



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**SECRETARIA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MEXICO**

**DIRECCION DE EDUCACION E INVESTIGACION**

**CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION EN  
ANESTESIOLOGIA**

**FRECUENCIA DE DEPRESION POST PARTO EN PACIENTES PUERPERAS**

**ATENDIDAS EN UN HOSPITAL GENERAL**

**TRABAJO DE INVESTIGACION CLINICO**

**PRESENTADO POR CINDY MARIA HERNANDEZ MARZANO**

**PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA**

**DIRECTORES DE TESIS:  
DRA. HERLINDA MORALES LOPEZ  
DR. SAUL HUERTA RAMIREZ  
CIUDAD DE MÉXICO  
- 2019**



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.





**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**SECRETARIA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO**

**DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN**

**CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN  
ANESTESIOLOGÍA**

**“FRECUENCIA DE DEPRESIÓN POST PARTO EN PACIENTES  
PUÉRPERAS ATENDIDAS EN UN HOSPITAL GENERAL”**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICO**

**PRESENTADO POR CINDY MARÍA HERNÁNDEZ MARZANO**

**PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA**

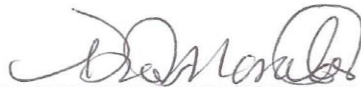
**DIRECTORES DE TESIS:  
DRA. HERLINDA MORALES LÓPEZ  
DR. SAÚL HUERTA RAMÍREZ**

**- 2019 -**

**FRECUENCIA DE DEPRESIÓN POST PARTO EN PACIENTES PUÉRPERAS  
ATENDIDAS EN UN HOSPITAL GENERAL**

Autora: Cindy María Hernández Marzano

Vo. Bo.  
Dra. Herlinda Morales López



Profesor Titular del Curso de Especialización en Anestesiología

Vo. Bo.  
Dr. Federico Miguel Lazcano Ramírez



Director de Educación e Investigación

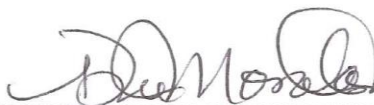


SECRETARIA DE SALUD  
SEDESA  
CIUDAD DE MÉXICO  
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN  
E INVESTIGACIÓN

**FRECUENCIA DE DEPRESION POST PARTO EN PACIENTES PUERPERAS  
ATENDIDAS EN UN HOSPITAL GENERAL**

Autora: Cindy María Hernández Marzano

Vo. Bo.  
Dra. Herlinda Morales Lòpez



---

Directora de tesis  
Profesor Titular del Curso de Especialización en Anestesiología

Vo. Bo.  
Dr. Saúl Huerta Ramírez



---

Médico adscrito al servicio de Medicina Interna del Hospital General  
Ticomán

## **Agradecimientos**

AGRADEZCO A DIOS POR PERMITIRME CONCLUIR UNA ETAPA MÁS EN  
MI VIDA.

A MI MADRE, POR SER UN GRAN EJEMPLO PARA MI, POR BRINDARME  
SU APOYO INCONDICIONAL Y ESTAR SIEMPRE AL PENDIENTE DE MI,  
POR HACER DE MI TODO LO QUE AHORA SOY, TE AMO MAMI.

A MI FAMILIA Y AMIGOS, POR SU APOYO INCONDICIONAL PARA  
CULMINAR ESTE PROYECTO.

A TODOS MIS MAESTROS, POR SIEMPRE APOYARME, POR DEDICARME  
PARTE DE SU TIEMPO Y COMPARTIR CONMIGO PARTE DE SUS  
CONOCIMIENTOS A LO LARGO DE ESTOS 3 AÑOS.

MUCHAS GRACIAS A TODOS, POR SU GRAN COLABORACIÓN.

## **Índice**

<b>Resumen</b>	<b>8</b>
<b>Introducción</b>	<b>10</b>
<b>Material y métodos</b>	<b>18</b>
<b>Resultado</b>	<b>22</b>
<b>Discusión</b>	<b>31</b>
<b>Conclusiones</b>	<b>32</b>
<b>Referencias bibliográficas</b>	<b>34.</b>





## **Resumen.**

**Objetivo:** Describir la frecuencia de depresión post parto en pacientes puérperas atendidas en el Hospital General de Ticoman en el turno matutino de la Secretaria de Salud de la Ciudad de México

**Material y métodos:** 30 mujeres fueron estudiadas, entre 17 y 36 años de edad, atendidas en el Hospital General de Ticoman, sin comorbilidades asociadas, se les aplico el Cuestionario de Edimburgo para la detección de depresión post parto, durante los primeros 7 días de puerperio

**Resultados:** Con la aplicación del cuestionario de Edimburgo para detección de depresión posparto, el 20% obtuvo 8 puntos, el 13.3% 3 puntos, el 10% 2 puntos, el 10% 4 puntos, el 10% 5 puntos, el 10% 6 puntos, el 6.6% 13 puntos, 3.3% 0 puntos, 3.3% 1 punto, 3.3% 7 puntos, 3.3% 9 puntos, 3.3% 11 puntos y el 3.3% 12 puntos, dando puntaje positivo para presencia de depresión posparto en el 13.3% y negativo el 86.6%.

**Conclusión:** A nivel mundial se calcula que afecta el rededor del 19.2% de las mujeres en el primer trimestre posparto, otra referencia menciona la incidencia entre el 2 hasta el 21%. De acuerdo al análisis de los resultados posteriores a la aplicación de cuestionario de Edimburgo para detección de depresión posparto, la frecuencia en Hospital General Ticoman es de 13.3%, coincidiendo con el rango de frecuencia reportado a nivel mundial.

**Palabras claves:** depresión pos parto, frecuencia, factores asociados

## **Summary.**

**Objective:** To describe the frequency of postpartum depression in puerperal patients treated at the General Hospital of Ticoman in the morning shift of the Secretary of Health of the City of Mexico

**Material and methods:** 30 women were studied, between 17 and 36 years of age, attended at the General Hospital of Ticoman, without associated comorbidities, the Edinburgh Questionnaire for the detection of postpartum depression was applied, during the first 7 days of puerperium

**Results:** With the application of the Edinburgh questionnaire for detection of postpartum depression, 20% obtained 8 points, 13.3% 3 points, 10% 2 points, 10% 4 points, 10% 5 points, 10% 6 points, 6.6% 13 points, 3.3% 0 points, 3.3% 1 point, 3.3% 7 points, 3.3% 9 points, 3.3% 11 points and 3.3% 12 points, giving a positive score for the presence of postpartum depression in 13.3 % and negative 86.6%.

