



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado
Maestría en Enfermería

Protocolo de Investigación

Depresión Posparto y Apoyo Social Funcional en Mujeres de una Unidad de Primer Nivel de Atención

Presenta:

LEO. Maricela Miranda Xochipa

Para Obtener el Grado de
Maestra en Enfermería

Directora de Tesis:

MCE. Inés Tenahua Quitl

Diciembre, 2021.

Tesis: Depresión Posparto y Apoyo Social Funcional en Mujeres de una Unidad de Primer Nivel
de Atención

Número de registro: SIEP/BUAP/108/2021

Jurado de Examen de Grado

MCE. Inés Tenahua Quitl
Presidente

MCE. María Luz de Ávila Arrollo
Secretario

ME. Alejandro Torres Reyes
Vocal 1

DCE. María de los Ángeles Meneses Tirado
Vocal 2

MCE. Inés Tenahua Quitl
Directora de Tesis

MCE. Erika Pérez Noriega
Directora de la Facultad de Enfermería

DCE. Francisco Javier Báez Hernández
Secretario de Investigación y
Estudios de Posgrado

Agradecimientos

A la facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

Por ser parte formadora de mi historia académica de posgrado.

A la MCE. Inés Tenahua Quitl

Por aceptar trabajar conmigo en este proyecto de investigación, por la enseñanza, la paciencia, dedicación y acompañamiento; siendo un honor contar con un profesional en el ámbito de la investigación y en la profesión de enfermería que dignamente representa a la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

A la MCE. Erika Pérez Noriega

Por aceptarme en esta honorable institución para cursar la Maestría en Enfermería y que dignamente dirige.

Al DCE. Francisco Javier Báez Hernández

Por su profesionalismo en la impartición de sus conocimientos y ser un ejemplo para seguir en el ámbito de la investigación.

A la DCE. Vianet Nava Navarro

Por su apoyo incondicional, esmero y profesionalismo en su trabajo; quien es capaz de inspirar a las mujeres de su tiempo.

A mis maestros

Por sus enseñanzas, conocimientos, profesionalismo y entrega en la formación de posgrado y que dignamente representan a la Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

Dedicatorias

A Dios

Por permitirme concluir una de mis más grandes metas en la vida

A mi madre Zeferina

Por ser un ejemplo de fortaleza, tenacidad, responsabilidad y lucha; valores que observé siempre y que me han hecho quien soy.

A mis hijos Eddie, Rafael y Raúl

Por su comprensión, su amor, su apoyo incondicional; pero, sobre todo, por ser mi más grande motor en la vida, comprometiéndome a ser un ejemplo de lucha, trabajo y perseverancia para el logro de las metas que se propongan.

Tabla de Contenido

Capítulo I	1
Introducción	1
1.1 Planteamiento del Problema	1
1.2 Marco Teórico	5
1.2.1 Teoría de la Depresión Posparto de Cheryl Tatano Beck (1993).	5
1.2.2 Ubicación del problema de investigación en la teoría.	10
1.2.3 Estructura Teórico Empírica-Conceptual	11
1.3 Estudios Relacionados	12
1.4 Definición Operacional de Términos	15
1.5 Objetivo General	17
1.5.1 Objetivos Específicos	17
Capítulo II	19
Metodología	19
2.1 Diseño del Estudio	19
2.2 Población	19
2.3 Muestreo y Muestra	19
2.4 Criterios de Selección	20
2.4.1 Criterios de inclusión.	20
2.4.2 Criterios de exclusión.	20
2.4.3 Criterios de eliminación.	20
2.5 Instrumentos de Medición	20
2.6 Procedimiento	22

2.7 Ética del Estudio	23
2.8 Análisis de los Datos	24
2.9 Resultados de la prueba piloto	24
Discusión	30
Conclusión	32
Referencias	33
Anexos	39
A. Cédula de datos	39
B. Escala de Cribado de Depresión Posparto PDSS (Beck y Gable, 2003).	41
C. Cuestionario de Apoyo Social Funcional de Duke-UNC	44
D. Consentimiento Informado	45

Lista de figuras		Pág.
Figura 1.	Las cuatro etapas de Beck de la teoría de la depresión posparto	8
Figura 2.	Proposiciones de Beck relacionados con la depresión posparto	9
Figura 3.	Derivación teórico-empírica	11

Lista de tablas		Pág.
Tabla 1.	Consistencia interna de las escalas PDSS y Duke-UNK	25
Tabla 2.	Características sociodemográficas	26
Tabla 3.	Características de salud	26
Tabla 4.	Clasificación de la escala de PDSS	28
Tabla 5.	Frecuencia de síntomas en la escala PDSS	28
Tabla 6.	Clasificación del apoyo social funcional	29
Tabla 7.	Medidas de tendencia central y de dispersión para las variables de estudio, prueba de Kolmogorov-Smirnov	29
Tabla 8.	Correlación de variables	30

Resumen

Candidata para el Grado de Maestra en
Enfermería

Maricela Miranda Xochipa

Fecha de graduación:

07 de diciembre del 2021

Universidad:

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

Unidad Académico:

Facultad de Enfermería

Título:

Depresión Posparto y Apoyo Social Funcional en
Mujeres de una Unidad de Primer Nivel de Atención

Número de páginas:

54

Área de estudio:

Enfermería Clínica

Introducción: La depresión posparto DPP es considerado como un verdadero problema de salud pública, ya que las mujeres que la padecen presentan alteraciones en el estado de ánimo, convirtiéndolas por un lado, en madres que no pueden funcionar adecuadamente al cuidado de su familia, además de verse amenazada su calidad de vida al dejar de cuidarse y por otro lado; pueden presentarse alteraciones en la interacción madre e hijo, presentándose efectos negativos como el desapego; los niños de estas madres presentar bajo desarrollo cognitivo, pueden volverse niños más difíciles de criar y al llegar a la madurez, convertirse en adultos con tendencia a la agresividad y/o a la depresión. Así mismo, dentro de las repercusiones para la madre, si esta no es atendida pueden llevarla incluso al suicidio. En el mismo contexto; existen factores que confieren tanto efectos de prevención para la DPP o de protección que ayudan a mitigar los síntomas de esta; siendo el apoyo social funcional un elemento importante con el que la mujer cuenta durante esta etapa de transición como es el periodo posparto.

Objetivo: Determinar la relación de la depresión posparto y el apoyo social funcional en mujeres que acuden a una unidad de primer nivel de atención en el estado de Tlaxcala

Método: Estudio de tipo descriptivo correlacional y de alcance transversal con una $n=222$ de mujeres en periodo posparto, comprendido de las seis semanas al año posteriores al parto, seleccionadas de una unidad de medicina familiar del estado de Tlaxcala; seleccionadas por conveniencia y en bola de nieve. Se aplicó una cédula de datos y dos instrumentos: Escala de Cribado de Depresión Posparto y Apoyo Social Funcional de Duke-UNK, ambos instrumentos de tipo Likert obtuvieron un Alfa de Cronbach de .946 y .904 respectivamente. En el aspecto ético, se apegó a la Ley General de Salud en Materia de Investigación.

Firma del Director de Tesis MCE. Inés Tenahua Quitl

Capítulo I

Introducción

1.1 Planteamiento del Problema

En las próximas décadas las necesidades de la población tendrán cambios significativos en la salud, sobre todo en la atención de las enfermedades mentales como es el caso de la depresión, que de acuerdo con los últimos datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018), estimaba que para el año 2020 la depresión sería la segunda causa de discapacidad a nivel mundial y la primera en países en vías de desarrollo. Asimismo en el año 2015 se evaluó que 322 millones de personas padecieron depresión, lo que equivale al 4.4% de la población, siendo más común entre las mujeres (5.1%) que en hombres (3.6%) con una frecuencia más alta en los países de ingresos económicos medios a bajos que aquellos países de ingresos altos (OMS, 2017).

En el mismo contexto una variante de la depresión es la que afecta exclusivamente a las mujeres, conocida como depresión posparto (DPP), incluida en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), bajo la denominación de “trastorno del estado de ánimo con inicio entorno al parto”. Padecimiento que muchas veces pasa desapercibido, sin embargo, está presente. Datos de la OMS (2015) refieren que 10% de las mujeres embarazadas y 13% de las mujeres puérperas experimentan un trastorno mental, principalmente depresión, siendo este factor más alto en los países desarrollados de hasta un 15.6% durante el embarazo y 19.8% después del parto. Dicho trastorno es capaz de llevar al suicidio a las madres que la padecen si estas no son atendidas, con tasas que oscilan entre 3.5 a 11 suicidios por cada 100.000 embarazos, considerado como la causa más importante de muerte materna por causas indirectas (Lasheras y Farré-Send, 2015).

De igual manera en América Latina la depresión posparto es un trastorno que afecta hasta el 56% de las mujeres latinas residentes en México y Estados Unidos, durante los primeros cuatro meses posteriores al nacimiento del bebé (Caparros-Gonzalez et al., 2018). En México, esto no es diferente, ya que esta tiene una prevalencia entre el 13.3% y 24.1% (Navarrete et al., 2019), con respecto al estado de Tlaxcala, la DPP se encuentra en la media nacional con una prevalencia a razón del 18.3% (Juárez-Romero et al., 2015). En otras palabras una de cada cinco mujeres presenta un cuadro depresivo que, de no ser detectado y atendido, se podría prolongar y agravarse (De Castro et al., 2015).

Cabe destacar que el nacimiento de un bebé es generalmente visto como un fenómeno social positivo, esperado, capaz de cambiar a una mujer con pensamientos de felicidad y alegría por algo esperado con ilusión; es visto como una ganancia, más no como una pérdida (Onyemaechi et al., 2017). Sin embargo, el periodo posparto por sí solo presenta un sin número de cambios biopsicosociales, que convierten a este en una etapa de gran vulnerabilidad para la mujer, que muchas veces es susceptible de presentar alteraciones, sobre todo en el estado de ánimo como es el caso de la DPP (Contreras-García et al., 2017).

Otro rasgo de la DPP es que cuando una mujer la padece y no es tratada, puede haber consecuencias tanto para ella como para su hijo como: el deterioro del vínculo madre-hijo que puede dar como resultado que la madre se involucre menos con el bebé o tornarse estimuladora en exceso, los hijos pueden responder menos a la interacción y presentar emociones negativas, viendo a sus hijos como difíciles de criar, asimismo, los hijos de madres deprimidas se ven afectados tanto en el desarrollo infantil en términos emocionales como en el cognitivo, presentando coeficientes más bajos y cuando estos niños crecen y se convierten en adolescentes,

presentan baja interacción social y son más propensos a cursar con episodios depresivos o ser más violentos (Jadresic, 2017).

