



**BENEMERITA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE PUEBLA  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
COORDINACION DELEGACIONAL DE INVESTIGACION MEDICA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 11  
TAPACHULA, CHIAPAS**



**TITULO.**

**PREVALENCIA DE DEPRESIÓN POSPARTO EN MUJERES DE  
18 A 40 AÑOS EN LA UNIDAD MEDICA FAMILIAR No.11 EN TAPACHULA,  
CHIAPAS**

**FEBRERO 2024**

**TESIS PRESENTADA PARA OBTENER EL GRADO DE:  
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:**

**LÓPEZ SALVATIERRA GUADALUPE**



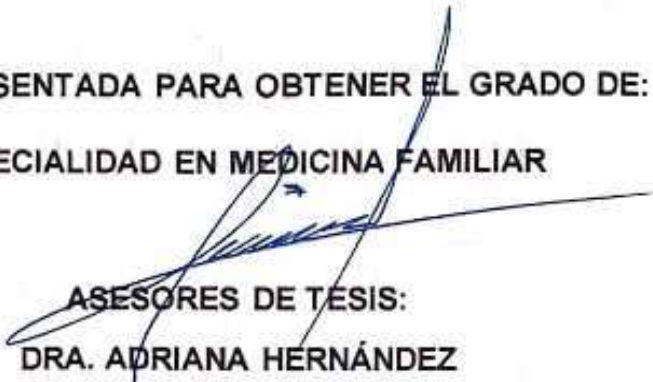
BENEMERITA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE PUEBLA  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
COORDINACION DELEGACIONAL DE INVESTIGACION MEDICA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 11  
TAPACHULA, CHIAPAS




TITULO:  
PREVALENCIA DE DEPRESIÓN POSPARTO EN MUJERES DE  
18 A 40 AÑOS EN LA UNIDAD MEDICA FAMILIAR No.11 EN TAPACHULA,  
CHIAPAS

TESIS PRESENTADA PARA OBTENER EL GRADO DE:  
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

ASESORES DE TESIS:

  
DRA. ADRIANA HERNÁNDEZ  
MEDICO FAMILIAR UMF No. 11  
ASESOR METODOLÓGICO

  
DRA. SUSANA SARASMATI RIVAS SANTIAGO  
MEDICO FAMILIAR UMF No. 1  
ASESOR DE CONTENIDO

PRESENTA:

  
GUADALUPE LÓPEZ SALVATIERRA



BENEMERITA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE PUEBLA  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
COORDINACION DELEGACIONAL DE INVESTIGACION MEDICA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 11  
TAPACHULA, CHIAPAS  
TITULO.



PREVALENCIA DE DEPRESIÓN POSPARTO EN MUJERES DE  
18 A 40 AÑOS EN LA UNIDAD MEDICA FAMILIAR No.11 EN TAPACHULA,  
CHIAPAS

AUTORIZACIONES:

DR. RICARDO RAMOS MARTINEZ

COORDINADOR DE PLANEACION Y ENLACE INSTITUCIONAL

DR. PAUL CONSTANTINO SANTIESTEBAN

COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE EDUCACION EN SALUD



DR. HECTOR ARMANDO RINCON LEON

COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACION EN SALUD

DR. PEDRO SANCHEZ AYALA

COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD DE LA  
UMF 11

DRA. ADRIANA PALACIOS STEMPREISS

PROFESOR TITULAR DE LA RESIDENCIA EN MEDICINA FAMILIAR

## CONTENIDO

RESUMEN .....	5
MARCO TEÓRICO .....	6
JUSTIFICACION .....	18
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	19
OBJETIVOS.....	20
HIPÓTESIS .....	21
MATERIAL Y MÉTODOS .....	22
CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	23
VARIABLES .....	24
TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS .....	28
ANALISIS ESTADISTICO.....	29
CONSIDERACIONES ÉTICAS .....	31
RESULTADOS .....	35
DISCUSIÓN .....	49
CONCLUSIÓN.....	51
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	58
ANEXO 1 .....	61
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES .....	61
ANEXO 2 .....	62
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	62
ANEXO 3. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	64
ANEXO 4.....	65
CUESTIONARIO SOBRE DEPRESIÓN POSTNATAL EDIMBURGO (EPDS).....	65
ANEXO 5.....	67
MÉTODO GRAFFAR MÉNDEZ .....	67

## RESUMEN

**Introducción:** El periodo posparto, es una etapa de transición hormonal y emocional, en el cual se manifiestan alteraciones y cambios corporales que incluyen síntomas como dolor, inicio de la lactancia materna, cambios hormonales. Aproximadamente del 60 al 85% de mujeres en el puerperio presentan sintomatología de apariencia depresiva en los primeros días postparto.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de mujeres con depresión posparto en edad de 18 a 40 años, en la Unidad Médica Familiar No. 11, conocer las manifestaciones emocionales y clínicas más comunes de mujeres que cursan con depresión posparto.

**Material y métodos:** El tipo de estudio es no probabilístico por conveniencia, según el nivel de medición y análisis de información se realizó un estudio observacional y transversal para conocer la prevalencia de depresión posparto en mujeres puérperas en edad de 18 a 40 años de la Unidad Médica Familiar No. 11, en el periodo comprendido de agosto del 2021 a diciembre del 2021, del Turno matutino.

**Resultados:** La integración familiar y contar con redes de apoyo, muestra el mayor cambio que las mujeres desean de acuerdo a las encuestas, ya que se encontró que los resultados fueron: familia nuclear en un 53% (25), extensa 32% (15) y monoparental 15%

**Conclusión:** Es importante el acompañamiento durante esta etapa de la vida, la planeación y el embarazo asistido por el personal de salud competente para evitar la depresión posparto.

**Palabras clave:** Posparto; puerperio; depresión; redes de apoyo; embarazo.

## MARCO TEÓRICO

La Organización Mundial de la salud define la depresión como uno trastorno que ocasiona una alta tasa de discapacidad en el mundo, con más frecuencia en mujeres, cifras de 10.4% y 5.4% para hombres, respectivamente. Sin embargo, para las mujeres la brecha es mayor en periodo reproductivo.<sup>1</sup>

Idealizar la maternidad como un estado de felicidad y satisfacción ha hecho complicado el reconocimiento de la enfermedad y la aceptación de que muchas madres presentan sentimientos contrarios al de disfrutar del proceso de maternidad que se espera en esta etapa; esto ha influido en que el estudio de la depresión perinatal no iniciara sino hasta finales del siglo pasado.<sup>1</sup>

El puerperio es un periodo de mayor incremento de la vulnerabilidad emocional y psicológica, este precepto comenzó a ser cuestionado a partir de investigaciones que fueron realizadas en el hemisferio norte a mediados de la década de 1980.<sup>2</sup>

Se estima que del 60 al 85% de mujeres en puerperio presenta síntomas de depresión en los primeros días del posparto. La sintomatología tiende a ser leve y con una pronta resolución espontánea, lo que se conoce como “postpartum blues” a diferencia de esta, la Depresión posparto (DPP) consta de síntomas propios de cualquier episodio depresivo mayor este puede acompañarse de ideas que son de comportamiento obsesivo con respecto a la salud del recién nacido.<sup>3</sup>

Los síntomas en depresión posparto más evidentes son ansiedad, pobre percepción del rol materno y alteraciones cognitivas en comparación con los trastornos depresivos que no tienen relación con el período posparto. Para que sea

considerado trastorno de depresión posparto, los síntomas anteriormente mencionados deben ocurrir por dos semanas y estar presentes la mayoría del tiempo afectando así la vida diaria de la madre y su entorno con el consecuente cuidado del recién nacido.<sup>3</sup>

Los cambios que ocurren en el posparto se clasifican en: depresión leve posparto o maternity blues, este es un síndrome leve, que es transitorio, ya que se presenta a los 2 a 4 días posteriores al parto y afecta del 50 al 80% de las mujeres que pasan en el postparto, desaparece de forma espontánea, sin presentar secuelas importantes, con un tiempo de aparición que no se presenta con duración mayor a dos semanas.<sup>4</sup>

La depresión posparto mayor se inicia de 2 a 8 semanas que suceden después del parto; en ocasiones tras varios meses, se caracteriza como una depresión melancólica con fuertes sentimientos de culpa, así también la incapacidad para hacerse cargo del hijo y de ambivalencia afectiva hacia el mismo, esta enfermedad si es tratada de manera eficaz, oportuna y adecuada su curso es de corta evolución y tiene buen pronóstico, sin embargo, el riesgo de ocurrencia en embarazos posteriores es de 1 de cada 7.<sup>4</sup>

La psicosis posparto, es un cuadro grave que se presenta tras el parto en 1-2 por cada 1000 mujeres, que en el 50 a 60% son primíparas; la psicosis posparto ocurre de forma brusca entre los primeros días del posparto y las posteriores 8 semanas del mismo, evoluciona con frecuentes recurrencias y, hay que separar a la madre del hijo cuando se presentan ideas auto o hetero-agresivas.<sup>4</sup>

De los factores que se asocian con aumento de riesgo para experimentar Depresión posparto destacan los siguientes:<sup>5</sup>

- Ser madre adolescente, es decir tener 19 años o menos; el conflicto emocional se inicia durante el embarazo, viven la experiencia de manera precoz, el verdadero sentimiento contrariado se desencadena posteriormente al parto ante la responsabilidad que representa atender al neonato.
- Toxicomanías como consumo de sustancias psicoactivas o fumar, representan riesgos médicos serios para la salud del recién nacido.
- Embarazo no planeado o no deseado
- Complicaciones obstétricas durante el embarazo, durante el evento obstétrico o posterior al parto o cesárea.
- Presentar trastorno del estado de ánimo antes o durante el embarazo, incluyendo antecedentes depresivos durante embarazo(s) previo(s).
- Encontrarse viviendo bajo algún estado de violencia doméstica.
- Nivel educativo bajo.
- Bajo estrato socioeconómico.
- El 30% de las puérperas con antecedentes familiares o propios de depresión padecen depresión posparto.
- 50% a 80% de las mujeres que han padecido depresión en sus embarazos previos tienen predisposición a padecer Depresión postparto

Condiciones como el nacimiento de un hijo prematuro, especialmente, si requiere de cuidados especiales, es un acontecimiento que representa estrés para la mujer puérpera, así como para la familia, ya que da origen a sentimientos de temor por la salud del recién nacido.<sup>5</sup>

La incidencia de depresión postparto es de 10-15% de las mujeres que se encuentran cursando la etapa del puerperio, en las mujeres primíparas la incidencia aumenta hasta del 12-25%; y en algunos grupos de riesgo puede llegar a alcanzar el 35%.<sup>6</sup>



La morbilidad de la depresión se prolonga por un trastorno en el diagnóstico, o a un tratamiento inadecuado.<sup>7</sup> El estigma y la vergüenza que sienten los enfermos de depresión es tan grande, que pueden ser reacios a confesar sus sentimientos, por lo que son frecuentemente factores importantes en el diagnóstico tardío. Este padecimiento es especialmente común en la depresión perinatal, cuando los sentimientos de culpa y de fracaso son intensos. La madre que sufre depresión posparto puede dar información falsa o desviada debido al miedo que le genera que les quiten a sus hijos por considerarla incapaz para cuidar de ellos.<sup>7</sup>

Cuando la depresión no desaparece y sigue siendo persistente luego de los primeros meses a pesar de tratamiento conservador, es común que los psiquiatras indiquen antidepresivos ya que pueden ser beneficiosos. Puede ocurrir algo aún más grave, pero muy poco frecuente, denominado psicosis posparto o psicosis puerperal, esta patología requiere un tratamiento psiquiátrico apenas se haya detectado, ya que los síntomas tienden a ser graves con mayor impacto y repercusión en la vida del binomio.<sup>8</sup>

Cuando la depresión ya estaba presente durante el embarazo, y esta no fue tratada esto representa un mayor riesgo de morbi-mortalidad para la madre y el neonato.<sup>8</sup>

La escala de Depresión posparto de Edimburgo, fue creada para asistir a los profesionales de la atención primaria de salud en la detección de las madres que padecen de depresión posparto.<sup>9</sup> La escala de Edinburgh o Edimburgo (EPDS) fue creada en los centros de salud en Livingston y Edinburgh, esta escala consiste de diez ítems en las cuales la mujer en puerperio escoge cuál de las cuatro posibles respuestas es la que más se parece a la manera en la que se sintió durante una semana, siendo una semana anterior a la realización del Test. Los resultados que estén por encima del umbral 92.3% nos dice que existe un grado de depresión

posparto. Cuando se tengan dudas acerca de los resultados que arrojen la encuesta, se repetirá posteriormente a las 2 semanas de haber aplicado la encuesta por primera vez. Es importante mencionar que la escala no detecta neurosis de ansiedad, fobias o trastornos de la personalidad. Tiene una sensibilidad de 90%, especificidad de 82% y valores predictivos positivos de 77% y negativos de 94%, la fiabilidad se mide con el alfa de Cronbach, la consistencia interna del test de Edimburgo del 0.826.<sup>9</sup>

En el DSM IV, la asociación psiquiátrica americana estipuló que se puede incluir un especificador del comienzo de la depresión denominado postparto. En su versión actual DSM-V, de 2013, se reemplazó el nombre de postparto por el de “periparto”, para poder aplicarse de esta manera a todo episodio depresivo que comience en el embarazo o en las cuatro semanas posteriores al parto. La razón del cambio es la constatación de que el 50% de los episodios de depresión postparto comienza durante el embarazo, lo que da cuenta de la continuidad de los problemas perinatales de tipo anímico.<sup>10</sup>

El diagnóstico de depresión periparto debe realizar consideraciones para el diagnóstico de depresión mayor en el comienzo del posparto, de acuerdo al DSM-V: deben presentarse 5 o más de los siguientes síntomas (que pueden estar presentes durante todo el día, casi todos los días, por al menos 2 semanas) <sup>11</sup>:

1. Humor depresivo: 4-5 días posterior del parto que sobrepasa las 2 semanas de duración.
2. Falta de interés o placer en realizar las actividades de la vida diaria: En este caso es importante identificar si la paciente se encuentra ante la presencia de anhedonia, que es un síntoma sugestivo de depresión posparto.
3. Alteración del ciclo del sueño: esto es común debido a que se deben dedicarse ciertos cuidados durante la noche al recién nacido. Sin embargo,

hay que considerar la incapacidad de cuidar de él por consecuencia de hipersomnia.

