores asociados en pacientes puérperas de la clínica de especialidades de la Mujer*, refiere que en relación con el nivel socioeconómico, 85.9% pacientes correspondieron a un nivel socioeconómico bajo y 14.1% a un nivel socioeconómico medio/alto, en nuestro estudio el nivel socioeconómico pobre

33,3% con depresión posparto leve y moderada. El bajo nivel socioeconómico es más frecuente con el nivel socioeconómico bajo aunque no fue significativo.

Romero G, Dueñas E¹⁶ En su artículo *Prevalencia de tristeza materna y sus factores asociados*, refiere que en relación con la variable de si el embarazo fue planeado no hubo casos en las mujeres con tristeza (0.0%), a diferencia de nuestro estudio 26,7% presentaron depresión posparto leve con un embarazo no planeado, y 50% de las pacientes con depresión posparto moderada, con embarazo no planeado. Esto puede deberse a que el proceso de aceptación del embarazo es tardío y se prolonga con el nacimiento del hijo.

Urdaneta J, Rivera A, ⁶ En su artículo *Prevalencia de depresión posparto en primigestas y multíparas valoradas por la escala de Edimburgo*. Refiere que el 90% de las primigestas fueron positivas para riesgo de depresión posparto y el 92% de las multíparas también. A diferencia de nuestro estudio el 53,3% de primigestas cursaron con depresión posparto leve de acuerdo a la escala de Edimburgo, el número de partos es un factor asociado a la depresión posnatal, diversas investigaciones han concluido que el nacimiento del primer hijo representa un estrés único y se correlaciona con la depresión de manera más fuerte, que en el caso del segundo o el tercer parto.

Nuevamente **González R, García L.**²⁵ Refiere que el 20% entrevistadas presentaron cuadro depresivo en el posparto, con un puntaje positivo de 10 o más, siendo la resolución de su embarazo por vía quirúrgica el 83%. A diferencia de nuestro estudio, el 26,7 % con resolución de embarazo vía cesárea presento depresión leve, y 50% presento depresión moderada. Las mujeres pos cesárea tienen mayor prevalencia para presentar depresión postparto.

Álvarez A, Ponce E, ¹¹ En su análisis de *Frecuencia de depresión posparto en pacientes de dos clínicas de Medicina Familiar en México*. Refiere que el 71% vivían con su pareja e hijos, perteneciendo a una familia nuclear simple de acuerdo al último consenso en medicina familiar, en nuestro estudio 86,7% pertenece a una familia nuclear con depresión posparto leve, y un 66,7% a una depresión posparto moderada. El tipo de familia más característico es la familia nuclear simple padre, madre, y 3 hijos.

Como observamos la depresión posparto sus causas son variables sin embargo el aceptar el embarazo, esperar un hijo deseado puede disminuir la depresión, aunque los estudios no integraron los aspectos familiares y eventos críticos, nuestro estudio relaciona este aspecto significativamente, por lo que los médicos

familiares debemos evaluar esta área para prevenir la depresión posparto ayudando desde el embarazo a la resolución de estos eventos de manera integral y que durante el puerperio se dé un proceso lo más fisiológico posible para que afronten las siguientes etapas de desarrollo propiamente de la familia lo más adecuadamente posible.

CONCLUSIONES

La media de edad fue de 27 años, el estado civil predominante fue unión libre, el grado de estudios fue de educación media superior y nivel socioeconómico medio bajo.

De acuerdo a la escala de Edimburgo, el grado de depresión que predominó fue normal, de acuerdo a la escala PDSS las pacientes puérperas presentan predominantemente síntomas depresivos.

De acuerdo a los antecedentes ginecológicos hay predominio de primigestas, con mayor número de cesáreas, sin abortos, y con 1 hijo vivo, sin embarazo de alto riesgo, sin antecedente de depresión en el embarazo previo.

La tipología familiar que predominó fue nuclear simple, con red de apoyo principalmente por el esposo, con una relación buena madre-hija y esposo, sin relación distante con la pareja.

De acuerdo a la perspectiva de la violencia en pacientes puérperas es una relación no abusiva, los eventos críticos que se presentaron con mayor frecuencia es el embarazo, nacimiento de un hijo, hipoteca o préstamo menor, cambio en los hábitos del sueño y alimentarios, así como fiestas navideñas y reyes magos. Con una crisis leve predominante en estas pacientes, de acuerdo a la escala de Holmes.

