



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Depresión postparto y su relación con el funcionamiento familiar en mujeres adscritas a la Unidad de Medicina Familiar no. 45 del Instituto Mexicano del Seguro Social en San Luis Potosí, San Luis Potosí, México

PRESENTA:

**CARLOS ALBERTO MORENO TREVIÑO
MÉDICO RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR**



SAN LUIS POTOSÍ, S. L. P.
2009





UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Depresión postparto y su relación con el funcionamiento familiar en mujeres adscritas a la Unidad de Medicina Familiar no. 45 del Instituto Mexicano del Seguro Social en San Luis Potosí, San Luis Potosí, México

PRESENTA:

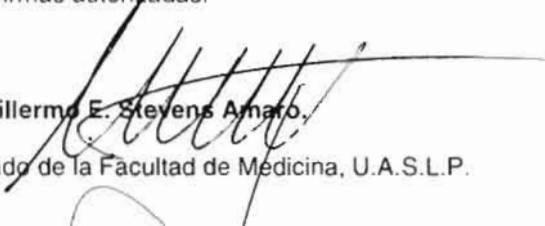
CARLOS ALBERTO MORENO TREVIÑO
MÉDICO RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR



SAN LUIS POTOSÍ, S.L.P.
2009



Firmas autorizadas.

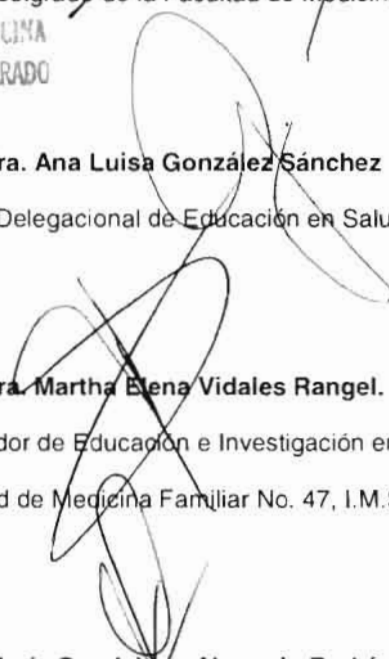


Dr. Guillermo E. Stevens Amato.

Secretario de Postgrado de la Facultad de Medicina, U.A.S.L.P.

Dra. Ana Luisa González Sánchez

Coordinador Delegacional de Educación en Salud, I.M.S.S.



Dra. Martha Elena Vidales Rangel.

Coordinador de Educación e Investigación en Salud

Unidad de Medicina Familiar No. 47, I.M.S.S.

Dra. María Guadalupe Alvarado Rodríguez.

Profesor Titular de la Residencia en Medicina Familiar,

Unidad de Medicina Familiar No. 47, I.M.S.S.



Dra. Lourdes Velasco Rojas.

Profesora Adjunta de la Residencia en Medicina Familiar,

Unidad de Medicina Familiar No. 47, I.M.S.S.

Asesores



Asesor clínico

Dra. Catalina Rivera Martínez

Especialista en Psiquiatría

Criminóloga , Psiquiatra infantil, Terapeuta Familiar

Profesora adjunta de la Residencia en Medicina Familiar

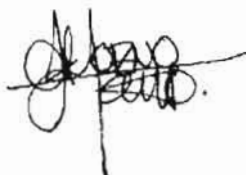
Asesor metodológico

Dr. Carlos Vicente Rodríguez Pérez

Especialista en Medicina Familiar

Profesor Titular de la Residencia en Medicina Familiar, modalidad

Semipresencial con sede en la Unidad de Medicina Familiar No. 45



Asesor estadístico

C.Ph.D. en Economía Jorge Omar Moreno Treviño

Maestro en Economía con especialidad en: Capital Humano, Econometría,

Microteoría, Modelos Económicos y Desarrollo Económico

Agradecimientos

A Dios,

Por darme vida, y la oportunidad de estar en una maravillosa familia.

A mis Padres, Jorge Omar e Hilda Bertha,

Por darme educación y enseñarme los principios y valores sobre la familia.

A mis Hermanos Jorge Omar e Hilda Yaneth,

Por inspirarme y estar siempre a mi lado más allá de las distancias y el tiempo.

A mi Novia Gema,

Por ser mi apoyo y mi musa en esta ciencia y arte a la que me he dedicado.

A mis Amigos

Por ser mi escudo y espada en todas las campañas en las que me he enrolado.

A mis Mentores

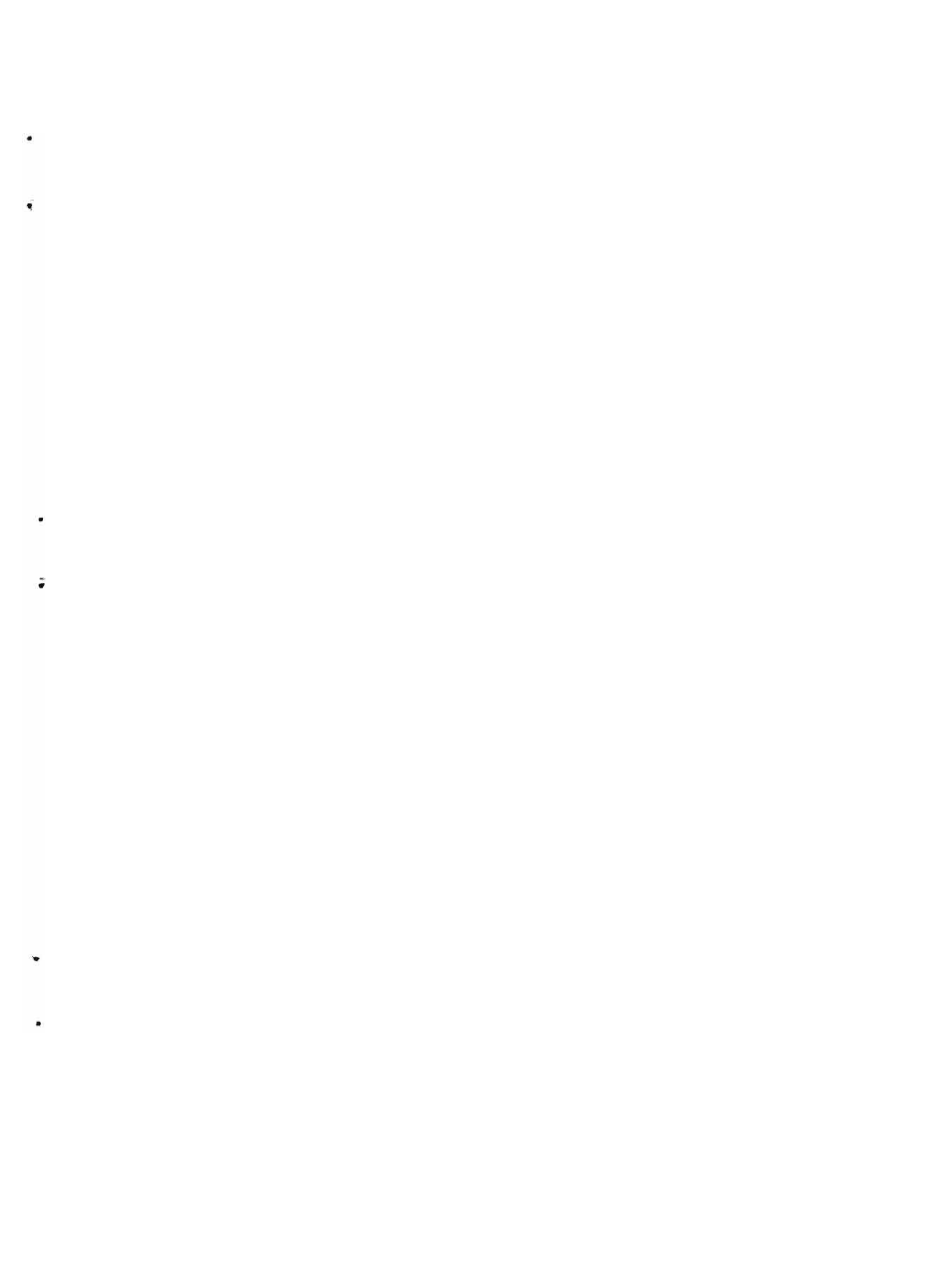
Por compartir sus valiosos conocimientos conmigo.

A mis Asesores

Por su tiempo, consejos y dedicación para sacar adelante mi investigación.

INDICE

I. MARCO TEÓRICO	1
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	20
III. JUSTIFICACIÓN	25
IV. OBJETIVOS	27
V. HIPÓTESIS	29
VI. MATERIAL Y MÉTODOS	30
1. Tipo y Diseño de Estudio	
2. Población de Estudio	
3. Muestra	
4. Criterios de Selección	31
5. Variables de Estudio	32
6. Procedimientos	37
7. Plan de análisis	38
8. Instrumentos de Recolección de Información	39
9. Consideraciones Éticas	44
10. Productos esperados	45
11. Administración de Trabajo de Investigación	47
a. Personal participante de la Investigación	
b. Recursos Físicos y Materiales	
VII. RESULTADOS	48
VIII. DISCUSIÓN	63
IX. CONCLUSIÓN	66
X. SUGERENCIAS	68
XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69
XII. ANEXOS	75



I. MARCO TEÓRICO

Introducción

Son las 13:35 horas, todavía faltan pacientes por ver, la asistente pregunta que si puede anotar dos más que llegaron tarde, la computadora fallando; entra una mujer de 32 años de edad , segunda gesta, de apariencia desaliñada, facies de desvelo, en sus brazos cargando un producto de sexo masculino, 3 meses de vida extrauterina, el cual no ha parado de llorar desde que ella llegó (usted lo escuchaba en la sala de espera desde el consultorio), fácilmente detecta un olor a heces, lo cual adjudica a que la señora no ha cambiado el pañal al bebé.

Rápidamente le dice que pase, que no tiene tiempo, que coloque en decúbito supino su producto en la cama de exploración, se para de su asiento, mide perímetros del bebé, nota el pañal sin cambiar, ropa sucia, lo pesa y mide, con un rápido vistazo a la tabla de pesos y tallas se da cuenta que está por debajo de los parámetros normales, sus narinas con rinorrea verdosa, regaña a la mujer, toma asiento e indica que vista a la criatura.

Comienza a realizar la nota, de "rejo" mira como la mujer trata con desdén al producto, le indica paracetamol, abundantes líquidos; le cuestiona si le está lactando, ella responde con una negativa, -que no "le sale"-, usted vuelve a regañar, agrega a sus indicaciones latas de sucedáneo de la leche, imprime su receta y le pide que le avise al siguiente paciente que pase...

Dos meses después se entera que la mujer no siguió acudiendo a consulta de control porque se intento suicidar, su esposo refiere una mala comunicación con su mujer, su bebé se encontró con desnutrición severa y fue llevado por autoridades con su abuela materna...

¿Pueden un par de preguntas y un correcto seguimiento del puerperio salvar no una sino un par de vidas? ¿Es difícil diagnosticar la depresión post parto? ¿El haber conocido la dinámica familiar nos hubiera ayudado con su tratamiento? Éstas fueron algunas de las preguntas que me impulsaron a tomar la decisión de estudiar el tema de la depresión post parto.

En nuestra consulta diaria, de todo el personal de salud, nos encontramos con casos de mujeres en estado de puerperio, pues está normado que les hemos de dar seguimiento, no solo a ellas, sino al producto recién nacido también.

La Norma oficial mexicana, NOM-007-SSA2-1993 ¹, que hace referencia a la atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio a recién nacidos. En su apartado "Criterios y procedimientos para la prestación del servicio", nos hace una clara referencia a los cuidados y atenciones que debemos tener con las púerperas, démosle un vistazo a algunas de ellas.

5.5.1.9 Puerperio Mediato: (2º. al 7º. día) y tardío (8º. a 42º. día)

Se deberá proporcionar un mínimo de tres consultas, con una periodicidad que abarque el término de la primera semana (para el primero), y el término del primer mes (para el tercero); el segundo control debe realizarse dentro del margen del período, acorde con el estado de salud de la mujer.

Se vigilará la involución uterina, los loquios, la tensión arterial, el pulso y la temperatura;

Se orientará a la madre en los cuidados del recién nacido, la lactancia materna exclusiva, sobre métodos de planificación familiar, la alimentación materna y acerca de los cambios emocionales que pueden presentarse durante el post parto.

Es en este período que debemos acercarnos con la madre y tratar de responder a la interrogante ¿tiene ella tendencia a presentar depresión post parto?

Pero no solo tenemos estas oportunidades sino también en la consulta del niño sano, revisemos lo que la norma señala:

La NORMA Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, en su apartado "Para la atención a la salud del niño" menciona las siguientes obligaciones.²

9.2.2 El personal de salud deberá otorgar al niño menor de 28 días dos consultas médicas, la primera a los siete días y la segunda a los 28.

9.2.3 El personal de salud deberá otorgar al niño menor de un año seis consultas al año, una cada dos meses.

Aquí se nos presenta otra gran oportunidad de abordar a nuestra paciente e interrogarla para así tener la certeza de que no está presentando sintomatología que pueda llevarla a presentar un cuadro de depresión post parto.