También, las mujeres que padece DPP son madres que no pueden funcionar adecuadamente para el cuidado de su familia y sus otros hijos, además de no responder apropiadamente al llamado y a las necesidades de cuidado del bebé (Letourneau et al., 2017). Junto a lo anterior se ve amenazada la calidad de vida de las madres, que al dejar de cuidarse, son más propensas a enfermedades que pueden ser causa de incapacidad laboral, repercutiendo directamente en la estabilidad económica y familiar, las relaciones interpersonales donde destacan las de pareja, también puede verse afectada, llegando incluso a la desintegración familiar (Villaseñor et al., 2017).

Un aspecto que cabe resaltar es que la DPP es un trastorno que no aparece por sí solo, sino que se necesitan conjuntar elementos causales o detonantes entre estos se encuentran la ansiedad, el papel femenino tradicional, los bajos ingresos económicos y el bajo nivel educativo de la mujer (Lara et al., 2016), además de los antecedentes personales de depresión, la sintomatología propia que se presenta por el embarazo, los eventos vitales importantes y estresantes que van desde un cambio de residencia, un trabajo nuevo, despido, la muerte de un familiar o persona significativa, ser soltera, entre otros. Pero, el elemento que más destaca como factor preventivo o causal de la DPP es el apoyo social con el que la mujer cuenta o siente que puede contar a través de relaciones familiar de calidad (Mendoza y Saldivia, 2015).

De esta manera a pesar de que el periodo posparto puede presentar diversos cambios en la mujer, también llega a ser gratificante cuando hay apoyo apropiado por las personas que se encuentran a su alrededor. Por lo tanto, el apoyo social puede ser un factor protector para prevenir la DPP (Nnadozie y Nweke, 2017) ya que este apoyo puede ser capaz de proporcionar

el sustento emocional que la mujer necesita para disminuir o eliminar el impacto negativo de las situaciones generadoras de estrés y que conducen a presentar síntomas depresivos (Kim et al., 2014). Éste es tan importante que puede provenir de la pareja, la madre de la mujer o de personas significativas, siempre y cuando este sea percibido como satisfactorio.

Hay evidencia de que el apoyo social es capaz de ofrecer un efecto positivo tanto en el grado de bienestar como en el nivel de depresión de las madres; además, altos niveles de apoyo social se convierten en un fuerte factor pronóstico para el afrontamiento de este trastorno entorno al parto; en el mismo contexto, este apoyo traducido a relaciones cercanas de alta calidad funciona como protector de la salud mental (Yim et al., 2015).

En el mismo contexto, algo que destaca de la DPP, es que si esta no es diagnosticada y tratada puede conducir al suicidio. Por lo que resulta imprescindible que el profesional de enfermería cuente con herramientas que le permitan elevar la calidad de la atención al centrar los cuidados de manera específica en este padecimiento, a través del conocimiento de todo el proceso que implica el posparto. Lo que le permitirá identificar tanto los factores de riesgo como la sintomatología presente y así poder contribuir al diagnóstico precoz y referencia oportuna de las mujeres con DPP. De esta manera enfermería logra avanzar hacia el empoderamiento profesional y que le permitan en un futuro pueda liderar programas completos dirigidos al manejo integral de estas mujeres; lo anterior, solo se puede lograr a través de la evidencia científica que muestra por un lado la magnitud y las repercusiones de la DPP en la persona, familia y sociedad, y por otro lado las mejores prácticas para su prevención, diagnóstico y tratamiento.

De aquí que enfermería tiene un gran campo para la práctica profesional en el desarrollo de estrategias para el manejo integral de la mujer en periodo posparto, logrando el objetivo

principal que es elevar la calidad de vida de estas mujeres y evitar complicaciones físicas y psicológicas. Aunado a lo anterior, aquí es en donde se vuelve imprescindible el uso de teorías y modelos de enfermería como lo es en la Teoría de la Depresión Posparto, desarrollada por Cheryl Tatano Beck, titulada “Teetering on the Edge”, que permite al profesional de enfermería ayudar a comprender el proceso que vive una mujer en este periodo de vulnerabilidad denominado posparto; así como, la influencia del apoyo social, concepto incluido dentro de la misma teoría. A lo que surge la pregunta ¿Existe relación entre la presencia de Depresión Posparto y el nivel de Apoyo Social Funcional que perciben las mujeres que acuden a una unidad de primer nivel de atención del estado de Tlaxcala?

1.2 Marco Teórico

1.2.1 Teoría de la Depresión Posparto de Cheryl Tatano Beck (1993).

En el presente trabajo de investigación se sustenta en la Teoría de la Depresión Posparto, teoría de rango medio desarrollada por Cheryl Tatano Beck, titulada “Teetering on the Edge” (Balanceándose en el borde) (Beck y Driscoll, 2006), en ella la autora define a la DPP como un trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por la pérdida del control de las emociones y los procesos del pensamiento, cuyos síntomas pueden incluir: la pérdida de emociones positivas, incapacidad para concentrarse, inseguridad, soledad, ansiedad, dificultad para dormir o comer, culpa y/o vergüenza, pensamiento obsesivo, emociones de efecto montaña rusa y la contemplación de dañarse a sí misma o al bebé. El desarrollo de esta teoría surge a partir de la descripción que hacen las mujeres que cursan con DPP a “caminar en una línea entre la cordura y la locura”, fundamentada en la experiencia y la pérdida de control como principal problema percibido (Marsh y Bsn, 2013).

Se trata de una teoría reciente, de tipo inductiva extensa en el área de la práctica de enfermería, permitiendo a través de ella a los profesionales entender, prevenir la DPP y simultáneamente evitar problemas con la mujer, su recién nacido y su familia (Tomey y Alligood, 2007). Esta teoría se compone de cuatro constructos o etapas y 22 proposiciones que consisten en conceptos que incluyen factores de riesgo, síntomas y factores predictivos. Dichas etapas se describen a continuación.

Etapas de la Teoría de la Depresión Posparto

Etapa 1. Consiste en el encuentro con el terror puede ocurrir dentro de unas pocas semanas a seis meses posteriores al parto. En ésta la mujer se siente de forma inesperada, como si estuviera atrapada sin ninguna posibilidad de escape, durante esta etapa pueden ocurrir ataques de ansiedad descritos como la pérdida de la propia mente, y en ocasiones sentirse peor que la depresión real. Esto se conjuga con ataques de ansiedad y pensamientos obsesivos implacables que ocurren a menudo. Esta forma de pensar se presenta en las horas de vigilia e interfiere en los intentos de dormir. Estos síntomas son referidos por las mujeres como la incapacidad de “apagar su mente”. El resultado de esto es el agotamiento físico y mental que la lleva a la siguiente condición descrita como la etapa de la niebla envolvente donde puede incluir la pérdida de la capacidad de concentración y/o la pérdida de las habilidades motoras, lo que conduce a respuestas involuntarias (Beck y Driscoll, 2006).

Etapa 2. Esta es la muerte de mi misma, la mujer ya no se siente normal, siente que su identidad interior se encuentra ausente, como si fuera un robot que está vacío de emoción y de cariño. La mujer comienza a aislarse como efecto secundario a la pérdida del interés en las antiguas actividades placenteras, de amigos e incluso familia; en la última instancia conduce a la

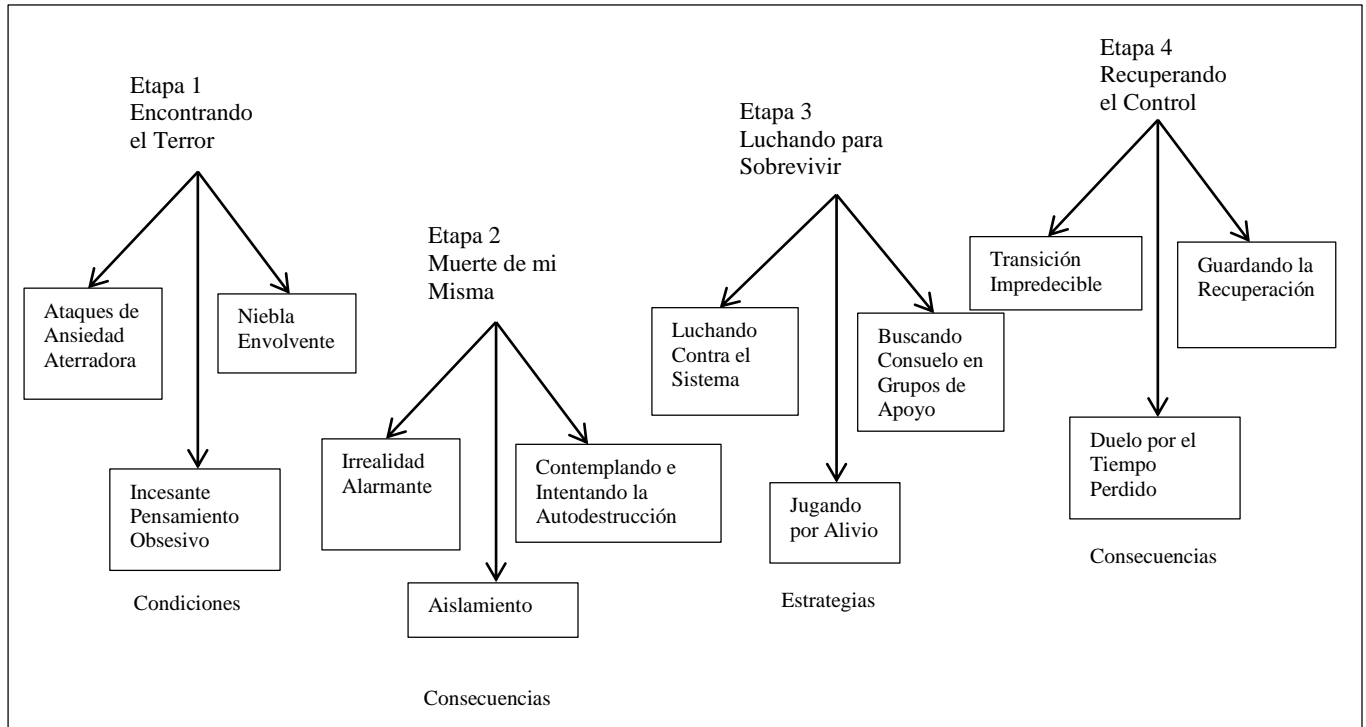
contemplación y al intento de autodestrucción a través de pensamientos acerca de hacerse daño a sí misma o al bebé, e incluso llegar a fantasear acerca de la muerte (Beck y Driscoll, 2006).

