



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

HOSPITAL GENERAL REGIONAL CON UMF #1

DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS DEL HGR CMF No. 1
Número de registro SIRELCIS R-

TESIS QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

ZURISADAI VÁZQUEZ GÓMEZ



ASESORES DE TESIS:
JUÁREZ HUICOHEA NANCY ELIZABETH
FERNÁNDEZ CRUZ MARTHA CRISTINA

CUERNAVACA, MORELOS A JUNIO DEL 2017



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.

CUERNAVACA, MORELOS A JUNIO DEL 2017

"DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS DEL HGR CMF No. 1"

**TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:**

**VÁZQUEZ GÓMEZ ZURISADAI
DE MEDICINA FAMILIAR DEL HGR #1**

A U T O R I Z A C I O N E S:

**DRA. ANITA ROMERO RAMÍREZ
COORD. DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL**

**DRA. LAURA ÁVILA JIMÉNEZ.
COORD. AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**DRA. MARÍA CRISTINA VÁZQUEZ BELLO.
COORD. AUXILIAR MEDICO DE EDUCACIÓN EN SALUD.**

**DRA. GLADHIS RUIZ CATALÁN
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**DRA. MÓNICA VIVIANA MARTÍNEZ MARTÍNEZ.
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**

"DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS DEL HGR CMF No. 1"

ASESORAS DE TESIS

**DRA NANCY ELIZABETH JUÁREZ HUICOCHEA
PSIQUIATRA ADSCRITA DEL HGR No.1 C/MF**

**DRA. FERNÁNDEZ CRUZ MARTHA CRISTINA
PSIQUIATRA ADSCRITA DEL HGR No. 1 C/MF**

CUERNAVACA, MORELOS A JUNIO DEL 2017

“DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS DEL HGR CMF No. 1 “

TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:

VÁZQUEZ GÓMEZ ZURISADAI

A U T O R I Z A C I O N E S

DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

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

“DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS DEL HGR CMF No. 1”

TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:

VÁZQUEZ GÓMEZ ZURISADAI
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR

PRESIDENTE

DR. FRANCISCO JAVIER CARBALLIDO VALLE
MEDICO GINECÓLOGO
ADSCRITO AL HGR No.1

SECRETARIO

DR. JUAN ORTIZ PERALTA
MEDICO FAMILIAR, M en E.
JUBILADO

VOCAL

DRA. NANCY ELIZABETH JUÁREZ HUICOCHEA
MEDICO PSIQUIATRA
ADSCRITO AL HGR No.1

VOCAL

DRA. MARTHA CRISTINA FERNÁNDEZ CRUZ
MEDICO PSIQUIATRA
ADSCRITO AL HGR No.1

ÍNDICE GENERAL

| | |
|--|----|
| Titulo | 7 |
| Resumen | 7 |
| Marco Teórico | 9 |
| Planteamiento del problema | 23 |
| Pregunta de Investigación..... | 24 |
| Justificación..... | 24 |
| Objetivos | 25 |
| Objetivo General | 25 |
| Objetivo Específicos | 25 |
| Metodología | 26 |
| Tipo de Estudio | 26 |
| Población, Lugar y Tiempo de Estudio. | 26 |
| Muestra y Muestreo | 26 |
| Criterios de Selección..... | 27 |
| Criterios de Inclusión. | 27 |
| Criterios de Exclusión. | 27 |
| Criterios de Eliminación..... | 27 |
| Operacionalización de las variables | 28 |
| Descripción del Estudio | 31 |
| Aspectos Éticos | 32 |
| Resultados | 33 |
| Discusión..... | 39 |
| Conclusión..... | 50 |
| Referencias Bibliográficas..... | 53 |
| Anexos..... | 59 |
| Ficha de identificación..... | 59 |
| Instrumento..... | 60 |

" DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS DEL HGR CMF No. 1"

*Dra. Juárez Huicochea Nancy Elizabeth, Psiquiatra, Adscrita al HGR No.1 CMF Turno matutino
Dra. Fernández Cruz Martha Cristina, Psiquiatra, Adscrita al HGR No.1 CMF Turno vespertino
Zurisdai Vázquez Gómez, Residente de segundo año de la especialidad en Medicina Familiar, adscrito al HGR No.1 CMF*

Resumen

Introducción: La *depresión* es una alteración patológica del estado de ánimo con descenso del humor en el que predominan los síntomas afectivos (tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar, e impotencia frente a las exigencias de la vida) además en mayor o menor grado están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático, por lo que es una afectación de la vida psíquica. Existen 3 tipos de padecimientos afectivos que se pueden presentar en el puerperio. La tristeza postparto o *Baby Blues*, la depresión propiamente y la psicosis postparto.

La *depresión postparto* es cualquier enfermedad depresiva no psicótica que ocurre en la madre durante el primer año después del nacimiento y el instrumento mayormente utilizado para detectar depresión postnatal es La Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (Edinburgh Postnatal Depression Scale o EPDS). La frecuencia reportada por la OMS es del 13%, no se encuentran reportes de esta patología en el estado de Morelos a pesar de su alta prevalencia y las graves repercusiones en la calidad de vida a nivel personal, familiar y social pudiendo llegar al suicidio.

Objetivo: Estimar la frecuencia de la depresión postparto en la población puérpera en el Hospital General Regional No.1 con Medicina Familiar.

Material y métodos: Estudio de tipo transversal, descriptivo y retrospectivo. La población de estudio fueron pacientes puérperas adscritas al HGR No.1 CMF. Se formaron 2 grupos:

El primero, menores a las 4 semanas postparto y el segundo grupo, entre las 4.1 y 13 semanas postparto. A todas se les evaluó con la aplicación de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo de forma auto-administrada, previa firma de consentimiento informado y los caso de detecciones positivas fueron referidas al servicio de psicología de esta unidad médica.

Resultados: Se obtuvo una muestra de 138 pacientes puérperas de entre 17 y 41 años de edad, media de 29.1 años y desviación estándar de ± 6.9 años. En el subgrupo de menos de 4 semanas de puerperio comprendido por 73 (52.9%) pacientes se detectaron 16 (11.6%) casos y en el grupo con 4.1 a 13 semanas de puerperio con 65 (47%) pacientes se identificaron 56 (40.6%) casos. En sumatoria fueron 72 casos con una frecuencia reportada del 52.2%.

Conclusiones: Se reporta una frecuencia del 11.6% en las primeras 4 semanas de puerperio, entre las 4.1 y 13 semanas postparto es del 47% y en conjunto se estimo una frecuencia del 52.2%. La cual es superior a la reportada en la literatura. Por lo que se refleja la presencia de este problema y su alta frecuencia en nuestro medio, corroborando que se trata de un problema de salud pública, ya que representa una causa importante de morbilidad a nivel mundial a pesar de que cuenta con métodos de detección de fácil acceso y aplicación como la EPDS, las cuales no se están realizando por el personal correspondiente.

Palabras clave: Depresión postparto, trastorno depresivo y periodo posparto

Marco Teórico

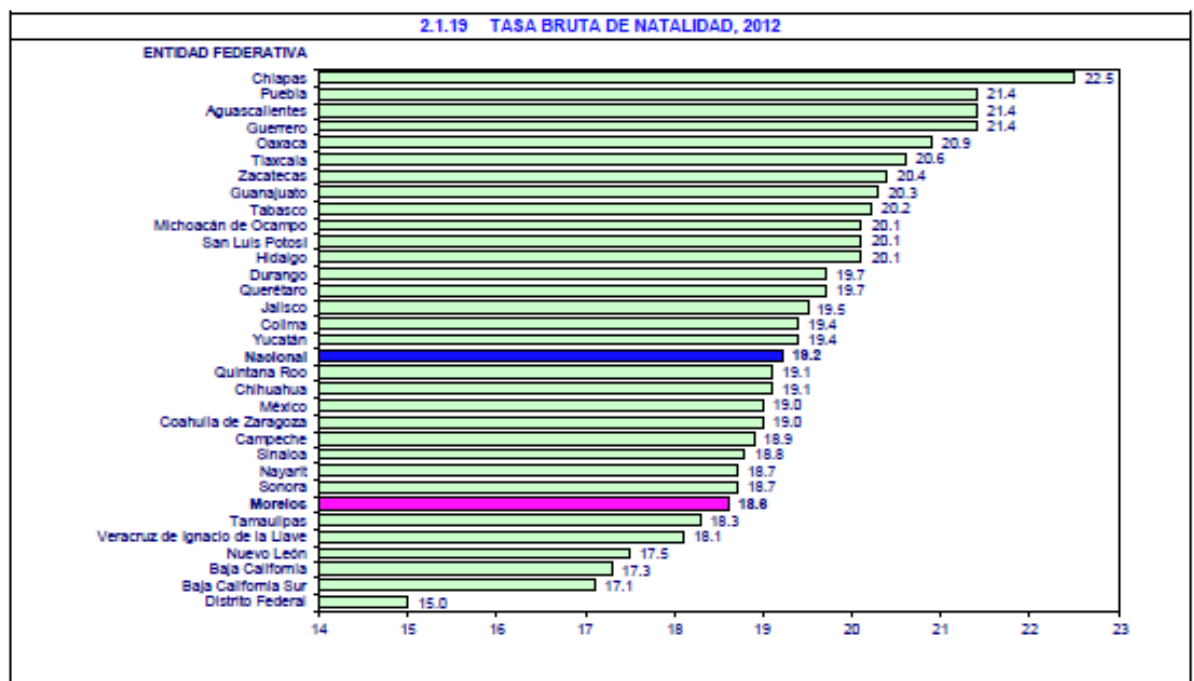
El término puerperio deriva del latín *puer*, niño y *parere*, parir; clínicamente es definido como el periodo que va desde la terminación del parto hasta la recuperación de las condiciones anatómicas y funcionales del aparato genital. La duración de este periodo es de aproximadamente 42 días; la información a este respecto no es uniforme. Algunos manejan que la terminación de este periodo se marca con la aparición del primer ciclo menstrual post-nacimiento, sin embargo, por efecto de la lactancia u otras circunstancias, el primer ciclo menstrual se presenta tardíamente. Otros refieren 60 días y grupos de otras aéreas del conocimiento relacionados con la obstetricia lo llevan a 3 meses después de la resolución obstétrica denominándolo nemotécnicamente como el cuarto trimestre del periodo grávido puerperal. Se clasifica en: Puerperio inmediato (primeras 24hrs del parto normal), Puerperio mediano (2° al 7° día) y Puerperio tardío (8° a los 42 días). Este periodo se caracteriza por el restablecimiento paulatino anatómico y funcional de todas las modificaciones gravídicas; a través de un proceso de involución, hasta casi restituir las a su estado pre-gravídico. Al ser expulsada la placenta en el alumbramiento durante el 3er periodo del parto hay un súbito cambio endocrino debido a la falta del aporte de importantes hormonas que eran la causa de las modificaciones que presentó el organismo en general y el aparato genital en particular. Los niveles de hormonas como los estrógenos, progesterona y lactógeno placentario que eran producidos por la placenta descienden pocos días después del parto. El sistema endocrino en general, regresa paulatinamente a sus niveles funcionales preconcepcionales; la prolactina hormona producida por la adenohipofisis presente en pequeñas cantidades en el embarazo, ahora se produce en cantidades crecientes, que al actuar sobre los acinos glandulares mamarios, previamente preparados por los estrógenos y la progesterona

determinan la secreción láctea o lactopoyesis.¹

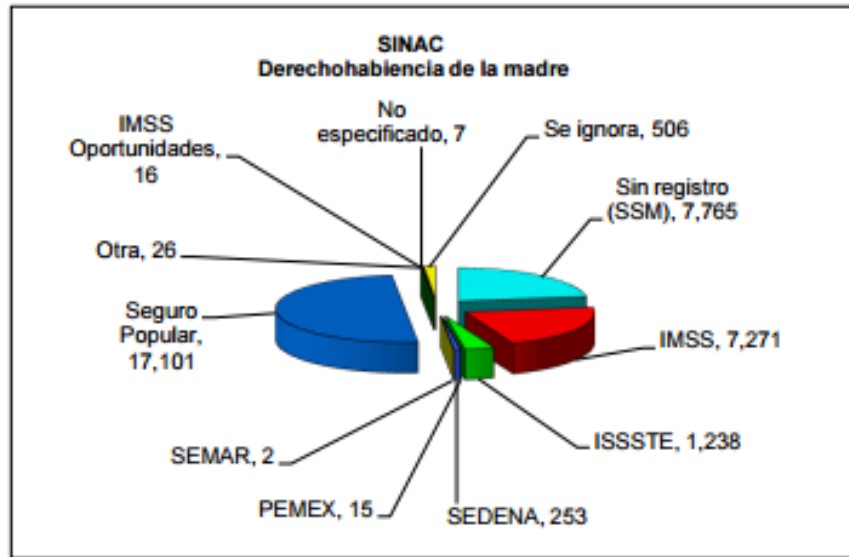
La Population Reference Bureau reportó en su cuadro de datos de la población mundial, que la población a mediados del 2014 era de 7,238 millones de habitantes en el mundo con una tasa de natalidad de 20 nacimientos por cada 1000 habitantes.²