Tan solo en San Luis Potosí en el 2005 se atendieron en el IMSS cerca de 11,034 nacimientos con una cifra nacional de 537,323 y en consultas de medicina preventiva en San Luis Potosí fué de 199,794 en menores de 10 años llevando a cabo registro de peso y talla en menores de 5 años de 75817 esto nos da un idea a cuanta población se consulta de puérperas (tomando en cuenta el número de partos y niños en control del niño sano).^{3, 4,5}

Antecedentes

En Oporto (segunda ciudad más importante de Portugal, después de Lisboa), el Profesor Channi Kumar hizo un estudio longitudinal entre 51 mujeres y 42 hombres en el que se observó que había más mujeres con antecedentes de depresión, pero esta no difería significativamente durante el embarazo. Un cuarto de las mujeres (25%) presentó depresión postparto contra un 5% de los hombres.⁶

Otro estudio realizado por John L. Cox en Uganda y Escocia, donde 183 mujeres que durante el embarazo fueron asesoradas psiquiátricamente, volvió a entrevistar durante la semana 6 a 15 del postparto para observar si presentaban sintomatología; dieciocho mujeres mostraron síntomas depresivos en el postparto, de las cuales solo 4 lo presentaron durante el embarazo. No había asociación entre depresión post natal ser dada de alta del hospital, ser primigesta, ó no estar casada. Seis mujeres presentaron ansiedad, y dos tenían fobias a animales. No hubo casos de esquizofrenia, ni psicosis orgánicas. Las mujeres africanas acuden menos a consulta por referir culpabilidad de sentirse deprimidas en el post parto comparadas con las escocesas.⁷

En Asia, Ghubash y Abou Saleh realizaron en 95 mujeres Árabes la validación de la escala de depresión de Edimburgo con una sensibilidad de 73% y una especificidad de 90%.⁸

Inclusive en África, Jinadu y Daramola seleccionaron una población de 400 mujeres embarazadas en Ile-Ife, Nigeria, para ser entrevistadas en su último trimestre de embarazo y el periodo postparto. El estudio observaba un decremento significativo de la sintomatología del pre al post parto. Náusea

vómito, sensación de culpabilidad fueron los síntomas en las mujeres jóvenes, mientras que insomnio y anorexia fueron en las adultas. No había diferencia entre mujeres con matrimonios monógamos y polígamos.⁹

Por otro lado Kim y Buist encontraron en mujeres Coreanas que la falta de apoyo es el principal factor de riesgo para presentar depresión postparto.¹⁰

En Japón, Yuko Morimoto Shimizu del Hospital General Kawachi, en Higashi-Osaka, y Barbara J. Kaplan de la Universidad de Nueva Cork en Fredonia estudiaron la depresión post parto, que era poco conocida en oriente. El estudio comparó poblaciones de Estados Unidos con Japón. Un total de 21 Americanas y 29 madres Japonesas llenaron la escala de Pitt (1968) y se les preguntó sintomatología asociada como manera de alimentarse, tiempo de sueño perdido, contacto con adultos, eventos críticos en su vida, apoyo social, conceptos sobre la mujer y orientación en su trabajo. No hubo diferencias en cuanto a casos positivos, pero sí en cuanto a factores que contribuían a presentar depresión post parto.¹¹

Los doctores Jaya Jambunathan y Stephanie Stewart, exploraron apoyo social y satisfacción de vida en mujeres inmigrantes de Hmong (o Miao como se les conoce en este continente a las inmigrantes del sur de China) en Wisconsin en el período post parto. Con una muestra de 52 mujeres del norte y noreste de Wisconsin se entrevistaron y se analizaron las encuestas. El apoyo vino de familiares que vivían en casa con ellas o de los cónyuges para el cuidado de los niños. La satisfacción dependía de la educación, empleo, deseo por familia pequeña y la habilidad de acceder a fuentes de cuidado para los niños.¹²

En un estudio de cruce de culturas, Soo Downe y Elaine Butler visualizaron que los métodos para el diagnóstico de estado de ánimo postparto eran desarrollados para mujeres caucásicas. El estudio que realizaron reveló que las herramientas para diagnóstico de depresión post parto eran desarrolladas o adaptadas para mujeres de Asia que viven en Reino. ¹³

Se preguntaron ¿Cuál era la relevancia, aceptabilidad, validez y efectividad de las herramientas designadas a diagnosticar depresión post natal de, mujeres de Asia que viven en reino Unido?

Utilizaron revisión sistemática de los estudios en idioma Inglés que se realizó entre 1980 a 2005.

La revisión estaba basada en una búsqueda estratégica *a priori* de criterios de inclusión y exclusión y el análisis de calidad de los instrumentos aplicados. Los hallazgos fueron tabulados en aceptabilidad y efectividad de las herramientas diagnósticas. ¹³

Como resultados obtuvieron que de los siete documentos que se revisaron, ninguno presentaba todos los criterios de calidad. Cuatro de los documentos eran traducciones de dos herramientas existentes: La Escala de Depresión Post natal de Edimburgo y el cuestionario General Household. Dos nuevas herramientas se reportaron en los tres documentos existentes: La escala de depresión post natal de Punjabi y el "Doop Chaon" (es una herramienta visual). El Cuestionario General Household no parecía apropiado para la población. Ninguno de los estudios fue riguroso para demostrar sensibilidad ni especificidad. El estudio cualitativo señalaba que las mujeres preferían entrevista cara a cara que llenar un cuestionario. ¹³

Como conclusiones llegaron a que ninguna de las herramientas era suficientemente buena para la práctica. Es mejor una entrevista clínica para observar el lenguaje corporal en el estado post natal. ¹³

Yoshida observó que en oriente cerca del 15% de las mujeres presentan depresión post parto, y que en Japón no había estudios para determinar la prevalencia de la misma.¹⁴

Primero hizo un estudio bicultural, al utilizar una muestra de noventa y ocho mujeres japonesas que vivían en Inglaterra. Y a ochenta y ocho mujeres que habitan en Japón las cuales fueron entrevistadas tres meses después del parto. Se utilizó la "Escala de depresión Posnatal de Edimburgo" y el "Calendario para la esquizofrenia y el desorden afectivo" como autoaplicables y entrevista psiquiátrica diagnóstica. El diagnóstico de depresión fue realizado por criterios de búsqueda diagnóstica. Fue retomado para el estudio el 'Satogaeri bunben' [un ritual tradicional (sistema de apoyo) para mujeres puérperas en Japón]; 'Satogaeri' quiere decir regresar con la familia de origen y 'bunben' quiere decir parto). Setenta y cinco mujeres respondieron el cuestionario a los 6 meses postparto.¹⁴

Como resultados obtuvieron una incidencia de depresión postparto de 12 y 17% en mujeres inglesas y japonesas respectivamente. Sin embargo ambos grupos suprimieron expresar su depresión al responder el cuestionario de Edimburgo.¹⁴

En el Satogaeri bunben, 23 de 75 mujeres no regresaron con la familia de origen en el post parto; aparte que de estas 7 mujeres no tenían buen apoyo de parte de sus madres.¹⁴

Se percataron en la discusión, que las mujeres japonesas presentan sintomatología de depresión post parto y que el Satogaeri bunben no siempre tiene buenos resultados.¹⁴

Con la intención de estimar la prevalencia de la depresión postparto en mujeres atendidas en el Hospital Universitario de Brasilia, Brasil, Alberto Moreno y Lucila Domínguez utilizaron una versión en portugués de la Escala de

depresión postparto de Edimburgo. Aplicaron la escala a mujeres que se encontraban entre la octava y décima segunda semana postparto. Las abordaron en los consultorios de crecimiento y desarrollo pediátrico, a donde llevaban a sus hijos a control del niño sano. Se analizó la prevalencia de test positivo, así como la influencia de antecedentes reproductivos y si el embarazo fue programado o accidental. Un total de 123 mujeres respondieron a la escala. 6 fueron excluidas por dejar uno o más ítems sin respuesta. Hubo una prevalencia de test positivo de 22.2%. La edad, paridad, antecedentes de aborto o embarazo accidental no fueron factores de riesgo estadísticamente significativos para el hallazgo del test positivo.¹⁵

Por otro lado Carnaval et al realizó un trabajo que tenía como objetivo determinar si las mujeres expresan sintomatología depresiva durante la etapa prenatal y postnatal; si la calidad de vida y el apoyo social se relacionaban con la sintomatología depresiva en el post parto y establecer cuáles de las variables estudiadas son predictoras de la sintomatología depresiva en el post parto. Se utilizaron los siguientes instrumentos: Escala de Apoyo Social, Índice de Calidad de Vida, Escala de Depresión y Cuestionario de Factores de Riesgo, aplicados en el embarazo, todos se repitieron en el post parto, excepto el cuestionario de factores de riesgo. La edad promedio de las mujeres de la muestra fue 26 años, tenían unión libre 54% de ellas y la edad gestacional promedio de 21 semanas al primer control, 66% de las mujeres expresaron sintomatología depresiva en la etapa prenatal y el 57% en el post parto. Se realizó regresión múltiple con la variable dependiente "sintomatología depresiva en el post parto" y las variables medidas en el embarazo y en el post parto. Con las variables del embarazo, calidad de vida, tamaño de la red de apoyo, conflicto con la red de apoyo, necesidad de apoyo, satisfacción con el apoyo social y factores de riesgo, se obtuvo un $R^2 = .67$, esas mismas variables medidas en el post parto excepto la de factores de riesgo, explican 65% de la

varianza de la sintomatología depresiva en el post parto. La discusión se centró en la relación de las variables medidas con la sintomatología depresiva y específicamente las que aportan a la varianza explicada en la regresión múltiple; se presentan las implicaciones para la práctica de medidas anticipatorias y de cuidado de enfermería a mujeres vulnerables de depresión. Se destaca la importancia del apoyo social y la calidad de vida; se recomienda tenerlos en cuenta en la atención a las mujeres, en especial a los profesionales de enfermería, a través de la aplicación del cuidado transdimensional. ¹⁶

La ciudad de Antofagasta se encuentra en el hemisferio sur de América a 1.371,48 km de Santiago capital de Chile. Limita al norte con Sierra Gorda, Mejillones y San Pedro de Atacama, al sur con Taltal, al oeste con el Océano Pacífico y al este con el Departamento Los Andes de Argentina. En dicha ciudad en el hospital Clínico Regional, se realizó un estudio donde 106 mujeres fueron encuestadas en edades entre los 16 a 36 años, y en los cuales se buscó una relación entre la depresión postparto y factores tales como la adolescencia (54% de asociación), el hecho de ser primípara (37% de asociación), y antecedentes mórbidos en el embarazo (un 66.6% de asociación con la depresión postparto);, más sin embargo ni el tipo de parto, ni el antecedente de prematuridad, ni el estado civil se observó fueron significativos para asociarse con depresión postparto. ¹⁷

En México se llevó a cabo en el Instituto Nacional de Perinatología un estudio para calibrar el punto de corte que mostrara mejor sensibilidad y especificidad, para las pacientes que cursaban el segundo y tercer trimestre de gestación utilizando la Escala de Depresión Perinatal de Edimburgo. ¹⁸

La investigación se llevó a cabo en la consulta externa del Instituto Nacional de Perinatología, con una muestra de 264 pacientes, entre las semanas 13 a 40 de gestación. Se les aplicó la escala de la depresión postparto de Edimburgo así como la escala de automedición de la depresión de Zung. ¹⁸

Como resultados en relación con el punto de corte se obtuvieron valores de .74 de sensibilidad y .83 de especificidad para un puntaje mayor o igual a 14, siendo este el mejor equilibrio entre sensibilidad y especificidad. La confiabilidad de los puntajes, obtenida mediante alfa de Cronbach fue de .8454 similar a los obtenidos en investigaciones previas. Se encontró que la prevalencia de "Probable depresión perinatal" en pacientes del instituto, tomando en cuenta el punto en 14 de la escala de Edimburgo y 44 en la escala de automedición de la depresión de Zung es de 18.5%. ¹⁸

Como conclusiones se obtuvieron que la escala de Edimburgo demostró ser un instrumento confiable y validó para la detección de "probable depresión perinatal" en pacientes que cursan un embarazo entre las semanas 13 y 40. El punto de corte se incrementa en dos o tres puntos respecto a investigaciones previas, así como la prevalencia con respecto a la población abierta. ¹⁸

La importancia de una detección oportuna así como su tratamiento fue tratada en la presentación de un caso en el hospital "20 de noviembre" del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado en México D.F., donde una paciente de 32 años de edad con historial de pérdidas recurrentes gestacionales presentó sintomatología depresiva y estuvo siendo valorada conjuntamente por un equipo multidisciplinario. Resaltando la importancia de una atención de calidad. ¹⁹

Con este par de ejemplos podemos constatar que en México no se han realizado estudios de prevalencia de depresión postparto, por ello la

importancia de llevar a cabo estudio para observar, comparar y continuar la línea de investigación por este interesante tema.

Marco Conceptual

Para adentrarnos en el tema iremos conociendo uno a uno los tópicos que a esta investigación competen.

El puerperio es el período que sigue al parto y que dura el tiempo necesario (6-8 semanas) para que el aparato reproductor femenino vuelva a la normalidad, eliminando todas las características adquiridas durante el embarazo ²⁰.

Se le conocen cuatro etapas a la clasificación del puerperio:

- a) Puerperio Inmediato: comprende las primeras 24 Hs. y se ponen en juego los mecanismos hemostáticos uterinos.
- b) Puerperio Mediato o Propiamente Dicho: abarca del 2º al 10º día, actuando los mecanismos involutivos, y comienza la lactancia.
- c) Puerperio Alejado: se extiende aproximadamente hasta los 45 días luego del parto, el retorno de la menstruación indica su finalización.
- d) Puerperio Tardío: puede llegar hasta los 6 meses pos parto y se acompaña de una lactancia prolongada y activa. ²¹

Si los fenómenos se suceden naturalmente y sin alteraciones, el puerperio será normal o fisiológico, en caso contrario diremos que será irregular o patológico.

Transcurrido el período puerperal muchas de estas afecciones se transforman en secuelas alejadas, muchas de ellas invalidantes para la mujer tanto en su vida familiar y social como en la vida laboral ²².

Las afecciones más frecuentes son: Secuelas debidas a desgarró cervical o recto vaginal, fístula vésico vaginal o recto vaginal, dispareunia, dolores pubianas o dorso lumbares, disuria, incontinencia de orina, prolapso uterino, hemorroides, anemia post parto, infertilidad, depresión y psicosis.²²

Tomando en cuenta éstas dos complicaciones más frecuentes, y utilizando la clasificación de los estados de ánimo del Manual Diagnóstico y Estadístico 4ª edición en el cual se identifican aquellos cuya característica principal una alteración del humor. Se definen por una parte, episodios afectivos, de carácter depresivo (estado de ánimo deprimido o pérdida del interés o sensación de placer), o maniaco, (estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable). Estos episodios se combinarían generando diversos patrones, constituyendo así los diferentes trastornos del ánimo²³.