4. Pérdida o falta de energía: Este síntoma es común debido a privación del sueño por cuidados del recién nacido, se debe sospechar si el sueño o cansancio continua a pesar del adecuado sueño y siestas de la madre.
5. Agitación o retraso psicomotor: Se caracteriza por un enlentecimiento al hablar o incluso incapacidad para permanecer sentada en el mismo lugar.
6. Sentimientos excesivos de culpa.
7. Disminución de la concentración: Se asocia a la falta de sueño, en contraste, si la madre concilia el sueño y presenta inhabilidad de toma de decisiones, hay que sospechar depresión posparto
8. Tener pensamientos o ideas suicidas<sup>11</sup>

La depresión posparto se relaciona con síntomas psicológicos y alteración de los patrones biológicos, como por ejemplo un estado emocional triste, altos niveles de cansancio, trastornos del sueño y afectación del eje hipotalámico- hipofisario- adrenal, el cual es responsable de la secreción de la hormona cortisol, la que se necesita para hacer frente a situaciones de estrés.<sup>12</sup>

Es recomendable realizar cribado de depresión posparto a toda mujer en las primeras horas tras el nacimiento de su bebé mediante la aplicación de escalas psicológicas de depresión posparto, la que ha demostrado mayor utilidad es la escala de Edimburgo, así como el control de los niveles de estrés en el transcurso del embarazo mediante instrumentos psicológicos y la evaluación de los niveles de cortisol en el pelo, son factores que pueden predecir el grupo de embarazadas con riesgo de presentar síntomas de depresión posparto.<sup>13</sup>

Una de las hipótesis biológicas relacionadas al desarrollo de Depresión postparto, tiene relación estrecha con los niveles de triptófano en sangre, los cuáles se encuentran en niveles séricos bajos al finalizar el embarazo y al inicio del puerperio al compararlos con mujeres que no se encuentran embarazadas.<sup>13</sup>

El triptófano es un aminoácido precursor de serotonina, el cuál es un neurotransmisor involucrado en la etiopatogenia de la depresión. Durante los primeros dos días posparto, se observa elevación del triptófano sérico como un mecanismo natural de compensación, lo que no ocurre en quienes llegan a desarrollar un cuadro depresivo puerperal. Se observa incremento en la respuesta inflamatoria del organismo, con una elevación de citoquinas proinflamatorias como IL-1, IL-6 y proteínas C reactiva y presentar disminución de concentración del factor inhibidor de éstas, lo cual provoca en las personas variaciones de patrones de conducta habituales, como alteración del sueño, el apetito, los niveles de energía, la actividad sexual y actividad social.<sup>13</sup>

Se han descrito una serie de factores protectores asociados a disminuir el riesgo de DPP, los estilos cognitivos positivos, niveles elevados de autoestima materna, buenas relaciones de pareja y participación religiosa, que sirven como factores sociales que coadyuvan a afrontar el inicial estrés de la maternidad. Así también, la percepción materna de apoyo en las actividades diarias del hogar y de crianza, es así como la disponibilidad y uso efectivo de redes de apoyo social es capaz de mitigar el desarrollo o la severidad del cuadro depresivo.<sup>13</sup>

La alimentación del bebé a base de lactancia materna es un factor protector para evitar la DPP, sobre todo en madres primigestas ya que está induce algunos beneficios psiconeuroinmunológicos reduciendo la actividad inflamatoria al atenuar la elevación de cortisol, ACTH, epinefrina y norepinefrina y así disminuye la

reactividad materna al estrés propiciando comportamientos nutricios al recién nacido. Contrario a esta premisa, el cese brusco o su corta duración, se ha asociado a una mayor probabilidad de ocurrencia de Depresión posparto.<sup>13</sup>

Existen métodos para el adecuado diagnóstico de DPP, como la Entrevista Clínica Estructurada el cuestionario de Depresión de Beck, la escala de Depresión postparto, la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos y el cuestionario sobre la salud del paciente.<sup>14</sup>

En México y otras partes del mundo, la escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS: Edinburgh Postnatal Depression Scale), es el test más utilizado, debido a que es accesible de reproducirse sin costo, rápido y de fácil aplicación, calificación e interpretación. La EDPE, fue creada en 1987 en Escocia para corroborar el diagnóstico de depresión puerperal y aprobada el mismo año por la ONU (Organización de Naciones Unidas), OMS y UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la infancia).<sup>14</sup> En el año 2000 la EPDS fue validada para la población mexicana con un estudio realizado en el INPerIER.<sup>15</sup>

La escala de depresión posparto de Edimburgo se desarrolló para identificar síntomas depresivos y depresión clínica en mujeres en puerperio, buscando identificar aquellos síntomas físicos y psicológicos propios de la gestación, de los síntomas asociados a la depresión. El Test de Edimburgo, es una escala de autorreporte que explora los síntomas comunes de un episodio o de un Trastorno Depresivo Mayor o menor que hayan ocurrido 15 días anteriores a su aplicación.<sup>16</sup>

La observación de la interpretación madre-hijo, así como del bebé son las herramientas más valiosas son útiles para corroborar y complementar el diagnóstico; por lo que existen diferentes investigaciones a nivel mundial sobre la

prevalencia de Depresión Postparto, las cuales fluctúan entre el 6% y el 34% a nivel mundial.<sup>16</sup>

El momento más indicado para aplicar la EDPS es la octava semana posterior al parto ya que coincide con el periodo de mayor incidencia de la depresión posparto y también va de acuerdo con la disminución de los síntomas adaptativos normales. Existe suficiente evidencia que demuestra que la escala de Edimburgo para la detección de depresión posparto es un instrumento con una adecuada consistencia interna y que tiene una estructura factorial que puede ser utilizada desde la gestación para realizar el diagnóstico temprano de Depresión en el parto, tal como lo demuestra un estudio realizado en Cartagena, Colombia en el 2007, en el que se puede observar que la escala de Edimburgo para depresión posparto muestra una alta consistencia interna y una estructura tridimensional de síntomas depresivos en gestantes de estrato bajo y se sugiere que la escala es confiable y posiblemente válida, para ser utilizada en la identificación de posibles episodios depresivos mayores en esta población. <sup>17</sup>

Hay que realizar cribado de alteraciones emocionales en todas las visitas puerperales en el primer nivel de atención a la salud, ante síntomas que sean sugestivos de presentar depresión en pacientes puérperas y sobre todo si se observa que dichos síntomas persisten 2 semanas o más, hay que hacer diagnóstico diferencial con la depresión posparto.<sup>18</sup>

El tratamiento de depresión posparto depende del periodo de lactancia de la paciente, de la intensidad de los síntomas; inicialmente se prefiere la psicoterapia. Los antidepresivos deben usarse en mujeres que se encuentren lactando, siempre valorando seguridad y riesgo/beneficio, los medicamentos que son de elección son

los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina; se recomiendan los de menor excreción en leche materna y que tengan una mayor experiencia de uso.<sup>18</sup>

Un enfoque biopsicosocial es factible para que se logren cubrir la gran mayoría de los factores involucrados, así como de optimizar la respuesta clínica. La gravedad de los síntomas determinará la terapia a utilizar, ya que los mejores resultados se obtienen del manejo combinado de los factores biológicos, psicológicos y sociales en toda entidad patológica. Los factores biológicos se manejan primordialmente a través de la promoción del descanso y el buen dormir y de la farmacoterapia, cuya elección depende fundamentalmente de los antecedentes depresivos previos.<sup>19</sup>

La terapia hormonal, de luz y la terapia electroconvulsiva, pueden ser necesarias en caso de que los síntomas no remitan a pesar del uso correcto de fármacos.<sup>19</sup>

Actualmente existe suficiente evidencia que apoya el uso de medicamentos antidepresivos para el tratamiento de la DPP que no involucran riesgo para los niños que son alimentados con leche materna.<sup>19</sup> Los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina son drogas antidepresivas de primera elección, los antidepresivos tricíclicos se consideran en una segunda línea de tratamiento, debido a que se asocian más frecuentemente con sedación excesiva y a efectos adversos anticolinérgicos.<sup>20</sup> Sertralina y paroxetina, son los que deberían considerarse como primera opción en el tratamiento de la DPP de las pacientes que continuarán con la lactancia materna.<sup>20</sup>

Las indicaciones de tratamiento de DPP deben de ser sumamente claras, y hacer hincapié en relación con su inicio, dosis, efecto terapéutico y efectos adversos. Es importante informar a la madre de que existe un periodo de latencia en el inicio de la respuesta farmacológica, que oscila entre 2 y 4 semanas, periodo durante el cual

deberán continuar ingiriendo el fármaco pese a no observar remisión de los síntomas.<sup>21</sup>

Inhibidores de la recaptura de serotonina de primera elección como son Sertralina y paroxetina corresponden a ISRS que estimulan los receptores 5-HT<sub>2</sub>, esto puede explicar efectos adversos como ansiedad, insomnio, disminución o inhibición de la libido y disfunción sexual, la disminución de peso, molestias abdominales y diarrea.<sup>22</sup>

En caso de mujeres puérperas, se inicia tratamiento con la mitad de la dosis recomendada a los adultos promedio para así disminuir la sensibilidad inicial al fármaco y evitar la ocurrencia de efectos secundarios.<sup>23</sup> Estudios anteriores han demostrado que el apoyo social es un factor muy importante en el desarrollo de DPP, tal y como lo demuestra el estudio realizado en India en el año 2012, mediante un análisis multivariado, el cuál encontró asociación máxima entre depresión posparto con percepción de un déficit de apoyo social.<sup>24</sup> Uno de los estudios realizado en mujeres en periodo posparto en Egipto, concluyó que la depresión posparto se encontraba en relación con la red de apoyo social demostrada a las mujeres que cursan el periodo del posparto.<sup>25</sup>

En México en el año 2012 se realizó un estudio similar al realizado en Egipto, el cuál indiscutiblemente reveló que la ansiedad estaba relacionada con la DPP, y el hallazgo fue que la ansiedad en las madres que cursaban el puerperio tardío era favorecida por la falta de pareja y no tener una red de apoyo social.<sup>26</sup> Las madres cubanas no difieren mucho de las mexicanas, ya que en un estudio publicado en el 2016 se observaron que variables de tipo biológico como tipo de parto, enfermedades asociadas no fueron tan determinantes como detonantes de la



enfermedad, tampoco el nivel socioeconómico, en ellos se encontró que el apoyo familiar y de la pareja son determinantes en el estado anímico de la paciente.<sup>27</sup>

La tipología familiar es un elemento importante ya que tiene relevancia en el estudio de los factores desencadenantes de la DPP, esto influye en el desempeño materno, existen 3 tipos de familia en cuanto a su integración, las cuáles son:

- Integrada: Ambos conyugues habitan bajo el mismo techo y cumplen con sus respectivas funciones dentro de la familia y como pareja.
- Semi-integrada: Ambos conyugues habitan bajo el mismo techo, sin embargo, pueden cumplir sus funciones dentro de la familia, pero no de pareja, o incluso pueden incumplir también sus funciones familiares
- Desintegrada: Conyugues que no viven juntos.<sup>28</sup>

Existe un comportamiento de descontrol en mujeres que cursan con DPP que se ven influenciados en el funcionamiento familiar, la pareja es uno de los principales afectados ya que va a presentar dificultades al apoyar a la mujer y trata de controlar la crisis, o simplemente va a condicionar que se retire de la relación, dando como resultado familias disfuncionales, lo que da origen a que ella se sienta desvalorizada.<sup>29</sup>

Es muy importante identificar los síntomas de la DPP ya que incluso se suele pasar desapercibido el cuadro clínico el cual incluye irritabilidad que puede variar de intensidad, desde la intolerancia hasta una explosión destructiva de grandes proporciones, lo que hace que la familia sea disfuncional y cause un impacto negativo en ella y por ende en la salud mental de la madre, en consecuencia, del neonato.<sup>30</sup>

## JUSTIFICACION

La maternidad es una de las etapas que marcan la vida de una mujer, lo cual con lleva cambios emocionales y físicos importantes, identificar el cuadro clínico a tiempo y un acompañamiento adecuado es de suma importancia.

Muchas mujeres se sienten confundidas en el posparto por que se tiene una falsa expectativa del parto y la sociedad no permite que las madres recién aliviadas sientan rechazo hacia su cuerpo o la situación que están viviendo, porque “ser madre es la mejor etapa”, hay que tomar en cuenta una serie de factores que propician esta condición.

La depresión posparto es una afección que ocurre en un 20% de mujeres, aproximadamente 800,000 casos en el año, la prevalencia es alta pero no se cuenta con el diagnóstico intencionado la mayoría de las veces, hasta que se acompaña de un cuadro de depresión mayor. Por lo que es importante la identificación temprana de factores de riesgo y vigilancia, en un principio el cuadro puede ser insidioso y el diagnóstico puede estar enmascarado o un cuadro atípico de agresividad.

La depresión posparto tiene múltiples consecuencias en el binomio madre-hijo, por lo que es importante el diagnóstico temprano, el apego de la familia, manejo de terapia familiar, manejo con psicología y trabajo social e incluso vista por psiquiatría en caso necesario, motivo por el cual se aborda el tema.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La depresión posparto muchas veces no es diagnosticada o no se presenta un cuadro típico de depresión, a veces viene acompañado de agresividad, incomodidad, alguna otra incluso aparente resignación a la nueva vida que propone la maternidad. Es debido a que no se le da la suficiente importancia en la búsqueda intencionada de la depresión posparto conocer las manifestaciones que pudiese tener la puérpera.

Es un hecho, que la accesibilidad a los recursos básicos de salud ha aumentado en la última década, sin embargo, los médicos manejan un enfoque físico, en cuanto a la atención prenatal con enfoque de riesgo y a los cuidados del puerperio, ya que la muerte materna en nuestro país es penada; por lo tanto, el aspecto psicológico y emocional de la paciente y de la familia se olvidan; es así, que en cuanto termina el puerperio la paciente se egresa y ya no recibe más consultas de seguimiento.

El correcto abordaje a la familia, los aspectos emocionales y el acompañamiento médico, con la ayuda de un equipo multidisciplinario ayudaría a intervenir en el proceso del puerperio, sin embargo, la sobrecarga de trabajo, el exceso de pacientes, el poco tiempo de consulta, dificulta el diagnóstico de trastornos emocionales en las madres.

Además del miedo que pueden presentar a ser juzgadas por los sentimientos que presentan hace que el diagnóstico no se cumpla, o se pase desapercibido el fenómeno de la depresión posparto, es donde se desea conocer la prevalencia de este tema tan importante, por tal motivo hacemos la siguiente pregunta de investigación:

**¿Cuáles es la prevalencia de depresión posparto en mujeres de 18 a 40 años en la unidad médica familiar No. 11 en Tapachula, Chiapas?**

## **OBJETIVOS**

### **GENERAL**

- Determinar la prevalencia de depresión posparto en mujeres de 18 a 40 años en la unidad médica familiar no.11 en Tapachula, Chiapas a través de la aplicación del Test de Edimburgo.

### **ESPECÍFICOS**

- Conocer las manifestaciones emocionales y clínicas más comunes de mujeres que cursan con depresión posparto
- Identificar los factores de riesgo para que las madres cursen con depresión posparto
- Determinar la edad en la que se presenta el mayor número de casos de depresión posparto

## **HIPÓTESIS**

- H1: La depresión posparto tendrá una prevalencia mayor en las mujeres de 35 a 40 años
- H0: La depresión posparto tendrá una prevalencia mayor en las mujeres de 18 a 20 años

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

### **TIPO DE ESTUDIO**

- El tipo de estudio que se desarrollará será no probabilístico observacional y transversal
- La medición y el análisis de la información se realizará con variables cualitativas y cuantitativas.

### **POBLACION**

- El universo de trabajo está constituido por las mujeres que cursan con puerperio mediano y tardío, en edades de 18 a 40 años de edad, que acuden a la Unidad Médica Familiar Número No. 11 del Instituto Mexicano del Seguro Social en la ciudad de Tapachula, Chiapas.

### **DISEÑO Y TIPO DE MUESTREO**

- La muestra se determinó a través del diseño no probabilístico, tipo conveniencia de acuerdo a las mujeres en etapa del puerperio mediano y tardío que acuden en el periodo establecido.

### **LUGAR Y PERIODO DE ESTUDIO**

- La presente investigación se realizará en la Unidad de Medicina Familiar No.11, de la ciudad de Tapachula, Chiapas.
- Del turno Matutino
- El periodo comprendido de estudio de agosto del 2021 a diciembre del 2021.

## **CRITERIOS DE SELECCIÓN**

### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

- Puérpera en etapa mediato que acudan a la UMF. No.11
- Edad comprendida de 18 a 40 años
- Acepten participar en la presente investigación

### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Mujeres menores de 18 años
- Mujeres mayores de 40 años
- Que no deseen participar en la presente investigación

### **CRITERIOS DE ELIMINACIÓN**

- Cuestionarios incompletos

## **VARIABLES**

### **VARIABLE INDEPENDIENTE:**

- ✓ Los extremos de edades de mujeres que cursan el puerperio afectan el estado de ánimo y el rendimiento diario en el rol materno.