**Conclusion:** Worldwide it is estimated that it affects around 19.2% of women in the first trimester postpartum, another reference mentions the incidence between 2 to 21%. According to the analysis of the results after the application of the Edinburgh questionnaire for the detection of postpartum depression, the frequency in Ticoman General Hospital is 13.3%, coinciding with the frequency range reported worldwide.

**Key words:** postpartum depression, frequency, associated factors

## **Introducción**

### MARCO TEÓRICO

La depresión posparto es un problema de alta prevalencia que impacta la vinculación afectiva de la madre con su hijo.

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 psiquiátricos.

En algunos casos los trastornos del estado de ánimo en el posparto debido a la falta de información no son considerados como una enfermedad, por el contrario suelen atribuirse a una dificultad en la capacidad de la madre o a la falta de fortaleza y determinación para superar un periodo difícil de la maternidad.

La depresión hace referencia a un amplia gama de problemas de salud mental, caracterizados por la ausencia de afectividad positiva, con una pérdida de interés o de la capacidad de disfrutar las actividades que normalmente resultaban placenteras, bajo estado de ánimo y una serie de síntomas cognitivos, físicos y de conducta asociados.(2,3,4)

Para la identificación de la depresión mayor se debe no sólo valorar la gravedad de los síntomas, sino también la persistencia de los mismos, la presencia de otros asociados y el grado deterioro funcional y social.

Actualmente no se ha determinado que exista una causa específica de la tristeza posparto, únicamente se han encontrado factores de riesgo, los cuáles de estar presentes pueden producir que una madre sea más propensa a presentarla, a pesar de esto hay casos en que las mujeres poseen uno o varios antecedentes sin que se dé la presencia de esta alteración. El cuadro se presenta generalmente con labilidad emocional, irritabilidad y tristeza, llanto fácil así como con ansiedad y desesperación por la dificultad del manejo del recién nacido.

Entre los síntomas de la depresión posparto se encuentran: estado de ánimo deprimido, tristeza o llanto persistente, disminución del interés o la capacidad para disfrutar las actividades, cambios en los patrones de alimentación y sueño, cansancio, fatiga crónica, ansiedad que puede llegar hasta ataques de pánico, auto desvalorización, dificultad o imposibilidad de buscar ayuda y apoyo, irritabilidad, problemas de atención y memoria, dificultad para vincularse con el bebé, sentimientos de ambivalencia hacia el hijo, pensamientos obsesivos y conductas compulsivas, pensamientos negativos hacia el bebé, sentimientos de culpa, pensamientos atemorizantes hasta ideación suicida.

En algunos casos cuando la mujer no cumple con todos los criterios para un trastorno o episodio depresivo pero presenta síntomas significativos e incapacitantes, la estricta clasificación de ambos compendios puede llegar a dificultar su detección.

## Epidemiología

La depresión es uno de los trastornos mentales más frecuentes en la patología psiquiátrica a nivel mundial, además de ser también una de las más importantes causas de incapacidad y de alta probabilidad de generar suicidio.

A nivel mundial se calcula que afecta el rededor del 19.2% de las mujeres en el primer trimestre posparto, otra referencia menciona la incidencia entre el 2 hasta el 21%.

En un meta análisis de 28 estudios internacionales, las estimaciones de puntos de prevalencia para depresión mayor y menor vario de 6.5% a 12.9% en diferentes trimestres y meses del embarazo y en el primer año después del nacimiento y el periodo de prevalencia mostró que hasta un 19.2% de las mujeres tenían un episodio depresivo en los primeros tres meses después del parto.

En México existe escasa información sobre la epidemiología de esta, con las diferentes fuentes consultadas se encontró que puede variar dependiendo desde 8% hasta un 31% (11,12,13)

## Diagnóstico

En general se basan en la presencia de sintomatología, evaluando la intensidad, frecuencia y duración de esta para poder clasificarla.

Entre los métodos y herramientas para un adecuado diagnóstico se encuentra la entrevista clínica estructurada, la Escala de depresión de Hamilton, la Escala hospitalaria de ansiedad y depresión, la Escala de depresión de Montgomery-Asberg, el Inventario de depresión de Beck II, El cuestionario de salud de Golberg, la escala de depresión del Centro de estudios epidemiológicos, el cuestionario sobre la salud del paciente, entre otros. (2,8,14)

Tanto en nuestro país, como en otras partes del mundo la escala de depresión post parto de Edimburgo es la prueba más utilizada, esto debido a la accesibilidad de reproducirla sin costo y a la rapidez y facilidad de aplicación, calificación e interpretación.

Esta escala fue desarrollada en 1987 para identificar síntomas depresivos y depresión clínica específicamente en mujeres puérperas, buscando discriminar aquellos síntomas físicos y psicológicos propios de la gestación de los síntomas asociados a la depresión, en centros de salud de Edimburgo y Livingston, Inglaterra.

Ha demostrado ser de especial utilidad tanto en clínicas como en investigación, habiéndose probado su eficacia en ámbitos hospitalarios y de atención primaria y hasta los propios hogares de las madres.

La escala indica la manera en que la madre se sintió durante la semana anterior, consta de 10 preguntas en la que se les pide a la madre que escoja la respuesta que más asemeja la manera en que se siente, se debe de tener cuidado y evitar

la posibilidad de que la madre hable de sus respuestas con otras personas ya que las debe de responder ella misma; en la categoría de la respuesta se le dan puntos que van desde 0-3, según el aumento de la gravedad del síntoma; se suman todos los puntos para dar una puntuación total y una puntuación mayor a 10 muestra la probabilidad de una depresión pero no su gravedad .

Se debe de explicar a la mujer que de acuerdo a las respuestas es posible que esté presentando síntomas depresivos y así también cuando sea necesario hacer una evaluación más detallada. (2,15)

#### Factores de riesgo

Entre los factores asociados a estos cuadros están los propios de la adaptación maternal, etapas como la percepción de auto eficacia, la regulación de ritmos fisiológicos del recién nacido y la instalación de una lactancia materna exitosa

También se ha estudiado la relación que tienen con la presencia de violencia intrafamiliar.