El Trastorno Depresivo Mayor se caracteriza por la presencia de uno o más Episodios Depresivos Mayores. El Episodio Depresivo Mayor abarca 5 o más de los siguientes síntomas: Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días según lo indica el sujeto (por ejemplo se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (por ejemplo llanto). Disminución importante del interés o de la capacidad para el placer (disfrutar la vida) en todas o casi todas las actividades. Pérdida importante de peso (sin haber hecho régimen) o aumento significativo de peso (por ejemplo un cambio de más del 5% del peso corporal en un mes), o disminución o aumento del apetito casi cada día. Insomnio o hipersomnia (sueño durante el día). Agitación o enlentecimiento psicomotores. Fatiga o pérdida de la energía. Sentimientos de inutilidad o de culpas excesivas o inapropiadas (no simplemente los autoreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo). Disminución de la

autoestima y de la confianza en sí mismo. Disminución de la capacidad para pensar, tomar decisiones o concentrarse. Visión pesimista, poco promisorio o "negra" del futuro. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse. Estos síntomas persisten por lo menos dos semanas y producen un malestar muy significativo que altera la vida familiar, social, laboral y de otras áreas importantes de la actividad de la persona. Cuando estos episodios depresivos mayores se repiten (Depresión Mayor Recurrente) suele haber por lo menos un intervalo libre síntomas, de dos meses, entre uno y otro.²³

En la forma Melancólica de la depresión mayor se incluyen como síntomas típicos: Falta de reactividad a los estímulos habitualmente placenteros (no se siente mejor, ni siquiera temporalmente, cuando sucede algo bueno). Una cualidad distinta del estado de ánimo depresivo (por ejemplo la depresión se experimenta en forma diferente al tipo de sentimiento que acompaña a la muerte de un ser querido). La depresión es habitualmente mayor a la mañana, mejorando el estado de ánimo al anochecer. Despertar precoz (por ejemplo 2 horas antes de lo habitual) que suele estar acompañado de angustia.²³

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico 4ª edición, la depresión de inicio en el postparto requiere un estudio que debe ser realizado a los trastornos que se inicien durante las cuatro semanas posteriores al parto y puede realizarse a episodios depresivos mayor, maniaco o mixto actual (o más reciente) de un trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar I o trastorno bipolar II, o a un trastorno psicótico breve. Esta sintomatología puede durar hasta un año después del puerperio¹⁵.

La depresión perinatal se divide en cuatro episodios depresivos que se pueden presentar en el transcurso del período perinatal²⁴.

1. Depresión crónica perinatal: se trata de aquellas mujeres que padecen de depresión crónica y que este estado anímico prevalece en el embarazo y en el postparto.
2. Depresión gestacional: es la depresión que se presenta durante el período del embarazo, sobre todo se manifiesta con más fuerza en las semanas previas al parto.
3. Reacción depresiva puerperal: estado depresivo que se presenta al cuarto día del postparto y termina alrededor de cuatro semanas posteriores, también conocido como *baby blue*.
4. Depresión postparto: estado depresivo que aparece alrededor de la cuarta semana postparto, se asemeja al criterio de depresión mayor.

Los cambios fisiológicos alteran la estabilidad mental de las personas que los padecen, sin embargo, no son la única condición que lleva a que se presenten síntomas mentales durante el postparto ya que se conoce que otros factores como los psicosociales y ambientales, se relacionan también con la proclividad a que la mujer presente dichos síntomas.²⁵

Los síntomas presentados se caracterizan por anhedonia, agotamiento físico, alteraciones del sueño y del apetito, dificultad para concentrarse, ideas de minusvalía que generalmente incluyen contenidos relacionados con su papel en la crianza e ideas obsesivas con respecto a agredir a su hijo. Estas generalmente no son llevadas a cabo excepto en casos psicóticos o cuando hay ideación suicida estructurada y desean no abandonar a su hijo.²⁶

Hay dos hipótesis principales que intentan explicar este fenómeno. La primera es la que relaciona la supresión hormonal abrupta. Se conoce que el gran cambio hormonal presente en todas las mujeres durante este período y en

especial el bajo nivel de progesterona y sus metabolitos, principalmente de alopregnanolona, puede asociarse con los síntomas. Estas sustancias poseen gran afinidad a los receptores GABA siendo esta la razón por la que poseen efectos ansiolíticos y anestésicos.

La segunda hipótesis se relaciona con la activación del sistema biológico mamífero que relaciona la madre y su hijo y que está regulado por la oxitocina. Este mecanismo en situaciones normales produce una mejor relación entre la madre y su hijo; sin embargo, ante la presencia de tensión emocional y pobre apoyo ambiental puede relacionarse con los síntomas depresivos y ansiosos, en especial en mujeres más sensibles al estrés psicosocial. ^{27,28}

El apoyo social a la embarazada por parte de su familia está claramente relacionado con los resultados de bienestar de las madres. Está demostrado que el principal apoyo social se encuentra dentro de la familia. Si falta la familia ¿de dónde recibiremos el apoyo, el cuidado, el amor, el afecto, la seguridad? ¿Acaso de los partidos políticos o de las instituciones gubernamentales...?²⁹

El embarazo, nacimiento y cuidado del neonato requiere siempre de apoyo, por mucho que todo esto se dé en el mejor de los ambientes. Algunos estudios muestran que el apoyo recibido de los miembros de la familia, y amigos durante el embarazo, está relacionado con la escala de Apgar (puntuación física del estado del recién nacido en el momento después del nacimiento). También se ha encontrado que la confianza en el esposo y su apoyo están relacionados con una más baja incidencia de depresión post parto.

Quizá debemos definir ¿Qué es la familia? Familia viene de la raíz latina *famulus*, que significa siervo, que a su vez viene del primitivo *famul*, que se origina de los antiguos pueblos de Italia central *famel*, esclavo doméstico. ³⁰

Según el diccionario de la Real Academia Española familia es definida como: Grupo de personas emparentadas entre sí que viven juntas. También al conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines de un linaje. Hijos o descendencia. Y al conjunto de personas que tienen alguna condición, opinión o tendencia común.³¹

Según la Declaración Universal de los Derechos Humanos en su artículo 16 versículo 3 la familia es el núcleo fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado.³²

Según el censo canadiense se define a la familia como "esposo y esposa con o sin hijos; o padre y madre solo con uno o más hijos que viven bajo el mismo techo".³⁰

Para el *United States Census Bureau* la familia es definida como un grupo de dos o más (de las cuales una es el hogar) relacionadas por nacimiento, matrimonio, o adopción y que viven juntas: todas estas personas (incluyendo los miembros de subfamilia relacionada) son considerados miembros de una familia. Un grupo familiar se define como un hogar mantenido por un miembro, que está dentro de esa familia.³³

En la familia, el ser humano nace, crece y se desarrolla. Lo ideal es que en este ambiente natural, sus miembros mantengan relaciones interpersonales estables compartiendo y satisfaciendo sus necesidades básicas. Estas relaciones interpersonales deben ser íntimas, afectuosas, respetuosas, cuando las condiciones de vida permitan a sus miembros desarrollarse como personas autónomas y sociales a la vez.

También podemos considerar otros enfoques y el contextos en la que se analice, sea en lo social, antropológico, psicológico, jurídico, etc. Por ejemplo, para un analista social o sociólogo, la familia será la forma básica de organización sobre la que se estructura una sociedad, la familia será entendida como el soporte de la dinámica social.³⁴

Mientras que para un antropólogo, la familia será un hecho social total, es decir, el microcosmos de una estructura social vigente, donde la función básica será la de cooperación económica, socialización, educación, reproducción y de relaciones sexuales. La familia, para el análisis jurídico será un conjunto de personas con vínculos de derecho interdependientes y recíprocos emergentes de la unión sexual y de la procreación, mientras que la Psicología entenderá por familia, a la célula básica de desarrollo y experiencia unidas por razones biológicas, psicológicas y socioeconómicas; para un economista, la familia significará unidad básica de producción y generación de riqueza de la sociedad.³⁴

Para el médico familiar la familia es un grupo social, organizado como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos ya sean consanguíneos, legales y/o de afinidad. Es responsable de guiar y proteger a sus miembros, su estructura es diversa y depende del contexto en el que se ubique.³⁵

A la familia dentro de su estudio podemos identificar situaciones tales como en qué etapa del ciclo vital se encuentra utilizando variedad de clasificaciones de las cuales para darle una aproximación a esta investigación la clasificarían en diversas etapas que van desde Duvall (1971) que la ubicaría en su etapa II "familia con lactantes", ó según la clasificación de la OMS (1978) etapa II

Extensión, Hayley (1980) la ubicaría en la III "El nacimiento de los hijos y el trato con ellos", para Medalie (1987) estaría su etapa III Nacimiento del primer hijo, Carter y McGoldrick/Rakel (1990) la localizaría en la etapa "Familia con niños pequeños" ,Revilla (1994), en el caso de la de Estrada (2003) se encontraría en III. Llegada de los hijos, y la más usada de Geyman la cual ubicaría en la fase de expansión.^{36, 37}

El funcionamiento familiar es un fenómeno muy complejo que puede ser evaluado de diferentes maneras. La funcionalidad familiar es una cualidad del funcionamiento, cuya definición es la de la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.^{30, 38}

La función familiar se define a través de las tareas que le corresponde realizar a los integrantes de la familia como un todo. Esto hace que en la evaluación del grado de normofunción o disfunción de un sistema familiar muy complejo, no existan en realidad técnicas o instrumentos que permitan catalogar su función de forma absoluta, solamente se miden aspectos parciales de su función.³⁹

Se consideran las funciones de la familia la Socialización (volver a un miembro autónomo), Cuidado (sustento, vestido, apoyo y seguridad), Afecto, Reproducción y estatus y nivel socioeconómico.^{30, 37}

También observaríamos en una familia su tipo de comunicación, directa – indirecta, afectiva – instrumental, clara – enmascarada. Sus roles, jerarquías, evento críticos (de los cuales se suelen subdividir en normativos y paranormativos, y de los cuales tanto el embarazo como el nacimiento del 1er hijo son considerados dentro de dicha clasificación).³⁰

Otro aspecto es la dinámica familiar la cual es definida como el conjunto de fuerzas motrices (físicas, emocionales, intelectuales) y patrones de actividad (crecimiento, organización, comunicación, dotación) al cual se le atribuye una función primordial en el constante cambio y crecimiento del grupo familiar, dentro del cual estas fuerzas operan de manera positiva o negativa y son determinantes de su buen o mal funcionamiento. Recordemos que la comunicación bien desarrollada es una guía para la salud emocional.^{30, 40, 41}

Recordemos también, que la funcionalidad familiar según Virginia Satir, tiene criterios tales como: Comunicación, Individualidad, toma de decisiones y reacción a eventos críticos, mismos que si presentan algún tipo de deterioro, la afectarían de manera directa.³⁰

¿Cuánto pueden estas fuerzas afectar el estado emocional de una madre en el puerperio para presentar sintomatología de depresión postparto?

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Un análisis de la prevalencia en otros países quizá nos permita tener una idea de cuán común se presenta sintomatología depresiva en el puerperio para tomar un parámetro comparativo.

En el continente Asiático, por ejemplo, Yoshida observó que cerca del 15% de las mujeres presentan depresión postparto, y que en Japón no había estudios para determinar la prevalencia de la misma. Como resultados obtuvieron una incidencia de depresión postparto de 12 y 17% en mujeres inglesas y japonesas respectivamente.¹⁴

La Dra. Monique Chaaya realizó en el Líbano un estudio entre las mujeres en postparto que vivían en Beirut y los habitantes del Valle de Beka. Observó un contraste en las cifras de prevalencia de depresión postparto pues mientras en Beirut era de 16%, en el Valle fue de 26%. La falta de apoyo social, estado previo de depresión, parto vaginal, baja educación, desempleo y enfermedades crónicas fueron ampliamente relacionadas con la presencia de depresión postparto.⁴²

En otro estudio realizado en Europa, el Profesor Kumar encontró una prevalencia de 25% las mujeres encuestadas en Escocia. Otro estudio bicultural Europa- África realizado en Uganda y Escocia, Cox⁷ obtuvo una prevalencia de 10%.⁶

La inmigración es un tema que no es exclusivo de México, en Noruega se estudió un grupo de 207 mujeres provenientes de Pakistán las cuales un 7.6%

presentó depresión postparto, observándose también una relación con el estado civil soltera, un antecedente de depresión previa, edad de 30 años y una relación mala con alguno de sus padres.⁴³

En el Hospital Público HCM de Barcelona España, estudiaron a 334 mujeres que acudieron a su "control de la cuarentena (6 semanas del postparto)" de las cuales el 10.15% presentó depresión postparto, se observó que tanto la relación con la pareja como el apoyo influyen en la presencia de depresión postparto.⁴⁴

En América Latina, Alberto Moreno y Lucila Domínguez obtuvieron una prevalencia de test positivo de 22.2% en Brasil. Por otro lado Carnaval en Colombia reportó 57% en el post parto.^{15, 16}

Tratando de asociar variables sociodemográficas para la presentación de depresión postparto, se realizó en la facultad de medicina de la Universidad de Concepción y el Hospital Coronel, en Chile, un estudio que en primera instancia arrojó una prevalencia del 22% de las mujeres encuestadas, pero ni la escolaridad, ni el estado civil, ni la paridad, patologías del embarazo o tipo de parto tuvieron una relación estadísticamente significativa para riesgo de depresión postparto.⁴⁵

Un estudio realizado en varias clínicas de Dallas, Texas, en los Estados Unidos de Norteamérica, comparando: estatus social, raza étnica, número de gestas entre otras variables, encontrando una presencia de depresión postparto de entre 6.5 a 8.5%.⁴⁶

En México, se llevo a cabo en el Instituto Nacional de Perinatología un estudio para calibrar el punto de corte que mostrara mejor sensibilidad y especificidad, para las pacientes que cursaban el segundo y tercer trimestre de gestación utilizando la Escala de Depresión Perinatal de Edimburgo. Se encontró que la prevalencia de "Probable depresión perinatal" en pacientes del instituto, tomando en cuenta el punto en 14 de la escala de Edimburgo y 44 en la Escala De Automedición De La Depresión De Zung es de 18.5% para depresión perinatal (entre las semanas 13 a 40 de gestación), pero no existe una cifra de depresión postparto.¹⁸

El funcionamiento familiar puede ser observable mediante varios instrumentos los cuales nos proporcionan importante información sobre su percepción y características. Tal es el caso del APGAR familiar, instrumento usado para medir satisfacción. Dicho instrumento fue utilizado en una investigación Angélica Pernas para determinar funcionalidad en parejas jóvenes, de las cuales 85% refirieron estar satisfechas funcionalmente, y solo un 5% habían acudido a profesionales para ayudar a la funcionalidad de su familia.⁴⁷

Otro instrumento es el Faces III utilizado por Mendoza Solís en una evaluación a la funcionalidad familiar en la atención primaria el cual aunado al estudio de funcionalidad familiar y a la evaluación del subsistema conyugal, obtuvo como resultado que la comunicación directa (64%) y los límites claros (48%) predominaron en las familias funcionales (52%) y balanceadas(43%).⁴⁸

El embarazo se considera en sí una crisis familiar normativa, situaciones como el embarazo en adolescentes y en mujeres con diagnostico de alto riesgo ha sido también correlacionado con la funcionalidad familiar en la cual para la adolescente embarazada se encontró una satisfacción familiar normal en un 67%

y en el caso de las mujeres con diagnóstico de embarazo de alto riesgo las casadas tienen una frecuencia de 76% de ansiedad, 74% de depresión y 76% de disfunción familiar; las solteras tienen 12% ansiedad, 10% depresión y 11% de disfunción familiar, las mujeres con unión estable tienen 10% de ansiedad, 14% de depresión y 11% de Disfunción familiar .^{48, 49}

Con esta visión de la prevalencia mundial, se esperaría encontrar una cifra similar en San Luis Potosí, México, y tomando en cuenta la importancia que tiene como institución la familia en este país, todo factor que influya de una manera ya sea negativa o positiva en la funcionalidad de ésta, tendría un efecto directo en la presentación de sintomatología depresiva en este periodo tan importante para la mujer en puerperio.