### **VARIABLE DEPENDIENTE:**

- ✓ Aumento de casos de depresión posparto en mujeres que presentan disminución en su rendimiento diario durante el puerperio, el cuál se ve afectado por la edad materna.



## OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	MEDICIÓN
<i>Puerperio</i>	Es el periodo desde el final del parto hasta la aparición de la primera menstruación	Evaluación mediante interrogatorio directo y revisión de historia clínica en expediente electrónico	Cualitativa	Politémica	Mediato (2 <sup>o</sup> -10 <sup>o</sup> día posparto) Tardío (11 <sup>o</sup> -40 <sup>o</sup> día posparto)
<i>Depresión</i>	Trastorno del estado anímico en el cual los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración interfieren con la vida diaria	Evaluación mediante Test de Edimburgo	Cualitativa	Dicotómica	Si No
<i>Edad</i>	Tiempo de vida de los seres vivos	Evaluación mediante historia clínica	Cuantitativa	Continua	Años cumplidos 18-20 21-25 26-30 31-35
<i>Estado civil</i>	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal	Evaluación mediante interrogatorio	Cualitativa	Politémica	Soltera Casada Unión libre Divorciada Viuda

<i>Escolaridad</i>	Grado de estudios últimos de una persona	Interrogatorio directo	Cualitativa	Politómica	Analfabeta Primaria Secundaria Preparatoria Licenciatura Posgrado
<i>Multiparidad</i>	Presencia de 2 o más embarazos	Interrogatorio directo	Cuantitativa	Continua	Más de 4 embarazos
<i>Tabaquismo</i>	Acción o hábito de fumar	Interrogatorio directo	Cualitativa	Dicotómica	Si No
<i>Etilismo</i>	Acción de consumir bebidas alcohólicas	Interrogatorio directo	Cualitativa	Dicotómica	Si No
<i>Religión</i>	Conjunto de creencias religiosas, de normas de comportamiento y de ceremonias de oración propias de un grupo humano y con las que el hombre reconoce una relación con la divinidad	Interrogatorio directo	Cualitativa	Politómica	Atea Cristiana Católica Evangélica Mormona Testigo de Jehová Budista Otra
<i>Tipología familiar (por su composición)</i>	se refiere a las diversas clasificaciones que algunos autores u organizaciones han propuesto para el estudio de la familia	Interrogatorio directo	Cualitativa	Politómica	Nuclear Extensa Extensa Compuesta Monoparental

<i>Tipología familiar (por su grado de integración)</i>	Se refiere al grado de integración de cada familiar	Interrogatorio directo	Cualitativa	Política	Integrada Semi-integrada Desintegrada
---	---	------------------------	-------------	----------	---

## **TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS**

Se realizará la selección de pacientes que tengan criterios de inclusión para la presente investigación, que hayan acudido a la consulta externa del turno matutino de la Unidad de Medicina Familiar Número 11 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la ciudad de Tapachula, Chiapas, México. Con el debido consentimiento del director de la unidad médica familiar de estudio.

Con Previo consentimiento informado se les aplicará el instrumento, La Escala de Depresión Postparto de Edimburgo, creado con la finalidad de asistir a profesionales de atención primaria en salud en la detección de madres que padecen de depresión postparto, diseñada para contestarse en 5 minutos.

Se clasifica la presente investigación con un riesgo mínimo, llevándose a cabo la recolección de datos por medio de la encuesta previo consentimiento informado explicando riesgos y consecuencias de la investigación, la cual se realizará con fines educativos y siguiendo los cuatro principios éticos básicos: el respeto a las personas que se sometan a ser parte del estudio de investigación, la búsqueda del bien, no hacer daño y la justicia distributiva.

## **ANALISIS ESTADISTICO**

Los alcances de la presente investigación son en primera instancia locales, ya que se pretende medir la prevalencia de mujeres que cursen su puerperio mediano y tardío con depresión, excluyendo de esta manera el baby blues (bb), siendo el bb limitado a un periodo de tiempo de dos semanas posteriores al parto en donde se presentan cambios leves en el estado de ánimo, preocupación, infelicidad y agotamiento. Se pretende realizar el estudio en mujeres de 18 a 40 años, siendo 18 años una edad joven, en la que se alcanza la madurez que es determinada por ser considerada la edad adulta y siendo 40 años una edad en donde se considera a la paciente embarazada como añosa.

La técnica estadística que se aplicará para el análisis estadístico es la prueba no paramétrica ya que el análisis de datos se realizará por medio de organización y recuento de las variables plasmadas en operacionalización.

Se aplicó La escala de Depresión perinatal de Edimburgo tiene una sensibilidad de 90%, especificidad de 82% y valores predictivos positivos de 77% y negativos de 94%, la fiabilidad se mide con el alfa de Cronbach, la consistencia interna del test de Edimburgo del 0.826.

Las variables sociodemográficas que se obtengan a través de la aplicación de cuestionarios, se realizara un análisis a través de tablas y graficas con el programa Microsoft office Excel versión 2013.

## **RECURSOS**

### **RECURSOS HUMANOS**

- Residente de medicina familiar adscrita a la UMF No.11
- Asesoras de tesis:  
Dra. Susana Sarasvati Riva Santiago- Asesor de contenido  
Dra. Adriana Hernández Hernández- Asesor metodológico

### **RECURSOS MATERIALES**

- Expediente clínico electrónico (SIMF)
- Hojas blancas
- Folders
- Papelería
- Computadora
- Impresora
- Hojas de recolección de datos

### **RECURSOS FINANCIEROS**

- Recursos propios del médico residente de la UMF. No.11

## CONSIDERACIONES ÉTICAS

La presente investigación será evaluada para su aceptación por el comité de ética e investigación en Salud No. 703 y Comité de Ética en Investigación en Salud No. 7038 ambos de la Unidad Médica Familiar No13, de acuerdo a todos los procedimientos estipulados en el Reglamento de la Ley General de Salud.

La investigación para la salud es un factor determinante para mejorar las acciones encaminadas a proteger, promover y restaurar la salud del individuo y de la sociedad en general; para desarrollar tecnología mexicana en los servicios de salud y para +incrementar su productividad, conforme a las bases establecidas en dicha Ley.

Que sin restringir la libertad de los investigadores, en el caso particular de la investigación que se realice en seres humanos y de la que utilice materiales o procedimientos que conlleven un riesgo, es preciso sujetarse a los principios científicos, éticos y a las normas de seguridad generalmente aceptadas, y que la investigación en seres humanos de nuevos recursos profilácticos, de diagnósticos, terapéuticos y de rehabilitación, debe sujetarse a un control para obtener una mayor eficacia y evitar riesgos a la salud de las personas, he tenido a bien expedir el siguiente:

ARTICULO 2o.- Para los fines de este Reglamento, cuando se haga mención a la "Ley" a la "Secretaría" y a la "Investigación", se entenderá referida a la Ley General de Salud, a la Secretaría de Salud y a la Investigación para la Salud, respectivamente.

ARTICULO 3o.- La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:

- I. Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos;
- II. Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social;

- III. A la prevención y control de los problemas de salud;
- IV. Al conocimiento y evaluación de los efectos nocivos del ambiente en la salud;
- V. Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud, y
- VI. A la producción de insumos para la salud.

En Materia de Investigación para la salud, Título Segundo, Capítulo I:

ARTÍCULO 13.-En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

ARTÍCULO 14.- La Investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases:

- I. Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen;
- II. Se fundamentará en la experimentación previa realizada en animales, en laboratorios o en otros hechos científicos.
- III. Se deberá realizar sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo;
- IV. Deberán prevalecer siempre las probabilidades de los beneficiados esperados sobre los riesgos predecibles;
- V. Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, con las excepciones que este Reglamento señala;
- VI. Deberá ser realizada por profesionales de la salud a que se refiere el artículo 114 de este Reglamento, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actúe bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes y



que cuente con los recursos humanos y materiales necesarios, que garanticen el bienestar del sujeto de investigación;

VII. Contará con el dictamen favorable de las Comisiones de Investigación, Ética y la de Bioseguridad, según sea su caso.

VIII. Se llevará a cabo cuando se tenga la autorización del titular de la institución de atención a la salud y, en su caso, de la Secretaría, de conformidad con los artículos 31, 62, 69, 71, 73, y 88 de este Reglamento.

ARTICULO 15.- Cuando el diseño experimental de una investigación que se realice en seres humanos incluya varios grupos, se usarán métodos aleatorios de selección para obtener una asignación imparcial de los participantes en cada grupo y deberán tomarse las medidas pertinentes para evitar cualquier riesgo o daño a los sujetos de investigación.

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 20.- Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

Este estudio tendrá base en los doce principios básicos de la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial; “Guía de recomendaciones para los médicos biomédica en personas” Adoptada por la 18 Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendada por la 29 Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre de 1975, la 35 Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre de 1983; la 41 Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre de 1989 y la 64 Asamblea General en Fortaleza, Brasil octubre de 2013.

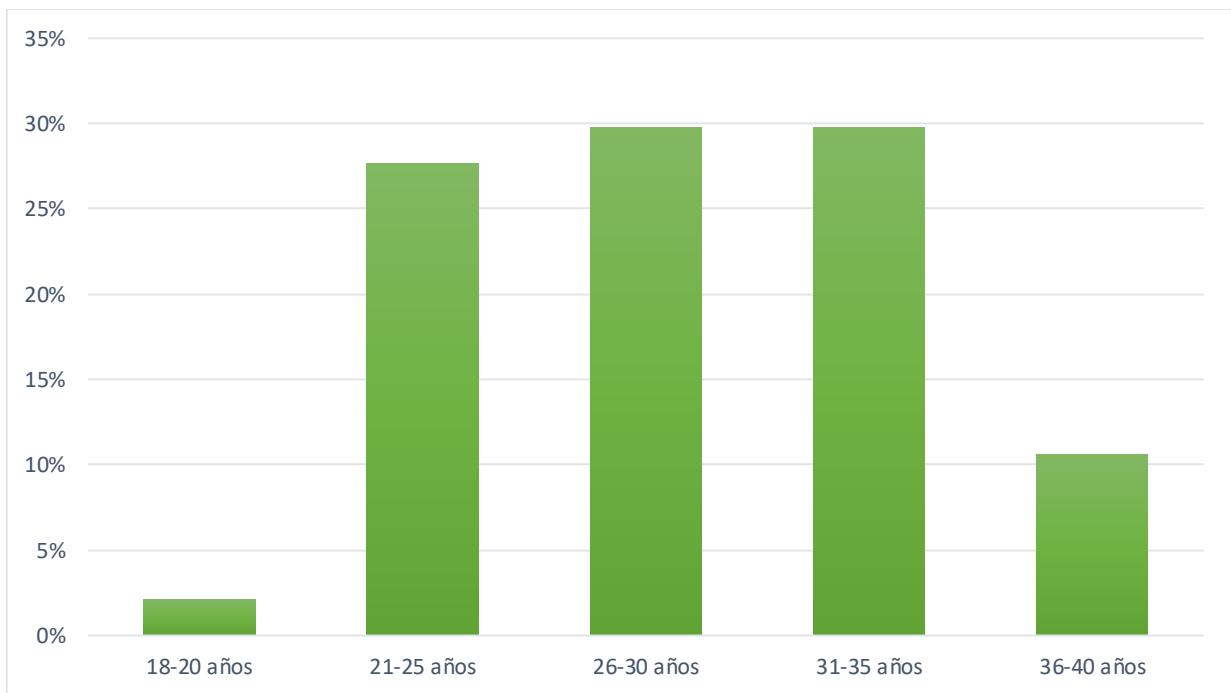
Así también, el acuerdo por lo que se dispone el establecimiento de coordinadores de proyectos prioritarios de salud Pública en el Diario Oficial de la Federación el 24 de octubre de 1984, y los acuerdos 5/95 al 55/95 del 1 o de enero de 1995 del H. Consejo Técnico del IMSS referente a la modernización.

## RESULTADOS

En este estudio denominado “prevalencia de depresión posparto en mujeres de 18 a 40 años en la unidad médica familiar No.11 en Tapachula, Chiapas” se encuestaron a 47 pacientes, se hicieron 2 grupos de 10 y 3 grupos de 11 pacientes de forma aleatoria.

Con respecto a los grupos se les evaluaron su nivel socioeconómico, grado de estudios, edad, número de gestas, se dividieron en 5 grupos, siendo de mayor prevalencia dos grupos: el de 26 a 30 años con 30% (14) y el de 31 a 35 años con 30% (14); posteriormente el de 21 a 25 años en el 28% (13), siguiéndole el de 36 a 40 años ocupando 11% (5). Y finalmente el grupo de 18 a 20 años con el 2% (1).

### GRUPO DE EDADES DE PACIENTES CON DEPRESIÓN POSPARTO

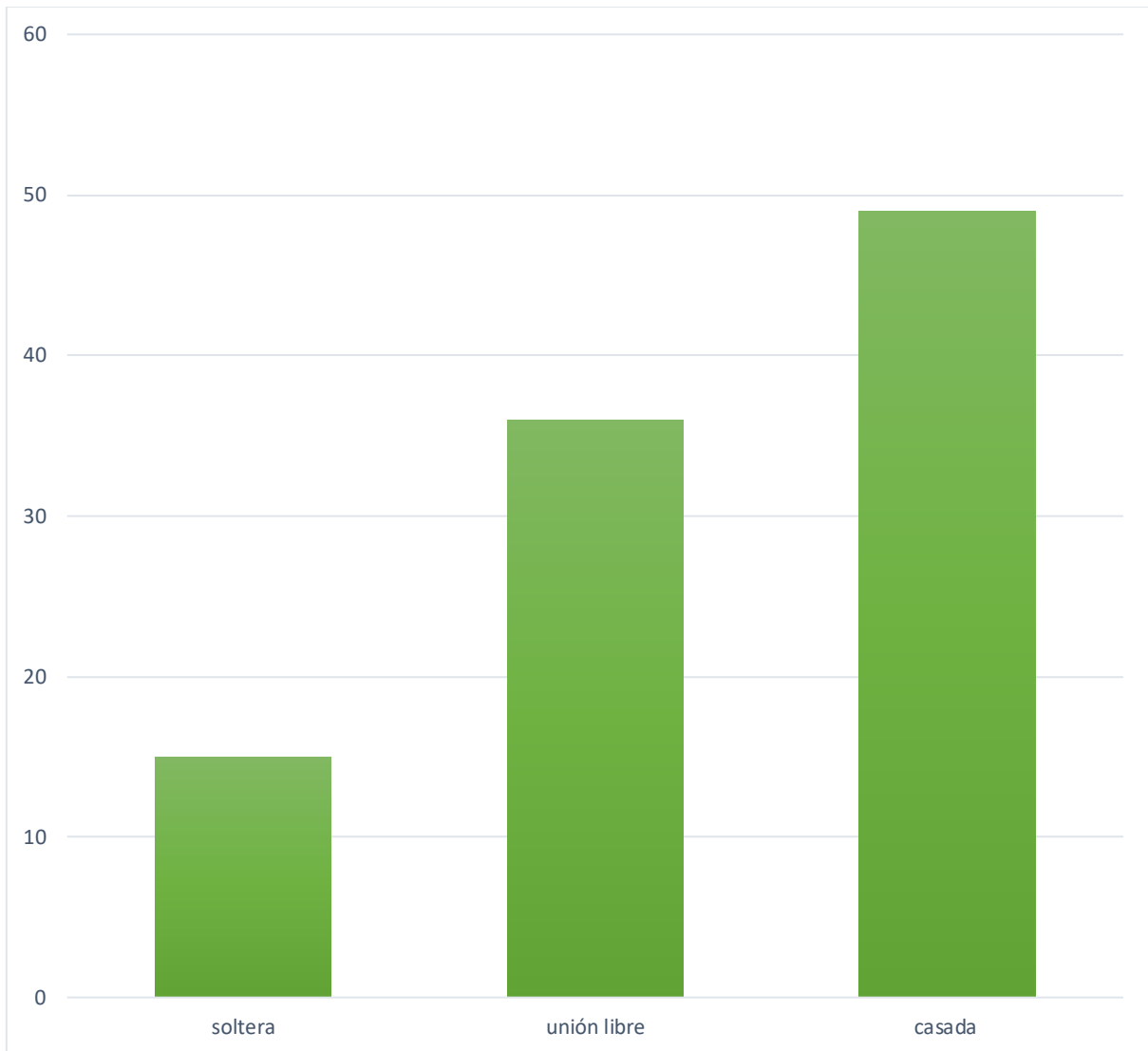


Gráfica 1. Distribución por edad de pacientes cursando puerperio mediato que se encuentran en protocolo de estudio para detección de depresión posparto

Fuente: cedula de recolección de datos.

