



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA ESTATAL HIDALGO
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR No 1

TÍTULO

**“APOYO SOCIAL Y SU RELACION CON LA DEPRESIÓN POSPARTO EN MUJERES
ADSCRITAS AL HGZ MF NO. 1, PACHUCA DE SOTO, HIDALGO”**

Número de registro SIRELCIS R-2021-1201-004

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. ROSA PAULINA HERNÁNDEZ SÁNCHEZ

ASESORES DE TESIS

**DRA. YESENIA PICHARDO DANIELLS
DRA. MARITZA FERRERA LÓPEZ**

INSTITUTO MEXICANO
DEL SEGURO SOCIAL



IMSS

ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
H G Z M F. No 1

PERIODO DE LA ESPECIALIDAD 2018-2021

PACHUCA, HGO.

2021



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.

**“APOYO SOCIAL Y SU RELACION CON LA DEPRESIÓN POSPARTO EN MUJERES
ADSCRITAS AL HGZ MF NO. 1, PACHUCA DE SOTO, HIDALGO”**

TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. ROSA PAULINA HERNÁNDEZ SÁNCHEZ

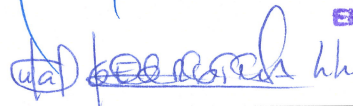
MÉDICO RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR DEL HGZ Y MF No. 1

AUTORIZACIONES:



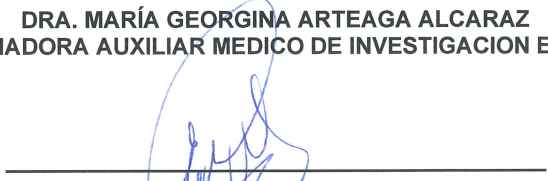
DRA. GRESS MARISSSEL GÓMEZ ARTEAGA
COORDINADORA DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL





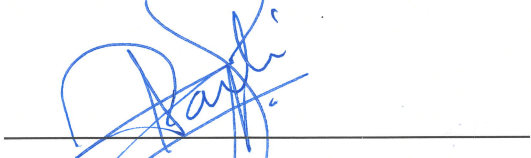
DRA. MARÍA GEORGINA ARTEAGA ALCARAZ
COORDINADORA AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

DRA. MARÍA GEORGINA ARTEAGA ALCARAZ
COORDINADORA AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD



DRA. ELBA TORRES FLORES
COORDINADORA AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN EN SALUD

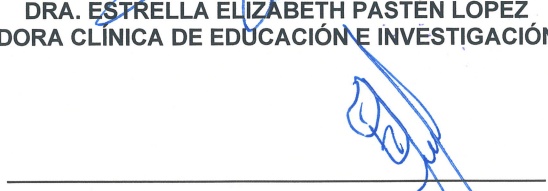
DRA. ELBA TORRES FLORES
COORDINADORA AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN EN SALUD



DRA. ESTRELLA ELIZABETH PASTÉN LÓPEZ
COORDINADORA CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

DRA. ESTRELLA ELIZABETH PASTÉN LÓPEZ
COORDINADORA CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD





DRA. ROSA ELVIA GUERRERO HERNÁNDEZ
PROFESORA TÍTULAR DEL CURSO DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

DRA. ROSA ELVIA GUERRERO HERNÁNDEZ
PROFESORA TÍTULAR DEL CURSO DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

**“APOYO SOCIAL Y SU RELACION CON LA DEPRESIÓN POSPARTO EN MUJERES
ADSCRITAS AL HGZ MF NO. 1, PACHUCA DE SOTO, HIDALGO”**

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

DRA. ROSA PAULINA HERNÁNDEZ SÁNCHEZ

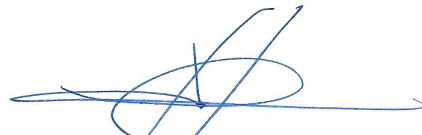
A U T O R I Z A C I O N E S

DR. JAVIER SANTACRUZ VARELA
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

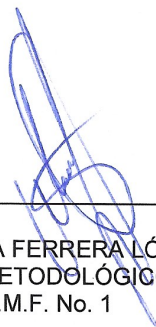
DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

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

ASESORES DE TESIS



DRA. YESENIA PICHARDO DANIELLS
ASESOR CLINICO
H.G.Z.M.F. No. 1



DRA. MARITZA FERRERA LÓPEZ
ASESOR METODOLÓGICO
H.G.Z.M.F. No. 1

PACHUCA, HGO. 2021

**“APOYO SOCIAL Y SU RELACION CON LA DEPRESIÓN POSPARTO EN MUJERES
ADSCRITAS AL HGZ MF NO. 1, PACHUCA DE SOTO, HIDALGO”**

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

**DRA. ROSA PAULINA HERNÁNDEZ SÁNCHEZ
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR**



**PRESIDENTE DEL JURADO
DRA. ROSA ELVIA GUERRERO HERNÁNDEZ
PROFESORA TITULAR CURSO DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
H.G.Z.M.F. No. 1**



**SECRETARIO DEL JURADO
DRA. ALICIA CEJA ALADRO
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
H.G.Z.M.F.No. 1**



**VOCAL DEL JURADO
DR. JESÚS MARTÍNEZ ÁNGELES
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD MEDICINA FAMILIAR. No. 32**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 1201.
H GRAL ZONA -MF- NUM 1

Registro COFEPRIS 17 CI 13 048 032

Registro CONBIOÉTICA CONBIOETICA 13 CEI 001 2018041

FECHA Miércoles, 06 de enero de 2021

M.E. Yesenia Pichardo Daniels

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **APOYO SOCIAL Y SU RELACION CON LA DEPRESIÓN POSPARTO EN MUJERES ADSCRITAS AL HGZ MF NO. 1, PACHUCA DE SOTO, HIDALGO** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional

R-2021-1201-004

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

OCTAVIO CONTRERAS VALDEZ

Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 1201

[Imprimir](#)

IMSS

SECRETARÍA DE SALUD



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA ESTATAL
HIDALGO
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR No 1**

TÍTULO

**“APOYO SOCIAL Y SU RELACION CON LA DEPRESIÓN POSPARTO EN MUJERES
ADSCRITAS AL HGZ MF NO. 1, PACHUCA DE SOTO, HIDALGO”**

Número de registro SIRELCIS R-2021-1201-004

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

**PRESENTA:
DRA. ROSA PAULINA HERNÁNDEZ SÁNCHEZ**

ASESORES DE TESIS

**DRA. YESENIA PICHARDO DANIELLS
DRA. MARITZA FERRERA LÓPEZ**

PERIODO DE LA ESPECIALIDAD 2018-2021

2. IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES

ASESOR CLÍNICO

Nombre: Dra. Yesenia Pichardo Daniells
Matricula: 99132467
Especialidad: Medicina Familiar
Adscripción: HGZ MF No1
Domicilio: Prolongación Avenida Madero No. 405, Colonia Nueva Francisco I.
Madero Pachuca Hidalgo.
Teléfono: 7715667991
Correo electrónico: yepida9@yahoo.com.mx

ASESOR METODOLÓGICO:

Nombre: Dra. Maritza Ferrera López
Matricula: 99224459
Especialidad: Medicina Familiar
Adscripción: HGZ MF No1
Domicilio: Prolongación Avenida Madero No. 405, Colonia Nueva Francisco I.
Madero Pachuca Hidalgo.
Teléfono: 771-189-8520
Correo electrónico: marfelop@hotmail.com

TESISTA:

Nombre: Hernández Sánchez Rosa Paulina
Residente de la especialidad en medicina familiar.
Matricula: 98130638
Domicilio: Prolongación Avenida Madero No. 405, Colonia nueva Francisco I.
Madero Pachuca Hidalgo.
Teléfono: 775 129 3416
Correo electrónico: rose.pau@gmail.com

ÍNDICE

1. TÍTULO	1
2. IDENTIFICACION DE LOS INVESTIGADORES	2
3. RESUMEN	4
4. MARCO TEÓRICO	6
5. JUSTIFICACIÓN	17
6. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	18
7. OBJETIVOS	19
OBJETIVO GENERAL.	19
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
8.HIPÓTESIS	20
9. MATERIAL Y MÉTODOS	21
9.1 TIPO DE ESTUDIO	21
9.2 UNIVERSO DE TRABAJO	21
9.3 POBLACIÓN	21
9.4 LUGAR DONDE SE DESARROLLARA EL ESTUDIO	21
9.5CRITERIOS DE SELECCIÓN	22
9.6OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	23
9.7.DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO	25
9.8TAMAÑO DE LA MUESTRA	26
9.9. PROCESAMIENTO DE DATOS Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO	27
10. RESULTADOS	28
11.CONCLUSIONES	36
12. ASPECTOS ÉTICOS	39
13. RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD	44
14. CRONOGRAMAS DE ACTIVIDADES	45
15. BIBLIOGRAFIA	46
16. ANEXOS	50

3. RESUMEN

TÍTULO: APOYO SOCIAL Y SU RELACION CON LA DEPRESIÓN POSPARTO EN MUJERES ADSCRITAS AL HGZ MF NO. 1, PACHUCA DE SOTO, HIDALGO”

INTRODUCCIÓN: En México se reconoce que entre el 13% y 15% de las mujeres padece depresión posparto, que es la “depresión que surge en el período que va desde la concepción hasta el final del primer año postnatal”, con repercusión mental, física, emocional y laboral no solo para la mujer sino también para el recién nacido, el apoyo social: son el conjunto de provisiones instrumentales o expresivas, reales o percibidas, aportadas por la comunidad y está relacionada directamente como amortiguador frente a los cambios que presenta la mujer en este periodo de su vida.

OBJETIVO: Determinar la relación del apoyo social con la depresión posparto en mujeres adscritas al HGZ MF No. 1, Pachuca de Soto, Hidalgo

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio transversal, observacional, descriptivo y prolectivo, previa autorización por los comités de ética e investigación; se aplicó una cédula de recolección por parte del investigador a 160 pacientes que se encuentren con antecedente de resolución de su embarazo no mayor a un año en elHGZMF No. 1, Pachuca de Soto, Hidalgo.

RECURSOS E INFRAESTRUCTURA: Un médico residente de Medicina Familiar, 1 asesor metodológico y 1 asesor clínico, pacientes en el área de medicina familiar, EMI, medicina preventiva del HGZ MF No. 1, Pachuca de Soto, Hidalgo.

EXPERIENCIA DEL GRUPO: Amplia y reconocida experiencia de los asesores, así como de los médicos familiares que apoyarán el estudio.

TIEMPO A DESARROLLARSE: El presente estudio se realizó en un periodo de 3 meses a partir de su aprobación.

PALABRAS CLAVE: Depresión posparto, escala de Edimburgo y test de Duke.

RESULTADOS: Del total de la muestra (160 de mujeres adscritas con antecedente de resolución de su embarazo no mayor a un año) se observó que el 95.62% cuentan con adecuado apoyo social y el 4.38% se encuentran dentro del escaso apoyo social respecto al Test de Duke, en cuanto a la sospecha de depresión posparto con resultados obtenidos en el Test de Edimburgo que el 73% de nuestra total de muestra se encuentra sin riesgo de depresión y el 27% tienen sospecha de depresión posparto, de acuerdo al puntaje obtenido obtuvimos que del porcentaje con sospecha de depresión el 16 % se encuentra en el límite de riesgo y el 11% con probable depresión posparto, mostrándose en el estudio que existe un gran porcentaje de apoyo social a las pacientes encuestadas, por lo que podría ser el resultado bajo de pacientes portadoras de depresión posparto.

