



ESCUELA DE ENFERMERÍA DE ZAMORA A.C.
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO. CLAVE: 8723



TESIS.

**DEPRESIÓN POSTPARTO DURANTE EL PUERPERIO TARDÍO
Y SU EFECTO SOBRE LA DINÁMICA FAMILIAR EN LA UMF
NO. 82 DE ZAMORA 2019.**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.

PRESENTA:

Arias Martínez Sandra Guadalupe clave No.413520937

García Barajas Karina clave No.416506657

Pérez Magdaleno Leticia Lizeth clave No.416506918

ASESOR:

LEO. ROGELIO ESPINOZA VALENCIA

ZAMORA DE HIDALGO MICHOACAN, SEPTIEMBRE 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	1
JUSTIFICACIÓN.....	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
OBJETIVO GENERAL.....	7
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	7
6.- MARCO TEÓRICO.....	8
7.-HIPÓTESIS.....	27
MATERIAL Y MÉTODOS	27
8.- DISEÑO:	27
VARIABLES: OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	30
ORGANIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.	33
- PROGRAMA DE TRABAJO:	33
CONCLUSIÓN	41
BIBLIOGRAFÍAS	43
Anexo 1 CUESTIONARIO DE RECOLECCION DE DATOS.	49
ANEXO II. INSTRUMENTO DE INVESTIGACION.....	52
ANEXO III. NOTICIAS PUBLICADAS ACERCA DE DEPRESION POSPARTO.	54
ANEXO 4	56

DEDICATORIAS.

La presente tesis se la dedico a mi familia y amigas que gracias a sus consejos apoyo y palabras de aliento crecí como persona. A mis padres, hermanas y esposo por su apoyo incondicional, su confianza y paciencia... Gracias por ayudarme a cumplir mis objetivos como persona y estudiante.

A mi Mamá por siempre estar apoyándome incondicionalmente por aconsejarme y siempre hacer de mí una mejor persona porque siempre creyó en mí y jamás dudo de mí, a mi Papá por brindarme los recursos necesarios y de igual manera su apoyo incondicional y por siempre creer en mí. A mis hermanas por estar presentes en cada momento que las necesite. A mi esposo por apoyarme siempre, brindarme sus conocimientos y estar en los momentos que más lo necesitaba. A todas las personas que influyeron en mí, para llegar a ser quien soy.

A Dios por la fortaleza que me ha dado para continuar todas esas veces que estuve a punto de rendirme, por estar conmigo en los momentos más difíciles que a lo largo de este proceso se me han presentado y saber cómo salir adelante, pero sobre todo y más que nada por darme la familia que tengo la cual al igual que él no me ha abandonado y que ha brindado su apoyo incondicional. Gracias

A mis padres, hermanos y esposo por el apoyo brindado para conseguirlo y estar donde ahora estoy, este logro es de ustedes.

Gracias por su apoyo y enseñanza:

De manera especial agradezco a mi asesor metodológico.

A LEO. ROGELIO ESPINOZA VALENCIA.

A la Escuela De Enfermería De Zamora A.C.

A LE. MARIA ELENA RODRIGUE. Directora de nuestra institución.

Profesores y compañeros quienes me acompañaron en esta trayectoria de aprendizaje y conocimiento.

ARIAS MARTINEZ SANDRA GUADALUPE

A mis padres Daniel Pérez Ramos y María Guadalupe Magdaleno romero, sé que toda una vida no será suficiente para agradecer.

Para mis abuelitos Alfredo Ramírez, Eva romero y Antonio los extraño gracias por enseñarme lo que es la felicidad y recordarme que siempre debo ser yo.

Gracias por apoyarme en esta experiencia confiando en mí aun cuando yo dudaba de mi misma y no haber permitido que abandonara mi sueño.

Me van a faltar páginas para agradecer a las personas que se han involucrado en la realización de este trabajo, sin embargo merecen reconocimiento especial mi Madre y mi Padre que con su esfuerzo y dedicación me ayudaron a culminar mi carrera universitaria y me dieron el apoyo suficiente para no decaer cuando todo parecía complicado e imposible.

Asimismo, agradezco infinitamente a mis Hermanos que con sus palabras me hacían sentir orgulloso de lo que soy y de lo que les puedo enseñar. Ojala algún día yo me convierta en se fuerza para que puedan seguir avanzando en su camino.

Todo lo que fui, soy y seré es por ustedes mil gracias los amo.

A los Profesores que me han visto crecer como persona, y gracias a sus conocimientos hoy puedo sentirme dichosa y contenta.

Gracias a la escuela de enfermería que fue el pilar en mi trayectoria.

PEREZ MAGDALENO LETICIA LIZETH

A mis padres Hermila Barajas B. y Agustín García R. Por el apoyo incondicional que me brindaron durante toda la carrera siempre confiando en mí y jamás dudando de mi potencial, a mis hermanos por estar conmigo siempre.

Gracias a todos aquellos que brindaron de su conocimiento para ayudarme a crecer.

Así como también a la Escuela de Enfermería de Zamora A.C. a sus docentes por su formación, apoyo y sus directivos especialmente a la Directora LE. María Elena Rodríguez por su apoyo, formación de disciplina para enfrentarnos a esta magnífica pero exigente profesión. García. Karina, G.B.

INTRODUCCIÓN

La depresión postparto es un problema de salud pública con prevalencia que oscila entre un 10 y 15% en la literatura, variando la tasa en los países europeos, oscilando entre un 8 y 10% en USA, en Latinoamérica de 35% a 50%.

Muchas mujeres se sienten especialmente culpables por tener sentimientos depresivos cuando creen que deberían estar contentas, son reticentes a manifestar sus síntomas o sus sentimientos negativos sobre el niño, el resultado de la enfermedad por sí misma o de la separación del hijo puede dar lugar a una deficiente relación madre-hijo. El infanticidio se asocia con mayor frecuencia con los episodios psicóticos posparto, que están caracterizados por alucinaciones que ordenan matar al niño o ideas delirantes de que el niño está poseído, también ocurre en los episodios afectivos pospartos graves sin estas ideas delirantes o alucinaciones específicas. Los episodios afectivos posparto (depresivos mayores, maníacos o mixtos) con síntomas psicóticos se producen aproximadamente en 1 de cada 500 a 1.000 partos y parecen ser más frecuentes en mujeres primíparas. El riesgo de episodios posparto con síntomas psicóticos es especialmente elevado en las mujeres con episodios afectivos posparto anterior, pero también es mayor en las que tienen historia previa de un trastorno del estado de ánimo (especialmente un trastorno bipolar I). Una vez que una mujer ha presentado un episodio posparto con síntomas psicóticos, el riesgo de recidiva en cada parto posterior es

del 30-50 %. En resultados de Evans (2003) reporta que mujeres que padecieron alguna patología durante el embarazo, presentaron un 66,6% de depresión puerperal en comparación con 26,37% del grupo. Sin éste antecedente, diferencia que resulta significativa, también la diferencia observada en mujeres con hijos que estuvieron hospitalizados durante el período de recién nacido o lactante, de ellas 60% se deprimió posteriormente, en comparación con las mujeres que no hospitalizaron a sus hijos, donde encontramos 27,47% de depresión.

JUSTIFICACIÓN

En UMF NO. 82 se ha observado que existe cierta incidencia de mujeres derechohabientes puérperas que han sufrido de un trastorno emocional conocido como depresión posparto.