De acuerdo con el estado civil se encontró que la mayor prevalencia con el 49% (23) están casadas, el 36% (17) se encuentran en unión libre y el 15% (7) se encontraron solteras, por lo que el 15% se encuentra con redes de apoyo alternas.

### ESTADO CIVIL DE PACIENTES CON DEPRESIÓN POSPARTO

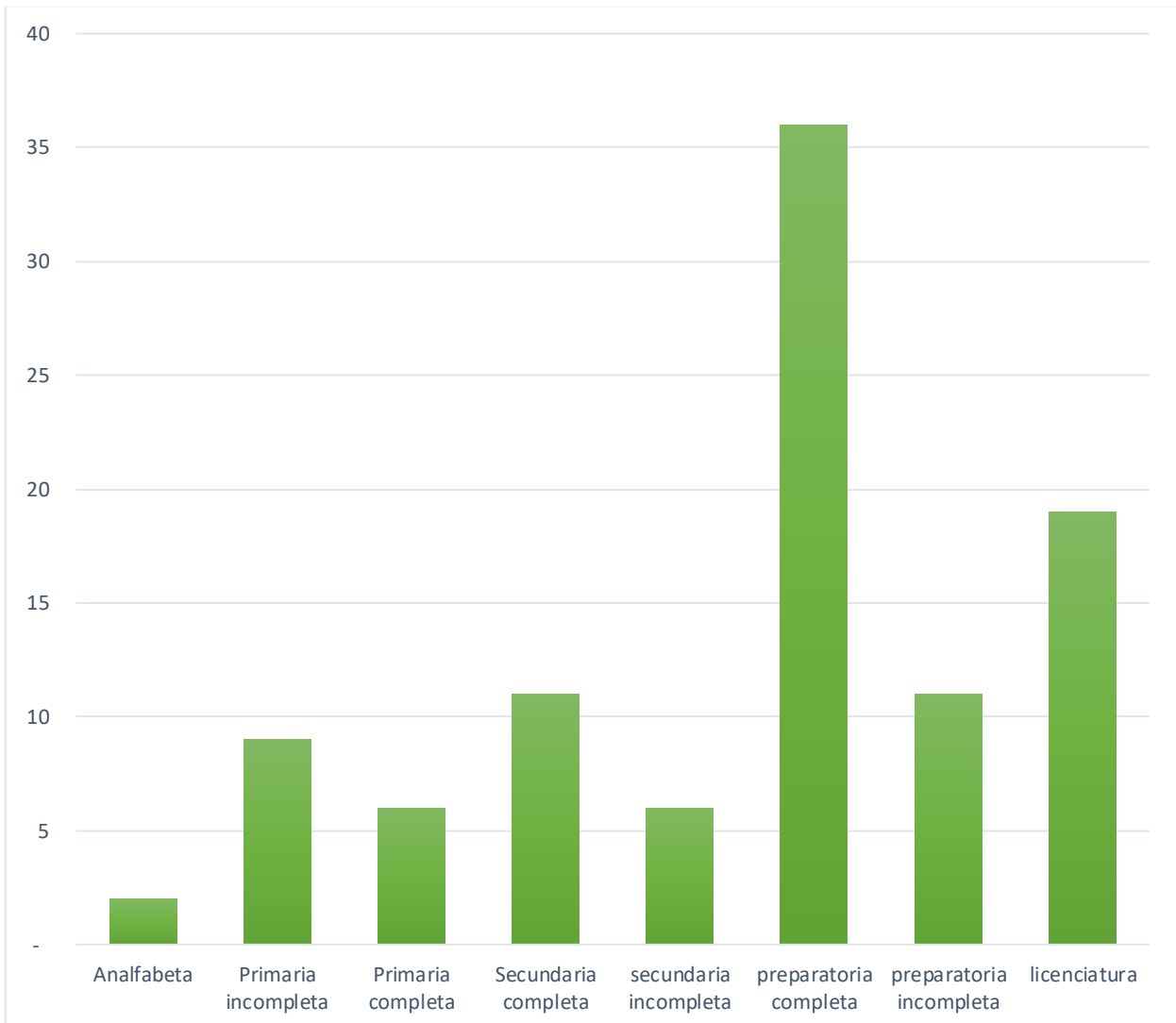


Gráfica 2. Estado civil de pacientes cursando puerperio mediato que se encuentran en protocolo de estudio para detección de depresión posparto

Fuente: cedula de recolección de datos.

En el análisis, se identificaron de acuerdo con el grado de estudio, los siguientes resultados: con mayor prevalencia en preparatoria completa 36% (17), licenciatura 19% (9), preparatoria incompleta 11% (5), secundaria completa 11% (5), primaria incompleta 9% (4), secundaria incompleta 6% (3), primaria completa 6% (3), analfabeta 2% (1).

### NIVEL DE ESCOLARIDAD DE PACIENTES CON DEPRESIÓN POSPARTO

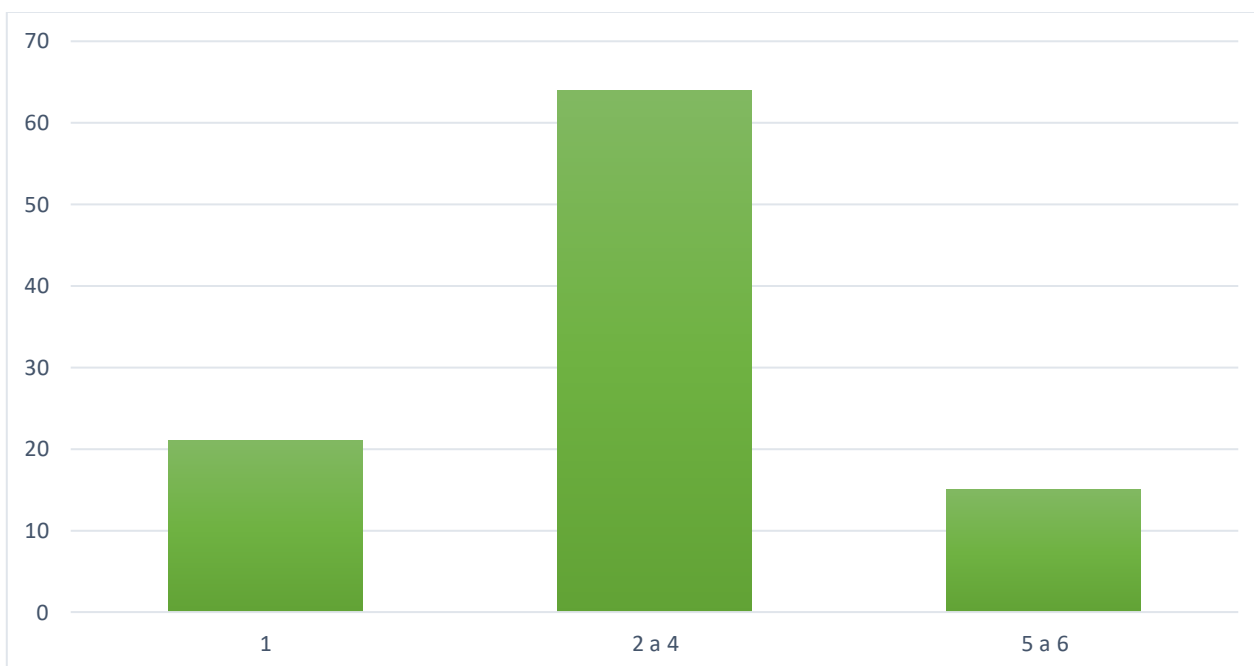


Gráfica 3. Escolaridad de pacientes cursando puerperio mediato que se encuentran en protocolo de estudio para detección de depresión posparto

Fuente: cedula de recolección de datos.

De acuerdo al número de embarazos de las pacientes que participaron en el estudio, la prevalencia, con 64% (30) se encontraron en su segundo y tercer puerperio; el 21% (10) tuvieron su primer embarazo, y el 15% (7) se encontraban en su quinto o sexto puerperio. De los cuáles el 40% (19) tuvo resolución abdominal del embarazo. 28% (13) se resolvieron con parto eutócico de primera vez, el 32% (15) obtenidos por parto eutócico en su segundo y tercer parto. En cuanto a las pacientes que cursaron abortos, 74% (35) no presentaron pérdidas embrionarias durante su edad reproductiva actual el 17% (8) tuvo un aborto previo a su última concepción, el 9% (4) tuvieron de 2 a 4 abortos previos. El 36% (17) resolvieron su embarazo mediante cesárea por primera vez, el 13% (6) tuvieron se segunda cesárea y el 6% (3) presentaron cesárea iterativa.

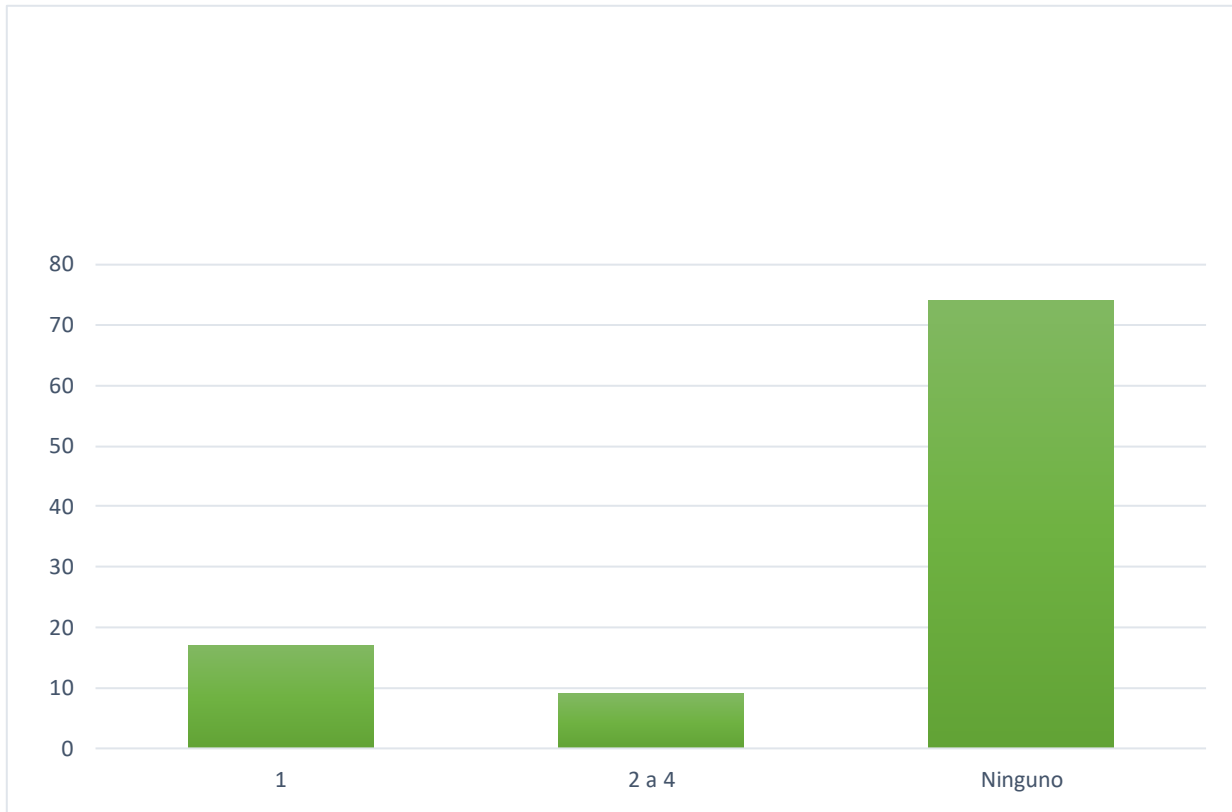
#### NÚMERO DE EMNARAZOS DE PACIENTES CON DEPRESIÓN POSPARTO



Gráfica 4. Número de embarazos de las pacientes cursando puerperio mediano que se encuentran en protocolo de estudio para detección de depresión posparto

Fuente: cedula de recolección de datos.

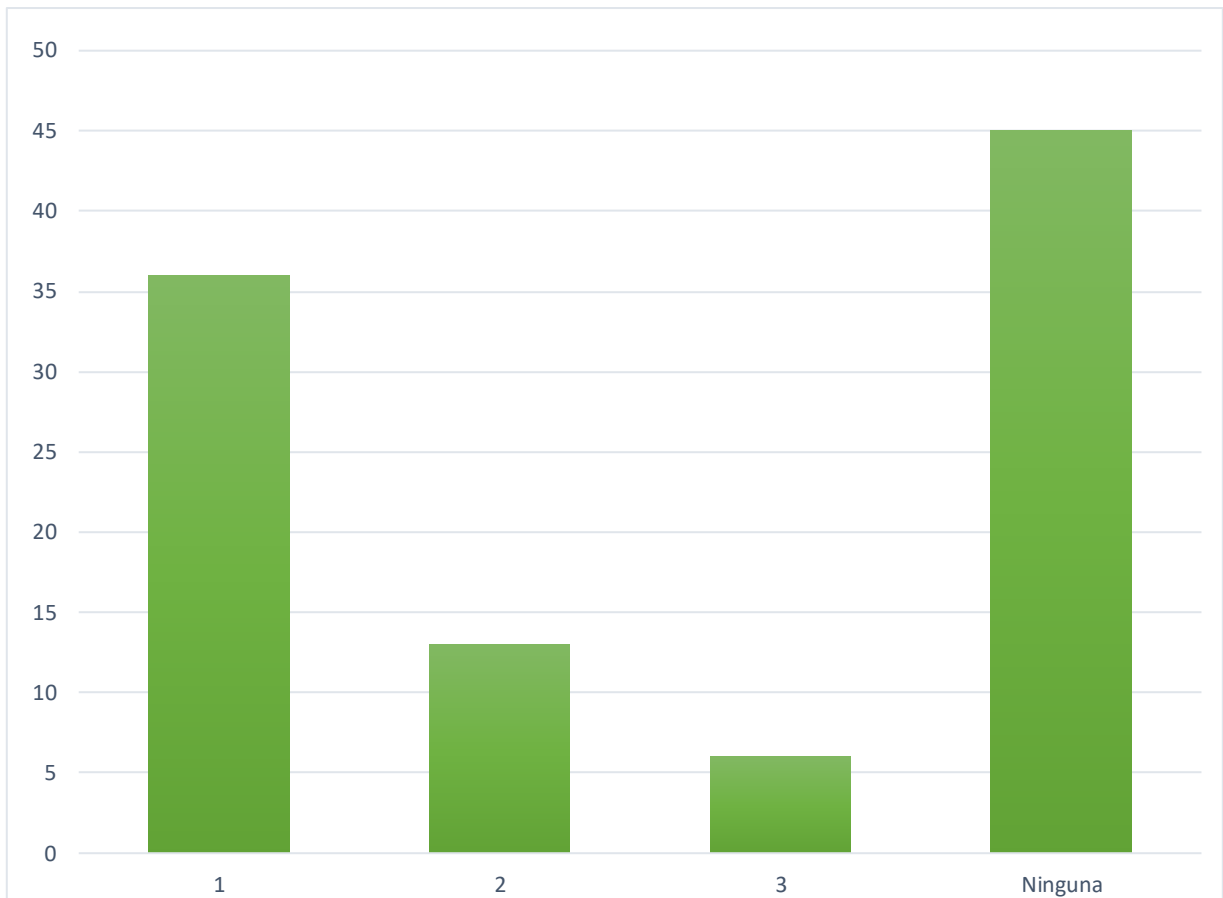
## ABORTOS EN PACIENTES CON DEPRESIÓN POSPARTO



Gráfica 5. Número de abortos de las pacientes cursando puerperio mediato que se encuentran en protocolo de estudio para detección de depresión posparto

Fuente: cedula de recolección de datos.