Etapa 3. En medio de esta etapa, las mujeres luchan por sobrevivir y muchas veces tienen dificultades para participar en las actividades de la vida diaria, mientras que, en medio de la lucha por sobrevivir, el deseo de la mujer es avanzar para la resolución de las condiciones formadas en la etapa anterior. Sin embargo, muchas mujeres se sienten como si lucharan contra el sistema. Cuando intentan buscar tratamiento, las mujeres a menudo se enfrentan a la decepción, humillación, la ira y la frustración. La razón principal por la que ocurren estos nuevos sentimientos encontrados se debe a la falta de asistencia que reciben de los miembros de su familia, amigos e incluso sus proveedores de servicios de salud u obstetras mientras buscan ayuda en la atención primaria. Las mujeres a menudo recurren a la oración para el alivio y buscan consuelo en grupos de apoyo (Beck y Driscoll, 2006).

Etapa 4. Esta es la etapa final experimentada en la DPP es aquella en la que recupera el control. Uno no puede recuperar el control instantáneamente, este es un proceso lento que ocurre como una transición impredecible. Las mujeres experimentan días buenos, pero aún se encuentran días malos también. Durante este proceso, de luto por el tiempo perdido, se constata que los momentos perdidos con su bebé no pueden recuperarse. A menudo la recuperación puede ocurrir, pero está reservada debido a la sensación de una presencia persistente de la depresión como si se anticipara a atacar de nuevo (Beck y Driscoll, 2006).

Figura 1

Las Cuatro Etapas de Beck de la teoría de la depresión posparto



Estructuración de las cuatro etapas de la Teoría de la Depresión Posparto “Teetering on the Edge” (Beck y Driscoll, 2006).

A su vez Beck categoriza 22 proposiciones clave de la Teoría de la Depresión Posparto, estos consisten en conceptos que incluyen factores de riesgo, síntomas y factores predictivos; se mencionan a continuación.

Figura 33*Proposiciones de Beck relacionados con la depresión posparto*

Concepto 1	{	Trastornos del estado de ánimo.
Concepto 2	{	Perdiendo el control: Las 4 etapas del proceso.
Conceptos 3-15 Predictores y factores de riesgo	{	Depresión prenatal, estrés del cuidado del niño, estrés vital, apoyo social, ansiedad prenatal, satisfacción marital, antecedentes de depresión, temperamento del niño, tristeza materna, autoestima, situación socioeconómica, situación marital, embarazo no planeado o no deseado.
Conceptos 16-22 Síntomas	{	Trastornos del sueño y de la depresión, ansiedad e inseguridad, labilidad emocional, confusión mental, pérdida de sí misma, culpabilidad y vergüenza, pensamientos suicidas.

Tomado de Beck, C. T., y Driscoll, J. (2006). *Postpartum mood and anxiety disorders : a clinician's guide*. Jones and Bartlett Publishers.

Por otra parte, se aborda el apoyo social funcional, definido como la percepción subjetiva del nivel de cumplimiento de poder contar con familiares y amigos, como recursos disponibles para atender las demandas presentadas de manera emocional y confidencial, que le permita a la persona afrontar una situación determinada (Feligreras-Alcalá et al., 2020). Cabe resaltar que el apoyo social a través del tiempo ha sido estudiado y analizado desde diferentes perspectivas, revelando influencias positivas, como medio de interacción, filiación, afecto, sentido de pertenencia, seguridad, ayuda instrumental, de información, entre otras. Logrando demostrar que este puede facilitar la adaptación del individuo a situaciones estresantes (Marín y Sanhueza, 2020). Por lo que se puede hablar del apoyo social desde dos dimensiones, una de tipo objetiva como la conexión de tipo ayuda social tangible y la de tipo subjetivo, siendo este último el de interés para este estudio conceptualizando al apoyo social como toda interacción que la persona

percibe que cuenta o puede contar en caso necesario, implicando expresiones de empatía, amor, confianza y considerado como valioso para quien lo percibe (Poblete et al., 2018).

La importancia del apoyo social funcional está estrechamente relacionada con la calidad de vida, con el bienestar psicológico, con la autoestima pero sobre todo la depresión; ya que percibir que se puede contar con alguien para hacer frente disminuye su prevalencia (Ruiz Jimenez et al., 2017).

1.2.2 Ubicación del problema de investigación en la teoría.

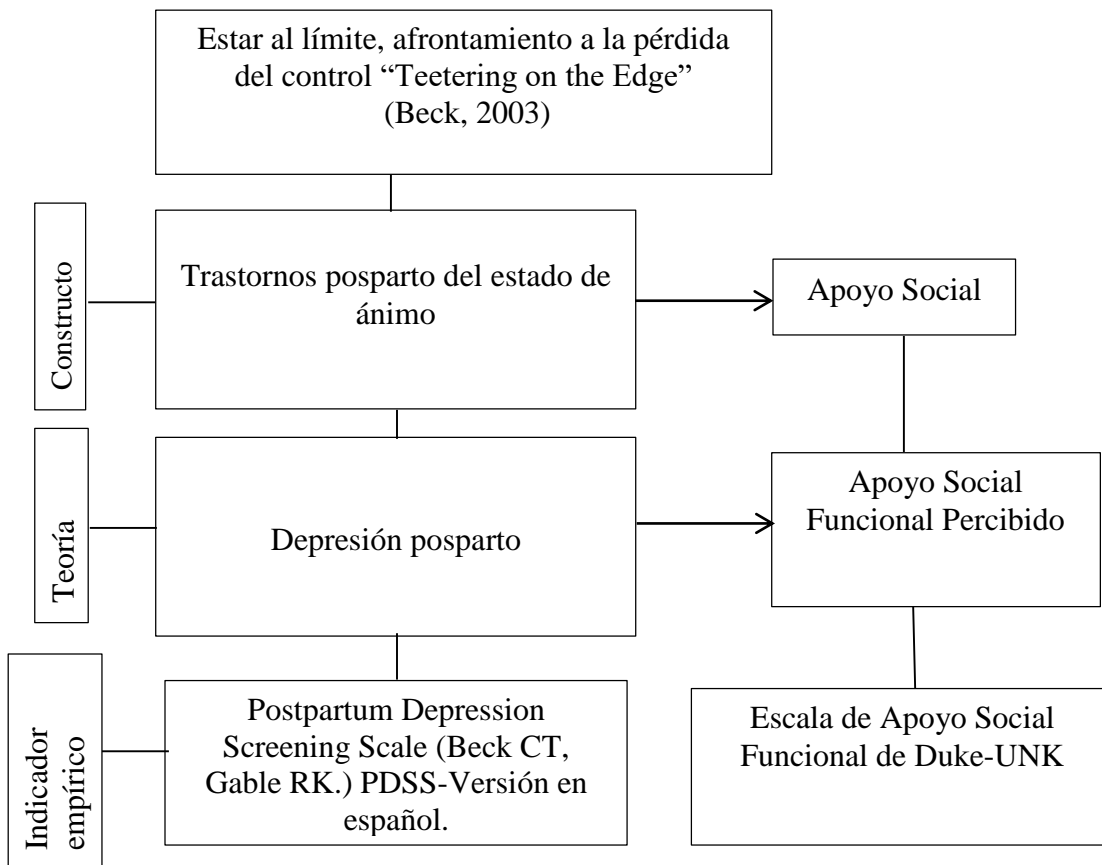
El estudio se sustenta en la Teoría de la Depresión Posparto desarrollada por Cheryl Tatano Beck , con sus cuatro etapas y sus 22 conceptos aplicados para la investigación del problema de estudio. Donde para este caso específicamente se toma del concepto uno, referente a los trastornos del estado de ánimo la DPP; de los conceptos tres al quince, el apoyo social como predictor y/o factor de riesgo y de los conceptos 16 al 22, los síntomas que predominan en las mujeres posparto; los cuales serán medidos con el cuestionario Postpartum Depression Screening Scale (Beck CT, Gable RK.) PDSS-Versión en español.

Del constructo apoyo social funcional, este se busca medir con el cuestionario Duke-UNK-11 diseñado por Broadhead en 1988, cuyo objetivo es medir el apoyo social funcional percibido; este cuestionario ha verificado el supuesto del predictor que afirma que la presencia de apoyo social resulta en una ajuste normal de la mujer en la etapa posparto y que en ausencia de este es más probable que la mujer presente algún trastorno del estado de ánimo (Piña y Rivera, 2007).

1.2.3 Estructura Teórico Empírica-Conceptual

Figura 3

Derivación teórico-empírica



Derivación empírica la de la Teoría de la DPP (Beck y Driscoll, 2006) y el Apoyo Social Funcioanl (Piña y Rivera, 2007).

La estructura conceptual teórico empírica surge de los constructos de trastorno del estado de ánimo y Apoyo social funcional; en el primero se tomaron los conceptos o proposiciones de la autora y en el segundo se toma el apoyo social funcional desde la percepción; ambos conceptos se operacionalizaron con cuestionarios estructurados para medir las variables a estudiar.

1.3 Estudios Relacionados

A continuación, se presentan los estudios relacionados que sustentan la presente investigación.

Depresión Posparto y Apoyo Social

Nnadozie y Nweke (2017) investigaron el papel de la autoestima, el apoyo social y la edad sobre la DPP entre las mujeres nigerianas; estudio de tipo transversal, con una muestra de $n=116$ madres puérperas. Se utilizaron las escalas de Previsión Social (Cutrona y Russel, 1987) y de Depresión de Edimburgo (Cox, Bolden y Sagousky, 1987). Encontrando que las madres con poco apoyo social presentaban valores medios más altos de DPP ($\bar{X}=12.61, \pm 3.74$) que aquellas en que el apoyo social es alto ($\bar{X}=12.12, \pm 3.06$), mostrando que las madres con bajo apoyo social son más vulnerables a experimentar DPP en comparación con su contraparte de alto apoyo social ($p < .05$); no se encontró valor significativo para la edad. Concluyendo que las madres con alto apoyo social sufren menos DPP que sus homólogos con bajo apoyo social.