El INEGI en el 2014 reportó que en el 2010 en los Estados Unidos Mexicanos la población total era de 112 336 538 habitantes de los cuales 57 481 307 eran mujeres. De acuerdo al mismo censo de población y vivienda se reportan en el Estado de Morelos una población total de 1 777 227 habitantes: 918 639 (51.7%) mujeres. Las mujeres en edad reproductiva 15-49 años de edad sumaron 489 266 (53.2%) del total de mujeres de la entidad. La población derechohabiente al IMSS es de 466 631 habitantes.³

INEGI Perspectiva estadística. Morelos Diciembre 2012



Sistema de información de Nacimientos 2012



La OMS comunica que la depresión es un problema de salud más frecuente en mujeres que en hombres. 73 millones de mujeres adultas sufren cada año en todo el mundo un episodio de depresión mayor. Los trastornos mentales tales como la depresión afectan al 13% de las mujeres durante el año siguiente al parto y el suicidio es la 7^o causa de muerte entre las mujeres de 20 a 59 años de edad. Por lo que la OMS junto con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) recomiendan mejorar la salud materno infantil a través de la detección de factores asociados y sintomatología depresiva ya que la depresión postparto puede ser prevenible, de fácil detección y cuenta con tratamiento⁴

Castro F. y cols. reportan en su trabajo sintomatología depresiva materna en México: Prevalencia nacional, atención y perfiles de riesgo. Una prevalencia a nivel nacional de 19.91% (IC 95%: 18.19-21.74), de una muestra de 7, 187 mujeres con hijos menores de 5 años de edad utilizando la CESD-7 que cuenta con una sensibilidad del 90% y especificidad del 82%. Lo que

se traduce a que más de 2 millones de mujeres, tienen a su cuidado a 4.6 millones de niños y niñas. En la distribución estatal de prevalencias, Morelos se encuentra con una alta prevalencia del 20% o más.

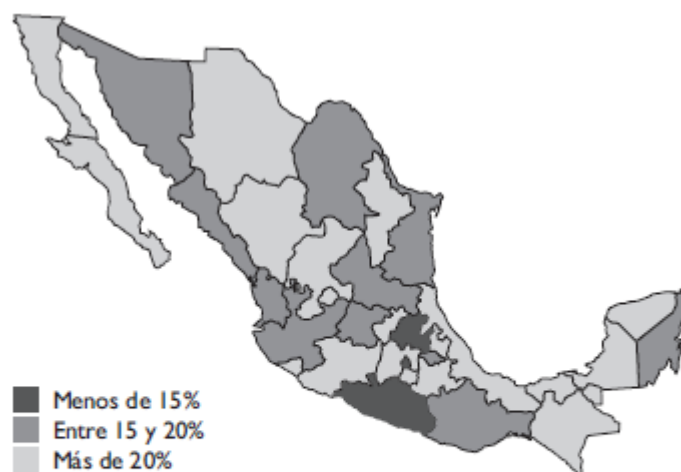


FIGURA 2. PREVALENCIA DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS. MÉXICO, ENSANUT 2012

Por otra parte 17.06% (IC95%:14.03-20.58) mujeres refieren que alguna vez su médico o algún otro servidor de la salud le comunicó que la paciente padecía depresión, pero solo el 59.82% (IC95%:49.96-68.94) recibió algún tipo de tratamiento. Las instituciones donde se han realizado más detecciones son PEMEX, SEDENA y SEMAR y en las pacientes afiliadas al Seguro Popular cuentan con mayores tasas de tratamiento.

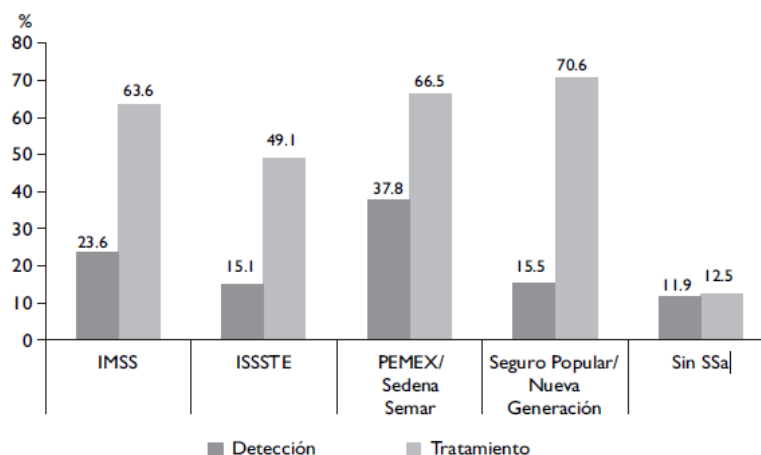


FIGURA I. PORCENTAJE DE MUJERES CON SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA QUE HAN RECIBIDO DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN Y QUE HAN RECIBIDO ALGÚN TRATAMIENTO, DE ACUERDO CON LOS SERVICIOS DE SALUD. MÉXICO, ENSANUT 2012

La probabilidad acumulada reportada por el mismo estudio de varios factores de riesgo es del 69.73%, en el cual se puede incidir si se trabaja en las medidas preventivas para disminuirlo hasta el 13.21%.⁵

La depresión es una alteración patológica del estado de ánimo con descenso del humor en el que predominan los síntomas afectivos (tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) además en mayor o menor grado están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático, por lo que es una afectación de la vida psíquica. Se ha observado un incremento en la incidencia de los trastornos depresivos tras cada década desde 1900, afectando aproximadamente al 10% en hombres y 20% a mujeres en algún momento de su vida. Los trastornos afectivos representan la segunda causa de problemas mentales y la OMS estima que para la 3ra década de este milenio ocupe la segunda causa de discapacidad.⁶

En medicina familiar se trata de una crisis de desvalimiento, por tanto, la madre percibe la

necesidad de cuidado pero en la realidad todos esperan que sea la madre la que proporcione los cuidados al recién nacido, ya que este requiere mayor cuidado, el padre deja de interesarse aparentemente por la madre para proporcionarle los cuidados al neonato, por lo que la madre ve con resentimiento la actitud obstinada del bebé o temen dañarlo.⁷

Una crisis familiar es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado por la imposibilidad de manejar las situaciones. Durante el ciclo vital familiar se presentan varias crisis consideradas normativas las cuales son situaciones planeadas o esperadas como el embarazo y la llegada de un nuevo integrante familiar, sin embargo en algunas situaciones estas crisis consideradas normativas viran y se consideran no normativas o paranormativas las cuales son situaciones adversas o inesperadas como el embarazo no deseado, relaciones prematrimoniales, trastornos durante el parto y el puerperio, enfermedades físicas o mentales.⁸

Existen 3 tipos de padecimientos afectivos que se pueden presentar en el puerperio. La tristeza postparto o *Baby Blues*; que aparece entre los 2 y 4 días posteriores al parto de intensidad y duración variable, alivio espontáneo dentro de las 3 semanas posteriores al alumbramiento, no requiere atención médica o psicológica. La depresión postparto propiamente; de acuerdo a la nomenclatura psiquiátrica es un trastorno/episódico depresivo de inicio en el postparto. Los trastornos depresivos; El Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM V) es clasificado como Trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo depresivo 296.99(F34.8) con especificación de inicio en el peri-parto. En el CIE-10: Trastornos mentales y del comportamiento. Categorización: F32 Episodio depresivo leve, moderado o grave sin síntomas psicóticos y F53.0 Trastornos mentales y del comportamiento en el puerperio no clasificados en otro lugar como leves (depresión postnatal/postparto NOS). La psicosis postparto;

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM V) es clasificado como F23.8x Trastorno psicótico breve (298.8) de inicio en el postparto. En el CIE-10 F23.x0 Trastorno psicótico agudo y transitorio debido a situación no estresante aguda, F53.1 Trastornos mentales y del comportamiento en el puerperio no clasificados en otro lugar como graves (psicosis puerperal NOS). Entre los métodos y herramientas para un adecuado diagnóstico se encuentra la Entrevista Clínica Estructurada (SCID I por sus siglas en inglés: *Structural Clinical Interview*). Es una entrevista semiestructurada para establecer los diagnósticos más importantes del Eje I del DSM-V, y se utiliza el módulo del estado de ánimo. El diagnóstico se realiza en dos etapas: rastreo con un test de autoaplicación, seguido de entrevista diagnóstica en casos positivos. Para ello, se han utilizado varias escalas, siendo la Escala para Depresión del Centro Epidemiológico (CES-D), el Cuestionario Sobre la Salud del Paciente y la escala de Edinburgo para depresión posparto (EPDS), las más conocidas y usadas para la detección de la depresión posparto. Otras escalas con utilidad validada en poblaciones hispanas en Estados Unidos, es la de tamizaje para depresión posparto de Beck y Gable, Escala de Hamilton y Hospital Anxiety and Depression Scale.^{9,10}

El inventario de depresión de Beck con 21 ítems valora las manifestaciones psicológicas y somáticas de 2 semanas de evolución de episodios depresivos mayores como lo operativo en el DSM-V. Toma en cuenta la agitación, falta de autoestima, dificultad para concentrarse y pérdida de la energía para evaluar la intensidad de la depresión.¹¹

La escala para la depresión del centro epidemiológico (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale [CESD-20; Radloff, 1977]) desarrollada para medir los síntomas depresivos de la población general de los Estados Unidos, evalúa la última semana con 20 ítems, incluye las

diferentes etapas de la depresión: afección depresiva, afecto positivo, síntomas somáticos, actividad lenta e interpersonal.