## CESAREAS EN PACIENTES CON DEPRESIÓN POSPARTO



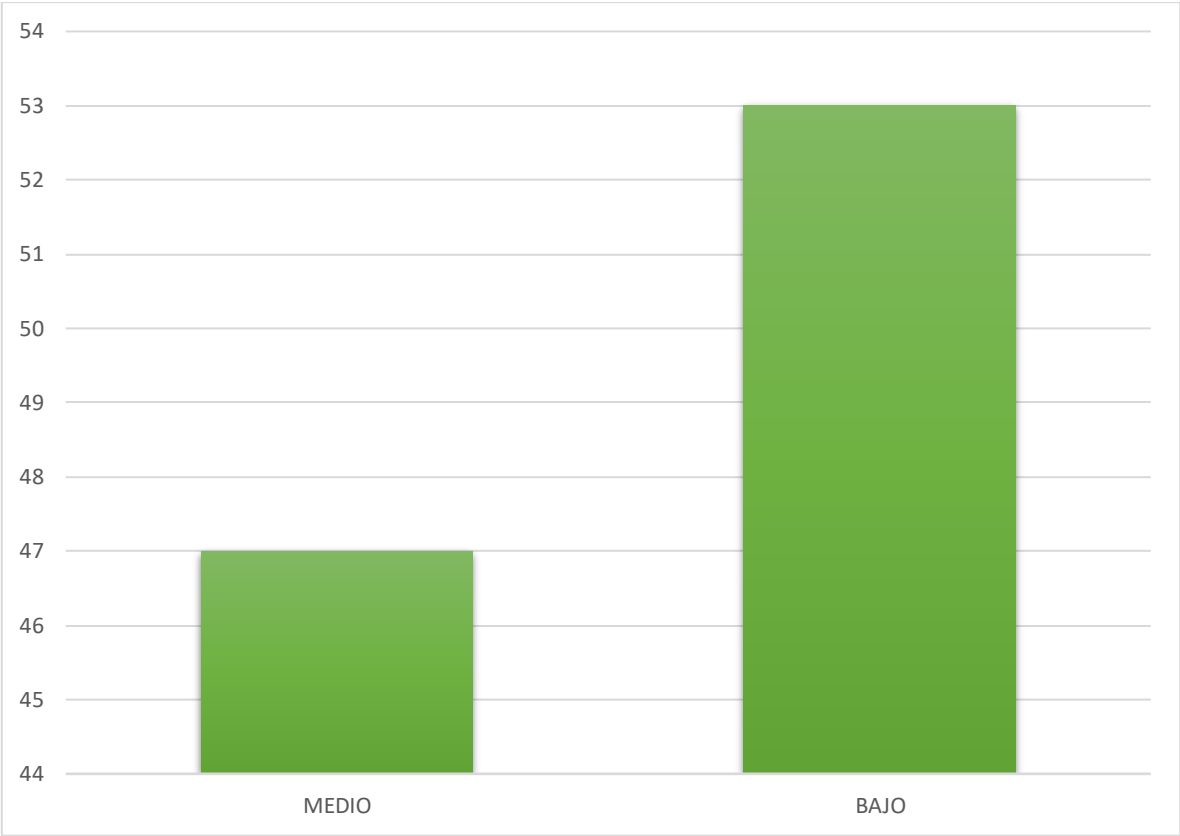
Gráfica 6. Número de cesáreas de las pacientes cursando puerperio mediato que se encuentran en protocolo de estudio para detección de depresión posparto

Fuente: cedula de recolección de datos.



Conforme al nivel socioeconómico, del total de pacientes ninguna refirió encontrarse en un nivel alto, en cuanto al nivel bajo 53% (25) refirieron sentir que se encontraban en ese nivel, teniendo predominancia sobre el NSE medio y el restante 47% (22) se identificaron con un nivel socioeconómico medio.

**ESTADO SOCIOECONOMICO DE PACIENTES CON DEPRESION POSPARTO**

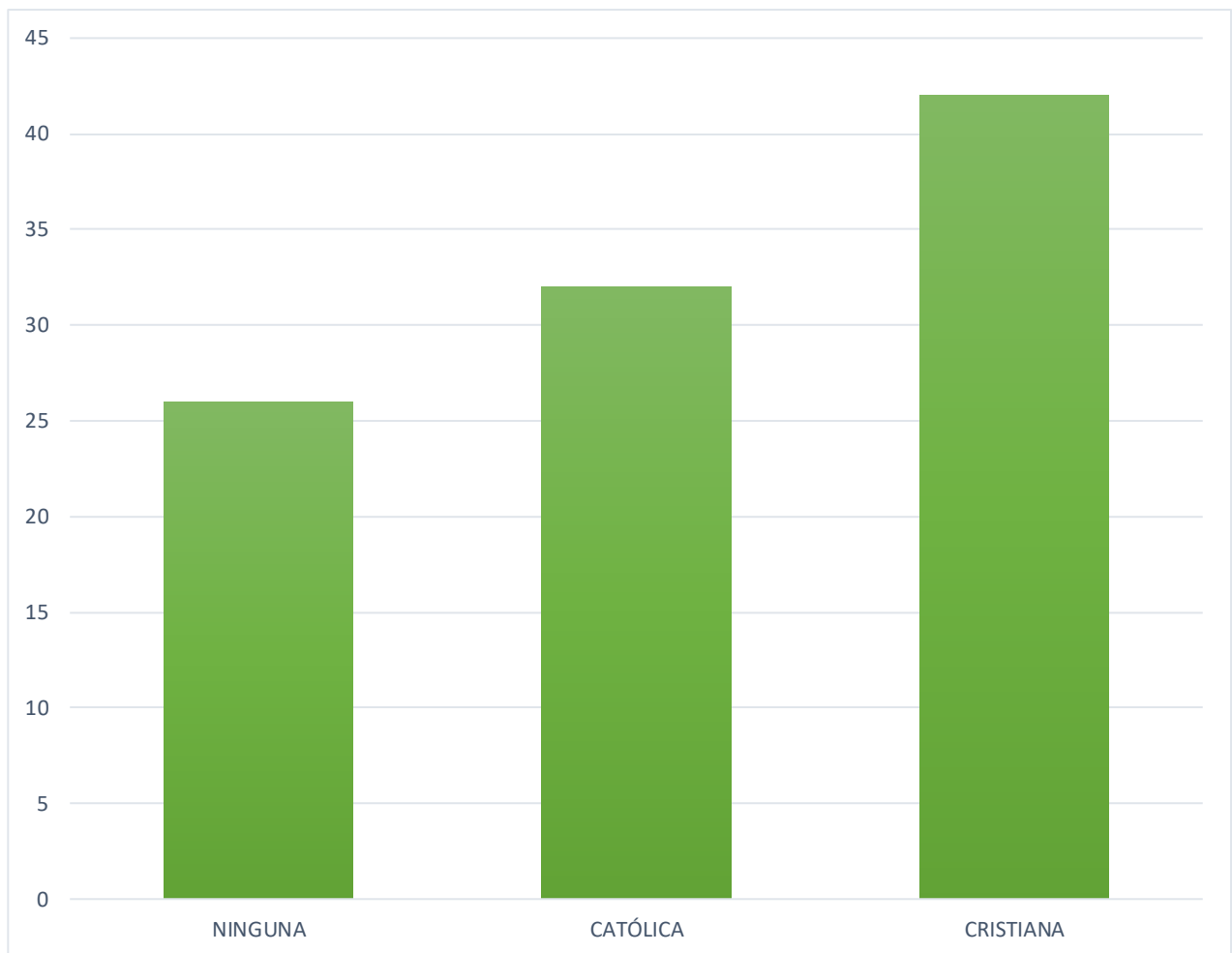


Gráfica 7. Estado socioeconómico de las pacientes cursando puerperio mediato que se encuentran en protocolo de estudio para detección de depresión posparto

Fuente: cedula de recolección de datos.

De acuerdo a la religión, se consideraron 3 opciones: con un predominio de la religión cristiana (en la cual se agruparon la evangélica, testigos de Jehová y adventista) fueron 42% (20), las pacientes que se identificaron en llevar a cabo la religión católica fueron 32% (15). Las pacientes que refirieron no profesar ninguna religión fueron 26% (12).

### RELIGIÓN DE PACIENTES CON DEPRESIÓN POSPARTO

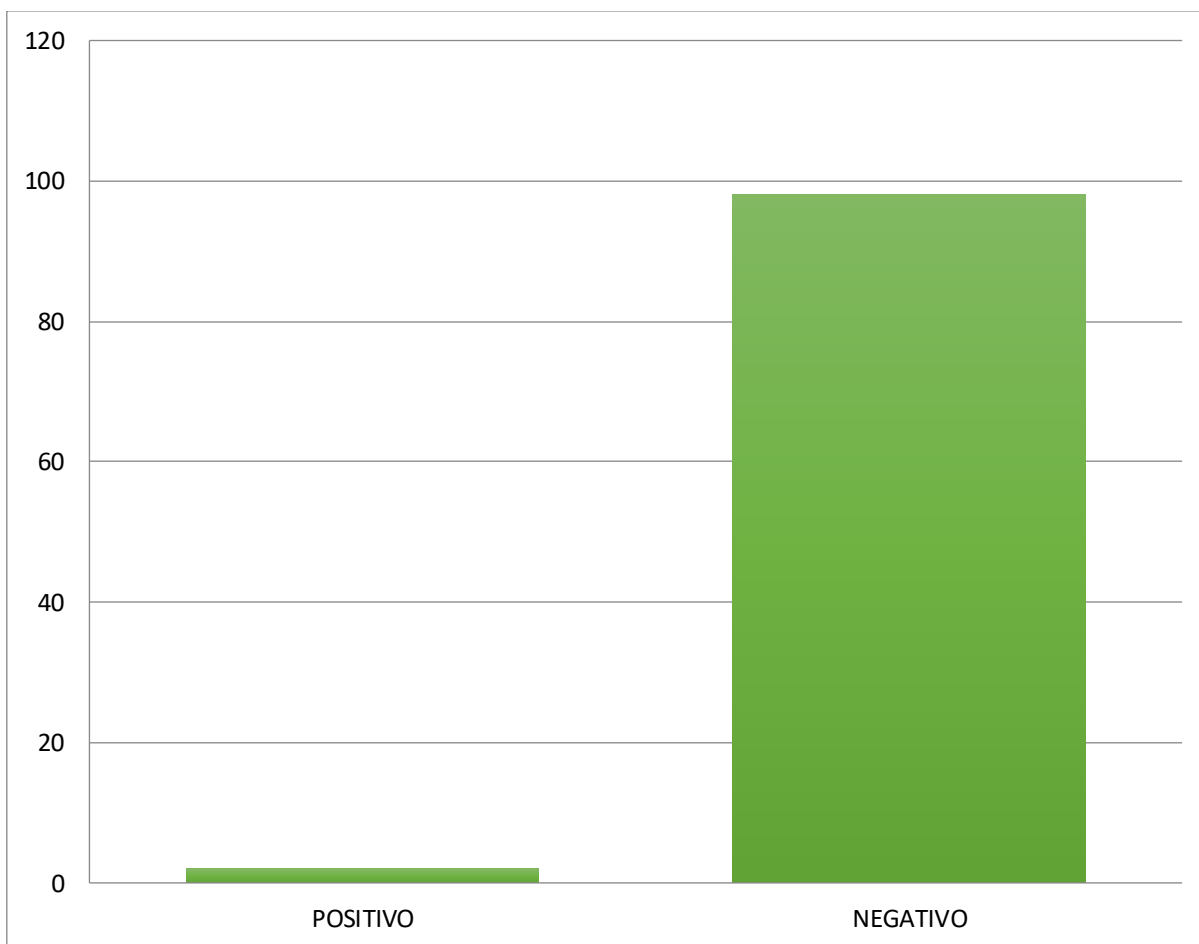


Gráfica 8. Religión que profesan las pacientes cursando puerperio mediato que se encuentran en protocolo de estudio para detección de depresión posparto

Fuente: cedula de recolección de datos.

En cuanto a las toxicomanías las pacientes que consumieron tabaco previo a su embarazo fue el 2% (1), posteriormente de enterarse de su embarazo, ambas pacientes mencionan haber abandonado el hábito tabáquico.

### TOXICOMANÍAS EN PACIENTES CON DEPRESIÓN POSPARTO

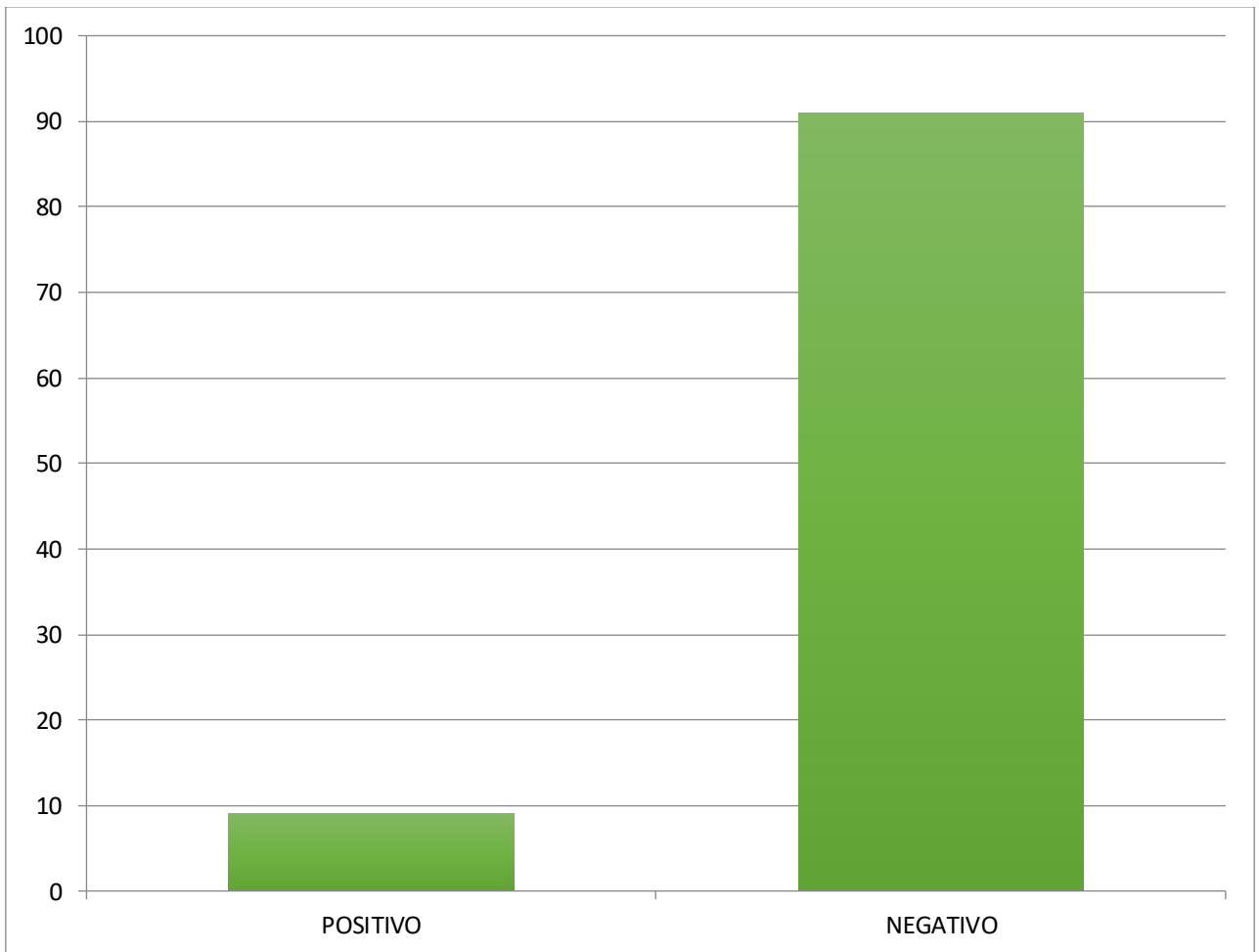


Gráfica 9. Mujeres que fueron fumadoras antes de enterarse de su embarazo

Fuente: cedula de recolección de datos.