Al realizar la relación entre el apoyo social y la depresión posparto de las derechohabientes encuestadas obtuvimos que son menores a 5 con una significación de 0.0065 con un nivel de confianza de 95%.

Dentro de las características sociodemográficas de las pacientes encuestadas obtuvimos en general (160) y con sospecha de depresión posparto (43) con edades predominantes de 30 a 34 años en un 33% y en pacientes con depresión se encuentran en el intervalo de 25-29 con un 11%;en grado de

escolaridad encontramos que un 41% cuenta con licenciatura, pero en pacientes con sospecha de depresión solo cuentan con bachillerato correspondiendo a un 11%; en cuanto a su estado civil 54% son casadas y 13% de ellas tienen sospecha de depresión, la ocupación de las derechohabientes 36% son amas de casa y 11% igual con sospecha de depresión.

Se obtuvo en antecedentes obstétricos que en el 99% el producto fue deseado, 50% de ellas eran primigestas, siendo la resolución del embarazo más común la cesárea, así como solo 13 de ellas haber cursado con antecedente de aborto en una ocasión, en las pacientes con sospecha de depresión posparto prevalecieron estos datos.

CONCLUSIONES: El 95.62% de la muestra cuenta con un adecuado apoyo social y el 73% no tiene sospecha de depresión, por lo que al obtener porcentajes mínimos en escaso apoyo y riesgo de depresión, por chi cuadrada nos mostró que el resultado no fue significativo porque fue de 0.0065 lo que nos permite corroborar la hipótesis nula en la cual se menciona que el apoyo social y su relación con la depresión posparto en mujeres adscritas al HGZ MF No. 1, Pachuca de Soto, Hidalgo, no se encuentra dentro del 35% reportado en la literatura.

Pero cabe recalcar que las pacientes que cursan con sospecha de depresión posparto con adecuado apoyo social o sin el son pacientes entre 25-29 años, con bachillerato, amas de casa dedicadas al hogar, cursando su primer embarazo.

Por lo que considero es un área que puede seguir estudiándose, nuestra población de embarazadas siempre debe de estar en la mira de investigación, hay tantos temas que abordar, así como ser un grupo importante ya que en el rol de madre son parte importante de la estructura familiar.

Este estudio realizado en tiempos de contingencia sanitaria por SARS-CoV-2 cumpliendo una de las indicaciones como el aislamiento social, los resultados obtenidos podrían encontrarse como falsos negativos ya que establece que existe un apoyo social suficiente en la mujer embarazada, pudiéndose derivar del confinamiento en casa, con la participación de todos los integrantes de la familia en las actividades domésticas, acompañamiento de las modificaciones emocionales, licencias en el trabajo por ser una población en riesgo con disfrute total del estado de gravidez, y que se encuentran concomitando los posibles datos por depresión asociada a la contingencia y los datos de depresión posparto. Por tanto, sería importante realizar la aplicación posteriormente de métodos diagnósticos en condiciones idóneas y realizar la comparación de los resultados con este estudio. Así como contar con el apoyo de profesionales con experiencia en temas de psicología y psiquiatría para brindar al término una orientación del cómo manejar esta problemática.

4. MARCO TEÓRICO

El embarazo se encuentra caracterizado por un incremento de sensibilidad emocional acompañado de una necesidad de aprender a vincularse afectivamente con el recién nacido; este proceso ocurre posterior al nacimiento integrado a la reversión de los cambios fisiológicos que este provoca llamado “puerperio”; tiene una duración de 6 semanas o 42 días¹, un periodo dual; frágil emocionalmente, físicamente y simultáneamente lleno de felicidad por la presencia del bebe; ser madre forma parte de una nueva etapa en la vida de una mujer, sin embargo para algunas, este cambio trae consigo: fatiga, frustración y confusión, dentro de este periodo de tiempo es importante el apoyo recibido de diversas formas como lo es en China, Japón y Malasia las madres reciben ayuda de su familia quienes permanecen en casa por aproximadamente 30 días; permitiéndoles descansar y recuperarse, en Taiwán las madres se hospedan en un hotel materno donde hay enfermeras que les proveen los cuidados, en Europa occidental y del norte las visitas son efectuadas por profesionales de la salud, en América las mujeres se quedan sin apoyo debido a que las amistades así como familiares tienen sus propias responsabilidades.² Esta falta de apoyo más el cambio sufrido trae la aparición de sentimientos de tristeza y ansiedad que impiden el cuidado de ella misma así como de su producto, alterando la dinámica familiar.

La organización mundial de la salud estima en su reporte del 2015, que el 4.4% de la población mundial cursa con un trastorno depresivo, de los cuales el 5.1% son mujeres y 3.6% corresponde a los hombres³.

En México el INEGI durante el 2015 indico que 34.85 millones de personas se han sentido deprimidas; de las cuales 14.48 millones eran hombres y 20.30 eran mujeres⁴, mientras que en el New York Times del 2019 señala que se estima que el 13% de las mujeres en el mundo y entre 180, 000 a 800,00 mujeres estadounidenses experimentan depresión perinatal.⁵

En México se reconoce que entre el 13% y 15% de las mujeres padece depresión posparto, esta aparece en los primeros 10 días después del nacimiento afectando al

30% - 70% de las mujeres, se han efectuado estudios de prevalencia desde 1991 a la fecha su prevalencia es de 6.6% por entrevista clínica, 10 -20% por auto informe en zonas urbanas y en zona rural 11 – 12.9 %⁶, el Instituto Nacional de Salud Pública alude que el 13% de depresión posnatal está ubicada en países de ingresos elevados, mientras que en países con ingresos bajos y medios es del 20% - 35%.

En un estudio de distribución en nuestro país este padecimiento tiene un porcentaje del 15% correspondiendo a los siguientes estados: Distrito Federal, Guerrero e Hidalgo, mientras que más del 20%: Baja California Sur, Baja California, Chihuahua, Nuevo León, Durango, Zacatecas, Aguascalientes, Colima, Michoacán, Querétaro, Estado de México, Morelos, Puebla, Veracruz, Tabasco, Chiapas, Campeche y Yucatán.⁷

La importancia del estudio de la depresión postparto es que estas enfermedades mentales tienen un costo; la oficina de información científica y tecnológica para el congreso de la unión señaló en el reporte salud mental de México; su precio en el 2010 era de -----\$2, 493,000 de dólares; repercutiendo en el ausentismo laboral con un porcentaje de 35 a 45%, desmotivación, desapego a las responsabilidades familiares, personales, por último en violencia y prácticas de riesgo de alcoholismo así como drogadicción, es por ello que vale la pena poner atención a su detección oportuna.⁸

Definición de depresión postparto

La depresión es una patología mental debilitante y así mismo un desorden con alta prevalencia, la revista de psiquiatría Australiana y de Nueva Zelanda del 2018 define a esta como: “depresión que surge en el período que va desde la concepción hasta el final del primer año postnatal.”⁹

Factores de riesgo

El grupo de trabajo de servicios preventivos de los Estados Unidos en su declaración de recomendaciones e intervenciones para prevenir la depresión perinatal señala en la revista JAMA del 2019 los siguientes factores de riesgo para presentar depresión posparto:

- Historia pasada de depresión
- Antecedentes de abuso físico o sexual
- Embarazos no planificados o no deseados
- Eventos estresantes de la vida
- Falta de Apoyo social y financiero
- Violencia de pareja
- Diabetes gestacional o gestacional
- Complicaciones durante el embarazo.
- Maternidad adolescente,
- Bajo estatus socioeconómico y falta de apoyo social
- También se sospecha que los factores genéticos contribuyen al riesgo de las mujeres de desarrollarse.
- Depresión perinatal. ¹⁰

Etiopatogenia

Su origen continúa siendo desconocido debido a que algunas mujeres pueden ser sensibles a los cambios hormonales especialmente a:

1. Menstruación.
2. Embarazo.
3. Menopausia. ¹¹

En la revista *Hormonas & comportamiento* del 2016 explica la teoría de las hormonas esteroideas y las ováricas: las hormonas esteroideas juegan un rol significativo en esta patología durante el embarazo los niveles de hormonas esteroideas fluctúan dramáticamente: el estradiol, corticosterona, hormona liberadora corticotrópica (CRH) y oxitocina; se elevan aproximadamente 20 veces, permanecen así durante el embarazo, disminuyendo con la expulsión placentaria. Las hormonas esteroideas y progesterona se mantienen elevadas durante el embarazo sin embargo en el transcurso del 3° trimestre siguen aumentando y caen drásticamente después del parto lo que lleva a la hipótesis llamada “Un estado de abstinencia de estradiol” durante las primeras semanas

posteriores al parto, lo que puede contribuir a la depresión, esto obedeciendo a que hay mujeres que tienen diferente sensibilidad a los cambios hormonales.¹²

Sintomatología

En la revista de Desordenes afectivos del 2014 menciona la siguiente sintomatología clínica y apunta que esta puede prolongarse hasta 1 año después del parto.

- Incapacidad para dormir o dormir mucho.
- Cambios de humor.
- Cambios en el apetito.
- Miedo a lastimarse.
- Extrema preocupación y preocupación por el bebé.
- Tristeza o llanto excesivo.
- Sensación de duda, culpa e impotencia.
- Dificultad para concentrarse y recordar.
- Pérdida de interés en pasatiempos y actividades inusuales.
- Pensamientos recurrentes de muerte incluyendo ideación suicida.¹³

Tipos de depresión posparto

La depresión posparto es un tipo de padecimiento que se puede presentar en una gama de intensidades desde sintomatología muy fuerte, moderada hasta leve por lo que existen diversos tipos:

Baby blues:

Se le conoce también como “maternity blues” caracterizada por episodios de:

- Llanto
- Irritabilidad
- Confusión y ansiedad

El cual se observa pocos días después del nacimiento, en los primeros 10 días alcanzando un pico máximo 3-5, autolimitado, sin afectar su vida social y laboral; sucediendo en la mayor parte en los países occidentales debido a una falta de apoyo familiar y a la falta de creación de vínculos familiares.¹⁴

Depresión mayor posparto

Los anales de psiquiatría general del 2018 lo define de la siguiente manera “es un desorden mental del estado del ánimo en mujeres con síntomas depresivos que duran más de 6 meses hasta un año después del nacimiento”, hay algunos estudios que indican su aparición hasta 4 años después del nacimiento.¹⁵

Psicosis posparto

La guía clínica de psicosis en el embarazo y posparto australiana del 2016 la define es una enfermedad psicótica que ocurre en los 28 días después del nacimiento, generalmente se cree que es un episodio de bipolaridad, su presentación se hará después del nacimiento, usualmente con el primer embarazo; su debut será muy florido con periodos de irritabilidad – manía; incluyendo alucinaciones, comportamiento agitado y debe ser tratado como una urgencia psiquiátrica.¹⁶

Desordenes ansiosos del posparto

En el artículo Neurobiología de la ansiedad y depresión posparto el 2017 indica que el DSM V considera esta patología a la presencia de ansiedad y preocupación difícil de controlar en los primeros 6 meses del posparto acompañada de obsesiones y compulsiones que tienen un impacto en su vida diaria.¹⁷

La importancia del acompañamiento durante el posparto

El posparto abarca de 6 a 8 semanas después del nacimiento, se encuentra dividido en 3 periodos:

- Inmediato: 1º al 10º.
- Tardío: 11º al 45º.
- Remoto: 45º en adelante.