Solo se relaciona en la relación posparto que entre más aumente el grado de eventos críticos familiares aumenta la frecuencia y el grado de depresión posparto y así mismo los síntomas se perciben más.

RECOMENDACIONES

Los desórdenes afectivos ocurren frecuentemente durante el periodo posparto, la depresión posparto puede ocurrir entre la segunda y tercer semana después del parto, en este estudio se observó que presentan síntomas depresivos sin llegar a una depresión posparto como tal, es importante preguntar sobre el estado de ánimo que presentan estas pacientes, para hacer un abordaje biopsicosocial con binomio madre-hijo, y realizar alguna intervención oportuna, por medio de sesiones o pláticas en el auditorio de la UMF 20 incluyéndolas en el tour de la embarazada y el puerperio, involucrando a trabajo social así como psicología.

BIBLIOGRAFIA

1. Urdaneta J, Rivera A, García J, Guerra M, Baabel N, Contreras A. Factores de riesgo de depresión posparto en puérperas venezolanas valoradas por medio de la escala de Edimburgo. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2011;76(2):102-112.
2. Pérez R, Sáez K, Alarcón L, Avilés V, Braganza I, Coleman J. Variables posiblemente asociadas a depresión posparto, según escala de Edimburgo. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2007;67(3):187-191.
3. Vargas J, García M. Depresión postparto: Presencia y Manejo Psicológico. Centro Regional de Investigación en Psicología. 2009;3(1):11-18.
4. Escobar J, Pacora P, Custodio N, Villar W. Depresión posparto: ¿se encuentra asociada a la violencia basada en género?. *An Fac med.* 2009;70(2):115-118.
5. Carrascón A, García S, Ceña B, Fornes M, Fuentelsaz C. Detección precoz de la depresión durante el embarazo y el posparto. *Matronas Prof.* 2006;7(4):5-11.
6. Urdaneta J, Rivera A, García J, Guerra M, Baabel N, Contreras A. Prevalencia de depresión posparto en primigestas y múltiparas valoradas por la escala de Edimburgo. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2010;75(5):312-320.
7. Sologuren G, Linares C, Vega P. Depresión Post Parto: Prevalencia de test de rastreo positivo en puérperas. Tacna 2009. *Revista Ciencia y Desarrollo.* 2011;13(1):118-120.
8. Campo A, Ayola C, Peinado H, Amor M, Cogollo Z. Escala de Edinburgh para depresión posparto: Consistencia interna y estructura factorial en mujeres embarazadas de Cartagena, Colombia. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología.* 2007;58(4):277-283.
9. Oviedo G, Jordán V. Trastornos afectivos posparto. *Universitas Médica.* 2006;47(2):131-139.
10. Medina E. Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto. *Perinatol Reprod Hum.* 2013;27(3):185-193.

11. Álvarez A, Ponce E, Irigoyen A. Frecuencia de depresión posparto en pacientes de dos clínicas de Medicina Familiar en México. Archivos en Medicina Familiar. 2008;9(4):133-136.
12. Luna M, Salinas J, Luna A. Depresión mayor en embarazadas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú. Rev Panam Salud pública. 2009;26(4):310-314.
13. Latirgue T, Maldonado J, González I, Saucedo J. Depresión en la etapa Perinatal. Perinatol Reprod Hum. 2008;22(2):111-131.
14. Urdaneta J, Rivera A, García J, Guerra M, Baabel N, Contreras A. Factores de riesgo de depresión posparto en puérperas venezolanas valoradas por medio de la escala de Edimburgo. Rev Chil Obstet Ginecol. 2011;76(2):102-112.
15. Pérez R, Sáez K, Alarcón L, Avilés V, Braganza I, Coleman J. Variables posiblemente asociadas a depresión posparto, según escala de Edimburgo. Rev Obstet Ginecol Venez. 2007;67(3):187-191.
16. Romero G, Dueñas E, Regalado C, Ponce A. Prevalencia de tristeza materna y sus factores asociados. Ginecol Obstet Mex. 2010;78(1):53-57.
17. Aramburú P, Arellano R, Jáuregui S, Parl L, Salazar P, Sierra O. Prevalencia y factores asociados a depresión posparto en Mujeres atendidas en establecimientos de Salud del primer nivel de atención en Lima Metropolitana, junio 2004. Rev. Peru. Epidemiol. 2008;12(3):1-5.
18. Molero K, Urdaneta J, Sanabria C, Baabel N, Contreras A, Azuaje E, Baabel N. Prevalencia de depresión posparto en puérperas adolescentes y adultas. Rev Chil Obstet Ginecol. 2014;79(4): 294-304.
19. Toranzo G. Efectos de un programa preventivo prenatal para la depresión puerperal en primigestas. Cultura Lima (Perú). 2009;23(1):101-118.
20. Rojas G, Fritsch R, Guajardo V, Rojas F, Barroilhet S, Jadresic E. Caracterización de madres deprimidas en el posparto. Rev Med Chile. 2010;138(1):536- 542.
21. Clare C, Yeh J. Postpartum depression in Special Populations: a review. Obstetrical and Gynecological Survey. 2012;67(5):313-323.

