



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACION DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

**PREVALENCIA DE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN POSPARTO Y SU
ASOCIACIÓN AL POCO APOYO SOCIAL Y OTROS FACTORES
SOCIODEMOGRÁFICOS**

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGÍA**

PRESENTA:

DRA. STEPHANI ITZEL HERNÁNDEZ TOLEDO

ASESORA:

DRA. BLANCA SANDRA RUIZ BETANCOURT
ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGÍA

CIUDAD DE MÉXICO, FEBRERO 2020



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.

Autorización de la Tesis

Vo. Bo.

Dr. Benjamín Acosta Cazares
Profesor Titular del Curso de Especialización en Epidemiología
Coordinación de Vigilancia Epidemiológica

Vo. Bo.

Dra. Blanca Sandra Ruiz Betancourt
Asesora metodológica
Profesora Adjunta del Curso de Especialización en Epidemiología
Coordinación de Vigilancia Epidemiológica

Vo. Bo.

Agradecimientos

A mi mamá por su amor incondicional y por todas sus enseñanzas que perdurarán por el resto de mi vida.

A mi padre por sus palabras de aliento y la nobleza que irradia todos los días.

A mi compañero de vida por ser y estar a mi lado en todo momento con su luz infinita.

A mis hermanos por ser un ejemplo de superación y mi motivación para seguir creciendo en todos los aspectos de mi vida.

A mi asesora que con paciencia y determinación me apoyó para la culminación de mis estudios.

A mis compañeros y amigos que siempre tuvieron la palabra correcta para alentarme en momentos difíciles y el plan perfecto para la distracción.

A todas las pacientes que contribuyeron con su tiempo y disposición para la realización de este trabajo.

A todos mis maestros que con su guía logré alcanzar los objetivos planteados.

Gracias a la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica y al Instituto Mexicano del Seguro Social por ser una casa y escuela.

A la Epidemiología que me mostró caminos nuevos y retos interesantes para el futuro.

IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES:

Investigadora principal:

Dra. Stephani Itzel Hernández Toledo

Residente de tercer año de Epidemiología

Matrícula: 97371438

Adscrita a la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica

Mier y Pesado 120, Colonia del Valle, Benito Juárez, Ciudad de México, C. P.
03100

Teléfono: 22 24426160

Correo electrónico: stephaniht@outlook.es

Investigadora asociada:

Dra. Blanca Sandra Ruíz Betancourt

Especialista en Epidemiología

Matrícula: 99093579

Adscrita a la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica

Mier y Pesado 120, Colonia del Valle, Benito Juárez, Ciudad de México, C.P.
03100

Teléfono: 57261700, extensión 15756

Correo electrónico: blanca.ruizb@imss.gob.mx

Contenido

1. Resumen.....	7
2. Introducción.....	10
3. Marco teórico.....	12
4. Justificación	25
5. Planteamiento del problema.....	27
6. Pregunta de investigación	29
7. Hipótesis.....	30
8. Objetivos.....	31
8.1. Objetivo General	31
8.2. Objetivos específicos.....	31
9. Material y métodos.....	33
9.1. Diseño de estudio	33
9.2. Población de estudio.....	33
9.3. Bases del estudio	33
9.4. Cálculo de tamaño de mínimo de muestra.....	33
9.5. Tipo de muestreo.....	34
9.6. Criterios de selección	36
9.7. Operacionalización de las variables	37
9.8. Plan general de trabajo.....	44
9.9. Instrumentos	45
9.10. Análisis estadístico.....	47
10. Aspectos éticos	48
11. Recursos, financiamiento y factibilidad.....	49
12. Resultados	50
13. Discusión.....	55
14. Conclusiones.....	65
15. Referencias bibliográficas	67
16. Anexos	74
16.1. Dictamen de aprobación del proyecto.....	74
16.2. Cronograma de actividades del proyecto.....	75

16.3.	Consentimiento informado adultos	76
16.4.	Instrumento de recolección de información	77
16.5.	Figura de selección de la muestra	85
16.6.	Tablas y figuras de los resultados	86

1. Resumen

“Prevalencia de síntomas de depresión posparto y su asociación al poco apoyo social y otros factores sociodemográficos”

La depresión posparto es una enfermedad mental que se caracteriza por presentar estado de ánimo deprimido y/o interés o placer notablemente disminuido en todas o la mayoría de las actividades, disminución del apetito, insomnio o hipersomnia, agitación o retraso psicomotor y fatiga. Esta enfermedad, así como la mayoría de las que afectan la salud mental se debe a múltiples factores.

La DPP es la complicación no obstétrica más común, afecta entre 10% y 20% de las nuevas madres en todo el mundo, en México su frecuencia se encuentra entre 6.6% y 24.6%. El desarrollo cognitivo, emocional, social y conductual del niño puede verse afectado tanto a corto como a largo plazo si la enfermedad no es tratada. Las madres deprimidas dan más respuestas negativas y menos respuestas positivas en las interacciones con sus hijos.

En la actualidad el rol de la madre ha cambiado en los últimos 50 años, ya que la mujer está inserta en el ámbito laboral, con los mismos horarios que el sexo masculino, pero con la complicación de que sus roles en el hogar no se han delegado, sino que los asume como su responsabilidad, pero con menos tiempo. Este cambio de roles obliga a explorar nuevos factores de riesgo y a medir con otra visión los ya existentes.

El apoyo social se define como un acto voluntario que brinda un individuo a otro y que provoca una respuesta positiva inmediata o retardada en el receptor. El apoyo social puede ser cuantitativo, y se refiere a la cantidad de relaciones sociales o número de personas a las que puede recurrir el individuo para ayudarlo a resolver los problemas; o funcional el cual se refiere a las percepciones de disponibilidad de soporte, que a su vez se clasifica en emocional, informativo, instrumental, afectivo e interacción social positiva. El apoyo social ha sido estudiado durante muchos años y su asociación positiva y negativa se ha demostrado en diferentes culturas, sin embargo, hay una escasez de investigaciones que aborden qué

dimensiones de apoyo social se asocia más fuertemente con el riesgo de depresión, así como la asociación con los diferentes actores que participan en la vida de las mujeres afectadas. Comprender el impacto del apoyo social y las dimensiones del apoyo en diferentes períodos de tiempo en el embarazo puede tener implicaciones importantes para la prevención y el tratamiento de la DPP.

Comprender la asociación del apoyo social con la DPP permitirá la generación del conocimiento para esclarecer que tipo de apoyo social influye en la DPP en el contexto de nuestro país y en consecuencia los proveedores de atención médica que interactúan con las mujeres durante la atención prenatal y posnatal puedan identificar a las mujeres en riesgo e iniciar las intervenciones apropiadas.

Objetivo: Estimar la prevalencia de síntomas de depresión posparto a los 2, 4 y 6 meses posparto en mujeres derechohabientes de IMSS y su asociación con factores sociodemográficos, obstétricos y maternos.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal analítico en 3 unidades de medicina familiar en la delegación sur de la Ciudad de México (UMF 7, 15 y 31), donde se incluyeron mujeres mayores de 18 años que tengan un hijo biológico de 2, 4 o 6 meses de edad. Se excluyeron aquellas que cuenten con diagnóstico de enfermedad mental diferente a depresión mayor (trastorno bipolar, esquizofrenia, lupus, etc.) y/o con patologías físicas y/o cognitivas que les impidieran completar el cuestionario al momento de la entrevista, también se excluyeron aquellas mujeres que hayan tenido una pérdida de algún familiar en el último año, y se eliminarán aquellas que cuenten con un cuestionario incompleto. Se realizó un muestreo polietápico estratificado, con un tamaño mínimo de muestra de 634 participantes. A las mujeres que participaron se les pidió que firmaran un consentimiento informado, posterior a eso se les aplicó un cuestionario que consta de una serie de instrumentos validados para evaluar depresión posparto, apoyo social, apoyo del padre de su último hijo, violencia contra la mujer, estrato socioeconómico, historia de depresión, antecedentes familiares de depresión y complicaciones en el embarazo. La variable dependiente se evaluó mediante el instrumento “Escala de depresión posparto de Edimburgo”. Apoyo social se midió con el cuestionario MOS. Se midieron otras variables como edad, estado civil,

escolaridad, ocupación, número de gestas y sexo del último hijo biológico. Para el análisis estadístico se estimó la frecuencia de depresión posparto, y sus factores de riesgo en mujeres con o sin sus diferentes tipos de apoyo social, y se evaluó su asociación mediante un análisis bivariado y multivariado.

Resultados: Se analizaron 546 mujeres, con una mediana de edad de 29 años (RIC 24/34), dentro de los principales resultados obtenidos, se estimó una prevalencia general de síntomas de DPP de 30% (IC_{95%} 26.1% - 33.9%), y prevalencias de 22% (IC_{95%} 16.5% - 28.2%), 40% (IC_{95%} 30.8% - 49.1%) y 32% (IC_{95%} 26.2% - 39.4%) para mujeres con hijos de 2, 4 y 6 meses de edad, respectivamente. Dentro de los principales resultados, se obtuvo para la asociación de apoyo social emocional con síntomas de depresión posparto un RM ajustada (R_{Ma}) de 2.0 (IC_{95%} 1.2 - 3.3), para apoyo material/instrumental R_{Ma} 1.7 (IC_{95%} 1.06 - 2.9), en cuanto a relaciones de ocio y satisfacción R_{Ma} 1.8 (IC_{95%} 1.1 - 3.0), para apoyo afectivo R_{Ma} 1.7 (IC_{95%} 0.88 - 3.4), en cuanto a la violencia contra la mujer R_{Ma} 2.9 (IC_{95%} 1.9 - 4.3).

Conclusiones: La prevalencia de síntomas de depresión posparto fue mayor que la reportada en artículos previos realizados en México, por lo que el problema no se está atendiendo ni midiendo de manera adecuada. Con respecto de la variable apoyo social se encontró que sus dimensiones apoyo emocional, material e instrumental y de relaciones de ocio están asociadas con la presencia de síntomas de depresión posparto, también se encontró que la violencia contra la mujer se encuentra asociada con síntomas de DPP. Los factores psicosociales asociados con los síntomas de DPP identificados en nuestro estudio sugieren la posibilidad de una experiencia social desadaptativa más profunda de las mujeres en riesgo de DPP, y se deben hacer esfuerzos para comprender y hablar sobre esta patología en un contexto social más amplio.

2. Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) han recomendado que se preste mayor atención a las habilidades, las actitudes y la capacidad de los proveedores de atención médica para aumentar el reconocimiento y la asistencia apropiados para las mujeres que sufren depresión posparto y otros problemas de salud mental materna. (1)

El panorama actual de la depresión posparto no es favorable, ya que estamos hablando de la complicación no obstétrica más común del parto, con una prevalencia estimada del 13% para los países de altos ingresos y del 20% para los países de bajos y medianos ingresos. A pesar de su alto costo social y prevalencia mundial, la depresión posparto no se identifica ni se trata lo suficiente en los entornos de atención médica. (1) La prevalencia de depresión posparto reportada en México va desde 6.7 % a 24.6 %, el rango tan amplio refleja las diferencias en los tamaños de muestra, los entornos clínicos y comunitarios, los puntajes de corte de detección y los instrumentos de diagnóstico.

Muchos factores de riesgo para los síntomas de DPP han sido estudiados, incluidos los factores sociodemográficos, de embarazo, obstétricos y posnatales, aunque los resultados son en su mayoría conflictivos. Dentro de estos factores se encuentra el apoyo social, del cual solo pocas investigaciones lo han estudiado en sus diferentes dimensiones (2). El apoyo social es un concepto complejo multifacético, en términos generales, el apoyo social es un acto voluntario de un individuo que se da a otro individuo (el receptor), que provoca una respuesta positiva inmediata o tardía en el receptor. Una investigación de la década de 1970 ha demostrado que el entorno social tiene un beneficio directo para los resultados de salud, por lo que se demostró que el apoyo social previene la enfermedad crónica. (3) El avance en investigación sobre la asociación entre apoyo social y la salud pasó del riesgo de mortalidad al riesgo de morbilidad, afectando resultados del embarazo como el feto (por ejemplo, parto prematuro), el bebé (por ejemplo, bajo peso al nacer) y la salud materna (por ejemplo, depresión posparto). (4)

Se necesita seguir avanzando en comprender los factores demográficos y psicosociales que ponen a las mujeres en riesgo de DPP para que los proveedores de atención médica que interactúan con las mujeres durante la atención prenatal puedan identificar a las mujeres en riesgo e iniciar las intervenciones adecuadas.

En esta investigación se estudiaron mujeres derechohabientes del IMSS que pertenecían a las Unidades de Medicina Familiar (UMF) No. 7, 15 y 31, con un rango de edad de 18 a 45 años y que tuvieran hijos de 2, 4 y 6 meses de edad, utilizando la edad de su último hijo biológico para garantizar el tiempo transcurrido desde la resolución del embarazo hasta la fecha de medición. Se realizó la medición en estos grupos de edad posparto ya que en la mayoría de las investigaciones previas se tomaron a las mujeres con 7 días, 1 mes o hasta dos meses posparto, lo que sesgaba los resultados ya que los síntomas de DPP se podían confundir con el baby blues y sobreestimar la prevalencia. Otras investigaciones sí midieron apoyo social a los 6 meses e incluso al año, sin embargo, no de manera adecuada ya que sólo lo medían con una sola pregunta o no consideraban todas las dimensiones del apoyo social. Se midieron otras variables sociodemográficas como edad, estrato socioeconómico, estado civil y escolaridad. También se tomaron en cuenta variables ginecológicas, obstétricas, antecedentes personales patológicos, familiares, violencia contra la mujer, entre otras.

Finalmente, este estudio pretende contribuir con el conocimiento de la frecuencia de los síntomas de depresión posparto y algunos factores determinantes de síntomas de DPP en población derechohabiente del IMSS, que potencialmente podrían modificarse mediante la evaluación del apoyo social en sus diferentes modalidades y con ello establecer líneas de acción que beneficien a las madres y que tengan una atención equitativa con respecto de sus hijos tanto durante el embarazo como después de él.

3. Marco teórico

El embarazo y el puerperio son períodos decisivos en el desarrollo de un nuevo ser y es durante estos periodos donde se presentan cambios bioquímicos, hormonales, psicológicos y sociales que ocasionan una mayor vulnerabilidad en la mujer para la aparición de trastornos del estado de ánimo. Desde los tiempos de Hipócrates (700 a.c) los clínicos notaron una asociación entre los trastornos del humor y el período posterior al parto. Este vínculo entró oficialmente en la nomenclatura psiquiátrica en el DSM 5 en el año de 1994 (5). La depresión posparto (DPP) es un trastorno mental incapacitante pero tratable que representa una de las complicaciones más comunes de la maternidad. El diagnóstico está incluido en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría quinta edición (DSM-5) como un episodio depresivo mayor "con inicio periparto si los síntomas del estado de ánimo ocurren durante el embarazo o dentro de las 4 semanas posteriores al parto" (6). En su nueva clasificación de enfermedades de la OMS la CIE 11 le asigna el código 6E20.0 y la describe como un síndrome asociado con el embarazo o el puerperio (que comienza dentro de las 6 semanas posteriores al parto) que involucra características mentales y conductuales significativas, con mayor frecuencia síntomas depresivos. El síndrome no incluye ideas delirantes, alucinaciones u otros síntomas psicóticos. (7) En algunos casos, cuando la mujer no cumple con todos los criterios para un trastorno/episodio depresivo, pero presenta síntomas significativos e incapacitantes, la estricta clasificación de ambos compendios puede llegar a dificultar su detección. (8) Sin embargo, la depresión que comienza después de 4 semanas después del parto o que no cumple con la totalidad de los criterios para un episodio depresivo mayor aún puede causar daño y requieren tratamiento, es por esto por lo que, en la práctica clínica e investigación, la DPP (es decir, depresión puerperal no psicótica) se define como aquella depresión que ocurre dentro de las 4 semanas posteriores o hasta 12 meses después del parto. (9)

Los síntomas de la depresión posparto a menudo incluyen trastornos del sueño (más allá de los relacionados con el cuidado del bebé), ansiedad, irritabilidad y una sensación de estar abrumada, así como una preocupación obsesiva por la salud y la alimentación del bebé. También se ha informado acerca de la ideación suicida y las preocupaciones de causar daño al bebé. El diagnóstico de acuerdo con la DSM-5 consiste en presentar al menos cinco síntomas durante al menos 2 semanas, casi todos los días. Uno de los síntomas debe incluir por lo menos estado de ánimo deprimido y/o interés o placer notablemente disminuido en todas o la mayoría de las actividades. Otros síntomas con inicio periparto que se consideran para el diagnóstico y pueden estar presentes son los siguientes: Pérdida de peso clínicamente significativa cuando no se está haciendo dieta o aumento de peso clínicamente significativo; aumento o disminución del apetito; insomnio o hipersomnias; agitación o retraso psicomotor; fatiga o pérdida de energía; sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada; disminución de la capacidad de pensar o concentrarse o indecisión; pensamientos recurrentes sobre la muerte o ideación suicida (con o sin un plan específico). Estos síntomas causan angustia o deterioro clínicamente significativo en lo social, ocupacional u otras áreas importantes de la función y no se deben a efectos fisiológicos directos de una sustancia u otra condición médica. (5)

El período posparto es un hito para la madre y la familia, especialmente las que experimentan esta situación por primera vez, necesitan más información y asistencia en este período. En consecuencia, el puerperio tiene el mayor riesgo en términos de enfermedades psiquiátricas y principalmente depresión posparto para las mujeres.

El curso natural de la depresión posparto es variable. Aunque puede resolverse espontáneamente unas semanas después de su inicio, aproximadamente el 20% de las mujeres con depresión posparto todavía tienen depresión más allá del primer año después del parto, y 13% después de los 2 años; aproximadamente el 40% de las mujeres tendrá una recaída ya sea durante embarazos posteriores o en otras ocasiones sin relación con el embarazo (9). La depresión posparto resulta en sufrimiento materno y funcionamiento disminuido y se asocia con mayores

riesgos de conflicto matrimonial y problemas de apego de cuidadores de bebés, así como mayores riesgos de deterioro del desarrollo emocional, social y cognitivo en el niño, y en casos raros, suicidio o infanticidio. (9)

Para contextualizar de mejor manera la DPP es importante mencionar que aproximadamente el 70% de las nuevas madres tienen síntomas depresivos leves llamados "tristeza del bebé" también conocido como "Baby blues" o simplemente "Blues", esta entidad alcanza su punto máximo entre el 2^{do} y 5^{to} día después del parto y generalmente incluyen llanto, tristeza, labilidad del estado de ánimo, irritabilidad y ansiedad. Los "Blues" no incluyen síntomas psicóticos; típicamente, estos síntomas comienzan a disminuir espontáneamente dentro de 2 semanas, aunque algunos casos progresarán a depresión posparto. Distinguir entre "tristeza del bebe" y depresión posparto puede ser difícil, pero la evaluación del estado de ánimo y de la gravedad de los síntomas en múltiples puntos de tiempo puede facilitar la fabricación de su distinción. (9) Es importante dejar claro que DPP y la "tristeza del bebé" son dos entidades diferentes y no deben de recibir tratamientos adecuadamente dirigidos.