El cuestionario sobre la salud del paciente (The Patient Health Questionnaire–9 [PHQ-9; Spitzer, Kroenke, & Williams, 1999]) concuerda con los 9 criterios de la depresión considerados por la DSM-V (American Psychiatric Association, 1994, valora las dos semanas previas a la aplicación de la encuesta, cada ítem con 4 posibilidades de respuesta con un puntaje total de 27.¹²

La Escala de Hamilton para la Depresión (HRSD; Hamilton, 1960, 1967) es mayormente utilizada para valorar la gravedad de la depresión, los cambios en su severidad con el tiempo y la eficacia del tratamiento. Contempla los síntomas corporales y conductuales^{13,14}

El Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) consta de una autoevaluación con 14 ítems creada para indagar la posibilidad de ansiedad y depresión en un ambiente clínico, no psiquiátrico, fue utilizada por Snaith y Zigmond subdividida en 2 escalas. La primera para evaluar la ansiedad (HADS A) que consta de 7 ítems y la otra para depresión (HADS D), cada ítem con una posibilidad de 4 respuestas lo que da una puntuación total de 21 para cada uno.¹⁵

La Escala de Depresión Postparto contiene 35 ítems, valora dos semanas previas a la aplicación del instrumento, identifica síntomas relacionados con las alteraciones del sueño y alimenticios, sentimientos de inseguridad, labilidad emocional, alteraciones cognitivas, pérdida del "yo", culpa o vergüenza, pensamientos de auto infligió de daño.

En este estudio se utilizará la escala de Edinburgh para depresión postparto (EPDS) desarrollada por Cox et al 1987. Que sirve para medir la intensidad de los síntomas depresivos cognoscitivos específicamente en púerperas discriminando entre síntomas físicos y psicológicos que son característicos de este periodo de la vida. Consta en un auto cuestionario de 10 ítems,

cada uno con un puntaje de 0 a 3, se resuelve en 3-5 minutos, 5 de los ítems para disforia, 2 se relacionan con ansiedad, 1 con sentimientos de culpa, 1 para ideación suicida y otro para la dificultad de concentración, requiere un nivel de lectura bajo. La valoración por este cuestionario contempla siete días previos al día de aplicación de la escala y no se refiere a los sentimientos en el momento de la evaluación. En población mexicana, un puntaje igual o mayor a 11 puntos es sospecha de depresión perinatal, cualquier puntaje distinto de "0" en la pregunta 10 requiere de evaluación adicional dentro de 24hrs. tiene una sensibilidad del 90%, especificidad del 82%, valor predictivo positivo del 77% y un valor predictivo negativo del 94%, para la población de Colombia tiene una consistencia interna 0.78 y una estructura tridimensional del 59.9%.^{16,17,18}

Se han realizado validaciones en diferentes idiomas para diferentes ciudades incluidos el español para la población mexicana, con diferentes puntos de corte dependiendo del estado grávido o puerperal, encontrando un punto de corte de 11/12 puntos para menos de 4 semanas de puerperio una sensibilidad del 75%, especificidad del 93%, valor predictivo positivo del 50% y un valor predictivo negativo del 97,6% y punto de corte de 7/8 puntos para 4-13 semanas de puerperio con una sensibilidad del 75%, especificidad del 84%, valor predictivo positivo de 46,2%, valor predictivo negativo del 94,7%.¹⁹

Pérez Toledo JR. en su tesis titulada Identificación de la depresión postparto y factores de riesgo asociados en pacientes derechohabientes del IMSS adscritas a la unidad de Medicina Familiar No. 140 "Don Adolfo Sánchez Madariaga "de la ciudad de México, D.F, en el año 2010. Estudió a 140 pacientes del sexo femenino, las cuales se encontraban cursando el puerperio fisiológico o postcesárea. Para conocer la frecuencia de depresión postparto en las puérperas derechohabientes del IMSS de tal unidad, por medio de un estudio observacional, descriptivo,

transversal, no comparativo. Elaboró una encuesta que incluyó la escala de depresión postnatal de Edimburgo. Encontrando que 7.9% presentó depresión postparto con un rango de edad de 18 a 32 años. Por lo que la frecuencia de la depresión postparto fue similar a la reportada en la literatura nacional e internacional, y se considera que la depresión postparto tiene un sub-registro en cuanto al diagnóstico de este trastorno; entre las posibles causas de este sub-registro se encuentran la falta de habilidad o el poco interés del personal médico para reconocer la sintomatología depresiva.²⁰

Álvarez Escutia A y Cols. En el trabajo Frecuencia de depresión posparto en pacientes de dos clínicas de medicina Familiar en México “Dr. Ignacio Chávez” y “Tlalnepantla” de junio a octubre del 2006 indagaron la frecuencia de depresión posparto en mujeres derechohabientes de estas dos clínicas por medio de un estudio observacional, transversal, descriptivo en las pacientes en el posparto de 4 semanas a 6 meses. Previo consentimiento informado, se aplicó el instrumento que constó de cinco secciones: 1) ficha de identificación, 2) antecedentes gineco-obstétricos, 3) información de los integrantes de la familia, 4) criterios del DSM IV y 5) cuestionario de EDPS. La aplicación de 130 cuestionarios, detectaron sospecha de depresión posparto de acuerdo a los criterios del DSM IV 32 pacientes (24.6%) y con el EDPS 22 pacientes (16.9%). Encontrándose sensibilidad del 53%, especificidad 94% con un valor predictivo positivo de 77% y un valor predictivo negativo del 86%. El promedio de edad fue de 29.4 años, estado civil casada 70.8%, predominaron las amas de casa con 47.7% y las profesionistas 23.1%, la edad promedio de los bebés fue de tres meses, el 71% vivían con su pareja e hijos. Por lo que el EDPS es un instrumento útil para detectar depresión posparto.²¹

Ceballos Martínez y Cols. En la elaboración del estudio depresión durante el embarazo. Epidemiología en mujeres mexicanas realizado en una unidad de primer nivel en Cancún,

Quintana Roo. Estimaron la frecuencia de depresión en mujeres embarazadas, las características epidemiológicas y factores asociados. Con un estudio transversal comparativo con una muestra de 220 embarazadas de 18 a 32 semanas de gestación por medio de la historia clínica y escala de depresión de Edimburgo. Encontrando 6.4 % con depresión, media de edad 26 años y 21.4 % adolescentes. La escolaridad máxima fue secundaria en 50 %, 71.4% en nivel socioeconómico medio bajo, 21.4% sin pareja, 35.7% con antecedente de depresión en la familia y 28.6% con antecedente de tratamiento antidepressivo. Se encontró una frecuencia alta, por lo que es importante realizar la búsqueda intencionada, principalmente en las mujeres que han cursado con algún evento depresivo que ameritara tratamiento, en las adolescentes embarazadas o con antecedente de hijos previos con peso bajo al nacer.²²

Nilaweera I y cols. Realizaron una investigación titulada Prevalence, nature and determinants of postpartum mental health problems among women who have migrated from South Asian to high-income countries, publicado en el Journal of Affective Disorders, donde se buscó la prevalencia de la salud mental, naturaleza y determinantes en las mujeres migrantes de Asia a lugares de altos ingresos. Para el cual se realizó la revisión de la literatura de manera sistematizada encontrando 15 estudios en donde la prevalencia variaba desde un 1.9-52%, los más comunes entre 5-20%, los determinantes fueron los factores sociales como la relación con la pareja y el aislamiento social así como barreras para el acceso a los servicios de salud.²³

Bhusal BR y cols. elaboraron la Validating the Edinburgh Postnatal Depression Scale as a screening tool for postpartum depression in Kathmandu, Nepal publicado en el Int J Ment Health Syst. Con el objetivo de lograr la validación de la escala de depresión posnatal de Edimburgo para la población de Kathmandu, Nepal, se obtuvo una muestra de 346 mujeres entre

las 4 y 14 semanas de puerperio quienes fueron examinadas por un psiquiatra utilizando el CIE 10, posteriormente se calculó la sensibilidad, especificidad, VPP, VPN y el área bajo la curva para la versión Nepali. Encontraron una prevalencia del 17.1% de depresión postparto, sensibilidad 92%, especificidad 95.6%, VPP 77%, VPN 99.3% y el área bajo la curva 0.98. concluyendo que la prevalencia fue similar a la reportada en estudios previos y se recomienda como herramienta de tamizaje rápida.²⁴

Ascaso Terrén C. y cols. Publicó en Barcelona, España la Prevalencia de la depresión posparto en las madres españolas: comparación de la estimación mediante la entrevista clínica estructurada y la escala de depresión posparto de Edimburgo encontrado en Med Clin (Barc), buscaron estimar la prevalencia de la depresión posparto a través de una entrevista clínica estructurada y el de auto-informe con la escala de depresión postnatal de Edimburgo, así como su punto de corte sin sesgo, para la cual obtuvieron una muestra de 1 191 pacientes a las cuales se les aplicó la EPDS a las 6 semanas postparto, formaron 2 grupos, un grupo con un puntaje de 9 y otro de forma aleatoria con menor puntaje (16%). El segundo grupo fue valorado por un psiquiatra. Con el uso de EPDS se encontró una prevalencia de 10.5% (intervalo de confianza [IC] del 95%, 8,43-11,87) y en el grupo valorado por el psiquiatra se encontró una prevalencia de 3.6% (IC del 95%, 2,55-4,67) de depresión mayor y 6.5% (IC del 95%, 5,14-7,95) de depresión menor. Por lo que recomiendan la utilización de diferentes puntos de corte uno para la población en riesgo 10/11 y otro para la realización de estudios de prevalencia en estudios epidemiológicos 11/12.²⁵

Salazar Olivares I y cols. En España contribuyen con Influencia de la visita puerperal temprana en la detección y evolución de la depresión posparto, documentado en Prog Obstet

Ginecol. Se buscó demostrar la disminución de la incidencia de la depresión postparto a través de la influencia de la visita puerperal domiciliaria de forma temprana, contaron con la participación de 430 pacientes puérperas sin complicaciones, agrupadas en 2 proporciones uno con visita temporal temprana y el otro control a las que se les aplicó la hospital anxiety and depression scale a los 7 y 30 días. Encontraron 10.2% de casos positivos a los 7 días con una disminución de la incidencia del 0.9% frente al grupo control. por lo que reportan una frecuencia similar a la reportada en la literatura y sugieren que podría disminuir la sintomatología si se realizan visitas puerperales domiciliarias tempranas²⁶

Falah Hassani K. y cols. En Toronto, Canadá trabajaron en Prevalence of postpartum depression among immigrant women: A systematic review and meta-analysis localizado en el Journal of Psychiatric Research, Buscando 3 objetivos: estimar la prevalencia de los síntomas depresivos en migrantes, compararlos con las pacientes no migrantes y determinar los factores de riesgo, por lo que se realizó una búsqueda sistematizada encontrando 24 artículos que reportaban una frecuencia de síntomas depresivos del 20% en las mujeres migrantes, las mujeres migrantes tenían dos veces más riesgo de presentar depresión postparto, los síntomas depresivos se asociaron a tiempo de residencia en el sitio de destino, menor apoyo social, ingresos familiares insuficientes y desajuste marital. por lo que concluyen en que la depresión es un problema común entre las migrantes, quienes tiene mayor riesgo que las no migrantes y se requieren más estudios prospectivos para la determinación de los factores de riesgo.²⁷

Póo F MC y cols. Realizaron el estudio, prevalencia y factores de riesgo asociados a la depresión posparto en puérperas de un centro de atención primaria en el sur de Chile en la Rev Méd Chile, en busca de determinar la prevalencia y los factores de riesgo de depresión postparto

en la población de Temuco, Chile. Con la participación de 73 puérperas de 15 a 32 años de edad que se encontraban entre los 40 y 45 días postparto, se les administró la EPDS y se revisó el estudio clínico para identificar los factores de riesgo en 20 pacientes con probable depresión postparto y 20 sin detección positiva. Se encontró una prevalencia del 50.7% y los factores de riesgo identificados son sentimiento de incomodidad con su cuerpo después del parto, un historial personal de problemas de salud mental y un alto nivel de sobrecarga asociado al cuidado infantil, consumo de alcohol, relación deficiente con el padre del niño durante el embarazo, antecedentes de problemas de salud mental en familiares cercanos, antecedentes de violencia familiar, una mala relación con los padres durante el puerperio y tener más hijos. Por lo que se observa que la depresión postparto es un problema frecuente y se requieren la implementación de programas preventivos con la identificación de los factores de riesgo.²⁸