Así como tener 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, embarazo no planeado y deseado, problemas familiares y sociales, pobre relación marital, abandono o separación de la pareja, no contar con un compañero, pareja presente pero que no proporciona apoyo emocional, falta de redes de apoyo, situaciones estresantes, dificultades económicas,



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 y bebé difícil de cuidar son los principales factores de riesgo relacionados.

La percepción de la eficacia materna es un concepto utilizado para referirse a las creencias de la madre sobre su habilidad para desempeñarse en su rol materno, esta se define como el juicio que ella formula sobre su propia competencia y eficiencia para enfrentar las demandas y necesidades del infante, el conocer la mencionada percepción ayuda a predecir la conducta de las personas y en el caso de las madres facilita la comprensión de su actitud y respuesta frente a las demandas de los hijos, la relación entre percepción de eficacia y desempeño es bidireccional.

Son diversos los factores que influyen en la percepción de la eficacia, entre los que la afectan positivamente está contar con apoyo social, cuando las redes de apoyo refuerzan la creencia de que la tarea se lleva a cabo adecuadamente, tener escolaridad, vivir en pareja y mayor edad, por otra parte los elementos que afectan de manera negativa son la presencia de ansiedad, la depresión previa y los altos niveles de estrés; este estudio de la percepción de la eficacia materna no sólo interesa teóricamente, sino también para reconocer cuáles son los factores que la afectan y así abre la posibilidad de influir sobre ella mejorando el desempeño del papel materno y por ende el bienestar de los hijos.

## Tratamiento

Dentro de este ámbito hay que ayudar a las pacientes a tomar decisiones acerca de su tratamiento, ya que pueden sentirse impotentes por estar cuidando a su bebé recién nacido y al mismo tiempo requerir del tratamiento para una enfermedad mental, por lo tanto es importante permitirles expresar sus opiniones y tomar decisiones con el fin de ayudar a las mujeres a tomar una decisión informada, es vital que los profesionales expliquen los riesgos de las diferentes opciones de tratamiento con precisión, ponderándolos contra el riesgo de no tratar el trastorno mental.

El tratamiento tiene dos opciones de intervención terapéutica, la terapia individual o de grupo y la medicación en aquellos casos en los que se presenta una depresión moderada o grave, lo ideal es combinar ambas; la psicoterapia ya sea interpersonal o con un enfoque cognitivo conductual debe basarse en los siguientes aspectos: educación, información a la mujer, la pareja y los familiares sobre la depresión posparto, control, disminución y extinción de los síntomas, el nuevo rol como madre, las dificultades, miedo o angustia que eso puede generar, el uso de estrategias para proteger, mejorar y fortalecer el vínculo madre hijo, en la relación de pareja promover un buen funcionamiento familiar especialmente cuando existan otros hijos , disminución de la situaciones estresantes, actualmente también es búsqueda y fortalecimiento de redes de apoyo(.2,6)

Gradualmente y después de una evaluación del equipo multidisciplinario, la mujer podrá retomar sus actividades y finalmente el cuidado de su hijo sin vigilancia o supervisión en la mayoría de los casos. (15)

Los riesgos de la depresión materna no tratada en el embarazo sobre la salud infantil incluyen prematuridad y bajo peso al nacer, defectos de nacimiento, retraso en el desarrollo y deterioro cognitivo y desajustes emocionales y de conducta. Hay que señalar también que las mujeres con depresión grave pueden en muy raras ocasiones dañar a su feto o recién nacido.

#### Prevención

La Organización Mundial de la Salud y el fondo de población de las Naciones Unidas recomiendan mejorar la salud materna infantil, lo que incluye reducir los factores asociados con la depresión y la sintomatología depresiva materna y promover intervenciones de bajo costo para mejorar la salud mental materna, ya que varios estudios indican que la depresión es prevenible, detectable y tratable y que es posible minimizar sus efectos negativos a corto y largo plazo y por lo que resulta importante conocer los factores que colocan a las madres en mayor riesgo de sufrir depresión.(7,11)

## Material y Métodos

Es un estudio transversal, prospectivo, descriptivo, longitudinal en pacientes atendidas en el Hospital General Ticoman, durante los primeros 7 días de puerperio.

VARIABLE / CATEGORÍA (Índice- indicador/criterio -constructo)	TIPO	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	CALIFICACIÓN
<b>Edad</b>	Contexto	Periodo de tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el presente momento, expresada en años y meses.	Cuantitativa continua	Años
<b>Escolaridad</b>	Contexto	Tiempo durante el cual se asiste a la escuela o unidad de enseñanza	Cuantitativa nominal	Analfabeta Primaria Secundaria Técnica Preparatoria Licenciatura Posgrado
<b>Ocupación</b>	Contexto	Trabajo que una persona realiza a cambio de dinero u otro beneficio	Cualitativa nominal	Empleado Desempleado Obrera Ama de Casa Otra
<b>Estado Civil</b>	Contexto	Situación de las personas físicas determinadas por sus	Cualitativa nominal	Soltera Casada Unión libre Separada

		relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco que establece ciertos derechos y deberes		Viuda
<b>Número de parejas sexuales</b>	Contexto	Cantidad de personas con las que ha tenido relaciones sexuales	Cuantitativa discreta	Numérica
<b>Gestas</b>	Contexto	Número de embarazos	Cuantitativa discreta	Numérica
<b>Número de hijos vivos</b>	Contexto		Cuantitativa discreta	Numérica
<b>Abortos</b>	Contexto	Interrupción y finalización del embarazo de forma natural o voluntaria	Cuantitativa discreta	Numérica
<b>Óbitos</b>	Contexto	Muerte previa a la extracción o expulsión del producto de la gestación a partir de 22 SDG o mayor de 500 gr	Cuantitativa discreta	Numérica
<b>Partos</b>	Contexto	Proceso por el cual una mujer expulsa el producto y placenta al final de la gestación	Cuantitativa discreta	Numérica
<b>Cesáreas</b>	Contexto	Operación quirúrgica que consiste en extraer al producto del útero de la madre por	Cuantitativa discreta	Numérica

		medio de una incisión vía abdominal		
Tipo de anestesia	Independiente	Técnicas utilizadas para provocar hipnosis, amnesia, analgesia, protección neurovegetativa o inmovilidad para que el paciente tolere los procedimientos médicos o quirúrgicos con fines diagnósticos, terapéuticos, rehabilitatorios, paliativos o de investigación.	Cuantitativa	Local Regional General
Depresión	Compleja	Es un trastorno del estado de ánimo transitorio o permanente, caracterizado por sentimientos de abatimiento, infelicidad y culpabilidad, además de provocar una incapacidad total o parcial para realizar actividades de la vida diaria	Cualitativa	

Estrategias para la recolección de datos:

A través de aplicación de cuestionario directo, escala de depresión de Edimburgo se registraron las pacientes puérperas atendidas en los últimos 7 días. Se realizó una visita por medico anestesiólogo el cual aplico el cuestionario directamente. Se realizó una hoja de recolección de datos, donde se registraron los datos de cada paciente y se aplicó la Escala de depresión de Edimburgo para identificar la incidencia de depresión post parto en este hospital.