Tomando en cuenta el gran número de madres que acuden a la consulta de control de niño sano en los recién nacidos, la posibilidad de captar madres con sintomatología es amplia, así como en las pláticas que imparten las trabajadoras sociales, teniendo un fácil campo de trabajo para abordarlas y detectar este importante padecimiento, el cual tiene un impacto trascendente en la dinámica de la familia.

Citando al Dr. Chávez "la familia es la causa de muchos problemas relacionados con la salud, pero también es un recurso magnífico para resolverlos y prevenirlos, un médico que no logra sacar ventaja de los recursos familiares disponibles, no está practicando eficazmente la medicina familiar..."⁵⁰

Y es precisamente, por la formación que el médico familiar desarrolla a lo largo de su especialidad, debe prestar atención, como a todo padecimiento que el recibe, previene y trata en su consultorio, a la depresión postparto, y por su

capacidad integradora, cuanta importancia reside en la familia de la madre para el tratamiento completo en caso de aparecer sintomatología de dicha patología.

Mas sin embargo, la aparente falta de estudios en nuestro medio acerca de prevalencia e incidencia, así como algunos factores que la modifiquen, hace que este problema quizá se vea lejano a nosotros, por tanto la importancia de mostrar cifras que nos orienten y muestren el panorama actual de este padecimiento.

Con esto nos haríamos la pregunta ¿Cuál es la relación entre la depresión postparto y el funcionamiento familiar en mujeres adscritas a la Unidad de Medicina Familiar 45 del Instituto Mexicano del Seguro Social en San Luis Potosí?

III. JUSTIFICACIÓN

Conveniencia: El propósito de este protocolo es profundizar en el conocimiento de la depresión postparto en mujeres, el cual es un tema pues no ha sido explorado en México y por ende dista mucho de estar agotado.

Relevancia Social: Tomando en cuenta que la tasa bruta de natalidad por cada 1000 habitantes en México en el 2008 fue de 18.3, dándonos una importante cifra de madres con la posibilidad de presentar un episodio de depresión en su postparto, el conocer que tan frecuente es la presentación de ésta sintomatología en nuestro medio y que tanto influye el funcionamiento de su familia nos daría una importante herramienta para la prevención, tratamiento y correcta derivación a otras especialidades.

Recordando también que la atención perinatal hace partícipes a todo el equipo de salud, y que si nuestra meta es ésta última mencionada, debemos tomar en cuenta el equilibrio entre lo físico lo psicológico y lo social, estos dos últimos explorados en la presente investigación.

El médico familiar como primer contacto y a su vez, el más cercano a un hogar, debe hacer uso de todas las herramientas que a él han sido proporcionadas para atender correctamente y en conjunto a una familia que está viviendo la crisis de la llegada de un nuevo miembro, que, aunque la consideren normativa, siempre influirá en la homeostasis que en ella había.

Recordando también que el funcionamiento familiar sea cual quiera que sea el patrón que tome en las diversas áreas que lo componen, nos da un patrón de

normalidad si son capaces de superar la crisis que se presenten, y el advenimiento de un recién nacido con una madre sea primípara o múltipara que requieren que su red de apoyo le de la importancia que se merece.

Valor teórico y utilidad metodológica: Dado que no se cuentan en México con estudios que nos midan incidencia y prevalencia de depresión postparto (mundialmente la incidencia es de un 10%), se comenzaría una línea de investigación de un tema, la depresión postparto el cual ha sido poco abordado en nuestro país, para que sea valorado por otras disciplinas. Dando pie también a su posterior consideración para ser utilizadas las herramientas de detección en la consulta.

IV. OBJETIVOS

Objetivo General:

Determinar la relación entre la Depresión postparto y el funcionamiento familiar en mujeres adscritas a la Unidad de Medicina Familiar # 45 del Instituto Mexicano del Seguro Social en San Luis Potosí.

Objetivos Específicos:

1. Identificar la distribución de casos por rango de edad y estado civil de la muestra
2. Calcular la media de edad de la muestra
3. Identificar la media de gestas en general y por rango de edad en la muestra
4. Evaluar la distribución de casos por rango de edad y estado civil de presentación de depresión post parto
5. Calcular la prevalencia de mujeres que expresan sintomatología depresiva durante el período post parto.
6. Calcular el nivel y la presencia de depresión en la muestra
7. Evaluar el involucramiento afectivo
8. Identificar patrones de comunicación
9. Valorar resolución de problemas
10. Evaluar patrones del control de la conducta
11. Establecer una relación entre las áreas del funcionamiento familiar y el nivel de depresión postparto.

V. HIPÓTESIS

Hi: Si existe relación entre la depresión postparto y el funcionamiento familiar en mujeres adscritas a la Unidad de Medicina Familiar 45 del Instituto Mexicano del Seguro Social en San Luis Potosí

Ho: No existe relación entre la depresión postparto y el funcionamiento familiar en mujeres adscritas a la Unidad de Medicina Familiar 45 del Instituto Mexicano del Seguro Social en San Luis Potosí

VI. MATERIAL Y MÉTODOS

1. Tipo de estudio: No intervención

Diseño: Exploratorio, transversal correlacional - causal

2. Universo de estudio: Unidad de Medicina Familiar 45 IMSS de S.L.P

Unidad de investigación: Mujeres en el postparto

Límite de tiempo: Noviembre de 2008

Espacio: Aulas de enseñanza, consultorios prevenimss, sala de espera de Unidad de Medicina Familiar No. 45.

3. Técnica de muestreo: Por conveniencia

Tamaño de muestra: Usando la fórmula para encontrar el tamaño de muestra para estimar la proporción de una población cuando se conoce la prevalencia de la población la cual es: ⁵¹

$$n = Np (1-p) / \{[(N-1) (\alpha) (\alpha)/4] + [p (1-p)]\}$$

Donde

n= tamaño de muestra

p= prevalencia de la depresión postparto en otros estudios (10%) ²⁶

N= tamaño de la población 2253 (obtenido de datos de archivo) ⁵²

α = Intervalo de confianza (error tipo I) de 0.05

$$n = 2253 \cdot 0.1 (1-0.1) / \{[(2253-1) (0.5) (0.5)/4] + [0.1 (1-0.1)]\}$$

$$n = 136$$

Tamaño de muestra fue de **142** mujeres púerperas adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No. 45

4. Criterios de selección

Criterios de inclusión:

1. Mujeres adscritas a Unidad de Medicina Familiar No. 45.
2. Edad 16-40 años.
3. Que se encuentren entre la 4ª. a 52ª. semanas postparto

Los criterios de exclusión serán:

1. Puerperio con complicaciones maternas
2. Puerperio con complicaciones médicas del RN
3. Mujeres que no deseen participar

Los criterios de eliminación serán:

1. Encuestas con más de una respuesta o incompletas

5. Definición de variables

Nombre: Depresión Post parto

Tipo: Dependiente

Definición Conceptual: trastorno depresivo, sin síntomas psicóticos, que se manifiesta de la 4ª a la 52ª semana de puerperio (post parto).²⁷

Definición Operacional: Mayor a 12 puntos en la Escala de Depresión Post Natal de Edimburgo

Escala de medición: nominal 1= Si; 2= No Ordinal 0 – 30

Nombre: Funcionamiento Familiar

Tipo: Independiente

Definición Conceptual: capacidad del sistema familiar para utilizar patrones conductuales diversos para así enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.^{38, 39}

Definición Operacional: Valores positivos en los patrones de comunicación funcional, involucramiento afectivo funcional, resolución e problemas y patrones de control de la personalidad y negativos en patrones de comunicación disfuncional e involucramiento afectivo disfuncional en el Cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar

Escala de medición: nominal, dependiendo de los valores obtenidos en las áreas o dimensiones que identifica el cuestionario.

Nombre: Involucramiento afectivo funcional

Tipo: Independiente

Definición Conceptual: grado en que la familia muestra interés y valora a cada miembro de la familia y denota la habilidad para responder con una amplia

gama de emociones así como la capacidad de proporcionar cuidados, afecto y bienestar³⁸

Definición Operacional: La suma de los puntajes por arriba de 51 indica el nivel de involucramiento afectivo funcional en el Cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar

Escala de medición: Ordinal. (Mínimo 17 máximo 85)

Nombre: Involucramiento afectivo disfuncional

Tipo: independiente

Definición Conceptual: sobrecarga en algún miembro de la familia que lo convierte en receptor de los aspectos negativos de la familia³⁸

Definición Operacional: La suma de los puntajes por arriba de 33 indica el grado de involucramiento afectivo disfuncional en el Cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar

Escala de medición: Ordinal. (Mínimo 11 máximo 55)

Nombre: Patrones de comunicación disfuncionales

Tipo: independiente

Definición Conceptual: marcada dificultad en el intercambio de información en el área afectiva³⁸

Definición Operacional: La suma de los puntajes por arriba de 12 indica el grado de patrones de comunicación disfuncionales (mínimo 4 máximo 20) en el Cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar

Escala de medición: Ordinal.

Nombre: Patrones de comunicación funcionales

Tipo: independiente

Definición Conceptual: intercambio de información verbal principalmente en el área instrumental³⁸

Definición Operacional: La suma de los puntajes por arriba de 9 indica el grado de patrones de comunicación funcionales en el Cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar

Escala de medición: Ordinal. (Mínimo 3 máximo 15)

Nombre: Resolución de problemas

Tipo: independiente

Definición Conceptual: Capacidad de la familia para ponerse de acuerdo y que tiene por tanto una buena organización familiar para resolver los problemas que se les presentan³⁸

Definición Operacional: La suma de los puntajes por arriba de 9 indica el grado de resolución de problemas en el Cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familia

Escala de medición: Ordinal. (Mínimo 3 máximo 15)

Nombre: Patrones del control de la conducta

Tipo: independiente

Definición Conceptual: los patrones con posibilidad de negociación y cambio³⁸

Definición Operacional: La suma de los puntajes por arriba de 6 indica el grado de patrones de control de la conducta en el Cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familia

Escala de medición: Ordinal. (Mínimo 2 máximo 10)

Nombre: Edad

Tipo: control

Definición Conceptual: Numero de años cumplidos desde el nacimiento a la fecha actual³¹

Definición Operacional: Número de años que conteste la participante en el cuestionario de datos generales

Escala de medición: Ordinal. 20 a 39 años de edad.

Nombre: Estado civil

Tipo: control

Definición Conceptual: tipo de lazo o compromiso que une a la pareja³⁸

Definición Operacional: Tipo de lazo que refiera la participante en el cuestionario de datos generales

Escala de medición: Nominal. Soltera, Casada, Separada, Divorciada, Unión libre, Viuda

Nombre: Número de embarazos

Tipo: control

Definición conceptual: Se denomina gestación, embarazo o gravidez (del latín *gravitas*) al evento que transcurre posterior a la fecundación del óvulo por el espermatozoide que puede terminar con un parto (vía vaginal u abdominal), parto prematuro, u aborto.²⁰

Definición operacional: Número de gestas que refiera la participante en el cuestionario de datos generales

Escala de medición: ordinal. 1 – máximo de embarazos reportados

Nombre: Número de partos vaginales

Tipo: control

Definición conceptual: embarazo que termina vía vaginal.²⁰

Definición operacional: Número de partos vaginales que refiera la participante en el cuestionario de datos generales

Escala de medición: ordinal. 1 – máximo de partos vaginales reportados

Nombre: Número de cesáreas

Tipo: control

Definición conceptual: embarazo que termina mediante una incisión quirúrgica en el abdomen.²⁰

Definición operacional: Número de cesáreas que refiera la participante en el cuestionario de datos generales

Escala de medición: ordinal. 1 – máximo de partos tipo cesárea reportados

Nombre: Número de abortos

Tipo: control

Definición conceptual: Es la muerte y expulsión del feto antes de los cinco meses de embarazo.²⁰

Definición operacional: Número de abortos que refiera la participante en el cuestionario de datos generales

Escala de medición: ordinal. 1 – máximo de abortos reportados

6. Procedimientos

1. Validé mi protocolo por los asesores correspondientes
2. Aprobó el comité de ética e investigación del Hospital General de Zona con Medicina Familiar #1 del Instituto Mexicano del Seguro Social
3. Solicité la autorización de las autoridades de la Unidad de Medicina Familiar No. 45 para la aplicación de las encuestas
4. Avisé a personal de la Unidad de Medicina Familiar No. 45 (trabajadoras sociales, Médicos de Base, Enfermeras Materno Infantiles)
5. Apliqué los instrumentos de medición solicitando la autorización de los pacientes
6. Organicé y contabilicé los datos
7. Manejamos mi asesor y yo la parte estadística con programa Excell 2007 y STATA versión 9.0
8. Describi los resultados, realizamos tablas y gráficas, realicé la discusión y mis propuestas.
9. Publiqué los resultados

7. Plan de Análisis

Se usará

- Estadística descriptiva
- Regresión lineal
- Modelo de vulnerabilidad Probit
- Modelo probabilístico Tobit
- Programa Microsoft Excel 2007
- Programa STATA versión 9.0

Los modelos de vulnerabilidad relacionan la variable de interés, en este caso incidencia y nivel de depresión, a la exposición a cambios en cierto factor o factores que le determinan.

Entre los métodos estadísticos que permiten inferir la vulnerabilidad a la depresión, se eligieron dos metodologías complementarias: el modelo Probit, y el modelo Tobit.