Ortiz Martínez RA y Cols. Con el artículo prevalencia de tamiz positivo para depresión postparto en un hospital de tercer nivel y posibles factores asociados, buscando la prevalencia de depresión postparto en el hospital universitario de San José Popayán y los factores en el desarrollo de la misma, contaron con 194 puérperas a las que les aplicaron la EPDS considerando un punto de corte de 10 puntos, se recopiló características socio demográficas y escala de apoyo social, los cuales se exploraron con un análisis bivariado. Reportaron una prevalencia del 40.2% IC95%; 33%-47%, los factores fueron patología obstétrica de alto riesgo ORa=2,11; IC 95%, 1,11-4,01, neonato hospitalizado ORa=1,95; IC95%, 1,01-3,76, pobre apoyo social ORa 12,92 IC 95%, 3,61-46,17, no poder lactar ORa=2,85, IC95%, 1,29-6,25, raza negra/indígena ORa=3,13 IC 95% 1,32-7,41, nivel educativo menor a 5 años ORa=2,20; IC 95% 1,03-4,68, y régimen subsidiado ORa=2,61, IC95%, 1,17-5,79. Concluyeron que la depresión postparto tiene una alta

prevalencia mayor a la de los países desarrollados e identificaron como factores asociados la pobreza, las minorías étnicas, pobre apoyo social, resultados adversos maternos y neonatales.²⁹

En Venezuela Fernández Vera JK y Cols. En Colombia con depresión posparto valorada mediante la escala de Edimburgo, determino la prevalencia de depresión postparto atendidas en el servicio de obstetricia obteniendo como muestra 249 mujeres a quienes les aplico la escala de presión postparto de Edimburgo detectando 84.2% adolescentes y 81.5% en adultas, por lo que llego a la conclusión de que la depresión postparto es prevalente sin diferencia entre adolescentes y adultas.³⁰

Planteamiento del problema

El puerperio es el periodo que incluye las primeras semanas siguientes al parto, la duración es imprecisa pero la mayoría de los especialistas la consideran con una duración que va de las 4 a 6 semanas posterior al parto.

Se reporta una natalidad bruta nacional durante el 2012 de 19.2 por cada 1000 habitantes

La depresión postparto es cualquier enfermedad depresiva no psicótica que ocurre en la madre durante el primer año después del nacimiento, de comienzo de forma importante en las primeras 4 a 6 semana después del parto.

El instrumento mayormente utilizado para detectar depresión postnatal es La Escala de Depresión Postnatal Edimburgo (Edinburgh Postnatal Depression Scale o EPDS).

La frecuencia se encuentra en un 10-20% en múltiples estudios en diferentes partes tanto mundiales como nacionales, sub-diagnosticada, a pesar de que esta alteración de la salud mental afecta de forma importante la calidad de vida personal, familiar y social con múltiples

consecuencias entre ellas el suicidio y también repercusiones al producto.

Se observa un incremento en la incapacidad que produce, repercutiendo económica y laboralmente tanto a instituciones de salud pública como a empresas. Por lo que es de vital importancia conocer la magnitud de este problema de salud que afecta a la población puérpera, ya que las mujeres son las mayormente afectadas con predominio durante el postparto.

Ya se habían realizado múltiples estudios para conocer la frecuencia de esta afectación en este tipo de población en diferentes partes de la república Mexicana.

Pregunta de Investigación

¿Cuál es la frecuencia de depresión postparto en las pacientes puérperas del Hospital General Regional No.1 con Medicina Familiar No.1?

Justificación

La conveniencia en realizar este estudio es debido a que representa un problema de salud pública ya que es una de las principales complicaciones perinatales con alta prevalencia en nuestro país, poco diagnosticada y tratada. Pese a su alta prevalencia aun sobre la preeclampsia , parto prematuro y diabetes gestacional entre otros. Con morbilidad, consecuencias y posibles complicaciones importantes en ella y el lactante.

El suicidio es la 7° causa de muerte en mujeres de 20-59 años de edad.

Este estudio sirvió para conocer la magnitud que representa la depresión postnatal en el Hospital General Regional con Unidad de Medicina Familiar No. 1 y de esta forma sensibilizar al

personal que labora en la institución. Esperando con esto beneficiar a la población puérpera, por consecuencia a su descendencia y familia, impactando en su entorno biopsicosocial. Al concientizar al personal médico sobre la existencia de este problema de salud de gran prevalencia que se ha estado escapando dentro de nuestros diagnósticos para realizar las detecciones de estos casos de forma más intensa durante el control perinatal.

La implicación práctica se presenta al dar a conocer la frecuencia de la depresión postnatal para la creación de programas que ayuden a menguar esta patología.

Objetivos

Objetivo General

- Estimar la frecuencia de la depresión postparto en la población puérpera en el Hospital General Regional No.1 con Medicina Familiar.

Objetivo Específicos

- Identificar el grupo etario mayormente afectado.
- Catalogar el estado civil.
- Considerar la escolaridad de las pacientes con sospecha de depresión.
- Advertir el tipo de resolución obstétrica.
- Indicar la paridad de las participantes.
- Registrar las semanas posteriores al parto en la que se presenta este problema de salud.

Metodología

Tipo de Estudio

Enfoque: Cuantitativo

Alcance: Descriptivo

Diseño: Estudio transversal

Características:

Por la manipulación de variables observacional

Por el numero de mediciones transversal

Por la temporalidad de los hechos retrospectivo

Población, Lugar y Tiempo de Estudio.

Pacientes en las primeras 13 semanas de puerperio adscritas en el Hospital General Regional No. 1 con Medicina Familiar entre Agosto 2016 y febrero del 2017 de ambos turnos

Muestra y Muestreo

Muestra: Estimación para un grupo.

Una proporción para una frecuencia esperada del 10% con una precisión del 5% y un α de 0.05 (95%).

$$d = Z_{\alpha} \sqrt{\frac{p_0 \cdot q_0}{n}}$$

despejando "n" se obtiene:

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 \cdot p_0 \cdot q_0}{d^2}$$

donde:

$$(Z\alpha)^2 = 2.7060$$

$$p_0 = 0.1$$

$$q_0 = 1 - 0.1 = 0.9$$

$$d = 0.05$$

$$d^2 = 0.0025$$

por tanto:

$$n = 3.8416 \times 0.1 \times 0.9 / 0.0025 = 138$$

Muestreo: No probabilístico por conveniencia o accidental

Criterios de Selección

Criterios de Inclusión.

- Edad reproductiva.
- Sin antecedentes de depresión.
- Puérperas (postparto o postcesarea) durante las primeras 13 semanas de puerperio.
- Producto vivo y sano.
- Aceptación y firma de consentimiento informado.

Criterios de Exclusión.

- Ingesta de antidepresivos.

Criterios de Eliminación.

- Llenado incompleto o no llenado de los cuestionarios.

- No legibilidad en la lectura de los cuestionarios resueltos.

Operacionalización de las variables

Nombre de la variable: Edad.

Definición conceptual: Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.

Función de la variable: Co variable

Tipo o naturaleza: Cuantitativa

Escala de medición: De razón

Definición operacional o instrumento de medición: pregunta 2. Edad:

Indicador o unidad de medida: Años

Nombre de la variable: Escolaridad

Definición conceptual: Período de tiempo que un niño o un joven asiste a la escuela para estudiar y aprender, especialmente el tiempo que dura la enseñanza obligatoria.

Función de la variable: Co variable

Tipo o naturaleza: Cualitativa

Escala de medición: Ordinal

Definición operacional o instrumento de medición: Pregunta 3. Escolaridad:

Indicador o unidad de medida: Primaria, Secundaria, bachillerato, licenciatura y Postgrado

Nombre de la variable: Estado civil

Definición conceptual: Clase o condición de una persona en el orden social. DER Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto. Conjunto de las circunstancias personales que determinan los derechos y obligaciones de las personas.

Función de la variable: Co variable

Tipo o naturaleza: Cualitativa

Escala de medición: Nominal

Definición operacional o instrumento de medición: Pregunta 4. Estado Civil:

Indicador o unidad de medida: Soltera, casada y unión libre

Nombre de la variable: Paridad.

Definición conceptual: (en obstetricia) Clasificación de una mujer por el número de niños nacidos vivos y de nacidos muertos con más de 28 semanas de gestación. Habitualmente, la paridad se designa con el número total de embarazos

Función de la variable: Co variable

Tipo o naturaleza: Cuantitativa

Escala de medición: De razón

Definición operacional o instrumento de medición: Pregunta 5. Paridad:

Indicador o unidad de medida: 1, 2, 3, Etc.

Nombre de la variable: Resolución Obstétrica

Definición conceptual: Decisión profunda y motivada que pone fin al embarazo, con la declaración de un derecho o negativa de una petición, posterior al análisis de los hechos controvertidos y atendiendo las normas aplicables.

Función de la variable: Co variable

Tipo o naturaleza: Cualitativa

Escala de medición: Nominal

Definición operacional o instrumento de medición: Pregunta 6. Tipo de resolución obstétrica:

Indicador o unidad de medida: Parto o Cesárea

Nombre de la variable: Depresión Postparto

Definición conceptual: Enfermedad o trastorno mental caracterizado por una profunda tristeza, decaimiento anímico, baja autoestima, pérdida de interés por todo y disminución de las funciones psíquicas que se presenta posterior al parto o hasta 4 semanas después.

Función de la variable: Independiente

Tipo o naturaleza: Cualitativa

Escala de medición: Ordinal

Definición operacional o instrumento de medición: Anexo 2. Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo

Indicador o unidad de medida: con sospecha de depresión y sin sospecha de depresión.

Descripción del Estudio

Se realizaron rondines en las salas de espera de la consulta externa de Medicina Familiar del HGR No. 1 con MF. Identificando a las pacientes puérperas que acudían a su cita de Control Perinatal, así como a las pacientes que acudían a medicina preventiva para toma de tamiz neonatal y aplicación de vacunas a los recién nacidos.

Previa identificación y explicación sobre lo tocante al estudio se les solicitó la firma del consentimiento informado a las personas que desearon participar en el estudio, así como mostrar su carnet de citas medicas para verificar el numero de afiliación.

Una vez firmado el consentimiento informado y de haber verificado la afiliación de la paciente se procedió a la realización de las encuestas que fueron aplicadas por el investigador asociado. En el caso de no contar con el carnet de la madre se tomó el número del carnet del hijo y se buscó en el Sistema de Información de Medicina Familiar (SIMF).

En el momento se cuantifico el puntaje obtenido, en caso de cotejar 7 o más puntos de la escala y si pertenecía al grupo de pacientes con más de 4 semanas post evento obstétrico se envió al servicio de psicología para completar estudio de la paciente, se procedió de la misma forma en pacientes con 11 puntos o más y con el antecedente de menos de 4 semanas post evento. En caso de un puntaje diferente al 0 en la pregunta 10 de la escala (he pensado en hacerme daño a mi misma) la paciente se refirió al servicio de psiquiatría en caso de que el evento no se presentara en agudo. En caso de detectar pacientes con ideación suicida en el momento de la aplicación de la escala se hubiese enviado al servicio de urgencias.