Contreras-García et al. (2017) relacionaron las características del apoyo social percibido y la presencia de depresión materna en el periodo posparto, con una muestra de $n=76$ mujeres (30 días a 1 año posparto) en Chile. La depresión posparto fue detectada en un 27.6% ($n=21$); el apoyo social percibido se evaluó de acuerdo con el tipo de este; en familia, amigos y otros significativos; se obtuvo un promedio general de 37.68 puntos ($DE \pm 7.71$) de un total de 48 puntos. En la asociación entre el tipo de apoyo social y la presencia o ausencia de DPP se encontraron valores significativos para familia de 11.10 ($DE 3.55$) y 13.71 ($DE 3.12$) con $p=.0021$; para otros significativos de 11.48 ($DE 4.24$) y 14.62 ($DE 2.39$) con $p=.0003$. En cuanto a las relaciones interpersonales se encontró significancia en la presencia o ausencia de depresión para la percepción de la relación con la pareja 5,06 ($DE 0,97$) y 6,19 ($DE 0,99$) con $p=.0002$; y

percepción de la relación con la madre 5,52 (DE 1,36) y 6,38 (DE 0,95) con $p=.0033$.

Concluyendo que el entorno social es un elemento central en la presencia de DPP.

Kim et al. (2014) examinaron el efecto del apoyo social recibido durante el embarazo y después del parto en la DPP en mujeres canadienses, para determinar si la relación era diferente para las madres adolescentes y las madres adultas; identificándose DPP del 14% entre las madres adolescentes y 7.2% entre las madres adultas ($p<.01$). Respecto al apoyo social durante el embarazo, las madres adolescentes recibieron más apoyo durante el embarazo que las madres adultas (65.0% y 57.4% respectivamente, $p= .035$), así como después del nacimiento (60.4% y 51.0% respectivamente, $p= .003$). En el análisis multivariado no mostró significación estadística entre el apoyo social, la DPP y la edad de las madres; sin embargo, cuando estas mujeres no reciben o es mínimo el apoyo social (IC 95%, 3.51-7.36), son cinco veces más propensas a presentar DPP, por lo que el nivel de apoyo que reciben las mujeres se asocia con la prevalencia de DPP.

Lara, Navarrete y Nieto (2016) identificaron factores predictivos prenatales de DPP y síntomas depresivos posparto (SDPP) en madres mexicanas; diseño de tipo longitudinal con dos mediciones después del parto, a las seis semanas y a los seis meses; utilizando la Entrevista Clínica Estructurada (SCID-I) y el Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9); con una muestra $n= 210$ mujeres. Las regresiones logísticas univariadas mostraron que dentro de los factores psicosociales que aumentan el riesgo de DPP y SDPP, es el bajo apoyo social; tanto en la medición a las seis semanas (OR= 3.45; OR 4.66 para DPP y SDPP respectivamente), como a los seis meses, el cual incluso aumentó (OR = 5,76; OR =7.12). Los resultados de este estudio concluyen que el bajo apoyo social es un fuerte predictor tanto para DPP como para SDPP ($p=.05$).

Denis et al. (2015) evaluaron la versión francesa de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS) en mujeres durante el puerperio, en una muestra de 148 mujeres del servicio de maternidad de una Universidad al sur de Francia; obteniéndose puntuaciones del 25% de DPP. La validez divergente de la escala MSPSS se confirma por una correlación negativa baja y significativa entre los síntomas de DPP y el apoyo social percibido ($-0.17, p < .05$), concluyendo que aquellas mujeres que informaron altos niveles de apoyo social percibido en el posparto son menos propensas a desarrollar DPP.

Rodríguez-Leis y Flores-Gallegos (2018) analizaron si había diferencias significativas en los niveles de depresión entre mujeres que reciben apoyo social y aquellas que no; así como determinar si el apoyo social incrementa o disminuye dependiendo del trimestre del embarazo; estudio de tipo transversal en población mexicana. Realizaron una correlación entre variable dependiente (nivel de depresión) y variable independiente (apoyo emocional percibido, apoyo de confianza y apoyo social). Evidenciado que la variable nivel de depresión es significativamente influida por las de apoyo emocional percibido ($F= 23.637; p= .000$); en el análisis estadístico ANOVA para determinar si había diferencia entre el primer, segundo y tercer trimestre de embarazo y los niveles de depresión y apoyo social; no se encontró diferencia significativa. Concluyendo que el apoyo social se encuentra correlacionado de manera significativa con el nivel de depresión; ya que niveles elevados de depresión se relacionan de manera inversa con el apoyo emocional percibido.

Yörük et al. (2020) determinaron la prevalencia de DPP, así como su correlación entre el apoyo social percibido y los factores de riesgo de DPP; estudio de tipo prospectivo con una muestra de 317 mujeres en un hospital de Turquía. Se encontró una prevalencia baja de DPP (5.9%) en la sexta semana posparto; cuando se evaluaron el apoyo social y el riesgo de DPP se

encontró una correlación negativa, baja y significativa solo para la subescala de apoyo social por parte de amigos ($r=-.5$; $p=.0006$). A pesar del bajo nivel de apoyo social percibido en el grupo de riesgo de DPP, esta diferencia no fue significativa ($p=.50$); tendencia que sugiere correlación entre alto apoyo social y bajo riesgo de DPP.

1.4 Definición Operacional de Términos

En este apartado se presenta la definición de términos que se utilizarán para la presente investigación, que comprende los indicadores para describir las características sociodemográficas, características de salud y los indicadores empíricos de las variables.

Los indicadores que comprenden las características sociodemográficas y de salud de las participantes se medirán con una cédula de datos, diseñada por el propio investigador y que comprenden como se describen a continuación:

La edad, se refiere al número de años que ha vivido una persona desde su nacimiento hasta el momento de la encuesta.

Años de estudio, se refiere al número total de años que ha acudido a un centro educativo formal, iniciando desde el primer año de educación primaria hasta el momento actual.

Ocupación, se refiere al conjunto de funciones, obligaciones, y tareas que desempeña de manera habitual (ama de casa, empleada, trabaja por su cuenta, estudiante, ninguna).

El estado civil, se define como la condición de la mujer según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal (soltera, casada, divorciada, unión libre separada, viuda).

Vivencia en pareja, se refiere a la convivencia diaria y cotidiana de una pareja que está presente con la mujer, independientemente de su estado civil (sí, no).

Ingreso económico, es la medida que designa todos aquellos ingresos económicos con los que cuenta una familia para poder cubrir sus necesidades básicas y el resto de sus gastos (menos de \$3,500, de \$3,500 hasta \$13,500, más de \$13,500).

Control prenatal, se refiere al número total de consultas médicas que recibió la mujer para el control de su embarazo, considerándose un adecuado control prenatal cuando se reciben más de ocho visitas durante el embarazo, según criterios de la OMS.

Forma del nacimiento de su bebé, se refiere a la vía en la que fue obtenido su hijo para su nacimiento en el último embarazo (vaginal o cesárea).

Presencia de complicaciones en el parto, se refiere a la presencia anómala de algún evento que pone en riesgo la vida de la madre o el producto en el momento del nacimiento del bebé y que requiere de atención especializada.

Embarazo planeado o no planeado, se refiere a la condición en que se dio el embarazo; planeado si es que este fue deseado, planificado, intencional o esperado y no planeado si es que el embarazo sucedió de manera imprevista o inoportuna.

Sexo del bebé, se refiere al conjunto de características biológicas, físicas y anatómicas que definen a los seres humanos como hombre o mujer (hombre, mujer).

Alimentación del bebé en los primeros seis meses, se define al tipo de alimentación láctea que recibió el bebé en los primeros seis meses de vida (lactancia materna exclusiva, fórmula láctea, mixto).

Tratamiento previo para la depresión, se refiere a la manifestación de un antecedente de haber recibido un diagnóstico de depresión por parte de un profesional en donde recibió tratamiento terapéutico y/o farmacológico (sí, no).

Antecedentes familiares de depresión o enfermedades mentales, se refiere al historial familiar de padecimientos mentales que le confieren al individuo un riesgo de presentar algún padecimiento de este tipo (si, no).

Para el primer indicador empírico, depresión posparto, Beck lo define como trastorno del estado de ánimo caracterizado por la pérdida del control de las emociones, los procesos del pensamiento; los síntomas pueden incluir la pérdida de emociones positivas, incapacidad para concentrarse, inseguridad, soledad, ansiedad, dificultad para dormir o comer, culpa y/o vergüenza, pensamiento obsesivo, emociones de efecto montaña rusa y la contemplación de dañarse a sí misma o al bebé; contemplado de las seis semanas al año posteriores al parto (ajuste normal, síntomas significativos o DPP). Este indicador empírico será medido a través de la Postpartum Depression Screening Scale (PDSS), traducida como escala de cribado para la Depresión Posparto; en la versión en español de Beck et. al (2003).

El segundo indicador, apoyo social funcional definido como la apreciación subjetiva y cualitativa centrada en la existencia de relaciones significativas y la evaluación o apreciación del individuo respecto a la cantidad del apoyo que recibe (Broadhead et al., 1988). Este será medido a través del Functional Social Support Questionnaire Duke-UNK-11 (Piña y Rivera, 2007).

1.5 Objetivo General

Determinar la relación de la depresión posparto y el apoyo social funcional en mujeres que acuden a una unidad de primer nivel de atención en el estado de Tlaxcala

1.5.1 Objetivos Específicos

Describir las características sociodemográficas y de salud de las mujeres en periodo posparto.

Identificar la existencia de síntomas significativos de depresión posparto en las mujeres que acuden a una unidad de primer nivel de atención.

Describir el apoyo social funcional de mujeres en periodo posparto que acuden a una unidad de primer nivel de atención.

Capítulo II

Metodología

En el presente capítulo se describe el diseño del estudio, la población, el muestreo y la muestra, los criterios de selección en donde se toman los de inclusión, exclusión y eliminación, los instrumentos de medición, el procedimiento, la ética del estudio, el análisis de los datos y resultados de la prueba piloto.