El modelo Probit busca describir los elementos que estadísticamente determinan la probabilidad de depresión, y permite estudiar los cambios en probabilidad asociados a factores determinantes de la depresión, así como la significancia estadística de los mismos.

EL modelo Tobit, por otra parte, permite estudiar los factores determinantes asociados a una variable censurada, entendida esta como una variable que esta limitada en un rango acotado ya sea inferior, superior ó ambos. En nuestro estudio, el nivel de depresión se encuentra acotado en ambos niveles, por lo cual esta metodología permite inferir correctamente cualquier asociación entre los niveles de depresión, y sus factores explicativos.

8. Instrumentos de recolección de información

Cuestionario de datos generales, Escala de Depresión Post Natal de Edimburgo y Cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar.

Características:

El cuestionario de datos generales recopila información tal como: nombre, dirección y teléfono (por si era necesario localizar a la paciente), fecha de nacimiento, fecha de nacimiento de su último bebé (para corroborar que tuvieran más de cuatro semanas y menos de 52 semanas de postparto), estado civil y tiempo del mismo, número de embarazos (gestas) así como cuántos de ellos fueron partos vaginales, partos tipo cesárea y abortos.

La Escala de Depresión Post Natal de Edimburgo. Fue descrita por Cox *et al.* (1987) en Edimburgo, auto-registro, 10 ítems con cuatro opciones de respuesta cada uno.⁵³

Cox observó que no existía un instrumento específico para la identificación de la depresión en mujeres en período de puerperio. Los instrumentos que existían en aquel momento eran la auto escala de ansiedad y depresión de Bedford y Foulds (en 1978), el inventario de depresión de Beck (Beck et al, 1961) Y el Cuestionario General de Salud (GHQ; Goldberg 1972) todos ellos con serias limitaciones para usarse e mujeres embarazadas y en postparto.⁵³

En 1983 se observaron “falsos positivos” en los cuestionarios de autoaplicaron que redescían la detección de neurosis en mujeres embarazadas y en postparto por lo que una escala específica se necesitaba.⁵³

Para la creación de la Escala De Edimburgo se tomó en cuenta que fuera sencillo para las mujeres de contestar. También que la persona que aplicara aunque no tuviera conocimiento de trastornos psiquiátricos no batallara en usarlo.⁵³

Se utilizaron experiencia clínica, escalas como la auto escala de ansiedad y depresión y el inventario de depresión de Beck para su conformación. Originalmente eran usados 30 ítems, y se descartaron preguntas confusas o sin utilidad. Después se paso a 13 ítems. El cuestionario resultante se validó en 1986, con una muestra de 60 mujeres en puerperio, que completaron la escala, y se entrevistaron con la psiquiatra Ruth Sagovsky usando el cuestionario de Goldberg. Al notar que 3 ítems no especificaban depresión sino estados de irritabilidad cuestiones sobre ser madre se eliminaron y el cuestionario quedó de 10 ítems.⁵³

Una segunda validación se llevo a cabo en una muestra de 84 mujeres. El estudio reveló que de 11 mujeres dieron con una probable depresión, de las cuales 4 falsos positivos. La sensibilidad fue de 86% y la especificidad de 78%.⁵³

Para su validación en español se realizó en Perú un estudio por J.M. Vega-Dienstmaier en mujeres que hubieren dado a luz en un período no mayor a un año. Se aplicó la Escala de Depresión Post Natal de Edimburgo y una entrevista psiquiatrita a 321 mujeres.⁵⁴

Se encontró que el punto de corte óptimo para la población estudiada era de 13.5; con este valor se obtuvo una sensibilidad de 84.21% y una especificidad de 79.47% para el diagnóstico de depresión mayor. Ninguna mujer con

puntuación menor de 7.5 tuvo depresión mayor (sensibilidad y valor predictivo negativo 100%). Se halló un coeficiente de correlación de 0,4478 entre la puntuación de la Escala de Depresión Post Natal de Edimburgo y el número de síntomas criterio A de depresión mayor del DSM-IV. El coeficiente alfa de Cronbach fue 0,7043. Los ítems que tuvieron mayor poder predictivo para depresión postparto fueron los referidos a preocupación, capacidad para afrontar problemas, pánico, llanto y optimismo. Y como conclusión se obtuvo que la versión en español de la Escala de Depresión Post Natal de Edimburgo funcionara adecuadamente en mujeres peruanas.⁵⁴

El EEF es un instrumento que evalúa la percepción que un miembro de la familia tiene acerca de su funcionamiento familiar. El Modelo de McMaster de funcionamiento familiar (MMFF) es un marco teórico que estudia dicho funcionamiento, el cual no pretende cubrir todos los aspectos de éste, pero identifica un gran número de dimensiones que han resultado ser de utilidad en la evaluación de las familias en tratamiento.³⁸

El MMFF se ha desarrollado a lo largo de 25 años y surge de tres proyectos de investigación, el primero por Westley y Epstein en 1969 "La Mayoría silenciosa", un estudio multidisciplinario que combina aspectos psiquiátricos para estudiar la organización de familias no clínicas. El segundo "El esquema de categorías familiares" (the family schema, Epstein, Sigal y Rakoff 1962) que investigaba el proceso terapéutico con familias y sus resultados. Y el tercero es El Modelo de funcionamiento familiar de McMaster, que estudiaba el resultado de varios terapeutas con varias terapias familiares.³⁸

La definición de las áreas o dimensiones de funcionamiento familiar que son necesarios para la completa evaluación de una familia es necesario identificar

son las siguientes: Resolución de problemas, comunicación, roles, involucramiento afectivo y control de conducta.^{30, 40}

El EEF se generó a partir del MMFF de un banco de 200 preguntas, se seleccionaron 151 reactivos distribuidos de la siguiente manera: 25 correspondiente al área de resolución de problemas, 25 al área de comunicación, 26 al área de roles, 22 al área de involucramiento afectivo, 25 al área de respuesta afectiva y 28 al control de conducta. Utiliza 5 opciones para valorar cada reactivo: totalmente de acuerdo, acuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo en desacuerdo y totalmente en desacuerdo.³⁸

Se trabajó con una muestra de 300 sujetos, hombres y mujeres. Luego de pruebas se determinó que los patrones que se usaban en el MMFF deberían ser modificados así como el número de reactivos quedando ordenados de la siguiente manera:

Involucramiento afectivo funcional grado en que la familia muestra interés y valora a cada miembro de la familia y denota la habilidad para responder con una amplia gama de emociones así como la capacidad de proporcionar cuidados, afecto y bienestar. Cuenta con 17 reactivos.³⁸

Involucramiento afectivo disfuncional implica sobrecarga en algún miembro de la familia que lo convierte en receptor de los aspectos negativos de la familia. Se califica con 11 reactivos.³⁸

Patrones de comunicación disfuncionales, se enfoca a una marcada dificultad en el intercambio de información en el área afectiva, consta de 4 reactivos.³⁸

Patrones de comunicación funcionales, hace referencia al intercambio de información verbal principalmente en el área instrumental. Le califican 3 reactivos.³⁸

Resolución de problemas, el cual engloba también las áreas de control de conducta y roles, revela que la familia es capaz de ponerse de acuerdo y que tiene por tanto una buena organización familiar para resolver los problemas que se les presentan. Tiene 3 reactivos.³⁸

Patrones del control de la conducta con solo 2 reactivos se refiere a los patrones que adopta la familia para manejar el comportamiento; los patrones con posibilidad de negociación y cambio, dependiendo del contexto. Para un total de 40 reactivos.³⁸

9. Consideraciones éticas

No existen riesgos para las mujeres participantes, ni de tipo físico, social o legal. Se les asegurará que la atención en salud que recibirán será igual si ellas deciden retirarse del estudio en cualquier momento y que los resultados serán presentados en las instituciones de salud, al igual que se guardará la confidencialidad de sus nombres y que sólo los entrevistadores/ investigadores tendrán acceso a los cuestionarios.

La ley General de Salud que en su Título Segundo; contempla los aspectos éticos de la investigación en seres humanos. En el artículo 13 señala que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. La Declaración de Helsinki señala los principios éticos 13, 14, 20 y para la Investigación Médica en Seres Humanos y establece: el diseño del protocolo debe ser sometido a un comité de ética, contener un párrafo que incluya las consideraciones éticas involucradas, los sujetos participantes en proyectos de investigación deberán ser voluntarios informados y se deberán de tomar precauciones para respetar la privacidad del sujeto, la confidencialidad de la información del paciente y para minimizar el impacto que pueda tener el estudio en la integridad física y mental del sujeto, así como en su personalidad. Una vez concluido el protocolo de investigación se someterá a revisión y en su caso a aprobación por el comité local de ética y de investigación de la unidad médica. Se incluye carta de consentimiento informado en anexos. La presente investigación presenta un tipo de riesgo 0.

10. Productos esperados

1. Aprobación de mi Tesina para la obtención de mi título como especialista en Medicina Familiar avalado por la Universidad Autónoma de San Luis Potosí y el Instituto Mexicano del Seguro Social.
2. Publicación de mi investigación en revistas dedicadas al quehacer médico
3. Inicio de una línea de investigación para el estudio del fenómeno de la Depresión postparto en México.

Cronograma de actividades Tareas			
Año de ejecución	2006	2007	2008
1. Selección tema, Presentación ante Profesorado	Mayo, Julio 26		
2. Recolección bibliográfica	Mayo	Mayo	
3. Elaboración de protocolo	Mayo	Mayo	
4. Validación por los asesores, Validación Profesorado, Validación Comité de Investigación		Mayo 1, Mayo 15, Mayo 25	
5. Avisar a autoridades y personal de la Unidad de Medicina Familiar No 45		Julio 5	
6. Aplicar encuestas		Julio 17 -Septiembre 10	
7. Contabilizar datos cuantitativa y cuantitativa		Octubre Febrero	
8. Comenzar la labor estadística			Septiembre - Octubre
9. Presentaciones tabulares y numéricas			Octubre
10. Redacción del informe científico			Octubre - Noviembre
11. Presentación ante comité de investigación			Noviembre 26
12. Impresión y Encuadernamiento			Diciembre

11. Administración de Trabajo de Investigación

a. Personal participante

- Médico residente,
- trabajadoras sociales,
- licenciada en enfermería colaboradora.

b. Recursos Físicos y Materiales

Aula de enseñanza Unidad de Medicina Familiar No. 45

Sala de espera de Unidad de Medicina Familiar No. 45

Item	Costo monetario
Costo de transporte gasolina Unidad de Medicina Familiar No. 45:	\$ 30
Costo de tanque de gasolina automóvil compacto tipo Chevy modelo 2000	\$400
Costo Encuestas: (# encuestas por 6 páginas a \$0.20)	\$216
Paquete con 12 lápices, no. 2HB (\$11.50 por 3)	\$34.50
Bote con 72 plumas de colores	\$80
Kum sacapuntas arenal de plástico con contenedor 1 pieza	\$17

Actividad	Tiempo dedicado
Aplicación de encuestas	100 horas aproximadamente
Elaboración de investigación	1800 horas aproximadamente

VII. RESULTADOS

De 193 encuestas realizadas, 51 fueron retiradas de la investigación por no estar llenas correctamente o por deficiencias en los datos.

Cuadro 1. Distribución de Casos por Rango de Edad y Estado Civil (Número de casos particulares)

Rango de Edad	Soltera	Casada	Separada	Unión Libre	Total por Rango
16-20	2	4	1	6	13
21-25	3	36	-	10	49
26-30	5	33	-	3	41
31-35	2	22	-	1	25
36-40	3	11	-	-	14
Total por Estado	15	106	1	20	142

Fuente: : Cuestionario de datos generales aplicado a 142 casos, Unidad de Medicina Familiar No. 45, San Luis Potosí, México

Cuadro 2. Estadísticas Descriptivas de la Muestra

Variable	Media	Desv. Std.	Min	Max
Socioeconómicas				
Edad	27.34	5.49	16	40
Soltera	10.6%	30.8%	0	1
Casada	74.6%	43.7%	0	1
Unión libre	14.1%	34.9%	0	1
Separada	0.7%	8.4%	0	1
Divorciada	0.0%	0.0%	0	0
Viuda	0.0%	0.0%	0	0

Fuente: Cuestionario de datos generales aplicado a 142 casos, Unidad de Medicina Familiar No. 45, SLP, México.

De las 142 encuestas restantes, un total de 15 (10.56%) reportaron su estado civil como soltera con una desviación estándar de 0.308456, un número de 106 (74.64%) casadas (desviación estándar 0.436567), solo una separada (0.7%) cuya desviación estándar fue de 0.083918 y 20 (14.08%) en unión libre (desviación estándar 0.349093), con cero para divorciada o viuda. ^{Cuadro 1 y 2}

La edad promedio de las pacientes fue de 27.33803 años, con una desviación estándar de 5.487429; la edad mínima fue de 16 años y la edad máxima fue de 40 años de edad. ^{Cuadro 2}

El promedio de Gestas para el rango de 16 a 20 años de edad fue de 1.08, con un valor de 0.77 para parto y 0.31 para cesárea. ^{Cuadro 3}

Para el rango de 21 a 25 años de edad el promedio de embarazos que reportaron fue de 1.55 de los cuales 1.10 corresponden a partos vaginales, 0.35 a cesárea y 0.10 al de aborto. ^{Cuadro 3}

Los rangos de 26 a 30 años y 31 a 35 años con una media de embarazos de 2.22 y 2.52 respectivamente. Mientras que la media de partos fue de 1.6 para los 31 a 35 años y de 1.43 de los 26 a los 30 años, el número de cesáreas promedio fue de 0.61 para este último mencionado y 0.8 para el grupo de 31 a 35 años, teniendo estas una media de aborto del 0.12. ^{Cuadro 3}

Del grupo de 36 a 40 años presenta una media de partos de 3.86, con 0.36 de abortos, 1.14 para cesárea y 2.43 partos vaginales. ^{Cuadro 3}

Cuadro 3. Estadísticos de Gestas por Rango de Edad
(Medias de casos particulares)

Rango de Edad	Embarazo	Partos	Cesárea	Abortos
16-20	1.08	0.77	0.31	0.00
21-25	1.55	1.10	0.35	0.10
26-30	2.22	1.43	0.61	0.20
31-35	2.52	1.60	0.80	0.12
36-40	3.86	2.43	1.14	0.36

Fuente: Cuestionario de Datos generales aplicado a 142 casos, Unidad de Medicina Familiar No. 45,

Fuente: : Cuestionario de datos generales aplicado a 142 casos Unidad de Medicina Familiar No. 45, San Luis Potosí, México.

