



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACIÓN

SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE
MEXICO Y MUNICIPIOS

HOSPITAL REGIONAL NEZAHUALCOYOTL ISSEMYM
ESTADO DE MEXICO

**ANALISIS DE LA ETAPA DEL CICLO FAMILIAR Y
FACTORES ASOCIADOS A DEPRESION POSTPARTO**

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. NANCY MARIA DE JESÚS LÓPEZ TORRES

Ciudad Nezahualcóyotl, Estado de México

2013.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ANALISIS DE LA ETAPA DEL CICLO FAMILIAR Y FACTORES ASOCIADOS A DEPRESION POSPARTO

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

NANCY MARIA DE JESUS LOPEZ TORRES

AUTORIZACIONES:

DR. LIBRADO CARLOS BARNAD ROMERO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR EN
HOSPITAL REGIONAL ISSEMYM NEZAHUALCOYOTL

DR OSCAR BARRERA TENAHUA.
ASESOR METODOLÓGIA DE TESIS

M.E. CLAUDIO MANUEL CRUZ FIERRO
DIRECTOR DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

ING. JOANNA PATRICIA GALINDO MONTEAGUDO
JEFA EL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION E INOVACION EDUCATIVA EN
SALUD



CIUDAD NEZAHUALCOYOTL ESTADO DE MÉXICO 2013

**ANALISIS DE LA ETAPA DEL CICLO VITAL FAMILIAR Y
FACTORES ASOCIADOS A DEPRESION POSPARTO**

**TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA. NANCY MARIA DE JESÚS LÓPEZ TORRES

AUTORIZACIONES



DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

**ANALISIS DE LA ETAPA DEL CICLO FAMILIAR Y
FACTORES ASOCIADOS A DEPRESION POSTPARTO**

INDICE

Marco Teórico.....	1
Síntesis Histórica.....	1
Epidemiología.....	7
Etiología.....	10
Clasificación.....	11
Fisiopatología.....	15
Cuadro Clínico.....	18
Evaluación y Diagnostico.....	21
El Ciclo vital de la Familia.....	22
Tratamiento.....	25
Medidas preventivas.....	29
Pronóstico y evolución.....	31
Escalas de Estudio (Edimburgo).....	31
Familiograma.....	34
El Apgar Familiar.....	43
Planteamiento del Problema.....	47
Justificación.....	48
Objetivo.....	49
Objetivo General.....	49
Objetivo Especificos.....	49
Material Y Métodos.....	50
Tipo de Estudio.....	50
Población, Lugar Y Tiempo.....	50
Muestra.....	50

Criterios.....	50
Criterios de Inclusión.....	50
Criterios de Exclusión.....	51
Criterios de Eliminación.....	51
Variables Definición Conceptual y Operativa delas Variables.....	51
Propósito de la Investigación.....	53
Grupo de Investigación.....	53
Tipo de Muestra.....	53
Instrumentos para la Recolección de Datos.....	54
Método de Recolección de Datos.....	56
Recursos Humanos.....	56
Recursos Materiales.....	57
Recursos Financieros.....	57
Análisis de la Información.....	57
Consideraciones Éticas.....	58
Resultados.....	65
Discusión.....	72
Conclusiones.....	76
Referencias Bibliográficas	78
Anexos.....	82
ANEXO 1.Carta de Consentimiento informado.....	83
ANEXO 2.Cuestionario de datos Sociodemográficos.....	84
ANEXO 3.Escala de Edimburgo.....	85
ANEXO 4.Familiograma.....	86
ANEXO 5.Apgar Familiar.....	87

1. MARCO TEORICO

1.1 Síntesis Histórica

A lo largo de la historia existen múltiples referencias a la melancolía, equivalente a lo que hoy llamamos depresión, y a la manía, entendida como un estado de agitación y delirio. Algunos de los padres de la medicina como el griego Hipócrates, en el siglo V a.C. o el romano Galeno en el siglo I a.C. relacionaban la tristeza a la bilis negra, uno de los cuatro humores del cuerpo según las teorías predominantes de la época. Más adelante en el siglo I d.c, Areteo de Capadocia, también griego, fue el primero en considerar la manía y la melancolía como trastornos relacionados. En sus textos indicaba que "algunos pacientes después de estar melancólicos cambian su estado hacia la manía [...] por eso esta manía es probablemente una variedad del estado melancólico". ⁽¹⁾

Ya en la Edad Media, la medicina se sumió en el oscurantismo y la superstición. La enfermedad mental es la que peor parada salió de este ciclo de la historia ya que cualquier trastorno del comportamiento se teñía de tintes demoniacos.

En el Renacimiento, considerado 'la edad de oro de la melancolía'. Muchos autores recorrieron con detalle la evolución de la depresión y llegaron a considerar el sufrimiento de este estado una característica de la profundidad del espíritu humano. Algunos médicos contemplaron la idea de que la melancolía estaba relacionada en ciertos casos con la manía y que ambas tenían el mismo origen y la misma causa. ⁽²⁾

Hipócrates, quien en el año 700 A. C. los describía en detalle. También habría que citar los textos de Galeno, Celcio y otros. Hipócrates, el Padre de la Medicina, desde el año 460 a.C. pudo observar en algunas madres un cambio drástico en la personalidad al dar a luz. Fue apenas hace 30 años que los enormes avances en las investigaciones del cerebro han revelado que durante el embarazo y después del parto hasta el 20% de las madres atraviesan por fuertes transformaciones

emocionales e impredecibles, principalmente de carácter hormonal, que producen cambios en la química del cerebro, los cuales provocan alteraciones en el estado de ánimo.⁽¹⁾

En los siglos XVIII y XIX, la literatura médica alemana y francesa introdujo los primeros reportes sistemáticos de casos sobre locura puerperal. En el año 1818, Jean Esquirol realizó la primera descripción detallada de 92 casos de psicosis puerperal. En 1829, Robert Gooch, reportó la psicosis puerperal en su informe Enfermedades propias de las mujeres. En 1856, el médico francés Victor Louis Marcé, en su libro *Traite de la Folie des Femmes Enceintes*, caracteriza de manera sistemática la enfermedad mental durante el posparto. Este médico fue el primero en sugerir que los cambios fisiológicos durante el puerperio influían en el estado de ánimo materno. En 1969, B. Pitt caracterizó un tipo de depresión leve asociada al posparto⁽⁴⁾.

El embarazo es un evento fisiológico que pueden presentar diferentes complicaciones dentro de ellas se encuentran las de tipo psicológico, para que este último ámbito se vea involucrado en una forma negativa hacia la salud de la paciente, entre ellos se encuentran la forma de pensar de las diferentes culturas y las diferentes épocas. El panorama familiar en el que se halla desarrollado la paciente; es decir, las mujeres que crecieron en una ambiente en el que la madre describe el embarazo y parto como un evento angustioso y lleno de dolor, tienden a tener embarazos y/o partos difíciles.⁽⁷⁾

También influyen los antecedentes emocionales de la mujer, debido a que mujeres que han presentando inestabilidad emocional, con más facilidad presentarán problemas durante esta etapa, debido a la tensión adicional que trae consigo el embarazo. La situación en la que se presente el embarazo es determinante para la actitud que la mujer tenga durante su gestación, parto y puerperio, por ejemplo si el embarazo fue planeado o no, la relación con la pareja, situación económica, la dinámica familiar en la que se encuentre en esos momentos; esto último influenciado en la actualidad por el doble rol de la mujer en nuestra sociedad quien se encuentra en su rol tradicional de ama de casa, cuya principal función

es la procreación y el cuidado de los hijos, y por otro lado la mujer cada vez más se interesa en abarcar otras actividades profesionales y laborales, lo que las coloca en una nueva disyuntiva con respecto a la maternidad.⁽³⁾

Además de todos estos factores que ya se emocionaron existen aspectos propios del embarazo que va afectar la evolución emocional de la mujer. El embarazo es un estado biológico que causa cambios físicos y químicos, estos tienen una gran influencia en las conductas y emociones de la mujer, lo que determina lo que en 1972 el analista norteamericano comentara como “personalidad de la embarazada”.....El embarazo revive conflictos psicológicos de fases de desarrollo previas al embarazo, estado que describiría como crisis maduracional, si esta crisis que se presenta es bien aprovechada, se pueden resolver antiguos conflictos, logrando así un crecimiento psicológico.....una vez que la mujer es madre, ya no puede volver a ser una unidad simple otra vez, Bibring.⁽¹³⁾

Las mujeres que presentan tendencia a presentar la depresión posparto, presentan una personalidad caracterizada por introversión, pasividad y narcisismo.⁽¹³⁾ esto relacionado a el cambio fisiológico de un aumento importante de la progesterona; aumento que varia a lo largo del embarazo; a través de los nueve meses del embarazo la mujer se enfrenta a situaciones emocionales distintas, emociones que cambian según el trimestre del embarazo; en el “ Primer Trimestre , es normal que la mujer se sienta confusa y ambivalente ante sus sentimientos con respecto el embarazo y a su rol de madre, puede sentirse ansiosa por la responsabilidad que esto implica.⁽¹⁴⁾

La capacidad de la embarazada para manejar estas tensiones va a depender de su estructura de personalidad, del tipo de presiones que rodea a el embarazo y de la calidad de apoyo que reciba durante y posterior a este.

En el “Segundo Trimestre” este periodo se caracteriza por ser el más estable. El temor aun posible aborto pasa, asi mismo, los malestares del inicio del embarazo como son nausea, vomito, cefalea, astenia y somnolencia. En el último trimestre el embarazo puede ser vivido como una experiencia de plenitud y orgullo. A veces

se presentan momentos de ansiedad ante la eminencia del parto que este se presente inesperadamente y temor a la separación del bebe; y por otra parte el cambio de la imagen corporal es totalmente distorsionada lo que provoca un sentimiento de baja autoestima de culpa e incluso de horror.⁽¹⁴⁾

La Etapa del parto implica una experiencia de reto que es encarada de diferentes maneras, por el contexto cultural y familiar que ya mencionamos. Aunque actualmente la interrupción del embarazo mediante la cesárea es un evento relativamente común en el mundo. “Desde 1970, se ha planteado que ésta vía de interrupción pudiera estar asociada con consecuencia psicológicas negativas para las mujeres, incluyendo al depresión posparto, Sin embargo diferentes estudios no han podido encontrar una asociación entre una asociación entre cesárea y depresión posparto.”⁽¹⁵⁾

Reva rubin (1967) divide los cambios emocionales que ocurren durante el puerperio en tres fases: 1) la incorporación: dura de 2 a 3 días, durante los cuales la madre está muy pendiente de sus propias necesidades. 2) Encargarse: comienza un nuevo estilo de vida, pueden existir sentimientos de inadecuación, se le es problemático realizar actividades maternas y esta etapa dura alrededor de 10 días. 3) Y por último la etapa llamada “deja ir” durante nueve meses la madre y el neonato convivieron íntimamente el nacimiento del bebe implica una perdida para la madre.⁽¹³⁾

Todos estos desordenes afectivos se enfatizan más comúnmente en el período post parto, fluctuando desde una mínima y transitoria tristeza y sentimiento de minusvalía pos parto, experimentándose en un 50-80% de las mujeres y hasta el 1% de las mujeres presentan un cuadro de psicosis.⁽¹⁾

La depresión posparto consiste en el desarrollo de un conjunto de síntomas, en la madre, posteriores al nacimiento de su hijo. A veces esta depresión puede tener una fácil explicación, bien porque el hijo no ha sido deseado o porque es anormal. Estas mujeres experimentan una de las complicaciones más frecuentes del parto, la depresión posparto, un trastorno que en la actualidad sufren en silencio un gran

número de mujeres ⁽⁴⁾. Por definición, la depresión debe estar presente por más de dos semanas para ser distinguida del baby blues. La depresión postparto, la cual afecta de 8 a 15% de las mujeres, puede ocurrir después de algún tiempo, pero más frecuentemente se presenta de la segunda a la tercera semana después del parto y puede durar hasta un año. ⁽¹²⁾

Po ello el Tener un hijo debería de ser motivo de alegría, sin embrago en algunas mujeres, el ser madre también puede genera cambio biológicos, psicológicos y sociales estresantes que generan el ambiente idóneo para desarrollar la depresión posparto. ⁽⁷⁾ Es normal que se necesite tiempo para adaptarse a las exigencias y los cambios que conlleva el oficio de ser padres, pero aproximadamente una de cada 10 nuevas madres presenta una depresión grave y desarrolla síntomas al cabo de 6 meses del parto (depresión posparto). ⁽⁹⁾

Pese a que existen problemas metodológicos en los hallazgos epidemiológicos que han sido reconocidos por los investigadores, todos coinciden en que las cifras de depresión en las mujeres duplican a las de los hombres. Algunos investigadores señalan que la explicación puede encontrarse en los diferentes estilos de vida que practican los varones y las mujeres, entre los que se incluyen la inestabilidad en la pareja, los acontecimientos estresantes, el nacimiento de los hijos, el abuso de drogas, la presencia de una enfermedad crónica. El reconocimiento de los factores sociales como detonantes de los cuadros depresivos debe retomar de manera especial el tema del género en el sentido relacional, es decir, como interactúan mujeres y hombres en diferentes circunstancias, para que podamos dar cuenta de los aspectos simbólicos que nuestra cultura va inscribiendo en los comportamientos diferenciados entre hombres y mujeres que se producen y reproducen en la vida cotidiana. ⁽¹⁴⁾

La diferenciación del capital simbólico femenino vs masculino al que ha llevado la división sexual del trabajo, repercute definitivamente en la construcción emocional y corporal de las personas. De esta manera, suponemos que cierto tipo de expresiones emocionales, formas de relacionarse y comportamientos que dan cuenta de la subjetividad y la identidad de género es fundamental para entender

que los hombres y las mujeres manifestarán padecimientos distintos en tanto que la enfermedad también es una construcción social al igual que el género.⁽¹³⁾

El proceso gestacional se caracteriza por profundos cambios físicos y psíquicos que tienen lugar en las relaciones de la mujer consigo misma, con su pareja, sus padres y el medio social en general. Lo que permite conceptualizar a este periodo como una etapa de crisis del desarrollo dentro del ciclo vital femenino. Los cuadros depresivos dentro de este proceso pueden pasar desapercibidos o manifestarse de forma aguda y reactiva, por lo que el diagnóstico debe ser claro y el tratamiento adecuado a las especificaciones diagnósticas de cada caso.⁽¹¹⁾

Así es posible observar a la depresión puerperal o depresión posparto, como un fenómeno complejo de etiología variada y con factores de riesgo identificables en función de investigaciones previas.⁽¹⁰⁾ Dicha depresión exige la comprensión del proceso gestacional y la resolución del mismo, ligado a un fenómeno patológico que será matizado por las condiciones de vida por las que pasa la nueva madre.⁽⁸⁾

Sin embargo, la depresión posparto puede desarrollarse aun cuando el amor por el recién nacido sea intenso. En estos casos, la madre teme desesperadamente perder a su precioso bebé por no cuidarlo bien, porque no se desarrolle adecuadamente, por una infección o bien teme que muera súbitamente. Un simple catarro puede causar una gran preocupación. La madre puede obsesionarse con el peso del bebé y alarmarse si llora demasiado o incluso si pasa mucho tiempo en silencio, llegando a pensar: ¿habrá dejado de respirar? Es frecuente que la paciente desee ser constantemente tranquilizada por su pareja, su familia, su médico o cualquier otra persona.⁽¹⁶⁾ Dentro de la ansiedad que se presenta en esta patología, también puede hacer a la madre preocuparse por su propia salud. Puede sentir pánico cuando su pulso se acelera o si tiene alguna palpitación, llegando incluso a pensar que tiene algo malo en el corazón o que está al borde de un accidente cerebrovascular. En ocasiones se siente tan debilitada que piensa que tiene alguna enfermedad terrible y que nunca volverá a tener energía de nuevo [...] El temor de quedarse sola con todas estas preocupaciones puede dar

lugar a que incluso la mujer más capaz se sienta tan indefensa que no desee que su marido vaya al trabajo. ⁽²⁴⁾

Se ha estudiado el impacto de la depresión materna sobre el amamantamiento y actitudes hacia la crianza. Las madres deprimidas tienen más dificultad con el amamantamiento y manifiestan más incapacidad para percibir las necesidades, señales y problemas del bebé. Logran menor satisfacción y placer mutuo en el amamantamiento. El desarrollo emocional y cognoscitivo de los bebés se ve negativamente afectado, porque sus madres son poco responsivas a las señales de sus bebés, a través de afecto embotado o de retirada ⁽²³⁾

1.2 Epidemiología

Los trastornos mentales tienen un fuerte impacto sobre la vida de los individuos, las familias y la sociedad. Se calcula que más de 20% de la población mundial padecerá algún trastorno afectivo que requerirá tratamiento médico en algún momento de su vida. El Informe Mundial sobre la Salud de 2001 refiere que la prevalencia de depresión en el mundo es de 1.9% en los hombres y de 3.2% en las mujeres; la prevalencia para un periodo de 12 meses es de 5.8% y 9.5%, respectivamente. El estado de ánimo es uno de los factores que determinan cómo se relacionan las personas con la familia, los compañeros de trabajo y los amigos. ⁽³⁰⁾

La etapa del embarazo corresponde a un cambio vital trascendente para la vida de la mujer y de su grupo familiar, en la cual se produce un alto estrés que pone en juego las capacidades de adaptación individual y grupal. “De acuerdo con las proyecciones de población, se espera que en 2013 sean 3 352 000, representando 84.3% de la población femenina.3 De 33 millones de derechohabientes adscritos al sistema médico familiar nacional en 2005, los adolescentes concentraban 14% de la población bajo responsabilidad institucional con 4.6 millones, de los cuales 51% era mujer”. ⁽³⁰⁾

La depresión posparto es un trastorno frecuente, que puede tener efectos profundos a corto y a largo plazo sobre la morbilidad materna, el recién nacido y la familia en conjunto. La Depresión es una de las enfermedades de mayor

relevancia en la Salud Pública, uno de cada seis adultos experimenta depresión en el curso de su vida, es la cuarta causa mayor de carga de enfermedad a nivel global (morbilidad + mortalidad) y casi el 90% de los pacientes deprimidos presenta alteraciones de moderadas a severas en el trabajo, el hogar, las relaciones o el funcionamiento social. La importancia que reviste la depresión radica en que, siendo un cuadro de alta prevalencia, produce sufrimiento al individuo y al entorno, implica altos niveles de discapacidad, ocasiona aumento consultas médicas y psicológicas, disminuye la sobrevivencia general y es una enfermedad que recurre en la mayoría de los pacientes. ⁽¹¹⁾

La OMS reconoció que en el ámbito mundial 450 millones de personas padecen depresión de forma general y la ENEP encontró que en México entre 15 y 20% de los habitantes está en riesgo de padecerla. Presentándose una mayor prevalencia en las grandes ciudades y en el género femenino por factores fisiológicos asociados; de tal forma que los problemas emocionales son mayormente resentidos por las mujeres quienes, de acuerdo con la ENEP, en 2000 en México sumaron alrededor de 11 millones con cuadros depresivos. En el caso de los varones, las cifras alcanzan los siete millones, es decir, las mujeres los presentan 1.6 veces más que los hombres. ⁽⁶⁾

Los médicos también señalan que los factores hormonales constituyen una de las causas por las que la depresión se da en la mujer con una frecuencia casi del doble que en los varones. Específicamente se señalan los trastornos en el ciclo menstrual, el embarazo, el parto y el puerperio o periodo posparto, el climaterio y la menopausia. ⁽⁷⁾ Lo que habría que tener en cuenta es que las mujeres suelen experimentar altos niveles de estrés cuando combinan el mantenimiento de un empleo y las responsabilidades domésticas; cuando tienen a su cuidado niños pequeños, enfermos y ancianos. Estas cargas se incrementan cuando se trata de mujeres solas. ⁽⁹⁾

Perse el estado de embarazo implica cambios fisiológicos importantes en la mujer así mismo en el ámbito psicológico e implica niveles de estrés importantes al adquirir nuevas y desafiantes responsabilidad a las ya mantenidas en su vida cotidiana como ama de casa y en la actualidad como empleada o profesionista.