22. Watkins S, Meltzer S, Zolnoun D, Stuebe A. Early Breastfeeding Experiences and postpartum Depression. *Obstetrics & Gynecology*. 2011;118(2):214-221.

23. Borda M, Forero C, Ahcar N, Hinestrosa C, Polo S, Staaden M, Valencia M. Depresión y factores de riesgo asociados en embarazadas de 18 a 45 años asistentes al hospital niño Jesús en Barraquilla (Colombia). *Salud Uninorte. Barranquilla (Col.)*. 2013;29(3):394-405.

24. Almanza J, Salas C, Olivares A. Prevalencia de depresión posparto y factores asociados en pacientes puérperas de la clínica de especialidades de la Mujer. *Rev Sanid Milit Mex*. 2011;65(3):78-86.

25. González R, García L. Depresión posparto y factores asociados en población de derechohabiente del ISSSTE en Yucatán. *Revista de la Universidad Autónoma de Yucatán*. 2013;262(1):33-45.

26. Aranz L, Ruiz J, Aguirre W, Bocanegra E, Ochoa G, Camacho M, Gaviño S, Cervantes J. Modelo de la intervención temprana en la depresión posparto en un hospital de tercer nivel. *Rev Esp Med Quir*. 2012;17(2):100-108.

27. García L, Farré B, Serra B. Detección in situ de la depresión posparto (DPP) y alteración del vínculo materno-filial en el hospital universitario Quiron Dexeus. Resultados preliminares. *C. Med. Psicosom*. 2014;109(1):22-30.

28. Navas W. Depresión posparto. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*. 2013;70(608):639-647.

29. Aranz L, Aguirre W, Ruiz J, Gaviño S, Cervantes J, Carsi E, et al. Enfoque multidisciplinario en la depresión posparto. *Ginecol Obstet Mex*. 2008;76(6):341-348.

30. Chávez M, González I. Presencia de la depresión perinatal y la relación madre-infante. Estrategia metodológica para una mirada sociocultural. *Revista Diversitas-perspectivas en Psicología*. 2008;4(1):101-111.

31. Quelopana A, Champion J. validación del cuestionario "postpartum depression screening scale" versión en español en mujeres de arica, Chile. *Ciencia y Enfermería*. 2010;16(1):37-47.

32. Acuña L. González D. Bruner C. La escala de reajuste social de Holmes y Rahe en México: Una revisión después de 16 años. *Revista Mexicana de Psicología*. 2012;29(1):16-32.