El número limitado de estudios disponibles sobre la incidencia de DPP informó que el 6.5% de las madres desarrollan un nuevo episodio de depresión durante los primeros 3 meses después del nacimiento y existe un aumento de tres veces en el riesgo de depresión durante 3 y 6 meses después del nacimiento en comparación con otros momentos de la vida. (10)

La fisiopatología exacta no se conoce. Una proporción de mujeres con depresión posparto puede ser vulnerable a un desencadenante puerperal específico. No se han informado diferencias importantes en el perfil hormonal de las mujeres que desarrollan DPP. Sin embargo, se ha sugerido que las mujeres que se deprimen después del parto pueden tener una sensibilidad anormal a los cambios fisiológicos normales del parto. También se ha sugerido que la respuesta inflamatoria después del trabajo de parto y el parto puede ser exagerada en las mujeres que desarrollan depresión posnatal. La rápida disminución del nivel de hormonas reproductivas después del parto probablemente contribuya al desarrollo de depresión en mujeres susceptibles, además de los cambios hormonales, se

incluyen factores genéticos y factores sociales que incluyen bajo apoyo social, dificultades matrimoniales, violencia con la pareja, abuso previo y eventos negativos de la vida. (11,12)

La DPP no tratada se asocia con efectos perjudiciales en el desarrollo infantil. El desarrollo cognitivo, emocional, social y conductual del niño puede verse afectado tanto a corto como a largo plazo. Las madres deprimidas dan más respuestas negativas y menos respuestas positivas en las interacciones con sus hijos. Se ha demostrado que las madres que padecen depresión posparto representan una influencia negativa durante el primer año de vida en los bebés en cuanto al conocimiento de idiomas, el desarrollo social y emocional y los cocientes de inteligencia (especialmente en niños). Evidencia reciente parece confirmar el vínculo entre la depresión posparto y la continuación de los resultados cognitivos deteriorados en adolescentes. (13,14)

Epidemiología

La DPP es la complicación no obstétrica más común del parto por lo tanto se ha convertido en un motivo de preocupación, afectando aproximadamente entre 10% y 20% de las nuevas madres en todo el mundo. (15) A pesar de ser considerada una de las morbilidades maternas más frecuentes después del parto, las prevalencias publicadas de DPP son difíciles de comparar entre los estudios y los países. Los informes iniciales de la Organización Mundial de la Salud describen una prevalencia de DPP del 10% para los países de altos ingresos (HIC) y del 15% para los países de bajos y medianos ingresos (LMIC). (16) La revisión sistemática de las estimaciones de prevalencia puntual de la depresión contenida en 28 estudios encontró que las estimaciones oscilaban entre el 6.5% y el 12.9% en diferentes trimestres del embarazo y en los meses del primer año después del nacimiento. (17, 18,19)

Gaynes et al. en 2005 encontró que las prevalencias puntuales para la depresión posparto en los estudios incluidos no fueron significativamente diferentes a las de la población general de mujeres que no se encuentran en edad fértil y, por lo tanto, argumenta que ya no puede considerarse un problema de salud.(17) Sin embargo,

lo que hace que esto sea un problema de salud pública es el hecho de que la depresión materna es perjudicial para el desarrollo emocional, psicológico y físico del niño, especialmente en el primer año, y cuando hay episodios depresivos recurrentes durante los primeros años. (20)

Un estudio que fue realizado por Li Y et al, en China durante el año 2017, examinaron los cambios de depresión en tres diferentes puntos incluyendo el puerperio, aunque no encontramos diferencias significativas en los síntomas depresivos entre la primera semana y las 4 semanas después del nacimiento, hubo una tendencia a aumentar los síntomas depresivos desde la semana 1 hasta la semana 4. Después del parto, esto respalda el hallazgo de una revisión sistemática de que comienza la prevalencia de depresión a subir después del nacimiento y alcanzó su punto más alto en el tercer mes. (21)

En la región de las américas, países como Canadá reportan una prevalencia entre 4.3 – 15.2%, en Estados Unidos se encuentra entre 13 – 22%. Otros países de la región como Chile varían las prevalencias entre 22 – 50.7%, así mismo en Argentina se encuentran en 36.8%. Colombia evidenció que el 57% de las mujeres presentaron sintomatología depresiva en el posparto. (10,22)

En México los datos apuntan que la prevalencia de DPP se encuentra entre 6.6 – 24.6% en zonas urbanas, 11% – 12.9% en zonas rurales y un solo estudio se realizó en población de mujeres indígenas donde se estimó una prevalencia de 7%. (23) Las prevalencias mencionadas reflejan las diferencias de los entornos clínicos y comunitarios, las puntuaciones de corte de detección y los instrumentos de diagnóstico, entre otros. En un estudio comunitario realizado entre mujeres mexicanas en el área urbana de Monterrey, los investigadores encontraron que la prevalencia de depresión posparto fue de 14.3% en mujeres adultas y de 16.5% en mujeres adolescentes, lo cual se muestra consistente con las tasas de prevalencia global. Otro estudio realizado en el estado de Durango por Alvarado-Esquivel et al reportaron una prevalencia de 32.6%, sin embargo, los investigadores consideraron como iguales tanto a la depresión mayor o menor, clasificándolas como DPP, cuando ahora sabemos que sólo aquella depresión mayor puede ser considerada como DPP. Además, utilizó diferentes puntos de

corte dependiendo si se encontraba en las 4 primeras semanas posparto (≥ 11 puntos) o entre la semana 7 y 13 (≥ 7 puntos), lo que pudo sobreestimar o subestimar sus resultados. (24,25)

Factores de riesgo

La etiología de la DPP sigue siendo difícil de alcanzar, aunque los estudios epidemiológicos han identificado varios factores de riesgo, como los factores estresantes perinatales, los factores psicosociales y los factores demográficos, socioeconómicos y socioculturales. Como toda enfermedad de salud mental su etiología es multifactorial, y se deben contemplar todos los ángulos posibles desde los genéticos, biológicos, demográficos hasta los sociales. (23,26)

Se han estudiado múltiples sustancias y numerosos mecanismos implicados en la neurobiología subyacente de la depresión posparto, incluidos los factores genéticos y epigenéticos, los factores bioquímicos, así como los cambios neuroinflamatorios. Se ha visto que la heterogeneidad de la población de pacientes, incluido el momento del inicio de los síntomas y el historial de eventos adversos en la vida, sugiere que estos mecanismos pueden desempeñar un papel en algunos individuos, pero no necesariamente en otros. Además, estos mecanismos potenciales no operan aisladamente, pero están altamente interconectados y es probable que numerosos factores contribuyan colectivamente a la depresión posparto, sin embargo, no se ha logrado encontrar una sustancia o mecanismo específico que pueda ayudar como diagnóstico o predictor de la enfermedad. Es por ello, que a la par de investigaciones a nivel básico que buscan una respuesta química a la DPP se debe continuar la búsqueda de otros factores que nos ayuden a explicar su origen. (11)

En la actualidad el rol de la madre ha cambiado en los últimos 50 años, ya que la mujer está inserta en el ámbito laboral, con los mismos horarios que el sexo masculino, pero con la complicación de que sus roles en el hogar no se han delegado, sino que los asume como su responsabilidad, pero con menos tiempo. (27) Este cambio de roles obliga a explorar nuevos factores de riesgo o a medir con otra visión los ya existentes.

El factor de riesgo más importante para la depresión posparto es el antecedente de problemas de ansiedad y en particular, depresión no tratada y/o ansiedad durante el embarazo. (10) En un metaanálisis diseñado para actualizar los estudios históricos de O'Hara, Swain y Beck, se encontraron cuatro nuevos factores de riesgo demográficos y psicosociales significativos para la depresión posnatal: estado marital y socioeconómico, embarazo no planificado y baja autoestima. Estos factores se suman a los factores de riesgo conocidos, incluido el apoyo social limitado, los antecedentes de depresión, depresión o ansiedad durante el embarazo y los eventos estresantes durante el embarazo. (28) En los países de ingresos bajos y medianos, ser víctimas de violencia de género, tener desventajas sociales, recibir un apoyo social emocional y práctico deficiente y experimentar un embarazo no planificado son factores de riesgo comunes. Comprender la naturaleza explicativa y predictiva de los factores demográficos y psicosociales, de forma aislada y en combinación entre sí, ayudará a desarrollar intervenciones adecuadas de prevención, detección e intervención para las mujeres que corren el riesgo de experimentar y / o padecer una DPP. (26,18,30)

Un estudio de cohorte realizado en Suecia, Silverman et al. Utilizando el Registro Médico Nacional de Nacimientos de Suecia, que incluye información sobre todos los nacimientos en Suecia, identificaron una cohorte que incluye a todas las mujeres nacidas en Suecia que dieron a luz un solo bebe vivo entre el 1 de enero de 1997 y el 31 de diciembre de 2008. En comparación con las mujeres sin un historial de depresión, hubo un aumento estadístico del riesgo de DPP en mujeres con un historial de depresión; Se obtuvo un riesgo relativo (RR) = 21.0 (IC_{95%} 19.7 – 22.4). Las mujeres sin antecedentes de depresión también tuvieron un riesgo estadísticamente significativo de DPP asociado con el modo de parto con un RR para parto vaginal instrumental = 1.2 (IC_{95%} 1.09 a 1.3) y para Cesárea un RR = 1.6 (IC_{95%} 1.07 a 2.5) en comparación con el parto vaginal. Sin embargo, los resultados del estudio deben interpretarse a la luz de varias limitaciones potenciales. Aunque se ha demostrado repetidamente que los registros suecos tienen una alta validez con una cobertura completa de todas las altas psiquiátricas y que es probable que el resultado de la depresión clínica tenga una alta especificidad, habrá una sensibilidad incompleta si las mujeres no buscaron

atención médica. Por lo tanto, es posible que la asociación entre la historia de la depresión y la PPD esté subestimada. (31)

Galliard A et al, realizaron en Francia un estudio prospectivo donde su objetivo fue estimar el papel de las características sociodemográficas, psicosociales y de factores de riesgo obstétricos en la DPP, evaluaron los factores asociados con PPD en 264 mujeres, sus resultados sugieren que los factores de riesgo no obstétricos, incluida la depresión durante el embarazo, el estado migratorio y el historial de abuso físico pasado o presente por parte de la pareja se asociaron con DPP con OR 5.9 (IC_{95%} 2.8–12.2), OR 2.4 (IC_{95%} 1.1–5.2), OR 3.0 (IC_{95%} 1.1 – 8.6) respectivamente. En términos de factores de riesgo obstétrico, solo las complicaciones físicas siguieron siendo significativas con un ORa 2.7 (IC_{95%}1.03 – 7.2), controlando la depresión prenatal. (32)

En un estudio transversal realizado en la Ciudad de México se encontró una prevalencia de 10.6%, dentro de los factores de riesgo estudiados los resultados indicaron que el bajo apoyo social presento un Odds ratio ajustado (ORa) 4.5 (IC_{95%} 1.7 – 12.4), el embarazo no deseado ORa 2.4 (IC_{95%} 1.2 – 4.8), historia de depresión ORa 6.5 (IC_{95%} 3.3 – 12.7), violencia severa en el embarazo por la pareja sentimental ORa 3.9 (IC_{95%} 1.5 – 10.5) fueron significativos para sintomatología por depresión postparto. (30)

Apoyo Social

Si bien los factores de riesgo para la DPP se consideran multifactoriales, la literatura actual ha identificado constantemente el importante papel del apoyo social. Muchos estudios sugieren que la falta de apoyo social es un factor de riesgo importante para la DPP, mientras que la presencia de apoyo social puede proteger contra la DPP. Los estudios biológicos proporcionan evidencia de que el apoyo social ejerce un efecto amortiguador del estrés a través de la regulación a la baja de las respuestas al estrés, incluyendo el simpático amortiguado, el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal y la reactividad inflamatoria a los estresores. (33)

El apoyo social se define como un acto voluntario que brinda un individuo a otro y que provoca una respuesta positiva inmediata o retardada en el receptor. Aunque la investigación entre la asociación del apoyo social con la salud física y mental se ha visto complicada por una gran heterogeneidad en la medición, existe un amplio consenso sobre la división del apoyo social en emocional, afectivo e instrumental. Clásicamente se han definido dos dimensiones del apoyo social, Fachado et al. lo explica de la siguiente manera. (34)

a) Apoyo estructural o cuantitativo. También denominado red social. Se refiere a la cantidad de relaciones sociales o número de personas a las que puede recurrir el individuo para ayudarlo a resolver los problemas planteados (familia, amigos, situación marital o pertenencia al grupo de pares), y la interconexión entre estas redes. Esta red social tendrá unas características en cuanto al tamaño, frecuencia de contactos, composición, densidad, parentesco, homogeneidad y fuerza. En función de estas características una red puede resolver mejor unas necesidades que otras.

b) Apoyo funcional o cualitativo. Tiene un carácter subjetivo y se refiere a las percepciones de disponibilidad de soporte. Cobb la concibe como la percepción que lleva el individuo a creer que lo cuidan, que es amado, estimado y valorado, que pertenece a una red de comunicaciones y obligaciones mutuas. Sus componentes más importantes son:

Apoyo emocional: relacionado con el cariño y empatía. Parece ser uno de los tipos de apoyo más importantes. En general, cuando las personas consideran que otra persona les ofrece apoyo, se tiende a conceptualizar en torno al apoyo emocional.

Apoyo informativo: se refiere a la información que se ofrece a otras personas para que estas puedan usarla para hacer frente a las situaciones problemáticas. Se diferencia del apoyo instrumental en que la información no es en sí misma la solución, sino que permite a quien la recibe ayudarse a sí mismo.

Apoyo instrumental (material): es ofrecido cuando se utilizan ayudas instrumentales o materiales que directamente ayudan a quien lo necesita.

Apoyo afectivo: se refiere a las expresiones de afecto y amor que le son ofrecidas a los individuos por parte de su grupo más cercano.

Interacción social positiva: la interacción social se relaciona con pasar tiempo con los otros y la disponibilidad de estas para distraerse, divertirse, etc. (34)

Apoyo social y depresión

El apoyo social se ha estudiado como factor protector para diferentes enfermedades principalmente las crónicas con resultados favorables para los pacientes ya que disminuye el riesgo de abandono de tratamientos, por lo que por analogía también se ha estudiado en la depresión materna. Xie *et al.* en el 2009 realizaron una cohorte donde examinan la asociación del apoyo social prenatal y el apoyo social posnatal con la DPP. Midiaron el apoyo social en 564 mujeres en tres dimensiones principales (apoyo subjetivo, apoyo objetivo e instrumental). Concluyeron que el apoyo social en su dimensión subjetiva tiene un ORa de 2.2 (IC95% 1.1 – 4.4). Este estudio si bien la variable independiente se midió de manera específica, se utilizó un instrumento modificado para la población de China, también el momento en que se realizó de manera posnatal fue a las dos semanas después del parto y eso puede sobreestimar la DPP ya que en ese periodo puede ser confundida con un “Blues”. (35)

En el 2017 Pao *et al.* realizaron un estudio de casos y controles, midieron el apoyo social en sus cuatro dimensiones principales, así como el apoyo que aporta el padre del niño, midieron otras variables como el estado civil, paridad y etnia. Concluyeron que los niveles más altos de apoyo social tenían una fuerte asociación protectora contra los síntomas de DPP con un Odds ratio (OR) de 0.23 (IC95% 0.19 – 0.27). También estado civil casada resultó protector con un OR de 0.68 (IC95% 0.54 – 0.87), ser primípara obtuvo un OR de 1.1 (IC95% 0.60–2.0) por lo que no tuvo resultados significativos en este estudio. Si bien la medición del apoyo social abarco las cuatro dimensiones principales y se midió de manera cuantitativa presenta una limitación que se repite en diferentes tipos de estudio, se realizó a las 6 semanas después del parto, si bien se descartaría el “Blues”, aún los síntomas depresivos no se encuentran en su máxima expresión de acuerdo con la

literatura, un resultado importante es que no existió una diferencia entre la etnia blanca, negra y latina. (36)

Durante muchos años el apoyo social ha sido estudiado y su asociación positiva y negativa ha sido demostrada en diferentes culturas, sin embargo, hay una escasez de investigaciones que aborden qué dimensiones de apoyo social se asocia más fuertemente con el riesgo de depresión, principalmente en la DPP, así como la asociación con los diferentes actores que participan en la vida de las mujeres afectadas. Rich-Edwards *et al.* estudiaron 1662 mujeres después del parto y demostraron que, aunque el estado de asociación (por ejemplo, casado, cohabitante o sin pareja) no parecía estar asociado con el DPP, el apoyo social de una pareja, familia y amigos tenía una fuerte asociación protectora con niveles más bajos de síntomas de DPP. (37)

Se presume que el apoyo social, definido como cualquier proceso mediante el cual las relaciones sociales promueven la salud y el bienestar, actúan como un amortiguador contra la depresión en circunstancias estresantes o una transición importante de la vida, como el embarazo (38).

En general la relación entre el apoyo social y la depresión es compleja. Por un lado, un mayor apoyo social disminuye el riesgo de depresión y recaída de la depresión, y mejora los resultados del tratamiento, mientras que los déficits en el apoyo social aumentan el riesgo de depresión y recaída. Por otro lado, la depresión puede causar tensiones en las relaciones interpersonales y afectar negativamente el apoyo social. Las personas deprimidas tienden a retirarse del apoyo social, perciben el apoyo social de manera más negativa y subestiman el nivel de apoyo existente, lo que puede llevarlos a recibir y percibir un apoyo social bajo. (38)

Además, un efecto tan negativo de la depresión en el apoyo social puede, a su vez, socavar el tratamiento a largo plazo de la depresión y aumentar el riesgo de recaída. El apoyo social, que se conoce como estrechamente relacionado con la salud mental del individuo, disminuye la ansiedad y la desesperación, y asegura tolerar el estrés más fácilmente al alentar al individuo a probar nuevas estrategias

para lidiar con el estrés. Este tipo de apoyo disminuye el riesgo de depresión en las madres al aumentar la sensación de adecuación y fortaleza con respecto al papel de la maternidad y afecta la salud del bebé de manera positiva (39).

Diagrama de causalidad.

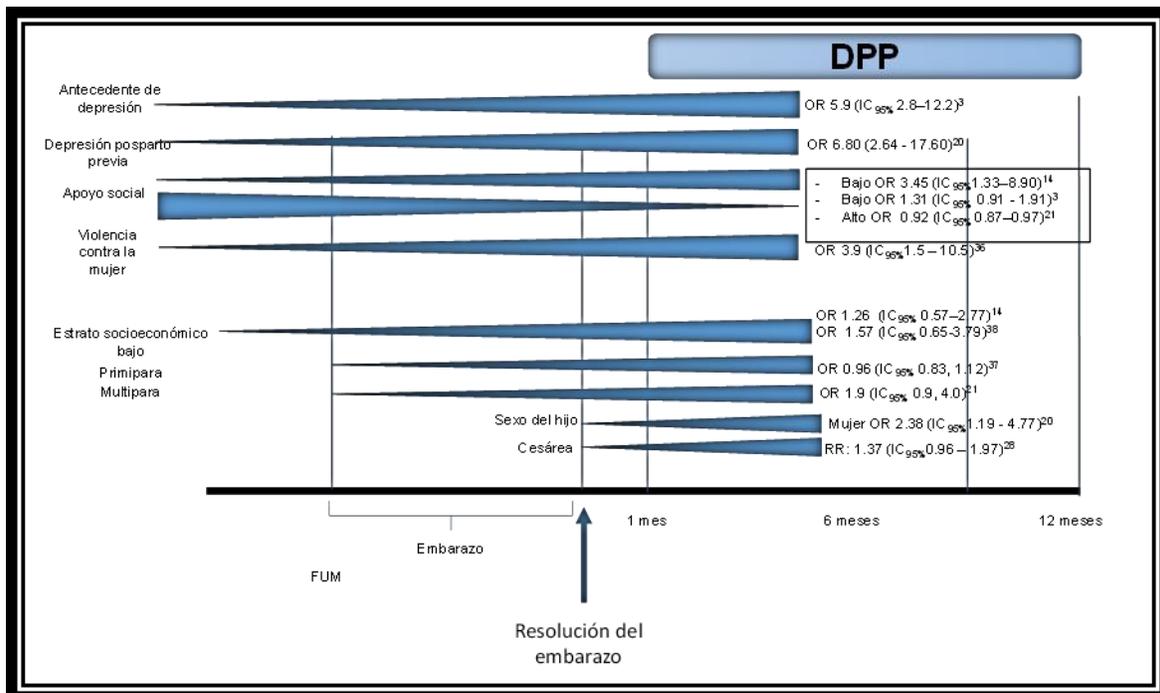


Figura 1. Diagrama causal de factores de riesgo asociados a depresión posparto. En color azul se observan los periodos de inducción y al final de estos se encuentran los OR correspondientes.

Podemos observar en la figura 1 cómo algunos de los principales factores de riesgo que se relacionan con la patología de estudio aún cuentan con OR contradictorios y no significativos, sin embargo, existen los que claramente están asociados con mayor riesgo de DPP, como son los antecedentes de DPP o de depresión en alguna otra etapa de la vida.