Cuadro 4. Estadísticas Descriptivas de la Muestra

Variable	Media	Desv. Std.	Min	Max
Antecedentes de Embarazo				
Número de embarazos	2.10	1.12	1	6
Número de partos	1.38	1.11	0	5
Numero de cesáreas	0.58	0.78	0	3
Número de abortos	0.15	0.39	0	2

Fuente: Cuestionario de datos generales aplicado a 142 casos, Unidad de Medicina Familiar No. 45,

Fuente: : Cuestionario de datos generales aplicado a 142 casos, Unidad de Medicina Familiar No. 45, San Luis Potosí, México

Como resultado de la media de número de embarazos se obtuvo la cifra de 2.098592 con una desviación estándar de 1.119206 un mínimo de 1 embarazo (primigesta) y un máximo de 6 (multigesta) y una varianza de 1.252622. La media de partos vaginales fue de 1.382979, con una desviación estándar de

1,106213; por otro lado los partos tipo cesárea tuvieron una media de 0.577465 (desviación estándar 0.783916) y los abortos una media de 0.147887 (desviación estándar 0.394055). ^{Cuadro 4}

Cuadro 5. Distribución de Casos por Rango de Edad y Estado Civil
(Número de casos particulares por presencia de depresión)

Rango de Edad	Soltera	Casada	Separada	Unión Libre	Total por Rango
<i>Sin Depresión</i>					
16-20	2	4	1	5	12
21-25	3	27	-	9	39
26-30	5	28	-	3	36
31-35	2	20	-	1	23
36-40	3	9	-	-	12
Total por Estado	15	88	1	18	122
<i>Con Depresión</i>					
16-20	-	-	-	1	1
21-25	-	9	-	1	10
26-30	-	5	-	-	5
31-35	-	2	-	-	2
36-40	-	2	-	-	2
Total por Estado	-	18	-	2	20

Fuente: Cuestionario de datos y EDPS aplicado a 142 casos, Unidad de Medicina Familiar No. 45,

Fuente: Cuestionario de datos generales aplicado a 142 casos, Unidad de Medicina Familiar No. 45, San Luis Potosí, México.

El Cuadro 5 nos muestra la distribución de los casos que resultaron positivos para depresión postparto separándolos por rango de edad y estado civil, teniendo como total 1 del rango de los 16 a 20 años en unión libre (5%), 9 que reportaron estar casadas (45%) y 1 en unión libre (5%) para el rango de 21 a 25 años. De las mujeres adscritas de entre 26 a 30 años, 5 (25%) contestó en el cuestionario que su estado civil era casada. Mientras que los grupos de 31 a 35

y de los 36 a 40 años resultaron con 2 casadas (10%) para cada rango respectivamente y 2 (10%) en unión libre para ambos rangos.

Cuadro 6. Estadísticas Descriptivas de la Muestra

Variable	Media	Desv. Std.	Min	Max
Depresión (de acuerdo a cuestionario)				
Nivel de Depresión	6.7	4.39	0	22
Presencia de Depresión	14.1%	34.9%	0	1

Fuente: Escala de Depresión Postparto de Edimburgo aplicado a 142 casos, Unidad de Medicina Familiar No. 45, San Luis Potosí, México.

Un total de 20 pacientes (14.08%) dieron positivo al test de Edimburgo de Depresión Postparto. Con una media del puntaje obtenido de 6.71831, su desviación estándar fue de 4.394333, y una varianza de 19.31016, un puntaje mínimo en la encuesta de cero y máximo de 22. ^{Cuadro 6}

En cuanto a la pregunta número 10 del cuestionario de depresión postparto de Edimburgo que hace referencia a hacerse daño a sí misma, cuya sola respuesta positiva representa por sí sola una importante foco de atención obtuvo una media de 0.197183 y una desviación estándar de 0.574141.

Cuadro 7. Estadísticos de Gestas por Rango de Edad
(Medias de casos particulares)

<i>Sin Depresión</i>					
Rango de Edad	Embarazo	Partos	Cesárea	Abortos	
16-20	1.08	0.75	0.33	0.00	
21-25	1.56	1.10	0.38	0.08	
26-30	2.22	1.51	0.56	0.17	
31-35	2.57	1.65	0.78	0.13	
36-40	3.83	2.33	1.25	0.25	
<i>Con Depresión</i>					
Rango de Edad	Embarazo	Partos	Cesárea	Abortos	
16-20	1.00	1.00	0.00	0.00	
21-25	1.50	1.10	0.20	0.20	
26-30	2.20	0.80	1.00	0.40	
31-35	2.00	1.00	1.00	0.00	
36-40	4.00	3.00	0.50	0.50	

Fuente: Cuestionario de datos generales y Escala de Depresión Postparto de Edimburgo aplicado 142 casos, Unidad de Medicina Familiar No. 45, San Luis Potosí, México.

El promedio para pacientes que dieron positivo para la Escala de Depresión Post Natal de Edimburgo en el rango de edad de 16 a 20 años según el tipo y numero de gestas fue de 1.0 embarazos y 1.0 para parto vaginal. ^{Cuadro 7}

Mientras que para el rango comprendido entre los 21 a 25 años es de 1.5 embarazos (1.10 partos, Cesárea 0.20 y antecedente de aborto de 0.20). ^{Cuadro 7}

Para el rango de los 26 a 30 años la media de embarazos fue de 2.20 de los cuales 1.00 lo representan las cesáreas, 0.80 esta dado por los partos y 0.40 para abortos. ^{Cuadro 7}

Cero porcentaje de abortos se reportaron en el rango de edad de los 31 a los 35 años, con una media de embarazos de 2.00 (1.00 partos vaginales y 1.00 partos tipo cesárea).^{Cuadro 7}

El doble de partos (4.0) resulto en la media de las pacientes de 36 a 40 años, con un promedio de 3.0 partos, 0.5 para cesáreas y 0.50 para aborto.^{Cuadro 7}

Cuadro 8. Estadísticas Descriptivas de la Muestra

Variable	Media	Desv. Std.	Min	Max
Ítems de Funcionamiento Familiar (Intensidad del ítem)				
Involucramiento Afectivo Funcional	70.92254	14.87588	20	85
Involucramiento Afectivo Disfuncional	23.72535	10.44821	11	55
Patrones de Comunicación Disfuncional	10.71127	3.234523	4	20
Patrones de Comunicación Funcional	11.8662	3.366984	3	15
Resolución de Problemas	11.90845	3.510683	3	15
Patrones de Control de Conducta	7.450704	2.621724	2	10

Fuente: Estudio de Funcionamiento Familiar aplicado a 142 casos, Unidad de Medicina Familiar No. 45, San Luis Potosí, México.

El involucramiento afectivo funcional obtuvo una media de puntaje obtenido de sus respuestas de 70.92254 con un puntaje máximo obtenido de 85 y un mínimo de 20 puntos. En contraste con el involucramiento afectivo disfuncional cuya media fue de 23.72535 con un puntaje máximo obtenido de 55 y un mínimo de 11.^{Cuadro 8}

La media de patrones de comunicación disfuncional fue de 10.71127, con un puntaje máximo de 20 y un mínimo de 4. Muy similar al obtenido en los patrones de comunicación funcional cuya media fue de 11.8662, cuyo puntaje mínimo fue de 3 y el máximo de 15. ^{Cuadro 8}

La cifra mínima de puntaje obtenido de respuesta a problemas fue de 3 la máxima de 15 y una media de 11.90845. Otro ítem medido fueron los patrones de control de conducta cuya media en puntaje fue de 7.450704 y cuyo valor mínimo fue de 2 y máximo reunido de 10. ^{Cuadro 8}

Cuadro 9. Estadísticas Descriptivas de la Muestra

Variable	Media	Desv. Std.	Min	Max
Ítems de Funcionamiento Familiar				
Involucramiento Afectivo Funcional	92.3%	26.8%	0	1
Involucramiento Afectivo Disfuncional	21.8%	41.5%	0	1
Patrones de Comunicación Disfuncional	40.8%	49.3%	0	1
Patrones de Comunicación Funcional	81.0%	39.4%	0	1
Resolución de Problemas	83.8%	37.0%	0	1
Patrones de Control de Conducta	79.6%	40.5%	0	1

Fuente: Estudio de Funcionamiento Familiar aplicado a 142 casos, Unidad de Medicina Familiar No. 45, San Luis Potosí, México.

De las 142 mujeres encuestadas, 131 (92.25%) resultaron con una calificación positiva para involucramiento afectivo funcional. Con una media de 70.92254 y presentando una desviación estándar 14.87588. ^{Cuadro 9}

Otro parámetro medido fue el de involucramiento afectivo disfuncional para el cual 31 pacientes (21.83%) dieron positivo para el puntaje necesario para considerarlo (mayor o igual a 33 puntos). Con una media de 23.72535 y una desviación estándar 10.44821. ^{Cuadro 9}

Cuando existe una marcada dificultad en el intercambio de información en el área afectiva, se indica que hay un patrón de comunicación disfuncional, el cual de las 142 madres encuestadas 58 (40.84%) resultaron con tendencia a presentar esta problemática. Su media en puntaje fue de 10.71127 y el valor desviación estándar 3.234523. ^{Cuadro 9}

Contrario al ítem anterior los patrones de comunicación funcional definidos como intercambio de información verbal principalmente en el área instrumental un total de 115 pacientes dieron positivo (80.98%) con una media de 11.8662 y la desviación estándar 3.366984. ^{Cuadro 9}

Las mujeres encuestadas que refirieron tener una capacidad dentro de su familia para ponerse de acuerdo y por tanto una buena organización para resolver los problemas que se les presentan, y cuya positividad es medida en el Cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar con un puntaje mayor a 9 dieron un total de 119 (83.80%) con una media de 11.90845 y cuya desviación estándar fue 3.510683. ^{Cuadro 9}

Un total de 113 (79.57%) pacientes dieron puntaje positivo para tener buenos patrones de control de conducta, su media de puntaje fue de 7.450704 y la desviación estándar vista es 2.621724. ^{Cuadro 9}

Utilizando el programa STATA y mediante la función "Matriz de Correlación de Variables"

En el cuadro 10 podemos observar que hay una asociación (aunque no probabilística) entre algunas de las variables por mencionar algunas: hay una relación de menos 12% entre el nivel de depresión y el involucramiento afectivo funcional. Contrastando con el involucramiento afectivo disfuncional que va del 22% para la simple presencia de depresión hasta un 29% con el nivel de depresión que este presentando.

También una pequeña correlación de un 14% entre la presencia de depresión postparto y el estar soltera o casada. Por último otra relación no menos importante es la del número de abortos y el nivel y presencia de depresión postparto. ^{Cuadro 10}

Como resultado de los Modelos Probabilísticos Independientes para Probabilidad de Depresión Estimación por Variable Dicotómica para Funcionamiento Familiar (recordar antes que mientras menor sea Probabilidad de LR Chi ² y más alto sea LR chi ² con 6 grados de confianza, mayor será se significancia estadística) tenemos que hay un 19.1% de probabilidad de presentar depresión si manifiesta un involucramiento afectivo disfuncional, con un valor en z de 2.55 y un valor de pseudo R2 de 0.055. ^{Cuadro 11}

Contrastando con esto están los Patrones de comunicación funcionales, el cual reduce la posibilidad de presentar depresión postparto en un 14.6% con un valor en z de -1.8755 y un valor de pseudo R2 de 0.02.^{Cuadro 11}

El cuadro 12 resume el conjunto de modelos Tobit ejecutados para cada variable. El modelo es estimado para cada variable individual con la finalidad de evitar los sesgos introducidos en el valor de los coeficientes por la alta correlación entre las variables independientes.

La presencia de correlación entre variables independientes puede crear sesgos en los valores de los coeficientes, e inconsistencia en sus estimadores. Por tanto, y con la finalidad de aprovechar toda la información disponible, se estimaron los modelos para cada variable, considerando las propiedades estadísticas de cada estimación.

El involucramiento afectivo funcional presenta un coeficiente de -0.14, esto se traduce en que por cada "unidad involucramiento afectivo funcional que se encuentre disminuye en 0.14 unidades el nivel de depresión postparto.^{Cuadro 12}

Un aumento en 0.2 unidades de depresión postparto se ven afectadas por cada unidad presente de Involucramiento Afectivo Disfuncional.^{Cuadro 12}

Mientras que los patrones de comunicación disfuncionales aumentan por cada unidad solo un coeficiente de 0.34 para tener depresión postparto, los patrones de comunicación funcional lo disminuyen en un valor cercano al medio punto (0.47).^{Cuadro 12}

La resolución de problemas, indispensable para determinar si una familia es funcional o disfuncional, disminuye en un coeficiente de 0.28 la probabilidad de presentar depresión postparto.^{Cuadro 12}

Y por último los patrones de control de la conducta disminuyen en un 0.32 del total de una unidad la posibilidad de tener depresión postparto. ^{Cuadro 12}

Cuadro 10. Tabla de Correlaciones Parciales entre Variables

Variable	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	
1 Nivel de Depresión	1.0000																	
2 Presencia de Depresión	0.6964	1.0000																
3 Involucramiento Afectivo Funcional	-0.1447	-0.0303	1.0000															
4 Involucramiento Afectivo Disfuncional	0.2945	0.2259	0.1648	1.0000														
5 Patrones de Comunicación Disfuncional	0.1773	0.1146	0.0793	0.3914	1.0000													
6 Patrones de Comunicación Funcional	0.2316	0.1638	0.4633	-0.1533	0.1060	1.0000												
7 Resolución de Problemas	0.1370	0.0956	0.3726	0.0901	0.0210	0.5657	1.0000											
8 Patrones de Control de Conducta	-0.0313	0.0014	0.2529	0.0792	0.0536	0.1192	0.1652	1.0000										
9 Edad	-0.1061	-0.1030	0.0060	0.0111	0.0532	0.1353	0.1498	0.1022	1.0000									
10 Soltera	0.0463	0.1403	0.0146	-0.1832	0.0547	0.0510	-0.0344	0.0012	0.0331	1.0000								
11 Casada	0.0483	0.1448	0.1329	0.0752	0.1920	0.0457	0.1377	0.1162	0.2735	0.5893	1.0000							
12 Separada	0.0246	0.0344	0.0246	0.1592	-0.0706	0.0411	-0.1914	0.0421	0.1285	0.0292	0.1443	1.0000						
13 Unión Libre	0.0253	0.0488	-0.1849	0.0296	0.1746	0.1121	0.0956	0.1541	0.3401	0.1403	0.6943	0.0344	1.0000					
14 Número de embarazos	0.0349	0.0570	-0.0434	0.0261	0.0236	0.0787	0.0593	0.0156	0.6511	0.1360	0.2454	-0.0838	-0.1664	1.0000				
15 Número de partos	0.0147	0.0675	0.1148	0.0020	0.0234	0.0546	0.0663	0.0439	0.3029	0.1199	0.1592	-0.1060	0.0675	0.6995	1.0000			
16 Número de cesareas	0.0012	0.0387	0.1121	0.0479	0.0243	0.0348	0.0542	-0.0208	0.2912	0.0406	0.0765	0.0459	-0.1425	0.2223	-0.4685	1.0000		
17 Número de abortos	-0.1672	0.1559	0.0243	0.0268	-0.0132	0.0010	0.1742	0.0375	0.1603	0.1305	0.0975	0.0320	0.0011	0.4644	0.1627	-0.0475	1.0000	

Fuente: Escala de Depresión Post Natal de Edimburgo y Cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar aplicado a 142 casos. Unidad de Medicina Familiar No 45, San Luis Potosí, México.