Según la Organización Mundial de la Salud De acuerdo a un meta-análisis, la prevalencia de DPP menciona que a los dos meses posnatales se estima el 20% de casos de acuerdo al país, refiriendo una magnitud diferente y de tipo regional. Gaynes (2005) en un estudio sistemático, estimó una prevalencia de depresión menor de 6.5–12.9% y de depresión mayor durante el primer año posparto, de 1.0–5.9% pero a pesar de la prevalencia, en nuestro país son pocos los estudios que se han hecho con relación a la Depresión Posparto. La importancia de ésta, radica en los riesgos que conlleva tanto para la madre como para su hijo. Dado que la Depresión Posparto es una patología frecuente y es diagnosticada en la atención médica de primer contacto, es importante que el Médico Familiar se involucre al igual y todo el personal médico que está implicado en la atención prenatal aprenda a identificar los síntomas desde su inicio o bien, en el momento que la madre tenga contacto con él bebé por las implicaciones que se presentan para ambos.

Por otra parte, la OMS nos menciona que la depresión posparto es uno de los trastornos en el mundo que ocasiona mayor discapacidad en el mundo el cual se estima que para el año 2020 sea una de las principales discapacidades de las mujeres.

Cabe mencionar que la depresión posparto se relaciona con síntomas psicológicos y alteración de patrones biológicos, entre los que están: un estado emocional triste, altos niveles de cansancio, trastornos del sueño y afectación del eje hipotalámico-hipofisiario-adrenal, responsable de la secreción de la hormona cortisol, necesaria para hacer frente a situaciones de estrés. Aunque los síntomas suelen aparecer tras el nacimiento del bebé, las mujeres que posteriormente desarrollan depresión posparto presentan síntomas psicológicos durante el embarazo (somatización, depresión, ansiedad y estrés específico del embarazo) y mayores niveles de cortisol desde el primer trimestre (Caparros, 2018).

Las implicaciones sociales de la Depresión Posparto es la desintegración de vínculos familiares y a pacientes que cursan o sufren deterioro en distintos ámbitos de su vida dando como resultado alteración en la relación madre-hijo debido a que la madre se encuentra deprimida, presentando rechazo no sólo con el producto sino también a la pareja, hostilidad, críticas frecuentes e indiferencia afectiva para con el producto.

Sin tratamiento, la depresión posparto puede durar meses o años, además de afectar la salud de la madre, puede interferir con su capacidad de relacionarse con él bebé y puede hacer que éste tenga problemas para dormir y alimentarse además problemas conductuales a medida que crece.

Uno de los logros del equipo de salud es mejorar la calidad de atención que se le brinda a las pacientes puérperas y el recién

nacido, difundiéndoles de manera efectiva información que pueda conllevar a un mejor tratamiento.

Dicho estudio de investigación tiene la finalidad de abordar la problemática sobre la prevalencia de los diferentes grados de depresión posparto y su impacto en la dinámica familiar, todo esto con la finalidad de detectar a tiempo los casos oportunos de esta problemática que se presentan UMF NO. 82; ya que la depresión posparto se puede presentar independientemente de la edad y número de gestas de la paciente y por lo tanto manifestar ciertos tipos de repercusiones como son: a nivel de pareja, con la familia, con la sociedad con las instituciones de salud, con la deficiente calidad de vida y peligros potenciales de la paciente (Carro, 2000).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La depresión postparto presenta una prevalencia del 20% de acuerdo con la OMS, en el país la encuesta Nacional de Salud y Nutrición del 2012 refiere una magnitud diferente y de tipo regional, así el CDMX, Guerrero e Hidalgo muestran una prevalencia menor del 15% y Michoacán forma parte de los estados que reportan mayor del 20%. Por otra parte, la OMS nos menciona que la depresión posparto es uno de los trastornos en el mundo que ocasiona mayor discapacidad en el mundo el cual se estima que para el año 2020 sea una de la principal discapacidad de las mujeres. Cabe mencionar que la depresión posparto se relaciona con síntomas psicológicos y alteración de patrones biológicos entre los que están un estado emocional triste, altos niveles de cansancio, trastornos del sueño y afectación del eje hipotalámico-hipofisiario-adrenal, responsable de la secreción de la hormona cortisol, necesaria para hacer frente a situaciones de estrés. Por lo que dichos síntomas suelen confundirse con síntomas del embarazo lo cual dificulta un diagnóstico oportuno por lo tanto para su diagnóstico se tomar en cuenta La Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgh (EPDS).

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

¿Cuál es la prevalencia y grado de depresión posparto que existe durante la etapa tardía del puerperio en las pacientes que acuden a control en UMF NO. 82?

PREGUNTAS ESPECÍFICAS

- ¿Cuál es el número de mujeres que presentan depresión posparto durante la etapa tardía del puerperio?
- ¿Cuál es el grado de depresión posparto que se manifiesta en las mujeres durante la etapa tardía del puerperio?

OBJETIVO GENERAL

Identificar la prevalencia y el grado de depresión posparto que existe durante la etapa tardía del puerperio en las pacientes que acuden a control en el UMF #82.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Estimar la prevalencia de casos de depresión posparto que se presentan durante la etapa tardía del puerperio en mujeres que acuden UMF #82.
- Determinar el grado de depresión posparto en la etapa del puerperio tardío en mujeres que acuden UMF #82.

6.- MARCO TEÓRICO

6.1 Antecedentes de la depresión Posparto.

Depresión Posparto: Se define a la Depresión Posparto (DPP) como un estado de ánimo donde se presentan sentimientos de tristeza, llanto fácil, falta de esperanza, anorexia, inquietud, disturbios en el sueño y labilidad emocional. Estado que empieza dentro de las 4 a 6 semanas después del parto con una incidencia de 3 a 27% que puede durar de un mes hasta más de un año (Carrillo, 2012).

La Organización Mundial de la Salud nos dice la depresión es un proceso biológico que supone una alteración estructural o funcional, un proceso psicológico que conlleva sufrimiento, dolor y un proceso social que supone una discapacidad.

En todos los siglos aparecen tanto filósofos como médicos, y a partir del siglo XIX, psicólogos y psiquiatras que han tratado de entender por qué el hombre se deprime. Como las emociones positivas, las emociones de tristeza y pena constituyen una característica intrínseca de la condición humana, el trastorno depresivo parece ser una de las primeras enfermedades mentales que fueron descritas en la historia de la humanidad (Vega, 2011).

Los problemas emocionales postparto se puede hacer referencia desde los escritos de Hipócrates, quien consideró que algunas apreciaciones sobre las características clínicas de la manía

postparto, asociadas a la lactancia, se trataban de delirium asociado a “sepsis puerperal”, entidad relativamente común en la antigua Grecia (Reyes, 2013).

Los sentimientos de abatimiento en sus formas no patológicas tienen funciones adaptativas como, por ejemplo, recabar la atención y el cuidado de los demás, constituir un modo de comunicación de situaciones de pérdida o separación, o ser un modo de “conservar energía” para hacer frente a ulteriores procesos de adaptación. Sin embargo, bien por su intensidad, duración y frecuencia o por su aparente “autonomía”, estos sentimientos pueden interferir con la capacidad adaptativa de la persona que los sufre y pueden llegar a ser patológicos. Los intentos más remotos de comprender científicamente la depresión se deben a Hipócrates, quien emplea el término de “melancolía” para dar cuenta de estos estados. La palabra depresión se comenzará a utilizar con frecuencia durante el siglo XIX (Vega, 2011).

Según Reyes (2013) la depresión posparto es uno de los trastornos mentales más frecuentes en la patología psiquiátrica a nivel mundial, además de ser también una de las más importantes causas de incapacidad y de alta probabilidad de generar el suicidio. La depresión posparto tiene una frecuencia a nivel mundial del 8 al 25%; en México, el Instituto Nacional de Perinatología (INP), reportó en 2001, una prevalencia de del 21.7% de depresión posparto.

La depresión postparto se ha asociado también a varios efectos a corto y largo plazo sobre la interacción entre la madre y el niño. Existiría mayor interrupción de la lactancia materna exclusiva, menor desarrollo de las habilidades maternas y posibilidades de interacciones positivas entre la diada madre-hijo, así como más problemas cognitivos-conductuales en el niño (Wolff, 2009).