Se le pidió a la madre que eligiera la respuesta que más se asemejara a la manera en la que se sintió en los últimos 7 días, teniendo que responder las 10 preguntas, por ella sola. A las categorías de las respuestas se les dieron puntos de 0,1,2 y 3 según el aumento de la gravedad del síntoma, una puntuación mayor a 10 mostro la probabilidad de padecer depresión, pero no su gravedad. Cualquier número que se eligió que no sea 0 en la pregunta número 10, significa que es necesario hacer evaluaciones adicionales inmediatamente.

Se utilizará estadística descriptiva obteniendo las frecuencias y porcentajes de las variables nominales, sobre todo la variable de interés (depresión pos parto). Las variables numéricas se representarán con sus medidas de tendencia central, media o mediana según corresponda, así como sus medidas de dispersión. Todos estos datos se presentarán en una tabla y cada uno se graficará utilizando circulares para las variables nominales e histogramas para las numéricas. Los datos se trabajarán con el paquete estadístico STATA 12.0.

## Resultados

Se estudiaron 30 pacientes atendidas en el Hospital General Ticoman, dentro de los primeros 7 días de puerperio, de las cuales se encontró que la escolaridad predominante en esta población es secundaria con 66.6%, seguida de preparatoria con 23.3%, primaria 6.6% y licenciatura con 3.3% - Gráfica 1

La ocupación de la mayoría es ama de casa con 83.3% y empleadas con 16.6%- Gráfica 2

Referente al número de embarazos 43.3% ha tenido 1 embarazo, 30% 2 embarazos, 16.6% 3 embarazos, 6.7% 4 embarazos y 3.7% 5 embarazos. – Gráfica 3

En cuanto al estado civil 66.6% son solteras, 16.6% casadas y 16.6% viven en unión libre. – Gráfica 4

De acuerdo al número de pareja sexuales el 50% ha tenido 1; 23.3% 2, 6.6% 3, 3.3% 4, 3.3% 8 y 3.3% 10 parejas sexuales.- Gráfica 5

En número de hijos 60% tiene 1, 20% 2, 13.3% 3, 3.3% 4 y 3.3% 5 hijos. –Gráfica 6

En número de abortos el 86.7% no ha tenido ninguno, el 10 % ha tenido 1 y el 3.3% ha tenido 2 abortos.-Gráfica 7

En número de óbitos el 96.6% nunca ha tenido uno y el 3.3% ha tenido 1.

En lo referente a partos el 50% ha tenido 1, el 26.6% no ha tenido ninguno, el 13.3% ha tenido 2, el 3.3% ha tenido 3, el 3.3% ha tenido 4 y el 3.3% ha tenido 5. Gráfica 8



Para el número de cesáreas el 46.6% no ha tenido ninguna, el 43.3% ha tenido 1 y el 10 % ha tenido 2. Gráfica 9

De acuerdo a la técnica anestésica empleada en la resolución de su embarazo, al 53.3% se le aplicó anestesia local y al 46.6% anestesia regional.

Con la aplicación del cuestionario de Edimburgo para detección de depresión posparto, el 20% obtuvo 8 puntos, el 13.3% 3 puntos, el 10% 2 puntos, el 10% 4 puntos, el 10% 5 puntos, el 10% 6 puntos, el 6.6% 13 puntos, 3.3% 0 puntos, 3.3% 1 punto, 3.3% 7 puntos, 3.3% 9 puntos, 3.3% 11 puntos y el 3.3% 12 puntos, (Gráfica 10) dando puntaje positivo para presencia de depresión posparto en el 13.3% y negativo el 86.6%.

En cuanto al rango de edad de las pacientes la media es de 24.1. Con una desviación estándar de +- 6.1.

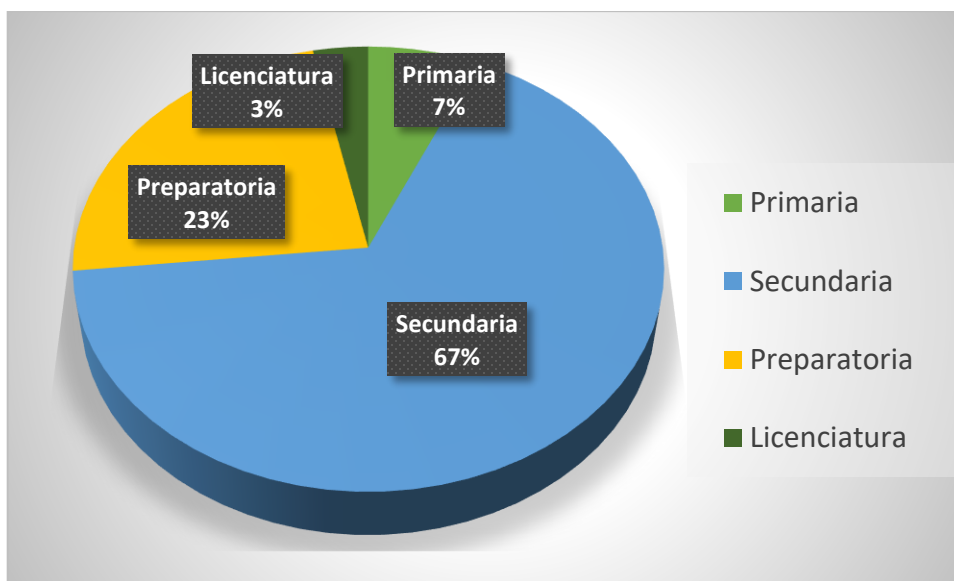
Tabla 1- Descripción de variables

<b>Variable</b>	<b>Frecuencias</b>	<b>Porcentajes</b>
<b>Escolaridad</b>		
Primaria	2	6.6
Secundaria	20	66.6
Preparatoria	7	23.3
Licenciatura	1	3.3
<b>Ocupación</b>		
Ama de casa	25	83.3
Empleada	5	16.6
<b>Embarazos</b>		
1	13	43.3
2	9	30.0
3	5	16.6
4	2	6.7
5	1	3.7