Durante este periodo ocurren cambios físicos y psicológicos; en el cual todavía se requiere cuidado, sentirse comprendida, apoyada, comprendida en el ámbito socio-

cultural, en el contexto familiar y los profesionales de la salud deberán estar al pendiente de sus necesidades.¹⁸

El acompañamiento es crucial cuando enfrentamos cambios que pueden provocarnos alteraciones emocionales, el apoyo es una fuente de recursos materiales, afectivos y de servicio que nos ayudan hacer frente a situaciones de riesgo; permitiendo al individuo mejorar su estado físico, mental y emocional.¹⁹

La revista Internacional de Investigación Ambiental y Salud Pública del 2019 señala al apoyo social como factor protector contra de la depresión posparto no solo para esta patología sino para el bienestar del recién nacido ya que uno de los efectos adversos se ven reflejados en el neonato.²⁰

Apoyo Social

Está definido desde 1981 como provisiones instrumentales o expresivas, reales o percibidas, aportadas por la comunidad, redes sociales y amigos íntimos el cual tiene diversas funciones como:

- Funciones del apoyo social sustentadoras de la salud.
- Funciones del apoyo social reductoras del estrés.²¹

Métodos diagnósticos

Test de Duke – Apoyo social

El apoyo emocional es curativo en el momento en que nos sentimos solos este tipo de apoyo nos ofrece consuelo, seguridad y tranquilidad, es importante tener un instrumento que valore este aspecto; el cuestionario de Duke UNK (Functional Social Support Questionnaire DUKE-UNK-11) es uno de ellos y fue creado por Broadhead Gehlbach, Degruy y Kaplan 1988.²²

En México ha sido empleada por Julio Alfonso Piña López y Blanca Margarita Rivera Icedo; para estudios relacionados al apoyo familiar en pacientes con VIH que presentan

conflicto en su ajuste psicológico, abarcando aspectos: como depresión, estados de estrés y aislamiento social, los resultados obtenidos fueron evaluados con el coeficiente de Cronbach con un total de 0.92; concluyendo la confiabilidad de este.²³

Consta de 11 Ítems; valora el apoyo confidencial y afectivo, calificado con una escala de Likert con 5 opciones del 1 al 5; las puntuaciones van desde los 11 a los 55 puntos.

1. Mucho menos de lo que deseo (1).
2. Menos de lo que deseo (2).
3. Ni mucho ni poco (3).
4. Casi como deseo (4).
5. Tanto como deseo (5).

Resultados:

Valores	Máximo	Medio	Mínimo
Apoyo total	55	33	11
Apoyo afectivo	25	15	5
Apoyo confidencial	30	18	6

Apoyo afectivo: 25 máximo y 5 mínimo, media de 15, cifras menores indican **escasos recursos afectivos.**

Apoyo confidencial: 30 máximo y 6 mínimo, media 18. cifras menores a media expresan **escaso apoyo confidencial.**

Los siguientes Ítems valoran lo siguiente:

1. El apoyo confidencial se valora a través de 5 ítems que se corresponden con las preguntas 2, 3, 5, 9, 11 del cuestionario, con una puntuación total de 25, es bueno si tenemos más de 15 puntos.
2. Apoyo afectivo existen 6 ítems que corresponden a las preguntas 1, 4, 6, 7, 8 y 10, con puntuación total de 30; más de 18 puntos significan es buen apoyo afectivo.
3. Tener más de 32 puntos es considerado apoyo social.²⁴

Test de Edimburgo – Depresión

Es un test que fue diseñado por Cox, Holden y Sagovsky en los centros de Livingston y Edimburgo para la detección de madres con depresión posparto, en estudios mexicanos ha demostrado buena confiabilidad; esta evaluación consiste en 10 enunciados cortos en las cuales la mujer selecciona una de 4 respuestas la que más se asemeja a como se

sintió la semana pasada, estas se califican de la siguiente manera, 0-3 siendo el rango total 0-30, obteniendo puntaje menor de 10: sin riesgo, 10-12: límite riesgo depresión, mayor o igual a 13: probable depresión²⁵ y cuenta con 5 sub escalas:

1. Disforia: Ítems 1,2,7,8,9.
2. Ansiedad: Ítems 4,5.
3. Sentimientos de culpa: Ítem 3.
4. Dificultades de concentración: Ítem 6.
5. Ideación suicida: Ítem 10.²⁶

Consta de los siguientes enunciados en relación a como se ha sentido en los últimos 7 días:

No.	Pregunta	Respuesta
1	He sido capaz de ver el lado divertido de las cosas	a) Tanto como siempre. b) No tanto como ahora. c) Mucho menos ahora. d) No nada.
2	He disfrutado mirar hacia delante	a) Tanto como siempre. b) Menos que antes. c) Mucho menos que antes. c) Casi nada
3	Cuando las cosas han salido mal me he culpado a mí misma innecesariamente	a) No, nunca. b) No con mucha frecuencia. c) Si, a veces. d) Si, la mayor parte de tiempo.
4	He estado nerviosa o inquieta sin tener motivo	a) No, nunca. b) Casi, nunca. c) Si, a veces. d) Si, con mucha frecuencia.
5	He sentido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo.	a) No, nunca. b) No, no mucho.

		c) Si, a veces d) Si, bastante
6	Las cosas me han estado abrumando	a) No, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre. b) No, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien. c) Si, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre. d) Si, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto.
7	Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir	a) No, nunca. b) No, con mucha frecuencia. c) Si, a veces. d) Si, la mayor parte del tiempo.
8	Me he sentido triste o desgraciada	a) No, nunca. b) No, con mucha frecuencia. c) Si, a veces. d) Si, la mayor parte del tiempo
9	Me he sentido tan desdichada que he estado llorando	a) No, nunca. b) Solo ocasionalmente. c) Si, bastante a menudo. d) Si, la mayor parte del tiempo.
10	Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño	a) Nunca. b) Casi nunca. c) A veces. d) Si, bastante a menudo.

Las respuestas se les otorgan un puntaje 0,2 y 3 de acuerdo a la letra marcada:

a)=0 puntos b)=1 punto c)=2 puntos d)=3 puntos

- Durante el embarazo: Una puntuación de 13 o más puntos indica sospecha de depresión.

- En el posparto: Una puntuación de 10 o más puntos indica sospecha de depresión posparto.
- Cualquier puntaje distinto de cero = en la pregunta No. 10 requiere de evaluación adicional dentro de 24 h.²⁷

Estudios de relación entre apoyo social y depresión

Se han efectuado diversos estudios que miden la relación entre el apoyo social y depresión.

1. La revista cubana de obstetricia y ginecología del 2017 reporto un estudio transversal – correlacional de 76 mujeres en un periodo que va de 30 días a un año se les valoró sintomatología depresiva, percepción del apoyo social y funcionamiento familiar, la depresión fue detectada en 27,6 % de las puérperas; la asociación entre la presencia de depresión posparto con la percepción del apoyo social, fueron estadísticamente significativas, el apoyo social es un factor protector.²⁸

2. En Venezuela en el hospital “Dr. Manuel Noriega Trigo” durante el 2014; se efectuó una investigación no comparativa con diseño no experimental, transversal, de casos y controles, en la cual se estudiaron a 100 mujeres en puerperio tardío, divididas en 2 grupos pareado de 50 adolescentes (casos) y 50 adultas (controles), a quienes se aplicó la escala de depresión posparto Edimburgo, el resultado fue que las adolescentes mostraron un puntaje promedio menor que las adultas 4% a 72%, en los cuales es importante brindar apoyo en la presencia de conflictos maritales en riesgo de violencia intrafamiliar o maltrato.²⁹

3. En México se efectuó un estudio durante segundo semestre del año 2011 y el mes de enero del 2012, por parte del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado el cual fue de tipo descriptivo, observacional y transversal, a 183 pacientes pertenecientes a 3 tipos de zonas: rural, urbana e indígena, del estado de Veracruz, a quienes se les aplico el cuestionario de Edimburgo, con los siguientes resultados: 23% tuvo datos significativos, 16% en población urbana, 26% a la rural y el

27% en la población indígena; en pruebas de comparación sin diferencias estadísticamente significativas. ³⁰

4. En un estudio efectuado en Colombia durante el 2012 se efectuó la evaluación de factores asociados a síntomas depresivos con importancia clínica en el posparto en adolescentes en Cartagena, estudio de tipo analítico observacional, transversal, en 460 adolescentes en edades de 10 – 19 años quienes fueron captadas desde su 1º cita de control a los 7 días del posparto en centros de atención primaria; aplicando la Escala de Depresión Postparto de Edimburgh, la escala de Duke para apoyo social y el cuestionario de Apgar para funcionalidad familiar, se obtuvieron los siguientes resultados en mujeres de 16 años el 49.6% (228) presentaron factores asociados a síntomas depresivos con importancia clínica , 44.3% (204) presentó bajo apoyo social y el 67,2 % (309) tenía familias disfuncionales. Los factores asociados a síntomas depresivos con importancia clínica se asociaron a se asociaron a bajo apoyo social, bajo apoyo afectivo y bajo apoyo confidencial. ³¹

Ayudar a alguien con depresión es un gran reto, debido a que ellas no reconocen y no están conscientes de su padecimiento, con frecuencia las personas tienen vergüenza por sentirse así y creen que con voluntad podrán salir adelante, por lo que nosotros como médicos de primer nivel entramos en la parte crucial de la detección.

5.JUSTIFICACIÓN

Magnitud: El congreso de la unión señaló que para México una enfermedad mental cuesta aproximadamente \$2,493,000 de dólares y repercute en el ausentismo laboral con un porcentaje de 35 a 45%,⁸ en el Instituto Mexicano del Seguro Social existe casi la misma proporción de hombres y de mujeres (alrededor del 30% para cada sexo³²), por lo que vale la pena poner atención a su detección oportuna.

Trascendencia: Muchas mujeres se encuentran o ven afectadas por depresión incluso antes de su embarazo, lo que condiciona un ambiente no favorable para el recién nacido ya que este mantiene una comunicación especial con sus madres y recoge toda la información recibida durante el proceso de su formación, la estadística del 2018 señala que 1:11 bebés serán testigos de depresión posparto en su 1º año de vida³³

La trascendencia de este trabajo en 12, 892, 317 niños mexicanos que pueden mejorar su calidad de vida al tener una madre con equilibrio mental si se efectuara una detección oportuna de depresión posparto; el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) informa que a la fecha es decir 2019 se atiende a 10 millones 892 mil 317 niñas y niños de entre 0 y 15 años de edad que son derechohabientes en sus clínicas y hospitales en todo el país además en el IMSS BIENESTAR se atiende a casi 2 millones de niños de 0 a 9 años en comunidades indígenas y rurales³⁴, somos la institución de salud más grande en todo el país y Latinoamérica, por lo que se podría generar mayor salud a generaciones de niños futuras e impulsar la productividad de la población femenina que se encuentra laborando actualmente.

Factibilidad: Esta investigación es factible por la sencillez del acceso a las derechohabientes adscritas al HGZ MF No. 1, Pachuca de Soto, Hidalgo el cual es un hospital de concentración en el estado, además de que al ser un estudio observacional no representa un costo elevado para su realización.

6. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Tener un bebe es un gran evento en la vida de una mujer, que forja un gran cambio y origina la pregunta: ¿cómo llevara su vida desde ese momento?, esta transición puede llevar a la “depresión posparto”: una patología frecuente que le impide al individuo verse así mismo, a su entorno y su futuro de una manera positiva, conduciéndolo a la soledad.

En el ambiente familiar las madres ocupan un lugar decisivo, cuando ella se siente de esta manera genera mayores consecuencias sobre los demás, que incluso sobre si misma; debido a que despoja al niño de la afectividad que precisa, dando como resultado perturbación en la capacidad de relacionarse con otras personas y su entorno.

La depresión repercute también en su desempeño laboral; porque disminuye la capacidad cognitiva que da como resultado: absentismo, reducción de la productividad laboral que conduce a la incapacidad temporal o permanente.

Estamos frente a un asunto de salud pública en el cual no solo se ve afectada una mujer en edad productiva sino también a un nuevo individuo que se integra a la sociedad; por lo que es valioso conocer la relación que guarda el apoyo social el cual tiene el poder de amortiguar los efectos negativos en la salud mental y física con la depresión posparto.

Por lo que ante esta situación surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la relación del apoyo social con la depresión posparto en mujeres adscritas al HGZ MF No. 1, Pachuca de Soto, Hidalgo?

7. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL.

Determinar el apoyo social y su relación con la depresión posparto en mujeres adscritas al HGZ MF No. 1, Pachuca de Soto, Hidalgo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar las características sociodemográficas de la población en estudio.
2. Identificar las características de los antecedentes obstétricos
3. Identificar si el recién nacido ha sido deseado.
4. Identificar el riesgo de depresión posparto.
5. Identificar el apoyo social.

8. HIPÓTESIS

Hipótesis alterna (Ha)

El apoyo social y su relación con la depresión posparto en mujeres adscritas al HGZ MF No. 1, Pachuca de Soto, Hidalgo, se encuentra dentro del 35% reportado en la literatura

Hipótesis nula (Ho)

El apoyo social y su relación con la depresión posparto en mujeres adscritas al HGZ MF No. 1, Pachuca de Soto, Hidalgo, no se encuentra dentro del 35% reportado en la literatura

MATERIAL Y MÉTODOS

9.1 TIPO DE ESTUDIO

- Observacional, Descriptivo, Transversal, Prolectivo

El cual tiene las siguientes características:

- **Observacional:** Consiste en la medición y el registro de los hechos observables sin pretender modificar los factores que los influyen.
- **Descriptivo:** Se describió la frecuencia de una exposición o resultado en una población definida.
- **Transversal:** Se desarrollan en un momento concreto del tiempo.
- **Prolectivo:** la recolección de la información de acuerdo con los criterios del investigador para los fines específicos de la investigación, se dio después de la planeación de esta.

9.2 UNIVERSO DE TRABAJO

Mujeres en edad fértil adscritas al HGZ MF No. 1 de Pachuca Hidalgo,

9.3 POBLACIÓN

Mujeres de 20 a 49 años de edad, que acudieron a la consulta externa en el periodo del estudio con el antecedente de resolución de su embarazo en un periodo no mayor a un año

9.4 LUGAR DONDE SE DESARROLLARA EL ESTUDIO

Se realizó en la consulta externa de medicina familiar, EMI, medicina preventiva; del HGZMF No. 1, Instituto Mexicano del Seguro Social en la Cd. de Pachuca, Hgo.

9.5 CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Derechohabientes del IMSS adscritos al HGZ MF No. 1, Pachuca de Soto, Hidalgo.
- Del sexo femenino
- De edad comprendida entre 20 a 49 años de edad
- Que acudan a la consulta de medicina familiar, medicina preventiva o EMI, en el periodo del estudio
- Con antecedente de resolución del embarazo en un periodo no mayor a un año.
- Que acepten participar en el estudio y den su consentimiento bajo información por escrito.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Pacientes con diagnóstico y/o tratamiento de depresión previo al embarazo
- Pacientes con alguna limitación física o mental que le impidan responder el cuestionario

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

- Pacientes que en un inicio decidieron participar y dieron su consentimiento bajo información por escrito pero que en algún momento de la investigación externen el deseo de retirarse.
- Registros incompletos.

9.6. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variables independientes: mujeres en periodo posparto

Variable dependiente: Riesgo de depresión.

Variables intervinientes: Gesta, parto, cesárea, aborto, embarazo deseado y apoyo social.

Variable sociodemográficas: Edad, escolaridad, estado civil y ocupación.

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS:

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento que ha vivido una persona hasta el momento actual.	Años de vida referidos por el paciente y en base a la fecha de nacimiento del mismo, hasta el momento actual.	Cuantitativa Discreta De intervalo	1. 20-24 2. 25-29 3. 30-34 4. 35-39 5. 40-44 6. 45-49
Escolaridad	Grado académico que se ha obtenido en base al nivel de escolaridad cursado.	Grado máximo de estudios que tiene el paciente en estudio.	Cualitativa Ordinal	1. Analfabeta 2. Sabe leer y escribir 3. Primaria 4. Secundaria 5. Técnica 6. Bachillerato 7. Licenciatura 8. Otros
Estado civil	Es la Situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra con quien se crean lazos jurídicos.	Estadomarital que tiene el paciente en estudio.	Cualitativa Nominal	1. Casada 2. Soltera 3. Unión libre 4. Divorciada 5. Separada 6. Viudo/a
Ocupación	Actividad a la que cotidianamente se dedica una persona y por el cual puede o no recibir remuneración económica	Actividad cotidiana actual al que se dedica el paciente al momento del estudio.	Cualitativa Nominal	1. Hogar 2. Empleada 3. Obrera 4. Técnica 5. Profesional 6. Jubilada/

				<p>pensionada</p> <p>7. Desempleada</p> <p>8. Otros</p>
--	--	--	--	---

VARIABLE INDEPENDIENTE:

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR
Puerperio	Periodo de tiempo que dura la recuperación completa del aparato reproductor después del parto que suele durar entre 5 y 6 semanas.	Días posteriores al parto: 1.-Inmediato: primeras 24 horas. 2.- Mediato: 2- 7 días. 3.- Tardío 7 – 42 días.	Cualitativa Ordinal	1. Inmediato 2.Mediato 3. Tardío.

VARIABLE INTERVINIENTE:

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR
Apoyo social	Provisiones instrumentales o expresivas, reales o percibidas, aportadas por la comunidad, redes sociales y amigos íntimos	Puntuaciones en la escala de Duke de apoyo social funcional. Apoyo afectivo: 25 máximo y 5 mínimo, media de 15, cifras menores indican escasos recursos afectivos. Apoyo confidencial: 30 máximo y 6 mínimo, media 18. Cifras menores a media expresan escaso apoyo confidencial.	Cualitativa Nominal	1. Apoyo afectivo. 2. Escasos recursos afectivos. 3. Apoyo confidencial. 4. Escaso apoyo confidencial
Número de Gestaciones	El número de embarazos completos o incompletos experimentados.	Cantidad de embarazos experimentados.	Cuantitativa Discreta	1,2,3,4 5 y más de 6.
Resolución del embarazo	Vía de terminación del embarazo.	Parto: Resolución del embarazo vía vaginal Cesárea: Resolución del	Cualitativa Nominal Dicotómica	Parto / Cesárea

		embarazo mediante cirugía.		
Abortos	La cantidad de embarazos que no llegaron a término ya sea voluntario o involuntario	Son el número de embarazos interrumpidos de cualquier etiología que refiere la paciente en la ficha de identificación.	Cuantitativa discreta	1,2,3,4, 5 y más de 6.
Embarazo deseado	Es el embarazo producido sin el deseo y/o planificación previa y ante la ausencia o fallo de métodos anticonceptivos que prevengan un posible embarazo.	Es la perspectiva del deseo en la madre con respecto al reciente embarazo.	Cualitativa Nominal Dicotómica	1. Si 2. No

VARIABLE DEPENDIENTE:

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR
Riesgo de depresión	Riesgo de presentar depresión que surge en el período que va desde la concepción hasta el final del primer año postnatal	Puntuaciones en la escala de Edimburgo. 1. <10: sin riesgo. 2. 10-12: límite riesgo depresión. 3. Mayor o igual a 13: probable depresión.	Cualitativa nominal	1. Sin riesgo 2. Límite de riesgo. 3. Probable depresión

9.7 DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

Previa autorización por el Comité de Ética en Investigación y el Comité Local de Investigación en Salud, se efectuó el estudio en el área de consulta externa de medicina familiar, EMI, medicina preventiva del HGZMF No.1, Pachuca de Soto, Hidalgo, ambos turnos; se identificó a las mujeres adscritas con antecedente de resolución de su embarazo en un lapso menor a un año, se explicó e informó de los objetivos y procedimientos del estudio, se les invitó a participar en él, puntualizando el carácter de confidencialidad, una vez que aceptaron participar se solicitó su consentimiento bajo información por escrito, procediendo a la aplicación de la cédula, recolección de datos efectuando la escala de Edimburgo y cuestionario de Duke, el investigador aclaró las

dudas que surgieron durante la entrevista, al obtener los resultados; las mujeres identificadas con riesgo se les evaluará el estado mental, efectuándose la observación al médico tratante; una vez obtenido el total de la muestra; se procedió a elaborar una base de datos en Excel la cual se manejó con folios para mantener la confidencialidad de las participantes, se realizó el análisis estadístico. De esta manera, con el presente estudio se conoció la relación del apoyo social funcional y el riesgo de depresión posparto en mujeres adscritas al HGZMF No. 1, Pachuca de Soto, Hidalgo.

9.8 TAMAÑO DE LA MUESTRA

Dado que el estudio es descriptivo se puede obtener el cálculo de la muestra representativa para el estudio, y dar mayor validez al mismo; se utilizó la fórmula de proporciones para poblaciones finitas; estimando una proporción y conociendo el total de 1,540 pacientes puérperas mayores de 20 y menores de 49 años adscritos al HGZ/MF No. 1 durante el año 2018, obtuvimos el tamaño de la muestra aplicando la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N * Z\alpha^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z\alpha^2 * p * q}$$

Dónde:

- N = Población total (1540)
- Zα = 1.96 (la seguridad es del 95%)
- p= proporción esperada (en este caso 35% = 0.35)
- q= 1 – p (1 – 0.35 = 0.65)
- d= precisión (en este caso deseamos un 7%)

$$n = \frac{(1,540) (1.96)^2 (0.35) (0.65)}{(0.07)^2 (1,540-1) + (1.96)^2 (0.35) (0.65)}$$

$$n = \frac{(1,540) (3.8416) (0.35) (0.65)}{(0.00495) (1,539) + (3.8416) (0.35) (0.65)}$$

$$n = \frac{1,345.90456}{7.5411 + 0.873964}$$

$$n = \frac{1,345.90456}{8.415064}$$

8.415064
n = 159.93-
Total de muestra 160 pacientes

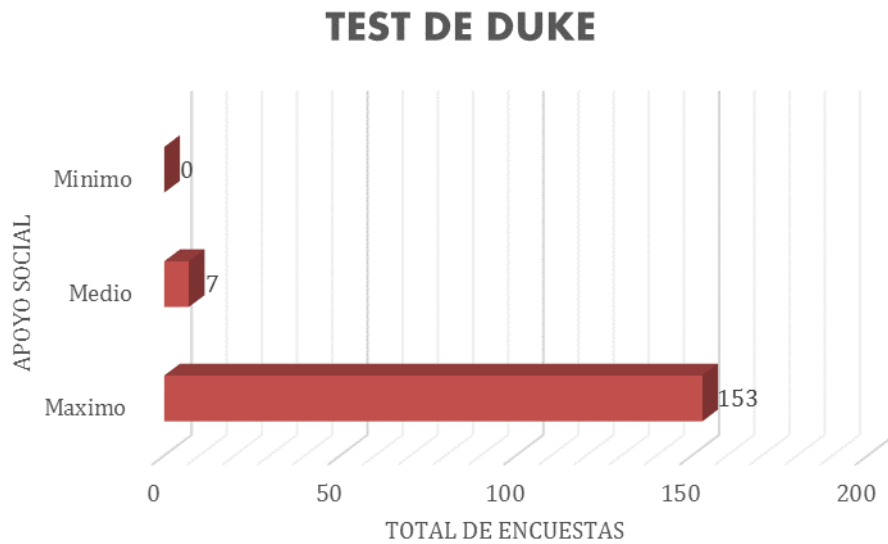
MUESTREO: Se obtuvo un muestreo no probabilístico por conveniencia, para la selección de 160 pacientes con antecedente de haber tenido la resolución del embarazo en un periodo no mayor a 1 año que acudieron a la consulta externa de MF, EMI y medicina preventiva del HGZMF No. 1, en el periodo del estudio.