Situándonos en un contexto futuro la OMS, en sus proyecciones hacia 2020 incluye la depresión como una de las condiciones que se estiman pueden acarrear problemas de salud pública.

Carrillo (2013) menciona que el puerperio inicia después de la expulsión feto-placentaria y abarca de 6 a 12 semanas. Es un periodo de ajuste en el cual el organismo regresa a su estado no gestacional, predominan procesos involutivos y reparativos de los sistemas que se modificaron durante la gestación; así como cambios endocrinos que permiten el inicio de la lactancia, el reinicio del ciclo ovárico y la menstruación. La maternidad es una función que lleva tiempo establecerse, por lo tanto, es muy importante dar a la madre todo el apoyo emocional, la orientación y los cuidados físicos que se requieran. Así mismo se desarrollan conductas psicológicas que conllevan a una adaptación física y a la creación de lazos afectivos con el recién nacido, y se clasifica el puerperio de la siguiente manera:

- Puerperio inmediato: Primeras 24 horas después del parto.

- Puerperio mediato: Se extiende hasta la primera semana postparto.

- Puerperio tardío: Incluye el periodo de tiempo requerido para la involución de los órganos genitales y el reinicio de la menstruación, usualmente 6 semanas en las mujeres no lactantes, y el regreso de la función cardiovascular normal y psicológica, las cuales pueden requerir incluso hasta 2 meses.

Jara (2013) nos dice que el puerperio es uno de los períodos de mayor riesgo en la presentación de trastornos del estado de ánimo, cerca de 85% de las mujeres presentan algún tipo de alteración del estado de ánimo durante el posparto; algunas mujeres experimentan síntomas transitorios y leves, sin embargo, entre 8 y 25% de las mujeres manifiestan algún tipo de trastorno incapacitante y persistente. En este último grupo, permanecen sin diagnosticar el 50% de los casos.

Carrillo (2013) expresa que la presencia de síntomas mentales graves durante el embarazo o en el posparto son de gran importancia, no sólo por su asociación con los indicadores de morbimortalidad, sino también, por las consecuencias y sus posibles complicaciones. De ahí que en los últimos años se viene intentando optimizar el diagnóstico y poner a disposición tratamientos tempranos y eficientes para prevenir y tratar estos trastornos. La cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV) menciona que los Trastornos Afectivos Posparto; son aquellos trastornos que se inician durante

las primeras cuatro semanas posteriores al parto. Dentro de estas se encuentran:

6.1.1 “Baby blues” o Síndrome del tercer día

Es un estado de depresión leve y labilidad emocional que se presenta en la primera semana después del parto y usualmente se resuelve en horas o días sin ningún tratamiento. Generalmente aparece entre el tercer y séptimo día posparto con duración de hasta dos semanas, es un trastorno muy común en el posparto; Rossler (s. f.) menciona que la prevalencia varía entre el 20 y 40%; sin embargo, autores latinoamericanos como Orejanera menciona que la prevalencia puede llegar hasta un 80%.

6.1.2 Depresión Posparto sin Psicosis (DPSP).

Este trastorno está presente en el 10% a 20% de las mujeres en diferentes países durante los siguientes 6 meses posteriores al parto. El cual se presenta antes de la sexta semana posparto y su duración es de entre tres y seis meses, aunque hay artículos que mencionan que se prolonga este periodo hasta los catorce meses. Por definición la sintomatología depresiva debe estar presente por más de dos semanas después del parto para distinguirla del “Baby blues”. En cuanto a su prevalencia se estima de 19.3% en la segunda semana después del parto y de 22.5% a las cuatro semanas del mismo.

6.1.3 Depresión Posparto con Psicosis (DPCP).

Se presenta entre el 0.1 y 0.2% de los pospartos, en sus formas graves implica un peligro serio tanto para la vida de la madre como del niño. Klompenhower define la depresión posparto con psicosis como un cuadro de psicosis confusional que se desarrolla en mujeres sanas caracterizada por períodos fluctuantes de alucinaciones, delirios y estados de confusión que suelen comenzar en las 6 o 12 semanas posteriores al parto.

Según Alvarado (2000) a nivel internacional se realizó un estudio para determinar la incidencia de depresión postparto en madres adolescentes que fueron asistidas en el área de obstetricia del hospital Luis MI Morillo King de la ciudad de La Vega, R.D., del 1 de Julio de 1996 al 1 de Enero de 1997, encontrándose que 284 eran adolescentes y que de éstas el 82.7% presentaron algún grado de depresión postparto, y que la misma está relacionada estrechamente a la edad, estado civil, nivel de escolaridad, procedencia, deseo o no del embarazo, apoyo familiar durante el mismo, así como el apoyo de la pareja y la condición del recién nacido al momento del nacimiento; en Latino América en los últimos 5 años se han realizado los siguientes estudios: En el año 2006 se llevó a cabo un estudio en Santiago de Chile, aplicando la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EPDS). La muestra estuvo constituida por 159 mujeres que acudieron a los consultorios entre la semana 4 y la 44 del período posparto. En las últimas dos

semanas, 90.6% de las mujeres estaban deprimida la mayor parte del día casi todos los días.

A nivel nacional, se han realizado pocos análisis sobre la depresión posparto, como por ejemplo en Durango en el año de 2009 se realizó un estudio en hospitales públicos para determinar la prevalencia de depresión posnatal y las características epidemiológicas asociadas en una población de mujeres, estudiándose 178 mujeres con una a 13 semanas posparto. Se les aplicó la Escala de Depresión Posnatal de Edinburgh, y la depresión se evaluó utilizando los criterios del (DSM IV). Además, se obtuvieron datos sociodemográficos, clínicos y psicosociales de las participantes, dando como resultado 58 pacientes se encontraban deprimidas (32.6 %), observándose frecuencias significativamente mayores de depresión en mujeres con escasa escolaridad, con más de tres años de vida con su pareja, no aseguradas y residentes del medio rural. El análisis multivariado mostró que la depresión posnatal se asoció significativamente con depresión previa, antecedente de depresión posnatal, depresión, ansiedad y estrés durante el embarazo, estrés después del embarazo, trauma, mala relación o abandono de la pareja, embarazo no deseado, problemas familiares, y vivir sin la pareja (Gómez, 2009).

6.2 Factores de riesgo que predispone a la Depresión

Posparto.

Jadresic (2017) nos dice que la mayoría de los casos de depresión postnatal no se presenta inmediatamente posparto sino durante el transcurso del primer mes del puerperio o poco después y por lo general, los síntomas alcanzan su intensidad máxima entre las 8 y las 12 semanas después del parto.

Diversos estudios muestran que el principal factor de riesgo de DPP es la depresión durante el embarazo. Además, en concordancia con estudios extranjeros, estudios nacionales han encontrado, los siguientes factores de riesgo: historia previa de depresión, eventos vitales adversos, apoyo social deficiente, discordia marital y embarazo no deseado, ingresos económicos, estado civil y número de hijos.

Los factores de riesgo más fuertemente asociados a la aparición de depresión posparto son la presencia de depresión y ansiedad durante el embarazo, los antecedentes personales y heredofamiliares psiquiátricos de la paciente, eventos estresantes (defunciones, divorcios, pérdida de trabajo) y en ciertos casos el embarazo y el parto en si se catalogan como eventos estresores (Delgado, 2016).

En términos de factores etiológicos hormonales, no se cuenta con evidencia que apunte a alguna hormona en particular pareciera que

un subgrupo de pacientes con depresión postparto se da en el contexto de un trastorno tiroideo. Al respecto cabe mencionar que muchas veces la tiroiditis posparto no es diagnosticada la cual se trata de una afección autoinmune y auto limitada que afecta alrededor del 3-4% de las puérperas. Se presenta con una fase inicial de tirotoxicosis transitoria, seguida de una hipofunción también transitoria y se ha visto que dicha disfunción tiroidea posparto se puede asociar a depresión, pero no siempre es la causa del problema anímico.