<b>Estado civil</b>		
<b>Soltero</b>	20	66.6
<b>Casada</b>	5	16.6
<b>Unión libre</b>	5	16.6
<b>Parejas</b>		
<b>1</b>	15	50
<b>2</b>	7	23.3
<b>3</b>	3	10
<b>4</b>	1	3.3
<b>5</b>	2	6.6
<b>6</b>	1	3.3
<b>7</b>	1	3.3
<b>Hijos</b>		
<b>1</b>	18	60
<b>2</b>	6	20
<b>3</b>	4	13.3
<b>4</b>	1	3.3
<b>5</b>	1	3.3
<b>Abortos</b>		
<b>0</b>	26	86.7
<b>1</b>	3	10.0
<b>2</b>	1	3.3
<b>Óbitos</b>		
<b>0</b>	29	96.6
<b>1</b>	1	3.3
<b>Partos</b>		
<b>0</b>	8	26.6
<b>1</b>	15	50.0
<b>2</b>	4	13.3
<b>3</b>	1	3.3
<b>4</b>	1	3.3
<b>5</b>	1	3.3
<b>Cesáreas</b>		
<b>0</b>	14	46.6
<b>1</b>	13	43.3
<b>2</b>	3	10.0
<b>Anestesia</b>		
<b>Local</b>	16	53.3
<b>Regional</b>	14	46.6
<b>Puntuación</b>		
<b>0</b>	1	3.3
<b>1</b>	1	3.3
<b>2</b>	3	10.0
<b>3</b>	4	13.3

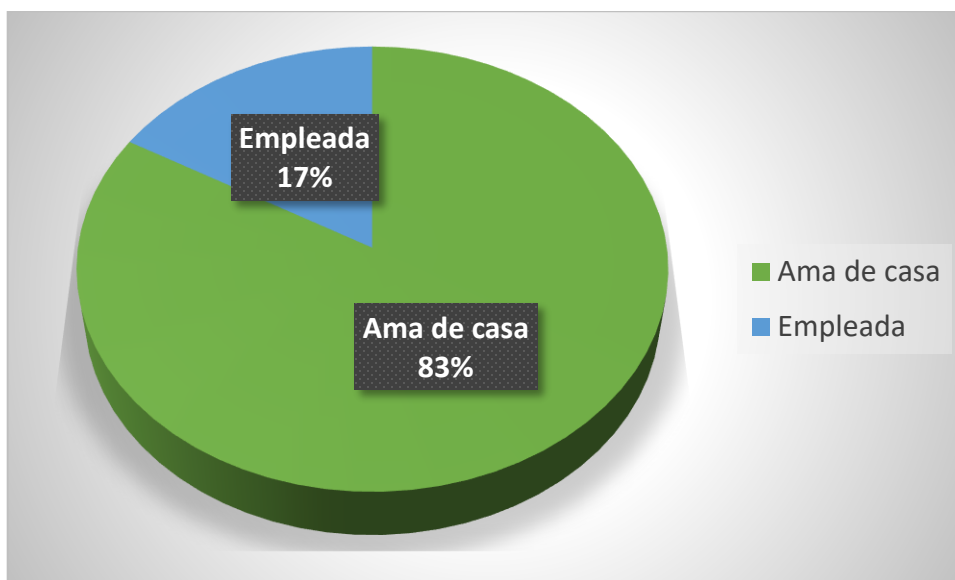
4	3	10.0
5	3	10.0
6	3	10.0
7	1	3.3
8	6	20.0
9	1	3.3
11	1	3.3
12	1	3.3
13	2	6.6
<b>Depresión</b>		
<b>Si</b>	4	13.3
<b>No</b>	26	86.6
<b>*Edad (media) (de)</b>	24.1	+ 6.1

**Gráfica 1- Distribución por escolaridad**



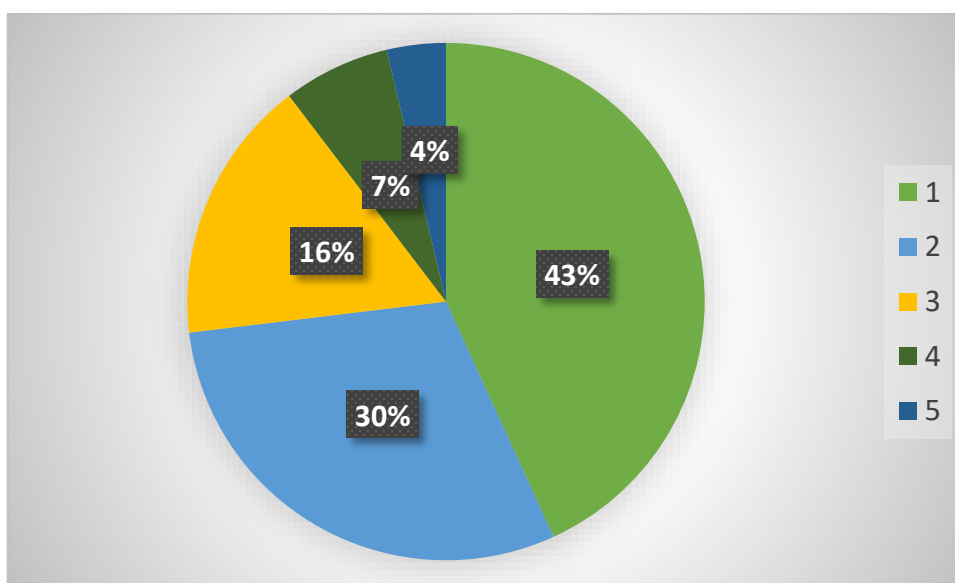
Fuente: Cuestionario exprofeso del Hospital General de Ticoman