Para el caso mexicano, la prevalencia de depresión en mujeres informada es de 4.1% dato que no varía mucho con lo informado en otros países⁽¹³⁾ En cuanto a la depresión posparto, presenta una prevalencia de 19.3% en la segunda semana después del parto y de 22.5% a las cuatro semanas del mismo.⁽¹⁴⁾ Por lo que es observable un incremento importante en los porcentajes de prevalencia para la depresión posparto, en contraste con los otros cuadros depresivos. Ésta es una de las razones fundamentales que orillan a buscar delimitar los puntos de corte adecuados, mediante instrumentos válidos y confiables⁽²³⁾

Es por ello que la depresión post-parto es un problema de salud, que a nivel mundial con una prevalencia entre 10 y 15%. La depresión posparto tiene una frecuencia a nivel mundial del 8 al 25% en México el Instituto Nacional de Perinatología (INP), reportó en el año 2001 una prevalencia del 21.7% de depresión posparto. En clínicas de primer nivel de atención no se tienen datos estadísticos de dicha patología lo que provoca que la detección de este trastorno sea difícil y que su incidencia se encuentre subestimada y que muchas de estas pacientes pasen desapercibidas. En México la prevalencia se estima 19.3% en la segunda semana posparto y de 22.5% en la cuarta semana⁽⁸⁾

El 17 de marzo de 2010 el instituto mexicano del seguro social, IMSS, publicó que hasta el 20 por ciento de las mujeres que dan a luz padecen depresión post-parto⁽⁸⁾. Diversos estudios muestran entre un 5% y 25% de prevalencia pero las diferencias metodológicas de esos estudios hacen que la verdadera tasa de prevalencia no esté clara. Por lo que de forma global se estima que en México hasta 400 mil mujeres al año sufren algún nivel de depresión perinatal; lo alarmante es que en un alto porcentaje de casos queda sin ser reconocido, diagnosticado ni tratado y las madres afectadas viven su maternidad en la ignorancia, tristeza u absoluta soledad con efectos devastadores tanto para ellas como para sus hijos, su familia y su entorno social; por todo ello es una de las más importantes causas de incapacidad y de alta probabilidad de generar el suicidio⁽⁹⁾.

1.3 ETIOLOGIA

Existen varios factores causantes de la depresión post parto que se clasifican en biológicos (ej., Problemas genéticos, Antecedentes médicos depresivos, complicaciones durante el embarazo, tipo de obtención del producto: cesárea ó parto, síndrome anémico entre otros) y psicológicos (ej., Historia previa de depresión, problemas de diversas causas) ⁽⁸⁾.

La mayoría de los casos de depresión postparto surgen en el primer mes tras el parto, aunque en ocasiones este trastorno puede dar la cara 6 meses más tarde.

Aun la información de porqué las mujeres desarrollan depresiones postparto como para poder estar seguros de quien la desarrollará y quien no; aun no es insuficiente y se relacionan varios factores para su desarrollo uno muy importante es LA FAMILIA, el contexto familiar las relaciones dentro de esta, las cuestiones económicas sociales y culturales de cada una de ellas que se ven implicadas en el mismo. Probablemente no existe una causa única sino más bien diferentes tipos de estrés que pueden tener la misma consecuencia o que pueden actuar conjuntamente. Entre esos “factores de riesgo” están:

- Una historia previa de depresión (especialmente de depresión postparto).
- Una falta de apoyo por parte de la pareja.
- Un bebé prematuro o con cualquier tipo de enfermedad.
- El que la nueva madre hubiera perdido a su madre cuando era niña.
- Una acumulación de acontecimientos vitales adversos, como el fallecimiento de un ser querido, la pérdida del empleo de la paciente o de su pareja, problemas económicos, problemas de vivienda, etc. ⁽⁷⁾

Sin embargo, una mujer puede sufrir una depresión postparto sin que se aprecie ninguna razón obvia para la misma.

1.4 CLASIFICACION

Dentro de la clasificación de los trastornos mentales, la depresión se ubica como una alteración del estado de ánimo o un trastorno afectivo. El manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en su versión IV, 1 considera varios tipos de depresión, en función de la gravedad y cronicidad de sus manifestaciones sintomáticas (episodio depresivo, trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastornos depresivos no especificados). En el rubro de trastornos adaptativos, se consideran los "trastornos adaptativos" (agudos o crónicos) con estado de ánimo depresivo o mixto. Dicha entidad diagnóstica es claramente diferenciable de las otras entidades depresivas por su carácter de respuesta emocional a un factor estresante psicosocial, claramente identificable.⁽⁶⁾

La depresión Post-Parto la podemos clasificar según su duración, intensidad y su manera de expresión de tres tipos, de menor a mayor gravedad, en: Melancolía Post-Parto o "Baby Blue", Depresión Post-Parto y psicosis post-parto.⁽⁴⁾

1.4.1 *Post partum blues*

Este trastorno se define como una forma leve y transitoria de depresión que aparece entre el tercero y el séptimo día posparto, con una duración generalmente corta. Se trata de la alteración del estado de ánimo posparto más común, con una prevalencia de 75 a 80% de las nuevas madres y usualmente se resuelve sin ningún tratamiento. Se caracteriza por irritabilidad, tristeza, fatiga, accesos de llanto y labilidad emocional. El *post partum blues* es un fenómeno común en este período y puede durar hasta dos semanas. Por lo general, no requiere tratamiento farmacológico. Algunos estudios revelan que una mujer que presenta *postpartum blues* tiene una probabilidad de 20% de desarrollar depresión posparto^[10,12]. No se conoce cuánto se asocia el *post partum blues* a cambios hormonales posnatales; algunos estudios han sugerido que el *post partum blues* se relaciona con la caída en los picos de estrógenos y progesterona en el momento del parto^[5-7]. Se ha

asociado con síntomas depresivos, por que estas sustancias poseen gran afinidad por los receptores GABA, razón por la que poseen efectos ansiolíticos y anestésicos. Se ha observado que las mujeres con *post partum blues* presentan un mayor aumento de los niveles de progesterona en las últimas semanas del embarazo y durante el posparto, así como disminución de otras sustancias como el colesterol y los triglicéridos, que también se han asociado con cambios en el ánimo ^[8-11].

La segunda hipótesis se fundamenta en la activación del sistema biológico mamífero que relaciona a la madre con su hijo, regulado por la oxitocina. En situaciones normales, la oxitocina colabora con la conducta de apego entre madre e hijo. Sin embargo, ante la presencia de tensión emocional y pobre apoyo ambiental, puede relacionarse con síntomas depresivos y ansiosos, en especial, en mujeres más sensibles al estrés psicosocial. ^[12, 13]

El tratamiento consiste en tranquilizar a la madre, promover el acompañamiento por parte de la familia, vigilar la evolución de los síntomas y realizar psicoterapia de apoyo breve ⁽²⁷⁾.

1.4.2 Depresión posparto sin psicosis

Se estima que este trastorno se presenta en 10 a 15% de las mujeres en el período de posparto; este síndrome dura más tiempo que el *post partum blues* y tiene un mayor impacto en la familia. Se ha calculado que, en países como Estados Unidos, una de cada ocho mujeres presenta en su posparto tal patología. Esto significa que del total de mujeres en posparto, aproximadamente, un millón de mujeres por año presenta este tipo de depresión ^(4, 6, 16).

Los síntomas depresivos graves que se manifiestan de manera temprana (dos o tres días) sugieren el inicio de una depresión posparto. Estos síntomas incluyen anhedonia, ideas de minusvalía y culpa, llanto fácil, fatiga, insomnio o hipersomnias, dificultad para concentrarse e incapacidad para realizar las tareas maternas. Las mujeres con depresión posparto sin psicosis pueden tener

ideación suicida e ideas obsesivas comúnmente relacionadas con la posibilidad de hacerle daño al lactante ⁽¹⁷⁻¹⁹⁾. Se ha observado que la incidencia de depresión posparto presenta variaciones en función de la cultura. Es así que, en países y en situaciones en las cuales se provee apoyo psicosocial durante el embarazo, el parto y el posparto, la incidencia de este trastorno es baja ⁽²⁰⁾.

Entre los factores de riesgo y predicción que explican la aparición de la depresión posparto sin psicosis, se encuentran los siguientes: eventos estresantes previos al embarazo, historia de trastorno depresivo mayor o de trastorno disfórico premenstrual, historia familiar de trastornos del estado de ánimo, embarazo no deseado, historia de amenaza de aborto, parto pre término y parto por cesárea, el ser madre soltera o la disfunción de pareja, la baja autoestima materna, el bajo nivel socioeconómico, los embarazos no deseados o no planeados, y la imposibilidad de lactar o el cese temprano de la lactancia⁽²³⁻²⁶⁾. Además de la influencia de los factores ya mencionados, el inicio de los síntomas durante el embarazo, el temperamento del recién nacido, el bajo nivel educativo de la madre y anomalías o enfermedades del hijo o de la madre, se han relacionado con la presencia de síntomas depresivos persistentes después de seis meses de posparto.⁽²³⁾ Esta situación ocurre hasta en el 50% de los casos. Desde el punto de vista biológico, es posible que se presente una excesiva fatigabilidad, piel seca, intolerancia al frío y caída reciente del pelo. Sin embargo, debe descartarse el hipotiroidismo, el cual se presenta en 5 a 10% de las mujeres en el primer año posparto.⁽²⁷⁾

En cuanto a la causa de la depresión posparto sin psicosis, las teorías más acertadas hasta el momento son las que se relacionan con los cambios hormonales y las susceptibilidades específicas durante este período.⁽²⁸⁾

1.4.3 Depresión posparto con psicosis

Se encuentra presente en 1 a 2 por 1.000 mujeres. Generalmente, los síntomas inician entre la segunda y la tercera semana posparto, con una correlación con los

trastornos bipolares de 70 a 80% y una tasa de recurrencia de 30 a 50% ⁽¹⁷⁾, Entre sus características clínicas, se encuentran: labilidad afectiva, alucinaciones visuales, auditivas y táctiles, lenguaje desorganizado, desorientación, confusión, delirios y trastornos de sueño. ⁽⁷⁾

Las ideas delirantes generalmente tienen relación con el bebé e incluyen aspectos sobre malformaciones de éste, así como contenido místico-religioso. De manera frecuente, se observan conductas auto agresivas y violentas que pueden terminar en suicidio. ⁽¹⁸⁾.

Los factores de riesgo más importantes son: la historia de psicosis posparto previa, el trastorno afectivo bipolar y la historia familiar de psicosis posparto. Algunos estudios han encontrado relación entre la depresión posparto con psicosis y una respuesta exagerada de la hormona del crecimiento, cuando se aplica apomorfina durante el cuarto día posparto. ⁽²⁹⁾.

Esta sintomatología es de muy importante observación un estado psicótico en una mujer después del parto puede crear un ambiente de confusión; y esto es porque ellas no maltratan físicamente al niño en su mayoría, lo que es peor es que el maltrato puede ser psicológicamente, si a si es con su depresión, desesperación ante el llanto a diferencia de una madre común quien lo consolaría hasta calmar la ansiedad del bebe, en estas pacientes surge un sentimiento de ansiedad y posteriormente de haberle gritado o ser indiferentes ante su llanto llega un importante sentimiento de culpa llevando a agudizar su cuadro depresivo. Se pueden sentir como si lo fueran a hacer y se preocupan mucho por la posibilidad de hacer daño a sus hijos, aunque realmente nunca lo hacen. Para ser honestos, muchas mujeres sin depresión postparto han podido llegar a pensar en alguna ocasión "Creo que si sigue llorando lo voy a coger y lo voy a lanzar por la ventana". ⁽²⁹⁾ Las mujeres que "golpean" a sus bebés con frecuencia presentan graves trastornos emocionales que tienen su origen en su infancia. ⁽¹⁷⁾

Sin embargo, un bebé es herido o incluso asesinado, constituyendo un infanticidio, por una madre que presenta un trastorno mental grave en esos

momentos. Esta es una consecuencia trágica de la llamada “psicosis puerperal”, una enfermedad mental muy grave, aunque tratable, que puede aparecer a los pocos días del parto. La madre puede delirar y llegar a pensar que su hijo es el diablo y por eso tiene que acabar con él, ó puede tener ideas suicidas y decidir acabar no sólo con su vida sino también con la del recién nacido. La psicosis puerperal ocurre únicamente en uno de cada 500 partos y el infanticidio es afortunadamente muy raro⁽²¹⁾

1.5 FISIOPATOLOGIA

Entre los aspectos hormonales, se debe resaltar que el período posparto se caracteriza por un rápido cambio en los niveles circulantes de diferentes hormonas. Durante el embarazo, los niveles de estrógenos (estradiol, estriol, y estrona) y de progesterona presentan un aumento constante que, en parte, es el resultado de la producción placentaria de estas hormonas. Con la pérdida de la placenta durante el parto, los niveles de progesterona y estrógenos caen de manera abrupta y alcanzan los niveles previos al embarazo hasta el quinto día del posparto⁽³⁰⁾.

Esteroides gonadales. El estradiol y el estriol son las formas biológicamente activas de los estrógenos que son producidos en la placenta y aumentan durante el embarazo entre 100 y 1.000 veces, respectivamente. La síntesis del estriol resulta de la actividad metabólica del hígado fetal; éste se produce en altas concentraciones durante el embarazo. Los estudios en animales han demostrado que el estradiol incrementa la acción neurotransmisora de la serotonina, al aumentar su síntesis y disminuir su recaptación. La brusca disminución en los niveles de estradiol posterior al posparto, podría explicar teóricamente la depresión posparto. Sin embargo, si se comparan las mujeres con depresión con aquéllas sin depresión, algunos estudios no han mostrado una asociación significativa entre los niveles de estradiol total y estriol libre entre el final del embarazo y el puerperio.⁽²⁷⁾

Los niveles de B endorfina, hormona gonadotropina coriónica humana y cortisol también aumentan durante el embarazo y alcanzan su pico máximo cerca al término del embarazo y declinan en el posparto. Los niveles elevados de estrógenos durante el embarazo estimulan la producción de la globulina fijadora de hormona tiroidea, lo que conduce a un aumento en la fijación de T3 (triyodotironina) y T4 (tiroxina), así como a una caída simultánea de T3 y T4 libre. Consecuencia, la hormona estimulante de la tiroides (TSH) aumenta para compensar la baja cantidad de hormonas tiroideas libres. ⁽²⁸⁾ Los niveles de prolactina aumentan durante el embarazo y presentan un pico máximo en el momento del parto; en las mujeres que no lactan, éstos regresan a los niveles previos al embarazo a las tres semanas posparto. ⁽³¹⁾

Las Hormonas tiroideas. La incidencia de la función tiroidea anormal aumenta levemente después del parto. En los seis meses posteriores al parto, las mujeres experimentan algún tipo de disfunción tiroidea, entre un 7 y 23% comparado con un 3 a 4% en la población general. Aunque la disfunción tiroidea no ha sido identificada como un factor determinante en la mayoría de mujeres que desarrollan depresión posparto sin psicosis, puede jugar un papel importante en un subgrupo de mujeres. Un estudio prospectivo de 303 mujeres embarazadas, eutiroideas, muestra que 21 mujeres (7%) desarrollaron trastornos tiroideos posparto. La depresión posparto sin psicosis se identificó en 38% de esas mujeres y se resolvió con posterioridad al tratamiento ⁽¹⁰⁾. Durante el puerperio, algunas mujeres sin una clara disfunción tiroidea pueden tener algún grado de patología tiroidea. Se han encontrado anticuerpos tiroideos en 11,6% de las mujeres en el posparto. El efecto inmunosupresor de los niveles altos de cortisol durante el embarazo puede ser seguido de un fenómeno inmune de rebote después del parto, lo cual produce una alta incidencia de anticuerpos antitiroideos. ⁽³⁰⁾

En un estudio doble ciego, de 145 mujeres positivas y 229 mujeres negativas para anticuerpos, se encontró una relación entre la depresión y el estado de anticuerpos posparto. La disminución de la función tiroidea puede afectar el estado de ánimo en el posparto debido a su asociación con la disminución de los niveles

de la actividad de la serotonina central. Los niveles de serotonina se han correlacionado positivamente con los niveles de hormonas tiroideas ^(29, 30).