9.9. PROCESAMIENTO DE DATOS Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO

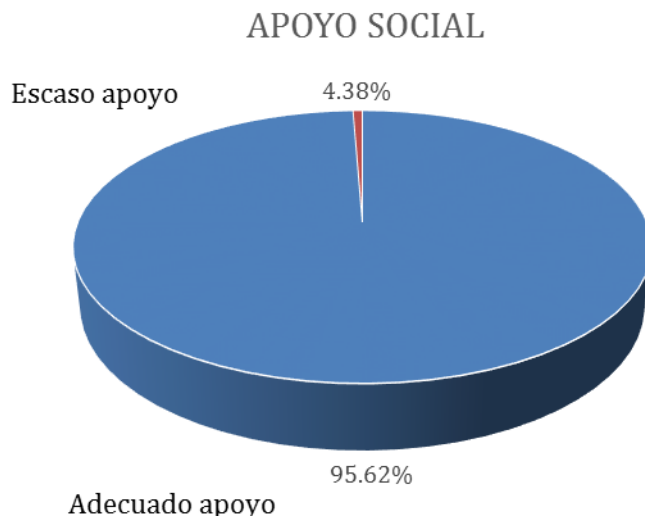
Se utilizó estadística descriptiva, con análisis univariado que consistirá en calcular frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central (media o mediana), y dispersión (desviación estándar o varianza); que inciden el apoyo funcional y su relación con la depresión posparto en mujeres adscritas al HGZMF No. 1, Pachuca de Soto, Hidalgo.

10.RESULTADOS

Al realizarse la aplicación del instrumento al total de nuestra muestra que fueron 160 derechohabientes en el Test de Duke obtuvimos que solo 7 de ellas se encuentran con escaso apoyo social (dentro de un apoyo medio) respecto al puntaje obtenido como en la literatura se cita que el tener más de 32 puntos es considerado apoyo social.²⁴, lo que nos indica que el resto 153 cuentan con un adecuado apoyo social.



Fuente: Elaboración propia



Fuente: Elaboración propia

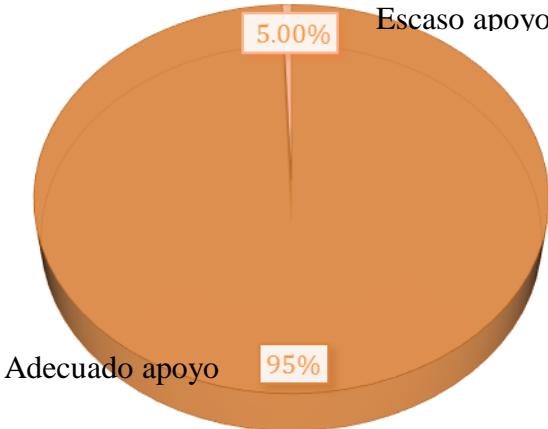
Con lo que

se

obtuvo un 4.38% del total de nuestra muestra.

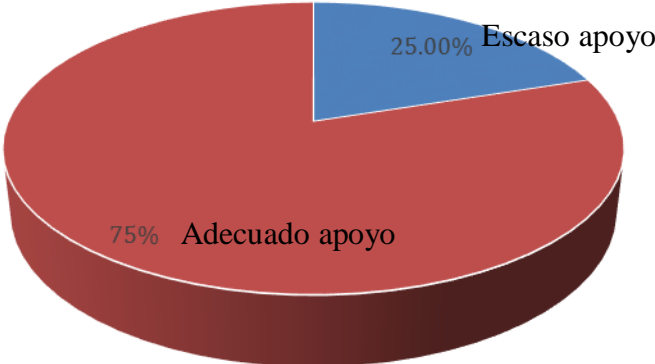
Recordemos que el Test de Duke nos valora con sus 11 ítems el apoyo afectivo y el apoyo confidencial, obteniendo en este estudio en el rubro de Apoyo Afectivo que solo 8 de ellas se encontraron con escaso apoyo afectivo, lo que correspondió al 5% del total.

APOYO AFECTIVO



Fuente: Elaboración propia

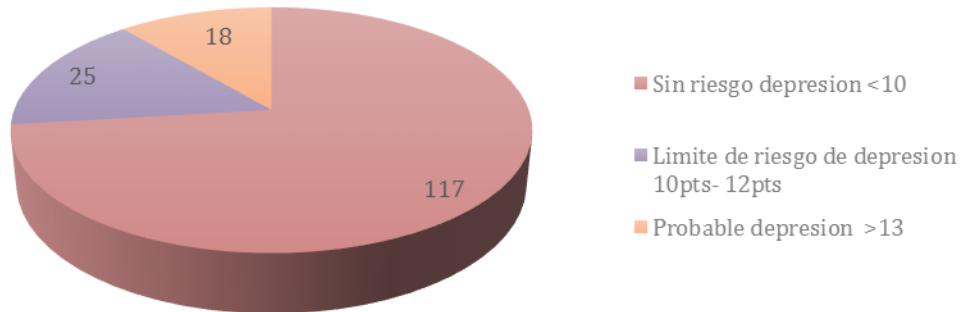
APOYO CONFIDENCIAL



Fuente: Elaboración propia

Por lo que en Apoyo Confidencial obtuvimos que 40 de nuestras derechohabientes encuestadas se encuentran con escaso apoyo resultando un 25% de nuestro total.

TEST DE EDIMBURGO



Fuente: Elaboración propia

Al realizar el Test de Edimburgo para sospecha de madres con depresión posparto a nuestra muestra total encontramos que 25 de ellas se encuentran en límite de riesgo y 18 con probable depresión posparto, lo que nos da un 27% en total con sospecha de depresión posparto.

De acuerdo a establecer si existe relación entre apoyo social y depresión posparto al realizar prueba de chi – cuadrada, obtuvimos:

FRECUENCIAS OBSERVADAS			
	SIN RIESGO DE DEPRESION	SOSPECHA DEPRESION	TOTAL
ESCASO APOYO SOCIAL	2	5	7
ADECUADO APOYO SOCIAL	115	38	153
TOTAL	117	43	160

FRECUENCIAS ESPERADAS			
	SIN RIESGO DE DEPRESION	SOSPECHA DEPRESION	TOTAL
ESCASO APOYO SOCIAL	5.12	1.88	7
ADECUADO APOYO SOCIAL	111.88	41.12	153
TOTAL	117	43	160

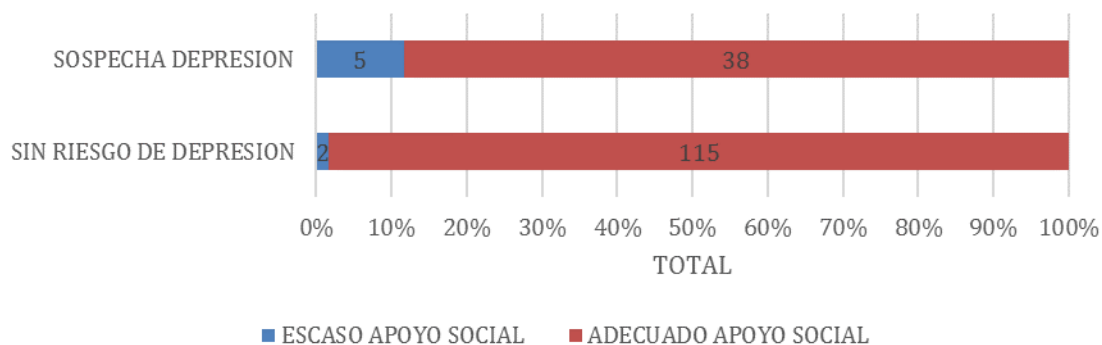
Con un valor de confianza del 95%, obtuvimos como resultado Chi – cuadrada no es válida ya que el 25% de los resultados esperados son menores de 5; donde:

Chi – cuadrada (X²): 7.394

Grados de libertad (gl): 1

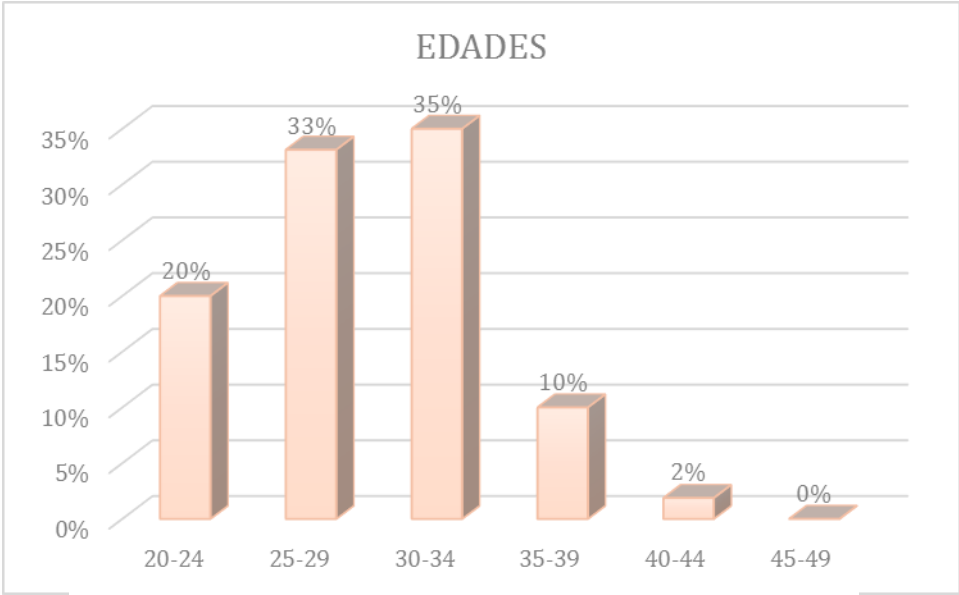
Significación (p): 0.0065

GRÁFICA DE VALORES OBSERVADAS



Fuente: Elaboración propia

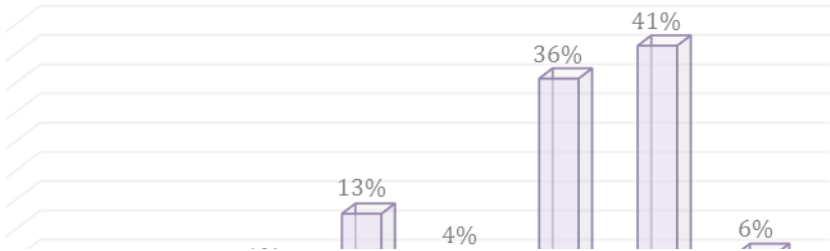
Dentro de las características sociodemográficas de nuestra población muestra total encuestada obtuvimos que el intervalo de edad es de 30 a 34 años.