En cuanto a las toxicomanías las pacientes que consumieron bebidas alcohólicas previo a enterarse que estaban embarazadas fue del 9% (4). posteriormente de enterarse de su embarazo suspendieron el consumo de bebidas alcohólicas.

### CONSUMO DE ALCOHOL

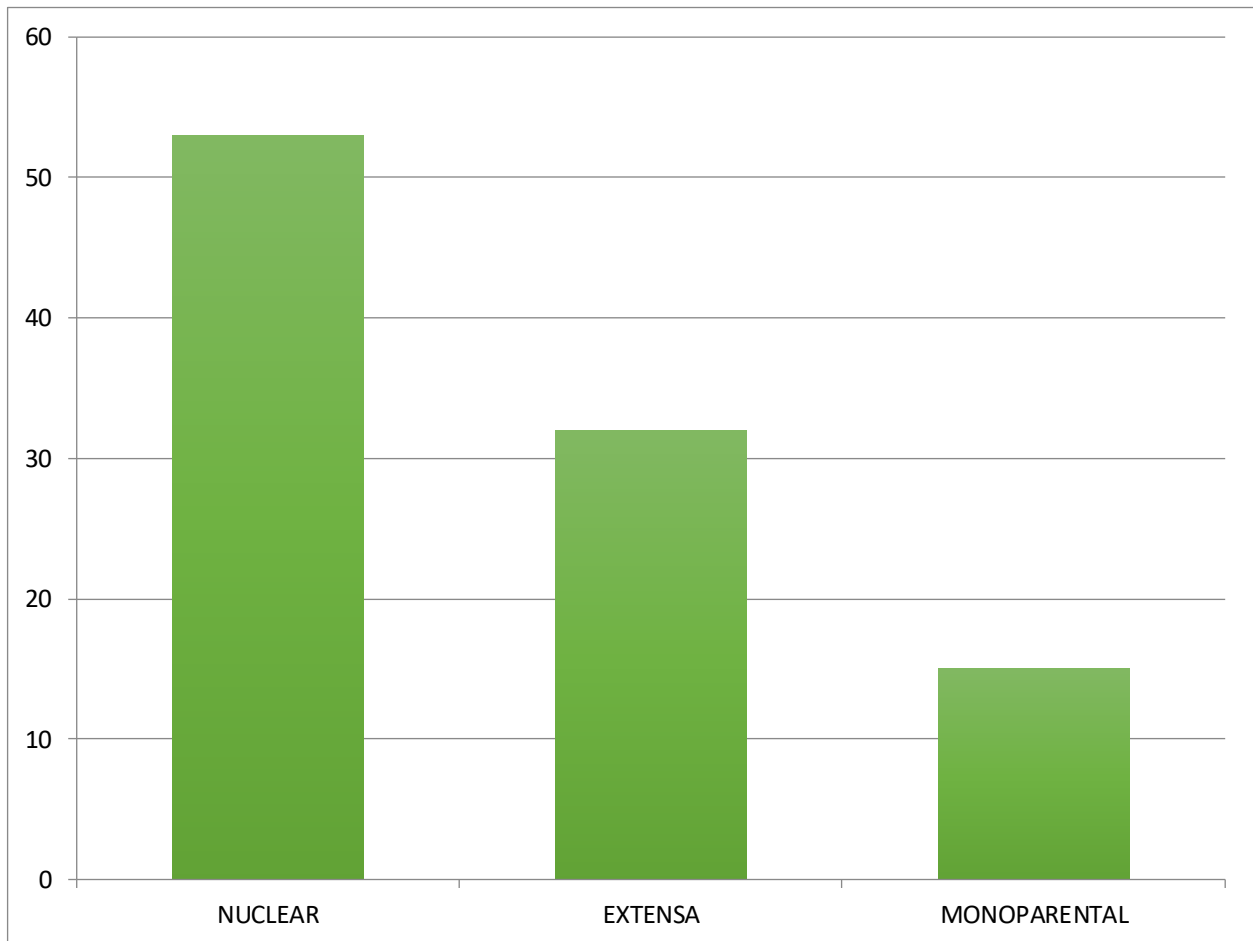


Gráfica 10. Mujeres que consumieron alcohol antes de enterarse de su embarazo

Fuente: cedula de recolección de datos.

Conforme a la tipología familiar se tomaron en cuenta 3 grandes grupos, que son familia nuclear en un 53% (25), extensa 32% (15) y monoparental 15% (7).

### TIPOLOGÍA FAMILIAR

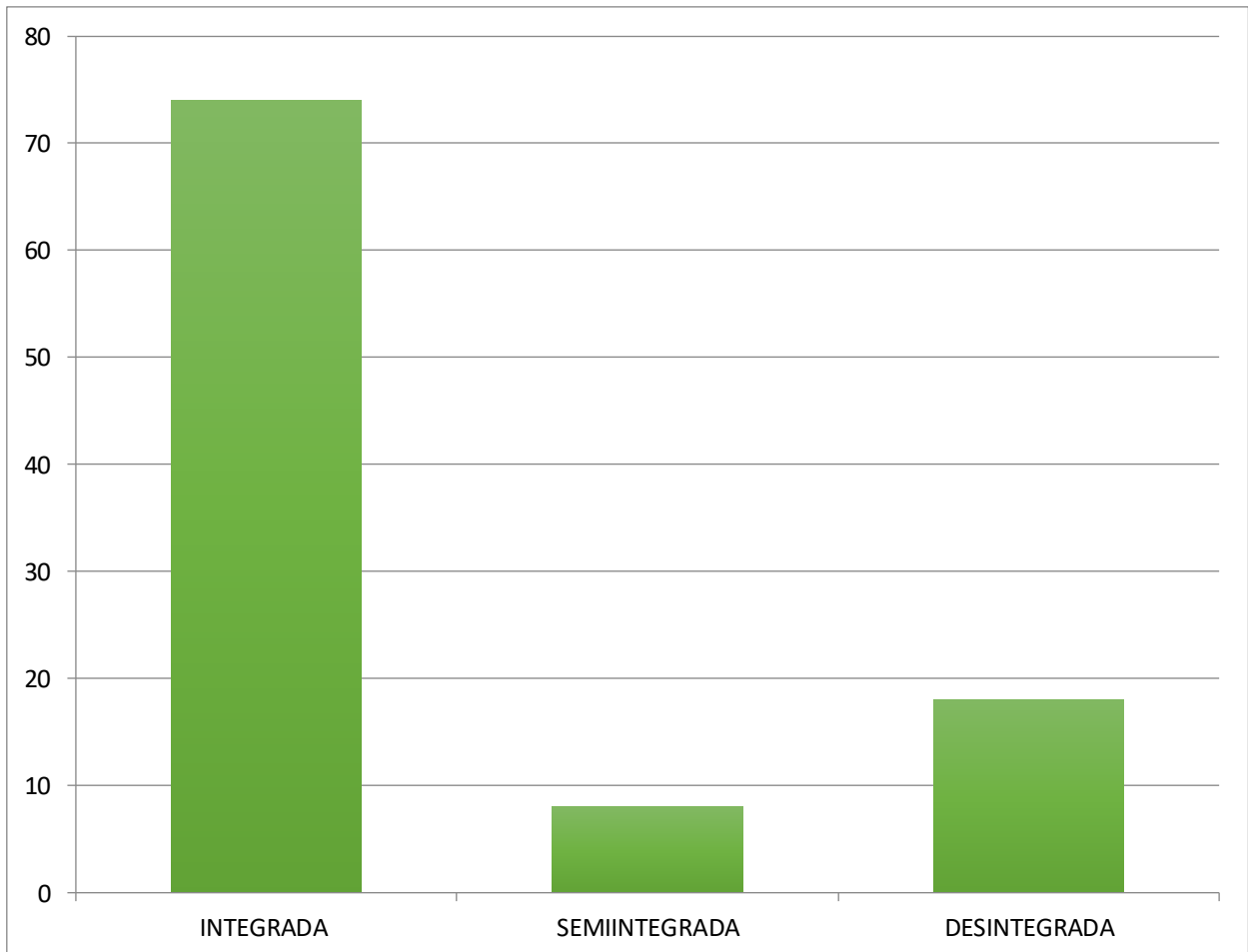


Gráfica 11. Tipología familiar de las pacientes cursando puerperio mediato que se encuentran en protocolo de estudio para detección de depresión posparto

Fuente: cedula de recolección de datos.

Se toma en cuenta el nivel de integración familiar de estas familias y el 74% (35) se identificó como integrada, 18% (8) como desintegrada y el 8% (4) semiintegrada.

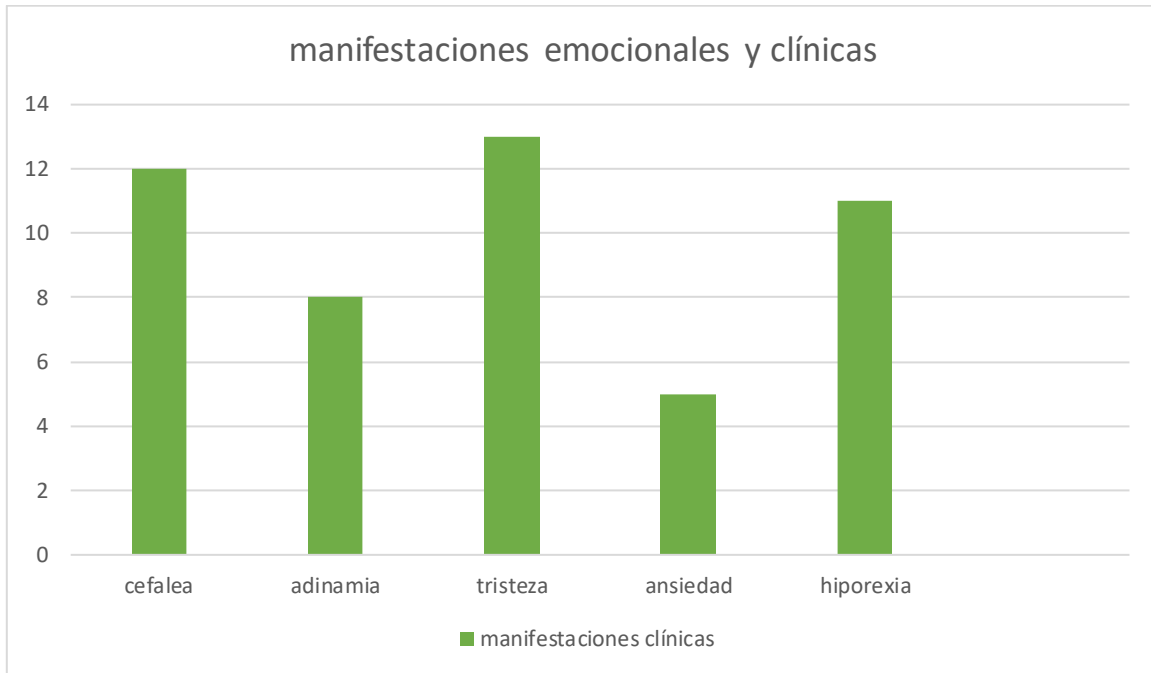
### INTEGRACIÓN FAMILIAR



Gráfica 12. Integración familiar de las pacientes cursando puerperio mediato que se encuentran en protocolo de estudio para detección de depresión posparto

Fuente: cedula de recolección de datos.

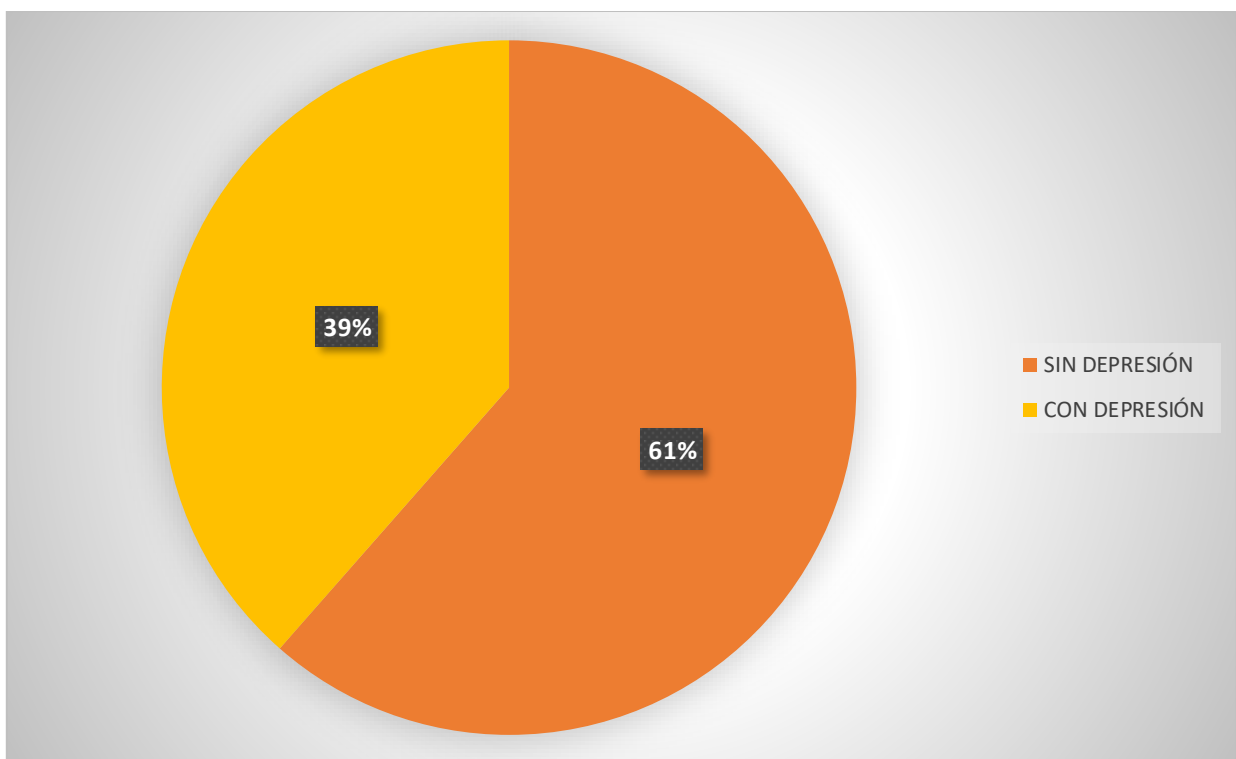
En las manifestaciones emocionales y clínicas, las pacientes presentaron cefalea (12), adinamia (8), tristeza (13), ansiedad (5) e hiporexia (11).