Las Hormonas hipofisarias. Los niveles de prolactina alcanzan valores hasta de 140 ng/ ml al final del embarazo y declinan a las tres semanas posteriores al parto. Se ha sugerido que la prolactina juega un papel en esta entidad, por cuanto, como resultado de observaciones a mujeres no embarazadas que presentan síntomas de ansiedad y depresión, se ha encontrado una relación con estados de hiperprolactinemia patológica. Sin embargo, diversos estudios muestran resultados contradictorios. La oxitocina y la vasopresina no se han relacionado con la depresión posparto. ⁽²⁹⁾

El Cortisol. Los niveles de cortisol registran su pico máximo al final del embarazo debido a la producción placentaria de corticoliberina (CRH), niveles que caen bruscamente en el momento del parto. Diversos estudios no han podido demostrar la asociación entre el cortisol plasmático o urinario y la depresión posparto, por cuanto estas mediciones carecen de valor diagnóstico dado que dichos niveles se encuentran fisiológicamente elevados en el embarazo y en el posparto. Algunos autores sugieren que los altos niveles de cortisol que se registran durante el embarazo, como resultado de la producción de CRH, después del parto producen supresión en la glándula suprarrenal y, si ésta es demasiado sostenida y grave, puede contribuir a los cambios en el estado de ánimo ⁽²⁹⁾. Además, no hay una correlación en los resultados de la prueba de supresión de la dexametaxona en el posparto, ya que esta prueba está alterada hasta en 80% de estas mujeres, posiblemente por la hipercortisolemia ya mencionada ⁽³¹⁾. Finalmente, también se encuentran estudios que señalan que, durante el quinto y el sexto día posparto, se registra una reducción de los niveles plasmáticos de triptófano, principalmente en las madres con baby blues, y que dicha reducción persiste hasta por seis meses en las madres deprimidas. Sin embargo, el administrar triptófano en el embarazo no previene la aparición de baby blues ni de depresión posparto sin psicosis.

1.6 CUADRO CLINICO

Aunque ya se describieron específicamente los signos y síntomas, de acuerdo a la clasificación, es importante tener presentes los datos más relevantes, que al estar presentes no se han desapercibidos por el personal de salud para detectar en oportunidad la patología en la mujer pos parto; dentro de ellos se comenta una lista siguiente: ⁽²¹⁾

- Tristeza ó profunda sensación de vacío, aturdimiento emocional ó apatía.
- Retraimiento de la familia, amigos ó actividades placenteras.
- Fatiga constante, trastornos del sueño, aumento exagerado ó pérdida del Apetito.
- Fuerte sensación de fracaso ó de ineptitud.
- Gran preocupación e inquietud por el bebé ó falta de interés en su hijo.
- Ideas suicidas; temor a hacer daño al bebé.

En la Psicosis posparto: es una enfermedad menos frecuente que suele presentarse como una forma grave de depresión posparto.

Los síntomas incluyen:

- Delirios (falsas creencias).
- Alucinaciones (oír voces o ver cosas que no son reales).
- Pensamientos de lesionar al bebé.
- Síntomas depresivos graves.

1.6.1 Tristeza

La tristeza es desde luego el síntoma más frecuente de la depresión postparto. Las pacientes se sienten bajas de ánimo, infelices y desgraciadas la mayor parte del tiempo aunque estos síntomas pueden empeorar en algún momento particular del día, como por las mañanas o por las tardes. En ocasiones, las pacientes pasan días malos y días buenos, siendo estos últimos realmente frustrantes ya que el día bueno previo hizo que se albergaran esperanzas de mejorar. A veces, a las

pacientes les parece que no merece la pena vivir, precisamente en unos momentos en que deberían sentirse muy alegres.⁽¹⁷⁾

1.6.2 Irritabilidad

La irritabilidad con frecuencia acompaña a la sensación de tristeza. La paciente puede estar irritable con sus otros hijos y ocasionalmente incluso con el recién nacido, aunque la mayoría de las veces lo está con su marido quien no suele comprender qué es lo que está pasando.⁽¹⁷⁾

1.6.3 Astenia y Adinamia

Todas las nuevas madres se sienten un poco abrumadas y fatigadas, pero la madre con depresión postparto se siente tan agotada que llega a pensar que padece alguna enfermedad física.⁽¹²⁾

1.6.4 Insomnio

Cuando por fin la madre se va a la cama puede que tenga dificultad para conciliar el sueño, o si duerme, puede que se despierte muy pronto, incluso aunque su pareja sea quien se ocupe de alimentar al bebé durante la noche.

1.6.5 Hiporexia

Las madres deprimidas generalmente no tienen ni tiempo ni ganas de comer lo cual contribuye a que se sientan malhumoradas y agotadas. Algunas madres deprimidas comen en exceso para aliviar su malestar psicológico y luego se sienten culpables y molestas con su gordura.⁽¹⁷⁾

1.6.6 Incapacidad para disfrutar

Lo que antes era un placer ahora no apetece y lo que antes interesaba ahora se convierte en aburrido. Esto es especialmente cierto en el caso de las relaciones sexuales. Algunas mujeres recuperan el interés por el sexo (si es que en algún momento lo perdieron) antes de que transcurran 6 semanas del parto, pero las madres con depresión postparto suelen rechazar cualquier contacto sexual lo cual puede generar tensión en la pareja.⁽¹²⁾

1.6.7 Desbordamiento

Las madres con depresión postparto tienen la sensación de no disponer de tiempo para nada, de no hacer nada bien y de no poder hacer nada para remediarlo. A estas pacientes les resulta realmente difícil el establecer nuevas rutinas para poder hacer frente al bebé y a la nueva situación que viven.⁽¹⁷⁾

1.6.8 Ansiedad

Suele ser aguda y se puede presentar en forma de temor a quedarse sola con el bebé por miedo a que este grite, no quiera comer, se ahogue, se caiga o se haga daño de cualquier otra forma. Algunas madres deprimidas perciben a su bebé como un objeto. En vez de sentir que han dado a luz a la criatura más cariñosa y adorable del mundo se sienten distantes de su hijo, al cual perciben como un pequeño ser misterioso y extraño, cuyos pensamientos (de tener alguno) son insondables y cuyas necesidades y emociones deben ser en algún modo satisfechas. La tarea de la nueva madre deprimida que todavía no se ha “enamorado” de su hijo es realmente dura. No obstante, el amor surge al final, cuando el niño es mayor y más interesante.⁽¹¹⁾

1.7 EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO

La depresión postparto requiere tratamiento, el cual usualmente consiste en consejo y posiblemente medicación. La psicosis postparto afecta cerca de una de cada 1000 mujeres. Para realizar el diagnóstico se requiere sospechar la presencia de depresión posparto sin psicosis, además de seguir de cerca a las madres con factores de riesgo y realizar un tamizaje a todas las nuevas madres durante la sexta semana posparto ⁽³¹⁾.

1.7.1 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

Es fundamental llevar una historia clínica detallada para el diagnóstico asertivo de la depresión posparto. Y para ello es de vital importancia la identificación oportuna de los factores de riesgo implicados dentro del desarrollo de dicha patología; aunque se han mencionado a lo largo del texto, a continuación se realizara la puntuación de los principales factores que influyen en la aparición de la depresión posparto. “Entre estos factores se han identificado, que los *factores de riesgo biológicos* más frecuentemente identificados en el diagnóstico de depresión posparto fueron la presencia de trastornos médicos durante el embarazo, la presencia de enfermedades del neonato (cardiopatías, malformaciones, prematuridad, entre otros), El tipo de intervención, a través del cual se obtiene a el producto, ya sea por parto vaginal o abdominal (cesárea)”⁽⁹⁾ “ igualmente, las mujeres con comorbilidad de abuso de sustancias y limitaciones funcionales importantes para el cuidado propio y el del infante”.⁽¹⁷⁾

En cuanto a los factores de riesgo *psicológicos* se presentan con un porcentaje del 79% de desarrollar depresión posparto paciente con antecedente personales patológicos con historia de ansiedad y depresión”, ⁽⁷⁾ Las ideaciones de la madre con respecto al suicidio o el infanticidio son indicación de una hospitalización inmediata. Y por otra parte con afectación importante dentro del contexto de redes de apoyo familiar. Recordando que la Familia es un sistema abierto, lo que implica, una gran variabilidad de fuerzas tanto internas como externas que tienden a la modificación de la homeostasis de dicho sistema; siendo la “familia,

quien juega un papel protagonista en el desarrollo de las personas ya que en ella se realizan los aprendizajes básicos para el desenvolvimiento autónomo en la sociedad. ⁽²⁸⁾

Y por último, al analizar *los factores de riesgo sociales*, se ha comprobado que entre estos se encuentran la procedencia demográfica implicada en el desarrollo de esta entidad, siendo de forma irrelevante el predominio de desarrollar la entidad en personas procedentes de zonas rurales que urbanas, otro factor es, el nivel educativo, en el cual, se ve con mayor afectación aquella población con nivel básico de educación (primaria y secundaria) que la población con estándares de educación superior, siendo los resultados paradójicos a este. Así mismo el rol que se encuentra desarrollando dentro de la sociedad, en el que presenta un mayor porcentaje de desarrollarla; una ama de casa que una persona empleada o profesionalista. ⁽¹⁵⁾

De tal motivo que es de real importancia detectar dentro del contexto familiar la etapa del ciclo vital que se encuentra implicada, para desarrollar depresión posparto; describiendo al ciclo familiar “conforme a las características de su evolución, durante la cual la familia se contrae a medida en que el entorno social con el cual está en contacto, al mismo tiempo que cada miembro de la misma se extiende.”⁽²⁹⁾ De tal forma que hablar de familia en la actualidad nos lleva a hablar de diversidad, desde esta perspectiva, la familia aparece como el mejor contexto para acompañar a la persona para transitar los cambios que implica necesariamente la vida, es decir el a través del ciclo vital.⁽²⁹⁾

1.8 EL CICLO VITAL DE LA FAMILIA

Además, el familiograma permite conocer en qué etapa del ciclo de vida familiar se encuentra la familia; como todo grupo humano tiene su inicio, desarrollo y ocaso; a semejanza del hombre que es engendrado, nace, crece, se desarrolla, reproduce y muere; la familia por su parte sigue un patrón similar: ⁽¹⁴⁾

- ✓ FASE DE MATRIMONIO
- ✓ FASE DE EXPANSION
- ✓ FASE DE DISPERSION
- ✓ FASE DE INDEPENDENCIA
- ✓ FASE DE RETIRO Y MUERTE

Este esquema propuesto por Geyman en 1980; es el que se utiliza con mayor frecuencia en México. ⁽¹⁴⁾

Matrimonio.- Inicia con la consolidación del vínculo matrimonial y concluye con la llegada del primer hijo a la familia. En esta etapa hay ajustes en la vida de pareja. ⁽¹⁴⁾

Expansión.- Es el momento en que a mayor velocidad se incorporan nuevos miembros a la familia. Esto genera la necesidad de una adecuada organización o coordinación entre la pareja para atender las necesidades de los hijos sin descuidar la relación en el sistema conyugal. ⁽¹⁴⁾

Dispersión.- Se caracteriza porque todos los hijos asisten a la escuela y se presenta el camino para la próxima independencia de los hijos mayores, los cuales se encuentran en plena adolescencia. En esta etapa los padres deben de ajustar sus pensamientos a los de los jóvenes, lo cual puede generar conflictos. ⁽¹⁴⁾

Independencia.- Se caracteriza porque los hijos de la familia han formado nuevas familias. En esta etapa los lazos entre padres e hijos debe de fortalecerse ante el riesgo del distanciamiento que pueda surgir; esto sin olvidar el respeto hacia las nuevas familias que están formando los hijos. ⁽¹⁴⁾

Retiro y muerte.- Esta etapa se caracteriza por los sentimientos de incertidumbre y nostalgia. Se presentan situaciones difíciles de afrontar como la incapacidad de

laborar, el desempleo, la falta de recursos y, en ocasiones, abandono por parte de los hijos. ⁽¹⁴⁾

Y es a través de estas fases que el paciente atraviesa por crisis, representando estas etapas innumerables oportunidades para el Médico Familia, como interventor, en la adaptación de la familia a lo largo del ciclo vital familiar y en particular estas etapas de crisis, por ejemplo; desde el probable beneplácito por un próximo embarazo, si ese fuese el contexto; hasta el manejo clínico y de apoyo emocional en el desarrollo de la patología de depresión posparto. ⁽¹⁵⁾

Es por ello que la depresión posparto debe diferenciarse del post partum blues que ocurre en una importante cantidad de madres en este período. Como, en general, los controles posparto los realizan médicos o personal no especializado en salud mental, se ha intentado entrenar al personal médico y realizar tamizaje con encuestas. En estas circunstancias, se ha evidenciado que tales procedimientos aumentan la probabilidad de un mejor acercamiento y tratamiento a los problemas mentales de los pacientes por parte del personal no especialista en el área ⁽³⁰⁾. Con ese fin, se utiliza como herramienta diagnóstica útil para depresión posparto, la escala de Edimburgo (Anexo 3). Esta herramienta se sustenta en un cuestionario fácil de diligenciar con 10 puntos, y se organiza en rangos de puntaje de cero a treinta. Los puntajes mayores de 10 señalan alto riesgo de depresión posparto ⁽¹⁷⁾.

La depresión posparto no debe ser considerada únicamente como un abatimiento, disminución en la energía o del estado de ánimo, sino que se trata, en gran medida, de una entidad diagnóstica claramente identificable que responde a diversos diagnósticos diferenciales y que debe ser atendida por los servicios de salud. La confusión diagnóstica de dicha entidad patógena puede traer consecuencias considerables a la madre y al hijo. Como se sabe, los diversos medicamentos antidepresivos, en su generalidad, están contraindicados durante el embarazo y la lactancia. Por lo que, si una madre es mal diagnosticada, será sometida a un tratamiento farmacológico innecesario, por lo que tendrá que suspender la lactancia de su hijo a cambio de un tratamiento injustificado. Ésta y

otras razones, tales como la elevada prevalencia que se ha informado de dicho diagnóstico en estudios en el mundo, hacen que este padecimiento deba ser estudiado en forma cuidadosa. ⁽¹²⁾

A si es que, la depresión posparto nos conlleva a reflexionar que no solamente se trata de una alteración hormonal y que implica de forma muy importante la alteración en el estilo de vida de una mujer; en todos sus ámbitos (biológico, psicológico y social). Estos hallazgos exigen que los servicios de salud mental desarrollen los instrumentos diagnósticos que proporcionen la sensibilidad y especificidad para un adecuado diagnóstico y atención de las pacientes con tal afección; y en caso de ya contar con tales; aplicarlos a la población para su identificación oportuna y tratamiento oportuno. ⁽²⁵⁾

1.9 TRATAMIENTO

1.9.1 TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

Los antidepresivos son la piedra angular del tratamiento de la depresión posparto. Un inhibidor selectivo de la recaptación de la serotonina debe administrarse de manera rápida, pues este tipo de agentes presentan un bajo riesgo de efectos tóxicos en caso de sobredosis. ⁽³¹⁾ La mayoría de los estudios existentes son ensayos abiertos; recientemente, se han realizado estudios controlados con placebo. Varios estudios han demostrado la eficacia de medicamentos como sertralina, paroxetina, fluoxetina y venlafaxina en el tratamiento de la depresión posparto sin psicosis ⁽²⁸⁾. La sertralina se considera como el antidepresivo de elección durante el embarazo, en virtud de su baja tasa de excreción en la leche materna y, generalmente, no se detecta en el plasma del neonato; tampoco se han reportado efectos adversos en el niño. ⁽²¹⁾

En un estudio se reportó que los niños que recibían lactancia de madres tratadas con fluoxetina ganaron menos peso. A diferencia de otros antidepresivos, la

fluoxetina tiene un metabolito activo (norfluoxetina) con una vida media larga (entre 6 y 16 días) y se han descrito cuadros de cólico del lactante después de la ingestión materna de este fármaco ⁽²⁴⁾. Otro antidepresivo considerado apropiado durante la lactancia es la paroxetina, ya que ha mostrado un bajo porcentaje en el niño, de la dosis ajustada de la madre (hasta 2,24%) y una media de concentración leche/ plasma de 0,96. Además, es poco probable que se detecte en el plasma del lactante, no se ha asociado a ningún efecto adverso y no posee metabolitos activos ⁽²⁵⁾. Los antidepresivos tricíclicos, excepto la doxepina, no se asocian con dosis significativas en los recién nacidos y no se presentan efectos agudos en éstos, en especial si son mayores de 10 semanas de edad. Los metabolitos de la doxepina sí se encuentran en el plasma de los niños y se relacionan con efectos en el recién nacido. ⁽²⁹⁾ La elección del tratamiento antidepresivo debe sustentarse en las características de la respuesta previa de la paciente a algún tipo de antidepresivo y en el perfil de efectos adversos. Se recomienda iniciar con la mitad de la dosis usual, con incremento de la dosis cada quinto día, debido a la hipersensibilidad de las mujeres a los efectos indeseables de los medicamentos durante este período; si es un primer episodio depresivo, se deben esperar cuatro semanas para evaluar la respuesta a este tratamiento y, si fue favorable y la paciente tiene antecedentes de episodios previos, se debe sostener por seis meses o más tiempo ⁽³¹⁾ La psicoterapia individual (terapia cognitiva comportamental y terapia interpersonal) y la psicoterapia de pareja, son elementos coadyuvantes que han mostrado eficacia en el tratamiento de este tipo de trastornos. ⁽²⁵⁾ En los casos en que la relación madre-hijo se note muy alterada las técnicas conductuales, como el entrenamiento de los padres y los masajes al recién nacido, pueden mejorar la interacción, pero no han mostrado ser efectivas para el para el tratamiento de la depresión ⁽²⁷⁾

Los datos preliminares sugieren que puede ser beneficioso el tratamiento con estrógenos solos o en combinación con antidepresivos. En mujeres con sintomatología grave y riesgo suicida alto, la terapia electro convulsiva es la estrategia más indicada ⁽²⁹⁾.

En cuanto al apoyo social se ha encontrado que las mujeres con poco apoyo social tienen mayor probabilidad de estar deprimidas a las 16 semanas posparto. El apoyo social es crítico para las madres de recién nacidos, tanto para su salud física como mental. La falta de apoyo tiene consecuencias fisiológicas, incluyendo un aumento en la inflamación, el cual aumenta la vulnerabilidad de la mujer a la depresión. El apoyo debe incluir diferentes tipos tales como: educacional, emocional, instrumental o técnico y de afirmación. El apoyo basado en un cuidado comunitario puede incluir visitas al hogar, seguimiento telefónico, consejeras pares y grupos de apoyo según la preferencia de la madre. ⁽²³⁾

1.9.1 TRATAMIENTO PSICOLOGICO Y PSIQUIATRICO

La oportunidad de poder hablar tranquilamente con un interlocutor simpático, comprensivo y no crítico, que puede ser un amigo, un familiar, un profesional o cualquier otra persona, puede significar una gran ayuda para la paciente.⁽⁷⁾

Los tratamientos psicológicos más especializados tales como la psicoterapia (mediante la cual intentará comprender la depresión en términos de lo que le ocurrió en el pasado) y la terapia cognitiva (que intentará hacerle sentir más positivo sobre sí mismo) constituyen también una gran ayuda y pueden ser solicitadas por su médico de cabecera a los profesionales de la Unidad de Salud Mental que le corresponda.⁽¹⁰⁾

Los médicos de cabecera no siempre prescriben tratamiento farmacológico para sus pacientes con trastornos emocionales. Sin embargo, en ocasiones la naturaleza de la depresión es tal que hace necesario un tratamiento con fármacos antidepresivos.⁽¹⁸⁾ Estos medicamentos:

- No son tranquilizantes ni estimulantes.
- No son adictivos, no crean dependencia.
- Necesitan dos semanas o más para empezar a hacer efecto.