33. Arbat A, Danes I. Depresión posparto. *Med Clin (Barc)*. 2003;121(7):673-675.

34. Gomea A. Depresión en el embarazo y el posparto. *Offarm*. 2007;26(1):44-54.

Anexos

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION 1 NOROESTE
JEFATURA DE EDUCACION E INVESTIGACION
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20
(ANEXO 1)**

ENCUESTA DE SALUD A LA MUJER EN EL PUERPERIO

FICHA DE IDENTIFICACION

1. Folio: _____
2. Nombre: _____
3. No. Afiliación: _____
4. Edad: _____
5. Ocupación:
a) Hogar b) Empleada c) Estudiante

NIVEL SOCIOECONOMICO

1. Capital humano:
 - a) Nombre del jefe de familia: _____
 - b) Escolaridad del jefe de familia: _____
2. Tecnología y entretenimiento:
 - a) Numero de televisión a color: _____
 - b) Computadora: _____
3. Infraestructura practica:
 - a) Numero de focos: _____
 - b) Numero de autos: _____
 - c) Estufa: _____
4. Infraestructura sanitaria:
 - a) Baños: _____
 - b) Regadera: _____
5. Infraestructura básica:
 - a) Tipo de piso: _____
 - b) Número de habitaciones: _____

FICHA SOCIODEMOGRAFICA

1. Estado civil:

- a) Soltera b) Casada c) Unión libre d) Divorciada

2. Escolaridad:

- a) Primaria b) Secundaria c) Educación media superior
d) Educación Superior e) Maestría f) Doctorado

ANTECEDENTES EN LA FAMILIA

A algún miembro de su familia le diagnosticaron depresión y/o ansiedad:

- a) Si b) No

VARIABLES REPRODUCTIVAS Y SOCIALES

1. G:____, P:____, C:____, A:____, Numero de hijos vivos:_____

2. Fue un embarazo de alto riesgo:

- a) Si b) No

3. Fue un embarazo planeado:

- a) Si b) No

4. Es un bebe aceptado:

- a) Si b) No

5. Fecha de nacimiento de su bebe:_____

6. Vía de resolución del embarazo:

- a) Parto b) Cesárea

7. A las cuantas semanas nació su bebe:

- a) De las 22 a las 36 semanas
b) De las 37 a las 40 semanas
c) Después de la 41 semana

8. Tuvo alguna complicación su bebe al nacer:

- a) Si b) No

9. Ha presentado dificultad en la lactancia:

- a) Si b) No

10. Cree que su bebe es difícil de cuidar:

- a) Si b) No

11. Con cuantas personas vive actualmente: _____ y ¿Quiénes son? _____

Si vives con tu pareja deberás contestar la **pregunta 13**

12. La relación con su madre es:

- a) Buena b) Distante c) Conflictiva d) Separadas

13. La relación con su pareja es:

- a) Buena b) Distante c) Conflictiva d) Separados

Si la relación es distante encierra si es:

- a) Emocional b) Físico c) Ambas

14. Cuando tiene algún problema, a quien recurre para ayudarla a resolverlo:

15. Un ser querido o algún familiar ha fallecido recientemente, o se ha separado de usted: _____

¿Quién? _____

16. ¿Anteriormente le habían diagnosticado depresión o ansiedad?

a) Si b) No

17. ¿En sus embarazos anteriores le diagnosticaron depresión postparto?

a) Si b) No

18. ¿Sientes que tu pareja constantemente te está controlando?

Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____

19. ¿Te acusa de infidelidad o de que actúas en forma sospechosa?

Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____

20. ¿Has perdido contacto con amigas, familiares, compañeras/os de trabajo para evitar que tu pareja se moleste?

Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____

21. ¿Te critica y humilla, en público o en privado, sobre tu apariencia, tu forma de ser, el modo en que haces tus tareas hogareñas?

Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____

22. ¿Controla estrictamente tus ingresos o el dinero que te entrega, originando discusiones?

Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____

23. Cuando quiere que cambies de comportamiento, ¿te presiona con el silencio, con la indiferencia o te priva de dinero?

Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____

24. ¿Tiene tu pareja cambios bruscos de humor o se comporta distinto contigo en público, como si fuera otra persona?

Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____

25. ¿Sientes que estás en permanente tensión y que, hagas lo que hagas, él se irrita o te culpabiliza?

Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____

26. ¿Te ha golpeado con sus manos, con un objeto o te ha lanzado cosas cuando se enoja o discuten?

Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____

27. ¿Te ha amenazado alguna vez con un objeto o arma, o con matarse él, a ti o a algún miembro de la familia?

Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____

28. ¿Sientes que cedes a sus requerimientos sexuales por temor o te ha forzado a tener relaciones sexuales?

Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____

29. Después de un episodio violento, él se muestra cariñoso y atento, te regala cosas y te promete que nunca más volverá a golpearte o insultarte y que "todo cambiará"

Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____

30. ¿Has buscado o has recibido ayuda por lesiones que él te ha causado? (primeros auxilios, atención médica, psicológica o legal)

Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____

31. ¿Es violento con los hijos/as o con otras personas?

Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____

32. ¿Ha sido necesario llamar a la policía o lo has intentado al sentir que tu vida y la de los tuyos han sido puestas en peligro por tu pareja?

Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____

ESCALA DE EDIMBURGO (Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Br J Psychiatry 1987; 150: 782-6)*

*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**.*

- | | |
|---|--|
| 1. He podido reír y ver el lado bueno de las cosas:
Tanto como siempre
No tanto ahora
Mucho menos
No, no he podido | No, casi nunca
No, nada |
| 2. He mirado el futuro con placer
Tanto como siempre
Algo menos de lo que solía hacer
Definitivamente menos
No, nada | 7. Me he sentido tan infeliz, que he tenido dificultad para dormir:
Si, casi siempre
Si, a menudo
No muy a menudo
No, nada |
| 3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas marchaban mal
Si, casi siempre
Si, algunas veces
No, muy a menudo
No, nunca | 8. Me he sentido triste y desgraciada:
Si, casi siempre
Si, bastante a menudo
No, muy a menudo
No, nada |
| 4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo
No, nada
Casi nada
Si, a veces
Si, a menudo | 9. He estado tan infeliz que he estado llorando:
Si, casi siempre
Si, bastante a menudo
Solo ocasionalmente
No, nunca |
| 5. He sentido miedo o pánico sin motivo alguno
Si, bastante
Si, a veces
No, no mucho
No, nada | 10. He pensado en hacerme daño a mi misma
Si, bastante a menudo
Si, a menudo
Casi nunca
No, nunca |
| 6. Las cosas me oprimen o agobian:
Si, casi siempre
Si, a veces | |

Escala de Detección Sistemática de Depresión Posparto (PDSS) versión en español, de Cheryl Tatano Beck y Robert K. Gable.

Trastornos del sueño/alimentación

Tenía problemas para dormir aunque mi bebe estuviera durmiendo.
Perdí el apetito.
Me desesperaba en la noche y tenia dificultad en volver a dormirme.
Me daba la vuelta en la cama por largo tiempo, tratando de quedarme dormida.
Sabía que debía comer pero no podía.

Ansiedad/Inseguridad

Me ponía ansiosa por lo más mínimo que tuviese que ver con mi bebé.
Me sentía totalmente agobiada (harta).
Me sentía tremendamente nerviosa (quería escapar de mi misma).
Me sentía sola.
Sentía que tenía que seguir moviéndome de un lado a otro.

Sensibilidad Emocional

Sentía un sube y baja emocional.
Temía que jamás volvería a ser feliz.
Lloraba mucho sin razón.
He estado muy irritable.
Me sentía llena de rabia (ira) y a punto de explotar.

Confusión Mental

Sentía que estaba perdiendo la razón.
No podía concentrarme en nada.
Pensé que me estaba volviendo loca.
Tenía dificultad aun para tomar una simple decisión.
Tenía dificultad para concentrarme en una tarea.

Sentirse Perdida

Tenía miedo de nunca volver a ser la misma de antes.
Empecé a desconocerme a mí misma.
Ya no sabía quién era yo.
Me sentía como si no fuera una persona normal.
No me sentía real (autentica).

Culpabilidad/Vergüenza

Sentía como si yo no fuera la madre que quería ser.
Sentía como si muchas madres fueran mejores que yo.
Me sentía culpable porque no podía sentir tanto amor como debería por mi bebé.
Sentía que tenía que esconder lo que pensaba/sentía por mi bebé.
Me sentía un fracaso como madre.

Pensamientos Suicidas

Llegue a pensar que la muerte parecería ser la única solución.
Empecé a pensar que estaría mejor muerta.
Quería hacerme daño.
Creía que mi bebe estaría mejor sin mí.
Sentía que lo que quería era dejar este mundo.