Gráfica 13. Manifestaciones emocionales y clínicas de las pacientes cursando puerperio mediato que se encuentran en protocolo de estudio para detección de depresión posparto

Fuente: cedula de recolección de datos.

En el análisis de las pacientes, se evaluó mediante el test de Edimburgo la escala de depresión posparto y se obtuvieron los siguientes valores, del muestreo de 122 pacientes, 47 participantes tenían sentimientos compatibles con depresión posterior al parto, una de las madres persistió con depresión; ya que tenía antecedentes de haber padecido de trastornos depresivos en algún momento de su vida, teniendo factores de riesgos como la falta de redes de apoyo y dependencia a toxicomanías en específico alcoholismo desde la juventud, por lo que fue derivada al servicio de psiquiatría para su seguimiento, diagnóstico y tratamiento.



Gráfica 14. Presencia de depresión posparto en pacientes cursando puerperio mediato que se encuentran en protocolo de estudio para detección de depresión posparto

Fuente: cedula de recolección de datos.



## DISCUSIÓN

En este estudio transversal denominado “prevalencia de depresión posparto en mujeres de 18 a 40 años en la unidad médica familiar no.11 en Tapachula, Chiapas”, se enfocó en la evaluación de las pacientes que se encuentran en el periodo posparto, afiliadas al Instituto Mexicano del Seguro Social, en la que se les brinda asistencia médica y consulta de medicina familiar.

En el año 2021, Acuña y colaboradores realizaron una revisión bibliográfica de depresión posparto a partir de los últimos artículos científicos y libros que hablan acerca del tema durante los últimos 15 años, publicados en revistas indexadas, los artículos y textos debían de cumplir ciertos requisitos como: claridad y definición precisa del concepto depresión posparto, elaboración y desglose de la patología y medidas preventivas y tratamiento; por lo que se concluyó que la depresión posparto es y será en las futuras generaciones un problema frecuente de salud.

Es importante que la búsqueda intencionada de depresión posparto mediante la evaluación de test de Edimburgo y que forme parte de las evaluaciones iniciales que se realizan posterior a la culminación del embarazo, en el control del puerperio de la consulta de medicina familiar y que el medico familiar este capacitado para su aplicación e interpretación, para que dependiendo de los resultados, si se llegase a identificar signos o síntomas de depresión posparto sea derivada oportunamente, siendo esta una acción preventiva de primer nivel.

El medico familiar debe conocer los signos y síntomas de la depresión posparto y que es causada por múltiples factores tanto ambientales como biológicos en la madre, una detección temprana es importante para evitar cuadros severos de depresión en la madre, ya que afecta directamente en su entorno familiar y como se desenvuelva en el rol de madre con el recién nacido.

En un estudio realizado en México en el año 2023, del autor Santiago y colaboradores de nombre depresión posparto: tuvo como resultados que la prevalencia y factores de riesgo asociados en la población mexicana, donde la

muestra fueron 717 pacientes, utilizando la escala de Edimburgo, los resultados fueron que 106 pacientes salieron positivas utilizando dicha escala, lo que da una prevalencia del 14.9%, la edad promedio de presentación fue de 26 años (límites de 12 y 46 años), el estado civil soltera resultó un factor protector y, en su contraparte, quienes estaban casadas tuvieron cierta predisposición a depresión posparto.

A diferencia del estudio realizado en la unidad médica número 11, en la cual contar con una pareja fue de beneficio para las madres en puerperio mediato, se considera que el estado civil y la escolaridad afecta directamente proporcional a las mujeres, debido a que el estado de Chiapas es considerado con un rezago de analfabetismo, lleno de culturas y tradiciones que se antepone sobre las acciones preventivas del primer nivel, como es hasta acudir a una consulta del puerperio, sin un acompañante es considerado un acto inapropiado en diversas etnias en Chiapas.

En el presente estudio se cumple la hipótesis en la que la edad si influye en la presentación de casos de depresión posparto, debido a los factores hormonales y socioculturales de la localidad, además al presentar una adecuada red de apoyo, se observó durante las sesiones educativas como mejoro la autoestima, la relación y dinámica familiar, el grado de involucramiento de la misma en el periodo de posparto; así como ayuda en los cuidados del recién nacido y mayor consideración con la madre.

## CONCLUSIÓN

Se determino que a través de la presente investigación, que el estado fisiológico del postparto provoca cambios en el ánimo de las puérperas; sumándoles las características de ser madres primerizas, el inicio de la lactancia materna, extremos de las edades en las mujeres puérperas; genero mayor ansiedad y preocupación por el bienestar del recién nacido y esto causo una mayor sensación de inconformidad con sus vidas de predominio en las puérperas con nivel académico de bachillerato y más escolaridad, aunado a eso existen factores psicosociales que interviene en el estado de ánimo, como son: la clase social baja, el no contar con redes de apoyo efectivas tanto familiares como sociales, generando insatisfacción debido a que el apoyo emocional sobre todo en la pareja es deficiente, generando emociones depresivas y de incertidumbre, así como los cambios fisiológicos que con lleva la lactancia, el estado de puerperio y la imagen corporal género en algunas trastornos como dismorfia corporal.

Con respecto a los grupos se les evaluaron su nivel socioeconómico, grado de estudios, edad, número de gestas, se dividieron en 5 grupos, siendo de mayor prevalencia dos grupos: el de 26 a 30 años con 30% (14) y el de 31 a 35 años con 30% (14); posteriormente el de 21 a 25 años en el 28% (13), siguiéndole el de 36 a 40 años ocupando 11% (5). Y finalmente el grupo de 18 a 20 años con el 2% (1).

De acuerdo con el estado civil se encontró que la mayor prevalencia con el 49% (23) están casadas, el 36% (17) se encuentran en unión libre y el 15% (7) se encontraron solteras, por lo que el 15% se encuentra con redes de apoyo alternas.

En el análisis, se identificaron de acuerdo con el grado de estudio, los siguientes resultados: con mayor prevalencia en preparatoria completa 36% (17), licenciatura 19% (9), preparatoria incompleta 11% (5), secundaria completa 11% (5), primaria incompleta 9% (4), secundaria incompleta 6% (3), primaria completa 6% (3), analfabeta 2% (1).

De acuerdo al número de embarazos de las pacientes que participaron en el estudio, la prevalencia, con 64% (30) se encontraron en su segundo y tercer puerperio; el 21% (10) tuvieron su primer embarazo, y el 15% (7) se encontraban en su quinto o sexto puerperio. De los cuáles el 40% (19) tuvo resolución abdominal del embarazo. 28% (13) se resolvieron con parto eutócico de primera vez, el 32% (15) obtenidos por parto eutócico en su segundo y tercer parto. En cuanto a las pacientes que cursaron abortos, 74% (35) no presentaron pérdidas embrionarias durante su edad reproductiva actual el 17% (8) tuvo un aborto previo a su última concepción, el 9% (4) tuvieron de 2 a 4 abortos previos. El 36% (17) resolvieron su embarazo mediante cesárea por primera vez, el 13% (6) tuvieron se segunda cesárea y el 6% (3) presentaron cesárea iterativa.

Conforme al nivel socioeconómico, del total de pacientes ninguna refirió encontrarse en un nivel alto, en cuanto al nivel bajo 53% (25) refirieron sentir que se encontraban en ese nivel, teniendo predominancia sobre el NSE medio y el restante 47% (22) se identificaron con un nivel socioeconómico medio.

De acuerdo a la religión, se consideraron 3 opciones: con un predominio de la religión cristiana (en la cual se agruparon la evangélica, testigos de Jehová y adventista) fueron 42% (20), las pacientes que se identificaron en llevar a cabo la religión católica fueron 32% (15). Las pacientes que refirieron no profesar ninguna religión fueron 26% (12).

En cuanto a las toxicomanías las pacientes que consumieron tabaco previo a su embarazo fue el 2% (1), posteriormente de enterarse de su embarazo, ambas pacientes mencionan haber abandonado el hábito tabáquico.

En cuanto a las toxicomanías las pacientes que consumieron bebidas alcohólicas previo a enterarse que estaban embarazadas fue del 9% (4). posteriormente de enterarse de su embarazo suspendieron el consumo de bebidas alcohólicas.

Conforme a la tipología familiar se tomaron en cuenta 3 grandes grupos, que son familia nuclear en un 53% (25), extensa 32% (15) y monoparental 15% (7).

Se toma en cuenta el nivel de integración familiar de estas familias y el 74% (35) se identificó como integrada, 18% (8) como desintegrada y el 8% (4) semiintegrada.

En cuanto al uso de métodos de planificación familiar, se encontró que 51% (24) son usuarias de algún método de planificación familiar y el restante 49% (23) no aceptaron el uso de ningún método de planificación familiar.

En el análisis de las pacientes, se evaluó mediante el test de Edimburgo la escala de depresión posparto y se obtuvieron los siguientes valores, de las 122 pacientes obtenidas de los censos oficiales, 47 participantes tenían sentimientos compatibles con depresión posterior al parto.

Es importante el acompañamiento durante esta etapa de la vida, la planeación y el embarazo asistenciado por personal de salud competente para evitar llegar a la psicosis posparto.

Se cumplen los objetivos de la investigación al aplicar las sesiones y tener resultados favorables en la población de estudio.

## RECOMENDACIONES

Ante la evidencia y conclusiones del presente trabajo se recomienda realizar un genograma y estudiar a la familia; así como, los factores de riesgo, sobre todo en embarazadas adolescentes y embarazadas mayores de 35 años, conocer antecedentes ginecobstetricos y antecedentes de trastorno depresivo, aplicación de test de Edimburgo desde que se capta a la paciente embarazada y citarla en sus siguientes 30 días postparto para vigilancia y valoración del puerperio tanto de manera física como de manera psicosocial; en pacientes que cuentan con factores de riesgo, promover la asistencia de las mujeres en edad fértil a la consulta de psicología, para lograr una mejor orientación.

Hacer difusión en los consultorios de medicina familiar, con el apoyo de trabajo social, a través de carteles, capacitación a los pacientes en tiempo de espera y perifoneo en la unidad familiar sobre la importancia de la salud mental durante y después del embarazo.

Capacitar a personal de salud sobre atención a la salud mental e implementar una estrategia con enfoque participativo que sean representativos de la población derechohabiente de las unidades de atención en primer nivel en Tapachula, Chiapas, en el que participe la familia de la paciente embarazada con un enfoque anticipatorio; esto también se pretende lograr con una estrategia en donde el medico familiar sea altamente capacitado para enseñar las técnicas y las buenas prácticas del uso exclusivo de la lactancia materna.

Que todo el personal que conforman la unidad de medicina familiar, se capacite sobre la importancia de la lactancia materna, sobre los beneficios a largo plazo y técnicas de amamantamiento, ya que además de los beneficios inmunológicos, refuerza el vínculo madre e hijo (a).

Gestionar en la unidad de medicina familiar el espacio del lactario, de manera permanente, donde se garantice un espacio digno para las practicas de la lactancia materna exclusiva, además de servir de un espacio de difusión a las madres, creando así un lugar único, digno eliminando así el tabú de la lactancia materna, el tema de lactario no es nuevo, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) cuenta con 60 lactarios a nivel nacional.

El Instituto ha implementado el Programa de Lactancia Materna en los tres niveles de atención con el objetivo de fomentar, impulsar y acompañar el proceso por el que la mamá alimenta a su recién nacido y al lactante a través de la leche que ella misma produce.

El Seguro Social ha logrado para sus unidades médicas por las acciones encaminadas a fomentar, promover, capacitar y dar continuidad a la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses y complementaria hasta los dos años de edad o más; los efectos de la ausencia de lactancia materna en el bebé pueden afectar tanto su salud como su desarrollo, los niños que no son alimentados al seno materno y tienen otro alimento o sustituto van a causarles sobrepeso, les van a causar obesidad, van a tener infecciones recurrentes como otitis, sinusitis, caries dental, alteraciones de la fonación, son niños que no hablan bien porque usan otros aditamentos para la alimentación como los biberones.

Es importante mencionar que de un 7 o un 15 por ciento de los recién nacidos, van a requerir hospitalización en unidades de cuidados especiales. Estos niños que se quedan hospitalizados en estas áreas, van a requerir en algún momento, iniciar la vía oral, por lo que la creación de esta área sería de gran utilidad, además de darle el impacto a la clínica para que tenga atención de calidad e innovando servicios para comodidad del derechohabiente, con estas acciones se pretende la disminución del uso de los sucedáneos de la leche materna dentro de las unidades médicas, y de niños hospitalizados.

Se pretende que si se logra trabajar en vinculación y apertura un banco de leche, esto permitiría identificar a las mamás candidatas para donar la leche materna porque tienen una producción superior a las demandas de su bebé. Y con ello favorecer a los bebés en cuidados especiales, cuando la madre no disponga de leche para alimentarlo, porque padecen alguna enfermedad o se encuentran bajo tratamiento médico, sería creativo e innovador la creación de dicho espacio, ya que en ninguna clínica de Tapachula, se cuenta con un lugar que pretenda cumplir con las funciones anteriormente mencionadas.

El contar con un equipo multidisciplinario para lograr la captación de pacientes con depresión posparto mejoraría la salud mental, tanto de la madre como del neonato, creando así infancias felices, una actitud saludable por parte de la madre, lo ideal sería trabajar el “lactario” por un médico familiar, con quien de manera preventiva puede capacitar a la madre, mediante pláticas, carteles, exposiciones; así mismo, trabajo social puede aplicar los test de Edimburgo y también de estrato socioeconómico de Graffar Méndez Castellanos, ya que se ha observado en el presente estudio que el nivel socioeconómico bajo es un factor de riesgo para presentar síntomas depresivos durante el postparto.

Enfermería quien se encargaría de dar a conocer las técnicas de lactancia materna exclusiva junto con el médico familiar; formando de esta manera un equipo multidisciplinario y aplicando escalas y clínica para la detección de trastornos depresivos durante el posparto. En este espacio, se pretende que acudan los familiares de la paciente y también implementar estrategias para que conozcan que el posparto es un proceso de cambios hormonales, fisiológicos y psicosociales para la mujer y puedan de esta manera tener más empatía y se enfatice la red de apoyo familiar con el que debería de contar la paciente.

Una estrategia que se reconoce ha ayudado a madres primerizas es la terapia grupal, en donde participan otras madres que ya tienen experiencia y algunas otras que se encuentran en la misma situación, por lo que se comparten experiencias,



consejos y recomendaciones; Considerando los resultados descriptivos en relación con los antecedentes en salud mental personal y familiar de las participantes, es importante destacar la relevancia de evaluar factores de riesgo y no solo los puntajes obtenidos en las escalas de autorreporte que identifican síntomas en el momento de seleccionar a quienes podrían necesitar una intervención.