- No hacen necesario el suspender la lactancia materna ya que entre los muchos antidepresivos disponibles existen algunos que no pasan a la leche materna y por tanto no afectarán a su hijo en absoluto.
- Necesitan ser mantenidos durante al menos 6 meses tras la depresión para reducir el riesgo de recaída. ⁽¹⁸⁾

Se desconoce si los antidepresivos son una elección segura y efectiva para el tratamiento de este trastorno. Por consiguiente, se realizó esta revisión para evaluar la efectividad de diferentes antidepresivos y comparar su efectividad con otras formas de tratamiento. Se identificó un ensayo controlado aleatorio pequeño que descubrió que la fluoxetina; fue un tratamiento efectivo para la depresión posparto y fue tan efectiva como la orientación conductual-cognitiva. Sin embargo, se necesitan más ensayos para investigar la efectividad de los antidepresivos a largo plazo en comparación con las intervenciones psicosociales, en particular en las mujeres que amamantan ⁽²⁵⁾

A muchas mujeres les parece más atractiva la posibilidad de recibir tratamiento con hormonas en lugar de con antidepresivos ya que consideran a éstas más naturales. Sin embargo, las evidencias disponibles sobre su eficacia son cuestionables y además no están exentas de efectos secundarios ⁽¹⁸⁾

La progesterona parece funcionar mejor en supositorios, mientras que los estrógenos se aplican actualmente en forma de parches en la piel. No existe duda de que muchas mujeres creen que el tratamiento hormonal que han recibido les ha beneficiado, pero todavía está por demostrar que este sea algo más que un placebo, es decir que la curación se produce más por la esperanza puesta en el tratamiento que por el propio tratamiento en sí. ⁽²²⁾

Las mujeres con depresión posparto pueden ser tratadas eficazmente con fluoxetina, que es tan efectiva como un ciclo de orientación conductual-cognitiva a corto plazo. Sin embargo, se necesitan más ensayos con un período de

seguimiento más prolongado para comparar diferentes antidepresivos en el tratamiento de la depresión posparto, y para comparar el tratamiento con antidepresivos con intervenciones psicosociales. Esta es un área que ha estado descuidada a pesar de la gran repercusión en salud pública descrita anteriormente.⁽¹⁸⁾

1.10 MEDIDAS PREVENTIVAS

La pregunta aquí, sería ¿Se puede prevenir la depresión posparto? La respuesta es, Si. Existen tres formas de prevención: detectar precozmente el trastorno, tratarlo rápidamente y evitar sus consecuencias. Estas recomendaciones están especialmente dedicadas a la detección y tratamiento precoz de la depresión postparto.⁽²¹⁾

- No intentar ser una súper mujer. El tener un hijo es un trabajo que puede exigir dedicación exclusiva, de forma que durante su embarazo intente reducir sus compromisos (si trabaja, asegúrese que se alimenta de forma suficiente y con regularidad y ponga los pies en alto durante la hora de la comida)⁽²¹⁾.
- No cambiarse de casa mientras se está embarazada, por lo menos hasta que el bebe tenga seis meses⁽²¹⁾
- Contar con redes de apoyo (amistad) con otras parejas que estén esperando un hijo o que lo hayan tenido recientemente. Entre otras cosas, esto le posibilitará el disponer de alguien que pueda cuidar a su hijo cuando lo precise.⁽¹⁸⁾
- Identificar a alguien en quien pueda confiar, es necesario disponer de algún amigo a quien acudir en caso de necesidad de hablar y de ser escuchada⁽²¹⁾
- Acudir a las clases preparto y comprometer a la pareja.⁽¹²⁾

Si se ha sufrido previamente una depresión, esto no significa que se vaya a tenerla de nuevo en el siguiente parto. Sin embargo, atrás el parto es necesario que se ponga en contacto con su médico de cabecera para que éste vigile la posible aparición de cualquier signo de recurrencia de la depresión postparto y así comenzar lo antes posible con el tratamiento.⁽¹⁷⁾

Una vez que el bebé haya nacido:

- Aprovechar cualquier oportunidad para descansar. Aprender a rechazar pequeñas siestas. Su pareja puede llegar a apoyar en alimentar al bebé por la noche, utilizando si usted lo desea incluso su propia leche extraída con anterioridad.⁽²¹⁾

- Alimentarse adecuadamente. Las ensaladas, los vegetales frescos, la fruta, los zumos, la leche y los cereales son alimentos muy adecuados para este momento y que además no necesitan de mucha cocina.⁽²¹⁾

- Encontrar tiempo para disfrutar con su pareja. Intente conseguir una niñera y salgan juntos a cenar, al cine, a ver unos amigos ó tomar una copa.⁽¹⁷⁾

- Intente intimar con su pareja, incluso aunque todavía no le apetezca tener relaciones sexuales completas, un beso, un abrazo, una caricia, o un mimo pueden ser bastante reconfortarles hasta que regrese el deseo sexual por completo.⁽²¹⁾

- No deberá ser consigo misma ni con su pareja, criticas destructivas. La vida se hace bastante dura en estos momentos y el cansancio y la irritabilidad de ambos puede conducir a discusiones frecuentes que no harán más que debilitar su relación en unos momentos en que esta debería ser más fuerte.⁽²¹⁾

•No temer pedir ayuda cuando la necesite. Acudir con un profesional de la salud lo antes posible. ⁽¹⁷⁾

1.11 PRONÓSTICO Y EVOLUCIÓN

La mayoría de las mujeres suelen mejorar en algún grado al cabo de semanas, meses o incluso uno o dos años. Sin embargo, esto es a costa de un gran sufrimiento injustificado. La depresión postparto hace de la maternidad una mala experiencia y dificulta la relación entre la pareja. De forma que lo mejor es detectar lo antes posible este trastorno para tratarlo precozmente. ⁽²²⁾

En unos estudios realizados para ver el riesgo de recurrencia de un episodio depresivo previo, tras la recuperación y con seguimiento a largo plazo (3 a 15 años tras la recuperación del episodio previo), muestran un porcentaje de recurrencia del 50% tras un primer episodio, de un 70% tras un segundo episodio y un 85% tras un tercer episodio. ⁽²⁶⁾ Así, La recurrencia se hace más probable con cada episodio de depresión. Lo anterior se encuentra altamente asociado con el grado de discapacidad que puede acarrear la depresión, grado que es significativamente resaltado por la OMS en sus proyecciones hacia el año 2020, incluyendo a la Depresión como una de las condiciones que se estima pueden acarrear problemas de salud, junto con enfermedades tales como las cardíacas, las cerebrovasculares y el VIH. ⁽²⁷⁾

1.12 ESCALAS DE ESTUDIO E IDENTIFICACIÓN

1.12.1 La Escala de Edimburgo

La Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) es la herramienta más efectiva en cuanto a mejorar el diagnóstico temprano de la depresión posparto. Es un instrumento de autoreporte, el cual ha sido validado en múltiples países,

Estimándosele una sensibilidad cercana al 100% y una especificidad de 82% para evaluar la intensidad de la depresión durante el posparto;. ⁽³¹⁾

1.12.2 ANTECEDENTES HISTORICOS

La Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgh se creó para asistir a los profesionales de la atención primaria de salud en la detección de las madres que padecen de depresión de post-parto; una afección alarmante más prolongada que la “Melancolía de la Maternidad”, lo cual ocurre durante la primera semana después del parto) pero que es menos grave que la psicosis del puerperio. Estudios previos demostraron que la depresión de post-parto afecta por lo menos a un 10% de las mujeres y que muchas de las madres deprimidas se quedan sin tratamiento. Estas madres logran sobrellevar la carga de su bebé y las tareas de la casa, pero su placer por la vida se ve gravemente afectado y puede que toda la familia sufra consecuencias a largo plazo. La EPDS se creó en centros de salud en Livingston y Edinburgh.⁽¹⁷⁾

1.12.3 CARACTERISTICAS GENERALES

Consiste de diez cortas declaraciones. La madre escoge cuál de las cuatro posibles respuestas es la que más se asemeja a la manera en la que se sintió durante la semana anterior (los últimos 7 días). La mayoría de las madres pueden contestar la escala sin dificultad en menos de 5 minutos⁽¹¹⁾. En varios estudios de validación se demostró que las madres que obtienen resultados por encima del umbral del 92.3% es más probable que padezcan de alguna enfermedad depresiva de diferentes niveles de gravedad. No obstante, no se le debe dar más importancia a los resultados de la EPDS que al juicio clínico. Se debe realizar una evaluación clínica prudente para confirmar el diagnóstico.⁽¹⁷⁾ La escala indica la manera en que la madre se sintió durante la semana anterior y en casos dudosos, podría ser útil repetirla después de 2 semanas. La escala no detecta las madres con neurosis de ansiedad, fobias o trastornos de la personalidad.⁽¹⁴⁾

1.12.4 CARACTERÍSTICAS DE APLICACIÓN

Este instrumento consta de 10 ítems con cuatro opciones de respuesta cada uno, las opciones tienen un puntaje que varía de 0 a 3 puntos, de acuerdo a la severidad de los síntomas, de modo que al final de la prueba, el puntaje varía entre 0 a 30 puntos. Su aplicación dentro de las 2 o 4 primeras semanas puede contribuir a una mejor efectividad en el diagnóstico precoz

Instrucciones de uso:

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

1.12.5 PAUTAS PARA LA EVALUACIÓN.

A las categorías de las respuestas se les dan puntos de 0, 1, 2 y 3 según el aumento de la gravedad del síntoma. Los puntos para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 se anotan en orden inverso (por ejemplo, 3, 2, 1, 0)⁽¹¹⁾

Se suman todos los puntos para dar la puntuación total. Una puntuación de 10+ muestra la probabilidad de una depresión, pero no su gravedad. Cualquier número que se escoja que no sea el "0" para la pregunta número 10, significa que es

necesario hacer evaluaciones adicionales inmediatamente y de forma multidisciplinaria como ya se ha venido mencionando a lo largo del estudio. Dentro de la sintomatología que evidencia la escala se encuentra: Disforia , la Ansiedad Sentimiento de culpa, Dificultad para la concentración, Ideación suicida. ⁽²⁷⁾

Es importante tener presente que la EPDS es un método de pesquisa para la depresión posparto, siendo el DSM-IV el método más exacto para el diagnóstico de esta entidad clínica. Según este último, el especificador de inicio en el posparto 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. ⁽³⁰⁾

La puntuación de la EPDS está diseñada para asistir al juicio clínico, no para reemplazarlo. Se les harán evaluaciones adicionales a las mujeres antes de decidir el tipo de tratamiento. ⁽²⁴⁾ Un esquema del constructo se muestra en el ANEXO 3.

1.13 EL FAMILIOGRAMA

El familiograma es una representación esquemática de la familia, la cual provee información sobre sus integrantes, en cuanto a su estructura y sus relaciones. El familiograma es utilizado desde hace muchos años atrás por varias disciplinas entre las cuales se le conoce también por otros nombres como genograma, árbol familiar, familiograma, etc. (...) en el se registra información sobre los miembros de una familia y sus relaciones sobre por lo menos tres generaciones. ⁽³⁾

Los genogramas muestran la información familiar en una forma que provee de un vistazo rápido de patrones familiares complejos y una fuente rica de hipótesis acerca de cómo un problema clínico puede estar conectado con el contexto familiar y la evolución del problema y del contexto con el tiempo. ⁽⁴⁾

El familiograma sirve a los profesionales del equipo de Atención Integral de Salud para evaluar los siguientes aspectos:

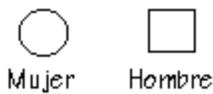
- a. La composición familiar: que miembros los componen, resaltando los que viven en el hogar.
- b. Las relaciones biológicas y legales
- c. Las relaciones afectivas
- d. Los problemas de salud o causas de fallecimiento.
- e. El tipo de ocupación o datos laborales de importancia.

Para el común de las personas, realizar un genograma puede resultar una interesante actividad para realizar en familia y estrechar aún más los lazos, junto con aprender de la historia y lo que tengan que decir los miembros de más edad.
(13)

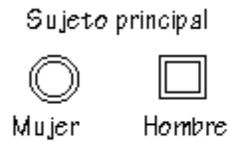
Al hacer un genograma se debe de tener presente los objetivo claros: quienes deberían ir (ej.: vínculos sanguíneos con una o dos personas clave) y quiénes no. En los genogramas con 3-4 generaciones llegar a las 100 personas o más.⁽¹³⁾

Lo principal de un genograma es la descripción gráfica de como los diferentes miembros de la familia están biológica y emocionalmente relacionados entre otros de una generación a la siguiente. Los símbolos utilizados en el familiograma, son internacionalmente aceptados.⁽³⁾ Ellos están dispuestos en una cierta configuración representando a las personas que constituyen la familia y líneas que los unen representan las relaciones entre los miembros de la familia, ya sean ellas relaciones de parentesco ó de distancia emocional.. Y este se forma mediante la representación gráfica por medio de los siguientes símbolos: ⁽¹⁾

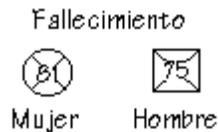
Cada miembro de la familia se representa como un cuadrado o círculo dependiendo de su género.⁽¹⁾



La persona clave (o paciente identificado) alrededor de quien se construye el genograma se identifica con una línea doble ⁽¹⁾

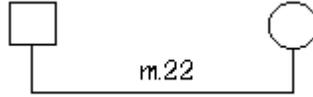


Para una persona muerta, una X se pone dentro del círculo, usualmente indicando la edad al fallecer. Las fechas de nacimiento y muerte se indican a la izquierda y la derecha sobre la figura. En genogramas extendidos, que alcanzan más de tres generaciones, los símbolos en el pasado distante usualmente no llevan una cruz, dado que están presumiblemente muertos. Sólo las muertes relevantes son indicadas en dichos genogramas. ⁽³⁾

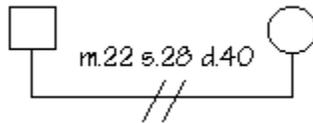
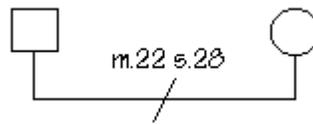


Matrimonios

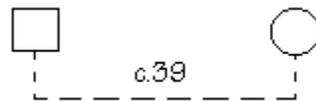
Los símbolos que representan miembros de la familia están conectados por líneas que representan sus relaciones biológicas y legales. Dos personas que están casadas están conectadas por una línea que baja y cruza, con el esposo a la izquierda y la esposa a la derecha. Una letra “M” seguida por una fecha indica cuando la pareja se casó. Cuando no hay posibilidades de confundirse de siglo, se indica sólo los dos últimos dígitos del año. ⁽¹⁾



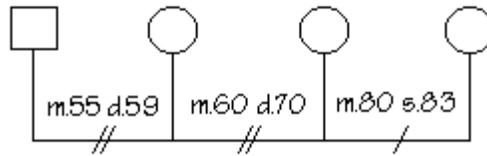
La línea que los une también es el lugar donde las separaciones y divorcios se indican, las líneas oblicuas significan una interrupción en el matrimonio: 1 diagonal para separación y 2 para un divorcio. ⁽¹⁾



Las parejas no casadas se señalan igual que las casadas, pero con una línea de segmentos. La fecha importante aquí es cuando se conocieron o empezaron a vivir juntos ⁽³⁾



Los matrimonios múltiples agregan complejidad que es difícil de representar, la regla es que: cuando sea factible los matrimonios se indican de izquierda a derecha, con el más reciente al final. Por ejemplo: un hombre que tuvo tres esposas ⁽¹⁾



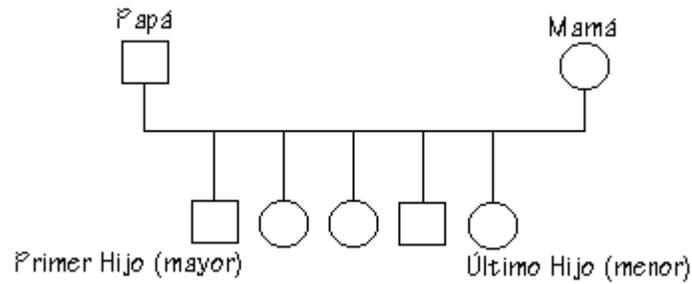
Esto no es posible de hacer cuando una de las esposas, ha tenido un matrimonio

Hijos

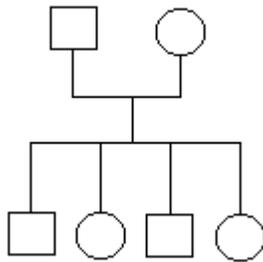
Símbolos para: embarazos, pérdidas, abortos y muertes al nacer. ⁽¹⁾



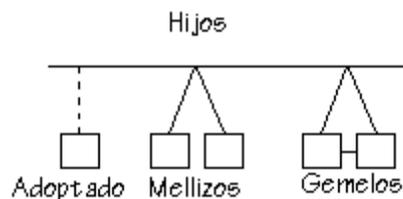
Si una pareja tiene hijos, ellos cuelgan de la línea que conecta la pareja; los hijos se dibujan de izquierda a derecha, comenzando con el más viejo. ⁽¹⁾



El siguiente es un método alternativo para los hijos, usual en familias más numerosas. ⁽³⁾



Otros tipos de hijo también pueden aparecer ⁽³⁾



Relaciones en la familia

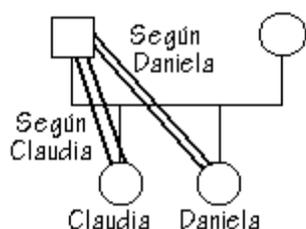
Claramente, una cronología familiar puede variar en detalle dependiendo del alcance y profundidad de la información disponible. El nivel de relaciones en la familia es el elemento más inferencial de un genograma: esto involucra delinear las relaciones entre miembros de la familia. Tales caracterizaciones se basan en informes de los miembros de la familia y observación directa. ⁽⁵⁾



1.13.1 RELACIONES ENTRE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA

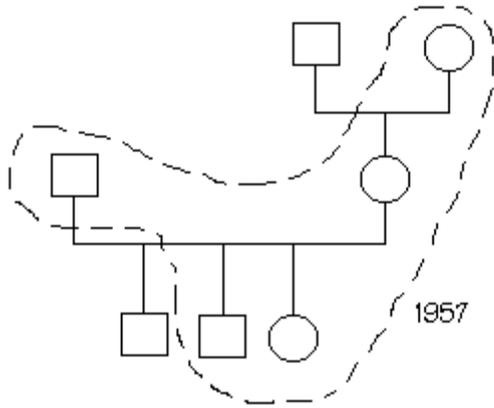
Lo usual es que se incluyan algunas de estas alrededor del sujeto del estudio. La información del genograma se puede obtener entrevistando a uno o varios miembros de la familia. Claramente, el obtener información de varios miembros de la familia entrega la oportunidad de comparar perspectivas y observar directamente las interacciones. A menudo, cuando se entrevista varios miembros de la familia, se obtiene el efecto Rashomon, nombre tomado de una famosa película japonesa en que un suceso es mostrado desde la perspectiva de varios distintos personajes.⁽¹³⁾

En el ejemplo, dos hijas compiten por el afecto de su padre; se anotan ambas perspectivas⁽³⁾

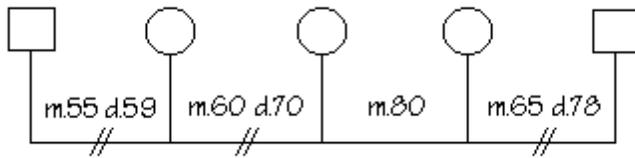


Relaciones Habitacionales

Una familia viviendo en un mismo lugar se señala con una línea punteada alrededor de los integrantes que comparten habitación; alrededor de dicha línea puede ir indicado el período en el cual la familia está junta.⁽¹⁾



a su vez; en tal caso, se listan los matrimonios más recientes al centro: ⁽¹⁾



Por simplicidad no se abordará el estudio de la notación del familiograma funcional en este módulo, si bien pueden apreciarse en la figura de ANEXO 4.