2.1 Diseño del Estudio

El presente estudio será de tipo descriptivo correlacional y de alcance transversal, que permitirá describir y relacionar las variables; depresión posparto y apoyo social funcional en la mujer en periodo posparto (Grove y Gray, 2019).

2.2 Población

La población de interés constará de 525 mujeres de 20 a 45 años, que se encuentren en el periodo de seis semanas a un año de haber tenido su último hijo y que acuda a solicitar algún servicio en los módulos de Materno Infantil y Atención Preventiva Integrada de una Unidad de Medicina Familiar en el Estado de Tlaxcala.

2.3 Muestreo y Muestra

El proceso de muestreo que se utilizará para la selección de participantes será no probabilístico por conveniencia. El tamaño de la muestra se estimó con un nivel de confiabilidad del 95% y un margen de error de $\alpha = .05$, se utilizó el paquete estadístico nQuery Advisor ® 7.0 (Elashoff, 2000), con un tamaño muestral de 222 mujeres (Grove y Gray, 2019).

2.4 Criterios de Selección

2.4.1 Criterios de inclusión.

Mujeres de 20 a 45 años, que tengan de seis semanas a un año de haber tenido su último hijo, que estén adscritas a la Unidad de Medicina Familiar, que acudan a solicitar algún servicio a los módulos de materno infantil y atención preventiva integrada, y que autorizaron su consentimiento informado

2.4.2 Criterios de exclusión.

Mujeres que en el último parto hayan tenido un bebé muerto (óbito) o haya fallecido después del nacimiento; madres con diabetes o hipotiroidismo, ya que son afecciones que pueden inducir la sintomatología de un estado depresivo (Morrison, 2013). Aquellas que no deseen participar en el estudio y no firmen consentimiento informado.

2.4.3 Criterios de eliminación.

Instrumentos incompletos de las mujeres que hayan decidido retirarse en cualquier momento del estudio.

2.5 Instrumentos de Medición

Se aplicará una cédula para la recolección de datos sociodemográficos y de salud de las participantes, este instrumento incluye datos generales como son: la edad, años de estudio, ocupación, estado civil, convivencia con pareja, ingreso económico, control prenatal, tipo de parto, complicaciones en el parto, embarazo planeado, tipo de alimentación, presencia de síntomas depresivos en el embarazo, antecedentes de tratamiento para depresión, antecedentes familiares de depresión y persona que brinda ayuda o apoyo emocional elaborada por la investigadora.

Para la medición de las variables DPP y apoyo social funcional, se aplicará la escala de cribado para la Depresión Posparto (PDSS) versión en español de Beck et. al (2003); y el Functional Social Support Questionnaire Duke-UNK-11 respectivamente.

La escala de cribado de la depresión posparto (PDSS), es un cuestionario con 35 ítems con opción de respuesta tipo Likert (1 = Completamente en desacuerdo, 2 = En desacuerdo, 3 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4 = De acuerdo, 5 = Completamente de acuerdo); dicho instrumento indica la presencia y el grado de los síntomas que comprenden la DPP. Esta escala evalúa siete dimensiones (Beck y Gable, 2003), que son: a) trastornos del sueño / alimentación (ítems 1, 8, 15, 22, 29); b) ansiedad / inseguridad (ítems 2, 9, 16, 23, 30); c) labilidad emocional (ítems 3, 10, 17, 24, 31); d) confusión mental (ítems 4, 11, 18, 25, 32); e) pérdida del yo (ítems 5, 12, 19, 26, 33); f) culpa / vergüenza (ítems 6, 13, 20, 27, 34) y g) pensamientos suicidas (ítems 7, 14, 21, 28, 35). Con rangos de interpretación para detección positiva de DPP en puntajes ≥ 80 ; síntomas significativos de DPP con puntajes de 60 a 79; y un ajuste normal cuando se obtiene un puntaje total ≤ 59 . Escala con un alfa de confiabilidad para cada dimensión en población mexicana; en sueño / trastornos alimenticios un nivel de fiabilidad de .80; ansiedad / inseguridad .75; labilidad emocional .76; confusión mental .80; culpa / vergüenza .82; pensamientos suicidas .90; con un puntaje total de confiabilidad interna de .94 (Beck y Gable, 2003).

Para la variable de apoyo social funcional, esta será medida a través del Functional Social Support Questionnaire Duke-UNK-11 (Broadhead et al., 1988). Conformado por 11 ítems con respuestas tipo Likert que van desde 1 (mucho menos de lo que deseo) hasta 5 (tanto como lo deseo); con puntajes de 32 o más para apoyo social normal y bajo para menos de 32 puntos, además evalúa el apoyo social desde dos dimensiones; la primera a saber el apoyo social de confianza (ítems 2, 3, 5, 9 y 11) que se refiere a la posibilidad de recibir información, consejo o

guía, de contar con personas para compartir preocupaciones o problemas; y la segunda a través de la dimensión de apoyo social afectivo (ítems 1, 4, 6, 7, 8 y 10) el cual es definido como la posibilidad de expresar simpatía o la pertenencia a algún grupo. Las puntuaciones mínima y máxima por subescala oscilan entre 5 y 25 para la primera, así como entre 6 y 30 para la segunda, estimándose que existe apoyo social de confianza si se obtiene un mínimo de 15 puntos y afectivo si se obtiene un mínimo de 18 puntos. Esta escala cuenta ya con validación en población mexicana con un coeficiente de confiabilidad de Alfa de Cronbach para el instrumento en conjunto de .92 (Piña y Rivera, 2007).

2.6 Procedimiento

Se contará con la aprobación por parte de la Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado (SIEP) y del comité Tutorial integrado por profesores investigadores de la facultad de enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Posteriormente se contará por escrito con la autorización del comité de ética e investigación de la Unidad de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social en el estado de Tlaxcala donde se llevará a cabo la investigación. Se realizará la selección de las participantes, mujeres que acudan bajo demanda a los módulos de materno infantil y atención preventiva integrada, ya sea para solicitar atención a la salud de ellas o la aplicación de vacuna de sus hijos, siempre que cumplieran con los criterios de selección; se les explicará a las mujeres el objetivo del estudio invitándolas a participar, se hará énfasis en el anonimato y confidencialidad de la información. Una vez que acepten previa firma autógrafa de consentimiento informado, se procederá a explicarles de manera clara y sencilla el objetivo del estudio y la importancia de este. Se procederá a aplicar los instrumentos en el siguiente orden: Cédula de datos sociodemográficos y de salud, Escala de cribado para DPP (PDSS) y el cuestionario de apoyo social funcional (Duke-UNK-11).

Para la aplicación se solicitará contestar con libertad y veracidad, se les comentará que la información recolectada será protegida de manera confidencial y guardada por la investigadora principal por un año y posteriormente será destruida. Al finalizar la contestación de los instrumentos, se verificará el llenado completo de los instrumentos y se les agradecerá su participación en el estudio; finalmente, se les dará las gracias a las autoridades de la institución.

2.7 Ética del Estudio

El presente estudio se apegará en lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de salud en Materia de Investigación para la Salud, el cual establece que la realización de la investigación en salud debe atender aspectos éticos que garanticen la beneficencia de la investigación, el respeto a la dignidad humana, el derecho a la autodeterminación, la justicia, la privacidad y el bienestar de las personas sujetas a investigación, en los artículos que a continuación se mencionan (Diario Oficial de la Federación, 2014).

Se considerará lo estipulado en el título segundo, capítulo I, artículo 13; en donde declara que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá ser respetado en su dignidad y prevalecer la protección a sus derechos y bienestar; por ello no se contó con el apartado de identificación de la identidad como: nombre y domicilio, respetando así los derechos de confidencialidad de la información, manteniendo en todo momento un trato de cordialidad y de respeto.

En el artículo 14 en sus fracciones V, VII y capítulo III, artículo 36 se contará con un consentimiento informado y se obtendrá la autorización de los participantes; así como, también se contará con un dictamen favorable por parte del comité tutorial integrado por profesores investigadores de la Facultad de Enfermería de la BUAP. Para dar validez al consentimiento informado se apegó al Artículo 20 y 21 en sus fracciones I, III, IV, V, VI, VII, VIII Y XI.

Informándose el objetivo del estudio, los riesgos y beneficios del estudio, el procedimiento a desarrollar, la garantía de recibir respuesta a sus dudas acerca del procedimiento, la libertad de retirarse en cualquier momento sin que afectase su atención y tratamiento, la seguridad de la confidencialidad de la información otorgada; así como, la aclaración de que, si existiesen gastos adicionales, éstos serían absorbidos por el investigador.

2.8 Análisis de los Datos

La información será procesada en el Software Estadístico IBM SPSS Statistics V25.0. Se obtendrá la consistencia interna de los instrumentos a través del coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach. En el análisis, se dará respuesta al primer objetivo específico a través de la estadística descriptiva de las características sociodemográficas y de salud; para el segundo y tercer objetivo se obtendrán frecuencias, proporciones, medidas de tendencia central y de variabilidad; para el objetivo general se hará uso de la estadística inferencial, se realizarán la prueba de bondad de ajuste de Komogorov-Smirnov para determinar la normalidad de las variables continuas, así como su correlación con el empleo de pruebas paramétricas (Pearson) y no paramétricas (Spearman).

2.9 Resultados de la prueba piloto

En este apartado transitorio del estudio permitió identificar las fortalezas y áreas de oportunidad en el diseño de investigación a través de la aplicación de una prueba piloto de los instrumentos para la medición de las variables.

Para la aplicación de los instrumentos se seleccionaron a mujeres que se encontraban en periodo posparto, comprendido como tal al tiempo de las seis semanas al año posterior de haber tenido un parto por cualquier vía; considerándose a mujeres pertenecientes tanto a la comunidad rural como a la urbana.

En relación con los instrumentos se presentaron problemas de comprensión en la cédula de datos sociodemográficos en la pregunta dos que se refiere a cuantos años ha estudiado en total por lo que fue necesario apoyarles a contar los años de su escolaridad, en la pregunta. En el instrumento de DPP hubo dudas en la escala tipo Likert de 1 completamente en desacuerdo a 5 completamente de acuerdo, por lo que hubo necesidad de explicar que la opción 1 se refiere a que el planteamiento no corresponde en lo absoluto a su situación y 5 es una descripción de ella misma; esto probablemente se debe a que no se encuentra la población familiarizada en este tipo de estudios. El instrumento de Duke UNK en la escala tipo Likert también presentó dudas desde las respuestas “mucho menos de lo que deseo” “hasta tanto como deseo”; por lo que fue necesario explicarse que la calificación se refiere a que es de muy poco lo que recibe hasta lo que realmente ella quiere.