Dentro de otras variables tenemos la paridad, la resolución del embarazo por vía cesárea, sexo del hijo e incluso estrato socioeconómico que cuentan aún con Razones de momios que no son significativos. En cuanto a nuestra variable independiente principal que es el apoyo social, se puede observar cómo se encuentra asociada bidireccionalmente con DPP, sin embargo, sólo en el ámbito global.

Los estudios prospectivos sobre los predictores de depresión posparto (DPP) en América Latina son escasos, lo cual es importante hacer notar, ya que la importancia de los factores de riesgo de PPD puede variar de acuerdo con el nivel de desarrollo de un país, los tipos de medición y el tiempo de periodos evaluados. En el estudio realizado por Lara et al. identifican los predictores prenatales para PPD (entrevista de diagnóstico) y síntomas depresivos posparto (PPDS) (escala de autoinforme) en madres mexicanas a las 6 semanas y 6 meses después del parto (40).

A pesar de todo ningún estudio ha abordado adecuadamente el desafío metodológico de la compleja relación bidireccional entre el apoyo social y la depresión. Estos resultados pueden deberse no solo a la metodología, sino también a factores culturales y otros antecedentes psicosociales que rodean a las mujeres embarazadas. Comprender el impacto del apoyo social y las dimensiones del apoyo en diferentes períodos de tiempo en el embarazo puede tener implicaciones importantes para la prevención y el tratamiento de la DPP. Comprender los factores demográficos y psicosociales que ponen a las mujeres en riesgo de DPP a través de una adecuada medición de dichas variables es valioso para que los proveedores de atención médica que interactúan con las mujeres durante la atención prenatal puedan identificar a las mujeres en riesgo e iniciar las intervenciones apropiadas. Todo esto con el fin de sumar esfuerzos, dado los desafíos que enfrenta la detección y el cuidado de la depresión posnatal en México.

4. Justificación

Los problemas de salud mental en las mujeres representan un importante reto para la salud pública. El período posparto temprano es un momento crucial para mejorar la salud y la supervivencia del recién nacido y la madre, sin embargo, la Organización Mundial de la Salud informó que el período posparto recibe menos atención de los profesionales de la salud que el período prenatal y período de parto.

Uno de los cometidos más urgentes a la hora de abordar la salud, debido a las bajas tasas de detección y atención en los sistemas de salud, es la depresión materna y en particular la depresión posparto, las cuales son problemas de salud pública que requieren de la implementación de protocolos eficaces y de bajo costo que abarquen al personal de salud en contacto directo con las mujeres, principalmente en las clínicas de primer nivel de atención, a fin de salvaguardar el bienestar de las madres y sus hijos, ante las complicaciones que pueden desarrollarse a causa de este padecimiento.

Comprender los factores demográficos y psicosociales que ponen a las mujeres en riesgo de DPP es importante para que los proveedores de atención médica que interactúan con las mujeres durante la atención prenatal puedan identificar a las mujeres en riesgo e iniciar las intervenciones adecuadas. Este estudio pretende contribuir con el conocimiento de algunos factores determinantes de DPP que potencialmente podrían modificarse, mediante la evaluación del apoyo social en sus diferentes modalidades y con ello establecer líneas de acción.

De acuerdo con la OMS, las mejores acciones para prevenir y atender la depresión postnatal en países de ingresos bajos y medios, como México, comprenden la integración de programas de atención de salud mental en los servicios perinatales, sensibilización y capacitación del personal médico, así como intervenciones consistentes en terapia y grupos de apoyo, además de

proporcionar toda la información necesaria a las pacientes, principalmente en las clínicas del primer nivel de atención. Implementar estrategias innovadoras podría ser más importante en el contexto de adversidades adicionales, como en las poblaciones socioeconómicamente desfavorecidas, donde los riesgos para el niño y la madre apuntan a ser mayores.

5. Planteamiento del problema

Los problemas de salud mental en mujeres de edad reproductiva son un problema de salud pública tanto en países de ingresos altos como bajos. Alrededor del 7% de la carga mundial de enfermedades entre las mujeres se atribuye a problemas de salud mental, especialmente en las mujeres que se encuentran entre 15 y 44 años. (34) La DPP es la complicación no obstétrica más común a nivel mundial. Se estima que el 13% de las mujeres en el mundo que dan a luz experimentan un trastorno mental, principalmente depresión. En la región de las Américas, países como Canadá reportan una prevalencia entre 4.3 – 15.2%, en Estados Unidos se encuentra entre 13 – 22%. (20,41)

En México entre los años 1991 y 2016 se han realizado un número limitado de estudios acerca del tema, los cuales apuntan que la prevalencia de DPP se encuentra entre 6.6% – 24.6% en zonas urbanas, de 11% – 12.9% en zonas rurales y en mujeres indígenas es aproximadamente de 7%. (21)

Dada la magnitud del problema es trascendental mencionar que dicha enfermedad se asocia con una amplia gama de resultados negativos tanto para la madre como para los niños, que pueden persistir hasta la adolescencia tardía. En las madres afectadas podemos encontrar lesiones auto infligidas, una respuesta precaria a las señales infantiles, así como comportamientos de crianza desvinculados que finalmente conducen a un desarrollo cognitivo y emocional dañino en los bebés. En casos severos, el sufrimiento de las madres puede ser tan grande que incluso pueden llegar al suicidio. La DPP se presenta durante el año posterior al parto, se ha observado que la mayor prevalencia de síntomas de DPP se encuentra en el tercer mes después del nacimiento, es por ello por lo que las diversas metodologías que utilizan los estudios realizados no cuentan con una medición estandarizada, esto es porque se mide en momentos diferentes, usualmente en el primer trimestre después del parto que es donde más se puede sobrestimar la enfermedad, la medición ha sido controvertida también porque para uno de los

principales instrumentos que se utiliza que es la Escala de depresión posparto de Edimburgo (EPDS) se toman diferentes puntos de corte para determinar los síntomas depresivos. Filipa de Castro *et al.* en 2014 encuestaron a madres con hijos menores de 9 meses de edad y estratificaron a la población en 3 trimestres de acuerdo con la edad de los hijos, encontrando la mayor prevalencia de DPP en el primer y tercer trimestre; medir la DPP en trimestres puede ser inespecífico ya que tan sólo en el primer trimestre puede existir diferencias entre el primer y el segundo mes. Clavenna *et al.* en Italia mencionan que el periodo de mayor riesgo de DPP se encuentra entre los 40 y 90 días posparto. Estas diferencias obligan a investigar cuál es el momento ideal para realizar un futuro tamizaje y captar la mayor población en riesgo posible. (42)

A pesar de su alta prevalencia, las causas de DPP como la mayoría de los trastornos mentales no han sido claras. Aunque ciertos estudios han examinado asociaciones de síntomas de DPP con diversos factores demográficos y psicosociales no se entiende del todo cómo estos factores funcionan para producir síntomas depresivos posnatales, aunado a esto la medición de las variables sociales no han sido las mejores. De forma general se ha asociado el apoyo social con DPP sin embargo la metodología de estos estudios no ha permitido esclarecer que dimensión de apoyo en específico afecta a estas mujeres. En los países de ingresos bajos y medianos, ser socialmente desfavorecido, recibir un apoyo social emocional escaso y/o experimentar un embarazo no planificado son situaciones comunes. Si bien la DPP es una enfermedad multifactorial y sin dejar los factores biológicos de lado, los riesgos no son inevitables y, en ausencia de trastornos maternos graves o crónicos los tamaños del efecto son generalmente pequeños o moderados.

Dado este planteamiento es por lo que el presente estudio pretende realizar las mediciones de la DPP a los 2, 4 y 6 meses después del parto con la finalidad de contestar las siguientes preguntas de investigación.

6. Pregunta de investigación

¿Cuál es la prevalencia de síntomas de depresión posparto en mujeres derechohabientes del IMSS que se encuentren en los 2, 4 o 6 meses posparto, pertenecientes a las unidades de medicina familiar número 7, 15 y 31 de la Ciudad de México?

¿Cuál es la asociación de síntomas de depresión posparto con el apoyo social, violencia contra la mujer, factores sociodemográficos y otros, en mujeres derechohabientes del IMSS que se encuentren en los 2, 4 o 6 meses posparto, pertenecientes a las unidades de medicina familiar número 7, 15 y 31 de la Ciudad de México?

7. Hipótesis

La prevalencia de síntomas de depresión posparto será mayor a 25% en mujeres derechohabientes del IMSS que se encuentren en los 2, 4 o 6 meses posparto pertenecientes a las unidades de medicina familiar 7, 15 y 31 de la Ciudad de México.

Las mujeres derechohabientes del IMSS pertenecientes a las UMF 7, 15 y 31 de la Ciudad de México, que presenten poco apoyo social, violencia contra la mujer, factores sociodemográficos u otros, tendrán una mayor asociación con síntomas de depresión posparto.

8. Objetivos

8.1. Objetivo General

Estimar la prevalencia de síntomas de depresión posparto y su asociación con poco apoyo social, violencia contra la mujer, factores sociodemográficos y otros, en mujeres derechohabientes del IMSS que se encuentren en los 2, 4 o 6 meses posparto, pertenecientes a las unidades de medicina familiar número 7, 15 y 31 de la Ciudad de México

8.2. Objetivos específicos

Estimar la prevalencia de síntomas de depresión posparto en mujeres derechohabientes del IMSS que se encuentren en los 2, 4 o 6 meses posparto pertenecientes a las unidades de medicina familiar 7, 15 y 31 de la Ciudad de México.

Estimar la prevalencia de síntomas de depresión posparto a los 2, 4 o 6 meses posparto en mujeres expuestas y no expuestas al poco apoyo social emocional, afectivo, material y de relaciones de ocio y distracción, derechohabientes del IMSS pertenecientes a las unidades de medicina familiar 7, 15 y 31 de la Ciudad de México

Estimar la prevalencia de síntomas de depresión posparto a los 2, 4 y 6 meses posparto en mujeres expuestas y no expuestas a violencia doméstica, derechohabientes del IMSS pertenecientes a las unidades de medicina familiar 7, 15 y 31 de la Ciudad de México.

Estimar la asociación de síntomas depresión posparto con poco apoyo social en mujeres derechohabientes del IMSS pertenecientes a las unidades de medicina familiar 7, 15 y 31 de la Ciudad de México

Estimar la asociación de síntomas depresión posparto con violencia contra la mujer en mujeres derechohabientes del IMSS pertenecientes a las unidades de medicina familiar 7, 15 y 31 de la Ciudad de México

Estimar la asociación de síntomas depresión posparto con tipo de resolución del embarazo y paridad en mujeres derechohabientes del IMSS pertenecientes a las unidades de medicina familiar 7, 15 y 31 de la Ciudad de México.

Estimar la asociación de síntomas de depresión posparto con poco apoyo social ajustado por potenciales confusores como edad y escolaridad en mujeres derechohabientes del IMSS pertenecientes a las unidades de medicina familiar 7, 15 y 31 de la Ciudad de México.

9. Material y métodos

9.1. Diseño de estudio

Transversal analítico

9.2. Población de estudio

Mujeres entre 18 y 45 años derechohabientes del IMSS pertenecientes a las Unidades de Medicina Familiar No. 7, 15 y 31 de la delegación sur de la Ciudad de México.

9.3. Bases del estudio

Tiempo: marzo de 2019 a febrero de 2020

Lugar: Unidades de medicina familiar no. 7, 15 y 31 de IMSS en la Ciudad de México.

Persona: Mujeres madres de niños de 2, 4 o 6 meses de edad adscritas a las unidades de medicina familiar.

9.4. Cálculo de tamaño de mínimo de muestra

Se utilizó la fórmula para tamaño de muestra en una población infinita.

$$N = \frac{Z^2 \alpha/2 pq}{d^2}$$

Considerando:

N = Tamaño de la población.

Z $\alpha/2$ = Nivel de confianza, que para 95% corresponde a un valor de Z de 1.96.

p = Proporción esperada de 0.25 (25%), que es la máxima que se puede emplear.

$q = (1-p)$ es decir 0.75

$d^2 =$ Precisión (para este estudio de 0.05).

Sustituyendo se calcula de la siguiente forma:

$$n = \frac{(1.96^2)(0.25)(0.75)}{(0.05)^2} = \frac{0.7203}{(0.0025)} = 288.12$$

Posterior a esto, se añadió el efecto de diseño (DEEF), el cual es una herramienta que se puede utilizar en estudios que emplean el muestreo polietápico estratificado, ya que por las características del muestreo pueden presentarse incrementos en la varianza o error estándar existente entre la muestra (n) y la población (N), se reduce dicha variación con el DEEF. Para el presente estudio se considera el máximo DEEF de 2, calculado de la siguiente manera.

$$n = 288.12 * 2 = 576.24$$

Por último, se consideran 10 % de pérdidas.

$$n = n * 1.10 = 633.864$$

El tamaño mínimo de muestra requerido es de 633.864 mujeres.

9.5. Tipo de muestreo

Polietápico estratificado, el cual se realizó de la siguiente forma:

Se obtuvieron las coberturas de vacunación de la delegación sur de la Ciudad de México para la vacuna Pentavalente y se tomaron las dosis aplicadas a los 2, 4 y 6 meses.

Se eligieron de manera aleatoria tres Unidades de Medicina Familiar del IMSS pertenecientes a la delegación sur de la Ciudad de México.

Primer estrato: Se ponderó el total de la muestra a partir de las dosis que aportó cada UMF por edad, resultando lo siguiente.

UMF	2 meses	4 meses	6 meses	Total
7	82	81	99	262
15	49	49	72	170
31	67	55	80	202
Total	198	185	251	634

Segundo estrato: Se dividió la muestra en dos turnos (matutino y vespertino), 50 % para cada turno.

Se elegirán a los niños mediante muestreo aleatorio sistemático, se calcula la K mediante la siguiente fórmula para cada grupo de edad.

$$K_{2 \text{ meses}} = \frac{N}{n} = \frac{634}{198} = 3.20$$

$$K_{4 \text{ meses}} = \frac{N}{n} = \frac{634}{185} = 3.42$$

$$K_{6 \text{ meses}} = \frac{N}{n} = \frac{634}{251} = 2,52$$

Se escoge de manera aleatoria un número entre 1 y 3, el cual resulta ser 2 y a partir de ese número se inicia la elección de la muestra siguiendo la secuencia 2, 2+K, 2+2K, 2+3K..., hasta completar la muestra de 198, 185 y 251 respectivamente. En caso de que el niño no esté acompañado de la madre se tomará el inmediato siguiente.

9.6. Criterios de selección

Criterios de inclusión:

Mujeres derechohabientes del IMSS, mayores de 18 a 45 años que tengan un hijo biológico de 2, 4 o 6 meses de edad.

Criterios de exclusión:

Mujeres que cuenten con diagnóstico de enfermedad mental diferente a depresión mayor (trastorno bipolar, esquizofrenia, lupus, etc.) y/o con patologías físicas y/o cognitivas que les impidieran completar el cuestionario al momento de la entrevista, también se excluirá aquellas mujeres que hayan tenido una pérdida de algún familiar en el último año.

Criterios de eliminación:

Mujeres con cuestionarios incompletos.

9.7. Operacionalización de las variables

Variable dependiente:

Nombre de la variable: Síntomas de depresión posparto

Definición conceptual: Depresión clínica que ocurre dentro de las 4 semanas hasta los 12 meses después del parto.

Operacionalización: Un valor en la escala mayor de 10, corresponde a la presencia de síntomas de depresión posparto obtenida mediante cuestionario por el instrumento validado Escala de depresión posparto de Edimburgo.

Naturaleza: Cualitativa

Escala de medición: Nominal, dicotómica.

Indicador: 1) Sin síntomas de DPP, 2) Con síntomas de DPP.

Variable independiente:

Nombre de la variable: Apoyo social

Definición conceptual: Percepción que tiene un sujeto, a partir de su inserción en redes sociales de ser cuidado, amado, valorado y estimado.

Operacionalización: Se obtendrá mediante cuestionario, obtenida por el instrumento validado MOS - Cuestionario de Apoyo Social, se considerará poco apoyo social si la puntuación es < 57 y buen apoyo social si > 57.

Indicador: 1) Poco apoyo social 2) Buen apoyo social

Nombre de la variable: Apoyo emocional

Definición conceptual: Percepción que tiene un sujeto de demostración de amor, cariño y empatía.

Operacionalización: Se obtendrá mediante cuestionario, obtenida por el instrumento validado MOS - Cuestionario de Apoyo Social, se considerará poco apoyo emocional si la puntuación es < 24 y buen apoyo social si > 24.

Indicador: 1) Poco apoyo emocional 2) Buen apoyo emocional

Nombre de la variable: Apoyo material o instrumental

Definición conceptual: Percepción que tiene un sujeto de ayuda doméstica.

Operacionalización: Se obtendrá mediante cuestionario, obtenida por el instrumento validado MOS - Cuestionario de Apoyo Social, se considerará poco apoyo material o instrumental si la puntuación es < 20 y buen apoyo social si > 20.

Indicador: 1) Poco apoyo material o instrumental 2) Buen apoyo material o instrumental

Nombre de la variable: Relaciones sociales de ocio y distracción

Definición conceptual: se refiere a la interacción social, se relaciona con pasar tiempo con los otros y la disponibilidad de estas para distraerse y divertirse.

Operacionalización: Se obtendrá mediante cuestionario, obtenida por el instrumento validado MOS - Cuestionario de Apoyo Social, se considerará pocas relaciones de ocio y distracción si la puntuación es < 12

Indicador: 1) Pocas relaciones de ocio y distracción 2) Buenas relaciones de ocio y distracción.

Nombre de la variable: Apoyo afectivo

Definición conceptual: se refiere a las expresiones de afecto y amor que le son ofrecidas a los individuos por parte de su grupo más cercano

Operacionalización: Se obtendrá mediante cuestionario, obtenida por el instrumento validado MOS - Cuestionario de Apoyo Social, se considerará poco apoyo afectivo si la puntuación es < 9

Naturaleza: Cualitativa

Escala de medición: Nominal

Indicador: 1) Poco apoyo afectivo 2) Buen apoyo afectivo

Nombre de la variable: Apoyo del padre

Definición conceptual: Percepción que tiene una mujer del apoyo general recibido durante el embarazo por parte del padre del bebé.

Operacionalización: Se obtendrá mediante cuestionario, medida con el instrumento “DAD Support Survey”.

Naturaleza: Cualitativa

Escala de medición: Nominal

Indicador: 1) Alto apoyo del padre 2) Bajo apoyo del padre

Nombre de la variable: Violencia contra la mujer.

Definición conceptual: todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada.

Operacionalización: Mediante cuestionario, obtenida con el instrumento “Prueba de violencia contra la mujer”. Una puntuación total en la escala de la prueba de violencia contra la mujer de 2 o más se considera con violencia.

Naturaleza: Cualitativa

Escala de medición: Nominal

Indicador: 1) con violencia 2) sin violencia

Nombre de la variable: Edad materna

Definición conceptual: Tiempo transcurrido desde el nacimiento de la madre hasta la fecha de realización del estudio.

Operacionalización: Mediante cuestionario, se interrogará años con meses cumplidos y fecha de nacimiento.

Naturaleza: Cuantitativa continua

Escala de medición: Razón

Indicador: Años cumplidos

Nombre de la variable: Estrato socioeconómico

Definición conceptual: Clasificación utilizada para discriminar los comportamientos sociales, políticos y de consumo de productos y medios.

Operacionalización: Se obtuvo a través del instrumento validado “Escala de Graffar-Méndez Castellanos” (Clasificación por estratos sociales)

Naturaleza: Cualitativa

Escala de medición: Ordinal

Indicador: 1) Estrato alto 2) Estrato medio alto 3) Estrato medio bajo 4) Estrato obrero 5) Estrato marginal

Nombre de la variable: Escolaridad.

Definición conceptual: Nivel máximo de estudios de un individuo.

Operacionalización: Mediante cuestionario, se interrogará el nivel máximo de estudios de un individuo al momento del estudio.

Naturaleza: Cualitativa.

Escala de medición: Nominal politómica

Indicador: 1) Sin estudios, 2) Primaria incompleta, 3) Primaria completa, 4) Secundaria completa, 5) Preparatorio completa, 6) Preparatoria incompleta, 7) Carrera comercial/técnica, 8) Licenciatura completa, 9) Licenciatura incompleta, 10) Posgrado.