**Gráfica 2- Distribución por ocupación**



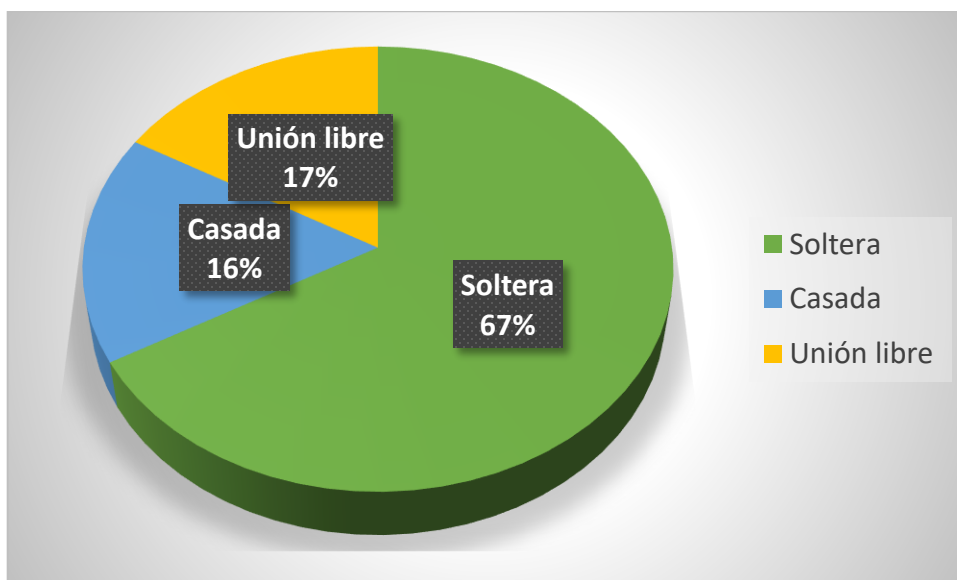
Fuente: Cuestionario exprofeso del Hospital General de Ticoman

**Gráfica 3- Distribución por número de embarazos**



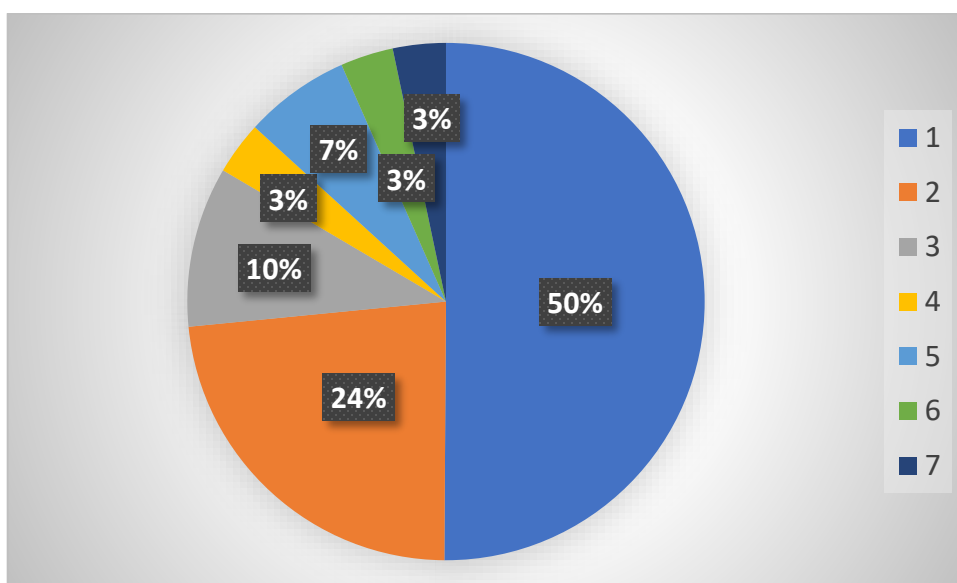
Fuente: Cuestionario exprofeso del Hospital General de Ticoman

**Gráfica 4- Distribución por estado civil**



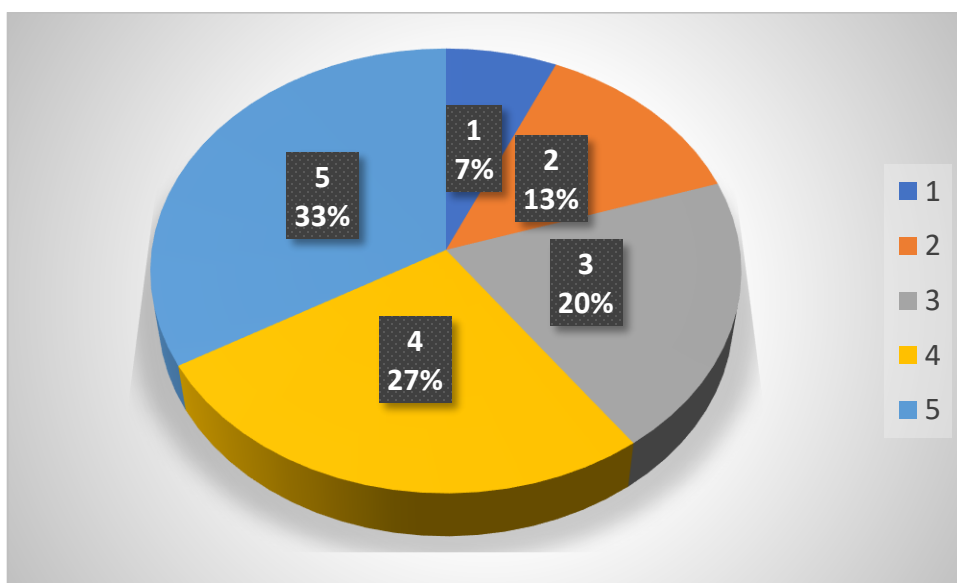
Fuente: Cuestionario exprofeso del Hospital General de Ticoman