Aspectos Éticos

Este estudio se realizó bajo los lineamientos que rige el Código de Núremberg (Normas éticas sobre experimentación en seres humanos) de 1947 creada al final de la Segunda Guerra Mundial, se solicitó la firma de consentimiento informado, se evitó daño físico, mental y cualquier otro innecesario y se levantó la información por medio de un cuestionario auto aplicable, nos basamos en estudios ya realizados en humanos en otros estados a nivel nacional, la información proporcionada es confidencial y solo con propósitos estadísticos del estudio, el grado de riesgo no excede la capacidad humanitaria del problema, se aplicó y manejó por personal capacitado (médico), el sujeto tuvo la libertad para abandonar el estudio en el momento que lo considero necesario sin represarías, así como el investigador tuvo la capacidad de determinar el cese de la investigación.

La declaración de Helsinki como propuesta de los principios éticos para la investigación médica en seres humanos por la Asociación Medica Mundial donde se identificó a nuestro estudio como una Investigación no terapéutica. que corresponde a la investigación no clínica en seres humanos y no tiene por finalidad directa beneficiar al sujeto que participará en ella. vigilando el fundamento antropológico, con un trato adecuado a los sujetos de forma respetuosa, profesional y discreta, pudientes de la autonomía al consentir su participación, la beneficencia al no realizar daño y esperando mejores beneficios para la población en general, vigilando el principio de justicia proporcionando los mismos beneficios a la población participante, manejo de la información de forma anónima sin mención de nombres en la publicación de resultados.

De acuerdo al artículo 17 de la Ley General de Salud en materia de Investigación en Salud este estudio se consideró como investigación de riesgo mínimo ya que se trata de un estudio que

emplea técnicas y métodos de investigación documental retrospectivo, sin realizar intervención ni modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los participantes. Este estudio constó de un cuestionario sin indicación ni trato de los aspectos sensitivos de la conducta.

Resultados

En la Tabla 1. Se presentan las características generales de 138 mujeres en periodo puerperal, dentro las primeras 13 semanas posteriores al evento obstétrico y que se encuentran adscritas al Hospital General Regional No. 1 con Medicina Familiar del IMSS en Cuernavaca, Morelos. Quienes previa aceptación, por medio de la firma del consentimiento informado decidieron participar en el estudio.

Tabla 1 . Características basales de la población (N=138)

| Variable | N (%) |
|-----------------------------|------------|
| Edad | 28.8 ± 5* |
| 17 - 19 años | 5 (3.6) |
| 20 - 30 años | 81 (58.7) |
| 31- 41 años | 52 (37.7) |
| Escolaridad | |
| Primaria | 5 (3.6) |
| Secundaria | 41 (29.7) |
| Bachillerato | 54 (39.1) |
| Licenciatura | 35 (25.4) |
| Posgrado | 3 (2.2) |
| Estado Civil | |
| Soltera | 21 (15.2) |
| Casada | 68 (49.3) |
| Unión Libre | 49 (35.5) |
| Paridad | 2 ± 1* |
| 1 - 3 hijos | 125 (90.6) |
| 4 - 6 hijos | 13 (9.4) |
| Resolución | |
| Parto | 54 (39.1) |
| Cesárea | 84 (60.9) |
| Semanas de puerperio | 4 ± 3* |
| 1 - 4 semanas | 73 (52.9) |
| 4.1 - 13 semanas | 65 (47.1) |

* media ±desviación estándar

La participante más joven fue de 17 años de edad y la de mayor edad fue de 41 años, con una media de 28 años y desviación estándar de ± 5 años, las cuales fueron divididas en 3 grupos encontrando una frecuencias del 58.7% en el grupo de 20 a 30 años en donde se encuentran la mayoría de las encuestadas, posteriormente el 37.7% para las de 31 a 41 años de edad y el menor número de participantes en el grupo de 17 a 19 años de edad con una frecuencia del 3.6%.

En cuanto a la escolaridad el 39.1% de las encuestadas reportaron como último grado de estudios el bachillerato, el 29.7% y el 25.4% reportaron secundaria y licenciatura respectivamente y las escolaridades menor reportadas fueron la primaria con 3.6% y el posgrado con 2.2%.

El estado civil de las encuestadas que más se reportó fue el de casada en el 49.3%, en segundo lugar se reportó unión libre con un 35.5% y en el tercero se encuentran las pacientes solteras que representan el 15.2%.

La media de la paridad de las pacientes fue de 2 hijos con una desviación estándar de ± 1 hijo, la paciente con mayor número de hijos fue de 6. El 90.6% de las pacientes refieren tener de 1 a 3 hijos y solo el 9.4% reportó 4 hijos o más.

El método para la resolución del embarazo mas reportado fue la cesárea con el 60.9% en las pacientes encuestadas y el 39.1% refirieron parto.

La muestra total de 138 mujeres encuestadas se dividió en 2 grupos de acuerdo al punto de corte reportado para la escala de depresión posnatal de Edimburgo en un estudio realizado en Durango para la validación de esta misma escala en la población mexicana. Se obtuvo una media de 4 semanas y desviación estándar de ± 3 semanas. Teniendo así el primer grupo en el que se encuentran las pacientes con 1 a 4 semanas y representan el 52.9% de la muestra y las de 4.1 a 13 semanas representan el 47.1% del total.

Se obtuvo la Tabla 2. Donde se observa a las pacientes con detección positiva para depresión posparto que cursan las primeras 4 semanas de puerperio con las características ya comentadas previamente pero en específico para este grupo.

Tabla 2. Puerperio menor a 4 semanas con y sin depresión (N=73)

| Variable | Con depresión | Sin depresión |
|---------------------|---------------|---------------|
| | N(%) | N(%) |
| Edad | 29.1 ± 6.9* | |
| 17 - 19 años | 1 (1.4) | 2 (2.7) |
| 20-30 años | 9 (12.3) | 32 (43.9) |
| 31 - 41 años | 6 (8.2) | 23 (31.5) |
| Escolaridad | | |
| Primaria | 0 (0.0) | 2 (2.8) |
| Secundaria | 9 (12.3) | 14 (19.2) |
| Bachillerato | 4 (4.5) | 23 (31.5) |
| Licenciatura | 2 (2.7) | 18 (24.7) |
| Posgrado | 1 (1.4) | 0 (0.0) |
| Estado civil | | |
| Soltera | 1(1.4) | 7 (9.6) |
| Casada | 6 (8.2) | 29 (39.7) |
| Unión libre | 9 (12.3) | 21 (28.8) |
| Paridad | 2 ± 1* | |
| 1 - 3 hijos | 13 (17.8) | 54 (74) |
| 4 - 6 hijos | 3 (4.1) | 3 (4.1) |
| Resolución | | |
| Parto | 5 (6.8) | 21(28.8) |
| Cesárea | 11 (15.1) | 36 (49.3) |

* media ±desviación estándar

En este conjunto de datos la media de edad fue de 29.1 años y desviación estándar de 6.9 años. Las pacientes con sospecha de depresión con edad de 20 a 30 años representan el 12.3%, el segundo grupo identificado fue el de 31 a 41 años y en último lugar se encuentran las de 17 a 19 años con un solo caso y que representa el 1.4%.

De acuerdo a la escolaridad el 12.3% tienen la secundaria, el 4.5% el bachillerato y los menos reportados son la licenciatura y el posgrado con frecuencias del 2.7% y el 1.4% respectivamente.

Las pacientes en unión libre con sospecha de depresión representan el 12.3%, 8.2% son casadas y soltera 1.4%.

Las pacientes con sospecha de depresión con menos de 4 semanas tienen una media de 2 hijos con una desviación estándar de ± 1 y la frecuencia fue mayor en las que tienen 3 hijos con el 17.8% y menor en las que tienen 4 hijos o más con el 4.1%.

En las detecciones de este grupo, el 15.1% obtuvieron a su bebé por medio de cesárea y el 6.8% por parto.

La Tabla 3. Muestra las detecciones sospechosas de depresión en puérperas con más de 4.1 semanas después del evento obstétrico, considerando las mismas características generales.

Tabla 3. Puerperio mayor a 4 semanas con y sin depresión (N=65)

| Variable | Con depresión | Sin depresión |
|---------------------|-----------------|---------------|
| | N(%) | N(%) |
| Edad | 28.9 \pm 5.7* | |
| 17 - 19 años | 2 (3.1) | 0 (0.0) |
| 20 - 30 años | 32 (49.2) | 8 (12.3) |
| 31 - 41 años | 22 (33.8) | 1 (1.5) |
| Escolaridad | | |
| Primaria | 2 (3.1) | 1 (1.5) |
| Secundaria | 18 (27.7) | 0 (0.0) |
| Bachillerato | 22 (33.8) | 5 (7.7) |
| Licenciatura | 12 (18.5) | 3 (4.6) |
| Posgrado | 2 (3.1) | 0 (0.0) |
| Estado civil | | |
| Soltera | 6 (9.2) | 6 (9.2) |
| Casada | 28 (43.1) | 3 (4.6) |
| Unión libre | 22 (33.8) | 0 (0.0) |
| Paridad | 2 \pm 1* | |
| 1 - 3 hijos | 49 (75.4) | 9 (13.8) |
| 4 - 6 hijos | 7 (10.8) | 0 (0.0) |
| Resolución | | |
| Parto | 19 (29.2) | 9 (13.8) |
| Cesárea | 37 (56.9) | 0 (0.0) |

* media \pm desviación estándar

La edad media fue de 28.9 años con una desviación estándar de ± 5.7 años. El grupo de 20 a 30 años representa el 49.2%, seguido del de 31 a 41 años con el 33.8% y en último lugar se encuentra representado el grupo de 17 a 19 años con el 3.1%.

La escolaridad categorizada como bachillerato representa el 33.8% de las puérperas de este grupo, seguidamente se reportan la secundaria y la licenciatura con el 27.7 y el 18.5% respectivamente y por último se encuentra el posgrado y la primaria, ambos con el 3.1%.

El estado civil casada fue el más reportado por las pacientes en el 43.1%, unión libre en el 33.8% y solteras 9.2%.

La media de hijos fue de 2 hijos con una desviación estándar de ± 1 . Las puérperas con sospecha de depresión posparto refieren menos de 3 hijos en el 75.4% y 10.8% tienen 4 o más hijos.

Por medio de la cesárea se obtuvo el 56.9% de los bebés de las pacientes con sospecha de depresión posparto y solo el 29.2% por vía vaginal.

La Tabla 4. Nos muestra al conjunto de pacientes puérperas agrupadas en puerperio de 1 a 4 semanas con y sin depresión, el grupo de 4.1 a 13 semanas de puerperio con y sin depresión y también nos muestra los totales.

Tabla 4. Total de puérperas con y sin depresión

| Semanas | Con depresión | Sin depresión | Total |
|-------------------------|---------------|---------------|-------|
| | N(%) | N(%) | N |
| 1 a 4 semanas | 16 (11.6) | 57 (41.3) | 73 |
| 4.1 a 13 Semanas | 56 (40.6) | 9 (6.5) | 65 |
| Total | 72 (52.2) | 66 (47.8) | 138 |

En el grupo de 1 a 4 semanas de puerperio se detectaron 16 casos sospechosos de depresión posparto representados por el 11.6%, en el grupo de 4.1 a 13 semanas de puerperio se detectaron 56 casos sospechosos con el 40.6% de representación, de las encuestas realizadas a las 138 mujeres. Por lo que de acuerdo a los resultados obtenidos se detectaron en total 72 casos con sospecha de depresión posparto y se tiene una frecuencia del 52.2% en el Hospital General Regional No. 1 con medicina familiar del IMSS de Cuernavaca, Morelos.