Es importante que la mujer que es encuestada cuente con un lugar tranquilo para que pueda concentrarse en sus respuestas, así como contar con apoyo para el cuidado de sus bebés durante el llenado de los instrumentos, ya que el que sus hijos estén inquietos puede hacer que las cédulas sean contestadas de manera rápida sin haber comprendido las preguntas

Consistencia interna de los instrumentos

En cuanto a la fiabilidad y las propiedades psicométricas obtenidas tanto para la escala de Depresión Posparto PDSS versión en español y la escala de Apoyo Social de Duke-UNK, se describen en la siguiente tabla.

Tabla 1*Consistencia interna de las escalas PDSS y Duke-UNK*

Instrumentos	No. de ítems	Alfa de Cronbach
Escala para Depresión Posparto PDSS versión en español	35	.946
Escala de Apoyo Social de Duke-UNK	11	.904

Nota: Instrumentos de Postpartum depression screening scale (PDSS) y cuestionario de Duke-UNK n=30

En lo que se refiere al objetivo uno que es describir las características sociodemográficas y de salud de las mujeres en periodo posparto. Se encontró que la edad promedio fue $\bar{X}=25.30$, ± 6.68 , en un rango de edad de 15 a 38 años, los años de escolaridad $\bar{X}=11.07$, ± 1.72 , que corresponde a un nivel educativo predominante de secundaria, las otras características se muestran en la siguiente tabla

Tabla 2*Características sociodemográficas*

Variables	f	%
Ocupación		
Ama de casa	25	83.3
Empleada	4	13.3
Estudiante	1	3.3
Estado civil		
Soltera	4	13.3
Casada	6	20.0
Unión libre	20	66.7
Convivencia con pareja		
Si	24	80
No	6	20
Ingreso Económico mensual		
Hasta 2,500 pesos	14	46.7
De 2,500 a 4,000 pesos	10	33.3
Más de 4,000 pesos	6	20.0

Fuente: Cédula de datos sociodemográficos y de salud

n=30

Tabla 3*Características de salud*

Variables	<i>f</i>	%
Veces que acudió a control prenatal		
Menos de 4 visitas	8	26.7
De 4 a 7 visitas	13	43.3
De 8 a más visitas	9	30.0
Tipo de parto		
Vaginal	18	60.0
Cesárea	12	40.0
Presento complicaciones en el parto		
Si	9	30
No	21	70
Embarazo planeado		
Si	20	66.7
No	10	33.3
Sexo del bebé		
Hombre	19	63.3
Mujer	11	36.7
Tipo de alimentación del bebé		
Lactancia materna exclusiva	16	53.3
Fórmula láctea (biberón)	7	23.3
Mixta	7	23.3
Presencia de tristeza y/o depresión durante el embarazo		
Si	10	33.3
No	20	66.7
Antecedentes de tratamiento para depresión		
No	30	100
Historia de enfermedades mentales en la familia		
Si	5	16.7
No	25	83.3

Fuente: Cédula de datos sociodemográficos y de salud

n=30

En lo que corresponde al objetivo dos que es identificar la existencia de síntomas significativos de depresión posparto en las mujeres que acuden a una unidad de primer nivel de atención. En la tabla 4 se describe la clasificación de la escala DPP versión en español, en donde

el 50% obtuvo puntajes que indicaba un ajuste normal al posparto (≤ 59 puntos), 26.7% presentó síntomas significativos de DPP (60 a 79 puntos) y el 23.3% presentó un cribado positivo para DPP mayor (≥ 80 puntos).

Tabla 4
Clasificación de la escala PDSS

Clasificación de síntomas en la escala PDSS	<i>f</i>	%
Ajuste Normal	15	50.0
Síntomas significativos para DPP	8	26.7
Cribado positivo para DPP mayor	7	23.3
Total	30	100

Fuente: Beck CT, Gable RK. Postpartum depression screening scale: Spanish version. n=30

La tabla 5 muestra la frecuencia de síntomas por dimensiones de la escala PDSS; observándose que los síntomas con mayor frecuencia fueron pensamientos suicidas (66.7 %), trastornos del sueño (20%) y pérdida del yo (20%).

Tabla 5
Frecuencia de síntomas en la escala PDSS

Dimensión	Punto de Corte *	Sin Síntomas de DPP <i>f</i> (%)	Con Síntomas de DPP <i>f</i> (%)
Trastornos del sueño	≥ 14	24 (80)	6 (20)
Ansiedad/Inseguridad	≥ 15	26 (86.7)	4 (13.3)
Labilidad Emocional	≥ 15	27 (90)	3 (10)
Confusión mental	≥ 14	26 (86.7)	4 (13.3)
Pérdida de yo	≥ 13	24 (80)	6 (20)
Culpabilidad/Vergüenza	≥ 13	25 (83.3)	5 (16.7)
Pensamientos Suicidas	≥ 6	10 (33.3)	20 (66.7)
Total PDSS-versión Es	≥ 60	15 (50)	50 (50)

*Recomendación de punto de corte según Beck y Gable (Beck CT, Gable RK. Postpartum depression screening scale: Spanish version. JNR. 2003; 52(5): 296-306)

Para dar respuesta al objetivo tres que menciona describir el apoyo social funcional de mujeres en periodo posparto que acuden a una unidad de primer nivel de atención. Los resultados se pueden observar en la tabla 6.

Tabla 6
Clasificación del apoyo social funcional

Variable	<i>f</i>	%
Apoyo Social Normal	25	83.3
Apoyo Social Bajo	5	16.7
Total	30	100

Fuente: Cuestionario Duke-UNK

n=30

Con base a los resultados de la prueba de ajuste de normalidad de Kolmogorov Smirnov se utilizó la prueba estadística de Pearson para la correlación de las variables de DPP y apoyo social funcional como se muestra en la siguiente tabla

Tabla 7
Medidas de tendencia central y de dispersión para las variables de estudio, prueba de Kolmogorov-Smirnov

VARIABLES	<i>Med</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>Valor Mín</i>	<i>Valor Máx.</i>	<i>p</i>
Apoyo social funcional	39.2	40	11.1	13	55	.109
Depresión posparto	64	59	25.1	35	139	.125

n=30

En la tabla 7 se observa que las participantes presentan una media para apoyo social de 39.2 ($DE=11.1$) y depresión posparto con una media de 64 ($DE=25.1$). Los resultados de Kolmogorov-Smirnov indican que la distribución de los datos presenta normalidad ($p < .5$) por

lo que se decidió utilizar pruebas paramétricas y para verificar la asociación de las variables se utilizó el Coeficiente de Correlación r de Pearson

Tabla 8
Correlación de variables

Variabes	<i>Apoyo social funcional</i>	<i>Depresión posparto</i>
Apoyo social funcional	1	-.410*
Depresión posparto	-.410*	1

* $p < .5$ n=30

La variable DPP mostró una correlación negativa estadísticamente significativa (r^2 -.410, $p > .05$) con la de apoyo social funcional; lo cual significa que aquellas mujeres en etapa posparto que refirieron contar con mayor apoyo social presentaron menos síntomas o valores positivos de depresión posparto; indicando que cuando el apoyo social es alto, los valores de DPP tienden a ser más bajos, lo que le confiere al apoyo social un protector para la presencia de DPP.

Discusión

El presente estudio permitió mostrar las evidencias de los objetivos planteados tomados de la teoría de la DPP planteada por Beck y Driscoll, (2006) y la relación que existe entre uno de los conceptos incluidos en dicha teoría, el apoyo social; verificando la relación de las variables de estudio; depresión posparto y apoyo social funcional en 30 mujeres en periodo posparto.

Los datos obtenidos permiten describir las características sociodemográficas de la población, la presencia o ausencia de depresión posparto, la caracterización del apoyo social funcional y la interrelación entre las variables de DPP y apoyo social funcional de mujeres en periodo posparto.

Encontrando que la edad promedio fue de 25.30 años, similar a lo reportado en un estudio realizado en mujeres mexicanas por Lara et al., (2016) quienes evaluaron la DPP en mujeres mayores de 18 años; respecto a la ocupación, escolaridad e ingreso socioeconómico; la mayoría se encontraba desempeñando funciones de ama de casa, con nivel de escolaridad de secundaria y con ingresos económicos bajos; similar a lo reportado por Kim et al., (2014) y en cuanto a la condición civil predominó la convivencia en unión libre, coincidente con lo reportado por Lara et al., (2016). Considerados estos elementos como factores predictores o de riesgo para la aparición de DPP

En cuanto al resultado de la escala PDSS, los datos presentados indicaron que casi una cuarta parte de las encuestadas presentaron síntomas significativos para DPP y otra cuarta parte resultaron con un cribado positivo para DPP mayor; representando el 50% de la población con algún grado de sintomatología positiva; lo cual supone un valor más alto de lo esperado en comparación con otros estudio realizados por Contreras-García, Rodríguez, et al., (2017), del 27,6% en mujeres chilenas y el de Denis et al., (2015), de 25% en Francia. El resultado anterior puede deberse al tamaño de la población, ya que se trata de una muestra pequeña de una prueba piloto y es muy esperado que la depresión posparto estuviera presente; pudiéndose explicar que, además en el caso particular de este grupo, se presentaron los principales predictores para DPP.

En cuando a la caracterización del apoyo social funcional, este se determinó como normal en la mayoría de las mujeres; lo anterior coincide con lo reportado por Nnadozie y Nweke, (2017), quien encontró que las madres con presencia de apoyo social presentaban valores medios más bajos para DPP y lo evidenciado por Rodríguez Leis y Flores Gallegos, (2018), quien refiere que la DPP es significativamente influida por el apoyo social. Los hallazgos de este estudio mostraron que las madres que cuentan con apoyo social experimentaron menos sintomatología

depresiva y presencia de DPP; esto puede explicarse a través de que, el apoyo social es importante tanto para la salud como para el bienestar mental y al contar con este apoyo, las mujeres pueden estresarse menos y presentar una mejor adaptación a este periodo de transición; a su vez, mejorar la relación madre e hijo.