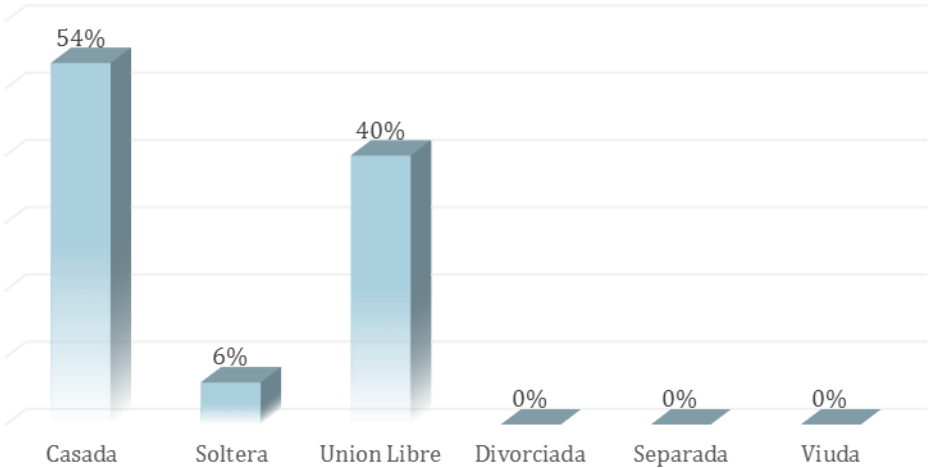
Fuente: Elaboración propia

Con una escolaridad de Licenciatura correspondiendo al 41%, seguida de bachillerato con un 36%.

ESCOLARIDAD

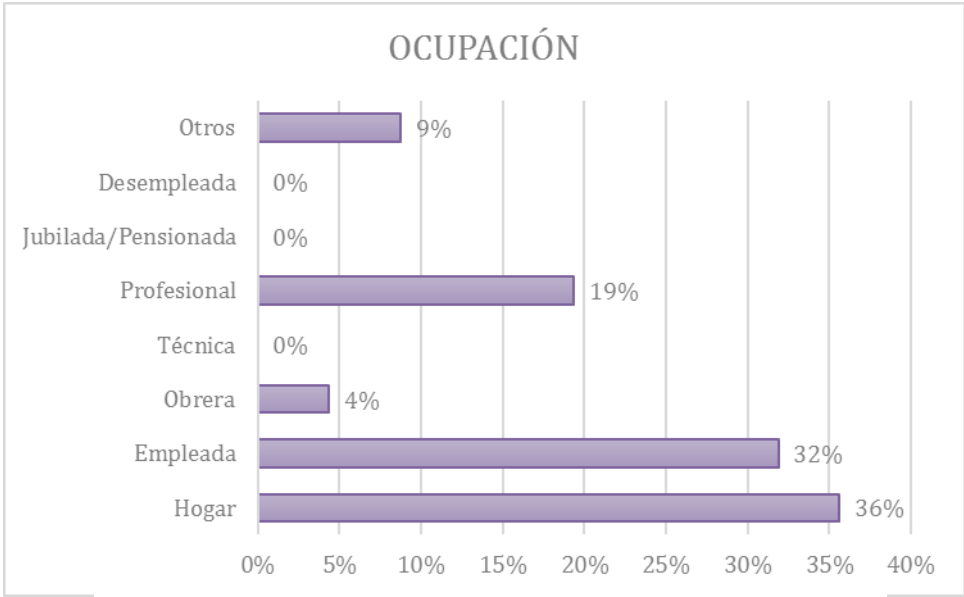


ESTADO CIVIL



Fuente: Elaboración propia

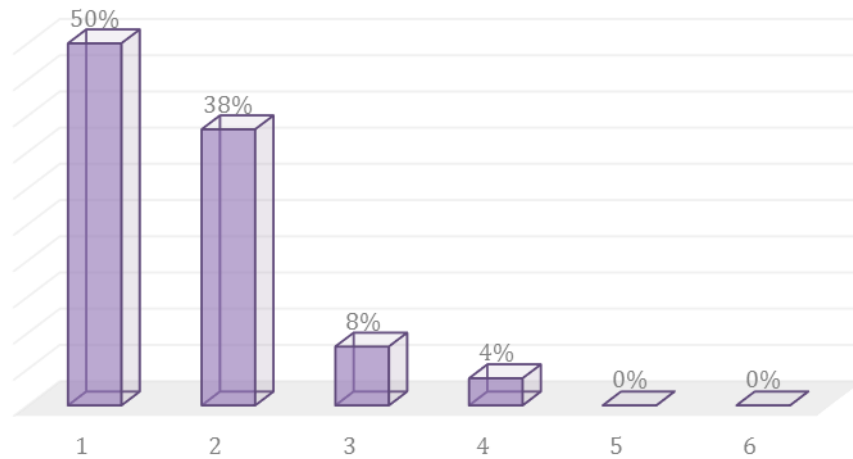
Con un estado civil de casadas predominante de 54%, seguida de la unión libre con un 40%; así como siendo dentro de ocupación ama de casa la más común con 36%.



Fuente: Elaboración propia

En cuanto a antecedentes obstétricos de las derechohabientes encuestadas predominaron las primigestas con un 50%.

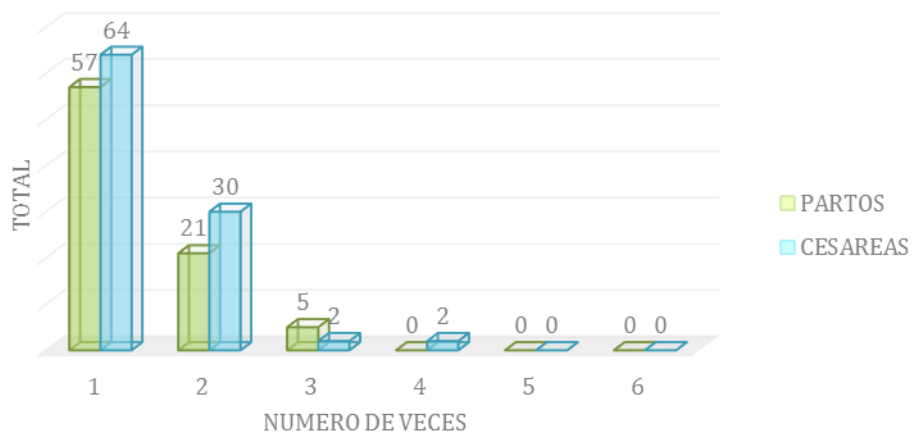
NÚMERO DE GESTAS



Fuente: Elaboración propia

Presentándose la cesárea como la vía de resolución del embarazo la más común entre nuestra población muestra.

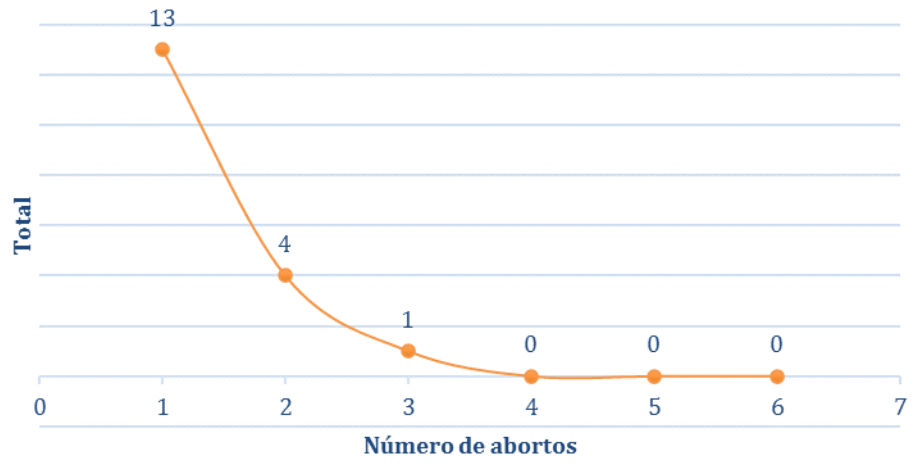
RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO



Fuente: Elaboración propia

Encontramos que 13 de nuestras derechohabientes encuestadas habrían cursado con antecedente de 1 aborto y 4 de ellas con antecedente de 2 abortos.

ANTECEDENTE DE ABORTO



Fuente: Elaboración propia

11.CONCLUSIONES

La presente tesis tuvo como objetivo el determinar el apoyo social y su relación con la depresión posparto en mujeres adscritas al HGZ MF No.1, para demostrarlo se realizó la aplicación de una encuesta con dos métodos diagnósticos el test de Duke para valorar el apoyo social y el test de Edimburgo para valorar sospecha de depresión posparto, así como identificar las características sociodemográficas y antecedentes obstétricos a la población muestra de 160 pacientes obteniendo lo siguiente:

Que las características sociodemográficas de las pacientes encuestadas obtuvimos en general (160) y con sospecha de depresión posparto (43) con edades predominantes de 30 a 34 años en un 33% y en pacientes con depresión se encuentran en el intervalo de 25-29 con un 11%; en grado de escolaridad encontramos que un 41% cuenta con licenciatura, pero en pacientes con sospecha de depresión solo cuentan con bachillerato correspondiendo a un 11%; en cuanto a su estado civil 54% son casadas y 13% de ellas tienen sospecha de depresión, la ocupación de las derechohabientes 36% son amas de casa y 11% igual con sospecha de depresión.

Se obtuvo en antecedentes obstétricos que en el 99% el producto fue deseado, 50% de ellas eran primigestas, siendo la resolución del embarazo más común la cesárea, así como solo 13 de ellas haber cursado con antecedente de aborto en una ocasión, en las pacientes con sospecha de depresión posparto prevalecieron estos datos.

Durante la identificación del apoyo social con el Test de Duke encontramos que 153 de ellas que corresponde al cuentan con adecuado apoyo, por lo que el 4.38% refieren escaso apoyo social, este método diagnóstico también divide el apoyo social en recursos de apoyo afectivo y de apoyo confidencial. En estos rubros solo el 5.0% se encuentra con escaso recurso de apoyo afectivo y un 25% con escaso apoyo confidencial. Concluyendo que de nuestras derechohabientes encuestadas cuentan con apoyo social adecuado.

En la aplicación del Test de Edimburgo para determinar si existe riesgo de depresión o

se encuentran con probable depresión se obtuvo que 43 de ellas se encuentran en este rubro dando como resultados un 16% en riesgo y el 11% con probable depresión, el resto que corresponde al 73% se encuentran sin riesgo de depresión.