El rápido descenso en los niveles de las hormonas gonadales luego del parto ha llevado a muchos autores a sugerir una posible relación de esta disminución con los cambios en el estado de ánimo de las mujeres durante el puerperio. En el embarazo los niveles de estrógenos son más bajos en mujeres con trastornos del sueño y más elevados en mujeres con mayor grado de irritabilidad con respecto a los niveles en gestantes normales. Por otra parte, se ha encontrado una mayor caída de progesterona luego del parto en mujeres que presentan depresión postparto en comparación con puérperas normales (Orozco, 2013).

Por este motivo para minimizar el riesgo de falsos positivos, se recomienda explorar sistemáticamente los síntomas psíquicos de depresión mayor, especialmente la anhedonia, los sentimientos de culpa, la desesperanza y la ideación suicida.

Se dispone de diversas escalas para la detección de depresión durante el embarazo; sin embargo, el instrumento de tamizaje para depresión prenatal más usado en la actualidad en todo el mundo es la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS), la cual ha sido validada para ser empleada en el postparto en muchos países, pero también cuenta con validaciones en el embarazo. Que consiste en una escala auto administrada de 10 ítems, en que se le pide a la mujer que responda cómo se ha sentido en los siete días previos, para cada pregunta se obtiene un puntaje de 0–3 (de modo que el rango del puntaje final es de 0–30) y no toma más de tres minutos en ser contestada (Jadresic, 2010).

Sin embargo, como alternativa al uso de la EPDS en el embarazo, en Reino Unido, la guía del *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE) recomienda a los profesionales de la salud hacer de rutina, las así llamadas, *preguntas de Whooley* en todos los controles pre y postnatales: 1) *¿Se ha sentido a menudo desanimada, deprimida o sin esperanza durante el último mes?* y 2) *¿En el último mes, ha sentido a menudo que tiene poco interés por las cosas o que no las disfruta?* Si la mujer responde " Sí" a cualquiera de estas dos preguntas, se recomienda evaluar la posibilidad de hacer una tercera pregunta *en relación con esto: ¿Siente que necesita o quiere ayuda?*

La deficiencia de las Preguntas de *Whooley* radica en que, desde el punto de vista psicométrico, no se ha establecido su sensibilidad ni especificidad. Además, a diferencia de la Escala de Depresión

Postnatal de Edimburgo, no indaga sobre pensamientos infrecuentes que, potencialmente involucran riesgo vital, tales como ideas de provocarse daño a sí misma o pensamientos de dañar al bebé (Jadresic, 2015).

6.3 Repercusiones de la depresión postparto

6.3.1 Vulnerabilidad a la Depresión y Estrés: Leon (2014) explica que otro aspecto de enorme importancia es que no sólo la depresión puede estar precedida por situaciones estresantes, sino que la propia depresión es un cuadro que puede generar más estrés, más aún; los factores relacionados con la vulnerabilidad a la depresión parecen tener la capacidad de aumentar los sucesos estresantes incluso en períodos de remisión y tienen un claro impacto en la valoración subjetiva de los mismos.

Es probable que los familiares y los amigos sean los primeros en reconocer los síntomas de la depresión posparto en una mujer que acaba de dar a luz, pueden alentarla a que hable con su proveedor de atención médica, ofrecerle apoyo emocional y ayudarla con las tareas diarias como cuidar del bebé y del hogar.

6.3.2 Suicidio León (2014) Indudablemente esta es la consecuencia más terrible de la depresión y el suicidio cuando ocurre, deja marcas profundas difícilmente superables en los familiares y amigos; estos atravesarán un largo período de la

existencia preguntándose: ¿qué sucedió para que él / ella hiciese eso? Y ahora, ¿qué será del ser querido?

El suicidio puede ser directo/indirecto, consciente o inconsciente. El suicidio directo o consciente, como la propia expresión lo indica; es aquel en que la persona deliberadamente, decide eliminar la propia vida y lo hace a través de una irreversible autoagresión, sin tiempo y medios para retroceder en el gesto. El depresivo siempre guarda el propósito deliberado de poner fin a la propia vida, en realidad presionado por los factores que lo afligen el enfermo desea poner fin al dolor que lo viene afectando, si le fuese posible según su óptica, eliminarla problemática aflictiva, seguramente empeñaría esfuerzos para superarla, preservando la vida. El suicida, por lo tanto, no cree o no vislumbra una salida para su problema y de este modo, dominado por la desesperación a la que considera invencible elimina la vida orgánica imaginando con esto liberarse del dolor.

Suicidio indirecto/inconsciente: como fácilmente se comprende, es aquel en que la muerte no es buscada deliberadamente en un gesto precipitado e irreversible. La persona dominada por una tristeza largamente abrigada (para referirnos solamente a la depresión), poco a poco se va abatiendo entregándose al desaliento, consumiendo las fuerzas psíquicas y físicas, hasta que el cuerpo pierde todas las resistencias y no permite más seguir con la vida. En esa muerte emocional la persona se niega a vivir. La tristeza demoradamente amparada, la amargura conservada, la rebeldía sistemática, la irritación constante, la desesperación no

refrenada, entre otros estados emocionales mórbidos pueden ser considerados suicidios indirectos/inconscientes.

Por lo tanto, la depresión puede ser comparada a un suicidio psicológico que se da por la ausencia del valor moral para enfrentar las vicisitudes de la vida.

El depresivo no opta por sí mismo sí, por la derrota y ve en el fracaso algo natural o inevitable.

6.3.3 Nivel físico León (2014) indica que, en la depresión moderada, el arreglo personal empieza a afectar y la posibilidad de que haya incapacidad temporal en el trabajo; además, hay una invasión de las esferas mentales que impactan en los niveles de atención: memoria, pensamiento lógico y suelen ir acompañados de una sensación cada vez más intensa de inseguridad, así como también aumenta su necesidad en aislarse. Otra característica es que con frecuencia se presentan trastornos alimentarios como aumento o disminución de alimentos, se incrementan los periodos de sueño y la sensación de fatiga, la tristeza, el negativismo, el desánimo y la desesperanza.

El paciente es incapaz de gozar y disfrutar lo que antes era gratificante; cuando el especialista diagnostica este nivel de depresión, puede recomendar, además, de la psicoterapia la conveniencia de recurrir a algún medicamento el cual deberá estar vigilado estrictamente por él.

Una persona que vive con esta condición tiene como principal signo la necesidad de desaparecer y desarrolla incluso ideas suicidas y la posibilidad de que llegue a ejecutarlas aumenta considerablemente, al no recibir ayuda.

El tratamiento que se recomienda en la depresión severa no sólo incluye psicoterapia y el uso de medicamentos en ocasiones, también es indispensable el internamiento ya que la tarea es, proteger al máximo la integridad del paciente. El papel de familiares, amigos, pareja y demás personas enlazadas afectivamente resulta importante para su superación.

6.3.4 Nivel biológico Se menciona que el síntoma predominante en una persona deprimida es un cansancio intenso, muchas veces diagnosticado como fatiga crónica, pues trata de una persona que ha estado experimentando estrés continuado durante tanto tiempo, que se ha agotado física y emocionalmente. Su cuerpo responde con fatiga intensa y a nivel emocional, se siente también abatida y desmotivada.

No es raro que las personas con este tipo de depresión por agotamiento tengan también otros síntomas físicos; como síntomas digestivos, caída del cabello, sofocaciones, o trastornos de la micción.

6.3.5 Nivel Social. La depresión puede dar origen a síntomas diversos como: ansiedad, dependencia, pasividad, aislamiento, agresividad, sentimiento de inferioridad, rechazo y culpabilidad.