Conclusión

El estudio permitió confirmar las relaciones entre las variables DPP y apoyo social funcional en mujeres en periodo posparto; con esto se afirma que el apoyo social funcional con el que cuente la mujer durante el posparto va a ser directamente proporcional al nivel o presencia de DPP; esto quiere decir que a mayor apoyo social menor la presencia de DPP; confiriéndole al mismo la función de factor protector y capaz de minimizar los síntomas. Concluyendo que la DPP trae consecuencias tanto para la madre, el bebé y toda la familia, por lo que se recomienda su detección de manera oportuna a todas las mujeres que por algún motivo tienen contacto con los servicios de salud y que se encuentren entre las seis semanas y el año posterior al nacimiento de su bebé, logrando la detección y referencia oportuna de las mujeres que padezcan DPP. Así mismo, es prioritario se elaboren intervenciones educativas que permitan a la mujer conocer el padecimiento y saber la manera como puedan afrontar este padecimiento.

Cabe resaltar que, aunque la escala de DPP es una herramienta de cribado, es importante que las mujeres que presenten un resultado positivo sean referidas para un diagnóstico y tratamiento clínico, por lo que los resultados deben de ser tratados e interpretados con cautela.

Referencias

- Beck, C. T., y Driscoll, J. (2006). *Postpartum mood and anxiety disorders : a clinician's guide*. Jones and Bartlett Publishers.
- Beck, C. T., y Gable, R. K. (2003). Postpartum depression screening scale: Spanish version. *Nursing Research*, 52, 296–306. Recuperado de http://www.proxydgb.buap.mx:2264/sp-3.32.2a/ovidweb.cgi?&S=MODJFPIMBCDDJIMNNCDKJCDCDEKOOAA00&Complete+Reference=S.sh.47%7C1%7C1&Counter5=FTV_complete%7C14501544%7Cppezv%7Cmedline%7Cmed4
- Broadhead, W. E., Gehlbach, S. H., de Gruy, F. V., y Kaplan, B. H. (1988). The Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire: Measurement of Social...: Todos los recursos de Biblioteca BUAP. *Medical Care*, 26 (7), 709–723. Recuperado de <https://www.proxydgb.buap.mx:2078/eds/detail/detail?vid=7&sid=78e2b93e-427b-4737-a70c-68a9f9e04f85%40pdc-v-sessmgr02&bdata=Jmxhbm9ZXMmc2l0ZT1lZHMtbGl2ZQ%3D%3D#AN=edsjsr.3765493&db=edsjsr>
- Caparros-Gonzalez, R., Romero-Gonzalez, B., y Peralta-Ramirez, M. I. (2018). Depresión posparto, un problema de salud pública mundial [carta]. *Rev Panam Salud Publica*, 42. Recuperado de <https://doi.org/https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.97>
- Contreras-García, Y., Sobarzo Rodríguez, P., y Manríquez Vidal, C. (2017). Caracterización del apoyo social percibido durante el posparto y la presencia de depresión materna. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología.*, 43 (1). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2017000100006&lng=es&tlng=es.

- De Castro, F., Place, J. M., Villalobos, A., y Allen-Leigh, B. (2015). Sintomatología depresiva materna en México: Prevalencia nacional, atención y perfiles poblacionales de riesgo. *Salud Pública de Mexico*, 57(2), 144–154. Recuperado de <https://doi.org/10.21149/spm.v57i2.7410>
- Denis, A., Callahan, S., y Bouvard, M. (2015). Evaluation of the French version of the multidimensional scale of perceived social support during the postpartum period. *Maternal and Child Health Journal*, 19(6), 1245–1251. Recuperado de <https://doi.org/10.1007/s10995-014-1630-9>
- Diario Oficial de la Federación. (2014). *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud*. Recuperado de <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Federal/pdf/wo88535.pdf>
- Elashoff, J. D. (2000). *nQuery Advisor ® Version 7.0 User's Guide*. 1–800.
- Feligreras-Alcalá, D., Frías-Osuna, A., y Del-Pino-casado, R. (2020). Personal and family resources related to depressive and anxiety symptoms in women during puerperium. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(14), 1–14. Recuperado de <https://doi.org/10.3390/ijerph17145230>
- Grove, S. K., y Gray, J. R. (2019). *Investigación en enfermería. Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia* (7th ed.). Elsevier.
- Jadresic, E. (2017). Depresión Posparto En El Contexto Del Hospital General. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28(6), 874–880. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2017.10.007>
- Juárez-Romero, M., Nava-Cruz, C. B., Méndez-Hernández, P., Jiménez, J. C., Rojas-Lima, E., y Francisco-García, M. (2015). Prevalencia de depresión posparto en el Hospital de la Mujer

- del estado de Tlaxcala. *Revista de Investigación Médica Sur de México*, 22(3), 132–135.
- Kim, T. H., Connolly, J. A., y Tamim, H. (2014). *The effect of social support around pregnancy on postpartum depression among Canadian teen mothers and adult mothers in the maternity experiences survey*. Recuperado de <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/14/162>
- Lara, M. A., Navarrete, L., y Nieto, L. (2016). Prenatal predictors of postpartum depression and postpartum depressive symptoms in Mexican mothers: a longitudinal study. *Arch Womens Ment Health*, 19 (5), 825–834. Recuperado de <https://doi.org/10.1007/s00737-016-0623-7>
- Lasheras, G., y Farré-Send, B. (2015). Resúmenes de ponencias y comunicaciones de la IV jornada de salud mental perinatal. *Psicosomática y Psiquiatría*. Recuperado de <https://www.mendeley.com/viewer/?fileId=3465268d-85a5-f09b-3d5b-6c2d59b76e43&documentId=1e92546a-a265-3ae3-92e8-6b01dde3bb11>
- Letourneau, N. L., Dennis, C.-L., Cosic, N., y Linder, J. (2017). The effect of perinatal depression treatment for mothers on parenting and child development: A systematic review. *Depression and Anxiety*, 34(10), 928–966. Recuperado de <https://doi.org/10.1002/da.22687>
- Marín Bustamante, D., y Sanhueza Alvarado, O. (2020). Apoyo Social: Uso del Concepto en Enfermería. *Horizonte de Enfermería*, 27(2), 32–40. Recuperado de https://doi.org/https://doi.org/10.7764/Horiz_Enferm.27.2.41
- Marsh, J. R., y Bsn, R. N. (2013). *Postpartum Depression : Analysis and Application*. 28(4), 50–55.
- Mendoza, C., y Saldivia, S. (2015). Actualización en depresión postparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. *Rev. Médica de Chile*, 143(7), 887–894. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872015000700010>

- Morrison, J. (2013). DSM 5. Guía para el diagnóstico clínico. In *Journal of Chemical Information and Modeling* (Vol. 53, Issue 9). Recuperado de <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Navarrete, L., Nieto, L., Lara, M. A., y Lara, M. del C. (2019). Sensitivity and specificity of the three Whooley and Arroll questions for detecting perinatal depression in Mexican women. *Salud Publica de Mexico*, 61(1), 27–34. Recuperado de <https://doi.org/10.21149/9083>
- Nnadozie, J. C., y Nweke, G. E. (2017). Self Esteem, Social Support and Postpartum Depression. *Journal of International Social Research*, 10(51), 551–556. Recuperado de <https://doi.org/10.17719/jisr.2017.1789>
- Organización Mundial de la Salud. (2015). WHO | Maternal mental health. *WHO*. Recuperado de https://www.who.int/mental_health/maternal-child/maternal_mental_health/en/
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders Global Health Estimates*. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf;jsessionid=936C7AE36BD9D03B65D4060BC15D90EF?sequence=1>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Depresión*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Onyemaechi, C. I., Aroyewun, B. A., y Ifeagwazi, C. M. (2017). Postpartum depression: the role of self-esteem, social support and age. *IFE Psychologia*, 25 (2), 105–115. Recuperado de <https://www.proxydgb.buap.mx:5369/eds/detail/detail?vid=7&sid=5ec35013-70de-4922-9ada-e6f773d6181e%40sessionmgr4008&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1lZHMtbGl2ZQ%3D%3D#AN=125918169&db=a9h>

- Piña, A., y Rivera, B. (2007). Validación Del Cuestionario De Apoyo Social Funcional En Personas Seropositivas Al Vih Del Noroeste De Mexico. *Ciencia y Enfermería*, 13(2), 53–63. Recuperado de <https://doi.org/10.4067/s0717-95532007000200007>
- Poblete, F., Lantadilla, N. B., Sapag, J. C., Tapia, P., Bastías, G., Quevedo, D., Valdés, C., Bustamante, C., Alcayaga, C., y Pérez, G. (2018). Social support, self-rated health, treatment adherence and effectiveness in patients with type II diabetes and hypertension. *Revista Medica de Chile*, 146(10), 1135–1142. Recuperado de <https://doi.org/10.4067/S0034-98872018001001135>
- Rodríguez Leis, P., y Flores Gallegos, R. (2018). Relationship between social support, stress, anxiety and depression during pregnancy in a specific mexican population. *Ansiedad y Estrés*, 24(2–3), 67–72. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2018.03.003>
- Ruiz Jimenez, M. T., Saiz Galdós, J., Montero Arredondo, M. T., y Navarro Bayon, D. (2017). Adaptación de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido en pobla...: Todos los recursos de Biblioteca BUAP. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37, 415–437. Recuperado de <https://doi.org/10.4321/S0211-57352017000200006>
- Tomey, A. M., y Alligood, M. R. (2007). *Modelos y teorías en enfermería* (Sexta). Elsevier. Recuperado de <https://books.google.es/books?id=FLEszO8XGTUC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>
- Villaseñor, C., Calderón Hernández, J., Gaytán, E., Romero, S., Díaz-Barriga, F. (2017). Salud mental materna: factor de riesgo del bienestar socioemocional en niños mexicanos Investigación original. In *Rev Panam Salud Publica* (Vol. 41). Recuperado de <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/33831/v41a12017.pdf?sequence=1&>

isAllowed=y

- Yim, I., Tanner Stapleton, L., Guardino, C., Hahn-Holbrook, J., y Dunkel Schetter, C. (2015). Biological and Psychosocial Predictors of Postpartum Depression: Systematic Review and Call for Integration. In *SSRN* (Vol. 11). Recuperado de <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-101414-020426>
- Yörük, S., Açıkgoz, A., Türkmen, H., y Karlıdere, T. (2020). The prevalence of postpartum depression and the correlation of perceived social support and quality of life with postpartum depression: A longitudinal study. *Puerto Rico Health Sciences Journal*, 39(4).