**Cuadro 11. Modelos Probabilísticos Independientes para Probabilidad de Depresión
Estimación por Variable Dicotómica para Funcionamiento Familiar**

Variable	Cambio en Probabilidad	Valor Z	Prob>z	Probabilidad Estimada	Pseudo R2	LR Chi2(6)	Prob LR Chi2
Involucramiento Afectivo Funcional	-4.4%	-0.4	0.6910	0.14055	0.0013	0.15	0.6941
Involucramiento Afectivo Disfuncional	19.1%	2.55	0.0110	0.13000	0.0551	6.37	0.0116
Patrones de Comunicación Disfuncional	8.3%	1.38	0.1690	0.13704	0.0164	1.9	0.1685
Patrones de Comunicación Funcional	-14.6%	-1.87	0.0620	0.13499	0.0294	3.39	0.0656
Resolución de Problemas	-0.4%	0.05	0.9600	0.14084	0	0	0.9596
Patrones de Control de Conducta	-9.1%	-1.11	0.2660	0.13868	0.0104	1.2	0.2727

Nota: La probabilidad observada de depresión en la muestra es de 0.1408

Fuente: Escala de Depresión Post Natal de Edimburgo y Cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar aplicado a 142 casos, UMF 45, San Luis Potosí, México.

**Cuadro 12. Modelos Tobit Independientes para Nivel de Depresión
Estimación por Variable en Niveles para Funcionamiento Familiar**

Variable	Coefficiente	Valor t	Prob>t	Constante ^{2/}	Sigma	Pseudo R2	LR Chi2(6)	Prob LR Chi2
Involucramiento Afectivo Funcional	-0.1475	-6.08	0.000	16.96	4.253477	0.0415	33.05	0.0000
Involucramiento Afectivo Disfuncional	0.1927	5.47	0.000	1.93	4.338463	0.0341	27.17	0.0000
Patrones de Comunicación Disfuncional	0.3459	2.81	0.006	2.78	4.679253	0.0097	7.72	0.0055
Patrones de Comunicación Funcional	-0.4784	-4.19	0.000	12.17	4.524798	0.0208	16.57	0.0000
Resolución de Problemas	-0.2882	7.1	0.000	8.63	4.756675	0.0043	3.45	0.0631
Patrones de Control de Conducta	-0.3215	-2.84	0.005	10.31	4.67876	0.0098	7.84	0.0051

Nota: 1/ Los niveles de depresión están censurados en valores que no pertenecen al rango [0.30].

2/ Las constantes en cada modelo fueron estadísticamente significativas al 0.01 por ciento

Fuente: Escala de Depresión Post Natal de Edimburgo y Cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar aplicado a 142 casos.

Unidad de Medicina Familiar No. 45. San Luis Potosí, México.

VIII. DISCUSIÓN

La prevalencia de depresión observada en las mujeres adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No. 45 del IMSS en San Luis Potosí fue de 14.08% muy similar a la obtenida en el Instituto nacional de perinatología de 18.4%, con una diferencia en otros países del continente que van desde Brasil y Chile con 22% de prevalencia cada uno hasta Colombia con una cifra de 57% o EEUU de solo 6.5 a 8.5%. En Europa manejan también estadísticas similares como en Inglaterra 17%, y en Oporto de 25%. África no es la excepción a la regla con 18% en Uganda, y por último en Japón con una prevalencia de 12%. Lo que nos puede dar una idea de que ni el clima, ni la cultura que cada nación tenga tiene influencia alguna en la aparición de sintomatología depresiva en el postparto, pues, culturas muy tradicionalistas como Japón, muy liberales como EEUU, y hasta en inmigrantes intercontinentales se observa este fenómeno que trasciende fronteras y ataca a millones de mujeres en el mundo.^{8, 7 14, 15 16, 18, 45, 46}

La media de edad de 27.34 años del total de pacientes encuestadas es similar a la presentada de Brasil por Moreno de 25+-6.2 años, en Chile de 24.9 +- 6.64, en Colombia de 26 años, también de 30 años en Noruega en mujeres pakistanís, y Españolas de 30.48 años.^{15, 16 45, 43, 44}

La paridad se encontró en una media de 2.1, cifra muy cercana a la vista en Chile de 2.08+- 0.8; en Brasil la cual fue de 1.6 +- 0.9; y en EEUU dentro de su estudio multiétnico las hispanas con una media de 2.3 partos, las afroamericanas de 2.1 y las caucásicas de 2.1.^{15, 45, 46, cuadro 4}

El apoyo social es mencionado en múltiples investigaciones sobre los factores de riesgo para presentar depresión postparto como el de Chaaya, donde el

apoyo por más de una persona disminuye el estado depresivo, o en Colombia donde el tamaño de la red de apoyo, la satisfacción y los conflictos con la misma influyo en presentar sintomatología depresiva. Lo que podríamos traducir en el presente estudio en las dos variables que resultaron tener mayor relación con la depresión postparto el involucramiento afectivo tanto funcional para disminuir como el disfuncional para aumentar la probabilidad de presentar, y los patrones de comunicación funcionales.^{16, 42. cuadro 12}

La comunicación, sea instrumental o afectiva, clara o confusa, verbal o no verbal, terminará por definir el patrón de comunicación que presenta, y utilizando el Cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar para la medición de dichos patrones y relacionándolos mediante modelos matemáticos con la presencia y nivel de depresión postparto, resultándonos estos significativos, resaltan la importancia de ésta necesidad básica en todo ser humano.

La mujer por su propia naturaleza representa un organismo más frágil, el cual en su estado perinatal, requiere una mayor comunicación que la gente que la rodea para sentirse protegida; situaciones en las cuales existe una comunicación desleal, llena de trampas tales como: contraacusaciones (cambiar de tema cuando ella solicita alguna ayuda para determinado problema), la lluvia de ataques (como el poner en entredicho su situación actual <<tu sola te metiste en esto, deberías poder sola>>), la jactancia (si alguien más pudo sola tú también puedes sola). la interrupción de la expresión de cómo se siente, la intimidación de sus sentimientos para no ser molestados, la negación del perdón ante un error cometido, la humillación ante su estado actual; o el silencio , que recordemos no es la falta de comunicación, sino la más fría de las formas de la misma. Pueden tener un efecto devastador en al estado afectivo de la paciente con un posterior deterioro de su relación madre-hijo.⁴¹

El rol tradicional de madre, sea primigesta o multigesta, representa siempre una lucha continua por tratar de cumplir las funciones de la familia. La Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos en su artículo 4to es muy clara "los padres tienen el deber de preservar el derecho de satisfacción de sus hijos en alimentación, salud, educación y sano esparcimiento", más sin embargo un déficit en la homeostasis familiar generada por el estado anímico, subsecuente a una comunicación mal realizada, percibida por la madre, tendrá como consecuencia una pobre atención a las necesidades que su(s) hijo(s) requieran.⁵⁵

Una familia funcional no es aquella que nunca enfrenta problemas, sino aquella que enfrenta los mismos problemas que las demás y es capaz de manejarlos y buscar una solución a ellos. Se reconocen dos tipos de problemas los instrumentales (sustento, alimento, ropa, casa) y los afectivos (amor). Quizá la percepción de la madre durante su etapa perinatal sobre la falta capacidad de sobrellevar los problemas en su propia familia, contaminen su estado anímico y le lleven a presentar sintomatología depresiva en el postparto. Recordemos que el estudio encontró una asociación entre estas dos variables.^{38, cuadro 12}

Si la paciente ante el recién cambiante estado biológico- social- psicológico causado por la "expansión" de la familia se siente incapaz de manejar a situación dados los patrones de conducta que tienen en su familia que pueden ser de caóticos o rígidos a flexibles, puede también que la lleve a un estado depresivo, como se demostró la asociación de estas variables.^{38 cuadro 12}

IX. CONCLUSION

Se realizó un estudio en 142 mujeres adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No. 45 de tipo exploratorio correlacional – causal donde se determinó la relación entre el funcionamiento familiar y la aparición de sintomatología depresiva en el postparto utilizando un cuestionario de datos generales, la Escala de Depresión Post Natal de Edimburgo y el Cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar.

Se obtuvo como resultado una media de 14.08% similar a la observada en otros estudios mundiales. La edad promedio así como el número de embarazos también arrojaron cifras cercanas a las publicadas por otros autores.

En el modelo de correlaciones parciales de variables se observaron algunas significancias aunque no probabilísticas entre el nivel de depresión y el involucramiento afectivo disfuncional, así como una correlación negativa entre el nivel de depresión postparto y el involucramiento afectivo funcional y la resolución de problemas.

Utilizando los Modelos tipo Probit para probabilidad de depresión postparto utilizando una variable dicotómica (sí ó no tiene depresión), se vislumbró una relación entre el involucramiento afectivo disfuncional para aumentar la presencia de depresión postparto de 19.1%, así como una disminución en la probabilidad de la aparición de sintomatología depresiva referente a la presencia de Patrones de comunicación funcional en un 14.6%.

Por último utilizando los Modelos Independientes de Tobit para estimación de nivel de depresión en las variables de funcionamiento familiar se infiere que por

cada unidad de patrones de comunicación funcional el nivel de depresión disminuirá en un 0.47 y en cuanto al involucramiento afectivo funcional disminuiría en 0.14 el nivel de depresión postparto; contrario al involucramiento afectivo disfuncional que lo aumentaría en 0.19.

Los patrones de comunicación tienen un peso especial en el nivel de depresión postparto pues si son disfuncionales aumentan en un 0.34 el nivel de depresión.

La resolución de problemas y los patrones de control de la conducta también tuvieron influencia negativa para que aumentara el nivel de sintomatología en el postparto pues en cuanto al primero disminuye en 0.28 al segundo en un 0.32.

Se concluye entonces que tanto el involucramiento afectivo, los patrones de comunicación, la resolución de problemas y los patrones de control de conducta, todos ellos parte del estudio de la funcionamiento de la familia, influyen de una manera directa, sobre la aparición y el nivel de la sintomatología depresiva en el postparto.

X. SUGERENCIAS

1. Debería ser incluida la Escala de Edimburgo para Depresión Postparto, en la atención del control del postparto ya que es de fácil y rápida aplicación, de manera que se podría revertir el subdiagnóstico de esta patología que afecta una etapa tan importante e la vida de la mujer.
2. Iniciar una línea de investigación en otras unidades para hacer u estudio comparativo de prevalencia de depresión postparto. Estudiando otras variables tanto del entorno familiar (subsistema conyugal) como socioeconómicas.
3. Agregar a los programas de trabajo social el tema de depresión postparto, junto con los demás tópicos de importancia que se imparten en los grupos de apoyo a madres de menores de un año.

XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Norma oficial mexicana, NOM-007-SSA2-1993, Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio a recién nacidos. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. (Enero 6, 1995)
2. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-031-SSA2-1999, PARA LA ATENCIÓN A LA SALUD DEL NIÑO. (Febrero 9, 2001)
3. Instituto Mexicano del Seguro Social. Información estadística. Salud reproductiva. 2005 [En línea] Disponible en http://www.imss.gob.mx/dpm/dties/Celula.aspx?ID=SC01_06_00_00_02&OPC=opc06&SRV=A2005
4. Instituto Mexicano del Seguro Social. Información estadística. Indicadores básicos de salud. 2005 [En línea] Disponible en http://www.imss.gob.mx/dpm/dties/Celula.aspx?ID=SC01_05_02_00_03&OPC=opc06&SRV=A2005
5. Instituto Mexicano del Seguro Social. Información estadística. Indicadores básicos de salud. 2005 [En línea] Disponible en http://www.imss.gob.mx/dpm/dties/Celula.aspx?ID=SC09_03_00_00_09&OPC=opc06&SRV=A2005
6. Kumar R, Areias ME, Barros H, Figueiredo. Correlates of postnatal depression in mothers and fathers Br J Psychiatry 1996 Jul;169(1):36-41
7. Cox Jhon L. Postnatal depression: A comparison of African and Scottish women. Journal Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 1983 Marzo;18(1): 25-28
8. Ghubash R, Abou-Saleh MT, Daradkeh TK The validity of the Arabic Edinburgh Postnatal Depression Scale, Journal Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 1997 Noviembre; 32 (8) :474-476

9. Jinadu MK, Daramola SM. Emotional changes in pregnancy and early puerperium among the Yoruba women of Nigeria. *Int J Soc Psychiatry*.1990 Verano; 36(2):93-8.
10. Jihyeon K, Buist A. Postnatal depression: a Korean perspective. *Australasian Psychiatry*. 2005; 13 (1): 68–71.
11. Morimoto S Y, Kaplan BJ Postpartum Depression in the United States and Japan. *Journal of Cross-Cultural Psychology*.1987;18 (1): 15-30
12. Jambunathan J, Stewart S. Hmong Women: Postpartum Family Support and Life Satisfaction. *Journal of Family Nursing*.1997; 3 (2): 149-166
13. Downe S, Butler E, Hinder S. Screening tools for depressed mood after childbirth in UK-based South Asian women: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*. 2007 Marzo;57(6):565-83
14. Yoshida K, Yamashita H, Ueda M, Tashiro N. Postnatal depression in Japanese mothers and the reconsideration of "Satogaeri bunben". *Pediatrics International*. 2001; 43 (2): 189–193.
15. Moreno- Zaconeta A, Domingues- Casulari da Mott L, França PS. Depresión postparto: prevalencia de test de rastreo positivo en puérperas del hospital universitario de Brasilia, Brasil. *Rev. chil. obstet. ginecol*. 2004;69 (3): 209-213
16. Carnaval GE, González MC, Martínez S, Tovar MCa, Valencia C. Depresión posparto, apoyo social y calidad de vida en mujeres de Cali, Colombia. *Colombia médica* 2000; 31:4-10
17. Evans GM, Mcjohn-Vicuña M, Marín R. Depresión postparto realidad en el sistema público de salud. *Revista Chilena de Ginecología y Obstetricia*; 68 (6): 491-494
18. Espindola JG, Morales CF, Mota C, Díaz E, Meza P, Rodríguez L. Calibración del punto de corte para la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh, en pacientes obstétricas del Instituto Nacional de Perinatología. *Perinatología Reproducción Humana* Julio- septiembre 2004; 18 (3):179-186.