Discusión

A partir de los hallazgos encontrados, los principales son que se tiene una frecuencia de depresión postparto del 52.2% y que es mayor a la reportada en la literatura, tal vez a que en la mayoría de lugares donde se ha estudiado la frecuencia con el mismo instrumento utilizado por nosotros el punto de corte fue más alto, volviéndose más estricta la escala al momento de realizar al tamizaje. En el 11.6% de las puérperas se presentó la depresión en las primeras cuatro semanas después tener al bebé, porcentaje similar a la literatura, aunque si nos referimos precisamente a las pacientes que tienen menos de 4 semanas de puerperio Nilaweera y Cols. 2014 reportaron una prevalencia del 20% en este subgrupo estudiado, Urdaneta y Cols. 2010 encontraron prevalencias muy elevadas en pacientes que se encontraban dentro de las 6 semanas de puerperio 90 en primíparas y 92% en multíparas pero posteriormente se redujeron con la utilización del DSM IV por un psiquiatra a 20% en primíparas y 24.5 en multíparas y Salazar y Cols. 2010 con el Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) reportaron una prevalencia del 10.2% a los 7 días y 4.6% a los 30 días, prevalencia semejante pero obtenida con distinta escala. La otra prevalencia fue del 40.6% entre la semana 4 a la 13 de puerperio, superior a la mayoría de los estudios como el de

Álvarez Escutia y Cols. 2008 reportaron una prevalencia del 16.9% pero con un punto de corte mayor, lo cual es la razón de que hayan detectado menos pacientes que nosotros y Póo y Cols. 2008 también estudiaron la misma población encontrando una prevalencia del 50% y nosotros con el 40.6% seguramente debido los factores de riesgo que hacen más prevalente a esa población.

En cuanto a las características poblacionales son muy semejantes los grupos prevalentes en nuestro estudio comparados con la literatura existente las cuales son las siguientes.

En ambos subgrupos se identifica más afectado el grupo etario de mujeres entre los 20 y 30 años de edad con depresión posparto, 12.3% en el de menos de 4 semanas de puerperio y 49.2% en el de más de 4 semanas de puerperio.

Se catalogó a los estados civiles con pareja (unión libre y casadas) con más detecciones de depresión posparto, representando el 20.5% en el subgrupo de menos de 4 semanas de puerperio y 76.9% en las de más de 4 semanas de puerperio.

Se considero que la secundaria con el 12.3% fue la escolaridad mas referida por las pacientes con depresión posparto en el subgrupo de menos de 4 semanas de puerperio y el bachillerato con el 33.8% en más de 4 semanas de puerperio.

Se advirtió como método de resolución obstétrica la cesárea en ambos subgrupos con depresión posparto, 15.1% en el de menos de 4 semanas y con 59.6% en el de más de 4 semanas.

Se indico por la pacientes con depresión posparto tener menos de 3 hijos en el 17.8% del de menos de 4 semanas y 75.4% en el de más de 4 semanas

Para lo cual se utilizo la escala de depresión postnatal de Edimburgo desarrollada por Cox et. al. 1987, utilizado por varios autores en diferentes países y validada para la población

mexicana por Cosme et. al. en Durango, México 2006.

A las pacientes que se encontraban en las salas de espera de la consulta externa, medicina preventiva, consultorio de enfermera materno-infantil y de planificación familiar, se les explico de que se trataba el trabajo que se estaba realizando y se les invito a participar en él. Las aceptantes y que cumplieron con los criterios de inclusión firmaron el consentimiento informado y se procedió a la aplicación de la escala que es de auto-reporte.

Las limitaciones metodológicas de este estudio son que se trata de un estudio por el numero de mediciones de la variable en un estudio trasversal por lo que nos muestra un tipo de fotografía en el momento de la medición sin mostrarnos los casos que previamente se identificaron o los nuevos casos que se identificaran por lo que al mismo tiempo no es posible estimar una prevalencia de forma directa solo se informa la frecuencia reportada, de igual forma por ser retrospectivo no es posible establecer una relación de causalidad, por ser estudio descriptivo no se estudio la relación de las diferentes características con la presencia o ausencia de enfermedad y al ser observacional solo nos limitamos a la descripción de los resultados obtenidos sin ninguna intervención en ellos,

Durante el estudio las limitaciones que se encontraron en el trabajo de campo fue que no se conto con un espacio físico, que les permitiese sentir a las puérperas más confortables, ya que en ocasiones iban acompañadas de familiares o pareja y se veían intimidadas en contestar las afirmaciones por pena. Por lo que en esos casos se procedió a explicarles a los familiares cuales son las necesidades de la puérpera y cuáles son los síntomas de la presión, mientras la paciente contestaba la escala. Las limitaciones que se encontraron en el trabajo de campo fue que no se conto con un espacio físico, que les permitiese sentir a las puérperas más confortables, ya que en

ocasiones iban acompañadas de familiares o pareja y se veían intimidadas en contestar las afirmaciones por pena. Por lo que en esos casos se procedió a explicarles a los familiares cuales son las necesidades de la puérpera y cuáles son los síntomas de la presión, mientras la paciente contestaba la escala. Otro inconveniente encontrado fue que la mayoría presentaba el carnet de citas del bebé, lo que mostraba que la cita a la que acudían era para control de niño sano y no a control del puerperio, En el caso de no contar con el carnet de la madre se tomó el número del carnet del hijo y se buscó en el Sistema de Información de Medicina Familiar (SIMF).

Se entrevistó a 138 mujeres puérperas, pero una no aceptó participar y otro caso fue el de una paciente que ya contaba con diagnóstico de depresión previamente con ingesta de antidepresivos. Por lo que se tuvo que invitar a 2 pacientes más para completar la muestra.

Los resultados de este trabajo se pueden traspolar en múltiples escenarios ya que el instrumento utilizado se encuentra validado para población mexicana y en el idioma español, es un instrumento que ha sido utilizado ampliamente como herramienta de tamizaje de síntomas depresivos y las características socio-demográficas de la población mexicana son muy parecidas al resto del continente americano, sobretodo del sur.

En otros estudios realizados en México que estudiaron la prevalencia de depresión posparto como Ceballos M. y Cols. 2010 en Cancún, Quintana Roo aplicó la escala de Edimburgo con un punto de corte de 13 puntos en 220 embarazadas de entre 18 y 32 semanas de gestación, con una media de edad de 26 años y reportó una prevalencia del 6.4%. Aunque estimó la frecuencia de la depresión, la población es distinta ya que nosotros trabajamos con puérperas y en su caso fueron embarazadas, sin embargo comenta que las pacientes que durante el embarazo se detectaron con síntomas depresivos, presentaron mayor riesgo de presentar depresión durante

el posparto, aun así, su frecuencia reportada de depresión es del 6.4% que es más baja que la reportada en nuestra investigación la cual fue de 52.2%. En cuanto a las características de la población estudiada son muy similares ambos estudios, mujeres entre los 20 y 30 años de edad, con escasa participación de las adolescentes, con bachillerato, estado civil con pareja ya sea casadas o en unión libre, paridad menor de 3 hijos y difirieron en la vía de resolución mostrando mas prevalencia la vía vaginal en el estudio realizado por ellos. La prevalencia de De Castro F. et. al 2015 fue de 19.91% que también es menor a la reportada en nuestros resultados. Esto podría ser secundario a que la información obtenida en su estudio eran registros de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT) de madres con hijos menores de 5 años y en el nuestro se trata de mujeres solo en el periodo de puerperio, considerando los primeros 3 meses, ambos estudios son discordantes en el instrumento utilizado, en el estudio de ellos fue el CESD-7 y en el de nosotros fue el EPDS y su muestra fue de 7 187 mujeres que es mucho mayor a la muestra que se trabajó. En cuanto a las características de la población refiere una alta prevalencia en mujeres con más de 4 hijos, caso distinto fue en nuestro estudio donde la mayoría de las madres reportaron que tenían menos de 3 hijos, la edad de las madres fue mayor de 40 años y en el nuestro fue en un rango de 20-30 años, ellos reportaron la primaria como máximo grado de estudios y nosotros el bachillerato, reportaron con mayor sensibilidad a la depresión a las mujeres con pareja al igual que nosotros. Pérez y Cols. 2010 con un número de muestra y edades similares a nuestro estudio y la escala de Edimburgo con un punto de corte de 8 puntos reporta una prevalencia del 7.9%, que es menor a la reportada en nuestro subgrupo de 65 pacientes con más de 4 semanas de puerperio la cual fue de 40.6%, en el cual se utilizó el mismo punto de corte. Sin embargo no se menciona cuantas semanas de puerperio cursaban las pacientes en el momento de

la aplicación de la escala. En nuestro estudio al igual que en el de él se ve más afectado el grupo etario de mujeres entre los 20 a 30 años de edad, las que tienen pareja también se encuentran afectadas, el grado de escolaridad en ambos estudios fue el bachillerato y la vía de interrupción de la concepción fue la cesárea. Álvarez Escutia y Cols. 2008 en el estado de México y en el DF realizaron un estudio en 2 clínicas de medicina familiar, con un número de muestra y edades muy semejante a la de nosotros, en dos clínicas de medicina familiar, las pacientes cursaban de 4 semanas a 6 meses del puerperio y empleando la escala de Edimburgo con punto de corte de 12 puntos se detectó 16.9% de frecuencia de depresión postparto. Frecuencia algo mayor a la de nuestros hallazgos en el subgrupo de 65 pacientes con más de 4 semanas el cual se informa en 40.6%, esto tal vez se deba a que el punto de corte en nuestro trabajo fue menor (8 puntos), por lo que nos permitió mayor número de detecciones aún cuando el número de sujetos fue menor ya que se trata de uno de nuestros subgrupos y no a nuestra muestra total. En cuanto a las características de la población afectada se vio que las mujeres con pareja sienten más reportes de depresión que las separadas o solas en ambos estudios, también coinciden en que, en ambos estudios el número de años estudiados fue de 12.6 años, que se asemeja al bachillerato en nuestro estudio, Además de la escala de Edimburgo manejaron el DSM IV obteniendo el 24.6% de frecuencia. O sea, se incrementó el número de casos con el DSM IV. Contrario a lo que se comenta en un estudio en Venezuela por Urdaneta y Cols. 2010 en una muestra de 100 puérperas, 50 primigestas y 50 multíparas, que se encontraban dentro de las 6 semanas de puerperio, reportó una prevalencia del 90% en primíparas y 92% en multíparas utilizando la escala de Edimburgo como método de tamizaje empleando un punto de corte de 13 puntos, confirmando solo 20% en primíparas y 24% en multíparas por medio de la entrevista clínica del DSM IV. En tal estudio se

muestra que el DSM IV sirve como método confirmatorio como comenta la literatura. En nuestro estudio el punto de corte utilizado fue de 7/8 para este tipo de población utilizando como Gold Standard para su validación el DSM IV por lo que no se confirmó los casos con la aplicación del mismo. En este estudio no se caracterizó a la población en estudio, por lo que no podemos comparar nuestra caracterización con la de ellos. L. Molero y Cols. 2014 también en Venezuela reportaron con la misma escala y punto de corte una prevalencia de 4% en población adolescente con una edad media de 15.97 años, desviación estándar de ± 2.5 y 72% en adultas con edad media de 27.6 años, desviación estándar de ± 4.25 , confirmando con el DSM IV 2% en adolescentes y 38% en adultas. En este estudio además de las variables ya comentadas también se valoró la paridad donde resultó que en las adolescentes eran principalmente primíparas y a las adultas multíparas, con una media de 3.9 hijos con desviación estándar de ± 1.5 des-concordando con nuestro estudio en que la depresión posparto se presentó con mayor prevalencia en las que tienen menos de 3 hijos. En una muestra de 100 pacientes que se encontraban dentro de las 30 semanas de puerperio. En ambos estudios tanto en el de Urdaneta y Cols. y el de L. Molero y Cols. Se obtuvieron frecuencias más elevadas a las comparadas en nuestro medio con la misma herramienta de tamizaje aun cuando su punto de corte fue más elevado, por lo tanto se considera más estricta al momento de la detección de casos, las cuales posteriormente disminuyeron con la confirmación con el DSM IV quedando en frecuencias menores a las nuestras, por lo que se esperaría que si se hubiese realizado la confirmación con el DSM IV nuestro número de detecciones fuese aún más inferior. Sin embargo, esta diferencia se puede deber precisamente a la validación de los instrumentos, lo que denota que se debe realizar la validación de la escala para cada tipo de población en específico con sus respectivos puntos de corte. Fernández y Cols. 2014,