ESCALA DE EVENTOS CRITICOS DE THOMAS HOLMES

Evento Critico	SI	Valor
1. Muerte del cónyuge		
2. Divorcio		
3. Separación matrimonial		
4. Causas penales		
5. Muerte de un familiar cercano		
6. Lesión o enfermedad personal		
7. Matrimonio		
8. Pérdida del empleo		
9. Reconciliación matrimonial		
10. Jubilación		
11. Cambios en la salud familiar		
12. Embarazo		
13. Problemas sexuales		
14. Nacimiento de un hijo		
15. Reajuste en los negocios		
16. Cambios en el estado financiero		
17. Muerte de un amigo muy querido		
18. Cambio a línea diferente de trabajo		
19. Cambio de numero de discusiones con la pareja		
20. Hipoteca mayor		
21. Juicio por una hipoteca o préstamo		
22. Cambio de responsabilidad en el trabajo		
23. Uno de los hijos abandona el hogar		
24. Dificultades con los parientes políticos		
25. Logro personal notable		

26. La esposa comienza o deja de trabajar		
27. Inicia o termina la escuela		
28. Cambio en las condiciones de vida		
29. Revisión de hábitos personales		
30. Problemas con el jefe		
31. Cambio de horario o condiciones de trabajo		
32. Cambio de residencia		
33. Cambio de escuela		
34. Cambio de recreación		
35. Cambio en las actividades religiosas		
36. Cambio en las actividades sociales		
37. Hipoteca o préstamo menor		
38. Cambio en los hábitos del sueño		
39. Cambio en el numero de reuniones familiares		
40. Cambio en los hábitos alimentarios		
41. Vacaciones		
42. Fiestas navideñas y reyes magos		
43. Problemas legales menores (incluyendo sanciones de tráfico)		
Total		



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO ANEXO 2
(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Frecuencia de depresión posparto y sus causas en pacientes de 18 a 38 años en la UMF No. 20
Patrocinador externo (si aplica):	
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar no. 20, Calzada Vallejo 675 col. Magdalena de las Salinas México D.F. Delegación G.A.M.
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Determinar la frecuencia de depresión posparto y sus causas en pacientes de 18 a 38 años en la UMF No. 20. Para que el médico familiar identifique oportunamente durante el embarazo y puerperio, los síntomas relacionados con la depresión posparto, haciendo una intervención oportuna para evitar desenlaces negativos sobre el binomio madre/niño y la familia.
Procedimientos:	Realizar encuestas a pacientes puérperas de 18-38 años en la consulta externa de Medicina Familiar en la UMF No. 20.
Posibles riesgos y molestias:	Ningún Riesgo, con la posible susceptibilidad por las preguntas hechas en la encuesta.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	La depresión posparto se identificara en primer nivel para dar un manejo y tratamiento adecuado, para que no tenga repercusiones en la familia, y si tiene riesgo alto de depresión se canalizara con especialista
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se explicara el estimado de las puntuaciones y resultado si la paciente lo desea conocer de forma confidencial así como la posible invitación acudir con su Psicólogo para su valoración si lo amerita.
Participación o retiro:	Podrá participar toda mujer en estado puerperal de 18 a 38 años derechohabiente al IMSS de la UMF No. 20 y si existe alguna incomodidad tendrá derecho a devolver el documento y podrá retirarse sin alguna objeción de voluntariedad.
Privacidad y confidencialidad:	Apegado a los códigos éticos de investigación en humanos como lo marca la Ley general de Salud
En caso de colección de material biológico (si aplica):	
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	
Beneficios al término del estudio:	
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Dra. Brenda Judith Muñoz Valeriano. Médico Residente de segundo año. Mat: 98351801. UMF No. 20 IMSS en Calz. Vallejo 675 Col. Magdalena de las Salinas, México D.F. Tel. 55874422 Ext 15320 y 15368 E-mail: basick_8@hotmail.com
Colaboradores:	Dra. Santa Vega Mendoza. Médico Familiar, Maestra en Ciencias de la Educación. Mat: 11660511. UMF No. 20 IMSS en Calz. Vallejo 675 Col. Magdalena de las Salinas. México D.F. Tel. 55874422 Ext 15320 y 15368 E-mail: drasanta.vega0473@yahoo.com.mx y santa.vega@imss.gob.mx
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congressos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx	

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Clave: 2810-009-013