Nombre de la variable: Ocupación

Definición conceptual: Tipo de trabajo que desempeña un individuo y que le genere recursos económicos.

Operacionalización: Mediante cuestionario se interrogará la ocupación que desempeña.

Naturaleza: Cualitativa

Escala de medición: Nominal politómica

Indicador: 1) Labores del hogar, 2) Obrera, 3) Empleada, 4) Profesionista, 5) Jubilada/Pensionada, 6) Estudiante, 7) Otra.

Nombre de la variable: Número de gestas.

Definición conceptual: Cantidad de embarazos (partos, cesáreas y abortos) de la mujer.

Operacionalización: Se interrogará mediante cuestionario.

Naturaleza: Cuantitativa discreta

Escala de medición: Razón.

Indicador: Suma de número de partos, cesáreas y abortos.

Nombre de la variable: Estado civil

Definición conceptual: Situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación con otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos, constituyendo con ella una institución familiar y adquiriendo derechos y deberes al respecto.

Operacionalización: Se obtendrá por medio del cuestionario.

Naturaleza: Cualitativa

Escala de medición: Nominal (politémica)

Indicador: 1) Soltera 2) Casada 3) Unión libre 4) Separada 5) Viuda 6) Divorciada

Nombre de la variable: Historia de depresión

Definición conceptual: Diagnóstico confirmado de depresión relacionada o no con el embarazo en algún momento de la vida.

Operacionalización: Haber tenido diagnóstico confirmado de depresión relacionada o no con el embarazo en algún momento de la vida.

Naturaleza: Cualitativa

Escala de medición: Nominal

Indicador: 1) Sí 2) No

Nombre de la variable: Antecedente familiar de depresión

Definición conceptual: Registro de información médica acerca de un individuo y su familia biológica.

Operacionalización: Se obtendrá mediante el instrumento de medición y se preguntará directamente a la mujer de estudio.

Naturaleza: Cualitativa

Escala de medición: Nominal

Indicador: 1) Sí, 2) No

Nombre de la variable: Resolución del embarazo

Definición conceptual: Sitio anatómico mediante el cual el producto nace.

Operacionalización: Se obtendrá mediante el instrumento de medición preguntando directamente a la madre.

Naturaleza: Cualitativa

Escala de medición: Nominal

Indicador: 1) Parto 2) Cesárea de urgencia 3) Cesárea electiva

Nombre de la variable: Complicaciones en el embarazo.

Definición conceptual: Las complicaciones durante el embarazo son problemas de salud que se dan durante el período de gestación. Pueden afectar la salud de la madre, del bebé, o ambos.

Operacionalización: Se obtendrá mediante el instrumento de medición preguntando directamente a la madre.

Naturaleza: Cualitativa

Escala de medición: Nominal

Indicador: 1) Enfermedad hipertensiva del embarazo, 2) Diabetes gestacional, 3) Amenaza de aborto, 4) Amenaza pretérmino, 5) Diagnóstico de VIH 6) Ninguna

Nombre de la variable: Sexo del hijo(a)

Definición conceptual: Condición fenotípica que diferencian a la mujer del hombre

Operacionalización: Característica morfológica observada del paciente

Naturaleza: Cualitativa

Escala de medición: Nominal

Indicador: 1) Masculino 2) Femenino

9.8. Plan general de trabajo

Se solicitó la autorización por parte del comité Nacional de Investigación Científica obteniendo el folio de registro R - 2019 - 785 – 072. Mediante un muestreo estratificado, se seleccionaron a las mujeres que tengan un hijo biológico que acuden a las UMF No. 7, 15 y 31 para su participación en el estudio. Para la selección de las participantes en la UMF se utilizó un muestreo sistemático, se calculó una K por cada grupo de edad, resultando 2 y a partir de ese número se inicia la elección de la muestra siguiendo la secuencia 2, 2+K, 2+2K, 2+3K ..., hasta completar la muestra de 232, 152 y 187 respectivamente. En caso de que el niño no esté acompañado de la madre se tomó el inmediato siguiente.

Se acudió a cada Unidad Familiar seleccionada, para informar sobre la participación en el estudio, presentándose de manera inicial con el director médico, y posteriormente con el coordinador clínico de educación e investigación en salud. Se obtuvo la autorización por escrito de cada unidad médica.

Se invitó a participar aquellas mujeres que cumplan con los criterios de selección explicándoles de manera detallada acerca del estudio y la finalidad de este. A las mujeres que aceptaron participar, se les otorgó un consentimiento informado, donde se menciona los beneficios y de su participación libre y voluntaria, en dicha investigación; obteniendo su firma e ingresándolos al estudio.

Posteriormente se aplicó el instrumento de medición cara a cara, el cual consta de 70 reactivos con un tiempo estimado de 20 a 30 minutos para su recolección.

Al término de cada día de la aplicación del instrumento, las respuestas otorgadas en los cuestionarios se verificaron y codificaron para su captura en una base de datos para el análisis de la información (Excel 360).

Se realizó el análisis de los datos obtenidos mediante el programa IBM SPSS Statistics 24. Finalmente se redactaron los resultados obtenidos, la discusión y conclusiones correspondientes.

9.9. Instrumentos

Mediante preguntas dirigidas se interrogó a cada una de las participantes sobre sus datos generales, factores sociodemográficos, antecedentes gineco-obstétricos, antecedentes familiares y personales patológicos. Se utilizó una serie de instrumentos validados para la recolección de las siguientes variables:

Estrato Socioeconómico. Escala de Graffar-Méndez Castellanos

La obtención del nivel socioeconómico (NSE) se estimó mediante la escala de Graffar-Méndez Castellanos, la cual clasifica el NSE de las familias en 5 estratos (clases sociales) mediante la evaluación de 4 variables: profesión del jefe de familia, nivel de instrucción de la madre, principal fuente de ingreso de la familia, y condiciones del alojamiento. Se obtiene un puntaje de 4 a 20 dando a mayor puntaje menor estrato económico (43,44).

Escala de Depresión de Edimburgo

El EPDS 'es una escala simple, autoadministrada, que se puede completar en aproximadamente 5 minutos. Consta de diez preguntas, cada una con cuatro respuestas posibles que se puntúan con 0, 1, 2 y 3 de acuerdo con la gravedad creciente del síntoma. Siete de los ítems están redactados de tal manera que la presencia del síntoma es reconocida por una respuesta positiva. Los otros tres elementos están redactados de manera opuesta. Se interpreta de acuerdo con la puntuación obtenida con las preguntas. Una puntuación de 11 o más indica sospecha de depresión posparto y cualquier puntaje distinto de "0" en la pregunta 10, requiere de evaluación adicional dentro de 24 horas (45). Los únicos instrumentos validados en el campo de la salud mental perinatal son la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) y el Inventario de la Depresión de Beck. La consistencia interna de la EPDS es alta (coeficiente alfa de Cronbach 0,826). (46,47)

Cuestionario de Apoyo Social (MOS)

El cuestionario de desenlaces médicos de apoyo social fue diseñado en 1991 por Sherbourne y Stewart como un cuestionario breve y auto administrado en personas con enfermedades crónicas en Estados Unidos, ha mostrado una adecuada variabilidad de los reactivos. El instrumento evalúa los siguientes componentes: a) red de apoyo social: esta variable evalúa el número de personas que conforma la red de apoyo social (amigos y familiares), b) apoyo social emocional: definida como el soporte emocional, orientación y consejos, c) apoyo instrumental: caracterizado por la conducta o material de apoyo, d) interacción social positiva: caracterizado por la disponibilidad de individuos con los cuales hacer cosas divertidas, y e) apoyo afectivo: caracterizado por las expresiones de amor y afecto. Los componentes principales soportaron 19 reactivos para las subescalas: apoyo emocional/informacional ($\alpha = 0.96$), apoyo instrumental conducta ($\alpha = 0.92$), interacción positiva ($\alpha = 0.94$), apoyo afectivo ($\alpha = 0.91$). (48)

Prueba de Violencia contra la mujer

Es una herramienta que se creó para el uso por parte de médicos de familia para identificar y evaluar a pacientes mujeres que sufren abuso emocional y / o físico por parte de su pareja. Es un instrumento que consiste en 8 ítems, las mujeres responden a estos ítems con un conjunto de respuestas de 3 puntos. Para la versión en español de WAST, las dos preguntas más confiables se utilizaron para formar WAST-Short. Se utiliza una puntuación de corte de 2 para determinar el estado de víctima de violencia doméstica, logrando una sensibilidad del 89% y una especificidad del 94% (4,49)

9.10. Análisis estadístico

Posterior a la aplicación del instrumento de recolección de datos, a la revisión y captura de la información obtenida, utilizando el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences versión 24, Epidat versión 3.1 y la aplicación para celular epiinfo 1.4.3, se realizó el análisis estadístico de los datos, como se dicta a continuación:

En el análisis univariado se obtuvieron frecuencias simples y proporciones de las variables cualitativas y, mediana y rango intercuartil o media y desviación estándar, como medida de tendencia central y de dispersión para las variables cuantitativas, según la distribución no normal o normal obtenida por prueba de Kolmogorov-Smirnov. (Objetivos específicos 1 al 3).

En el análisis bivariado se obtuvo prueba de ji cuadrada para variables cualitativas y, prueba U de Mann-Whitney para comparación de medianas. Como medida de asociación se obtuvo razón de momios (RM), con intervalos de confianza al 95% (IC_{95%}) y con un valor de $p < 0.05$ considerando como estadísticamente significativo. (Objetivo general y específicos 3 al 7)

En el análisis multivariado se tomaron en cuenta las variables estadísticamente significativas o con plausibilidad biológica del análisis bivariado, para realizar un modelo de regresión logística binomial ajustado por confusores (edad, violencia contra la mujer, escolaridad, antecedente de depresión, estrato socioeconómico). (Objetivo general y específicos 3 al 7)

10. Aspectos éticos

El presente estudio garantiza la confidencialidad de los datos otorgados por cada uno de sus participantes. La información de identificación de cada paciente sólo es accesible al personal médico involucrado en dicha investigación, el registro en papel de las respuestas obtenidas en la aplicación del instrumento se mantiene bajo resguardo del investigador principal. El proyecto se sometió al comité nacional y dictaminó el folio de aprobación **R - 2019 - 785 - 072**

De acuerdo con el reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación en salud, artículo 17, fracción II, se considera esta investigación como de riesgo mínimo, ya que se aplicará un cuestionario y se obtendrá información personal.

II. Investigación con riesgo mínimo: Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva; electrocardiograma, termografía, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimiento profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 Ml. en dos meses, excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico, autorizados para su venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, entre otros.

11. Recursos, financiamiento y factibilidad

Recursos humanos: Comprendido por las investigadoras principal y asociada. La residente de tercer año de epidemiología se encargó de solicitar la autorización de cada Unidad de Medicina Familiar, así como de aplicar el instrumento de recolección de datos a las mujeres participantes, realizar el análisis de la información y presentar los resultados obtenidos.

Recursos físicos: Fueron las Unidades de Medicina Familiar (UMF 7,15 y 31) donde se aplicaron los cuestionarios, se capturaron y analizaron en la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica y, se emplearon hojas blancas tamaño carta, plumas, tablas de escribir y laptop.

Factibilidad: Los recursos físicos se adaptaron a las necesidades del protocolo. En relación con la factibilidad, por el universo de trabajo implicado se solicitó la autorización de los directores y coordinadores clínicos de educación e investigación en salud de cada Unidad de Medicina Familiar, de igual manera se solicitó la autorización de las mujeres participantes mediante el consentimiento informado.

12. Resultados

Análisis univariado

Se analizaron 546 mujeres adscritas al IMSS, la distribución de acuerdo con la Unidad de Medicina Familiar (UMF) de procedencia fue: 27.8% (n =152) pertenecía a la UMF No. 15, 42.4 % (n= 232) a la UMF No. 7, 29.6% (n= 162) a la UMF No. 31. Para las mujeres estudiadas se obtuvo una mediana de edad de 29 años y rango intercuartil (RIC) de 10, para la cual se realizó la prueba de Kolmogórov - Smirnov para buscar normalidad con $p = 0.001$, por lo que sigue una distribución no normal. (Gráfico No. 1)

Dentro del análisis de características sociodemográficas se encontró que el estado civil en el 47.8% (n= 261) de la población de estudio era unión libre seguido en un 37.3% por estado civil casada; 29.1% (n=159) tenía como escolaridad secundaria completa, seguida en un 28.9 % (n=158) y 24.9% (n=136) para licenciatura completa/posgrado y preparatoria completa respectivamente; el nivel socioeconómico fue calificado por estratos, perteneciendo el 50.1% (n=274) de la muestra al estrato III y el 33.1% (n= 181) al estrato I y II, siendo I el estrato de nivel socioeconómico más alto y el V estrato el más bajo. Con respecto de las edades de los últimos hijos biológicos encontramos que 39.5% (n=216) tenía 6 meses de edad, seguido por 38.4% (n=210) y 21.9% (n=120) con 2 y 4 meses de edad, respectivamente. Finalmente, el 62.4% (n= 341) de las mujeres respondieron que sí habían planeado su último embarazo. (Tabla 1)

De acuerdo con el puntaje obtenido para apoyo social global el 88.4% (n=483) obtuvieron buen apoyo social global, de acuerdo con el análisis de las diferentes dimensiones de apoyo social el 84.9% (n= 464) de las participantes obtuvieron tanto buen apoyo emocional como buen apoyo material e instrumental, el 89.5% (n= 489) reportaron tener buenas relaciones de ocio y distracción, el 92.6% (n=506) obtuvo buen apoyo afectivo. (Tabla 2) Otra dimensión que se midió del apoyo social fue el apoyo estructural al cuál se le calculó una mediana de 5 con

RIC de 3 con un $p = 0.0001$, por lo que siguió una distribución no normal (Gráfico 5). Con respecto del apoyo por parte del padre el puntaje obtuvo una mediana de 18 puntos con Q1/Q3 (16/19). La mediana del puntaje de apoyo social global resultó 83 puntos con Q1/Q3 (70/91), para apoyo emocional 34 con Q1/Q3 (28/39), en apoyo afectivo su mediana 15 Q1/Q3 (13/15), material/instrumental 17 con Q1/Q3 (13/20), relaciones de ocio y distracción 18 con Q1/Q3 (15/20). Y por último el 66.4% ($n= 363$) de las mujeres que se analizaron resultaron con violencia por parte de su pareja. (Tabla 2)

Con respecto de las características Ginecológicas y obstétricas, el 52.3% ($n=286$) de las mujeres se les practicó cesárea, de las cuales el 26.3% ($n=144$) fue clasificada como urgente. El 56.4% ($n=308$) de la población de estudio recibió a su primogénito. Con respecto al sexo del bebe el 50.7% ($n=277$) fue masculino y 49.2% ($n=269$) femenino. El 43.7% ($n=239$) reportaron una complicación en el embarazo, de las cuáles 14.2% ($n=78$) correspondió a enfermedades hipertensivas del embarazo seguida en un 10.8% ($n=59$) por Diabetes gestacional. (Tabla 3)

Se interrogó sobre antecedentes heredofamiliares y el 79.3% ($n=433$) respondió no tener antecedentes de depresión en la familia, 12.2% ($n=67$) respondió que su madre tuvo o tiene antecedente de depresión. En cuanto al antecedente personal de depresión en cualquier momento de la vida 88.4% ($n= 483$) respondió que no. El 1.6% ($n=9$) se reconoció con antecedente de depresión posparto previa y el 10.0% ($n=55$) padece alguna enfermedad crónico-degenerativa. (Tabla 4)

Con respecto de los síntomas de depresión posparto en mujeres derechohabientes del IMSS se estimó una prevalencia global de 30.0% (IC_{95%} 26.1% - 33.9%), se estimaron prevalencias de acuerdo a la edad del último hijo biológico, se estimó una prevalencia puntual a los 2 meses de 22% (IC_{95%} 16.5% - 28.2%), a los 4 meses 40% (IC_{95%}30.8% - 49.1%) y a los 6 meses de 32% (IC_{95%} 26.2% - 39.4%). (Gráfico No. 2 y Gráfico No. 3)

De acuerdo con la distribución por UMF, la No. 7 presentó una frecuencia de síntomas de DPP de 32% ($n= 75$), seguida por la UMF 15 y 31 con 28% cada una.

(Gráfico No. 4) La mediana del puntaje de síntomas de depresión posparto se calculó en 7 puntos con Q1/Q3 (4,11)

En el análisis bivariado se presenta el papel que juegan los factores sociodemográficos, apoyo social en sus diferentes dimensiones, factores ginecológicos y obstétricos, antecedentes heredofamiliares y personales patológicos, así como violencia contra la mujer, en la asociación con los síntomas de depresión posparto en la población de mujeres, adscrita a las UMF estudiadas de la delegación DF Sur de la Ciudad de México.

Análisis bivariado

Para la asociación con los síntomas de depresión posparto, tomando en cuenta el estrato socioeconómico pertenecer al estrato III tuvo una RM 1.71 (IC_{95%} 1.2–2.3), $p < 0.0003$ comparado con los estratos más altos (I y II). Esto explicado por el acceso limitado a los servicios de salud mental para un adecuado diagnóstico y tratamiento. Para el estado civil, aquellas mujeres sin pareja tuvieron RM 1.2 (IC_{95%} 0.77 – 2.1), $p=0.33$. Tener una hija tuvo RM 1.2 (IC_{95%} 0.86–1.7), $p=0.24$ comparado con tener un hijo varón. Y un embarazo no planeado tuvo un RM 1.4 (IC_{95%} 1.0 – 2.1), $p < 0.04$. en comparación con las mujeres que sí planearon su último embarazo (Tabla 7)

Para las principales variables de interés se obtuvo significancia estadística, para poco apoyo social global se obtuvo RM 2.1 (IC_{95%} 1.2 – 3.7), $p < 0.003$ comparado con buen apoyo. Cifras similares se obtuvieron para sus 4 dimensiones. Tener poco apoyo emocional y afectivo presentó RM 2.1 (IC_{95%} 1.3 – 3.5), $p < 0.001$ y RM 2.2 (IC_{95%} 1.1 – 4.3), $p < 0.01$, comparadas con buen apoyo, respectivamente. Para malas relaciones de ocio y distracción RM 2.8 (IC_{95%} 1.6 – 4.9), $p < 0.0001$, comparadas con buenas relaciones. Aquellas mujeres con violencia por parte de su pareja obtuvieron una RM 3.2 (IC_{95%} 2.2 – 4.7), $p < 0.0001$ comparadas con aquellas sin violencia. (Tabla 5)

Con respecto de estas variables, se analizaron 4 de las cuales ninguna obtuvo significancia estadística, presentando los siguientes resultados. Para el tipo de

resolución del embarazo, el que le practicaran cesárea obtuvo una RM 1.2 (IC_{95%} 0.88 – 1.8) con $p= 0.19$, comparada con resolución del embarazo vía parto vaginal. Con respecto de las complicaciones en el embarazo, para aquellas que sí las presentaron se tuvo una RM 1.3 (IC_{95%} 0.92 – 1.9), $p= 0.12$, comparada con aquellas que no. Ser múltipara tuvo RM 1.1 (IC_{95%} 0.81 – 1.6), $p= 0.39$ comparada con las mujeres primíparas. (Tabla 6)

Para las mujeres que reportaron contar con antecedente familiar de depresión tuvo RM 1.7 (IC_{95%} 1.1 – 2.7), $p= 0.008$, en comparación con aquellas que no. Para el antecedente personal de depresión tuvo RM 2.5 (IC_{95%} 1.4 – 4.3), $p= 0.0004$, en comparación con las que no contaban con el antecedente. Para enfermedad crónico-degenerativa se tuvo una RM 1.9 (IC_{95%} 1.1 – 3.4), $p= 0.02$ en comparación con las mujeres que no presentaron enfermedad crónica. (Tabla 8)

Se analizaron a las posibles variables confusoras con la variable apoyo social para determinar si existía una relación previa con estas variables que puedan confundir o modificar el efecto, a través de comparación de medias para la edad en años y ji cuadrado para comparación de proporciones. Se obtuvieron los siguientes resultados: edad en años con apoyo social global se obtuvo $p= 0.46$, escolaridad $p= 0.0001$, estrato socioeconómico $p= 0.0001$, embarazo no planeado y paridad con $p= 0.03$, para antecedentes personales de depresión $p= 0.001$ y finalmente violencia contra la mujer $p= 0.002$

Análisis multivariado

Con las variables previamente descritas, en función de las estadísticamente significativas y con plausibilidad biológica, se construyeron 2 modelos que fueron los más representativos para el ajuste de los datos. Se realizó el análisis multivariado por medio de regresión logística binaria, por medio del método “introducir”; el primer modelo de ellos se ajustó con las variables de edad, enfermedad crónica, antecedente personal de depresión, antecedente familiar de depresión; el segundo modelo se ajustó por las variables edad, estrato socioeconómico, escolaridad y antecedente personal de depresión.