Esta problemática asociada requiere en muchos casos una ayuda especializada de: médicos, psicólogos, psiquiatras, etc.

Las consecuencias en el desarrollo del recién nacido incluyen en falta de apego, retrasos en su progreso físico, afectivo, de lenguaje y cognitivo, llanto inconsolable y problemas de comportamiento durante la infancia. Por eso es importante que busque ayuda cuanto antes, En casos extremos, la depresión postparto puede convertirse en una psicosis postparto, que afecta de una a cuatro de cada mil mujeres después de dar a luz, esta complicación incluye todos los síntomas de la depresión y además:

- Alucinaciones (ver cosas y personas que no existen).
- Confusión.
- Cambios súbitos y extremos en tu estado de ánimo.
- Intentos de lastimarte o lastimar a tu bebé.
- Comportamiento errático o bipolar.

Efectos de la depresión materna en el bebé

Santiago (2012) nos indica que existe un vínculo entre madre e hijo, y los síntomas de depresión en las madres pueden afectar al establecimiento de los lazos afectivos entre ambos, afectando al desarrollo cognitivo, emocional y físico del bebé. Al padecer depresión la madre puede llegar a:

- No estar emocionalmente disponible para cubrir todas las necesidades del bebé.

- Tener dificultades a la hora de interpretar adecuadamente los mensajes del bebé y, por tanto, dar respuestas erróneas a sus necesidades.

- No saber atender los cuidados del recién nacido

6.4 Test de valoración:

Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgh [EPDS, por sus siglas en inglés].

La Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgh, se creó para asistir a los profesionales de la atención primaria de salud en la detección de las madres que padecen de depresión de post-parto; una afección alarmante más prolongada que la “Melancolía de la Maternidad” [“Blues” en inglés] (lo cual ocurre durante la primera semana después del parto) pero que es menos grave que la psicosis del puerperio.

La EPDS (se creó en centros de salud en Livingston y Edinburgh) consiste de diez cortas declaraciones, la madre escoge cuál de las cuatro posibles respuestas es la que más se asemeja a la manera en la que se sintió durante la semana anterior. Esta puede ser contestada sin dificultad en un periodo de 5 min; el estudio de validación demostró que las madres que obtienen resultados por encima del umbral del 92.3% es más probable que padezcan de alguna enfermedad depresiva de diferentes niveles de gravedad.

Instrucciones de uso:

1. Se le pide a la madre que escoja la respuesta que más se asemeje a la manera en que se sintió en los 7 días anteriores.
2. Tienen que responder las diez preguntas.
3. Se debe tener cuidado y evitar la posibilidad de que la madre hable sobre sus respuestas con otras personas.
4. La madre debe responder la escala ella misma, a no ser que sus conocimientos del inglés sean limitados o que tenga problemas para leer.
5. La EPDS se puede usar entre las 6 y 8 semanas para evaluar a las mujeres en la etapa de post-parto. La clínica de pediatría, la cita de control de post-parto o una visita al hogar pueden ser oportunidades convenientes para realizarla.

Pautas para la evaluación:

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

Se suman todos los puntos para dar la puntuación total; una puntuación de 10+ muestra la probabilidad de una depresión, pero no su gravedad, cualquier número que se escoja que no sea el "0"

para la pregunta número 10, significa que es necesario hacer evaluaciones adicionales inmediatamente. La puntuación de la EPDS está diseñada para asistir al juicio clínico, no para reemplazarlo. Se les harán evaluaciones adicionales a las mujeres antes de decidir el tipo de tratamiento.

APGAR PARA EVALUAR LA DINAMICA FAMILIAR

APGAR familiar es un instrumento que muestra, cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global, incluyendo a los niños ya que es aplicable a la población infantil; es útil para evidenciar la forma en que una persona percibe el funcionamiento de su familia en un momento determinado. El registro de esta percepción es particularmente importante en contextos como la práctica ambulatoria, en el cual no es común que los pacientes o usuarios manifiesten directamente sus problemas familiares y por el contrario es difícil encontrar profesionales de salud especializados en abordar tales temas cuando este los detecta en la conversación durante la consulta. Este instrumento también sirve para favorecer una relación médico paciente en toda su extensión.

El APGAR familiar evalúa cinco funciones básicas de la familia considerada las más importantes por el autor: Adaptación, Participación, Gradiente de recurso personal, Afecto y Recursos cuyas características son las siguientes:

Funciona como un acróstico, en la que cada letra de APGAR, se relaciona con una inicial de la palabra que denota la función familiar estudiada.

La validación inicial del APGAR familiar mostró un índice de correlación de 0.80 entre este test y el instrumento previamente utilizado (Pless-Satterwhite Family Function Index).

Posteriormente, el APGAR familiar se evaluó en múltiples investigaciones, mostrando índices de correlación que oscilaban entre 0.71 y 0.83, para diversas realidades.

La última modificación del PAGAR FAMILIAR fue realizada por la Dra. Liliana Arias, en la que se incluye a los amigos; estas respuestas son útiles para ver si existe este recurso al cual podemos acudir en caso de que el paciente viva lejos de su familia o haya gran disfuncionalidad.

7.-HIPÓTESIS.

Depresión postparto afecta de manera considerable la dinámica familiar.

NULA.

La dinámica familiar no es afectada por la depresión postparto.

MATERIAL Y MÉTODOS

8.- DISEÑO: OBSERVACIONALES

TIEMPO PROSPECTIVO

MEDICIONES TRANVERSAL

8.1 UNIVERSO O POBLACIÓN:

8.2 MUESTRA

Mujeres que acuden a consulta en UMF NO. 82 durante el puerperio tardío

8.3 – DEFINICIÓN DE LAS UNIDADES DE OBSERVACIÓN: GRUPO DE ESTUDIO

8.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

GEOGRAFICOS: Las mujeres puérperas que asisten a UMF NO. 82 CLINICOS: Debido a una mala valoración en los signos presentados

8.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Que las pacientes no acudan a consulta durante su puerperio tardío.

8.6 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

Que se trate de un “Baby blues” o Síndrome del tercer día que es un estado de depresión leve y labilidad emocional que se presenta en la primera semana después del parto y usualmente se resuelve en horas o días sin ningún tratamiento, generalmente aparece entre el tercer y séptimo día posparto con duración de hasta dos semanas.

9.- DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES:

Depresión postparto

Evans (2003) expresa que la depresión posparto es un trastorno del estado de ánimo que puede afectar a las mujeres después de dar a luz. Las madres que padecen depresión posparto tienen sentimientos de extrema tristeza, ansiedad y cansancio que les dificultan realizar las actividades diarias del cuidado de sí mismas y de otras personas.

Dinámica familiar

Torres (2008) Se define bajo el concepto de estructuras y composición familiar; tipo de familia, relaciones familiares, funciones de la familia, comunicación, regla, normas y valores.

VARIABLES: OPERACIONALIZACION DE
VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	OPERALIZACIÓN	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICE
DEPRESIÓN POSTPARTO	Trastorno del estado de ánimo que puede ocurrir dentro de los primeros días hasta un año después del nacimiento del niño, pero usualmente ocurre dentro de los tres primeros meses. Evans(2003)	Mujeres que obtengan puntuación de 10 o más puntos en la escala de Depresión Posnatal de Edimburgo.	Cuantitativa	Ordinal	0-9= Sin Depresión Posparto. 10 o más= Con Depresión Posparto.
DINÁMICA FAMILIAR	Se define bajo el concepto de estructuras y composición familiar, tipo	Apgar familiar	Cualitativa ordinal	Ordinal.	18-20 puntos buena función familiar, 14-

	<p>de familia, relaciones familiares, funciones de la familia, comunicación, regla, normas y valores. Torres(2008)</p>				<p>17disfuncion leve,10-13 disfunción familiar moderada , 9 puntos disfunción familiar severa.</p>
--	--	--	--	--	--

10.-PRUEBA PILOTO:

No aplica

11.-DEFINICIÓN DEL PLAN DE PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN:

La estadística se realizará con análisis univariado, el análisis descriptivo de las variables cualitativas se realizará con frecuencias absolutas y porcentajes, en las variables cuantitativas con medidas de tendencia central, el promedio, mediana, de dispersión con el rango y la desviación estándar.