**Gráfica 5- Descripción por número de parejas**



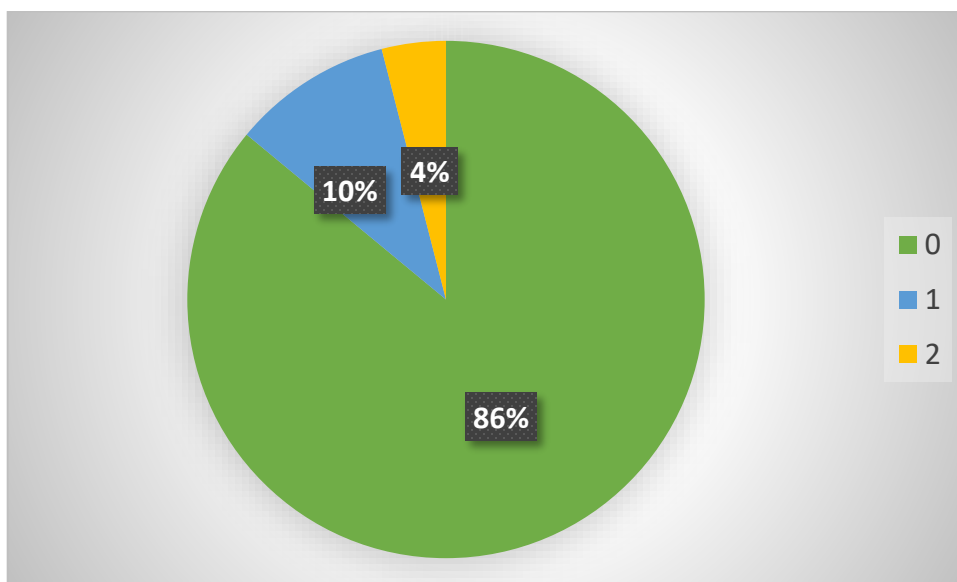
Fuente: Cuestionario exprofeso del Hospital General de Ticoman

**Gráfica 6 – Distribución por número de hijos**



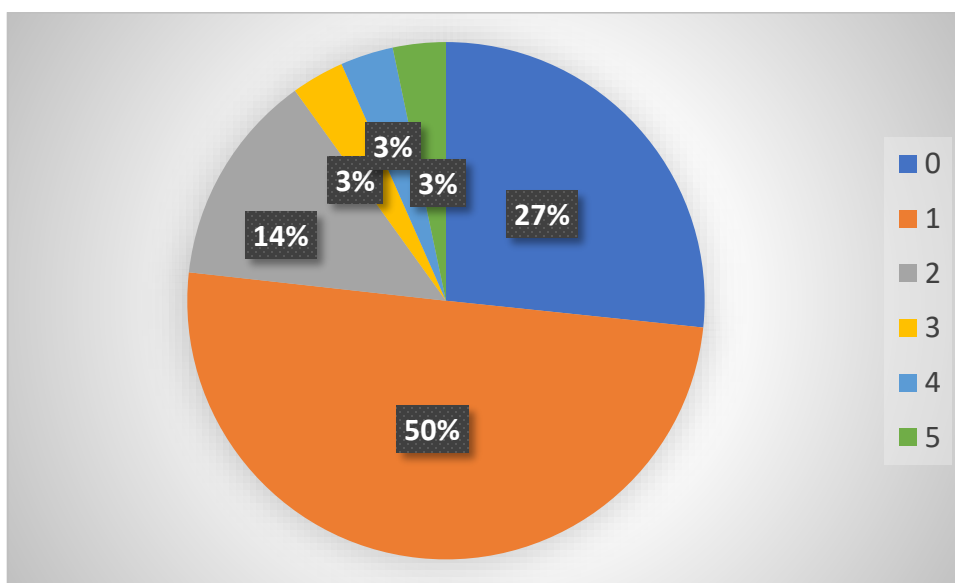
Fuente: Cuestionario exprofeso del Hospital General de Ticoman

**Gráfica 7- Distribución por número de abortos**



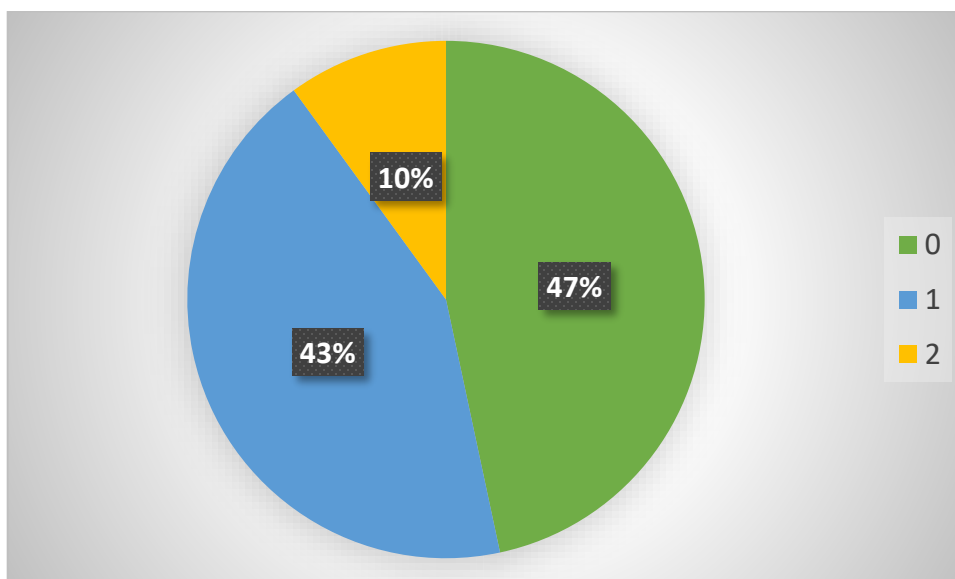
Fuente: Cuestionario exprofeso del Hospital General de Ticoman

**Gráfica 8- Distribución por número de partos**



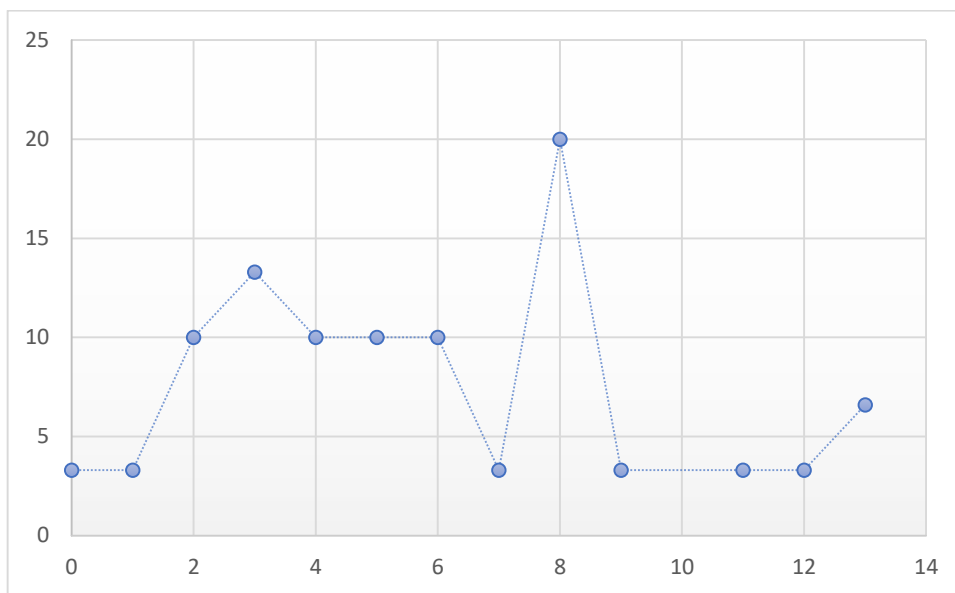
Fuente: Cuestionario exprofeso del Hospital General de Ticoman