Se observó que la variable apoyo social global presentó un mejor ajuste con el modelo 1 con una RMa 3.1 (IC_{95%} 1.7 – 5.5) p=0.036. Otras de las variables que se ajustaron mejor al primer modelo fueron apoyo emocional, apoyo material/instrumental, apoyo afectivo y violencia contra la mujer. Estas variables presentaron RMa 2.0 (IC_{95%} 1.1 – 3.5) p=0.011, RMa 2.1 (IC_{95%} 1.3 – 3.4) p=0.002; RMa 1.9 (IC_{95%} 0.96 – 3.7) p=0.062; RMa 3.0 (IC_{95%} 2.0 – 4.4) p=0.0001, respectivamente. Las variables que mejor se ajustaron al modelo dos fueron las relaciones de ocio y distracción con una RMa 3.0 (IC_{95%} 1.7 – 5.4) p=0.0001 y la resolución de embarazo por vía Cesárea con RMa 1.4 (IC_{95%} 1.0 – 2.2) p=0.046. (Tabla 9)

13. Discusión

La depresión posparto (DPP) es el problema de salud mental más frecuente en las mujeres después de la resolución de un embarazo. La DPP es un problema importante de salud pública y sin diagnóstico y tratamiento puede causar problemas de salud adversos para la madre, el bebé y la familia. Notablemente, la prevalencia de depresión posparto entre las mujeres que residen en países de altos ingresos es aproximadamente del 10%, y se han reportado del 12 a 20% para las mujeres en países de bajos y medianos ingresos. (29)

En este estudio se obtuvo una prevalencia general de 30% (IC_{95%} 26.1 % – 33.9 %) (Gráfico 2), el resultado obtenido fue mucho mayor a la prevalencia estimada a nivel mundial, incluso mayor a la reportada en los países de medianos y bajos ingresos. Esto se explica ya que el punto de corte que se utilizó en esta investigación para la EPDS fue \geq a 11, lo que hace más sensible al instrumento de medición.

Por otro lado, nuestra prevalencia fue menor a la reportada en el estudio realizado por Vaezi *et al* en Irán donde midió los síntomas de DPP con EPDS y diagnosticaron con síntomas de DPP aquellas mujeres que resultaron con un puntaje \geq 12 (un punto de corte arriba del utilizado en este estudio), de una muestra de 200 mujeres estimaron una prevalencia de 43.5%. Esto puede ser explicado dado que las mujeres pertenecían a un entorno hospitalario y se escogieron de los servicios de Ginecología y Pediatría, por lo que la prevalencia se pudo sobreestimar dado que las pacientes ya contaban con un motivo de consulta. (50) A diferencia de nuestro estudio donde las pacientes fueron de un entorno comunitario y fueron elegidas del servicio de medicina preventiva, donde se presume acuden pacientes mayormente sanos.

En cuanto a países de la región de las Américas, se realizó un estudio transversal en Colombia donde se encuestaron a 194 mujeres, utilizando la EPDS con un punto de corte de \geq 10 puntos y se estimó una prevalencia de 40.2% (IC_{95%} 33%-47%). Se puede hipotetizar que las diferencias respecto a la prevalencia entre

países pueden deberse al contexto psicosocial de las mujeres, tal como menor nivel educativo, mayor influencia de la violencia sociopolítica, condiciones socioeconómicas más desfavorables, provenir de áreas rurales con problemas de conflicto armado lo cual puede acrecentar el estrés crónico, explicando de esta manera el incremento de la prevalencia. Los investigadores reportaron que el 85% de su población de estudio pertenecía a un estrato social bajo y un promedio de 9 años de escolaridad. A diferencia de nuestro estudio donde la mayor proporción se encontraba en un estrato socioeconómico medio (50.1 %), y con escolaridad preparatoria o mayor (51%). (Tabla 1) Por otra parte, dado que el Hospital Colombiano donde se realizó el estudio es de tercer nivel, se pudo introducir un sesgo de selección frente a los casos más graves lo cual también podría en parte explicar la prevalencia alta encontrada, si se compara con la que pueda encontrarse en pacientes atendidas en otro tipo de centros.

Se puede observar que, en la mayoría de los estudios realizados en la región de las Américas, la población de estudio fue tomada de unidades hospitalarias y no de Unidades de primer nivel como se hizo en este estudio. También se debe considerar que nuestra población pertenece a un estrato socioeconómico medio por lo que los resultados no representan a la población en general.

En cuanto a México la prevalencia más alta reportada fue en Durango en el año 2010, un estudio transversal realizado por Alvarado-Esquivel en el que estudiaron a 178 mujeres y 32.6% se diagnosticaron con DPP, sin embargo, se usaron calificaciones de corte de 11 para mujeres con menos de cuatro semanas, y de 7 cuando tenían entre cuatro y 13 semanas de periodo posnatal. Las mujeres que obtuvieron calificaciones en la EPDS sugestivas de depresión fueron entrevistadas por un equipo conformado por un psiquiatra y dos psicólogos, para evaluar la depresión usando los criterios del DSM-IV. Por la metodología utilizada la prevalencia pudo ser sobreestimada, en primer lugar, por haber sido medida durante el primer mes, donde como se comentó en el marco teórico se puede confundir con el Baby Blues. En segundo lugar, la prevalencia reportada incluía tanto diagnósticos de depresión menor como de depresión mayor y por definición la DPP corresponde a una depresión mayor. (25)

En nuestro estudio también realizamos las mediciones en mujeres que tuvieran hijos biológicos de 2, 4 y 6 meses de edad, obtuvimos prevalencias de 22% (IC_{95%} 16.5% - 28.2%), 40% (IC_{95%} 30.8% - 49.1%) y 32% (IC_{95%} 26.2% - 39.4%) respectivamente. En contraste con el estudio que realizaron Gjerdingen D *et al.* donde encontraron que las tasas de depresión fueron más altas en el primer mes posparto y disminuyeron a los 2, 4 y 6 meses, la prevalencia a los 9 meses fue el doble que a los 6 meses, y muy similar a la prevalencia en 0 - 1 mes (es decir, 10.2% a los 9 meses; 12.5% a los 0-1 mes) (21), nuestros resultados arrojaron que fue mayor la prevalencia en el cuarto mes después de la resolución del embarazo, lo que fue consistente con la revisión realizada por Gaynes BN *et al* donde reportó que la presencia de los síntomas de DPP aumentaban conforme al tiempo posparto y que el punto máximo era en el tercer mes después del parto o cesárea, sin embargo dentro de las limitaciones del estudio los investigadores comentan que esto se debió en gran parte a que la mayoría de los estudios que analizaron sólo medían los síntomas de depresión posparto en el primer trimestre. (17,51)

En México se han realizado algunos estudios de tipo transversal para determinar la prevalencia de DPP, deCastro *et al* realizaron un estudio durante el 2014 en la Ciudad de México donde analizaron a 604 mujeres con el instrumento EPDS con un punto de corte de ≥ 12 puntos, un punto más que el recomendado en la guía de práctica clínica y obtuvieron los siguientes resultados, en las mujeres que cursaban el primer trimestre obtuvieron una prevalencia de 7.3%, en el segundo trimestre 10,1% y en el tercer trimestre 19.4%. (30)

En nuestro estudio sólo abarcamos el primer y segundo trimestres y se obtuvieron valores más elevados con los reportados, una explicación es debida a que el punto de corte que utilizamos fue de ≥ 11 puntos y esto hace más sensible al instrumento para medir los síntomas de DPP. Por otro lado, en México como en otros países con recursos limitados, es más probable que la depresión posparto no sea detectada ni tratada, debido a una escasa oferta de los servicios de salud mental en comparación con los países de altos ingresos. Además, una menor

conciencia y un mayor estigma percibido con respecto de la salud mental en específico a la depresión perinatal también pueden evitar que más mujeres busquen tratamiento y los casos incidentes se sigan acumulando. De acuerdo con un estudio sobre los servicios médicos de salud mental en México, realizado en el año 2016 por deCastro *et al* reportan que más de la mitad (64.0%) de las unidades médicas ofrece atención de salud mental; de estas unidades menos de la mitad ofrece detección de estas (37.1%) o atención oportuna (40.3%) para depresión perinatal (DPN). Los investigadores hacen énfasis que, durante 2016, en el Distrito Federal y Estado de México, existían más unidades que tuvieran protocolos o lineamientos para detección y atención para DPN (76.7%;78.1%) que en el sur (26.5%;36.4%), norte (27.3%; 28.1%) o centro (50.0%;52.7%) del país (52)

En México existen escasos estudios sobre depresión posparto, la mayoría de los que se han realizado han sido en población no derechohabiente del IMSS, por lo que este estudio es el primero que analiza a mujeres derechohabiente del IMSS a los 2, 4 y 6 meses posparto y que estudia el apoyo social de acuerdo con sus dimensiones y no sólo de manera global.

Evaluando apoyo social, encontramos que para apoyo social global deCastro *et al* obtuvo para poco apoyo social ORa 4.5 (IC_{95%} 1.7 – 12.4) $p = <0.05$ para síntomas de DPP (30), lo cual fue consistente con nuestro estudio ya que ambos ORa apuntan al riesgo, sin embargo, nuestro resultado estimó un riesgo de ORa 1.8 (IC_{95%} 1.0 – 3.3) $p = <0.036$. esto se puede explicar ya que en el estudio realizado en 2014 presenta problemas de precisión y pueden deberse al tamaño de muestra. Otro estudio realizado en Colombia donde se utilizó el mismo instrumento para apoyo social se estimó una ORa de 12.9 (IC_{95%}3.6 – 46.1) $p < 0.0001$, podemos ver que también hay problemas de precisión aún mayores, por una parte, por su tamaño de muestra (n=194) y por otro lado secundario a un ajuste que pudo ser inadecuado ya que no menciona por qué variables fue ajustado el modelo de regresión logística. (22)

Por otro lado, con un mayor tamaño de muestra en Perú analizaron 3,336 mujeres donde Zhong QY *et al* presentaron en mujeres con poco apoyo social una ORa 1.4 (IC_{95%} 0.99 - 1.9) para DPP, si bien la mayor fortaleza de este estudio fue el gran

tamaño de muestra, sin embargo la medición de su variable dependiente consistió en medir sólo 2 aspectos distintos (satisfacción con el apoyo social y número de proveedores de apoyo disponibles); se midió utilizando una versión en español del Cuestionario de Apoyo Social Sarason de 6 ítems – 6 (SSQ-6), lo que no es consistente con nuestro estudio ya que no obtuvo significancia estadística, podemos ver que aun el apoyo social sigue siendo un factor que debemos seguir estudiando. (38)

Estudios anteriores han demostrado que el bajo apoyo social era un factor de riesgo para la depresión durante el embarazo y después del parto, y han mostrado los beneficios potenciales de las intervenciones dirigidas a aumentar el apoyo social (38) Sin embargo, la mayoría de los estudios previos sobre la asociación del apoyo social con la depresión han sido transversales, y la relación causal sigue sin estar clara, pero nos dan una pauta para futuras investigaciones.

En cuanto a Violencia contra la mujer en este estudio se obtuvo ORa 2.94 (IC_{95%} 1.98 – 4.37) $p < 0.0001$. Comparado con otros estudios realizados en nuestro país por ejemplo el realizado por deCastro *et al* estimaron una ORa 3.9 (IC_{95%} 1.5 - 10.5), lo cual es consistente con los resultados de nuestro estudio. (30) Podemos observar como el fenómeno se repite en países como Etiopía donde un estudio reporta una asociación de violencia domestica con depresión posparto ORa 3.1 (IC_{95%} 1.6-5.9) (53)

Llama la atención que la proporción de mujeres violentadas en este estudio supera el 50% de la población. Esto puede deberse a la sensibilidad del instrumento utilizado para medir esta variable. Sin embargo, también coincide con la situación de las mujeres actualmente en México y específicamente en la Ciudad de México en donde a finales del año 2019 se declaró alerta de género. Es importante mencionar que en el estudio realizado en las UMF no podemos garantizar que las mujeres que no tenían pareja no hubieran sufrido de violencia en etapas previas de su vida.

La violencia de pareja durante el embarazo, legitimada en la cultura patriarcal, también es frecuente en muchas sociedades alrededor del mundo. De acuerdo

con algunos estudios la violencia en el embarazo es parte de una constante, la violencia que sufren las mujeres en este periodo no empieza, por lo general, con la gravidez, sino que el fenómeno tiende a persistir a lo largo de la convivencia y puede llegar a presentarse con mayor intensidad durante el embarazo y, en ocasiones, en el posparto. Un estudio poblacional realizado en 2014 en nuestro país encontró que la prevalencia de cualquier tipo de violencia en mujeres embarazadas fue de 5.4%, por otra parte, 53.4% de quienes habían reportado violencia durante el último año tuvo sintomatología depresiva, mientras que esta se presentó solo en 14.1% de quienes no fueron victimizadas (23).

Esta investigación obtuvo resultados consistentes con un estudio realizado en Bangladesh entre octubre de 2015 a enero de 2016 en 426 mujeres casadas, la ORa de violencia para DPP resultó 2.25 (IC_{95%}1.14–4.45). Otros resultados interesantes fueron la prevalencia de violencia física durante los 12 meses previos al embarazo fue de 52.8%, mientras que la cifra comparativa durante el embarazo y después del parto fue de 35.2% y 32.2% respectivamente. La prevalencia de violencia psicológica antes del embarazo fue más alta (67.4%) en comparación con la durante el embarazo (65%) y después del parto (60.8%). La tasa de violencia sexual después del parto fue menor (15.5%) que antes (21.1%) y durante (18.5%) el embarazo. (15)

Puede ser que las mujeres, que experimentan cualquier forma de violencia durante el embarazo, se sientan avergonzadas o preocupadas pensando que otros las juzgarán por no proteger adecuadamente a su hijo en desarrollo y, por lo tanto, se separen de los demás, lo que agrava la probabilidad de una PPD posterior. Estas experiencias también pueden aumentar los niveles de estrés entre las mujeres, lo que contribuye a la DPP. (54)

En cuanto a la resolución del embarazo por vía cesárea Roshni et al obtuvieron una ORa 1.0 (IC_{95%} 0.66 – 1.7) p=0.80 para síntomas de depresión posparto , lo que no es consistente con los resultados de esta investigación ya que se obtuvo una ORa 1.4 (IC_{95%} 1.0 – 2.2) p<0.046, esto se puede explicar por qué Roshni et al ajustaron su modelo de regresión logística por variables como antecedente de

cesárea previa, edad de la madre, complicaciones de trabajo de parto, diabetes mellitus y por presentación distócica. (55)

Nuestros resultados también pueden ser explicados porque el 50.6% de las cesáreas fueron urgentes, con respecto de esto último Lara *et al* reportaron que las cesáreas urgentes están asociadas con síntomas de depresión posparto obteniendo un ORa 2.2 (IC_{95%} 1.0 – 2.2) (20).

También en una cohorte retrospectiva realizada en Malasya encontraron que las pacientes que tuvieron partos distócicos o cesáreas urgentes presentaron un mayor riesgo de síntomas de depresión posparto. Para mujeres que tuvieron emergencia el parto es aproximadamente el doble que el de las mujeres con un parto que no es de emergencia. Las mujeres que tuvieron un parto de emergencia tuvieron un riesgo significativamente mayor ($P = 0.04$) de estar deprimidas, con un riesgo relativo de 1.8. (56)

Nuestro trabajo agrega un componente importante al asesoramiento de las mujeres que están planeando el modo de parto. Es especialmente relevante para las mujeres que consideran la cesárea electiva considerar los posibles riesgos, brindar toda la información para ayudar a las mujeres a tomar decisiones informadas sobre el parto.

En cuanto al sexo del hijo, en esta investigación el tener una hija obtuvo un ORa de 1.3 (IC_{95%} 0.91 – 1.9) para síntomas de depresión posparto, la variable sexo del bebé, que, aunque no está asociado con PPD en la mayoría de los países occidentales, es importante en ciertos países en desarrollo de América Latina, Asia y África (18). A este respecto, los estudios encuentran que tener una niña es un factor de riesgo para los síntomas depresivos posparto, por ejemplo, deCastro *et al* en 2011 obtuvieron un ORa para síntomas de DPP de 2.3 (IC_{95%} 1.1 - 4.7) (24) Con respecto de esta variable Fiala *et al* encontraron ORa 0.7 (IC_{95%} 0.5 - 1.0) $p = 0.02$, (56) estos resultados son consistentes con los resultados de este estudio.

Otro estudio realizado en Monterrey encontró que el sexo del bebé se asoció significativamente con la depresión posnatal, indicaron que las mujeres adultas que tuvieron una niña eran 4,26 veces más propensas a presentar depresión posnatal. ORa 4.2 (IC_{95%} 1.6 – 10.8) $p < 0.01$.(24)

Varios estudios describen al género femenino de un recién nacido como un factor de riesgo para desarrollar PPD (24,56,58). Esto se atribuyó a la insatisfacción con el género de un hijo, secundaria a una cultura patriarcal donde se da más valor a un hijo varón que a una hija. Sin embargo, otros estudios describen que no hay asociación entre PPD. En el estudio de Fiala *et al* encontraron que el género masculino de un niño es un factor protector leve para desarrollar depresión anteparto ORa 0.70 con una $p = 0.047$. No se encontró asociación en el período posparto. Esto puede sugerir que la insatisfacción con el género de un niño se redujo después del parto. (57) Los resultados de estos estudios son consistentes con la investigación realizada. Nuestros resultados pueden ser explicados ya que la proporción del sexo femenino (49.2%) fue muy parecida a la del sexo masculino (50.7%), y ninguno de los instrumentos aplicados midió la percepción de tener un hijo del sexo femenino.

En un estudio realizado en Irlanda del norte realizado en 10,895 madres se encontró una prevalencia de 11.1 %. Donde su objetivo fue examinar la prevalencia y los factores asociados con sintomatología depresiva en madres con hijos de 9 meses de edad. Se encontraron OR para edad 35 – 49 años de 0.82 (IC_{95%}0.67-1.0), $p < 0.05$, primíparas OR 0.96 (IC_{95%}0.83-1.1), $p < 0.05$ (59) Estos resultados son consistentes al análisis bivariado ya que se obtuvo en la población de estudio una OR 1.1 (IC_{95%} 0.81 – 1.6) $p = 0.39$. Sin embargo, la paridad al análisis estratificado resultó un modificador del efecto, por lo que debemos de tomar con cautela los resultados. Otra variable que se consideró confusora fue la edad por lo que se utilizó para el ajuste del modelo multivariado.

La desventaja socioeconómica está ampliamente asociada con un mayor riesgo de depresión posparto. El Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) en la Ciudad de México, el 27.8% de los residentes experimentan un nivel de pobreza tal que sus ingresos son insuficientes para

cubrir las necesidades básicas, y pueden carecer de los recursos adecuados, vivienda o acceso a la educación. En Morelos, México, el estado donde se encuentra Yautepec, el 48.6% de los residentes experimentan este tipo de pobreza. Las mujeres en estas situaciones probablemente reciban servicios de atención médica en el sector público prestados por la Secretaria de Salud, que atiende a aproximadamente la mitad de la población de México. Los pacientes están compuestos por trabajadores del sector informal, trabajadores independientes y otros que no tienen acceso a beneficios formales para empleados. En este estudio en el análisis bivariado comparando proporciones entre los diferentes estratos socioeconómicos y la escolaridad con una $p < 0.0001$, concluimos que estas variables modificaban el efecto del apoyo social, por lo que debemos tomar de manera cautelosa los resultados entre estas variables y los síntomas de depresión posparto.