Es así como la dinámica teórica-vivencial permite seguir con respecto a cada tema y la participación de las mujeres al compartir sus experiencias lograran profundizar su realidad personal. Al finalizar las sesiones podría hacerse un ejercicio de relajación, con lo que sería el cierre de las sesiones.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lara M. A., Patiño P., Navarrete L., Nieto L. Depresión posparto, un problema de salud pública que requiere de mayor atención en México. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. 2018. 13.
2. Jadresic, E. (2017). Depresión posparto en el contexto del Hospital General. Revista Médica Clínica Las Condes, 1.
3. Constanza Mendoza B., Saldivia S. Actualización en depresión postparto: El desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. Rev. Med. Chile. 2015 (V. 143). 888.
4. Sierra M., Carro G., Ladrón M., Variables asociadas al riesgo de depresión posparto. Rev. Aten primaria. 2002. 88
5. Fernández J. K., Iturriza A. T., Toro J., Valbuena R. Depresión posparto valorada mediante la escala de Edimburgo. Rev. Obstet Ginecol Venez. 2014 (vol. 74). 230.
6. Arriagada Jaime S. Depresión perinatal: detección, diagnóstico y estrategias de tratamiento. Revista Médica Clínica Las Condes (vol. 31). 2020. 139-149.
7. Guía de Práctica clínica. Prevención, diagnóstico y manejo de la depresión prenatal y posparto en el primero y segundo niveles de atención. Catálogo maestro de Guías de práctica clínica SSA-666-14. 2014. 4
8. Ceriani J. M. Depresión posparto, los riesgos y su temprana detección. Arch. Argent Pediatr. 2020. 154.
9. Cox J., Holden M., Sagovsky R. Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgh. Revista Británica de psiquiatría (vol. 150). 1987. 7
10. Jadresic Enrique M. Depresión perinatal: Detección y tratamiento. Elsevier Rev. Clínica Las Condes. 2014 (vol. 25). 1019-1028.
11. Solís M., Pineda A. L., Chacón M., Abordaje clínico y manejo de la depresión posparto. Revista Médica Sinergia (vol. 4). 2019. 92-93

12. Caparros González R., Romero González B., Peralta Ramírez. Depresión posparto, un problema de salud pública mundial. Rev. Panam Salud Pública. 2018 (vol.42). 97.
13. Dois Castellon A. Actualizaciones en depresión posparto. Rev. Cubana Obstet Ginecol (vol. 38). 2012. 579-580
14. Meléndez M., Díaz M., Bohorjas L., Casas J., Castrillo M., Corbino J. Depresión postparto y los factores de riesgo. Rev. Salus. 2017 vol. 21. 8.
15. Oquendo C. Lartigue T., González- Pacheco I., Méndez C. Validez y seguridad de la escala de Depresión Perinatal de Edinburg como prueba de tamiz para detectar la depresión perinatal. Rev. Perinatol. Reprod. Hum. 2018. 197.
16. Medina Serdán E. Diferencias entre la Depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto. Rev. Perinatol. Reprod Hum. 2013 (vol. 3). 185-193.
17. Campo Arias A. Ayola Castillo C., Peinado Valencia H., Amor Parra M., Cogollo Z. Escala de Edinburg para depresión posparto: Consistencia interna y estructura factorial en mujeres embarazadas de Cartagena, Colombia. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2007, vol.58. 280-282
18. Ortega del Moral A., Romero Romero A., García Iglesias Y. Depresión posparto: Criterios de sospecha, diagnóstico y tratamiento. FMC, Formación Médica Continuada en Atención primaria. 2019. 1-4.
19. Wolff c., Valenzuela P., Esteffan K., Zapata D. Depresión posparto en el embarazo adolescente: analisis del problema y sus consecuencias. Rev. Chil.obstet. ginecol (vol. 74). 2009. 157
20. Burt V., Suri R., Altshuler L., Stowe Z., Hendrick V., Muntean E. The use of psychotropic medications during breast- feeding. Am J. Psychiatry. 2001 (V.7). 1002-1003

21. Gentile S. Use of contemporary antidepressants during breastfeeding: A proposal for a specific safety index. *Drug saf.* 2005 (V.2). 107-121
22. Retamal P. Psicofarmaterapia antidepresiva. *Rev Med Chile* (vol 129). Pag 814-816.
23. Wisner K., Hanusa B., Perel J., Peindl k., Piontek C., Sit D. Postpartum depression: A randomized trial of sertraline versus nortrptiline. *J. Clin Psychopharmacol.* 2006 (V. 26). 356.
24. Moh'd Yehia D, Callister L, Hamdan-Mansour A. Prevalence and predictors of postpartum depression among arabic muslim jordanian women serving in the military. *J Perinat Neonat Nurs.* 2013;27.25-33.
25. Saleh E, El-Bahei W, El-Hadidy M, Zayed A. Predictors of postpartum depression in a simple of Eypcician women. *Neuropsychiatric Disease and Treatment.* 2013.15-24.
26. Navarrete L, Lara M, Navarro C, Gómez M, Morales F. Factores psicosociales que predicen síntomas de ansiedad posnatal y su relación con los síntomas depresivos en el posparto. *Revista de Investigación clínica.* 2012. 625-33.
27. Contreras García Y., Sobarso Rodríguez P., Manríquez Vidal C. Caracterización del apoyo personal percibido durante el postparto y la presencia de depresión materna. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología.* 2017. 10.
28. Alarid HJ, Irigoyen A. *Fundamentos de medicina familiar.* 1ª ed. Medicina Familiar Mexicana. México. 1982. 6.
29. Barbosa M., Angelo M., Experiencias y significados de la depresión posparto de mujeres en el contexto de la familia. *Revista electrónica trimestral de enfermería.* 2016 (vol. 42). 251.
30. Beck CT, Indman P. The many faces of postpartum depression. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2005. 569.

# ANEXO 1

## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN  
 Y POLÍTICAS DE SALUD  
 COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD



ACTIVIDADES	MESES											
	MAR 2023	ABRIL 2023	MAYO 2023	JUN 2023	JUL 2023	AGO 2023	SEP 2023	OCT 2023	NOV 2023	DIC 2023	ENE 2024	FEB 2024
Elaboración del protocolo	Yellow	Yellow										
Evaluación del protocolo			Pink	Pink								
Modificaciones del protocolo					Blue	Blue	Blue					
Registro								Red				
Validar instrumento									Dark Blue			
Aplicar instrumento										Green		
Recolección de datos										Green		
Análisis de datos										Green		
Elaboración de tesis											Pink	
Difusión de resultados												Purple

## ANEXO 2

### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN  
Y POLÍTICAS DE SALUD  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD  
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Nombre del estudio:	<b>“PREVALENCIA DE DEPRESIÓN POSPARTO EN MUJERES DE 18 A 35 AÑOS EN LA UNIDAD MEDICA FAMILIAR No.11 EN TAPACHULA, CHIAPAS”</b>
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica.
Lugar y fecha:	Tapachula, periodo de agosto del 2021 a diciembre del 2021
Número de registro:	En trámite
Justificación y objetivo del estudio:	La depresión posparto tiene múltiples consecuencias en el binomio madre-hijo, por lo que es importante el diagnóstico temprano, el apego de la familia, manejo de terapia familiar, manejo con psicología y trabajo social e incluso vista por psiquiatría en caso necesario, motivo por el cual se aborda el tema. Determinar la prevalencia de mujeres con depresión posparto en edad de 18 a 35 años en la Unidad Médica Familiar No11
Procedimientos:	Si usted acepta participar en el estudio, se realizará la revisión de su expediente electrónico donde se obtendrá información relacionada con sus antecedentes personales patológicos. Posteriormente se le pedirá que responda un cuestionario en el que preguntaremos datos personales, sobre su hogar, se realizara un cuestionario para poder clasificar si cumple con criterios de Depresión posparto
Posibles riesgos y molestias:	Solo las derivadas del tiempo invertido en contestar el cuestionario
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	La información obtenida de este estudio, no tendrá un beneficio directo en usted como participante, sin embargo, de los resultados obtenidos, el instituto podrá tener mayor conocimiento sobre el impacto que puede llegar a tener la disfunción familiar sobre el crecimiento y desarrollo nutricional en el escolar, lo que podrá sustentar nuevas políticas en salud dirigidas a la creación de estrategias de prevención y mejorar las condiciones de vida del paciente.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	La información obtenida de este estudio es con el objetivo de generar información relacionada al impacto que puede generar la depresión posparto para ser el marco teórico para políticas en salud, por lo que, si usted requiriese la información obtenida del mismo, podrá otorgársele sin ningún problema bajo la ley de transparencia de la información; considerándose la no accesibilidad a la información personal de cada participante, generada de los cuestionarios.
Participación o retiro:	Usted es libre de retirarse del estudio cuando usted así lo decida.
Privacidad y confidencialidad:	La información que nos proporcione que pudiera ser utilizada para identificarlo (como su nombre, teléfono y dirección) será guardada de manera confidencial, además se le asignará un número de folio para identificar sus datos y este número será usado en lugar de su nombre en las bases de datos.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	No aplica.
Beneficios al término del estudio:	No aplica.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Asesor de contenido: Medico Familiar, Susana Sarasvati Rivas Santiago, Matricula 99075961, correo electrónico <a href="mailto:rs_susan@hotmail.com">rs_susan@hotmail.com</a> , teléfono 9621219855 Asesor Metodológico: Médico Familiar, Adriana Hernández Hernández, Matricula 98072052, correo electrónico <a href="mailto:adrem1206@hotmail.com">adrem1206@hotmail.com</a> , teléfono 5521288343
Colaboradores:	Guadalupe López Salvatierra. Médico residente de primer año de la especialidad de Medicina Familiar. Matricula: 97070987. Teléfono: 962-252-4929 Correo electrónico: <a href="mailto:Guadalupe.lopez.salvatierra@gmail.com">Guadalupe.lopez.salvatierra@gmail.com</a>

DIRECCION DEL COMITÉ LOCAL DE INVS:

\_\_\_\_\_  
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

**Clave: 2810-009-013**

### ANEXO 3. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN  
Y POLÍTICAS DE SALUD  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**



**INSTRUCCIONES:** En el presente cuestionario es aplicable de manera voluntaria, es una recolección de datos, la cual le solicitamos sea llenada con su información, esta será absolutamente confidencial y para uso exclusivo de investigación. Rellene con un círculo la respuesta que considere que se adapta en relación a los últimos 7 días de su vida, si llega a tener alguna duda será apoyada por el médico responsable de la investigación, así como asesorada en sus dudas en todo momento.

NSS	CODIFICACIÓN
1. ¿Cuántos años tiene? a) 18-20 b)20-25 c) 26-30 d)31-35	
2. ¿Cuál es su último grado de estudios? a)Analfabeta (ninguno) b) primaria completa c) primaria incompleta d) secundaria completa e) secundaria incompleta f) preparatoria completa g) preparatoria incompleta h) licenciatura i) posgrado	
3. ¿Cuál es su estado civil? a)soltera b) unión libre c) casada d) divorciada e) viuda	
4. ¿Cuántas veces se ha embarazado? a)1 vez b) 2-4 veces c) 5-6 veces d) 7-9 veces e) 10-12 veces	
5. ¿Cuántos partos ha tenido? a)1 b) 2-4 veces c) 5-6 veces d) 7-9 veces e) 10-12 veces	
6. ¿cuantos abortos ha tenido? a)1 b) 2 c)3 o más	
7. ¿cuantas cesáreas le han realizado? a)1 b) 2 c)3 o más	
8. ¿ cómo considera su estado socioeconómico? a) Alto b) medio c) bajo	
9. ¿Qué religión practica? a) Ninguna b) católica c) cristiana d) evangélica e) testigo de Jehová f) budismo g) otro si su respuesta fue otro, escriba cuál: _____	
10. ¿ Ingiere bebidas alcohólicas? a) Si b)no	
11. ¿Usted fuma? a) Si b)no	
12. ¿Cuál es su tipo de familia? a) Nuclear b) Extensa c) Extensa compuesta d) Monoparental	
13. ¿Cómo es la integración de su familia? a) Integrada b) Semi integrada c) Desintegrada	
14. ¿ Considera que recibe suficiente apoyo de su familia en esta etapa de su vida? a) Si b) No	
15. ¿Le gustaría recibir más ayuda por parte de su esposo o mamá en el cuidado de su bebé? a) Si b) no	



## ANEXO 4.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN  
Y POLÍTICAS DE SALUD  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD



### 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

Tanto como siempre

No tanto ahora

Mucho menos

No, no he podido

2. He mirado el futuro con  
placer

Tanto como siempre

Algo menos de lo que solía  
hacer

Definitivamente menos

No, nada

3. Me he culpado sin necesidad  
cuando las

cosas no salían bien

Sí, la mayoría de las veces

Sí, algunas veces

No muy a menudo

No, nunca

4. He estado ansiosa y  
preocupada sin motivo

No, para nada

Casi nada

Sí, a veces

Sí, a menudo

5. He sentido miedo y pánico  
sin motivo  
alguno  
Sí, bastante  
Sí, a veces  
No, no mucho  
No, nada

6. Las cosas me oprimen o  
agobian  
Sí, la mayor parte de las veces  
Sí, a veces  
No, casi nunca  
No, nada

7. Me he sentido tan infeliz que  
he tenido  
dificultad para dormir  
Sí, la mayoría de las veces  
Sí, a veces  
No muy a menudo  
No, nada

8. Me he sentido triste y  
desgraciada  
Sí, casi siempre  
Sí, bastante a menudo  
No muy a menudo  
No, nada

9. He sido tan infeliz que he  
estado llorando  
Sí, casi siempre  
Sí, bastante a menudo  
Sólo en ocasiones  
No, nunca

10. He pensado en hacerme  
daño a mí misma  
Sí, bastante a menudo  
A veces  
Casi nunca  
No, nunca

## ANEXO 5.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN  
Y POLÍTICAS DE SALUD  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD



### MÉTODO GRAFFAR MÉNDEZ

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Sexo:

- (1) Masculino
- (2) Femenino

Edad: \_\_\_\_\_ años cumplidos

Lugar de Nacimiento:

- (1) Distrito Capital
- (2) Resto del País
- (3) Fuera del País

Estado Civil:

- (1) Soltera
- (2) Casada
- (3) Unida
- (4) Divorciada
- (5) Viuda

Ultimo grado de estudios:

Jefe de Familia:

- (1) Madre
- (2) Padre
- (3) Hermanos u Otros Familiares
- (4) Cónyuge o Pareja
- (5) Usted
- (6) Otro (especifique): \_\_\_\_\_

Profesión del Jefe de Familia (ver al dorso):

- (1) Universitaria
- (2) Técnica Superior
- (3) Empleado sin Profesión Universitaria

- (4) Obrero Especializado
- (5) Obrero no Especializado

Nivel de Instrucción de la Madre

- (1) Universitaria
- (2) Secundaria Completa o Técnica Superior Completa
- (3) Secundaria Incompleta
- (4) Primaria o Alfabeto
- (5) Analfabeta

Principal Fuente de Ingreso de la Familia

- (1) Fortuna Heredada o Adquirida
- (2) Honorarios profesionales
- (3) Sueldo Mensual
- (4) Sueldo Semanal
- (5) Donaciones

Ingreso Familiar Mensual (aproximadamente):

\_\_\_\_\_ (Bs .F.)

Condiciones de la Vivienda

- (1) Óptimas con Gran Lujo
- (2) Óptimas con Lujos sin Exceso
- (3) Buenas Condiciones Sanitarias
- (4) Condiciones Sanitarias Deficientes
- (5) Condiciones Sanitarias Marcadamente Inadecuadas

Tenencia de la Vivienda donde Habita el Grupo Familiar:

- (1) Propia Totalmente Pagada
- (2) Propia Pagándose
- (3) Alquilada con Opción a Compra
- (4) Alquilada
- (5) Prestada, Al Cuido o Invasada

Cantidad de Integrantes del Grupo Familiar (incluido Ud.):

\_\_\_\_\_

Medio de Transporter empleado para llegar al hospital:

(último utilizado):

(1) Vehículos Particulares (padres, amigos)

(2) Vehículo Propio

(3) Ninguno