Un aspecto importante a considerar es que no en todas las especialidades que usan el familiograma emplean la misma nomenclatura y simbología, pudiendo variar ligeramente de una a otra. Igualmente entre diversas regiones o países, es común ver que los símbolos se diferencien por pequeños detalles o notaciones, Sin embargo la estructura general es la misma. ⁽¹³⁾

En servicios orientados hacia la Medicina Familiar, en los cuales el estudio de las familias es una constante, el familiograma se usa rutinariamente en todos los pacientes o usuarios, como sistema de registro y como método de relacionar adecuadamente al paciente con su familia. ⁽¹³⁾

1.13.2 APLICACIÓN

En primer lugar se debe explicar brevemente al paciente o usuario la utilidad del famioliograma y la necesidad de conocer sobre su familia para poder comprender mejor su actual problema de salud. ⁽³⁾

El famioliograma debe ser llenado por el profesional de la salud, con la colaboración del paciente/usuario y la familia. Se empieza directamente con el paciente o usuario índice y los miembros directamente relacionados a éste: la pareja, los padres, los hijos, etc. según sea el caso, empleando para esto los símbolos y las reglas para el registro de datos previamente explicados. ⁽¹²⁾

1.13.3 RECOLECCION DE DATOS

Una vez concluido el famioliograma es importante precisar quien lo hizo, y cuando. Para ello se debe anotar el nombre del entrevistador y la fecha en la parte inferior Derecha del famioliograma. La realización del famioliograma es sencilla, y sólo requiere conocer una breve relación de símbolos, tener un espacio en blanco y trabajar con mucha paciencia. Se puede hacer en varias sesiones, y en general se recomienda no dedicar más de 10 minutos por sesión. ⁽³⁾

Algunos aspectos que pueden ser extraídos de un Famioliograma bien ejecutado son los siguientes:

- a) Tipo de familia (Familia nuclear, monoparental, reconstituida, etc.) y ciclo vital
- b) Separaciones o divorcios.
- c) Si el paciente es el hijo mayor o el menor

Mientras que del primero se esperan grandes cosas, que sea especial y responsable, los menores son más libres y tienen menos responsabilidad familiar, incluso pueden esperar que otros se ocupen de ellos. ⁽²⁾

Si se trata de un Hijo Único: pueden estar menos orientados hacia las relaciones con sus iguales. Si se trata de una persona con todos sus hermanos/as de sexo

opuesto: tendrá mucha experiencia con personas del sexo opuesto pero muy poca con los del propio sexo. Si, se trata de hermanos con una diferencia de edad mayor de cinco años: son más hijos únicos que hermanos, ya que han pasado las Etapas del desarrollo por separado. La presencia de abuelos/Suegros, tíos, etc Puede indicar potenciales problemas de invasión de límites.

d) Multitud de separaciones y/o divorcios. Reiteración en la elección de una profesión, uniones entre miembros de la familia, etc.

e) Repetición de pautas a través de las generaciones, considerando que las pautas familiares pueden transmitirse de generación en generación, o puede alternarse ejemplo: Alcoholismo, Madres solteras, embarazos adolescentes, incesto, síntomas físicos, violencia, suicidio, etc. ⁽³⁾

Además, el familiograma permite conocer en qué etapa del ciclo de vida familiar se encuentra la familia, el tipo de familia, los eventos de salud más importantes que le han ocurrido a cada uno de sus miembros, y aspectos relevantes de las interrelaciones entre ellos, con lo que constituye un resumen bastante completo de los diversos elementos que el profesional requiere para su estudio de la dinámica familiar, y posterior planteamiento de hipótesis que orienten la ayuda a la familia.

1.14 APGAR FAMILIAR

Este es un instrumento de origen reciente, habiendo sido diseñado en 1978 por el doctor Gabriel Smilkstein (Universidad de Washington, quien basándose en su experiencia como Médico de Familia propuso la aplicación de este test como un instrumento para los equipos de Atención Primaria, en su aproximación al análisis de la función familiar. Este test se basa en la premisa de que los miembros de la familia perciben el funcionamiento de la familia y pueden manifestar el grado de satisfacción con el cumplimiento de sus parámetros básicos.⁽¹⁴⁾

Este test fue denominado «APGAR familiar» por ser una palabra fácil de recordar a nivel de los médicos, dada su familiaridad con el test de uso casi universal en la evaluación de recién nacidos propuesto por la doctora Virginia Apgar, y por que

denota una evaluación rápida y de fácil El acrónimo APGAR hace referencia a los cinco componentes de la función familiar: adaptabilidad cooperación (partnertship), desarrollo (growth), afectividad (affection) y capacidad resolutiva(resolve).⁽¹²⁾

El APGAR familiar es útil para evidenciar la forma en que una persona percibe el funcionamiento de su familia en un momento determinado. El registro de esta percepción es particularmente importante en contextos como la práctica ambulatoria, en el cual no es común que los pacientes o usuarios manifiesten directamente sus problemas familiares, y por el contrario es difícil encontrar profesionales de salud especializados en abordar tales temas. Con este instrumento se puede conseguir una primera aproximación para la identificación de aquellas familias con problemas de conflictos o disfunciones familiares, con el propósito de darles seguimiento y orientación para una remisión oportuna y adecuada en los casos que sea necesario.⁽¹⁴⁾

Se ha utilizado el APGAR familiar como instrumento de evaluación de la función familiar, en diferentes circunstancias tales como el embarazo, depresión del postparto, condiciones alérgicas, hipertensión arterial y en estudios de promoción de la salud y seguimiento de familias. Así ha sido posible observar que el instrumento es de gran utilidad y fácil aplicación, particularmente cuando el nivel de escolaridad del paciente permite la autoadministración.⁽¹¹⁾

1.12.1 ¿Cuándo es necesario aplicarlo?

- Cuando es necesario la participación de la familia en cuidado de un paciente
- A integrantes o fam. que cursan con crisis del diario vivir.
- A los miembros de familias problemáticas.
- Cuando hay ninguna respuesta a tratamientos recomendados

Funciona como un acróstico en la que cada letra de la palabra APGAR, se relaciona con una inicial de la palabra que denota la función familiar estudiada, para una mejor explicación de lo anteriormente mencionado se ejemplifica en la siguiente tabla:

COMPONENTES	DEFINICION
ADAPTACION	Es la utilización de los recursos intra y extra familiares, <u>para resolver los problemas</u> ante crisis familiares
PARTICIPACION	se refiere a compartir la <u>toma de decisiones</u> y responsabilidades como miembro de la familia. Define el <u>grado de poder</u> y participación de cada uno de los miembros de la familia.
GANANCIA (Crecimiento)	Es el logro en la maduración emocional y física y en la <u>autorrealización de los miembros</u> de la familia a través de soporte y fuerza mutua.
AFECTO	Es la relación de <u>amor y atención</u> que existe entre los miembros de la familia.
RECURSOS	Es el compromiso o determinación de dedicar (<u>tiempo, espacio, dinero</u>) a los demás miembros de la familia.

A continuación la descripción de cada uno de sus componentes:

- 1) **ADAPTABILIDAD:** Se relaciona con la forma en que los miembros de la familia, en tiempos de necesidad y crisis, se ayudan y se adaptan a los cambios o retos que se les presentan.
- 2) **PARTICIPACION:** Cómo se comunican los miembros de la familia acerca de asuntos tales como vacaciones, finanzas, cuidado médico, compras y

problema personales. Valora si la participación es permitida para todos o si es electiva para algunos.

- 3) **CRECIMIENTO:** la manera en que los miembros de la familia proponen o emprenden nuevas actividades tendientes a su desarrollo personal en las diferentes esferas; explora la forma en que la familia facilita o bloquea el inicio de acciones académicas, laborales o recreativas, etc
- 4) **AFECTO:** Se pregunta cómo responden los diferentes miembros de la familia al afecto y si sus expresiones son permitidas
- 5) **RECURSOS:** ¿Cómo comparten los miembros de la familia el tiempo, el espacio y el dinero? Los recursos son elementos esenciales para la dinámica familiar.

1.14.2 DESCRIPCION DE LA PRUEBA

Se trata de un cuestionario que puede ser *Auto-administrado* ó *heteroadministrado*. Consta de 5 ítems con 3 opciones de respuesta cada una con un puntaje establecido: casi nunca (0), a veces (1), casi siempre (2) los cuales se suman y con el puntaje obtenido se clasifica la funcionalidad familiar de acuerdo a los rasgo mostrados en el ANEXO 5, y de la siguiente manera:

Familias altamente funcionales: 7-10 puntos

Familias Moderadamente funcionales: 4-6 puntos

Familias Severamente Disfuncionales: 0 -3 puntos

El APGAR se elaboró con base a cinco elementos ó constructos esenciales

	Casi nunca	A veces	Casi siempre
1. ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?	0	1	2
2. ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?	0	1	2
3. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?	0	1	2
4. ¿Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos?	0	1	2
5. ¿Siente que su familia le quiere?	0	1	2
PUNTUACIÓN TOTAL			

El APGAR Familiar tiene consistencia interna (alpha de Chronbach 0.80) y confiabilidad demostrada mediante test-retest. Al sumarlos los cinco parámetros el puntaje fluctua entre 0 y 20, lo que indica una baja, mediana o alta satisfacción en el funcionamiento de la familia.

En comparación con otras escalas similares (CES, McMaster, FACE III, Pless-Satterwhite) presenta la gran ventaja de su reducido número de ítems y facilidad de aplicación. Se encuentra validada en nuestro medio por Bellon y cols (1996).⁽²⁹⁾

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La incidencia y los factores relacionados con la depresión posparto se han estudiado en diferentes países y poblaciones; a pesar de ello en algunas ocasiones este padecimiento puede ser subdiagnosticado por el personal de salud; esto debido tal vez, a la deficiente relación médico paciente a la que actualmente vivimos dentro de las instituciones preferentemente, ya que la atención, en algunas especialidades es de contacto inmediato es decir el medico solo se dedica a la resolución biológica del padecimiento que aqueja al paciente, sin embargo, olvida las otras dos partes de la esfera: esta son el aspecto social y psicológico⁽¹⁰⁾. La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que, para 2020, la depresión será la primera causa de incapacidad laboral y tercera causa de morbilidad, y se estima que actualmente hay 340 millones de personas con depresión, siendo el sexo femenino el más lábil, más aun en pacientes pos-parto de diferentes grupos etarios con diversidad de contextos familiares; y de estos es importante el analizar las características más frecuentes que se ven implicados en el desarrollo de la patología. ⁽¹⁷⁾ La importancia de la identificación estos factores de riesgo, permitirá otorgar a la paciente un manejo integral y un tratamiento oportuno, así como canalizar adecuadamente a los diferentes servicios de apoyo, con ello mejorar la eficiencia y la calidad de los servicios públicos y atender las necesidades colectivas que la sociedad actual, exige a nuestra institución (ISSEMYM).

Por lo cual se plantea la siguiente pregunta:

¿Qué factores de la etapa del ciclo familiar son más prevalecientes en las mujeres de Hospital Regional de Valle de Chalco para desarrollar depresión posparto?

3. JUSTIFICACIÓN

La depresión posparto es una entidad poco diagnosticada a nivel mundial, y por ende no tratado teniendo un alto índice de recurrencia que conlleva a costos elevados para el sistema de salud; lo que pretende este trabajo es determinar la relación mediante los factores de riesgo familiares y la depresión posparto⁽⁶⁾.

Es conveniente por ello que la detección de depresión posparto es de suma importancia puesto que el no realizar un tratamiento específico durante este periodo, puede acarrear grandes consecuencias tanto para la madre, como para el hijo y la familia en general ⁽¹¹⁾; es imprescindible fomentar la creación de una consulta posparto y la difusión del uso de este tipo de herramientas para disminuir las consecuencias de esta patología, dentro de nuestra población. ⁽¹²⁾

El diagnóstico oportuno permitirá brindar una atención multidisciplinaria; es decir, será del interés del ginecólogo, del psicólogo, del psiquiatra y pos su puesto de Médico familiar; quien es y será el médico de primer contacto posterior al evento obstétrico, no solo en la mujer, puesto que también se atiende al recién nacido durante su desarrollo, siendo uno de los principales afectados en esta patología dentro del núcleo familiar ⁽⁷⁾.

4.0 OBJETIVO

4.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar que importancia tienen los factores familiares, asociados a la depresión posparto en mujeres atendidas, en el Hospital Regional de Valle de Chalco.

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- A) Identificar pacientes con depresión posparto.
- B) Evaluar Tipología Familiar, mediante el familiograma dinámico
- C) Evaluar apoyo familiar a partir del Apgar Familiar

5.0 MATERIAL Y MÉTODOS

- a) **Diseño:** se llevó a cabo un estudio Observacional, descriptivo y transversal prospectivo.
- b) **Universo de Trabajo:** se realizara el estudio en 107 mujeres posparto de la cuales se detectaron 49 mujeres con depresión posparto entre las edades de 19 a 35 años de edad, de la unidad Hospital Regional Valle de Chalco Solidaridad, ubicada en calle Isidro Fabela s/n, col. María Isabel, Municipio de Valle de Chalco Solidaridad, Estado de México.
- c) **Tamaño de la Muestra:** se realizara a 49 mujeres puérperas de Octubre del 2012 a Marzo del 2013, en Hospital Regional Valle de Chalco, Solidaridad”.

5.1 CRITERIOS

5.1.1 Criterios de Inclusión:

- Pacientes femeninas puérperas, derechohabientes del Issemym
- Pacientes con depresión posparto detectadas con escala de Edimburgo.
- Pacientes femeninas puérperas de 19 a 35 años , con embarazo de bajo riesgo.

5.1.2 Criterios de Exclusión:

- Pacientes femeninas puérperas con embarazos de alto riesgo.
- No derechohabientes.

5.1.3 Criterios de Eliminación:

- Dejar inconclusos los datos del instrumento y/o abandonar el estudio y retirarse voluntariamente de la investigación.

5.2 TIPO DE VARIABLES

5.2.1 Variables Dependientes: Factores del contexto familiar implicados en el desarrollo de depresión posparto.

5.2.2 Variables Independientes: paciente en puerperio mediato y tardío del Hospital Regional Valle de Chalco.

5.2.3 Otras Variables: edad, sexo, grado académico, demográficos, estado civil, lactancia materna, resolución del embarazo (parto o cesárea), enfermedad del neonato.

5.3 INDICES E INDICADORES (TABLA OPERACIONAL)

VARIABLE (índice/indicador)	TIPO	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	CALIFICACIÓN	FUENTE	ANÁLISIS/CONTROL
Sexo	Cualitativa	División de género (mujer o hombre) que se otorga a cada individuo de acuerdo a cualidades fenotípicas	Nominal	Femenino	Cuestionario	Porcentaje
Edad	Cuantitativa	Periodo de tiempo que ha vivido una persona	Nominal	Se agruparon dos grupos: 1)19 a 25 años 2)26 a 35 años	Cuestionario	Porcentaje Grafico
Estado Civil	Cualitativa	Características civiles del individuo	Nominal	Soltera, casada, Unión libre, viudo, divorcio	Cuestionario	Porcentaje Grafico
Escolaridad	Cualitativa	Grado académico	Nominal		Cuestionario	Porcentaje Grafico
Tipología Familiar	Cualitativa	Característica de cada familia que permite clasificar su modus vivendis.	Ordinal	De acuerdo a Irigoyen se divide por su: 1)composición 2)desarrollo 3)ocupación 4)demografía 5)integración	Familiograma dinámico	Porcentaje Grafico
Relación de pareja	Cualitativa	Unión de dos personas de forma libre, y	Ordinal	De acuerdo a características de relación de pareja:	Cuestionario	Porcentaje

		voluntaria basada en intereses mutuos (atracción sexual, amistad, amor, entre otros)		1) Buena 2) Regular 3) Mala		
Depresión	Cualitativa	Estado emocional del individuo	Ordinal	Escala de Edimburgo	>10 puntos indica existencia de depresión posparto	Porcentaje Graficación
APGAR	Cuantitativa	Instrumento de evaluación de la percepción de apoyo familiar.	Ordinal	De acuerdo a la función familiar estudiada: 1) Adaptación 2) participación 3) Crecimiento 4) Afecto 5) Recursos	Normofuncional: 7 a 10 puntos Disfuncional leve: 4-6 puntos Disfuncional grave: 0-3 puntos	Porcentaje Graficación

5.4 PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN:

Analizar las etapas del ciclo vital y factores que interviene en el desarrollo de la depresión posparto, para un diagnóstico y tratamiento oportuno.