**Gráfica 9-Distribución por número de cesáreas**



Fuente: Cuestionario exprofeso del Hospital General de Ticoman

**Gráfica 10- Distribución por puntuación de Cuestionario**



\*Puntuación

Fuente: Cuestionario exprofeso del Hospital General de Ticoman



## **Discusión.**

A nivel mundial se calcula que afecta el rededor del 19.2% de las mujeres en el primer trimestre posparto, otra referencia menciona la incidencia entre el 2 hasta el 21%.

De acuerdo al análisis de los resultados posteriores a la aplicación de cuestionario de Edimburgo para detección de depresión posparto, la frecuencia en Hospital General Ticoman es de 13.3%, coincidiendo con el rango de frecuencia reportado a nivel mundial.

En un meta análisis de 28 estudios internacionales, las estimaciones de puntos de prevalencia para depresión mayor y menor vario de 6.5% a 12.9% en diferentes trimestres y meses del embarazo y en el primer año después del nacimiento y el periodo de prevalencia mostró que hasta un 19.2% de las mujeres tenían un episodio depresivo en los primeros tres meses después del parto.

En México existe escasa información sobre la epidemiología de esta, con las diferentes fuentes consultadas se encontró que puede variar dependiendo desde 8% hasta un 31%, coincidiendo también con la frecuencia detectada en este Hospital.

## **Conclusiones**

La depresión es uno de los trastornos mentales más frecuentes en la patología psiquiátrica a nivel mundial, además de ser también una de las más importantes causas de incapacidad y de alta probabilidad de generar suicidio.

A nivel mundial se calcula que afecta el rededor del 19.2% de las mujeres en el primer trimestre posparto, otra referencia menciona la incidencia entre el 2 hasta el 21%.

De acuerdo al análisis de los resultados posteriores a la aplicación de cuestionario de Edimburgo para detección de depresión posparto, la frecuencia en Hospital General Ticoman es de 13.3%, coincidiendo con el rango de frecuencia reportado a nivel mundial.

En un meta análisis de 28 estudios internacionales, las estimaciones de puntos de prevalencia para depresión mayor y menor vario de 6.5% a 12.9% en diferentes trimestres y meses del embarazo y en el primer año después del nacimiento y el periodo de prevalencia mostró que hasta un 19.2% de las mujeres tenían un episodio depresivo en los primeros tres meses después del parto.

En México existe escasa información sobre la epidemiología de esta, con las diferentes fuentes consultadas se encontró que puede variar dependiendo desde

8% hasta un 31%, coincidiendo también con la frecuencia detectada en este Hospital.

Dentro de los factores de riesgo que influyen en este padecimiento, varios estudios a nivel mundial mencionan el nivel de escolaridad bajo, pobre red de apoyo familiar, mayor frecuencia después del primer hijo, así como historia previa de padecimientos mentales, presencia de abortos u óbitos previos, entre otros.

Al analizar las variables encontramos que los resultados coinciden con estas características mencionadas, ya que la mayoría de nuestras pacientes tiene una escolaridad de secundaria, son amas de casa, solteras y para la mayoría fue su primer embarazo.

## Referencias bibliográficas.

1. Mendoza C., Saldivia S. (2015) Actualización en depresión postparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. *Rev Med Chile* 143: 887-894.
2. Salinas A, Manrique B, Acosta T. (2013) Validación de punto de cohorte para escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos. *Sal Pub Mex.* 55(3):267-274.
3. Dosis C. A, Luchinni C. (2013).Efecto del contacto piel con piel sobre la presencia de síntomas depresivos posparto. *Rev Chil Ped.* 84:285-92.
4. Lara M., Natera-Rey G. (2014).Intimate partner violence and depressive symptoms in pregnant Mexican women. *Rev Inv Clin* 66(5):431-438.
5. Lara M., Navarrete L. (2015). Childhood abuse increases the risk of depressive and anxiety symptoms and history of suicidal behavior in mexican pregnant women.*Rev Bras Psiq.* 37(3):203-210.
6. Nieto L, Berenzan S.,(2014) Acceptability and barriers to treatment for perinatal depression. *Rev Sal Men.* 37(4):293-30.

7. O`hara M., McCabe E., (2013) Post partum depression:current status and future directions, *Ann Rev Clin Psyc* 9: 379-407.
8. Medina-Serdan E.,(2013) Diferencias entre la depresión posparto, la psicosis posparto y la tristeza posparto. *Perinatol Reprod Hum* .27(3):185-193.
9. De Castro F, Place JM, Billings D. (2014) Risk profiles associated with postnatal depressive symptoms among Mexican women: The role of demographic, psychosocial and perinatal factors. *Arch WOM Hea*. DOI 10.1007.
10. Bowers k, Laughon SK, Kim S. The association between a medial history of depression in the United States. *Paediatr Perinat Epidemiol* 27(4):323-328.
11. Castro F.,(2015) Sintomatología depresiva materna en México: prevalencia nacional, atención y perfiles poblacionales de riesgo. *Sal Pub Mex*.57(2)144-154.
12. Cabada E., (2015) Prevalencia de los síntomas de depresión posparto en poblacion urbana, rural e indígena. *Rev Esp Med Quir*. 20(1):18-23.

13. Sharma V., Mazmanian D., (2014) The DSM-5 peripartum specifier: prospects and pitfalls. *Arch Wom Heal* 17 (29): 924-930.
  
14. Russell J., Fawcett M., Mazmanian D. (2013) Risk of obsessive-compulsive disorder in pregnant and postpartum women. *Jour Clin Psy*. 74 (4): 377-385.
  
15. Wisner k., Sit Y., McShea C., (2013) Onset timing, thoughts of self-harm, and diagnoses in postpartum women with screen-positive depression findings. *JAMA Psy* .70 (59): 490-498.