11.1-ASPECTOS ÉTICOS:

Los procedimientos propuestos están de acuerdo con las normas éticas del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y con la declaración de Helsinki de 1975 y sus enmiendas, así como los códigos y normas Internacionales vigentes para las buenas prácticas en la investigación clínica. Además, de todos los aspectos en cuanto al cuidado que se deberá tener con la seguridad y bienestar de los pacientes. Respetar cabalmente los principios contenidos en el Código de Núremberg, la Declaración de Helsinki y sus enmiendas, el Informe Belmont y el Código de Reglamentos Federales de Estados Unidos (Regla Común) (Helsinki, 2013).

Se observa y acata el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud en su título segundo, capítulos 1, artículos: 14, 15, 16, y 17 (Secretaria de Salud, 2014).

Complementar con las NOM específica de cada trabajo

Para el presente trabajo nos guiamos en la siguiente norma y guía de práctica clínica ya que estos cumplen los criterios necesarios para su buen desarrollo.

- ✚ NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-007-SSA2-1993, ATENCIÓN DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO Y DEL RECIÉN NACIDO. CRITERIOS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.
- ✚ La Guía de Práctica Clínica Prevención, Diagnóstico y Manejo de la DEPRESIÓN PRENATAL Y POSPARTO

ORGANIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.

- PROGRAMA DE TRABAJO:

Programa de trabajo:

Actividades	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J
Elaboración del protocolo																		
Autorización																		

- RECURSOS HUMANOS:

Investigador principal, asesor metodológico de tesis, enfermería, médicos generales, personal de archivo. Los recursos materiales serán proporcionados por los investigadores

- RECURSOS MATERIALES:

Recursos

El estudio se realizará en el archivo de UMF NO. 82, los gastos serán cubiertos por los investigadores, el trabajo no recibe ningún tipo de financiamiento externo.

- PLAN DE DIFUSIÓN Y PUBLICACIÓN DE RESULTADOS:

Los resultados se difundirán a través de la sesión general de la Unidad de la Institución.

RESULTADO.

TABLA 1.- PREVALENCIA DE DEPRESION POSTPARTO.

	NÚMERO MUJERES.	PORCENTAJE.
NORMAL.	5 Mujeres.	3.9%
SOSPECHA.	70 Mujeres.	67.6%
DEPRESIÓN.	30 Mujeres.	28.5%
TOTAL	105 Mujeres	100%

En la tabla 1 se presentan con sospecha de depresión 70 (67.6%) mujeres, con depresión 30 (28.5%) mujeres y normales 5 (3.9%) mujeres.

TABLA 2.- MUJERES CON SOSPECHA DE DEPRESIÓN.

	NÚMERO MUJERES.	PORCENTAJE.
ETAPA TEMPRANA.	30 Mujeres.	43%
ETAPA TARDIA.	40 Mujeres.	57%
TOTAL	70 Mujeres	100%

La tabla 2 nos arroja que la sospecha de Depresión postparto es mayor en la etapa tardía con 40 mujeres (57%) y menor en la etapa temprana con 30 mujeres (43%).

APGAR FAMILIAR.

TABLA 3.-GRADO DE DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR.

Grado de disfuncionalidad familiar	Número de mujeres.	Porcentaje.
Normal.	32 Mujeres.	30%
Leve.	20 Mujeres.	19%
Moderado.	21 Mujeres.	21%
Severa.	32 Mujeres.	30%
Total	105 Mujeres.	100%

En la tabla 3 mediante la evaluación del APGAR familiar, obtuvimos el resultado del grado de disfunción familiar encontrándose normal 32 mujeres (30%), leve 20 mujeres (19%), moderado 21 mujeres (21%) y severa con 32 mujeres (30%).

TABLA 4.

Disfunción familiar.			Depresión.		
Estado	Mujeres	Porcentaje	Normal.	Sospech a.	Confirmad o.
			Mujeres.	Mujeres.	Mujeres.
			Porcentaj e.	Porcentaj e.	Porcentaje .
Norma	32 Mujere	30 %	3 Mujeres.	29 Mujeres.	0 Mujeres.

l.	s.		2.4%	28%	0%
Afectad	73	70%	2	41	30
o.	Mujeres		Mujeres.	Mujeres.	Mujeres.
	.		1.5%	39.6%	28.5%

En la tabla 4 se encuentra una fusión del APGAR familiar y escala de Depresión Posnatal de Edimburgo donde 32 mujeres (30%) no presentaban disfunción familiar de ellas 3 mujeres (2.4%) no tenían depresión postparto, mientras que 29 mujeres (28%) estaban con sospecha de depresión postparto; 73 mujeres (70%) presentaron disfunción familiar dentro de ellas 2 mujeres (1.5%) no tenían depresión postparto, 41 mujeres (39.6%) contaban con sospecha de depresión y 30 de estas mujeres (28.5%) tenían depresión postparto confirmada.

DISCUSIÓN

Carrillo (2013) En su estudio llamado factores asociados a depresión postparto en mujeres que acuden al hospital general de Ecatepec nos dice que se detectaron que de 102 mujeres entrevistadas 48% no presentaron depresión postparto mientras que el 20 % presentaron depresión leve, el 19 depresión moderada y el 13 % presenta depresión grave teniendo afectado el nivel del sueño y la tristeza.

Mientras que en el estudio realizado en la UMF N°82, se les entrevisto por medio de dos encuestas a 105 mujeres en etapa postparto; en el cual se encontraron los siguientes resultados; en base a la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS) y APGAR Familiar:

De la muestra estudiada la frecuencia de edad oscilo de entre los 14 y 42 años, siendo el promedio de edad de 24 años y la moda de 22 años; el grupo etáreo más frecuente fue de 17 a 25 años de edad.

Del total de mujeres encuestadas en el postparto 45% de ellas obtuvieron el producto por medio de parto y el resto, es decir, 25% lo obtuvo por cesárea.

Se observó que la frecuencia de depresión postparto en el total de las mujeres es de 28.5% es decir, que la presentaron. Mientras que la sospecha de la depresión postparto es mayor en la etapa tardía

con 40 mujeres (57%) y menor en la etapa temprana con 30 mujeres (43%).

De las mujeres con depresión postparto la frecuencia de edad fue de 15 hasta 42 años, siendo la moda de 21 años con 12 casos, seguida de 18 años y 30 años con 8 y 6 casos respectivamente.

En dicho estudio realizado, nos hace referencia que existe una prevalencia de casos de depresión posparto, arrojándonos un porcentaje 30 mujeres (28.5%) de mujeres que la presentaron.

En base al cuestionario del APGAR familiar que evalúa 5 funciones básicas de la familia se determinó el grado de apoyo que reciben las pacientes la cual influye en presencia o no de la depresión postparto; es decir que el resultado del grado de defunción familiar normal es de 32 mujeres (30%), leve 20 mujeres (19%), moderado 21 mujeres (21%) y severa con 32 mujeres (30%).

CONCLUSIÓN

La Depresión Postparto es una enfermedad que afecta a muchas mujeres cada año, pero como no es un padecimiento muy difundido, muchas de quienes lo presentan no son tratadas, e incluso la mayoría de ellas lo ignora. La Depresión Postparto es una condición seria, común y tratable, que tiene repercusiones a corto y largo plazo en la salud del niño y la madre, es habitualmente subdiagnosticada por los profesionales de la salud, por lo que se requiere implementar estrategias de tamizaje para aumentar la tasa de detección.