5.5. GRUPO DE INVESTIGACIÓN:

Mujeres puérperas entre 19 y 35 años de edad, con depresión posparto derechohabientes del Hospital Regional Valle de Chalco Solidaridad Issemym.

5.6 TIPO DE MUESTRA

Se realizó un muestreo por conglomerado en todas las mujeres puérperas que acudían a la consulta externa y de ginecología del Hospital Regional de Valle de Chalco Issemym, obteniendo un total de 49 mujeres que cumplían con los criterios.

5.7 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Se realizó la aplicación de la escala de Edimburgo para detectar depresión posparto en mujeres, así como la aplicación de familiograma dinámico para valoración de su tipología familiar y por último la aplicación del cuestionario de APGAR familiar para valorar la funcionalidad familiar y la percepción de apoyo por las pacientes.

5.7.1 INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

APGAR FAMILIAR

Se utilizara EL APGAR FAMILIAR, para la valoración de la percepción Familiar, instrumento que es de gran utilidad y fácil aplicación, presenta un reducido número de ítems y facilidad de aplicación para la población general. A el Apgar Familiar, lo consideran una herramienta útil para conocer la situación familiar y su posible papel en el origen de los conflictos y en su solución, y dada su simplicidad, posiblemente sea el cuestionario de elección con este fin en la práctica clínica.⁽²³⁾ lo aceptan como una técnica adecuada para el acercamiento científico a la disfunción familiar, orientada hacia procesos crónicos y mentales donde el sistema familiar resulta imprescindible para el tratamiento y rehabilitación del enfermo. Se trata de un cuestionario que puede ser auto-administrado ó hetero administrado. Consta de 5 ítems con 3 opciones de respuesta cada una con un puntaje establecido: casi nunca (0), a veces (1), casi siempre (2) los cuales se suman y con el puntaje obtenido se clasifica según a los siguientes datos:

Familias altamente funcionales: 7-10 puntos

Familias Moderadamente funcionales: 4-6 puntos

Familias Severamente Disfuncionales: 0 -3 puntos

Al sumar los 5 parámetros el puntaje fluctúa entre 0 y 20, lo que indica una baja, mediana o alta satisfacción en el funcionamiento familiar.⁽⁴⁾

ESCALA DE EDIMBURGO PARA DEPRESION POSPARTO

El segundo constructo que se aplicara será, la Escala de Edimburgo; instrumento de auto reporte, el cual ha sido validado en múltiples países, estimándosele una sensibilidad cercana al 100% y una especificidad de 82% para evaluar la intensidad de la depresión durante el posparto;⁽¹²⁾ este instrumento consta de 10 ítems con cuatro opciones de respuesta cada uno, las opciones tienen un puntaje que varía de 0 a 3 puntos, de acuerdo a la severidad de los síntomas, de modo que al final de la prueba, La escala se valora de 0 a 30 puntos, Consta de 10 preguntas de selección múltiple, con 4 alternativas cada una, con puntajes de 0 a 3 de acuerdo a severidad creciente de los síntomas; con un marcador superior a 10 indica un riesgo alto de presentar depresión posparto.⁽³⁾

EL FAMILIOGRAMA

El familiograma es una representación esquemática de la familia, la cual provee información sobre sus integrantes, en cuanto a su estructura y sus relaciones. El Familiograma es un instrumento diseñado para evaluar el funcionamiento sistémico de la familia, y es útil para la identificación de familias cuya estructura las coloca en algún riesgo de carácter biológico (problemas hereditarios o de aparición familiar), psicológico (tendencias a tener una funcionalidad familiar inadecuada) o social (familia numerosa y/o sin recursos, hacinamiento, etc.). Así, al retratar las características de tres generaciones, el familiograma ofrece una perspectiva longitudinal teniendo en cuenta que las familias suelen repetir sus atributos, característica conocida como continuidad o alternancia, según si ésta ocurre sin interrupción entre padres e hijos o hermanos, o se salta una generación para aparecer en la otra.⁽³⁾

Además, el familiograma permite conocer en qué etapa del ciclo de vida familiar se encuentra la familia, el tipo de familia, los eventos de salud más importantes que le han ocurrido a cada uno de sus miembros, y aspectos relevantes de las interrelaciones entre ellos.. y este se realiza mediante la representación mediante simbología, como se muestra en el anexo 4. ⁽²⁾

5.8 METODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Dentro de las instalaciones del Hospital Regional Valle de Chalco Issemym, mediante previa información y autorización por formato de consentimiento informado, se les invito a mujeres puérperas que acudían a consulta externa de medicina familiar y de ginecología a participar en el estudio de investigación; posteriormente se les aplico la escala de Edimburgo, cuestionario que en la parte superior recopila datos sociodemográficos como son: edad, estado civil, escolaridad, se recolectaron los datos y se identificaron cuantitativamente a las pacientes con depresión posparto, así mismo se realizaron familiogramas tipo dinámico, y la aplicación del Apgar familiar, una vez aplicadas las evaluaciones se clasificaron resultados de acuerdo a los criterios de inclusión, exclusión y eliminación, y se recolectaron en el programa de Microsoft Excel, para su representación gráfica.

5.8.1 RECURSOS HUMANOS

Para la realización de este estudio se necesitó:

- Investigador principal
- Un médico familiar
- Dos enfermeras
- Un ginecólogo

5.8.2 RECURSOS MATERIALES

- 400 copias que incluyeron: consentimiento informado, escala de Edimburgo, cuestionario de apgar familiar.
- 300 hojas blancas tamaño carta
- 4 lápices
- 7 bolígrafos tinta negra y 2 azules
- Dos gomas y dos sacapuntas
- Instalaciones del Hospital Regional de Valle de Chalco
- Una computadora
- 5 sobres amarillos tamaño carta
- 5 folders tamaño carta color beige

5.8.3 RECURSOS FINANCIEROS

Los recursos financieros corrieron a cargo del investigador principal.

5.9 ANALISIS DE LA INFORMACION

Posteriormente a la recolección y almacenaje de datos obtenidos, en el programa de Microsoft Excel, se procede a su análisis mediante estadística descriptiva, utilizando medidas de resumen (porcentajes y frecuencias) y de tendencia central (media), para posteriormente representarlo en tablas y gráficas.

5.10 CONSIDERACIONES ETICAS

El presente estudio obedece a los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos de la Asociación Médica Mundial (Declaración de Helsinki de 1964).

1. La Asociación Médica Mundial ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos que sirvan para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos. La investigación médica en seres humanos incluye la investigación del material humano o de información identificables.
2. El deber del médico es promover y velar por la salud de las personas. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.
3. La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico con la fórmula "velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente" y el Código Internacional de Ética Médica afirma que. "El médico debe actuar solamente en el interés del paciente al proporcionar atención médica que pueda tener el efecto de debilitar la condición mental y física del paciente".
4. El progreso de la medicina se basa en la investigación, la cual, en último término, tiene que recurrir muchas veces a la experimentación en seres humanos.
5. En investigación médica en seres humanos, la preocupación por el bienestar de los seres humanos debe tener siempre primacía sobre los intereses de la ciencia y de la sociedad.
6. El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es mejorar los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos y también comprender la etiología y patogenia de las enfermedades. Incluso, los mejores métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos disponibles deben ponerse a

prueba continuamente a través de la investigación para que sean eficaces, efectivos, accesibles y de calidad.

7. En la práctica de la medicina y de la investigación médica del presente, la mayoría de los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos implican algunos riesgos y costos.

8. La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales. Algunas poblaciones sometidas a la investigación son vulnerables y necesitan protección especial. Se deben reconocer las necesidades particulares de los que tienen desventajas económicas y médicas. También se debe prestar atención especial a los que no pueden otorgar o rechazar el consentimiento por sí mismos, a los que pueden otorgar el consentimiento bajo presión, a los que no se beneficiarán personalmente con la investigación y a los que tienen la investigación combinada con la atención médica.

9. Los investigadores deben conocer los requisitos éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que los requisitos internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico disminuya o elimine cualquiera medida de protección para los seres humanos establecida en esta Declaración.

B. PRINCIPIOS BASICOS PARA TODA INVESTIGACIÓN MÉDICA

10. En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano.

11. La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de información

pertinentes, así como en experimentos de laboratorio correctamente realizados y en animales, cuando sea oportuno.

12. Al investigar, hay que prestar atención adecuada a los factores que puedan perjudicar el medio ambiente. Se debe cuidar también del bienestar de los animales utilizados en los experimentos.

13. El proyecto y el método de todo procedimiento experimental en seres humanos debe formularse claramente en un protocolo experimental. Este debe enviarse, para consideración, comentario, consejo y cuando sea oportuno, aprobación, a un comité de evaluación ética especialmente designado, que debe ser independiente del investigador, del patrocinador o de cualquier otro tipo de influencia indebida. Se sobreentiende que ese comité independiente debe actuar en conformidad con las leyes y reglamentos vigentes en el país donde se realiza la investigación experimental. El comité tiene el derecho de controlar los ensayos en curso. El investigador tiene la obligación de proporcionar información del control al comité, en especial sobre todo incidente adverso grave. El investigador también debe presentar al comité, para que la revise, la información sobre financiamiento, patrocinadores, afiliaciones institucionales, otros posibles conflictos de interés e incentivos para las personas del estudio.

14. El protocolo de la investigación debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso y debe indicar que se han observado los principios enunciados en esta Declaración.

15. La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas científicamente calificadas y bajo la supervisión de un médico clínicamente competente. La responsabilidad de los seres humanos debe recaer siempre en una persona con capacitación médica y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.

16. Todo proyecto de investigación médica en seres humanos debe ser precedido de una cuidadosa comparación de los riesgos calculados con los beneficios previsibles para el individuo o para otros. Esto no impide la participación de voluntarios sanos en la investigación médica. El diseño de todos los estudios debe estar disponible para el público.
17. Los médicos deben abstenerse de participar en proyectos de investigación en seres humanos a menos que estén seguros de que los riesgos inherentes han sido adecuadamente evaluados y de que es posible hacerles frente de manera satisfactoria. Deben suspender el experimento en marcha si observan que los riesgos que implican son más importantes que los beneficios esperados o si existen pruebas concluyentes de resultados positivos o beneficiosos.
18. La investigación médica en seres humanos sólo debe realizarse cuando la importancia de su objetivo es mayor que el riesgo inherente y los costos para el individuo. Esto es especialmente importante cuando los seres humanos son voluntarios sanos.
19. La investigación médica sólo se justifica si existen posibilidades razonables de que la población, sobre la que la investigación se realiza, podrá beneficiarse de sus resultados.
20. Para tomar parte en un proyecto de investigación, los individuos deben ser participantes voluntarios e informados.
21. Siempre debe respetarse el derecho de los participantes en la investigación a proteger su integridad. Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de los individuos, la confidencialidad de la información del paciente y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física y mental y su personalidad.

22. En toda investigación en seres humanos, cada individuo potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posible conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento. La persona debe ser informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la información, el médico debe obtener entonces, preferiblemente por escrito, el consentimiento informado y voluntario de la persona. Si el consentimiento no se puede obtener por escrito, el proceso para obtenerlo debe ser documentado formalmente ante testigos.
23. Al obtener el consentimiento informado para el proyecto de investigación, el médico debe poner especial cuidado cuando el individuo está vinculado con él por una relación de dependencia ó si consciente bajo presión. En un caso así, el consentimiento informado debe ser obtenido por un médico bien informado que no participe en la investigación y que nada tenga que ver con aquella relación.
24. Cuando la persona sea legalmente incapaz, o inhábil física o mentalmente de otorgar consentimiento, o menor de edad, el investigador debe obtener el consentimiento informado del representante legal y de acuerdo con la ley vigente. Estos grupos no deben ser incluidos en la investigación a menos que ésta sea necesaria para promover la salud de la población representada y esta investigación no pueda realizarse en personas legalmente capaces.
25. Si una persona considerada incompetente por la ley, como es el caso de un menor de edad, es capaz de dar su asentimiento a participar o no en la investigación, el investigador debe obtenerlo, además del consentimiento del representante legal.

26. La investigación en individuos de los que no se puede obtener consentimiento, incluso por representante o con anterioridad, se debe realizar sólo si la condición física/mental que impide obtener el consentimiento informado es una característica necesaria de la población investigada. Las razones específicas por las que se utilizan participantes en la investigación que no pueden otorgar su consentimiento informado deben ser estipuladas en el protocolo experimental que se presenta para consideración y aprobación del comité de evaluación. El protocolo debe establecer que el consentimiento para mantenerse en la investigación debe obtenerse a la brevedad posible del individuo o de un representante legal.

27. Tanto los autores como los editores tienen obligaciones éticas. Al publicar los resultados de su investigación, el médico está obligado a mantener la exactitud de los datos y resultados. Se deben publicar tanto los resultados negativos como los positivos o de lo contrario deben estar a la disposición del público. En la publicación se debe citar la fuente de financiamiento, afiliaciones institucionales y cualquier posible conflicto de intereses. Los informes sobre investigaciones que no se ciñan a los principios descritos en esta Declaración no deben ser aceptados para su publicación.

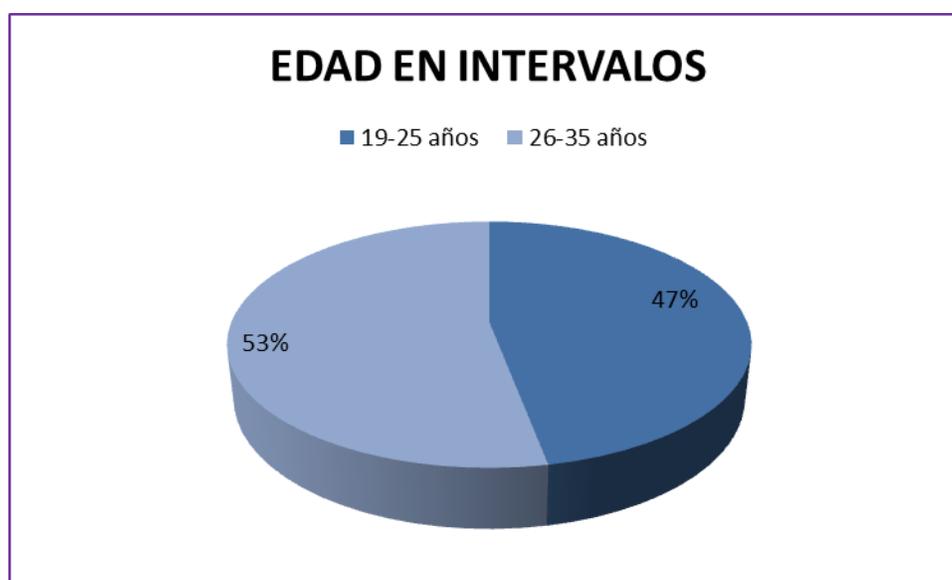
C. PRINCIPIOS APLICABLES CUANDO LA INVESTIGACION MEDICA SE COMBINA CON LA ATENCION MEDICA

28. El médico puede combinar la investigación médica con la atención médica, sólo en la medida en que tal investigación acredite un justificado valor potencial preventivo, diagnóstico o terapéutico. Cuando la investigación médica se combina con la atención médica, las normas adicionales se aplican para proteger a los pacientes que participan en la investigación.
29. Los posibles beneficios, riesgos, costos y eficacia de todo procedimiento nuevo deben ser evaluados mediante su comparación con los mejores métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos disponibles. Ello no excluye que pueda usarse un placebo o ningún tratamiento, en estudios para los que no se dispone de procedimientos preventivos, diagnósticos o terapéuticos probados.
30. Al final de la investigación, todos los pacientes que participan en el estudio deben tener la certeza de que contarán con los mejores métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos disponibles, identificados por el estudio.
31. El médico debe informar cabalmente al paciente los aspectos de la atención que tienen relación con la investigación. La negativa del paciente a participar en una investigación nunca debe perturbar la relación médico-paciente.
32. Cuando los métodos preventivos, diagnósticos o terapéuticos disponibles han resultado ineficaces en la atención de un enfermo, el médico, con el consentimiento informado del paciente, puede permitirse usar procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos nuevos o no probados, si, a su juicio, ello da alguna esperanza de salvar la vida, restituir la salud o aliviar el sufrimiento. Siempre que sea posible, tales medidas deben ser investigadas a fin de evaluar su seguridad y eficacia. En todos los casos, esa información nueva debe ser registrada y cuando sea oportuno, publicada. Se deben seguir todas las otras normas pertinentes de esta Declaración.