Así que ante todo lo mencionado antes y al responder nuestra pregunta de la investigación ¿Cuál es la relación del apoyo social con la depresión posparto en mujeres adscritas al HGZ MF No? 1, Pachuca de Soto, Hidalgo? Al obtener porcentajes mínimos en escaso apoyo y riesgo de depresión y aplicar chi cuadrada nos mostró que el resultado no fue significativo porque fue de 0.0065 lo que nos permite comprobar la hipótesis nula en la cual se menciona que el apoyo social y su relación con la depresión posparto en mujeres adscritas al HGZ MF No. 1, Pachuca de Soto, Hidalgo, no se encuentra dentro del 35% reportado en la literatura.

La relación que se presenta en este estudio de apoyo social el cual fue de 95.62% con el riesgo de depresión posparto del 11%, mostrándose en el estudio que existe un gran porcentaje de apoyo social a las pacientes encuestadas, por lo que podría ser el resultado bajo de pacientes portadoras de depresión posparto.

Pero cabe recalcar que las pacientes que cursan con sospecha de depresión posparto con adecuado apoyo social o sin él son pacientes entre 25-29 años, con bachillerato, amas de casa dedicadas al hogar, cursando su primer embarazo.

Por lo que consideró es un área que puede seguir estudiándose, nuestra población de embarazadas siempre debe de estar en la mira de investigación, hay tantos temas que abordar, así como ser un grupo importante ya que en el rol de madre son parte importante de la estructura familiar.

En cuanto a las recomendaciones referentes a este estudio ya que consideró es importante seguir conociendo más sobre la depresión posparto por lo que es importante seguir con su investigación, en el caso de éste estudio realizado en tiempos de contingencia sanitaria por SARS-CoV-2 cumpliendo una de las indicaciones como el aislamiento social, los resultados obtenidos podrían encontrarse como falsos negativos

ya que establece que existe un apoyo social suficiente en la mujer embarazada, pudiéndose derivar del confinamiento en casa, con la participación de todos los integrantes de la familia en las actividades domésticas, acompañamiento de las modificaciones emocionales, licencias en el trabajo por ser una población en riesgo con disfrute total de la gestación, y que se encuentran concomitando los posibles datos por depresión asociada a la contingencia y los datos de depresión posparto. Por tanto, sería importante realizar la aplicación posteriormente de métodos diagnósticos en condiciones idóneas y realizar la comparación de los resultados con este estudio. Así como contar con el apoyo de profesionales con experiencia en temas de psicología y psiquiatría para brindar al término una orientación del cómo manejar esta problemática.

12. ASPECTOS ÉTICOS

REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE INVESTIGACION PARA LA SALUD

ARTÍCULO 16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

ARTÍCULO 17.- Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este Reglamento, las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías;

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 MI. 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.

“INVESTIGACIÓN CON RIESGO MÍNIMO”

Se trata de una investigación en la que la recopilación de datos se efectuara a partir de la aplicación de una cedula de recolección por lo que se requerirá de la firma del consentimiento informado. Este protocolo será presentado al Comité Local de ética en Investigación y el comité Local de Investigación en Salud del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Pachuca, Hidalgo, para su aprobación.

LA DECLARACIÓN DE HELSINKI DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL

Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos adaptada por la 64ª asamblea general, Fortaleza, Brasil, octubre 2013.

Introducción:

1. La Asociación Médica Mundial (AMM) ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables.

La Declaración debe ser considerada como un todo y un párrafo debe ser aplicado con consideración de todos los otros párrafos pertinentes.

2. Conforme al mandato de la AMM, la Declaración está destinada principalmente a los médicos. La AMM insta a otros involucrados en la investigación médica en seres humanos a adoptar estos principios

Principios generales

3. La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico con la fórmula "velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente", y el Código Internacional de Ética Médica afirma que: "El médico debe considerar lo mejor para el paciente cuando preste atención médica".

4. El deber del médico es promover y velar por la salud, bienestar y derechos de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.
5. El progreso de la medicina se basa en la investigación que, en último término, debe incluir estudios en seres humanos.
6. El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.
7. La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.
8. Aunque el objetivo principal de la investigación médica es generar nuevos conocimientos, este objetivo nunca debe tener primacía sobre los derechos y los intereses de la persona que participa en la investigación.
9. En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación. La responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.
10. Los médicos deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que los jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico nacional o internacional disminuya o elimine cualquiera medida de protección para las personas que participan en la investigación establecida en esta declaración.
11. La investigación médica debe realizarse de manera que reduzca al mínimo el posible daño al medio ambiente.

12. La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas con la educación, formación y calificaciones científicas y éticas apropiadas. La investigación en pacientes o voluntarios sanos necesita la supervisión de un médico u otro profesional de la salud competente y calificada apropiadamente.

13. Los grupos que están sobre presentados en la investigación médica deben tener un acceso apropiado a la participación en la investigación.

14. El médico que combina la investigación médica con la atención médica debe involucrar a sus pacientes en la investigación sólo en la medida en que esto acredite un justificado valor potencial preventivo, diagnóstico o terapéutico y si el médico tiene buenas razones para creer que la participación en el estudio no afectará de manera adversa la salud de los pacientes que toman parte en la investigación.

15. Se debe asegurar compensación y tratamiento apropiados para las personas que son dañadas durante su participación en la investigación.

Requisitos científicos y protocolos de investigación

21. La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de información pertinentes, así como en experimentos de laboratorio correctamente realizados y en animales, cuando sea oportuno. Se debe cuidar también del bienestar de los animales utilizados en los experimentos.

22. El proyecto y el método de todo estudio en seres humanos deben describirse claramente y ser justificados en un protocolo de investigación.

Comités de ética de investigación

23. El protocolo de la investigación debe enviarse, para consideración, comentario, consejo y aprobación al comité de ética de investigación pertinente antes de comenzar el estudio. Este comité debe ser transparente en su funcionamiento, debe ser independiente del investigador, del patrocinador o de cualquier otro tipo de influencia indebida y debe estar debidamente calificado. El comité debe considerar las leyes y reglamentos vigentes en el país donde se realiza la investigación, como también las

normas internacionales vigentes, pero no se debe permitir que éstas disminuyan o eliminen ninguna de las protecciones para las personas que participan en la investigación establecidas en esta Declaración.

El comité tiene el derecho de controlar los ensayos en curso. El investigador tiene la obligación de proporcionar información del control al comité, en especial sobre todo incidente adverso grave. No se debe hacer ninguna enmienda en el protocolo sin la consideración y aprobación del comité. Después que termine el estudio, los investigadores deben presentar un informe final al comité con un resumen de los resultados y conclusiones del estudio.

Privacidad y confidencialidad

24. Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal

13. RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

RECURSOS HUMANOS:

Se cuenta con un asesor clínico la Dra. Yesenia Pichardo Daniells y metodológico Dra. Maritza Ferrera López, ambas especialistas en medicina familiar, con experiencia en el tema, quienes han participado en otros proyectos de investigación, así como una tesista residente en medicina familiar Dra. Hernández Sánchez Rosa Paulina.

RECURSOS MATERIALES:

Laptop, impresora, hojas, lápices, plumas, instrumento de recolección, gomas, paquete estadístico. Hojas blancas.

RECURSOS FINANCIEROS:

Los gastos generados por la presente investigación serán cubiertos por los investigadores que participaron en la misma.

FACTIBILIDAD:

Este estudio es factible ya que se tiene accesibilidad a las pacientes derechohabientes del HGZ MF. No 1 Pachuca de Soto, Hidalgo; quienes se encuentran en la sala de espera del área de consulta externa de medicina familiar, EMI, medicina preventiva que tengan antecedente de resolución de su embarazo menor a un año, en este transcurso de tiempo se aprovechó para el llenado de la cédula, actuando de tal manera que no se interfiera con sus actividades.

14. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

MES	Abril 2020	Mayo 2020	Junio 2020	Julio 2020	Agosto 2020	Sep 2020	Oct 2020	Nov 2020	Dic 2020	Ene 2021	Feb 2021
Planeación del proyecto											
Realizado											
Revisión, selección de la bibliografía											
Realizado											
Elaboración del protocolo											
Realizado											
Presentación al CLIES											
Realizado											
Realización de correcciones											
Realizado											
Recolección de información											
Realizado											
Análisis de los resultados											
Realizado											
Conclusiones											
Realizado											
Otras actividades											

15. BIBLIOGRAFIA

1. Secretaría de gobernación. NORMA Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. 2016.
http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016
2. Corrigan C, Kwasky A, Groh C. Social Support, Postpartum Depression, and Professional Assistance: A Survey of Mothers in the Midwestern United States. *J Perinat Educ.* 2015; 24(1): 48–60.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4720860/>
3. World health organization. Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. Geneva: World Health Organization; 2017.
4. Fuentes L. México social: depresión, agenda de riesgo. *Excelsior.* 2015.
<https://www.excelsior.com.mx/nacional/2017/04/04/1155769>
5. Belluck P. Depression During and After Pregnancy Can Be Prevented, National Panel Says. Here's How. *The New York Times.* 2019.
<https://www.nytimes.com/2019/02/12/health/perinatal-depression-maternal-counseling.html>
6. Lara M, Patiño P, Navarrete L, Nieto L. Depresión posparto un problema de salud pública que requiere mayor atención en México. *Género y Salud en Cifras.* 2017; 15 (2): 1-14.
7. El Instituto Nacional de Salud Pública. Analizan la depresión posparto y la depresión materna en México. 2015. <https://www.insp.mx/avisos/4137-analizan-la-depresion-posparto-y-la-depresion-materna-en-mexico.html>
8. Oficina de información científica y tecnológica para el congreso de la unión. Salud mental en México. INCYTU. 2018; 7: 1-6.
9. Molenaar N, Kamperman A, Boyce P. Guidelines on treatment of perinatal depression with antidepressants: An international review. 2018; 52 (4): 320 -327.
<https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0004867418762057>
10. US Preventive Services Task Force. Interventions to Prevent Perinatal Depression US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA.* 2019;321(6):580-587. doi:10.1001/jama.2019.0007

11. Hirst K, Moutier C, Postpartum Major Depression. *Am Fam Physician*. 2010 Oct 15;82(8):926-933
12. Brummelte S, Galea L. Postpartum depression: Etiology, treatment and consequences for maternal care. *Hormones and Behavior*. 2016; 77: 153–166. <http://isiarticles.com/bundles/Article/pre/pdf/76225.pdf>
13. Norhayati M, Hazlina N, Asrenee A, Emilin W. Magnitude and risk factors for postpartum symptoms:A literature review. *Journal of Affective Disorders*.2015; 175: 34–52. <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0165032714008271?token=CA93588FE85E3CDC410FA32E0BD0516CE94885D84E03C0BCD05C4D9EF89A4A7AB548B7D071501547760E3565275FF9B9>
14. Rai S, Pathak A, Sharma I. Postpartum psychiatric disorders: Early diagnosis and management. *Indian J Psychiatry*. 2015; 57:216-21.
15. Anokye R, Acheampong E, Budu-Ainooson A, Obeng E, Akwasi A. Prevalence of postpartum depression and interventions utilized for its management. *Ann Gen Psychiatry*. 2018; 17: 18. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5941764/>
16. Government of South Australia. Policy clinical guideline psychosis in pregnancy and postpartum. 2016. https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/8fbf20004eeda373b123b36a7ac0d6e4/psychosis+in+pregnancy+and+postpartum_27042016.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE-8fbf20004eeda373b123b36a7ac0d6e4-INuWvRC
17. Pawluski J, Lonstein J, Fleming A. The neurobiology of postpartum anxiety and depression. *Trends in neurosciences*. 2017; 40 (2): 107-116.
18. Andrade R, Santos J, Cardoso M, Felleiros D. Factors Factors related to women´s health in puerperium and repercussions on child health. *Esc Anna Nery*. 2015; 19 (1). 181-186.
19. Trujano R, Flores M, Lara N, Mayen A. Apoyo social en población de adultos mayores. *Revista Alternativas en Psicología*. 2019; 41: 1-14.
20. Milgrom J, Hirshler Y, Reece J, Holt C, Gemmil A. Social Support—A Protective Factor for Depressed Perinatal Women?. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2019; 16 (1426): 1-17.