Entre las fortalezas presentes en este estudio se encuentra la medición de la principal variable independiente, así como la medición de la variable dependiente que a pesar de ser instrumentos autoadministrados, son instrumentos validados en la población mexicana y le confieren un grado de validez interna a los resultados obtenidos en este estudio, en comparación con otras investigaciones; otra de las fortalezas fue la realización de los modelos multivariados para el ajuste de los potenciales confusores.

A pesar de no alcanzar el tamaño mínimo de muestra, el número de participantes fue mayor que la mayoría de los estudios de tipo transversal realizados en nuestro país, lo que le confiere mayor grado de precisión.

Sin embargo, debemos mencionar las debilidades de este estudio; existen sesgo de información para la variable violencia contra la mujer, ya que el instrumento utilizado sólo mide la violencia que ejerce la pareja sentimental de la mujer y no mide otro tipo de violencias como la que practican familiares políticos como son las cuñadas, suegras e incluso los familiares consanguíneos de las mujeres violentadas. También no descartamos la posibilidad de que las mujeres sin pareja hayan tenido experiencias de abuso previas.

También presentan sesgo de información las variables: complicaciones de embarazo, antecedentes de depresión y antecedentes heredofamiliares ya que la información fue recolectada por auto reporte y por factibilidad del proyecto no se verificaron antecedentes o diagnósticos en expediente físico o electrónico, por lo que afecta la validez interna.

Pese a que se evaluaron algunas variables confusoras, quedaron de lado variables como estrés, ansiedad, eventos estresantes, enfermedades de los lactantes y lactancia materna. Por lo que se requiere profundizar en estas variables y de igual manera evaluar su relación con los síntomas de DPP.

Por último, debido a la naturaleza del estudio, al ser el diseño de tipo transversal, se presenta un problema de ambigüedad temporal, por lo que no podemos establecer con exactitud la relación causa – efecto. Para futuras investigaciones se recomienda realizar un diseño de tipo longitudinal, para poder establecer una adecuada relación causa - efecto, además de subsanar las limitaciones presentes en este estudio.

14. Conclusiones

Los problemas mundiales de salud mental materna se consideran un importante desafío de salud pública. La depresión en este período crítico de la vida conlleva significados y riesgos especiales para la mujer y su familia. Es posible identificar a las mujeres con mayores factores de riesgo de PPD, pero los valores predictivos positivos inaceptablemente bajos de todas las herramientas de detección prenatal disponibles en la actualidad dificultan su recomendación para la atención de rutina. (60) Existen varias herramientas de detección posparto, pero aún no se ha establecido el momento óptimo para la detección y su aplicabilidad a poblaciones multiculturales. Los programas de detección de depresión generalmente concluyen que la detección de depresión debe combinarse con vías sistémicas para la derivación de casos y planes de atención bien definidos e implementados para lograr resultados benéficos. Lamentablemente, la DPP sigue sin diagnosticarse ni tratarse adecuadamente. La investigación sugiere que la DPP es susceptible de las mismas intervenciones de tratamiento que la depresión general, pero pocos ensayos controlados aleatorios existen para guiar la práctica y la política de esta población.

En México existen escasos estudios sobre depresión posparto, la mayoría de los que se han realizado han sido en población no derechohabiente del IMSS, por lo que este estudio es el primero que analiza a mujeres derechohabiente del IMSS a los 2, 4 y 6 meses posparto y es de los pocos que estudia el apoyo social de acuerdo con sus dimensiones y no sólo de manera global.

Con los resultados obtenidos en este estudio se establece que el apoyo social global, así como sus dimensiones que corresponden al apoyo emocional, apoyo material/instrumental, apoyo afectivo y relaciones de ocio y distracción, están asociadas con los síntomas de depresión posparto; además que variables como violencia contra la mujer y la resolución del embarazo por vía cesárea, cobran mayor importancia en cuanto a los riesgos obtenidos para síntomas de DPP, por lo

que se debe evaluar de manera integral a la paciente expuesta a estas variables de riesgo.

Es considerable la prevalencia de 30% obtenida en este estudio para síntomas de depresión posparto, ya que supera a la reportada por la OMS para países en vías de desarrollo como el nuestro, lo cual, de mantenerse de esa manera, y en conjunto con otros factores, podría originar a madres deprimidas a largo plazo no detectadas e hijos con problemas nutricionales, cognitivos y psicosociales.

Los factores psicosociales asociados con los síntomas de DPP identificados en nuestro estudio sugieren la posibilidad de una experiencia social desadaptativa más profunda de las mujeres en riesgo de DPP, y se deben hacer esfuerzos para comprender y hablar sobre esta patología en un contexto social más amplio. Las campañas nacionales, como las de México que abordan la planificación familiar y la violencia contra las mujeres, pueden ser agresivas para ayudar a los proveedores de atención médica a detectar y abordar estos problemas. Las políticas específicas sobre DPP no se han desarrollado en gran medida en México, pero para ese fin, los responsables de las políticas deben considerar los problemas relacionados con la depresión posnatal, incluida la violencia de pareja íntima en el embarazo, antecedentes de depresión, embarazo no planificado y bajo apoyo social.

Aunque la mortalidad materna todavía se encuentra en el centro de los indicadores de salud materna; para la agenda posterior a 2015 para los objetivos de desarrollo, la OMS está considerando la Cobertura Universal de Salud (UHC) y también propone indicadores relacionados con la Esperanza de Vida Saludable (HLE). Esto implica un mayor enfoque en las condiciones de salud mental en la prestación integrada de servicios para la salud materna e infantil.

Es por lo anterior, que como recomendaciones se establece el considerar por los tomadores de decisiones la implementación de más centros de atención especializados en salud mental, así como en la capacitación y concientización del médico familiar o de primer contacto para la prevención, detección y tratamiento de la depresión posparto.

15. Referencias bibliográficas

1. Place JM, Billings DL, Blake CE, et al. Conceptualizations of Postpartum Depression by Public-Sector Health Care Providers in Mexico. *Qualitative Health Research* 2015, Vol. 25(4) 551–568
2. Clout D, Brown R. Sociodemographic, pregnancy, obstetric, and postnatal predictors of postpartum stress, anxiety and depression in new mothers. *J Affect Disord.* 2015 Dec 1; 188:60-7. doi: 10.1016/j.jad.2015.08.054.
3. Kim T, Conolly JA, Tamim H. The effect of social support around pregnancy on postpartum depression among Canadian teen mothers and adults mothers in the maternity experiences survey. *BMC Pregnancy and childbirth* 2014 14:162.
4. Brown G, Andrews B, Harris T, et al. Social support, self-esteem and depression. *Psychological Medicine*, 1986 16(4), pp 813-831. doi:10.1017/S0033291700011831
5. Navas-Orozco W. Depresión postparto. *Rev Med Cos Cen* 2013; 70 (608) 639-647, 2013.
6. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed.: DSM-5.* Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013.
7. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (2018). Disponible en: <https://icd.who.int/browse11/l/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f1124422593>.
8. Medina-Serdán E. Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis y la tristeza postparto. *Perinatol Reprod Hum* 2013; 27 (3): 185-193.
9. Stewart DE and Vigod S. Postpartum Depression. *N Engl J Med* 2016; 375:2177-86. Doi: 10.1056/NEJMcp1607649.
10. Abdollahi F, Zarghami M, Azhar MZ et al. Predictors and incidence of postpartum depression: A longitudinal cohort study. *J. Obstet. Gynaecol. Res.* Vol. 40, No. 12: 2191–2200, December 2014. doi:10.1111/jog.12471

11. Payne JL, Maguire J. Pathophysiological Mechanisms Implicated in Postpartum Depression. *Frontiers in Neuroendocrinology*. doi:10.1016/j.yfrne.2018.12.001
12. Kim S, Soeken TA, Cromer SJ, et al. Oxytocin and postpartum depression: delivering on what's known and what's not. *Brain research*,(2018) 1580, 219–232. doi:10.1016/j.brainres.2013.11.009
13. Netsi E, Pearson RM, Murray L, et al. Association of Persistent and Severe Postnatal Depression With Child Outcomes. *JAMA psychiatry*,2018 75(3), 247–253. doi:10.1001/jamapsychiatry.2017.4363
14. GPC Prevención, diagnóstico y manejo de la depresión prenatal y posparto en el primero y segundo niveles de atención. México: Secretaría de Salud; 08/Julio/2014.
15. Islam M.J, Broidy L, Baird K, et al. (2017) Intimate partner violence around the time of pregnancy and postpartum depression: The experience of women of Bangladesh. *PLoS ONE* 12(5): e0176211. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0176211>.
16. Phama D, Cormickb G, Amyxd MM, et al. Factors associated with postpartum depression in women from low socioeconomic level in Argentina: A hierarchical model approach. *Journal of Affective Disorders* 227 (2018) 731–738. Doi: 10.1016/j.jad.2017.11.091.
17. Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, et al. (2005). Perinatal Depression. *Obstetrics & Gynecology*, 106 (5, Part1),1071–1083. doi:10.1097/01.aog. 0000183597.31630.
18. Fisher J, Cabral de Mello M, Patel V. Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: a systematic review. *Bull World Health Organ* 2012; 90:139–149G. doi:10.2471/BLT.11.091850
19. Upadhyay RP, Chowdhury R, Salehi A. Postpartum depression in India: a systematic review and meta-analysis. *Bull World Health Organ* 2017; 95:706–717B. doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.17.192237>

20. LI Y, Long Z, Cao D et al. Social support and depression across the perinatal period: A longitudinal study. *J Clin Nurs*. 2017 Sep;26(17-18):2776-2783. doi: 10.1111/jocn.13817.
21. Gjerdingen, D, Crow S, McGovern P, et al. Changes in depressive symptoms over 0-9 months postpartum. *Journal of women's health* (2002), 20(3), 381–386. doi:10.1089/jwh.2010.2355
22. Ortiz Martinez RA, et al. Prevalencia de tamiz positivo para Depresión Postparto en un Hospital de tercer nivel y posibles factores asociados. *Rev Colomb Psiquiat*. 2016. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2016.03.002>
23. Lara MA, Patiño P, Navarrete L, et al. Depresión posparto, un problema de salud pública que requiere de mayor atención en México. Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz 2016.
24. deCastro F, Hinojosa-Ayala N, Hernández-Prado B. Risk and protective factors associated with postnatal depression in Mexican adolescents. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 2011; 32(4): 210–217
25. Alvarado-Esquivel C, Sifuentes-Álvarez A, Estrada-Martínez S. Prevalencia de depresión posnatal en mujeres atendidas en hospitales públicos de Durango, México. *Gac Méd Méx* Vol. 146 No. 1, 2010
26. Michael W. O'hara & Annette M. Swain (1996) Rates and risk of postpartum depression—a meta-analysis, *International Review of Psychiatry*, 8:1, 37-54, DOI: 10.3109/09540269609037816
27. Schwab-Reese LM, Schafer EJ, Ashida S. Associations of social support and stress with postpartum maternal mental health symptoms: Main effects, moderation, and mediation. *Women Health*. 2016;57(6):723-740.
28. Robertson E, Grace S, Wallington T, et al. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *General Hospital Psychiatry*. 2004;26:289–95. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2004.02.006
29. Gelaye, B., Rondon, M. B., Araya, R., & Williams, M. A. (2016). Epidemiology of maternal depression, risk factors, and child outcomes in low-income and middle-income countries. *The Lancet Psychiatry*, 3(10), 973–982. doi:10.1016/s2215-0366(16)30284-x

30. de Castro F, Place JM, Billings DL, et al. Risk profiles associated with postnatal depressive symptoms among women in a public sector hospital in Mexico: the role of sociodemographic and psychosocial factors. *Arch Womens Ment Health*. Springer-Verlag Wien 2014. DOI 10.1007/s00737-014-0472-1
31. Silverman ME, Reichenberg A, Savitz DA, et al. The Risk Factors for Postpartum Depression: A Population Based Study. *Depress Anxiety*. 2017 February; 34(2): 178–187. doi:10.1002/da.22597.
32. Gaillard A, Strata YL, Mandelbrot L et al. Predictors of postpartum depression: Prospective study of 264 women followed during pregnancy and postpartum. *Psychiatry Research* 215 (2014) 341–346
33. Collins NL, Dunkel-Schetter C, Lobel M et al. Social Support in Pregnancy: Psychosocial Correlates of Birth Outcomes and Postpartum Depression. *Journal of Personality and Social Psychology* 1993, Vol. 65, No. 6, 1243-1258
34. Fachado AA, Menéndez-Rodríguez M, González-Castro L. Apoyo social: Mecanismos y modelos de influencia sobre la enfermedad crónica. *Cad Aten Primaria*, 2013 (19), págs. (118-123)
35. Xie RH, He G, Koszycki D, et al. Prenatal Social Support, Postnatal Social Support, and Postpartum Depression. *Annals of Epidemiology*, 19(9), 637–643. doi:10.1016/j.annepidem.2009.03.008.
36. Pao C, Guintivano J, Santos H, et al. *Arch Womens Ment Health* (2019) 22: 105. <https://doi.org/10.1007/s00737-018-0882-6>
37. Rich-Edwards JW, Kleinman K, Abrams A, et al. Sociodemographic predictors of antenatal and postpartum depressive symptoms among women in a medical group practice, *J Epidemiol Community Health*. 2006 Mar; 60(3):221-7.
38. Qiu-Yue Z, Gelaye B, VanderWeele TJ et al. Causal Model of the Association of Social Support With Antepartum Depression: A Marginal Structural Modeling Approach. *Am J Epidemiol*. 2018;187(9):1871–1879
39. Tambağ H, Turan Z, Tolun S, et al. Perceived social support and depression levels of women in the postpartum period in Hatay, Turkey. *Niger J Clin Pract* 2018;21:1525-30.

40. Lara MA, Navarrete L, Nieto L. Depressive symptoms in Mexican mothers: a longitudinal study. *Arch Womens Ment Health* 2016, DOI 10.1007/s00737-016-0623-7
41. Giri RK, Khatri RB, Mishra SR, et al. Prevalence and factors associated with depressive symptoms among post-partum mothers in Nepal. *BMC Research Notes* (2015) 8:111. DOI 10.1186/s13104-015-1074-3
42. Clavenna A, Seletti E, Cartabia M, et al. Postnatal depression screening in a paediatric primary care setting in Italy. *BMC Psychiatry* 17, 42 (2017). <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1205-6>
43. Méndez-Castellano H, Méndez MC. Estratificación social y biología humana. Método de Graffar modificado. *Arch Venez Pueri Pediatr.* 1986; 49:93-104.
44. Bauce Gerardo J, Córdova R Miguel A. Cuestionario socioeconómico aplicado a grupos familiares del Distrito Capital para investigaciones relacionadas con la salud pública. INHRR [Internet]. 2010 Jun [citado 2020 Ene 26]; 41(1): 14-24. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-04772010000100003&lng=es.
45. E. Jadresic, R. Araya & C. Jara (1995) Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Chilean Postpartum Women, *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 16:4, 187-191, DOI: 10.3109/01674829509024468.
46. Lam N, Contreras H, Mori E. Comparison of two self report questionnaires for depressive symptoms detection in pregnant women. *An Fac med.* 2009;70(1):28-3 .
47. El-Hachem, Rohayem J, Khalil RB et al. Early identification of women at risk of postpartum depression using the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of Lebanese women. *BMC Psychiatry* 2014 14:242.
48. Londoño NE, Rogers H Castilla JF, Posada S, Ochoa N, Jaramillo MA, et al. Validación en Colombia del cuestionario MOS de apoyo social. *International Journal of Psychological Research* 2012;5(1):142-150
49. Source: Brown, J., Lent, B., Schmidt, G., & Sas, S. (2000). Application of the Woman Abuse Screening Tool (WAST) and WAST-short in the family practice setting. *Journal of Family Practice*, 49, 896-903.

50. Vaezi A, Soojoodi F, Banihashemi A, et al. The association between social support and postpartum depression in women: A cross sectional study. *Women Birth*. 2019 Apr; 32(2): e238-e242. doi: 10.1016/j.wombi.2018.07.014.
51. Lara MA, Navarrete L, Nieto L, et al, Prevalence and Incidence of Perinatal Depression and Depressive Symptoms among Mexican Women. *Journal of Affective Disorders*, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.035>
52. De Castro F, Place JM, Allen-Leigh B, Provider report of the existence of detection and care of perinatal depression: quantitative evidence from public obstetric units in Mexico. *Salud Publica Mex* 2016;58:468-471. <http://dx.doi.org/10.21149/spm.v58i4.8028>
53. Adamu, A. F., & Adinew, Y. M. (2018). Domestic Violence as a Risk Factor for Postpartum Depression Among Ethiopian Women: Facility Based Study. *Clinical practice and epidemiology in mental health : CP & EMH*, 14, 109–119. doi:10.2174/1745017901814010109
54. Lara, M.A., Navarrete, L. & Nieto, L. Prenatal predictors of postpartum depression and postpartum depressive symptoms in Mexican mothers: a longitudinal study. *Arch Womens Ment Health* 19, 825–834 (2016). <https://doi.org/10.1007/s00737-016-0623-7>
55. Roshni RP, Murphy DJ, Peters TJ. Operative delivery and postnatal depression: a cohort study. *BMJ*, doi:10.1136/bmj.38376.603426.D3
56. Koo V, Lynch J, Cooper S. Risk of postnatal depression after emergency delivery. *J Obstet Gynaecol Res* 2003;29:246-50.
57. Fiala A, Švancara J, Klánová J, et al. Sociodemographic and delivery risk factors for developing postpartum depression in a sample of 3233 mothers from the Czech ELSPAC study *BMC Psychiatry* (2017) 17:104.
58. LeMasters, K, Andrabi, N, Zalla, L et al (2020). Maternal depression in rural Pakistan: the protective associations with cultural postpartum practices. *BMC public health*, 20(1), 68. doi:10.1186/s12889-020-8176-0
59. Cruise SM, Layte R, Stevenson M et al. Prevalence and factors associated with depression and depression-related healthcare access in mothers of 9-

month-old infants in the Republic of Ireland. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2018 Oct;27(5):468-478. doi: 10.1017/S2045796017000026.

60. Stewart, DE, Robertson E, Dennis CL, et al (2003). Postpartum depression: Literature review of risk factors and interventions.

16. Anexos

16.1. Dictamen de aprobación del proyecto

MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA



Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud



Dictamen de Aprobación



Miércoles, 21 de agosto de 2019

Ref. 09-B5-61-2800/201900/ 1772

Lic. Stephani Itzel Hernandez Toledo
RESIDENTES, H GRAL ZONA 1 Carlos Mc Gregor
D.F. Sur

Presente:

Informo a usted que el protocolo titulado: **Prevalencia de síntomas de depresión posparto y su asociación al poco apoyo social y otros factores sociodemográficos**, fue sometido a la consideración de este Comité Nacional de Investigación Científica.

Los procedimientos propuestos en el protocolo cumplen con los requerimientos de las normas vigentes, con base en las opiniones de los vocales del Comité de Ética en Investigación y del Comité de Investigación del Comité Nacional de Investigación Científica del IMSS, se ha emitido el dictamen de **APROBADO**, con número de registro: R-2019-785-072.

De acuerdo a la normatividad vigente, deberá informar a esta Comité en los meses de enero y julio de cada año, acerca del desarrollo del proyecto a su cargo. Este dictamen sólo tiene vigencia de un año. Por lo que en caso de ser necesario requerirá solicitar una reaprobación al Comité de Ética en Investigación del Comité Nacional de Investigación Científica, al término de la vigencia del mismo.