La Escala de Depresión Postparto de Edimburgo es una herramienta fácil de aplicar, bien aceptada por los profesionales de salud y por las madres, y que permite aumentar significativamente la tasa de detección de síntomas depresivos. Es posible que la evaluación de estas pacientes se realice a través de una entrevista psiquiátrica estructurada, a cargo de médicos capacitados, quienes podrían iniciar el tratamiento oportunamente en los casos que lo requieran, derivando sólo a aquellas pacientes con sintomatología más severa o con morbilidad psiquiátrica.

Las pacientes estudiadas presentaban un perfil de mujeres en Unión Libre, adultas jóvenes, con bajos niveles de escolaridad, amas de casa, con antecedentes heredofamiliares de depresión y antecedente personal con cuadros depresivos previos al embarazo. El tipo de parto fue un factor determinante en el padecimiento de

depresión posparto ya que en quienes se obtuvo el producto por parto fueron quienes la presentaron. La separación de los padres no actuó como un factor predisponente que contribuyera a la aparición de Depresión Posparto.

Todo lo anterior ayudará a dar a conocer y a poner en evidencia la necesidad de trabajo en equipo multidisciplinario para el manejo de las pacientes embarazadas, además de la captación temprana de una paciente que podría estar evidenciando el primer episodio franco de una enfermedad mental mayor (trastorno mental del espectro afectivo, esquizofrenia, entre otros).

Recomendaciones y/o sugerencias

- 1.-Brindar capacitación al personal médico y de enfermería sobre la depresión postparto para una detección oportuna.
- 2.- Motivarlos para que asistan a dichas capacitaciones y realizar constantes evaluaciones por parte de jefatura de enfermería y directivos de la institución.
- 3.-Orientacion oportuna a la paciente para un diagnóstico y tratamiento adecuado.

BIBLIOGRAFÍAS

Alvarado, R., Rojas, M., Monardes, J., Perucca, E., Neves, E., Olea, E. y Vera, A. (2000). Cuadros depresivos en el posparto en una cohorte de embarazadas: Construcción de modelo casual. *Revista chilena de neuropsiquiatría*, 38 (2). <http://dx.doi.org/10.4067/so717-92272000000200003>

Caparros, R., Romero, G. Y Peralta, M. (2018). Depresión posparto, un problema de salud pública mundial. *Revista Panam Salud Pública*, 42. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.97>.

Carrillo, D. M. G. (2013). *Factores asociados a depresión postparto en mujeres que acuden al hospital general de Ecatepec "Dr. Jose Maria Rodriguez 2013"*. <http://ri.uaemex.mx/oca/bitstream/20.500.11799/14203/1/401913.pdf>.

Carro, T., García, J., Manzano, M., Hernández, M., Moreno, E. y Antolín, E. (2000). *Trastornos del estado de ánimo en el posparto*. <http://semg.info/mgyf/medicinageneral/mayo-2000/452-456.pdf>

Cernadas, J. (2020). *Depresión postparto, los riesgos y su temprana detección*. [Http://dx.doi.org/10.5546/oap.2020.154](http://dx.doi.org/10.5546/oap.2020.154).

Espejo, C., Godoy, C., Gualda, M., Hernández, T. y Pérez, C. (2008). Prevalencia y factores de riesgo asociados a la

depresión postparto en puérperas de un centro de atención primaria en el sur de Chile. *Revista médica Chile* 136, (44). https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872008000100006

Escutia, A., Rosas, P. y Coria, A. (2008). Frecuencia de depresión posparto en pacientes en dos clínicas de medicina familiar, en México. *Archivo en medicina familiar*, 10 (4). <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=5071909403>

Evans, G., Mcjohn Vicuña M., y Marín, R. (2003). Depresión postparto realidad en el sistema público de atención de salud. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 68 (6). https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-75262003000600006&script=sci_arttext

Gaynes, B., Meltser-Brody, S., Lohr, K., Swinson, T. (2005). Depression: prevalence, screening accuracy, and screening outcomes. Agency for Healthcare Research and Quality. Evidence Report. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK118381>.

González, C., Quijada, M. y Salina, J. (2006). Guía clínica para el tratamiento de personas con depresión. https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_534_Depresion_Adulto_Avaliat_compl.pdf

- Jadresic, E. (2010). Depresión en el embarazo y puerperio. *Revista chilena de neuropsiquiatría*, 48 (4). <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=331527722003>
- Jadresic, E. (2015). Actualización en depresión posparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. *Revista médica de Chile*, 143 (7). <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872015000700010>
- Jadresic, E. (2017). Depresión posparto en el contexto del hospital general. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-depresion-posparto-en-el-contexto-S0716864017301426#:~:text=La%20mayor%C3%ADa%20de%20los%20casos,12%20semanas%20despu%C3%A9s%20del%20parto.>
- Jara, V., Arrau, B., y Araya, R. (2013). *Trastornos emocionales en el embarazo y el puerperio: estudio prospectivos de 108 mujeres*. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-115865>.
- León, L, V, A. R. (2014). Consecuencias de la depresión posparto en pacientes en edades comprendidas de 14 a 45 años. <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2014/05/42/De%20Leon-Ana.pdf>

Mendoza, B. y Saldiva, S. (2015). *Actualización en depresión postparto: El desafío permanente de optimizar su detección y abordaje*. <http://dx.doi.org/10.4067/50034.9887302500070010>

Navas, O, W. (2013), Depresión posparto. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 70 (608). <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=47795>

Organización Mundial de la Salud. (2017). *Campañas mundiales de la salud pública de la OMS*. <https://www.who.int/campaigns/world-health-day/2017/handouts-depression/postnatal/es/>

Reyes, P. (2013). *Revisión de la depresión de la depresión posparto en mujeres adolescentes*. http://web.uaemex.mx/revistahorizontes/docs/revistas/Vol5/7_REVISION.pdf

Rojas, M, I., Dembowski, N., Borghero, F. y Gonzáles, M. (2014). Protocolo de detección de la depresión durante el embarazo y posparto y apoyo al tratamiento. <https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/ProtocoloProgramaEmbarazoypospartofinal12032014.pdf>

Santiago, M, N. (2012). *Hacer la familia efectos de la depresión materna en el bebé*. <https://www.google.com.mx/amp/s/amp.hacerfamilia.com/muje>

r/noticias-depresión-materna-afecta-bebe-
20121105105743.html

Secretaria de Salud Pública. (2013). *Guía de práctica clínica: Depresión en personas de 15 años y más*.
<http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/04/GUIA-CLINICA-DEPRESION-15-Y-MAS.pdf>

Suarez, C, M. A. y Alcalá, E, M. (2014). Apgar Familiar: Una herramienta para detectar disfunción familiar. *Revista Médica La Paz*, 20 (1).
http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582014000100010#:~:text=El%20APGAR%20familiar%20es%20un%20cuestionario%20de%20cinco%20preguntas%20que,principales%20funciones%20de%20la%20familia.

Torres, V., Ortega, S. Garrido, G, y Reyes, L. (2008). Dinámica familiar en familias con hijos e hijas. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 10 (2).
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80212387003>.

Vega M., G. (2011). *Trastorno del estado de ánimo en el puerperio: factores psicosociales predisponentes* (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid. Obtenido de <https://eprints.ucm.es/12000/1/T32539.pdf>

Wolff, L., Valencia, P., Karin, E. y Zapata, D. (2009). Depresión postparto en el embarazo en adolescentes: análisis problema y sus consecuencias. *Revista chilena de obstetricia y ginecológica*, 73 (3).
https://www.researchgate.net/publication/251071865_DEPRESIÓN_POSPARTO_EN_EL_EMBARAZO_ADOLESCENTES_ANALISIS_DEL_PROBLEMA_Y_SUS_CONSECUENCIAS.