6. RESULTADOS

En el presente estudio se incluyó un total de 107 mujeres puérperas entre las edades de 19 a 35 años de edad, dividiéndose en dos grupos representativos el primero del intervalo de 19 a 25 años representaba un 47% y de 26 a 35 años representaban el 53% restante (Gráfica 1)

GRAFICA 1. EDAD EN INTERVALOS



FUENTE: cuestionario de datos sociodemográficos

De este total, en cuanto a la escolaridad, se encontraron variabilidad de grados académicos, en donde se observó que con el 0.2%, una persona era analfabeta, el 7% termino la primaria, la secundaria el 17%, preparatoria el 12%, una carrera técnica con el 22%, una licenciatura representada por el 18%, maestría con 0.2%, el restante se dedica a ocupaciones como el hogar representado por el 8%, al comerciú 0.6%, empleadas principalmente policías un 10%, estudiante 0.7% , profesoras 29%. (TABLA 1)

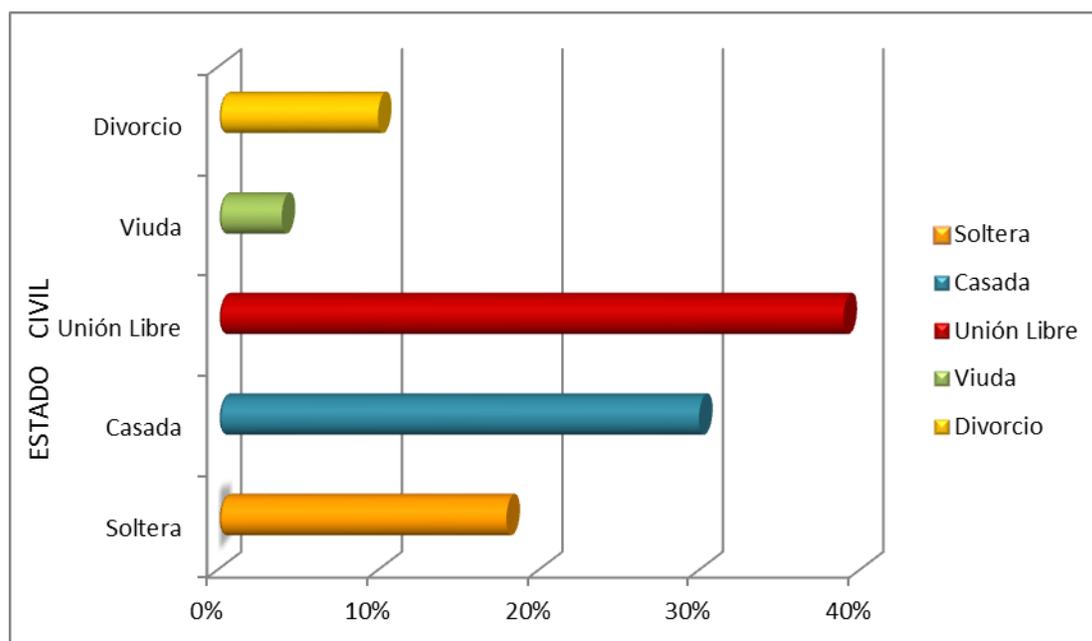
TABLA 1. ESCOLARIDAD Y OCUPACION DE PACIENTES

ESCOLARIDAD	No.	%	OCUPACION	No.	%
ANALFABETA	1	0.2%	HOGAR	9	8%
PRIMARIA	7	7%	COMERCIO	3	0.6%
SECUNDARIA	17	18%	EMPLEADA	10	10%
PREPARATORIA	12	13%	ESTUDIANTE	2	0.7%
TÉCNICA	22	23%	PROFESORAS	5	0.3%
LICENCIATURA	18	19%			
MAESTRIA	1	0.2%			

FUENTE: cuestionario de datos sociodemográfico

Respecto al estado civil se encontró que la mujeres que son madres solteras representan el 22%, casadas por una ó ambas leyes representan el 39%, mientras que en unión libre son el 30%, en estado de viudez son el 4% y por último en etapa y/o ya divorciadas representan el 10%. (Gráfica 2)

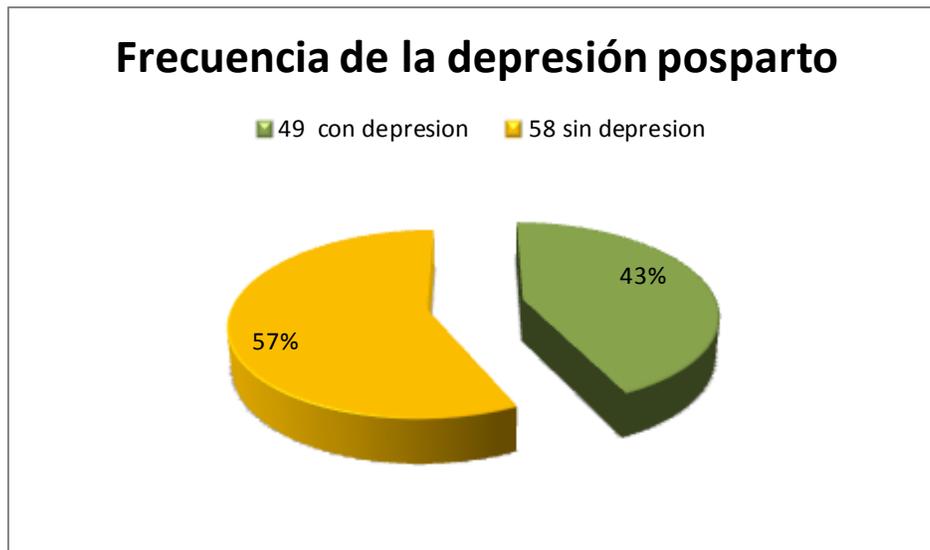
GRAFICA 2. ESTADO CIVIL



FUENTE: CUESTIONARIO DE DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

De estas 107 pacientes femeninas puérperas, con los rangos de edad ya mencionados, y al tener conocimiento de quien requiriera a poyo para su evaluación se procedió a la aplicación de la escala de Edimburgo para Depresión Posparto, encontrando que el 49 pacientes que representan el 43% de la población saco un puntaje >10 como resultado de la evaluación lo que indica la presencia de depresión posparto, y el 57% no la presenta. (Gráfica 3)

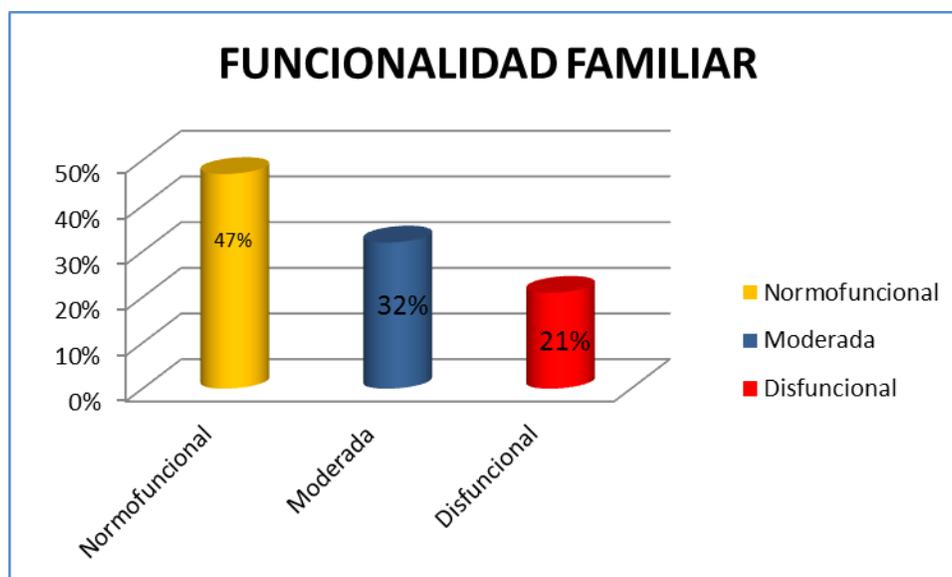
GRAFICA 3. DEPRESION POSPARTO



FUENTE: Escala de Edimburgo para Depresión Posparto.

Con respecto a la funcionalidad familiar de las pacientes, al aplicar el instrumento de Apgar Familiar, se encontró que el 47% lo ocupa familias Funcionales, el 32% es de familias moderadamente funcionales y el 21% lo representan las familias disfuncionales. (GRÁFICA 4)

GRAFICA 4. FUNCIONALIDAD FAMILIAR



FUENTE: CUETIONARIO DE APGAR FAMILIAR

Respecto al familiograma se encontró que la tipología predominante de acuerdo a su desarrollo era la moderna con un 60%, tradicional con un 32%, aracaica con el 0%, de acuerdo a su demografía urbana en un 96% y rural 4%, mientras que por su ocupación representa la mayor cifra la clase obrera con un 53%, le continua la profesional con un 47% y con el 0% la campesina, esto último siendo una aproximación en el medio de la población estudiada. Y por último conforme a su integración se encuentra con un 42% familia integrada, el 24% sem-iintegrada y el 17% conforman familias desintegradas. (TABLA 2).

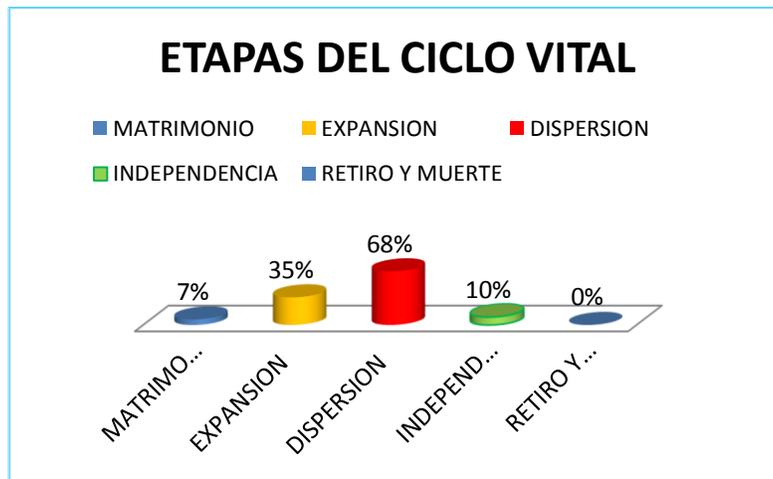
TABLA 2. CLASIFICACION DE TIPOLOGIA FAMILIAR

TIPOLOGIA		TOTAL (%)
DESARROLLO	MODERNA	60%
	TRADICIONAL	32%
	ARCAICA	0%
DEMOGRAFIA	URBANA	96%
	RURAL	4%
OCUPACIÓN	CAMPESINA	0%
	OBRERA	53%
	PROFESIONAL	47%
INTEGRACION	INTEGRADA	42%
	SEMI-INTEGRADA	24%
	DESINTEGRADA	17%

FUENTE: FAMILIOGRAMA

Y del análisis de las etapas del ciclo vital, al valorar el familiograma, se obtuvieron los siguientes datos: fase de matrimonio se encontraron parejas en un 12%, en fase de expansión el 37%, en fase de dispersión 29%, fase de independencia el 10% y en fase de retiro y muerte el 0%. (GRAFICA 5)

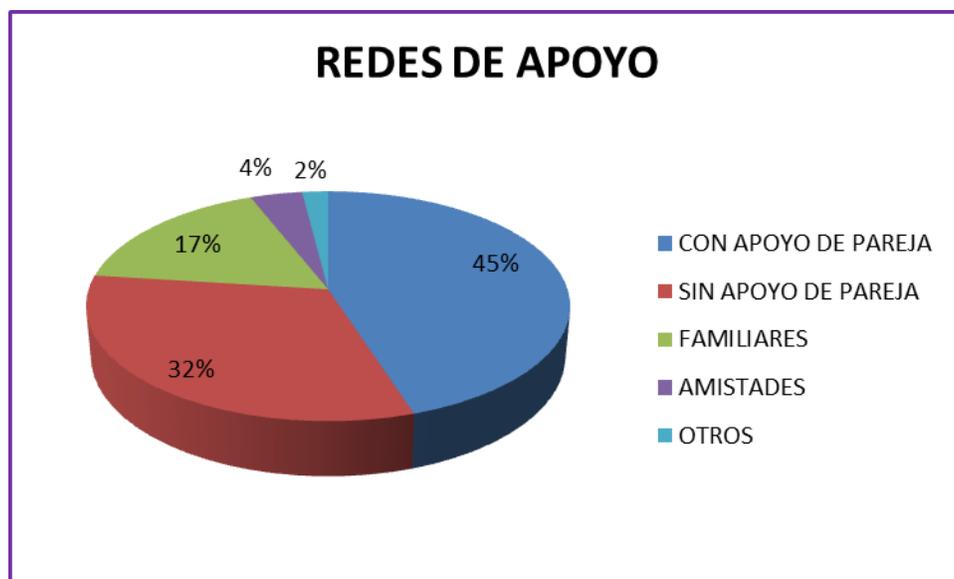
GRAFICA 5. ETAPAS DEL CICLO VITAL



FUENTE: FAMILIOGRAMA

En cuanto a las redes de apoyo que tuvieron en la etapa del posparto por parte de su pareja, se arrojaron los siguientes datos: un apoyo positivo por parte de la pareja se dio en un 45% de los casos, mientras que no tuvieron apoyo conyugal el 34%, otras redes de apoyo como familiares (padres ó hermanos) representaron el 24% y amistades el 6%. (GRAFICA 6).

GRAFICA 6. RELACION DE PAREJA Y REDES DE APOYO



FUENTE: FAMILIOGRAMA

7. DISCUSION

Desde épocas antiguas se ha visualizado y relacionado a el embarazo aun estado de “bienestar emocional” en la mujer, no obstante se ha demostrado que entre el 30 y el 40% de las gestantes presentar algún síntoma de depresión y un 10% de ellas evolucionan en forma grave, requiriendo tratamiento psicológico, sociales y biológicos.

Desde una perspectiva psicosocial la maternidad trae aparejada una serie de dudas y cuestionamientos a la mujer que se enfrenta a tener un hijo o directamente a sus condiciones de embarazo: ¿Será la edad adecuada para tener un hijo?, ¿Estoy dispuesta a postergar mi profesión?, ¿Qué espero del padre de mis hijos?, ¿Qué quiero dejar a mis hijos?, ¿Mi trabajo es compatible con mi familia?, ¿Estaré preparada para ser madre? ¿Mi marido me querrá con otra talla? , etc. ⁽²⁹⁾. Estas y mucha otras interrogantes en algún momento de su vida la realizaron y permanecieron en pacientes que desarrollaron depresión posparto.

En la actualidad, los trastornos depresivos representan un problema importante de salud pública, estos se observan con mayor frecuencia en la población femenina que en la masculina y parece ser sustancialmente mayor durante el embarazo y el puerperio que durante otras épocas del ciclo vital,⁽⁷⁾ especialmente en las embarazadas con ciertos factores desfavorables que se han desarrollado a lo largo de este trabajo de investigación.

La *Guía de salud mental en atención primaria de la SSA en México*, considera como factores de riesgo de la depresión atípica del posparto los problemas psiquiátricos previos al embarazo, y la intensidad del *blue* posparto, entre otros, factores que no prevalecieron durante nuestro estudio, puesto que no se encontraron pacientes con dichas características.

En cuanto a la escolaridad en estas mujeres se observó que las más afectadas, fueron las pacientes con un grado académico a nivel técnico con el 23%, seguidas de mujeres con nivel licenciatura con el 19%, posiblemente relacionado con el rol que juega de ser madre, esposa y socialmente reconocida en su área laboral. Es en este ámbito de la ocupación en donde se observó la mayor afectación en mujeres empleadas con el 10%, y secundariamente de mujeres del hogar con un 8%, por lo que se puede suponer que la independencia económica de las mujeres es un importante apoyo que puede brindarles a ellas la posibilidad de la estabilidad económica para el cuidado de su bebe, no así en el área emocional, coincidiendo con la Guía (2010) de prevención de depresión posparto del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.⁽¹²⁾

Al revisar la bibliografía nos encontramos con que la presencia de conflictos matrimoniales y la ausencia de apoyo por parte del esposo, de la familia o de las amistades incrementan de forma consistente el riesgo de depresión en el posparto; en nuestro país los datos parecen menos concluyentes. Machado et al⁽²¹⁾ encuentran en su estudio, una asociación significativa entre la depresión puerperal y el poco apoyo afectivo familiar, esta misma importancia de estos factores se obtuvieron en los resultados de nuestro estudio. De forma genérica, Ceballos, et al⁽⁸⁾ recogen en su libro que una relación familiar patológica no sólo se asocia con un mayor riesgo de sufrir depresión, sino también a un peor pronóstico de la misma, ya que provoca una recuperación más lenta y ocasiona un aumento de las recidivas.⁽⁸⁾ Por lo que, en este estudio para estudiar este tema, fue imprescindible la utilización del Apgar Familiar, al ser un instrumento ampliamente conocido, validado y usado en nuestro país, a pesar de que reconocemos la probable falta de especificidad del concepto «función familiar», al que subjetivamente, y con la aceptación tácita de otras interpretaciones, nos atrevemos a definir como «un entorno primordial favorable al desarrollo personal». El resultado que hemos obtenido con el Apgar Familiar para el total de las mujeres encuestadas en el ISSEMYM- H.R.V.CH, es el de una percepción altamente normo funcional con un 47% de una disfunción moderada con un 32% y una baja

disfuncionalidad representada con un 21%, resultados contrarios a los hallados por Ceballos-Martínez, et al.⁽⁸⁾ y sin embargo el de aquellas mujeres, valoradas con EPDS (Escala de Edimburgo para Depresión Posparto) nos parece clarificador; que la alteración de la función familiar se asocie, de forma particularmente intensa, con un elevado riesgo de depresión posparto.

En similitud de la literatura mundial que afirma que existen diferencias estadísticamente significativas entre la presentación de depresión posparto y el nivel socioeconómico, el estado marital, la planificación del embarazo y la tristeza materna, en el presente estudio, sí mostró dicha relación. Por otra parte Beck y col.⁽⁵⁾ determinaron en un metaanálisis los factores predictores de depresión posparto, los cuales son: autoestima baja, presentación de ansiedad durante la gestación, historia de depresión durante el embarazo;⁽¹⁸⁾ en este último, el estudio difiere pues dentro de nuestra población no se encontró pacientes con antecedentes de patología psiquiátrica, y como hallazgos se encontraron, dentro de dichos factores, la relevancia de la satisfacción marital, eventos estresantes durante la gestación, en relación a las diversas etapas del ciclo vital, por la que cada paciente cursaba; con mayor predominio en la etapa de dispersión, seguida de la etapa de expansión, esto debido a que algunas de las pacientes tenían un hijo en nivel preescolar y primaria, lo que le ocasionaba estrés con la atención de un nuevo ser, por otro lado de la pareja y algunas de ellas con su área laboral.

Nuestro estudio en cuanto a la percepción de poder recibir ayuda en un momento determinado o poder compartir los problemas (redes de apoyo), a las nuevas actividades, de expresión del cariño y respuesta a las emociones (o simplemente empatía) y de satisfacción en cómo se comparten los momentos de tiempo libre. Las redes de apoyo que se tuvieron en el puerperio arrojaron los siguientes datos, en el 45% se tuvo un apoyo positivo por parte de la pareja y un 34% no lo tuvieron, revelo que juegan un papel relevante como estabilizadores emocionales y actúan como muro de contención frente a la depresión; será, por tanto, de enorme interés el conocer cuál es la realidad familiar de las embarazadas para

poder detectar aquellas en las que aparezca una disfunción familiar como factor predictivo de una posible depresión.

En definitiva, y siguiendo las recomendaciones de las citas bibliográficas revisadas; para la detección de la depresión en atención primaria, y en donde perfectamente podemos aplicar la escala de Edimburgo, deberemos intentar: mantenernos alerta con las pacientes que presenten factores de riesgo, utilizar la entrevista clínica ó los instrumentos ya descritos, obtener información adicional preguntando a la familia ó a las personas al cuidado de la paciente (con el consentimiento de ésta), identificar otras posibles causas del trastorno (médicas, farmacológicas, tóxicas) y proceder al tratamiento y remitir a la paciente a la consulta de las diferentes especialidades que intervienen en su tratamiento. De igual manera brindarle la atención oportuna al niño, a quien, al no ser detectado dicho padecimiento, se daña, puesto que no tendría estímulos adecuados que le permitan tener un desarrollo físico y neuropsicológico, recordemos que la depresión posparto puede condicionar importantes alteraciones en la relación madre e hijo y, lo que puede ser más preocupante y que nos obliga a su detección temprana, ocasionar un impacto negativo en el desarrollo emocional y cognitivo del recién nacido, en especial si se presenta en una dinámica familiar desfavorable. Sumando a todo ello, los problemas maritales pueden llevar al padre a padecer una patología poco descrita, denominada depresión posnatal paterna, que se incrementa según cifras del INEGI de un 5% a un 50%, cuando la madre sufre depresión posparto,⁽¹⁶⁾ lo que sería motivo para realizar u comprobar en futuros estudios.