19. Arranz -Lara L, Gaviño -Ambriz S, Escobedo- Aguirre F. Depresión postparto en pérdida gestacional recurrente. Presentación de un caso. Revista de Especialidades Médico Quirúrgicas.2005 Septiembre - diciembre; 10 (3): 71-73
20. Scott JR, Di Saia PJ, Hammond CB, Spellacy WN. Tratado de Obstetricia y Ginecología Danforth, Octava edición. McGraw Hill. 2000. P. 71, 109- 111.
21. Cassella CA, Gómez VG, Maidana- Roa DJ. Puerperio Normal .Revista de Posgrado de la Cátedra VIa Medicina. 2000 Diciembre;100: 2-6
22. Propuesta normativa perinatal, tomo V, Atención del puerperio y prevención de las secuelas invalidante del posparto. Buenos Aires. Febrero de 1997, p. 49.
23. DSM-IV-TR Manual de Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales editorial Masson. Tomo II. 2003. p.412 – 427
24. Austin M.P. Antenatal screening and early intervention for “perinatal” distress, depression and anxiety: where to from here? Arch Women Ment Health 2004; 7(1) 1-6
25. Wolman WL, Chalmers, B, Hofmeyr GJ, Nikodem V. Postpartum Depression and Companionship in the Clinical Birth Environment: A Randomized, Controlled Study. Cheryl American Journal of Obstetrics & Gynecology. 1993 Mayo. 168(5):1388-1393
26. Wisner K, Parry B, Piontek C. Postpartum depression. N Engl J Med 2002; 347:194-9.
27. Miller L.J. Postpartum depression. JAMA 2002; 287:762-5
28. Josefsson A, Berg G, Nordin C, Sydsjö G. Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica. 2001. Marzo; 80(3):251-255
29. Chávez-Courtois M, González-Pacheco I. Presencia de la depresión perinatal y la relación madre-infante. Estrategia metodológica para una mirada sociocultural. Revista Diversitas – Perspectivas en Psicología .2008; 4 (1):101-111

30. Huerta, J Medicina Familiar, La familia en el proceso de salud enfermedad Biblioteca de Medicina Familiar. Editorial Alfíl. 2005.
31. Diccionario de la Real Academia Española Vigésimosegunda Edición 2001 [disponible en línea] <http://www.rae.es/rae.html>
32. Declaración Universal de los Derechos Humanos. Adoptada y proclamada por la Organización de las Naciones Unidas en su Resolución de la Asamblea General 217 A (iii).diciembre 10 de 1948
33. Current Population Survey (CPS) - Definitions and Explanations disponible en <http://www.census.gov/population/www/cps/cpsdef.html>
34. Condori -Ingaroca, LJ. Funcionamiento Familiar y situaciones de crisis de adolescentes infractores y no infractores en Lima metropolitana. [Tesis]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Psicología. Escuela de Post-Grado; Lima 2002.
35. Elementos Esenciales de la Medicina Familiar Conceptos Básicos para el Estudio de las Familias Código de Bioética en Medicina Familiar 1ª. Reunión de Consenso Académico en Medicina Familiar de Organismos e Instituciones Educativas y de Salud. Arch Med Fam 2005; 7 (1) p 8-10
36. Ciclo vital de la familia. El Médico Interactivo Diario interactivo de salud. [disponible en línea] http://www.elmedicointeractivo.com/formacion_acre2007/pdf/1055.pdf
37. Irigoyen- Coria A, González- Dzib R, Morales de Irigoyen H. Guía práctica para la elaboración de Estudios de Salud Familiar. Tercera Edición. Editorial Medicina Familiar Mexicana. 2006. p.25-35.
38. Atri y Zetune R. Cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar En Velasco -Campos ML, Luna Portilla MR, Instrumentos de evaluación en terapia familiar y en pareja. Editorial Pax México. 2006. p 1-27.
39. Archivos en Medicina Familiar. Conceptos Básicos para el estudio de las familias.2005: 7 (1) p19
40. Saucedo- García JM, Maldonado –Durán JM. La familia su dinámica y tratamiento. Organización panamericana de la salud, IMSS. 2003. p. 3 - 11.

41. Torres-Pérez J, Velazco-Chávez JF, El Mito de la Comunicación Familiar. Distribuidora y editora Mexicana S.A. de C.V. México 2007. p 11, 20-27.
42. Chaaya M ,Campbell F, Kak E, Shaar D, Harb H, Kaddour A. Postpartum depression: prevalence and determinants in Lebanon. Arch Womens Mental Health. 2002 Octubre; 5(2):65-72
43. Soen Eng Y. Bjerke, Vangen S, Nordhagen R, Ytterdahl T, Magnus P, Stray-Pedersen B . Postpartum depression among Pakistani women on Norway: prevalence and risk factors. The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine. 2008 Octubre. p 1057-1062
44. García-Esteve L, Aguado- Carné J, Ascaso- Terrén C, Caparrós- Algarra F, Navarro- García P, Ojuel- Solsona J. Estudio de la depresión postparto en madres españolas: detección, incidencia y factores asociados. Fundación Clínica Recerca Biomédica. Memorias. 2000. p 2 - 7
45. Pérez- Villegas R, Sáez- Carrillo K, Alarcón- Barra L, Avilés- Acosta V, Braganza- Ulloa I, Coleman- Reyes J. Variables posiblemente asociadas a depresión posparto, según escala de Edimburgo. Revista Obstetricia y Ginecología de Venezuela 2007; 67(3): 187-191
46. Yonkers KA, Ramin SR, Rush AJ, Navarrete CA, Carmody T, March D, Heartwell SF, Leveno KJ. Onset and Persistence of Postpartum Depression in an Inner-City Maternal Health Clinic System. Am J Psychiatry, 2001 Noviembre; 158:11 p 1856-1863.
47. Pernas -Álvarez IA. Realidades y necesidades de funcionalidad familiar en parejas jóvenes Conocimiento, Educación y Valores. Instituto Superior de Ciencias Médicas. Camagüey. p12 [Disponible en línea] http://acosoescolar.es/valores/Comunicaciones/Ext_Fam_Trab_Com/Pernas_A_I-2-ISCMCMG.pdf
48. Mendoza Solís LA, Soler-Huerta E, Sainz-Vázquez L, Gil-Alfaro I, Mendoza-Sánchez HF, Pérez-Hernández C. Análisis de la dinámica y funcionalidad familiar en atención primaria. Archivos de Medicina Familiar. 2006;8 (1): 27-32

49. Pimentel- Sarzuri B. Ansiedad, Depresión y funcionalidad familiar e embarazo de alto riesgo obstétrico en el Hospital Materno Infantil de la C.N.S. La Paz- Bolivia. Rev Pacea Med Fam 2007; 4(5): 15-19
50. Chávez- Hernández J . Introducción a la Medicina Familiar Universidad Autónoma de San Luis Potosi 1992 p. 44-47
51. Cheaffer R; Mendenhall W, Ott L. Elementary Survey Sampling. The Duxbury Advanced Series in Statistics and Decision Sciences. PWS-KENT Publishing Company 1990. Ecuacion 4.19, p 74
52. Obtenido de Archivo IMSS SIMF bajo la clave "Consulta por atención de embarazo y puerperio" de diciembre 2005 a diciembre 2006
53. Cox JL, Holden J. A guide to the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Perinatal Mental Health Chapter 2. The origins and development of the Edinburgh Posnatal Depresión Scale. Gaskell London. p15-20. [Disponible en línea] http://www.rcpsych.ac.uk/files/samplechapter/81_1.pdf
54. Vega-Dienstmaier, Mazzotti S, Campos S. Validación de una versión en español de la escala de Depresión Posnatal de Edimburgo. Actas Españolas de Psiquiatría 2002 (30) 2: 106-111.
55. CONSTITUCION DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS. TITULO PRIMERO CAPITULO I DE LAS GARANTIAS INDIVIDUALES Artículo 4 Vigente al 1 de Octubre de 2008.

XII. ANEXOS

Anexo 1

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
 Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
 Coordinación de Investigación en Salud

Dictamen de Autorizado

COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD 2402

FECHA 18/12/2008

Estimado Carlos Vicente Rodríguez Pérez

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle que, el protocolo de investigación en salud presentado por usted, cuyo título es:


Depresión postparto y su relación con el funcionamiento familiar en mujeres adscritas a la Unidad de Medicina Familiar no. 45 del Instituto Mexicano del Seguro Social en San Luis Potosí, S.L.P. México

fue sometido a consideración del Comité Local de Investigación en Salud, quien de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores consideraron que cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética médica y de investigación vigentes, por lo que el dictamen emitido fue de: **AUTORIZADO**.

Habiéndose asignado el siguiente número de registro institucional

No. de Registro
R-2008-2402-17

Atentamente


 Dr(a). Francisco Javier Ortiz Nesme
 Presidente del Comité Local de Investigación en Salud Núm 2402

IMSS

SECRETARÍA DE SALUD FEDERAL

Anexo 2

DATOS GENERALES

Nombre: _____

Dirección: _____

Su fecha de Nacimiento: Día _____ Mes _____

Año _____

Teléfono: _____

Fecha de Nacimiento del último Bebé: _____

Su estado civil es: ¿Soltera, casada, separada, divorciada, unión libre, viuda?

¿Cuánto tiempo tiene de: casada ó Separada ó divorciada ó en unión libre ó viuda?

¿Cuántas veces se ha embarazado (incluyendo abortos)? _____

Cuantos fueron:

partos _____

cesáreas _____

abortos _____

¿Cuántos hijos vivos tiene? _____

Anexo 3

CUESTIONARIO SOBRE DEPRESIÓN POSTNATAL EDIMBURGO

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.

Este es un ejemplo ya completado.

Me he sentido feliz:

Sí, todo el tiempo -----

Sí, la mayor parte del tiempo ---X---

No, no tan frecuente -----

No, para nada -----

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.

En los Últimos siete días:

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 superaban, me sobrepasaban

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

Administrado / revisado por: _____

ANEXO 4

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

La información que nos proporciona será absolutamente confidencial. Lea cuidadosamente. Favor de contestar de la manera más sincera y espontánea posible. Todos los enunciados se refieren a aspectos relacionados con su familia (con la que vive actualmente).

Por favor no deje enunciados sin contestar. Coloque **X** la respuesta que considere.

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1. Mi familia me escucha					
2. Si tengo dificultades, mi familia está en la mejor disposición se ayudarme					
3. En la familia ocultamos lo que nos pasa					
4. En mi familia tratamos de resolver los problemas entre todos					
5. No nos atrevemos a llorar frente a los demás miembros de mi familia					
6. Raras veces platico con mi familia sobre lo que me pasa					
7. Cuando se me presenta algún problema me paraliza					
8. En mi familia estamos acostumbrados a discutir nuestros problemas					
9. Mi familia es flexible en cuanto a las normas					
10. Mi familia me ayuda desinteresadamente					
11. En mi familia expresamos abiertamente nuestras emociones					
12. Me siento parte de mi familia					
13. Cuando me enojo con algún miembro de la familia se lo digo					
14. Mi familia es indiferente a mis necesidades afectivas					

15. Las tareas que me corresponden sobrepasan mi capacidad para cumplirlas	
16. Cuando tengo algún problema, se lo platico a mi familia	
17. En mi familia nos ponemos de acuerdo para repartir los quehaceres de la casa	
18. En mi casa expresamos abiertamente nuestro cariño	
19. Me siento apoyado(a) por mi familia	
20. En casa acostumbramos expresar nuestras ideas	
21. Me duele ver sufrir a otro miembro de mi familia	
22. Me avergüenza mostrar mis emociones frente a mi familia	
23. Si falla una decisión, intentamos una alternativa	
24. En mi familia hablamos con franqueza	
25. En mi casa mis opiniones no son tomadas en cuenta	
26. Las normas familiares están bien definidas	
27. En mi familia no expresamos abiertamente los problemas	
28. En mi familia, si una regla no se puede cumplir, la modificamos	
29. Somos una familia cariñosa	
30. En casa no tenemos horario para comer	
31. Cuando no se cumple una regla en mi casa, sabemos cuales son las consecuencias	
32. Mi familia no respeta mi vida privada	
33. Si estoy enfermo mi familia me atiende	

34. En mi casa cada quien se guarda sus problemas					
35. En mi casa nos decimos las cosas abiertamente					
36. En mi casa logramos resolver los problemas cotidianos					
37. Existe confusión acerca de lo que debemos hacer cada uno de nosotros dentro de la familia					
38. En mi familia expresamos la ternura que sentimos					
39. Me molesta que mi familia me cuente sus problemas					
40. En mi casa respetamos nuestras reglas de conducta					

Anexo 5

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN
PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN CLINICA

Lugar y Fecha: San Luis Potosi, San Luis Potosi

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado: Depresión postparto y su relación con el funcionamiento familiar en mujeres adscritas a la Unidad de Medicina Familiar no. 45 de San Luis Potosí.

Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el número: **R - 2008 – 2402 - 17**

El objetivo del estudio es: Determinar la relación ente la depresión postparto y el funcionamiento familiar en mujeres adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No. 45 del Insituto Mexicano del Seguro Social en San Luis Potosí.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: Llenar una hoja de datos generales y dos cuestionarios (uno de 10 y otro de 40 preguntas).

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes: Ninguno

El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se

llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.

El Investigador Responsable me ha dado seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Testigo

Nombre y firma del paciente

Investigador: Carlos Alberto Moreno Treviño
Médico Residente de la Especialidad en Medicina Familiar

Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio: celular 044- 811-177-63-17