Atentamente,


Dra. María Susana Navarrete Navarro
Secretaria Ejecutiva
Comité Nacional de Investigación Científica

Anexo comentarios:
Se anexa dictamen
SNN/ iah. F-CNIC-2019-088

16.2. Cronograma de actividades del proyecto

Actividad	2018					2019											2020			
	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	
Revisión bibliográfica																				
Realización de protocolo																				
Revisión y aceptación por comité de investigación																				
Recolección de información																				
Captura de datos																				
Análisis de información																				
Redacción de tesis																				
Presentación de resultados																				

16.3. Consentimiento informado adultos



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACION, INVESTIGACION Y POLITICAS DE SALUD

COORDINACION DE INVESTIGACION EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)

CARTA DE CONSENIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN PROTOCOLO DE INVESTIGACION

Nombre del estudio:	Prevalencia de síntomas de depresión posparto y su asociación al poco apoyo social, violencia contra la mujer y otros factores sociodemográficos
Lugar y Fecha:	Ciudad de México, a _____ de _____ de _____
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Con este estudio se pretende saber que tan frecuente son los síntomas de depresión que pueden aparecer a los 2, 4 y 6 meses después de tener a su bebe así como la relación que tienen con algunas situaciones como violencia en el hogar, educación de la madre, el apoyo que recibe por parte de su pareja, amigos o familiares, entre otras; con el fin de ayudar en un futuro a las mujeres que acuden a las Unidades de Medicina Familiar del IMSS.
Procedimientos:	Si usted desea participar, se le hará un cuestionario de opción múltiple que responderá en un tiempo aproximado de 30 minutos, el cual incluye información sobre síntomas de depresión que puede aparecer después de tener a su bebe, el apoyo que le da a usted su familia, estrato socioeconómico, antecedentes personales así como los antecedentes ginecológicos y sobre su embarazo, al término de este se agradecerá su cooperación.
Posibles riesgos y molestias:	Las molestias que puede presentar al participar en este estudio puede ser incomodidad al contestar algunas preguntas personales que están incluidas en el cuestionario.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	La información recabada en este estudio nos permitirá dar recomendaciones enfocadas en la detección de síntomas de depresión que se puede presentar después de tener a su bebe y considerar a largo plazo el desarrollo de programas de ayuda centrados en el apoyo social que se da después de tener a su bebe.
Participación o retiro:	En caso de que tenga alguna duda, siéntase con la libertad de decírla para que pueda ser resuelta y en caso de que no quiera participar o quiera retirarse durante el estudio, lo podrá hacer libremente sin que esto afecte su atención en el Instituto Mexicano del Seguro Social.
Privacidad y confidencialidad:	Se le informa que los datos que proporcione durante la realización del estudio se manejarán con estricta confidencialidad y para uso exclusivo de los investigadores., esto quiere decir que nadie fuera del estudio podrá tener acceso a su información.
Posible beneficios que recibirá al participar y al termino del estudio:	La participación en este estudio no ofrece ningún estímulo económico. Al término del estudio y con los resultados obtenidos se pretende adaptar nuevas estrategias dirigidas a la detección de síntomas de depresión posparto en las mujeres dentro del instituto, así como su tratamiento y seguimiento.
En caso de duda o aclaraciones relacionadas con el estudio dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Dra. Stephani Itzel Hernández Toledo. Residente de tercer año de Epidemiología con matrícula 97371438, adscrita a la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica ubicada en Mier y Pesado 120. Colonia del Valle, Benito Juárez, Ciudad de México, C. P. 03100, teléfono: 55 4905 9473, correo electrónico: stephaniht@outlook.es
Colaboradores:	Dra. Blanca Sandra Ruíz Betancourt, Especialista en Epidemiología con matrícula 99093579, adscrita a la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica ubicada en Mier y Pesado, 120, Colonia del Valle, Benito Juárez, Ciudad de México, C. P. 03100, teléfono 57261700, extensión 15756, correo electrónico: blanca.ruizb@imss.gob.mx.
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Av. Cuauhtémoc 330 4º piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Col. Doctores. Ciudad de México., CP 06720. Tel: (55) 56 27 69 00 ext. 21230. Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx	

Nombre y firma del sujeto

Testigo 1

Nombre, relación y firma

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

Nombre, relación y firma

Clave: 2810-009-013

16.4. Instrumento de recolección de información

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL COORDINACIÓN DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN EPIDEMIOLOGÍA			
Prevalencia de síntomas de depresión postparto y su asociación al poco apoyo social y otros factores sociodemográficos			
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS			
Buen día, soy la Dra. Stephani Itzel Hernández Toledo. El presente cuestionario tiene la finalidad de recolectar algunos datos personales sobre su embarazo, sus antecedentes ginecológicos, síntomas que se pueden presentar después de tener a su bebe, el apoyo que recibe por parte de su familia, amigos y/o pareja, entre otros. Siéntase con la confianza de responder a todas las preguntas de la forma más honesta posible.			
Fecha: ____/____/____/	UMF: _____	Turno: _____	Folio: _____
1. Edad 1. _____ (años cumplidos)	2. Fecha de nacimiento 2. ____/____/____/ día / mes / año	3. Edad de su último hijo biológico 3. _____ (meses cumplidos)	4. Fecha de nacimiento de su último hijo biológico 4. ____/____/____/ día / mes / año
5. Número de seguridad social		5. _____	
II. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS			
6. ¿Cuál es su estado civil?	6. Estado civil:	(1) Soltera (2) Casada (3) Unión libre (4) Separada (5) Viuda (6) Divorciada	
7. ¿Cuál es el último año que cursó en la escuela?	7. Nivel educativo:	(1) Sin estudios (2) Primaria incompleta (3) Primaria completa (4) Secundaria incompleta (5) Secundaria completa (6) Carrera comercial (7) Carrera técnica (8) Preparatoria incompleta (9) Preparatoria completa (10) Licenciatura completa (11) Licenciatura incompleta (12) Posgrado	

III. ESTRATO SOCIOECONÓMICO. ESCALA DE GRAFFAR-MENDEZ CASTELLANOS
INSTRUCCIONES: A continuación, se le harán algunas preguntas para poder clasificar el estrato socioeconómico de su familia. Favor de leer todas las opciones de respuesta antes de elegir la más adecuada.

<p>8. ¿Cuál es la profesión del jefe de familia? (padre o madre).</p> <p>En caso de estar desempleado ¿Cuál es su profesión u ocupación habitual?</p>	(1) Profesión universitaria , financistas, banqueros, comerciantes todos de alta productividad, oficiales de las fuerzas armadas (si tienen un rango de educación superior)		8.1()
	(2) Profesión técnica superior , medianos comerciantes o productores.		2()
	(3) Empleados sin profesión universitaria , con técnica media, pequeños comerciantes o productores.		3()
	(4) Obreros especializados y parte de los trabajadores del sector informal (con primaria completa)		4()
	(5) Obreros no especializados y otra parte del sector informal de la economía (sin primaria completa)		5()
<p>9. ¿Cuál es el nivel de instrucción de la madre?</p>	(1) Enseñanza universitaria o su equivalente.	9.	1()
	(2) Técnica superior completa , enseñanza secundaria completa, técnica media.		2()
	(3) Enseñanza secundaria incompleta , técnica inferior.		3()
	(4) Enseñanza primaria o analfabeta (con algún grado de instrucción primaria).		4()
	(5) Analfabeta		5()
<p>10. Principal fuente de ingreso de la familia (Si el principal ingreso es el dinero obtenido por su pensión, mencione como obtenía el dinero cuando aún trabajaba)</p>	(1) Fortuna heredada o adquirida.	10.	1()
	(2) Ganancias o beneficios, honorarios profesionales.		2()
	(3) Sueldo mensual.		3()
	(4) Sueldo semanal.		4()
	(5) Analfabeta		5()

11. Condiciones de alojamiento.	(1) Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes de gran lujo.	11. 1()
	(2) Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes con lujo sin exceso y suficientes espacios.	2()
	(3) Viviendas con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos o no, pero siempre menores que las viviendas 1 y 2.	3()
	(4) Viviendas con ambientes espaciosos o reducidos y/o con deficiencias en algunas condiciones sanitarias.	4()
	(5) Rancho o vivienda con condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas.	5()

IV. ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS Y OBSTÉTRICOS
INSTRUCCIONES: A continuación, se le harán algunas preguntas sobre sus antecedentes ginecológicos, su embarazo y la forma en que nació su bebe. Favor de leer todas las opciones de respuesta antes de elegir la más adecuada.

12. ¿Cuántos partos ha tenido?	12. _____		
13. ¿Cuántas cesáreas ha tenido?	13. _____	14. Si su último embarazo fue cesárea.	14. (1) Programada
		¿Ésta fue programada o de urgencia?	(2) Urgencia
15. ¿Cuántos abortos ha tenido?	15. _____		
16. ¿Cuántos hijos vivos tiene?	16. _____		
17. ¿Su último embarazo fue planeado?	17. (1) Sí (2) No		
18. ¿En su último embarazo presentó alguna complicación?	18. (1) Enfermedad hipertensiva del embarazo (2) Diabetes gestacional (3) Amenaza de aborto (4) Amenaza de parto pretérmino. (5) Diagnóstico de VIH (6) Ninguno (7) Otra _____		
19. ¿Cuál es el sexo de su último hijo?	19. Sexo (1) Masculino (2) Femenino		

V. ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES Y PERSONALES PATOLÓGICOS

INSTRUCCIONES: A continuación, se le harán preguntas sobre algunos antecedentes médicos personales y familiares. Favor de leer todas las opciones de respuesta antes de elegir la más adecuada.

<p>20. ¿Alguien en su familia (padres, hermanos o abuelos) han sufrido de depresión?</p>	<p>20. (1) Padre (2) Madre (3) Hermano/a (4) Abuelo/a</p>	<p>21. ¿En embarazos anteriores usted presentó o le diagnosticaron depresión posparto? 21. (1) Sí (2) No</p>	
<p>22. ¿A usted algún doctor le ha dicho que tiene depresión?</p>	<p>22. (1) Sí (2) No</p>	<p>23. Si su respuesta fue sí. ¿Recibió tratamiento para ello?</p>	<p>23. (1) Sí (2) No</p>
<p>24. ¿Durante su embarazo tomó algún medicamento para la depresión/tristeza?</p>	<p>24. (1) Sí (2) No</p>	<p>25. ¿Cuál es el nombre del medicamento que tomó durante su embarazo? 25. _____</p>	
<p>26. ¿Padece alguna enfermedad crónica?</p>	<p>26. Enfermedades crónicas: (1) Diabetes Mellitus (2) Hipertensión (3) Hipotiroidismo (4) VIH (5) Otra (anote que otra enfermedad) _____ (6) Ninguna</p>		

VI. CUESTIONARIO MOS PARA APOYO SOCIAL

INSTRUCCIONES: Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda que usted recibe. Favor de leer todas las opciones de respuesta antes de elegir la más adecuada.

<p>27. Aproximadamente, ¿Cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene usted? (Personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar de todo lo que se le ocurre)</p>	<p>27. Escriba el número de amigos íntimos o familiares cercanos. _____</p>
---	---

La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia u otros tipos de ayuda.
¿Con qué frecuencia usted dispone de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita?

(Marque con un círculo uno de los números de cada fila)

¿Cuenta con alguien que...?	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de las veces	Siempre
28. Que le ayude cuando está en cama	1	2	3	4	5
29. Con quien pueda hablar cuando necesite hablar	1	2	3	4	5
30. Que le aconseje cuando tenga problemas	1	2	3	4	5
31. Que le lleve al médico cuando necesite	1	2	3	4	5
32. Que le muestre amor y afecto	1	2	3	4	5
33. Con quien pasar un buen rato	1	2	3	4	5
34. Que le informe y ayude a entender la situación	1	2	3	4	5
35. En quien confiar y con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones	1	2	3	4	5
36. Que le abrace	1	2	3	4	5
37. Con quien pueda relajarse	1	2	3	4	5
38. Que le prepare la comida si no pueda hacerlo	1	2	3	4	5
39. Cuyo consejo realmente desee	1	2	3	4	5
40. Con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas	1	2	3	4	5
41. Que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo	1	2	3	4	5
42. Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos	1	2	3	4	5
43. Que le aconseje como resolver sus problemas personales	1	2	3	4	5
44. Con quien divertirse	1	2	3	4	5
45. Que comprenda sus problemas	1	2	3	4	5
46. A quien amar y hacerle sentirse querido	1	2	3	4	5

VII. ESCALA DE DEPRESIÓN DE EDIMBURGO.

INSTRUCCIONES: Por favor marque con un círculo el número de respuesta que mejor describa su estado de ánimo en los últimos 7 días. Favor de leer todas las opciones de respuesta antes de elegir la más adecuada.

47. He podido reír y ver el lado bueno de las cosas:	0 Tanto como siempre 1 No tanto como ahora 2 Mucho menos 3 No , no he podido
48. He mirado el futuro con placer	0 Tanto como siempre 1 No tanto como ahora 2 Mucho menos 3 No , no he podido
49. Me he culpado innecesariamente cuando las cosas marchaban mal:	0 No, nunca 1 No muy frecuentemente 2 Sí, algunas veces 3 Sí, la mayoría de las veces
50. He estado ansiosa y preocupada sin motivo	0 No, nada 1 Rara vez 2 Sí, a veces 3 Sí, muy frecuentemente
51. He sentido miedo o pánico sin motivo alguno:	0 No, nada 1 No, no mucho 2 Sí, a veces 3 Sí, muy frecuentemente
52. Las cosas me han estado agobiando:	0 No, nada 1 No, casi nunca 2 Sí, a veces 3 Si, casi siempre
53. Me he sentido tan infeliz, que he tenido dificultad para dormir:	0 No, nada 1 No muy frecuentemente 2 Sí, a veces 3 Si, casi siempre
54. Me he sentido triste y desgraciada:	0 No, nada 1 No muy frecuentemente 2 Sí, muy frecuentemente 3 Si, casi siempre
55. He estado tan infeliz que he estado llorando:	0 No, nunca 1 Sólo ocasionalmente 2 Si, muy frecuentemente 3 Sí, casi siempre
56. He pensado en hacerme daño a mí misma:	0 Nunca 1 Rara vez 2 A veces 3 Sí, muy frecuentemente

VII. APOYO DEL PADRE DE SU ÚLTIMO HIJO

INSTRUCCIONES: A continuación, se le realizarán algunas preguntas sobre el apoyo que recibe por parte del padre de su último hijo biológico. Favor de leer todas las opciones de respuesta antes de elegir la más adecuada y marque con un círculo el número de respuesta.

57. ¿Proporciona dinero o cosas que necesita para vivir, como alimentos, durante su embarazo?	0 No, nunca 1 No muy frecuentemente 2 Sí, algunas veces 3 Sí, la mayoría de las veces
58. ¿Ayuda con cosas que tiene que hacer, como hacer mandados, tareas domésticas o cuidado de niños?	0 No, nunca 1 No muy frecuentemente 2 Sí, algunas veces 3 Sí, la mayoría de las veces
59. ¿Escucha tus preocupaciones o inquietudes?	0 No, nunca 1 No muy frecuentemente 2 Sí, algunas veces 3 Sí, la mayoría de las veces
60. ¿Te ayudan a resolver los problemas que surgen durante tu embarazo?	0 No, nada 1 Rara vez 2 Sí, a veces 3 Sí, muy frecuentemente
61. ¿Muestra que él se preocupa por ti durante tu embarazo?	0 No, nada 1 No, no mucho 2 Sí, a veces 3 Sí, muy frecuentemente
62. ¿Con qué frecuencia durante el embarazo el padre del bebé lo decepcionó?	0 No, nada 1 No, casi nunca 2 Sí, a veces 3 Sí, casi siempre
63. ¿Con qué frecuencia durante el embarazo el padre de su bebé ha sido crítico, disgustado o de mal humor con usted?	0 No, nada 1 No muy frecuentemente 2 Sí, a veces 3 Sí, casi siempre
64. En general, ¿qué tan satisfecho está con la ayuda y el apoyo que le brindó el padre del bebé durante este embarazo?	0 No, nada 1 No muy frecuentemente 2 Sí, muy frecuentemente 3 Sí, casi siempre

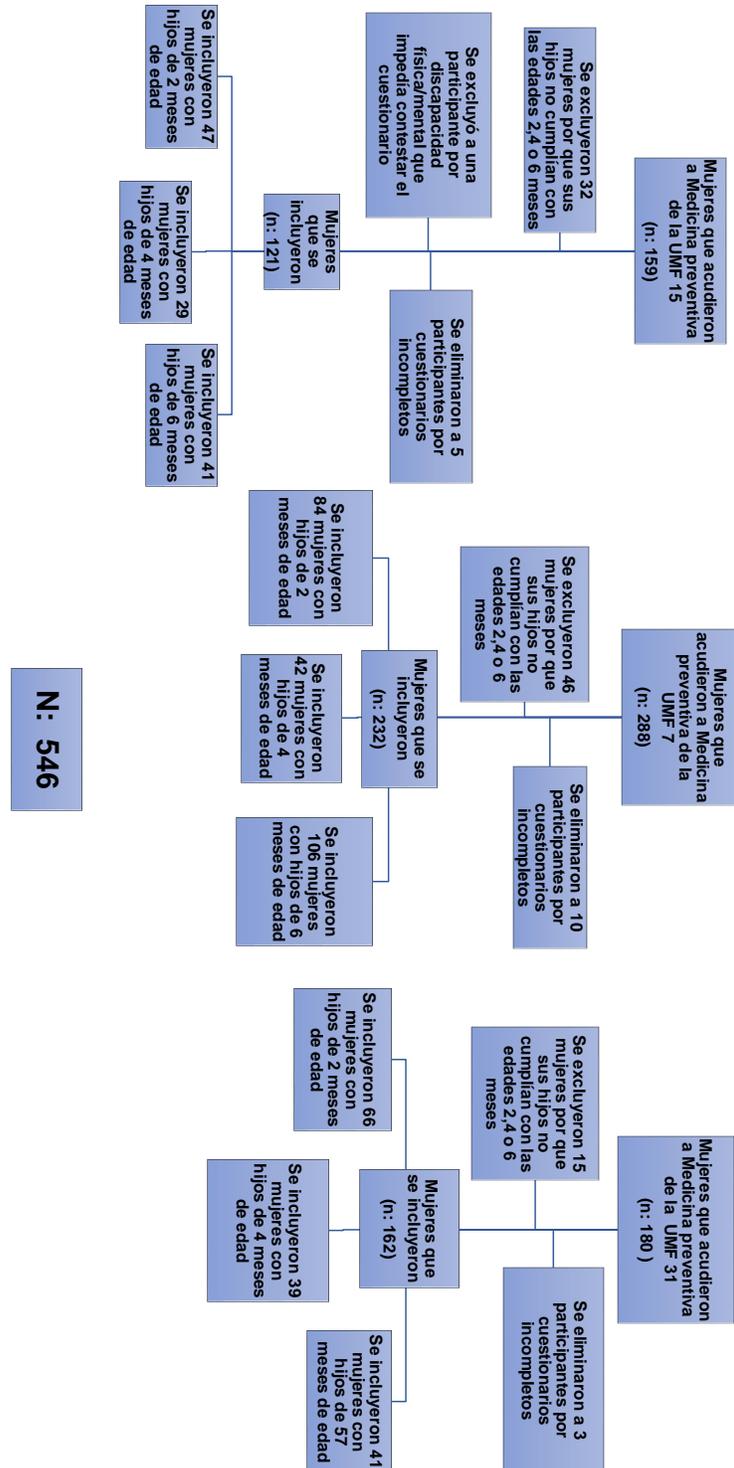
IX. PRUEBA DE VIOLENCIA CONTRA LA MUJER.

INSTRUCCIONES: La siguiente sección son preguntas sobre la violencia que podría sucederle a cualquier mujer, siéntase con la confianza y seguridad de contestar todas las preguntas, si tiene alguna inquietud no dude en acercarse a mí, recuerde que toda la información que aquí se recolecta es totalmente confidencial. Marque por favor el inciso de la respuesta que mejor responda a las cuestiones siguientes:

65. En general, ¿Cómo describiría usted su relación de pareja?	a) Con mucha tensión b) Con alguna tensión c) Sin tensión
66. Usted y su pareja resuelven sus discusiones con:	a) Mucha facilidad b) Alguna dificultad c) Sin dificultad
67. Al terminar las discusiones con su pareja, ¿usted se siente decaída o mal con usted misma?	a) Muchas veces b) A veces c) Nunca
68. ¿Las discusiones terminan en golpes, patadas o empujones?	a) Muchas veces b) A veces c) Nunca
69. ¿Siente miedo de lo que su pareja diga o haga?	a) Muchas veces b) Algunas veces c) Nunca
70. ¿Su pareja ha abusado de usted físicamente?	a) Muchas veces b) Algunas veces c) Nunca
71. ¿Su pareja ha abusado de usted emocionalmente?	a) Muchas veces b) Algunas veces c) Nunca
72. ¿Su pareja ha abusado de usted sexualmente?	a) Muchas veces b) Algunas veces c) Nunca
NOTA: Si usted se identificó con alguna de las preguntas anteriores y/o es víctima de violencia y necesita ayuda o información no dude en acercarse.	
¡MUCHAS GRACIAS POR PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO!	