en Caracas, Venezuela. Estudiaron 249 puérperas, 179 adultas y 70 adolescentes a las que se les aplicó la escala de Edimburgo con un punto de corte de 10 o 20 puntos y considerando la presencia o no de factores de riesgo, reportando 81.5% de casos de depresión en adultas y 84.2% en adolescentes. Comparadas con nuestra población se obtuvieron frecuencias más elevadas, posiblemente porque en nuestro estudio no se valoraron la presencia de factores de riesgo ni su asociación, solo se buscó obtener la frecuencia de esta patología. De acuerdo a la edad de las pacientes de su estudio en las adultas predominó el rango de edad de 20 a 26 años, que concuerda con el nuestro en el rango de edad de 20 a 30 años, en el caso de adolescentes nuestro estudio no es comparable ya que no contamos con un gran número de casos en adolescentes. Con respecto al estado civil el concubinato predominó al igual que en nuestra investigación donde se reporta a la mujeres con pareja las más afectadas, el número de hijos reportado en su estudio de madres con depresión fue mayor en las que tenían menos de 3 hijos como lo reportamos nosotros también y el tipo de evento obstétrico reportado por la pacientes con depresión fue el parto contrario al de nosotros donde encontramos la cesárea.

En Chile, Póo y Cols. 2008, Aplicaron la escala de Edimburgo con un punto de corte de 9/10 similar (8 puntos) al de nuestra población en el subgrupo de 65 puérperas con más de 4 semanas. El de ellos de 73 mujeres entre los 40 y 45 días posparto, encontrando una prevalencia del 50.7% y nosotros del 56% por lo que los resultados son concordantes. Sin embargo no se estudiaron las mismas co-variables, por lo que no podemos discutir este tipo de resultados.

En Colombia, Ortiz y Cols. 2016, en un hospital de tercer nivel encuestaron a 194 mujeres con la escala de Edimburgo, utilizando como punto de corte un puntaje de 10 y encontraron una prevalencia del 40.20%, su muestra fue mayor a la de nosotros y reportan una frecuencia un tanto

menor a la de nosotros, posiblemente a que nuestro punto de corte fue menor (8 puntos para más de 4 semanas de puerperio) y esto nos permitió detectar un número mayor de casos. Aunque no se especifica las semanas transcurridas de puerperio al momento de la detección en el estudio. El grupo etario afectado se encuentra al igual que en nuestro estudio con el rango de 20-30 años, refieren una escolaridad mayor a 5 años lo que en nuestro medio apenas se referiría a la primaria por lo que no es comparable este resultado a nuestro trabajo, el estado civil lo calificaron como estable concordando como pacientes con pareja que fueron las más afectadas en ambos estudios, en su trabajo como en el nuestro se reporto una alta prevalencia de depresión en las pacientes con cesárea y la paridad no fue valorada.

En España, Ascaso y Cols. 2003 incluyó a 1 191 mujeres que es una muestra muy superior a la de nosotros, Las cuales acudieron a la semana sexta de control posparto y se les aplicó la escala de Edimburgo con puntos de corte de 10. En nuestro trabajo se hicieron las detecciones con punto de corte de 8 puntos para ese tipo de población. Ellos reportan una prevalencia del 10% y nosotros del 40.6%, esto debido precisamente al punto de corte que permite detectar un número mayor de pacientes debido a la baja puntuación requerida y posible influencia de las características poblacionales lo que hizo que para esa población se requiera un puntaje más estricto para el tamiz. No se estudiaron co -variables, por lo que nuestros demás resultados no pueden ser comparados con este estudio.

Salazar y Cols. 2010 estudiaron a 430 mujeres, lo que significa una población mayor a la de nosotros. En la primer semana y a los 30 días después del parto, utilizaron una herramienta distinta a la escala de Edimburgo para el tamizaje conocida como Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) y reportaron una prevalencia del 10.2% a los 7 días y 4.6% a los 30 días,

que son cifras inferiores a las de nuestro reporte, a pesar del número mayor de muestra. En este estudio no se recolectaron características socio-demográficas de la población por lo que el resto de nuestros resultados fuera de la frecuencia e instrumento utilizado no pueden ser comparados con este trabajo.

En Nepal, Bhusal y Cols. 2016 estudiaron un grupo mucho mayor al de nosotros 346 mujeres entre las 4 y 14 semanas después del parto, que se asemeja por esta característica a nuestro subgrupo de 65 pacientes con más de 4 semanas de puerperio, en el cual encontraron 17.1% casos de depresión postparto al validar la escala de Edimburgo para la población nepalí con un punto de corte de 13/12. En nuestro medio el punto de corte validado es de 8 puntos muy inferior por lo que nosotros encontramos una frecuencia mucho mayor a pesar de una muestra pequeña, pero representativa. En las características basales las mujeres afectadas se encontraron en el rango de edad de 20 a 25 años de edad, semejante al reporte de nuestro estudio, las pacientes con depresión refirieron como escolaridad la secundaria superior que en nuestro trabajo es concordante con el bachillerato, la paridad en deprimidas al igual que en nuestro estudio fueron las que tienen un hijo, que en nuestro estudio fueron las que tienen menos de 3 hijos.

En Australia, Nilaweera y Cols. 2014 realizaron una revisión sistemática de Quince estudios, de los cuales 7 utilizaron la escala de Edimburgo en diferentes países con ingresos altos para identificar las estimaciones de prevalencia de los síntomas clínicamente significativos de la depresión posparto (CSS-PPD) las cuales variaron ampliamente desde 1.9 hasta 52%: las más comunes entre el 5 y el 20% y en otra revisión sistemática en Canadá por Fala-Hassani 2015, reportan una prevalencia de 20% (95% [IC] 17-23%, 18 estudios, N = 13.749 mujeres), que son menores a las halladas por nosotros. En el segundo estudio se realizó un análisis por subgrupos en

base a distintos puntos de corte: en el de más de 9 puntos se reporta una frecuencia del 22%, más de 11 puntos la prevalencia fue de 15%, en más de 12 puntos una prevalencia del 21%, en otro subgrupo la prevalencia se detecto con el CES-D con punto de corte de 12 la prevalencia fue de 20%. También se analizaron subgrupos de acuerdo a las semanas posparto entre 1 y 4 semanas, la prevalencia resultante fue del 20%, entre las 5 y 12 semanas la prevalencia fue del 19%, entre las 13 y 52 semanas fue del 21%. En este estudio solo se valoro la frecuencia reportada por los distintos estudios, el instrumento utilizado, los puntos de corte y no se registraron las características basales de la población por lo que no podemos seguir comparando nuestros resultados, para valorar la concordancia o discordancia.

La utilidad práctica de este trabajo es hacer consciente a los profesionales de la salud que esta patología está presente en nuestro medio, por lo que se tiene que tomar medidas para la identificación de este tipo de casos. Como el uso rutinario de la escala de Edimburgo en los consultorios de medicina familiar, medicina preventiva y enfermería materno infantil, durante la consulta de control del niño sano o vigilancia del puerperio, distribuir información de la depresión en el puerperio en los pasillos de la unidad y capacitar al personal de salud en la aplicación de la escala de Edimburgo

Todos estos trabajos de investigación consultados concuerdan con el nuestro, en que la depresión posparto en un problema de salud pública ya que es una causa común de morbilidad a nivel mundial, en nuestro estudio se reporta una frecuencia del 52.2%, o sea, que una de cada 2 puérperas de nuestro consultorio padece o tiene síntomas depresivos y merece la pena vigilar su evolución y dar un tratamiento adecuado, Este problema cuenta con métodos de detección de fácil acceso y aplicación como la escala de depresión postnatal de Edimburgo con múltiples puntos de

corte dependiendo de las características de la población a estudiar cómo son las semanas cursadas del posparto, en las que se ha visto que varía la susceptibilidad, el idioma y las características demográficas y socioculturales y que a pesar de esto, los profesionales de la salud no hacemos los esfuerzos necesarios para su detección. Permitiendo que gran parte de la población sufra callada esta patología.

Lo que no se realizó en este estudio a comparación de los estudios similares al nuestro, es que no se midieron factores de riesgo y su asociación debido a que no era el objetivo de nuestra investigación pero en próximos trabajos se puede buscar que factores de riesgo se encuentran presentes en nuestra población para tomar medidas de prevención y de esta forma disminuir la incidencia de esta patología, también se puede realizar estudios donde se tome en cuenta el DSM V para establecer la sensibilidad y especificidad de la escala de depresión posnatal de Edimburgo en la población morelense y otros estudios que se podrían realizar es establecer puntos de corte para diferentes momentos del puerperio ya que en la bibliografía se menciona que esta patología se puede presentar aun después de un año del nacimiento del bebé y no se cuenta con puntos de corte establecidos para diferentes semanas o meses del puerperio hasta el año.

Conclusión

Se estimó una frecuencia del 52.2% depresión postparto en puérperas adscritas en el Hospital General Regional No. 1 con Medicina Familiar del IMSS de Cuernavaca, Morelos.

Con lo que se refleja la presencia de este problema y su alta frecuencia en nuestro medio, corroborando de esta manera que se trata de un problema de salud pública, ya que representa una causa común de morbilidad a nivel mundial, con instrumentos de detección de fácil acceso y

aplicación como la escala de depresión posnatal de Edimburgo y que el personal de salud encargado de su detección y tratamiento no lo está identificando.

Se espera con este trabajo sensibilizar al personal de salud a realizar una búsqueda intencionada de esta patología, en esta etapa del ciclo vital familiar ya que puede tener múltiples repercusiones en diferentes subsistemas familiares. Se encuentra sub diagnosticada por múltiples razones, como la falta de búsqueda intencionada por parte del personal de salud, la timidez o pena de las pacientes a expresar sus síntomas y falta de conocimiento en la población de este tipo de condiciones de salud. Siendo necesario para su diagnóstico la identificación de la presencia de los factores de riesgo, contar con una efectiva relación médico-paciente y con la familia y contar con una herramienta de tamizaje como la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo, para facilitarle a las pacientes comunicar sus sentimientos e ideas.

Idear programas de difusión para mayor conocimiento de esta patología de gran prevalencia esperando superar la barrera que implica la falta de expresión de los síntomas depresivos de las pacientes a los médicos familiares.

Capacitar a todo el personal de salud que tiene contacto con pacientes en el puerperio para la identificación de factores de riesgo, síntomas depresivos y canalización correspondiente de estas pacientes.

Seguir investigando sobre este problema, como se comentó previamente sobre la identificación de los factores de riesgo presentes en nuestra población para tomar las medidas preventivas correspondientes, conocer los diferentes puntos de corte para diferentes semanas o meses del puerperio con la escala de Edimburgo y comparar esta escala con el DSM V.