21. Fernández R. Redes sociales, apoyo social y salud. Revista de recerca i investigació en antropologia. 2005; 3: 1-23. http://revista-redes.rediris.es/Periferia/english/number3/periferia_3_3.pdf
22. Caycho R, Domínguez S, Villegas G, Sotelo N, Carbajal C. Análisis psicométrico del Cuestionario de Apoyo Social Funcional DUKE-UNK-11 en inmigrantes peruanos en Italia. Pensamiento Psicológico, Vol. 12, No. 1, 2014, pp. 25-35. doi:10.11144/Javerianacali.PPSI12-2.apca
23. Piña J. Rivera B. Validación del cuestionario de apoyo social funcional en personas seropositivas al VIH del noroeste de México. Ciencia y Enfermería. 2007; XIII (2): 53-63.
24. Suarez C. Identificación y Utilidad de las herramientas para evaluar el apoyo social al paciente y al cuidador informal. Revista médica la paz. 2011: 1-17. <http://familiats.com.mx/wp-content/uploads/2017/01/papime/inst/pdf/5.pdf>
25. Laviña A. Utilización adecuada de la escala de depresión Edimburgo para mejorar los cuidados en el posparto [folleto]. Zaragoza, España: Congreso de Enfermera especialista obstétrico-ginecológica. 2012. Disponible en: http://congreso-enfermeria.es/libros/2012/salas/sala7/p_349.pdf. Consultado Mayo 24, 2019.
26. Romero D, Adriana L, Ybarra J, Gracia B. Sintomatología depresiva en el posparto y factores psicológicos asociados. Rev Chil Ginecol. 2017; 82 (2):63-73. <https://www.revistasochog.cl/articulos/ver/988>
27. Subsecretaría de salud pública Chile. Protocolo de detección de la depresión durante el embarazo y posparto y apoyo al tratamiento. MINSAL. 2014. <https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/ProtocoloProgramaEmbarazoypospartofinal12032014.pdf>
28. Contreras Y, Sobarzo P, Manríquez C. Caracterización del apoyo social percibido durante el posparto y la presencia de depresión materna. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2017; 43 (1): 1-13.
29. Molero K, Urdaneta J, Sanabria C, Zambrano B, Benitez A, Azuaje E, Baabel N. Prevalencia de depresión posparto en púerperas adolescentes y adultas- Rev Chil

obstet ginecol. 2014: 79 (4): 294-304.
<http://www.revistasochog.cl/files/pdf/TRABAJOSORIGINALES077.pdf>

30. Cabada E, Rincón F, Paola K, Munguía E, Torres E, Montoya M. Prevalencia de los síntomas de depresión posparto en población urbana, rural e indígena. Rev Esp Méd Quir. 2015; 20: 18-23. <https://www.medigraphic.com/pdfs/quirurgicas/rmq-2015/rmq151d.pdf>
31. Cogollo Z, Romero Y, Morales M, Vanegas J, López V, Guazo D. Factores asociados a síntomas depresivos con importancia clínica en el posparto en adolescentes de Cartagena (Colombia). Revista Científica Salud Uninorte. 2015; 31 (2): 1-47.
32. El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Mujeres y hombres en México 2016. 2016. http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/MHM_2016.pdf
33. Hutchinson H. Mamá está triste: el impacto de la depresión materna en el apego en bebés y niños pequeños. Children's Services Council of Broward County. 2018. <https://cscbroward.org/blog/mama-esta-triste-el-impacto-de-la-depresion-materna-en-el-apego-en-bebes-y-ninos-pequenos>
34. Instituto Mexicano del Seguro Social. IMSS atiende a casi 11 millones de niñas y niños derechohabientes. 2019. <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201904/104>
35. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Prevención, Diagnóstico y Manejo de la DEPRESIÓN PRENATAL Y POSPARTO en el Primero y Segundo Niveles de Atención Guía de Referencia Rápida. 2014. http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/SS-666-14-Depre-postparto/GRR_INTEGRACION_DPP_DEFINITIVA.pdf

16. ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD	
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)		
Nombre del estudio:	Apoyo social y su relación con la de depresión posparto en mujeres adscritas al HGZ MF NO. 1, Pachuca de Soto, Hidalgo	
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica	
Lugar y fecha:	Pachuca de soto, Hidalgo, a.	2021
Número de registro:		
Justificación y objetivo del estudio:	La depresión posparto es un trastorno del estado de ánimo que puede afectar a las mujeres después del parto. 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. Objetivo: determinar la relación del apoyo social con la depresión posparto del HGZMF No. 1, Pachuca, Hidalgo.	
Procedimientos:	Su participación consiste en contestar 2 cuestionarios, el llamado de Edimburgo se usas para conocer el riesgo de depresión y el cuestionario de Duke para valorar apoyo social funcional.	
Posibles riesgos y molestias:	El presente estudio se considera como riesgo mínimo, de acuerdo a la Ley General de Salud en materia de Investigación. La aplicación de los cuestionarios, le puede generar cierto grado de incomodidad o inquietud, si existe alguna situación que le incomode, puede expresarla libremente al encuestador quien le brindó apoyo en caso de requerirlo.	
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Al participar en este estudio no recibirá beneficios económicos; sin embargo podrá conocer acerca del apoyo social con que cuenta, saber si está en riesgo de depresión. En caso de detectar algún grado de depresión, se le agendará cita a medicina familiar para su manejo.	
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	El investigador principal le da la seguridad de que no se le identificara en las presentaciones o publicaciones que se deriven de esta investigación y que los datos obtenidos serán manejados en forma confidencial, también se compromete a proporcionarle información actualizada que obtenga durante el estudio, aunque con ello pueda hacerle cambiar de parecer respecto a la permanencia del mismo.	
Participación o retiro:	Conserva el derecho de no aceptar participar o de retirarse de la investigación en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que se recibe en la unidad médica y en Instituto Mexicano del Seguro Social.	
Privacidad y confidencialidad:	El investigador principal le da la certeza de que no se le identificará en las presentaciones o publicaciones que se deriven de la investigación y que los datos obtenidos serán manejados en forma confidencial.	
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):		
	Beneficios al término del estudio: _____	
	En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Dra. Yesenia Pichardo Daniells HGZMF No. 1 Pachuca Hgo. Matrícula:99132467. Tel. 771-566-7991	
Colaboradores:	Dra. Dra. Maritza Ferrera López; HGZMF No. 1 Pachuca Hgo. Matricula: 99224459 Tel. 771-189-8520	
	Dra. Hernández Sánchez Rosa Paulina HGZMF No. 1 Pachuca Hgo. Matrícula:98130638. Tel. 775-129-3416	
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Prolongación Avenida Madero No. 405 Colonia Nueva Francisco I. Madero Pachuca de Soto, Hgo CP 42088 Teléfono: 771 3 78 33 ó comunicarse con Dra. Alicia Ceja Aladro, Teléfono: 771 220 7844. Correo electrónico: alceal22@gmail.com o al comité.etica.investigacion12018@gmail.com		
_____	_____ HERNÁNDEZ SÁNCHEZ ROSA PAULINA _____	
Nombre y firma del sujeto	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento	
_____	_____	
Testigo 1	Testigo 2	
_____	_____	
Nombre, dirección, relación y firma	Nombre, dirección, relación y firma	
Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.		
Clave: 2810-009-013		

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO - SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL - HGZ Y MF No. 1 PACHUCA HIDALGO.



Fecha:	No. Registro:	Folio:	
Iniciales del nombre: _____		Gesta: _____	
Edad: _____		Partos: _____	
Escolaridad: _____		Cesáreas: _____	
Estado civil: _____		Abortos: _____	
Ocupación: _____		Producto deseado: _____	Si No

TEST DE DUKE

- 1) Recibo visitas de mis amigos y familiares
- 2) Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa
- 3) Recibo elogios o reconocimiento cuando hago bien mi trabajo
- 4) Cuento con personas que se preocupan por lo que me sucede
- 5) Recibo amor y afecto
- 6) Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo y/o casa
- 7) Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas familiares y personales
- 8) Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos
- 9) Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas
- 10) Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida
- 11) Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama.

Tanto como deseo Mucho menos de lo que deseo

TEST DE EDIMBURGO

- | | | | | |
|---|--|--|--|--|
| 1) He sido capaz de ver el lado divertido de las cosas. | a) Tanto como siempre. | b) No tanto como ahora. | c) Mucho menos ahora. | d) No nada. |
| 2) He disfrutado mirar hacia delante. | a) Tanto como siempre. | b) Menos que antes | c) Mucho menos que antes | d) Casi nada |
| 3) Cuando las cosas han salido mal me he culpado a mí misma innecesariamente. | a) No, nunca. | b) No con mucha frecuencia. | c) Si, a veces. | d) Si, la mayor parte de tiempo |
| 4) He estado nerviosa o inquieta sin tener motivo. | a) No, nunca. | b) Casi, nunca. | c) Si, a veces. | d) Si, con mucha frecuencia. |
| 5) He sentido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo. | a) No, nunca | b) No, no mucho. | c) Si, a veces | d) Si, bastante |
| 6) Las cosas me han estado abrumando. | a) No, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre. | b) No, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien. | c) Si, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre. | d) Si, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto. |
| 7) Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir. | a) No, nunca. | b) No, con mucha frecuencia. | c) Si, a veces. | d) Si, la mayor parte del tiempo. |
| 8) Me he sentido triste o desgraciada. | a) No, nunca. | b) No, con mucha frecuencia. | c) Si, a veces. | d) Si, la mayor parte del tiempo. |
| 9) Me he sentido tan desdichada que he estado llorando. | a) No, nunca. | b) Solo ocasionalmente. | c) Si, bastante a menudo. | d) Si, la mayor parte del tiempo. |
| 10) Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño. | a) Nunca. | b) Casi nunca. | c) A veces. | d) Si, bastante a menudo. |

Codificación

Edad	1. 20-24 años, 2. 25-29 años, 3. 30-34 años, 4. 35-39 años, 5. 40-44 años, 6. 45-49 años
Escolaridad	1. Analfabeta, 2. Sabe leer y escribir, 3. Primaria, 4. Secundaria, 5. Técnica, 6. Bachillerato, 7. Licenciatura, 8. Otros.
Estado civil	1. Casada, 2. Soltera, 3. Unión libre, 4. Divorciada, 5. Separada, 6. Viuda
Ocupación	1. Hogar, 2. Empleada, 3. Obrera, 4. Técnica, 5. Profesional, 6. Desempleada, 7. Otros