16.5. Figura de selección de la muestra

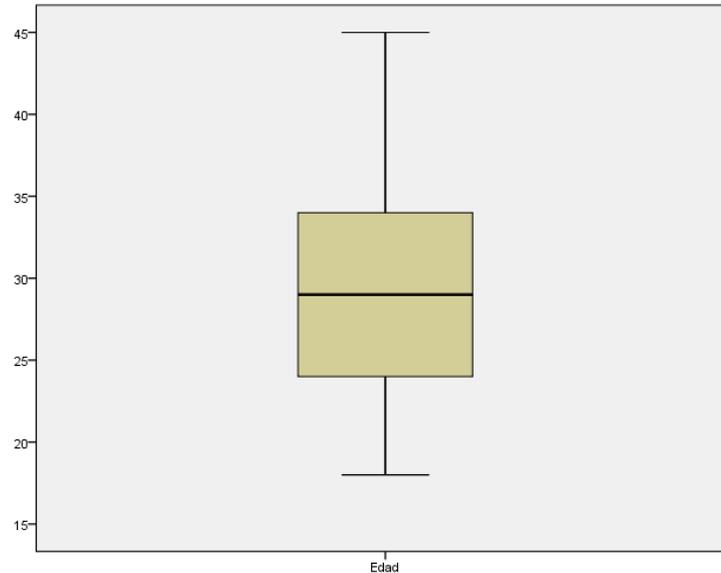
Figura 2. Diagrama de flujo de recolección de muestra por unidad de medicina familiar.



16.6. Tablas y figuras de los resultados

Análisis univariado

Gráfico No.1 Distribución de la población de estudio por edad.



Mediana	(Q1, Q3)	K-S
29	(24,34)	0.0001

Gráfico No. 2 Prevalencia de síntomas de depresión posparto en mujeres adscritas a las unidades de medicina familiar 7,15 y 31 de la Ciudad de México

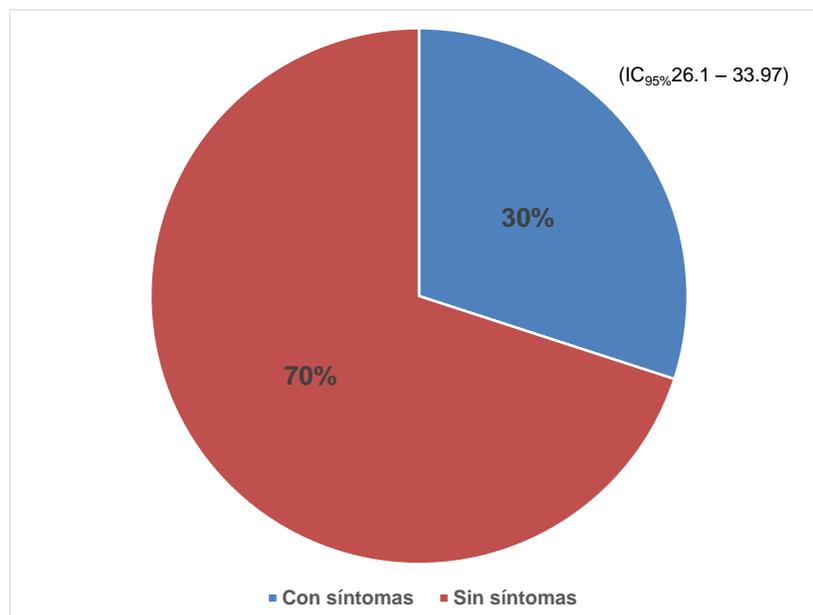


Gráfico No. 3 Prevalencia de síntomas de depresión posparto en mujeres con 2, 4 y 6 meses posparto adscritas a las unidades de medicina familiar 7,15 y 31 de la Ciudad de México

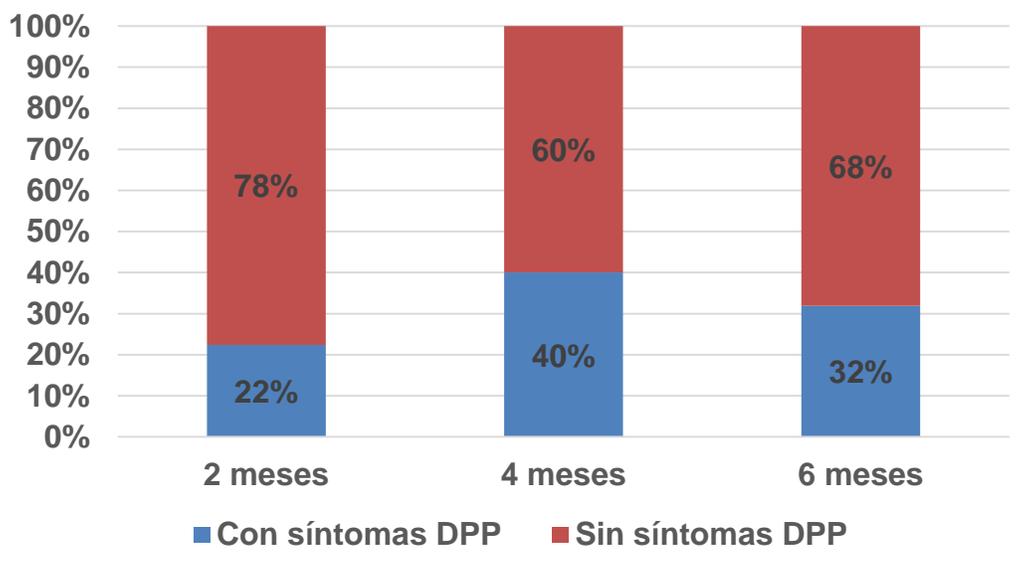


Gráfico No. 4 Frecuencia de síntomas de depresión posparto en mujeres adscritas a las unidades de medicina familiar 7,15 y 31 de la Ciudad de México

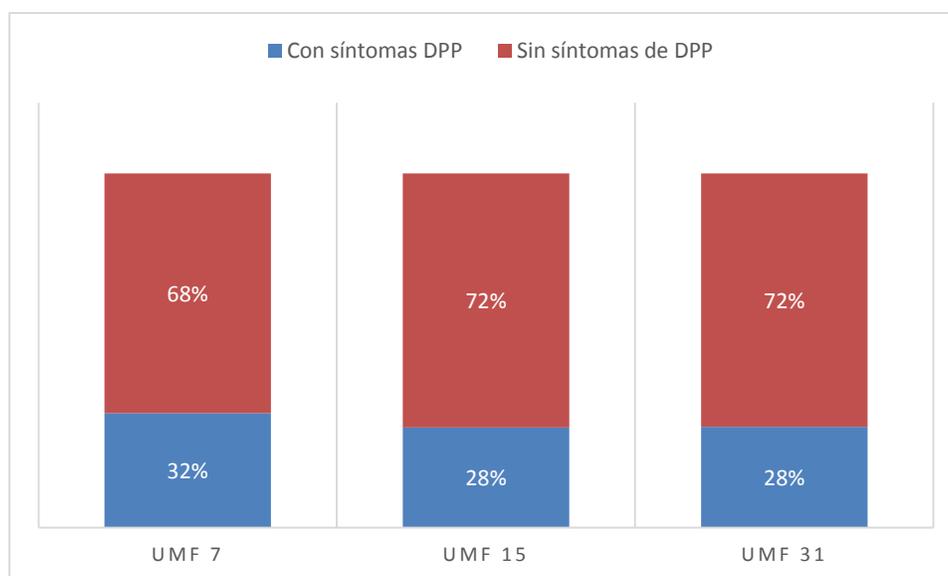
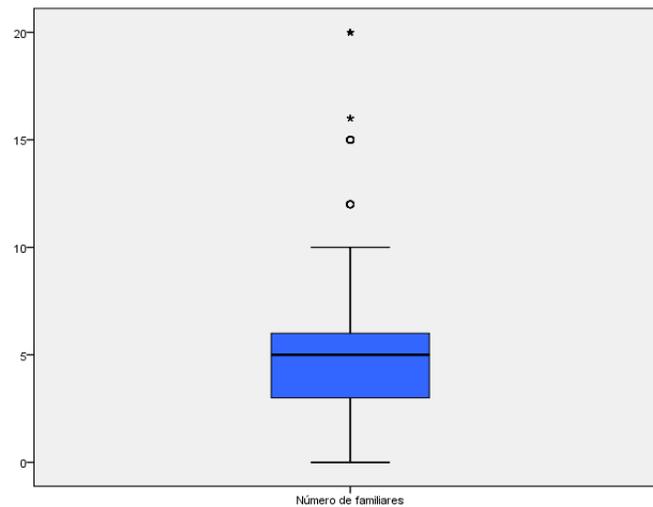
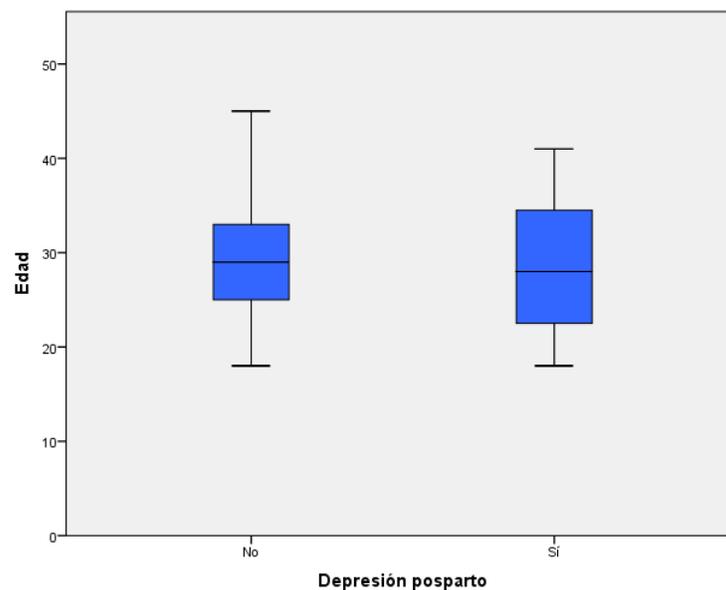


Gráfico No. 5 distribución por número de familiares que integran la red social de las mujeres adscritas a las UMF 7, 15 y 31 de la Ciudad de México



Mediana	(Q1, Q3)	K-S
5	(3,6)	0.0001

Gráfico No. 6 comparación de medianas de edad entre mujeres que presentaron y no presentaron síntomas de DPP, adscritas a las unidades de medicina familiar 7,15 y 31 de la Ciudad de México



U Mann Whitney 0.0001

Tabla 1. Características sociodemográficas de mujeres adscritas a UMF 7, 15 y 31 de la Ciudad de México.

Variable	N: 546	
	No.	%
Estrato Socioeconómico		
I	4	0.73
II	181	33.1
III	274	50.1
IV	87	15.9
V	0	0
Estado Civil		
Soltera	73	13.3
Casada	204	37.3
Unión libre	261	47.8
Viuda	3	0.55
Divorciada	5	0.92
Nivel Educativo		
Primaria o menor	35	6.4
Secundaria completa	159	29.1
Carrera técnica	58	10.6
Preparatoria completa	136	24.9
Licenciatura completa y Posgrado	158	28.9
Edad de su último hijo		
2 meses	210	38.4
4 meses	120	21.9
6 meses	216	39.5
Embarazo planeado		
Si	341	62.4
No	205	37.5

Tabla 2. Características de apoyo social y violencia en mujeres adscritas a las UMF 7, 15 y 31 del IMSS en la Ciudad de México.

Variable	N: 546	
	No.	%
Apoyo social global		
Poco apoyo	63	11.5
Buen apoyo	483	88.4
Apoyo emocional		
Buen apoyo emocional	464	84.9
Poco apoyo emocional	82	15.0
Apoyo material e instrumental		
Buen apoyo material e instrumental	464	84.9
Poco apoyo material e instrumental	82	15.0
Relaciones de ocio y distracción		
Buenas relaciones	57	10.4
Malas relaciones	489	89.5
Apoyo afectivo		
Buen apoyo afectivo	40	7.3
Poco apoyo afectivo	506	92.6
Violencia contra la mujer		
Sin violencia	183	33.5
Con violencia	363	66.4

Tabla 3. Características Ginecológicas y Obstétricas en mujeres adscritas a las UMF 7, 15 y 31 del IMSS en la Ciudad de México.

Variable	N: 546	
	No.	%
Resolución del parto		
Parto	260	47.6
Cesárea	286	52.3
Tipo de Cesárea		
Urgente	144	26.3
Programada	114	20.8
Paridad		
Primipara	308	56.4
Multipara	238	43.5
Sexo de su último hijo		
Masculino	277	50.7
Femenino	269	49.2
Complicaciones del embarazo		
Enfermedad hipertensiva del embarazo	78	14.2
Diabetes gestacional	59	10.8
Amenaza de aborto	43	7.8
Amenaza de parto pretérmino	13	2.3
Diagnóstico de VIH	3	0.55
Otra	44	8.0
Ninguna	306	56.0

Tabla 4. Antecedentes heredofamiliares y personales patológicos de mujeres adscritas a UMF 7, 15 y 31 de la Ciudad de México.

Variable	N: 546	
	No.	%
Antecedente familiar de depresión		
Padre	11	2.0
Madre	67	12.2
Hermano/a	29	5.3
Abuelo/a	6	1.1
Ninguno	433	79.3
Antecedente personal de depresión		
Sí	63	11.5
No	483	88.4
Antecedente depresión en embarazo o posparto		
Sí	9	1.6
No	537	98.3
Tratamiento antidepresivo previo		
Sí	46	8.4
No	500	91.5
Antecedente de enfermedad crónico degenerativa		
Sí	55	10.0
No	491	89.9

Análisis bivariado

Tabla 5. Análisis bivariado del apoyo social, violencia y factores gineco-obstétricos asociados con los síntomas de depresión postparto en mujeres adscritas a las UMF 7, 15 y 31 de la Ciudad de México.

Variable	DPP		RM	IC95%	p*
	SI	NO			
Apoyo social global					
Buen apoyo	135	348	1		
Poco apoyo	29	34	2.1	1.2 - 3.7	0.003
Apoyo emocional					
Buen apoyo emocional	127	337	1		
Poco apoyo emocional	37	45	2.1	1.3 - 3.5	0.001
Apoyo material e instrumental					
Buen apoyo material e instrumental	128	336	1		
Poco apoyo material e instrumental	36	46	2.0	1.2 - 3.3	0.002
Relaciones de ocio y distracción					
Buenas relaciones	133	356	1		
Malas relaciones	31	26	2.8	1.6 - 4.9	0.0001
Apoyo afectivo					
Buen apoyo afectivo	145	361	1		
Poco apoyo afectivo	19	21	2.2	1.1 - 4.3	0.01
Violencia contra la mujer					
Sin violencia	78	285	1		
Con violencia	86	97	3.2	2.2 - 4.7	0.0001

RM Razón de momios

*Chi cuadrada

**p tendencia

Tabla 6. Análisis bivariado de factores gineco-obstétricos asociados con los síntomas de depresión postparto en mujeres adscritas a las UMF 7, 15 y 31 de la Ciudad de México.

Variable	DPP		RM	IC95%	p*
	SI	NO			
Complicaciones en el embarazo					
Sí	80	159	1.3	0.92 - 1.9	0.12
No	84	223	1		
Resolución del parto					
Parto	79	207	1		
Cesárea	85	175	1.2	0.88 - 1.8	0.19
Tipo de Cesárea					
Urgencia	36	78	0.91	0.54 - 1.5	0.73
Programada	49	97	1		
Paridad					
Primipara	88	220	1		
Múltipara	76	162	1.1	0.81 - 1.6	0.39

RM Razón de momios

*Chi cuadrada

**p tendencia

Tabla 7. Análisis bivariado de factores sociodemográficos asociados a los síntomas de depresión postparto en mujeres adscritas a las UMF 7, 15 y 31 de la Ciudad de México.

Variable	DPP		RM	IC95%	p*
	SI	NO			
Estrato Socioeconómico					
I - II	41	144	1		0.0003
III	104	170	1.7	1.2 - 2.3	
IV - V	19	68	0.98	0.60 - 1.5	
Estado Civil					
Con pareja	136	329	1		
Sin pareja	28	53	1.2	0.77 - 2.1	0.33
Edad					
18 - 35 años	34	59	1		
36 - 45 años	130	323	1.4	0.89 - 2.2	0.13
Nivel Educativo					
Primaria	7	28	0.92	0.44 - 1.9	0.008
Secundaria	58	101	1.6	1.1 - 2.4	
Preparatoria completa	15	43	1.2	0.70 - 2.0	
Carrera técnica	50	86	1.7	1.1 - 2.4	
Licenciatura completa y Posgrado	34	124	1		
Sexo del último hijo					
Masculino	77	200	1		
Femenino	87	182	1.2	0.86 - 1.7	0.24
Embarazo planeado					
Sí	92	249	1		
No	72	133	1.4	1.0 - 2.1	0.04

RM Razón de momios

*Chi cuadrada

**p tendencia

Tabla 8. Análisis bivariado de antecedentes heredofamiliares y personales patológicos asociados a los síntomas de depresión postparto en mujeres adscritas a las UMF 7, 15 y 31 de la Ciudad de México.

Variable	DPP		RM	IC95%	p*
	SI	NO			
Antecedente familiar de depresión					
Sí	45	67	1.7	1.1 - 2.7	0.008
No	119	315	1		
Antecedente personal de depresión					
Sí	31	32	2.5	1.4 - 4.3	0.0004
No	133	350	1		
Antecedente depresión en embarazo o posparto					
Sí	1	8	0.28	0.03 - 2.3	0.211
No	163	374	1		
Antecedente de enfermedad crónico-degenerativa					
Sí	24	31	1.9	1.1 - 3.4	0.02
No	140	351	1		

RM Razón de momios

*Chi cuadrada

**p tendencia

Análisis multivariado

Tabla 9. Análisis multivariado de los factores asociados con los síntomas de depresión postparto.

Variable	Modelo 1			Modelo 2		
	RM	IC 95%	Valor de p*	RMa	IC 95%	Valor de p*
Apoyo emocional						
Poco apoyo	2.0	1.1 - 3.5	0.01	2.0	1.2 - 3.3	0.006
Buen apoyo	1	-	-	1		
Apoyo material e instrumental						
Poco apoyo	2.1	1.3 - 3.4	0.002	1.7	1.0 - 2.9	0.028
Buen apoyo	1	-	-	1		
Relaciones de ocio y distracción						
Poco apoyo	1.8	1.1 - 3.0	0.01	3.0	1.7 - 5.4	0.0001
Buen apoyo	1	-	-	1		
Apoyo afectivo						
Poco apoyo	1.9	0.96 - 3.7	0.06	1.7	0.88 - 3.4	0.10
Buen apoyo	1	-	-	1		
Apoyo social global						
Poco apoyo	3.1	1.7 - 5.5	0.0001	1.8	1.0 - 3.3	0.03
Buen apoyo	1	-	-	1		
Violencia contra la mujer						
Sin violencia	1					
Con violencia	3.0	2.0 - 4.4	0.0001	2.9	1.9 - 4.3	0.0001
Resolución del embarazo						
Parto	1					
Cesárea	1.3	0.93 - 2.0	0.0001	1.4	1.0 - 2.2	0.04
Sexo del hijo						
Masculino	1			1		
Femenino	1.4	0.96 - 2.0	0.08	1.3	0.91 - 1.9	0.13

Modelo 1 ajustado por edad, enfermedad crónica y antecedente personal de depresión y antecedente familiar
 Modelo 2 ajustado por edad, antecedente personal de depresión, estrato socioeconómico y escolaridad.
 RMa: Razón de momios ajustada