8. CONCLUSIONES

Los resultados que se obtuvieron de este estudio sobre la incidencia y la prevalencia de la depresión posparto en mujeres que asisten al Hospital Regional de Valle de Chalco Solidaridad, en el periodo de octubre del 2012 a marzo del 2013; fue del 27.9% total de la población atendida por otras patologías, de este se identificó mediante la aplicación de la escala de Edimburgo el 43% con puntaje > a 10 lo que indica la presencia de depresión posparto, y el 53% restante no la presenta, porcentaje que se muestra en comparación con otros estudios poblacionales.

Las sociedades actuales, incluida la nuestra, asigna a las mujeres una carga laboral y emocional muy pesada; las mujeres tienen que sortear múltiples y diversas actividades dirigidas a resolver los aspectos domésticos y económicos dentro y fuera de sus hogares; estas diversas responsabilidades que recaen en las mujeres implican que descuiden sus hábitos de alimentación, de tiempos de descanso y horas de sueño, pues viven en constante estrés. Si a dicho panorama le agregamos la violencia doméstica, el maltrato físico, psicológico, la opresión familiar y educativa, en conjunto todos estos factores conducirán a una predisposición mayor a presentar la depresión posparto.

Es oportuno estudiar la viabilidad de la implantación de un programa de cribado poblacional de la depresión posparto, que siguiendo algunos de los criterios expuestos, debería asegurar previamente una formación adecuada del personal sanitario que está en contacto con las mujeres durante el período perinatal, protocolos claros de actuación, medios necesarios y apoyo de los gestores y administradores sanitarios. Con ello se reduciría la depresión posparto, se evitara un daño mayor a la salud mental de la madre, desintegración de la familia, se disminuirá el riesgo de atención inadecuada al recién nacido y las complicaciones a largo plazo, puesto que se ha identificado que los hijos de las madres con

depresión posparto tienen mayor incidencia de trastornos conductuales, déficit cognitivo y problemas de adaptación escolar.,

Para identificar de manera oportuna la depresión posparto, se propone trabajar con la familia que es la base de formación de todo individuo en cualquier sociedad. Sin embargo la presencia de estos factores de riesgo para DPP, es variable entre cada población y en el transcurrir del tiempo; por lo tanto, recomendamos la evaluación periódica de los factores de riesgo en cada institución sanitaria para así planear las acciones óptimas en la prevención y el tratamiento de esta patología.

Como médico familiar es fundamental ver al paciente como un ser biopsicosocial, la formación humanista y cultural, que nos brinda esta especialidad, va más allá de ser un eufemismo para convertirse en una ingente necesidad y un deber ineludible, en virtud de que son precisamente esos componentes los que nos hacen ser mejores seres humanos, los que conforman nuestros principios éticos y morales y los que determinan que el médico sea un mejor profesional de la salud, y con ello evitar en lo mayor mente posible complicaciones a futuro que repercutan en la salud y entorno del paciente.

Por tanto, la detección de depresión posparto es de suma importancia, puesto que de no realizar un tratamiento específico durante este periodo, puede acarrear grandes consecuencias, tanto para la madre, como para el hijo y la familia en general, por lo que se hace imprescindible fomentar la importancia de la consulta posparto y la difusión de este tipo de herramienta de sondeo (EPDS) para mejorar la pesquisa de pacientes con dicha patología, sobre todo para los proveedores del servicio médico público, donde las limitaciones de recursos, la sobrecarga de pacientes y la restricción del tiempo para la evaluación médica es más frecuente, en nuestra actualidad.

9. BIBLIOGRAFIA

1. Alegre P Yuri. Instrumentos de Atención a la familia: el familiograma y el Apgar Familiar. RAMPA, 2006; No.1 Vol.1. pp:48-57
2. Alvarado R Ricardo. Cuadros depresivos en el posparto en una cohorte de embarazadas: construcción de un modelo causal. Revista de Neuro-Psiquiatria de Chile. 2000; No.38. Vol.2 jun-jul. 84-93.
3. Anzures, Ricardo. Medicina Familiar. México. Ed. Colegio Mexicano de medicina Familiar. 2008. pp.209-210.
4. Arias C Liliana. El APGAR Familiar en el cuidado primario de la Salud. Colombia. 1994; No.2 Vol.5. pp: 26-32.
5. Beck & Cols. Predictors of postpartum depression. An update. Nurs Res. 2001. No.50 Vol.5 275-285
6. Campo A Armando. Escala de Edimburgo para depresión postparto: consistencia interna y estructura factorial en mujeres embarazadas de Cartagena, Colombia. Revista de Obstetricia y Ginecología de Colombia. 2007; No.58 Vol.4 mayo –jun. 277-283.
7. Canaval G, Martínez L, Valencia C, *et al.* Depresión posparto, apoyo social y calidad de vida en mujeres de Cali, Colombia. Colombia, 2000; No.31 Vol. 4 pp10-15.
8. Ceballos M Inés. Depresión durante el embarazo: Epidemiología en mujeres mexicanas. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2010. No.1 Vol. 48. pp.71-74.

9. Dennis CL, Ross LE. The clinical utility of maternal self- reported personal and familial psychiatric history in identifying women at risk for postpartum depression. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2006. No85 pp.1179-1185.
10. Escobar M Juan. Depresión posparto:¿se encuentra asociada a la violencia basada en género?. *Revista de la facultad de Medicina de San Marcos*. Perú.2009; No.70 Vol.2 115-121.
11. Evans G, Vicuña M, Marín R. Depresión posparto realidad en el sistema público de atención de salud. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*. 2003; No.68 Vol.6. pp.491-4.
12. Guadarrama L Arturo. Bases neuroquímicas y neuroanatomías de la depresión. *Revista de la facultad de Medicina- UNAM*. 2006; No.49, Vol.2 pp.66 - 72.
13. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. Prevención para la depresión posparto: Guía para orientadores/as. Conacyt. México 2003. Lara MA. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente,2003. Recuperado de: [Http://www.ayudaparadepresión.org.mx](http://www.ayudaparadepresión.org.mx).
14. Irigoyen-Coria A, Gómez –Clavelina F, Hernández-Ramírez C, Farfán-Salazar G. *Diagnóstico Familiar*. México. Editorial Medicina Familiar Mexicana. 1995.pp.27-31
15. Lara M. A. Síntomas depresivos en el embarazo y factores asociados, en pacientes de tres instituciones de salud de la ciudad de México. *Revista de salud Mental*. México. 2006. No. 29 Vol.4 55-62.

16. Lara MA y García HT. Despertando tu amor para recibir a tu bebe. Cómo prevenir la tristeza y depresión en el embarazo y después del parto. 1ª.ed, México. Editorial Pax, 2009. Pp.217-229.
17. Latorre JF, Contreras LM, García S, Medina JA. La depresión postparto en madres adolescentes de Bucaramanga, Colombia. Revista de Obstetricia y Ginecología de Colombia. 2006; No.57 Vol.3 pp.156-62.
18. López P. Rico B, Espinosa G, comp. Género y política en salud.2ªedición México, DF: Grupo Fogra; 2003.
19. López S. Olivia. Cuando las bajas son más altas: la depresión en personas adultas. Guía género y salud en Cifras, SSA. México. 2008; No.2 Vol.6 may-agost. 4-12.
20. Lozano R. Raúl. Prevalencia y diagnostic de depression en poblacion adulta en México. Revista de Salud Publica.México,2005. No1. Supl.1 pp.4-11.
21. Marchesi B Charles. Major and minor depression in pregnancy. Revist of the Obstet Gynecol. 2009 No.11 Vol.3 pp.1292-1298.
22. Moreno A, Daniel. Depresión posparto: prevalencia de test de rastreo positivo en puérperas del Hospital Universitario de Brasilia. Revista de Obstetricia y Ginecología de Brasil. 2004; No.69 Vol.3. 209-213.
23. Ortega L. Figueroa ME. Prevalencia de depresión, a través de la escala de depresión perinatal de Edinburgh (EPDS), en una muestra de mujeres embarazadas. Perinatol Reprod Hum. 2001. No.15 Vol.1 11-20.
24. Palacios MJ. Desarrollo psicológico y educación. 1ª.ed., Madrid. Editorial Alianza. pp. 219-228.

25. Pérez R Roberto. Causas posiblemente asociadas a depresión posparto, según escala Edimburgo. Revista Obstétrica-Ginecológica de Venezuela. 2007; No67, Vol.3.pp187-91.
26. Sierra M. JM. Variables asociadas al riesgo de depresión posparto. Escala de Edimburgo. Atención Primaria. 2002. No.2 Vol.30 Junio. Pp.103-111. Recuperado de:
http://www.elsevier.es/doc_download/artc.47.659.pdf
27. Trastornos Depresivos. Tomado de la Secretaria de salud (2004) programa de acción: Salud Mental y Depresión en México. Recuperado de:
<http://sesver.ssaver.gob.mx/portal/page=933,1241472&dad=portal&schem>.
28. Urdaneta M José. Factores de riesgo de depresión posparto en puérperas venezolanas valoradas por medio de la escala de Edimburgo. Revista de ginecología y obstetricia Chilena. 2011; No.76 Vol.2. pp. 103-112.
29. Urdaneta M. José. Prevalencia de depresión posparto en primigestas y múltiparas valoradas por la escala de Edimburgo. Revista Chilena de Ginecología y obstetricia. 2010; No.5 Vol.75 pp.312-320.
30. Vargas M Jaime. Depresión posparto: presencia y manejo psicológico. Centro Regional en Psicología de Oaxaca. México. 2009: No1, Vol.3. pp.11-18.
31. Vega JM, Mazzotti G. Validación de una versión en español de la escala de depresión postnatal de Edimburgo. Actas Españolas de Psiquiatria. 2002.No.30 Vol.2 106-111.

10. ANEXOS

1.- CONSENTIMIENTO INFORMADO

2.- CUESTIONARIO DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

3.- ESCALA DE EDIMBURGO PARA DEPRESIÓN POSPARTO

4.- FAMILIOGRAMA

5.- APGAR FAMILIAR

ANEXO 1

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN PROTOCOLO DE INVESTIGACION DEL HOSPITAL REGIONAL VALLE DE CHALCO

Lugar y fecha
Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación: factores de riesgo asociados a depresión post parto.
Registro ante el comité local de Investigación la CNIC con el número:
El objetivo del estudio es: identificar de manera temprana factores de riesgo para desarrollar depresión posparto y de presentarla diagnosticarla lo mas precozmente para otorgar el mejor tratamiento.
Se me a explicado que mi participación consistirá en: responder dos encuestas una de factores de riesgo y la otra es para el diagnóstico de la depresión posparto.
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: No existen riesgos al contestar la encuesta que se me aplicara, los inconvenientes son la necesidad de acudir nuevamente a la segunda aplicación de la encuesta 6 semanas posteriores al nacimiento del bebé. Al contestar la encuesta no tendré ninguna molestia, y los beneficios de participar en dicho estudio serán ayudar a identificar a otras pacientes que estén en riesgo de presentar la depresión posparto. A si mismo se me ha informado que toda la información que se obtenga será estrictamente confidencial.
El investigador responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, asi como responder a cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevara 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 seguridades de que no se me identificara 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, a aun que esta pueda cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.
_____ Nombre y Firma del paciente
_____ Nombre Firma y Matricula del Investigador Responsable

ANEXO 2

CUESTIONARIO DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Favor de contestar honestamente las siguientes preguntas:

Nombre: _____

Edad: _____

Escolaridad: _____

Ocupación: _____

Estado Civil: _____

Religión: _____

ANEXO 3.

ESCALA DE EDIMBURGO

A continuación marque la respuesta que más se acerque a cómo se ha sentido en los últimos 7 días, no solamente cómo se sienta hoy.

En los últimos 7 días:

1. He podido reír y ver el lado bueno de las cosas:

0 Tanto como siempre

1 No tanto ahora

2 Mucho menos

3 No, no he podido

2. He mirado al futuro con placer:

0 Tanto como siempre

1 Algo menos de lo que solía hacer

2 Definitivamente menos

3 No, nada

3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas marchaban mal:

0 Sí, casi siempre

1 Sí, algunas veces

2 No muy a menudo

3 No, nunca

4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo:

0 No, nada

1 Casi nada

2 Sí, a veces

3 Sí, a menudo

5. He sentido miedo o pánico sin motivo alguno:

0 Sí, bastante

1 Sí, a veces

2 No, no mucho

3 No, nada

6. Las cosas me oprimen o agobian:

0 Sí, casi siempre

1 Sí, a veces

2 No, casi nunca

3 No, nada

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

0 Sí, casi siempre

1 Sí, a menudo

2 No muy a menudo

3 No, nada

8. Me he sentido triste y desgraciada:

0 Sí, casi siempre

1 Sí, bastante a menudo

2 No muy a menudo

3 No, nada

9. He estado tan infeliz que he estado llorando:

0 Sí, casi siempre

1 Sí, bastante a menudo

2 Sólo ocasionalmente

3 No, nunca

10. He pensado en hacerme daño a mí misma:

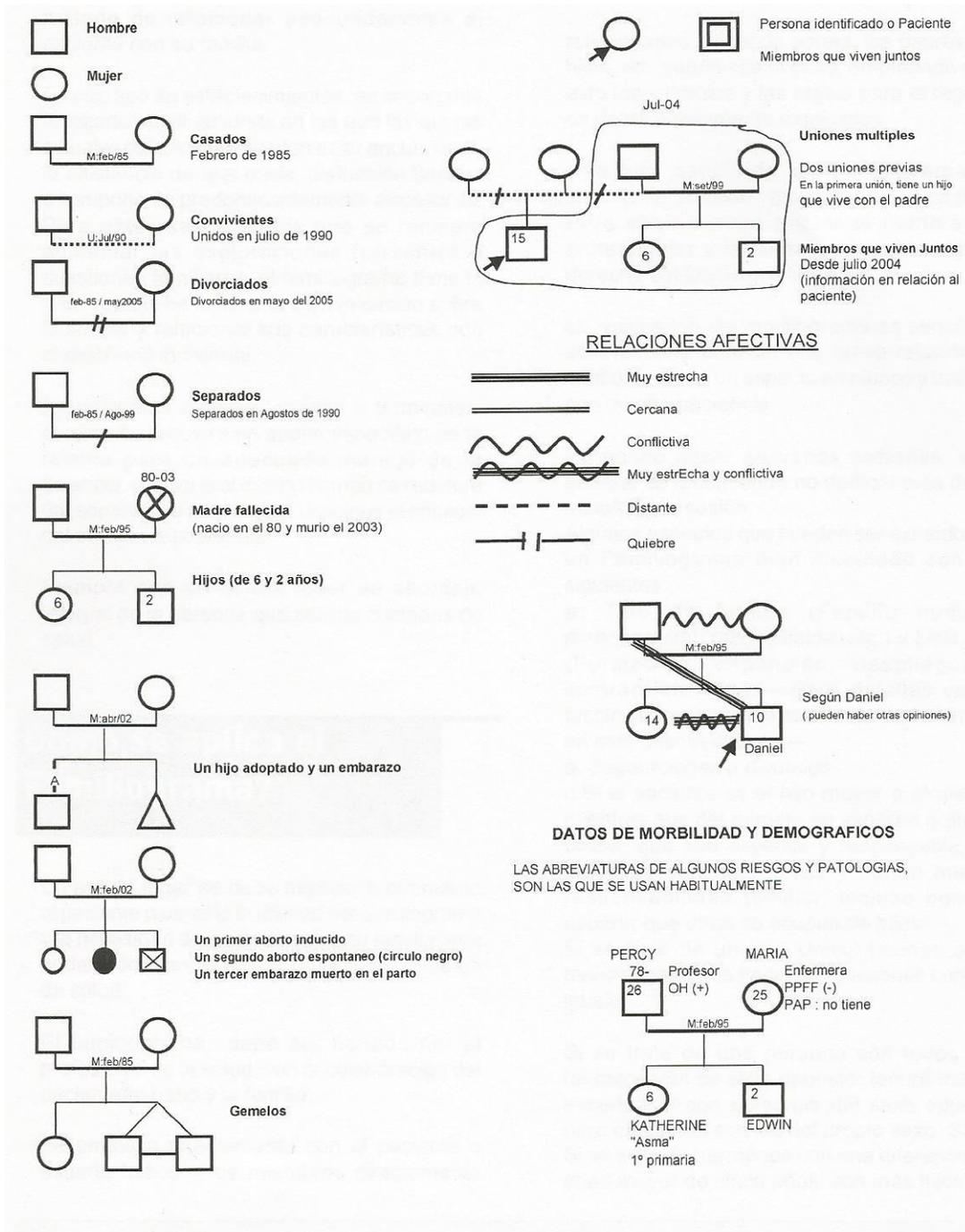
0 Sí, bastante a menudo

1 Sí, a menudo

2 Casi nunca

3 No, nunca

ANEXO 4. FAMILIOGRAMA



ANEXO 5.

APGAR FAMILIAR

Fecha de aplicación: _____

Las siguientes preguntas son de gran ayuda para entender mejor su salud integral. Familia es definida como el(los) individuo(s) con quien (es) usted usualmente vive. Si usted vive solo, su "familia" consiste en la(s) persona(s) con quien(es) usted tiene ahora el lazo emocional más fuerte.

Para cada pregunta marcar sólo una X en el caso específico para usted

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad					
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas					
Me satisface cómo mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades					
Me satisface cómo mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.					
Me satisface cómo compartimos en mi familia a. El tiempo para estar juntos b. Los espacios en la casa c. El dinero					
¿Usted tiene algún amigo(a) cercano(a) a quien pueda buscar cuando necesita ayuda?					
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigas o amigos					
TOTAL					

- | | | |
|------------------------------|------------------|--------------------------|
| BUENA FUNCIÓN FAMILIAR | 18-20 PUNTOS | <input type="checkbox"/> |
| DISFUNCIÓN FAMILIAR LEVE | 14-17 PUNTOS | <input type="checkbox"/> |
| DISFUNCIÓN FAMILIAR MODERADA | 10-13 PUNTOS | <input type="checkbox"/> |
| DISFUNCIÓN FAMILIAR SEVERA | 9 PUNTOS O MENOS | <input type="checkbox"/> |