Anexos

A. Cédula de datos

La información que se proporcione será anónima, y sólo será utilizada por el investigador, por lo que se le solicita conteste las preguntas detalladamente y apegadas a la realidad. Todos los resultados estarán concentrados de forma general y sin identificación.

Instrucciones: Lea cuidadosamente, elija su respuesta y anote el número en el recuadro de la derecha.

Datos Sociodemográficos		Respuesta
1.	¿Cuántos años cumplidos tiene?	
2.	¿Cuántos años ha estudiado en total?	
3.	¿Actualmente cuál es su ocupación? 1 Ama de casa 2 Empleada 3 Trabaja por su cuenta 4 Estudiante 5 Ninguna	
4.	¿Cuál es su estado civil? 1 Soltera 2 Casada 3 Divorciada 4 Unión libre 5 Separada 6 Viuda	
5.	¿Actualmente vive con su pareja? 1 Si 2 No	
6.	Su ingreso económico al mes es de: 1 Hasta 2,500 pesos 2 De 2,500 hasta 4,000 pesos 3 Más de 4,000 pesos	

Datos de Salud		Respuesta
7.	¿Durante el último embarazo, cuántas veces acudió a control prenatal? 1 Menos de 4 visitas 2 De 4 a 7 visitas 3 Más de 8 visitas	
8.	¿Cómo fue el nacimiento de su último bebe? 1 Vaginal 2 Cesárea	
9.	¿Usted tuvo alguna complicación en el parto? 1 No 2 Si ----- ¿Por qué motivo?: _____	

10.	¿El último embarazo fue planeado? 1 Si 2 No	
11.	¿Cuál es el sexo de su bebé? 1 Hombre 2 Mujer	
12.	Tipo de alimentación los primeros seis meses de su bebé: 1 Lactancia materna exclusiva 2 Fórmula láctea 3 Lactancia y Fórmula láctea	
13.	¿Durante el embarazo curso con tristeza o depresión? 1 Si 2 No	
14.	¿Ha recibido tratamiento previo para la depresión? 1 Si 2 No	
15.	¿Existen en su familia personas que padezcan de depresión o de alguna enfermedad mental? 1 Si 2 No	

B. Escala de Cribado de Depresión Posparto PDSS (Beck y Gable, 2003).

A continuación, hay una lista de experiencias que describen cómo se puede sentir una madre después del nacimiento de su bebé.

Por favor indique cuánto está usted de acuerdo o en desacuerdo con cada situación. Para completar el cuestionario, por favor haga un círculo alrededor de la respuesta que mejor describa cómo se ha sentido usted en **las últimas 2 semanas. Por favor indique hasta qué punto está de acuerdo con cada situación o experiencia.**

1 Completamente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Ni de acuerdo Ni en desacuerdo	4 De acuerdo	5 Completamente de acuerdo
-------------------------------------	-----------------------	----------------------------------------------	-----------------	----------------------------------

No.	En las últimas 2 semanas, yo ...	Respuesta				
1.	Tenía problemas para dormir, aunque mi bebé estuviera durmiendo	1	2	3	4	5
2.	Me ponía ansiosa por la más mínima cosa que tuviese que ver con mi bebé	1	2	3	4	5
3.	Sentía un sube y baja emocional	1	2	3	4	5
4.	Sentía que estaba perdiendo la razón	1	2	3	4	5
5.	Tenía miedo de nunca volver a ser la misma de antes	1	2	3	4	5
6.	Sentía como si yo no fuera la madre que quería ser	1	2	3	4	5
7.	Llegue a pensar que la muerte parecía ser la única solución a esta pesadilla	1	2	3	4	5
8.	Perdí el apetito	1	2	3	4	5
9.	Me sentía totalmente agobiada (harta)	1	2	3	4	5
10.	Temía que jamás volviera a ser feliz	1	2	3	4	5
11.	No podía concentrarme en nada	1	2	3	4	5

12.	Empecé a desconocerme a mí misma	1	2	3	4	5
13.	Sentía como si muchas madres fueran mejores que yo	1	2	3	4	5
14.	Empecé a pensar que estaría mejor muerta	1	2	3	4	5
15.	Me despertaba a medianoche y tenía dificultades en volver a dormirme	1	2	3	4	5
16.	Me sentía tremendamente nerviosa (quería escapar de mí misma)	1	2	3	4	5
17.	Lloraba mucho sin razón	1	2	3	4	5
18.	Pensé que me estaba volviendo loca	1	2	3	4	5
19.	Ya no sabía quién era yo	1	2	3	4	5
20.	Me sentía culpable porque no podía sentir tanto amor como debería por mi bebé	1	2	3	4	5
21.	Quería hacerme daño	1	2	3	4	5
22.	Me daba vueltas en la cama por largo tiempo durante la noche, tratando de quedarme dormida	1	2	3	4	5
23.	Me sentía sola	1	2	3	4	5
24.	He estado muy irritable	1	2	3	4	5
25.	Tenía dificultad aun para tomar una simple decisión	1	2	3	4	5
26.	Me sentía como si no fuera una persona normal	1	2	3	4	5
27.	Sentía como si tuviera que esconder lo que pensaba o sentía por mi bebé	1	2	3	4	5
28.	Creía que mi bebé estaría mejor sin mí	1	2	3	4	5
29.	Sabía que debía comer, pero no podía	1	2	3	4	5
30.	Me sentía que tenía que seguir moviendo o caminando de un lado a otro	1	2	3	4	5

31.	Me sentía llena de rabia (ira y a punto de explotar)	1	2	3	4	5
32.	Tenía dificultad para concentrarme en una tarea	1	2	3	4	5
33.	No me sentía real (auténtica)	1	2	3	4	5
34.	Me sentía un fracaso como madre	1	2	3	4	5
35.	Sentía que lo que quería era dejar este mundo	1	2	3	4	5

C. Cuestionario de Apoyo Social Funcional de Duke-UNC

Instrucciones: En la siguiente lista se muestran algunas cosas que otras personas hacen por nosotros o nos proporcionan. Elija para cada una la respuesta que mejor refleje su situación, según los siguientes criterios:

No.	Preguntas	Mucho menos de lo que deseo	Menos de lo que deseo	Ni mucho ni poco	Casi como deseo	Tanto como deseo
1.	Recibo visitas de mis amigos y familiares					
2.	Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa					
3.	Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo					
4.	Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede					
5.	Recibo amor y afecto					
6.	Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa					
7.	Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares					
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					

D. Consentimiento Informado

Título del proyecto: Depresión Posparto y Apoyo Social Funcional

Autor del estudio: LEO Maricela Miranda Xochipa.

Prólogo: Le invito muy atentamente a participar en una entrevista para conocer algunos aspectos relacionados con su edad, estado civil, educación, estado económico, su embarazo, el parto y su bebé; así como el apoyo que recibe de su familia y de otras personas. La entrevista es un trabajo de investigación para realizar la tesis y obtener el grado de maestría. Para participar es necesario que, de su consentimiento, por ello, es importante que conozca y comprenda cada uno de los siguientes apartados, iniciando con el propósito del estudio.

Propósito del Estudio: Es determinar la existencia de Depresión Posparto y si esto se relaciona a al Apoyo Social que recibe una mujer que está en periodo de posparto.

Justificación del estudio: (Razones de carácter médico y social): Hay evidencia de que la Depresión Posparto no es detectada en las mujeres que acaban de tener a sus bebés y de que el apoyo social que estas mujeres reciben es determinante para que esta no se presente o solo sea con síntomas mínimos; sin embargo, en México hay pocos estudios que describan la Depresión Posparto y la atención que se les da a las mujeres; sobre todo el impacto que esta puede tener sobre su propia salud, la de su bebé y su familia; siendo que en países como Estados Unidos es una detección que se realiza de manera rutinaria a todas las mujeres tanto embarazadas como en periodo posparto, a su vez estas mujeres tienen la oportunidad de recibir un tratamiento oportuno y adecuado. A nivel mundial se refiere que la depresión posparto afecta a una de cada 5 mujeres, y se ha identificado que el bajo apoyo social o la falta de este, repercute de manera importante para que se presente la Depresión Posparto; así mismo cuando la mujer tiene apoyo, la depresión posparto puede no presentarse o pasar rápidamente. Los resultados de este estudio determinarán si hay existencia de Depresión Posparto y como es el apoyo social que estas mujeres tienen.

Descripción del estudio / procedimiento: Si usted decide aceptar participar en este estudio, el procedimiento será el siguiente:

- Se le realizará una entrevista para llenar tres cédulas, las cuales deberán de contestarse y no dejar ninguna pregunta sin responder.
- Las preguntas están enfocadas sobre datos personales, cómo es que se ha sentido anímicamente en las últimas dos semanas y sobre cómo la persona o personas significativas para usted le brindan apoyo.
- La entrevista dura aproximadamente 30 minutos para realizarle las preguntas y que las conteste, será en un aula de esta misma institución, se cuidará en todo momento su privacidad y será totalmente anónima.

Aclaraciones:

- En este estudio no se comprometerá su salud materna ni la salud de su bebé.

- Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
- No habrá ninguna consecuencia para usted y/o su familia en caso de no aceptar la invitación.
- Usted tendrá la total certeza de que se le seguirán brindando los servicios en esta institución como se le han venido otorgando.
- Si decide participar en el estudio y en el transcurso quiere suspenderlo puede retirarse en el momento que lo desee, pudiendo informar o no las razones de su decisión, la cual será aceptada en su integridad.
- No tendrá que hacer gasto alguno.
- No recibirá pago por su participación.
- Se responderán y aclararán las dudas que usted tenga, siempre de manera amable y respetuosa.
- Si considera que no hay dudas o preguntas acerca de su participación, puede si es su deseo, firmar la Carta de Consentimiento Informado que forma parte de este documento.

Carta de Consentimiento Informado

Voluntariamente autorizo mi participación en este estudio, otorgando la información solicitada sobre mi persona. He leído y comprendido lo que se me ha explicado, mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente. Me informaron que los datos obtenidos pueden ser publicados o difundidos con fines científicos.

Convengo en participar en este estudio de investigación.

Nombre y firma _____

Fecha: _____

Firma del Investigador

Fecha