Con todas estas estrategias se espera mejorar la atención a la salud de las pacientes, sus

hijos, sus parejas y familiares extensos de las mismas, ya que la familia completa es la unidad de análisis de la medicina familiar.

Referencias Bibliográficas

¹Victoriano Llaca R, Fernández AJ. Periodo puerperal. En: Victoriano Llaca R, Fernández AJ. Obstetricia Clínica. 2^a ed. México, DF: Mc Graw Hill; 2009. p. 523-533

²USAID Del Pueblo de los Estados Unidos de América [internet]. Washington DC: USAID Del Pueblo de los Estados Unidos de América. c2014 [citado 16 nov 2015]. Disponible en: http://www.prb.org/pdf14/2014-world-population-data-sheet_spanish.pdf

³Anuario estadístico y geográfico de los Estados Unidos Mexicanos 2014 [internet]. Aguascalientes: INEGI Instituto Nacional de Estadística y Geografía (México). c2014 [citado 16 Nov 2015]. Disponible en: http://www.datatur.sectur.gob.mx/ITxEF_Docs/MEX_ANUARIO_PDF.pdf

⁴Informe de la OMS sobre el género y salud. [internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (OMS). c2009 [citado 16 Nov 2015]. Disponible en: http://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=395&Itemid=2
97

⁵ De Castro F, Place J, Villalobos A, et. al, Sintomatología depresiva materna en México: Prevalencia nacional, atención y perfiles poblacionales de riesgo. salud pública Mex. 2015;57:144-54 Disponible en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342015000200009

⁶Belló M, Puentes Rosas E, Medina Mora ME, et al. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. Salud Publica Mex. 2005;47 supl 1:S4-11

-
- ⁷ Enríquez Neri M, Sánchez Corona M. Familia y el recién nacido. En: Anzures Carro R, Chávez Aguilar V, García Peña MC, Pons Álvarez ON. Medicina familiar. Segunda edición. Corinter;2013.p.361-362
- ⁸ Quiroz Pérez JR, Membrillo Luna A. Crisis Familiares. En: Membrillo Luna A, Fernández Ortega MA, Quiroz Pérez JR, Rodríguez López JL. Familia Introducción al estudio de sus elementos. Primer edición.ETM;2008.p.181- 87
- ⁹Medina Serdán E. Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto. Rev Perinatol Reprod Hum. 2013; 27:185-93
- Disponible en
- <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=44712>
- ¹⁰Urdaneta MJ, Rivera SA, García IJ, et al. Prevalencia de Depresión Postparto en Primigestas y Multíparas Valoradas por la Escala de Edimburgo. Rev Chil Obstet Ginecol. 2010;75:312 - 20. doi:10.4067/S0717-75262010000500007 Disponible en
- http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262010000500007
- ¹¹Wang YP, Gorenstein C. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory II: A comprehensive review. Rev Bras Psiquiatr. 2013;35:416–31. doi:10.1590/1516-4446-2012-1048
- ¹²Kim J, Chung H, Askew RL, et. al. Translating CESD-20 and PHQ-9 Scores to PROMIS Depression. Rev. Assessment. 2017;24:300-307. doi:
- 10.1177/1073191115607042. PubMed PMID: 26423348 Disponible en:
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24402217>

¹³ Trajković G, Starčević V, Latas M, et. al. The Hamilton Rating Scale for Depression: The making of a “gold standard” and the unmaking of a chronic illness, 1960-1980. *Rev. Chronic Illness*. 2013;9:202-19. doi: 10.1177/1742395312467658. PubMed PMID: 23172888; PubMed Central PMCID: PMC3837544 Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3837544/>

¹⁴ Zimmerman NM, H. Martínez J, Young D, et. al. Severity classification on the Hamilton depression rating scale. *J Affect Disord*. 2013;150:384-8. doi:

10.1016/j.jad.2013.04.028. PubMed PMID:23759278 Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23759278>

¹⁵ Jang B, Rim HD, Woo J. Reliability and Validity of the Korean Version of the Modified Adult Attachment Scale for the Use of Medically Ill Patients. *Psychiatry Investig*. 2015;12:483-90. doi:10.4306/pi.2015.12.4.483. PubMed

PMID:26508959; PubMed Central PMCID:PMC4620305 Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26508959>

¹⁶ Méndez Cerezo AJ. Depresión postparto y ejercicio. *Rev Perinatol Reprod Hum*. 2014;28:211-16 Disponible en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372014000400006

¹⁷ Campo Arias A, Ayola Catillo C, Peinado Valencia HM, et. al. Escala de Edinburgh para Depresión Postparto: Consistencia Interna y Estructura Factorial en Mujeres Embarazadas de Cartagena, Colombia. *Revista Colombiana de Ginecología y Obstetricia*. 2007;28:277-83. doi:10.18597/isnm.0034-7434

¹⁸ Molero KL, Urdaneta Machado JR, Sanabria VC, et. al. Prevalencia de depresión

posparto en puérperas adolescentes y adultas, *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2014;79:294-304.

doi:10.4067/S0717-75262014000400008

¹⁹Alvarado Esquivel C, Cifuentes Álvarez A, Salas Martínez C, et. al. Validation of the Edinburgh postpartum depression scale in a population of puerperal women in México. *Rev Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*. 2006;2(33):1-5. doi:10.1186/1745-0179-2-33; PubMed Central PMC:1693550

²⁰Álvarez Escutia A, Ponce Rosas ER, Irigoyen Coria A, et. al. Frecuencia de depresión posparto en pacientes de dos clínicas de medicina familiar en México. *Arch Med Fam*. 2008;9:133-36

²¹Ceballos Martínez I, Sandoval Jurado L, Jaimes Mundo E, et. al. Depresión durante el embarazo. *Epidemiología en mujeres mexicanas. Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc*. 2010;48:71-4

²²Ceballos Martínez I, Sandoval Jurado L, Jaimes Mundo E, et. al. Depresión durante el embarazo. *Epidemiología en mujeres mexicanas. Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc*. 2010;48 (1): 71-74

²³ Nilaweera I, Francés D, Fisher J. Prevalence, nature and determinants of postpartum mental health problems among women who have migrated from South Asian to high-income countries: A systematic review of the evidence. *J Affect Disord*. 2014;166: 213 – 26. doi: 10.1016/j.jad.2014.05.021 PubMed PMID: 25012434

²⁴Bhusal BR, Bhandari N, Chapagai M, et. al. Validating the Edinburgh Postnatal Depression Scale as a screening tool for postpartum depression in Kathmandu, Nepal, *Int J*

Ment Health Syst. 2016;10:71. doi: 10.1186/s13033-016-0102-6 Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=195214323003>

²⁵ Ascaso Terrén A, Garcia Esteve Ll, Navarro P, et. al. Prevalencia de la depresión posparto en las madres españolas: comparación de la estimación mediante la entrevista clínica estructurada y la escala de depresión posparto de Edimburgo. *Med Clin (Barc)* 2003;120:326-9. Disponible en <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-prevalencia-depresion-posparto-las-madres-13044232>

²⁶ Salazar Olivares I, Sainz Bueno JA, García Vidal E, et al. Influencia de la visita puerperal temprana en la detección y evolución de la depresión posparto. *Prog Obstet Ginecol.* 2011;54:65-70. doi:10.1016/j.pog.2010.09.006. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-linkresolver-influencia-visita-puerperal-temprana-deteccion-S0304501310004218>

²⁷ Falah-Hassani K, Shiri R, Vigod S, Cindy-Lee D. Prevalence of postpartum depression among immigrant women: A systematic review and meta-analysis. *J Psychiat Res* 2015; 70: 67 - 82. doi: 10.1016/j.jpsychires.2015.08.010. Disponible en:

[http://www.journalofpsychiatricresearch.com/article/S0022-3956\(15\)00243-5/fulltext](http://www.journalofpsychiatricresearch.com/article/S0022-3956(15)00243-5/fulltext)

²⁸ Póo F AM, Espejo C, Godoy C, et. al. Prevalencia y factores de riesgo asociados a la depresión posparto en puérperas de un Centro de Atención Primaria en el Sur de Chile. *Rev Méd Chile.* 2008; 136: 44-52. doi: 10.4067/S0034-98872008000100006 Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872008000100006

²⁹ Ortiz Martinez RA, Gallego Betancourt CX, Buitron Zuñiga EL, et. al. Prevalencia de tamiz positivo para Depresión Postparto en un Hospital de tercer nivel y posibles factores

asociados. *Rev Colomb Psiquiat.* 2016;45:253-61. doi: 10.1016/j.rcp.2016.03.002

Disponible en:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80648835005>

³⁰ Fernández Vera JK, Iturriza Natale AT, Toro Merlo J, et. al. Depresión posparto valorada mediante la escala de Edimburgo [tesis de especialidad]. Caracas, Venezuela (VZLA).

Universidad central de Venezuela; 2014. Disponible en:

http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322014000400003

Anexos

Anexo 1. Ficha de Identificación



Instituto Mexicano del Seguro Social
Hospital General Regional No.1 con Medicina Familiar
DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUERPERAS
FICHA DE IDENTIFICACION.

Folio:

No. de seguridad social:

1. Nombre:

2. Edad:

3. Escolaridad:

4. Estado civil:

5. Paridad:

6. Tipo de resolución obstétrica:

7. Semanas postparto:

Elaboro: Dr. Zurisadai Vázquez Gómez RMF
Cuernavaca, Morelos 2015

Anexo 2. Instrumento

CUERSTIONATIO SOBRE DEPRESIÓN POSTNATAL DE EDIMBURGO (EPDS) Version Mexicana de la EPDS.

Como usted hace poco tuvo un bebe, 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 | 0 |
| No tanto ahora | 1 |
| Mucho menos | 2 |
| No, no he podido. | 3 |

2. He mirado el futuro con placer:

| | |
|---------------------------------|---|
| Tanto como siempre | 0 |
| Algo menos que antes | 1 |
| Definitivamente menos que antes | 2 |
| No, nada | 3 |

3. Me he culpado innecesariamente cuando las cosas marchaban mal:

| | |
|-----------------------------|---|
| Sí, la mayoría de las veces | 3 |
| Si, algunas veces | 2 |
| No muy a frecuentemente | 1 |
| No, nunca | 0 |

4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo:

| | |
|------------------------|---|
| No, nada | 0 |
| Rara vez | 1 |
| Sí, a veces | 2 |
| Sí, muy frecuentemente | 3 |

5. He sentido miedo o pánico sin motivo alguno:

| | |
|------------------------|---|
| Sí, muy frecuentemente | 3 |
| Sí, a veces | 2 |
| No, no mucho | 1 |
| No, nada | 0 |

6. Las cosas me han estado agobiando:

| | |
|------------------|---|
| Sí, casi siempre | 3 |
| Sí, a veces | 2 |
| No, casi nunca | 1 |
| No, nada | 0 |

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

| | |
|-----------------------|---|
| Sí, casi siempre | 3 |
| Sí, a veces | 2 |
| No muy frecuentemente | 1 |
| No, nada | 0 |

8. Me he sentido triste y desgraciada:

| | |
|------------------------|---|
| Sí, casi siempre | 3 |
| Sí, muy frecuentemente | 2 |
| No muy frecuentemente | 1 |
| No, nada | 0 |

9. He estado tan infeliz que he estado llorando:

| | |
|------------------------|---|
| Sí, casi siempre | 3 |
| Sí, muy frecuentemente | 2 |
| Sólo ocasionalmente | 1 |
| No, nunca | 0 |

10. He pensado en hacerme daño a mi misma:

| | |
|------------------------|---|
| Sí, muy frecuentemente | 3 |
| A veces | 2 |
| Rara vez | 1 |
| Nunca | 0 |