Anexos

Anexo 1 CUESTIONARIO DE RECOLECCION DE DATOS.

Cuestionario Sobre Depresión Postnatal Edimburgo (EPDS)

Nombre: _____

Dirección: _____

Su fecha de Nacimiento: _____

Fecha de Nacimiento del Bebé:

_____ Teléfono: _____

Queremos saber cómo se siente si está embarazada o ha tenido un bebé recientemente. Por favor marque la respuesta que más se acerque a cómo se ha sentido en LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, no solamente cómo se sienta hoy.

Esto significaría: Me he sentido feliz la mayor parte del tiempo durante la pasada semana.

Por favor complete las otras preguntas de la misma manera.

1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas

- a) Tanto como siempre
- b) No tanto ahora
- c) Mucho menos
- d) No, no he podido

2. He mirado el futuro con placer

- a) Tanto como siempre
- b) Algo menos de lo que solía hacer
- c) Definitivamente menos
- d) No, nada

3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien

- a) Sí, la mayoría de las veces
- b) Sí, algunas veces
- c) No muy a menudo
- d) No, nunca

4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo

- a) No, para nada
- b) Casi nada
- c) Sí, a veces
- d) Sí, a menudo

5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno

- a) Sí, bastante
- b) Sí, a veces
- c) No, no mucho
- d) No, nada

6. Las cosas me oprimen o agobian

- a) Sí, la mayor parte de las veces
- b) Sí, a veces
- c) No, casi nunca
- d) No, nada

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

- a) Sí, la mayoría de las veces
- b) Sí, a veces
- c) No muy a menudo
- d) No, nada

8. Me he sentido triste y desgraciada

- a) Sí, casi siempre
- b) Sí, bastante a menudo
- c) No muy a menudo
- d) No, nada

9. He sido tan infeliz que he estado llorando

- a) Sí, casi siempre
- b) Sí, bastante a menudo
- c) Sólo en ocasiones
- d) No, nunca

10. He pensado en hacerme daño a mí misma

- a) Sí, bastante a menudo
- b) A veces
- c) Casi nunca
- d) No, nunca

ANEXO II. INSTRUMENTO DE INVESTIGACION.

La Escala de Depresión de Posparto de Edimburgo se creó para asistir a los profesionales de la atención primaria de salud en la detección de las madres que padecen de Depresión de Postparto; una afección alarmante más prolongada que la “Melancolía de la Maternidad” [“Baby Blues”] (lo cual ocurre durante la primera semana después del parto) pero que es menos grave que la psicosis del puerperio.

La Escala de Depresión Posparto de Edimburgo se creó en centros de salud en Livingston y Edimburgo. Fue diseñada por Cox, Holden y Sagowsky para evaluar específicamente la sintomatología depresiva durante el período posnatal. Posteriormente Murray y Cox determinaron su validez en las semanas 28 a 34 de gestación. Su uso se ha extendido hasta casi 4 años posparto.

En el año 2000 la escala fue validada para población mexicana con un estudio realizado por el INPERIER, en conclusión, se trata de un instrumento ampliamente utilizado y validado para la patología emocional que busca detectar y para el grupo al cual se dirige validado para población mexicana que corroboran su validez.

Consiste de diez cortas declaraciones. La madre elige cuál de las cuatro posibles respuestas es la que más se asemeja a la manera en la que se sintió durante la semana anterior.

La mayoría de las madres pueden contestar la escala sin dificultad en menos de 5 minutos. El estudio de validación demostró que las madres que obtienen resultados por encima del umbral del 92.3% es más probable que padezcan de alguna enfermedad depresiva de diferentes niveles de gravedad.

No obstante, no se le debe dar más importancia a los resultados de la EPDS que al juicio clínico. Se debe realizar una evaluación clínica prudente para confirmar el diagnóstico. La escala indica la manera en que la madre se sintió durante la semana anterior y en casos dudosos, podría ser útil repetirla después de 2 semanas. La escala no detecta las madres con neurosis de ansiedad, fobias o trastornos de la personalidad.

ANEXO III. NOTICIAS PUBLICADAS ACERCA DE DEPRESION POSPARTO.

NOTICIAS INTERNACIONALES.

En el 2005, la actriz norteamericana Brooke Shields publicó su libro “Down Came the Rain: My Journey Through Postpartum Depression” (“Cayó la Lluvia: Mi Viaje a través de la Depresión Posparto debido a que sufrió de esta patología, narrando su experiencia.

En el 2007, Shields habló de ello en un evento de la Fundación Americana de Psiquiatría y expresó: “Lo que no sabía es que existe todo un rango de síntomas entre lo que se denomina „penas de bebé” y la psicosis.” Shields llamó también a mejorar la presentación de la depresión posparto, para que las mujeres no se vean estigmatizadas por admitir que la han experimentado.



En el mismo año (2005) la ex primera dama de Nueva Jersey, Mary Jo. Codey, también hablo sobre sus problemas con la Depresión Posparto. Afirio: *“Nueva Jersey ahora requiere que los doctores examinen a las mujeres en caso de que tengan esta condición”*. E inicio una campaña llamada *“Speak Up When You’re Down”* (*“Habla cuando estés abajo”*) la cual incluye anuncios de servicio público televisados y tarjetas que indican los síntomas posparto y ofrecen números de ayuda.

ANEXO 4

Questionario para la evaluacion de la funcionalidad den la familia

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?					
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas					
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de					
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.					
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. el tiempo para estar juntos					
2. los espacios en la casa					
3. el dinero					
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?					
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)					

Anexo 5

El APGAR familiar evalúa cinco funciones básicas de la familia considerada las más importantes por el autor: Adaptación, Participación, Gradiente de recurso personal, Afecto, y Recursos, cuyas características son las siguientes:

Funciona como un acróstico, en la que cada letra de APGAR, se relaciona con una inicial de la palabra que denota la función familiar estudiada.

La validación inicial del APGAR familiar mostró un índice de correlación de 0.80 entre este test y el instrumento previamente utilizado (Pless-Satterwhite Family Function Index).

Posteriormente, el APGAR familiar se evaluó en múltiples investigaciones, mostrando índices de correlación que oscilaban entre 0.71 y 0.83, para diversas realidades.

La última modificación del PAGAR FAMILIAR fue realizada por la Dra. Liliana Arias, en la que se incluye a los amigos; estas respuestas son útiles para ver si existe este recurso al cual podemos acudir en caso de que el paciente viva lejos de su familia o haya gran disfuncionalidad. De acuerdo con los estudios de Cobb Cohen y Smilkstein, lo fundamental es contar con una persona hacia la cual se pueda recurrir en caso necesario.

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma

personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuestas tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: •0: Nunca •1: Casi nunca •2: Algunas veces •3. Casi siempre •4: Siempre.

Interpretación del puntaje:

- Normal: 17-20 puntos
- Disfunción leve: 16-13 puntos.
- Disfunción moderada: 12-10 puntos
- Disfunción severa: menor o igual a 9

Glosario.

Anhedonia: Incapacidad para experimentar placer en actividades que normalmente encuentras agradables.

Comorbilidad: También conocida como morbilidad asociada es un término asociado o utilizado para describir dos o más trastornos que ocurren en la misma persona, puede ocurrir al mismo tiempo o uno después del otro. La comorbilidad también implica que hay interacción entre dos enfermedades que pueden empeorar la evolución.

Etéreo: Perteneciente a un grupo de edad.

Labilidad Emocional: conjunto de alteración de la afectividad, o se refiere a cambios rápidos en el estado de ánimo que pueden estar provocados o no, por estímulos externos.

Precedida: Estar o ir delante en el tiempo o en el espacio.

Recidiva: Repetición de una enfermedad poco después determinada la convalecencia.

Reticentes: Desconfianza o cautela.