

Méd. Gral. Octavio  
Martínez Rodríguez

Asociación de depresión posparto  
con apoyo familiar

2021



Universidad Autónoma de Querétaro  
Facultad de Medicina

Asociación de depresión posparto  
con apoyo familiar

Tesis

Que como parte de los requisitos para  
obtener el diploma de

Especialidad en Medicina Familiar

Presenta

Médico General Octavio Martínez Rodríguez

Dirigido por:

Méd. Fam. Ericka Esther Cadena Moreno

Co-Director:

M.I.M.S.P Roxana Gisela Cervantes Becerra

Querétaro, Querétaro julio 2021



Universidad Autónoma de Querétaro  
Facultad de Medicina  
Especialidad en Medicina Familiar

“Asociación de depresión posparto con apoyo familiar”

Tesis

Que como parte de los requisitos para obtener el Diploma de

Especialidad en Medicina Familiar

Presenta

Médico General Octavio Martínez Rodríguez

Dirigido por:

Méd. Fam. Ericka Esther Cadena Moreno

Co-dirigido por:

M.I.M.S.P Roxana Gisela Cervantes Becerra

Med. Esp. Ericka Esther Cadena Moreno  
Presidente

M.I.M.S.P. Roxana Gisela Cervantes Becerra  
Secretario

Med. Esp. Omar Rangel Villicaña  
Vocal

Med. Esp. Rosalía Cadenas Salazar  
Suplente

Mtra. Martha Leticia Martínez Martínez  
Suplente

Centro Universitario, Querétaro, Qro.  
Junio 2021  
México

## Resumen

**Introducción:** La depresión en México es una de las principales enfermedades mentales que afecta a las mujeres en edad reproductiva, la prevalencia de depresión posparto es del 10% al 20% en población urbana. Estudios realizados han demostrado factores predictivos, uno de ellos el apoyo social ya que a mayor apoyo social perinatal menor probabilidad de presentar depresión posparto.

**Objetivo:** Identificar la asociación entre depresión posparto y apoyo familiar.

**Materiales y Métodos:** Es un estudio transversal comparativo que se realizó en pacientes que se encontraron en los primeros seis meses de puerperio y usuarias de la Unidad de Medicina Familiar N° 9 IMSS Querétaro, se excluyeron aquellas con previo diagnóstico de algún trastorno psiquiátrico con o sin tratamiento, criterios de eliminación, que durante el seguimiento hayan decidido por cualquier razón no continuar. Las variables a considerar son: edad, estado civil, ocupación, número de embarazos, apoyo familiar. Se aplicó la escala de depresión perinatal de Edimburgo, validada en población mexicana, para formar dos grupos, con y sin depresión, posteriormente se evaluó con la escala de apoyo familiar PSS- Fa. El tamaño de la muestra 13 sujetos por cada grupo de estudio. Se calculó con la fórmula para comparar dos proporciones para demostrar la asociación entre éstas, con nivel de confianza de 95% ( $Z\alpha=1.64$ ) y un poder del estudio de 80% ( $Z\beta=0.84$ ), se empleó el muestreo no aleatorio por conveniencia. El análisis estadístico incluye promedios, porcentajes, desviaciones estándar, intervalos de confianza, razón de momios. Estudio sujeto a normas éticas internacionales.

**Resultados:** En pacientes con depresión posparto el bajo apoyo familiar fue de 17.9% y en el grupo sin depresión posparto fue de 0.7%, con una diferencia estadísticamente significativa de  $p= 0.000$ .

**Conclusiones:** Se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna.

(**Palabras clave:** depresión, apoyo familiar, posparto.)

## Summary

**Introduction:** Depression in Mexico is one of the main mental illnesses that affects women of reproductive age, the prevalence of postpartum depression is 10% to 20% in the urban population. Studies have shown predictive factors, one of them social support since the greater the perinatal social support, the less likely it is to have postpartum depression. **Objective:** To identify the association between postpartum depression and family support. **Materials and Methods:** It is a comparative cross-sectional study that was carried out in patients who were found in the first six months of the puerperium and users of the Family Medicine Unit No. 9 IMSS Querétaro, those with a previous diagnosis of a psychiatric disorder with or without treatment, criteria of elimination, who during the follow-up have decided for any reason not to continue. The variables to consider are: age, marital status, occupation, number of pregnancies, family support. The Edinburgh perinatal depression scale, validated in the Mexican population, was applied to form two groups, with and without depression, later it was evaluated with the PSS-Fa family support scale. Sample size 13 subjects for each study group. It was calculated with the formula to compare two proportions to demonstrate the association between them, with a confidence level of 95% ( $Z\alpha = 1.64$ ) and a study power of 80% ( $Z\beta = 0.84$ ), non-random sampling was used for convenience. . Statistical analysis includes means, percentages, standard deviations, confidence intervals, odds ratio. Study subject to international ethical standards. **Results:** In patients with postpartum depression, low family support was 17.9% and in the group without postpartum depression it was 0.7%, with a statistically significant difference of  $p = 0.000$ . **Conclusions:** The null hypothesis is rejected and the alternative hypothesis is accepted.

(**Key Words:** depression, family support, postpartum.)

## Dedicatorias

A mis padres, quienes me han apoyado en mi formación profesional, siendo la herencia más valiosa que pudieron darme y quienes sin escatimar esfuerzo alguno, han dado gran parte de su vida para formarme y educarme; a quienes nunca podré pagarles todos sus desvelos ni aún con las riquezas más grandes del mundo.

A Omar y Salvador por su apoyo incondicional y tener siempre palabras de aliento.

A Rubí y Romina quienes siempre tuvieron la dosis perfecta de abrazos.

A Alejandro, por su apoyo incondicional y alentarme siempre para alcanzar la meta.

A Arte, Cindy, Gaby y Román, que me han acompañado en esta y otras travesías.

## **Agradecimientos**

A la doctora Ericka Esther Cadena Moreno, por su tiempo, enseñanza y apoyo para poder culminar éste trabajo que inició como una idea.

A la doctora Roxana Cervantes Becerra, por fomentar el esfuerzo, disciplina y constancia en el proceso de este trabajo.

A la doctora Leticia Blanco Castillo, por su gran ímpetu en la enseñanza y disponibilidad para ayudarme a alcanzar mi objetivo.

Dirección General de Bibliotecas UAQ

## Índice

<b>Contenido</b>	<b>Página</b>
<b>Resumen</b>	i
<b>Summary</b>	ii
<b>Dedicatorias</b>	iii
<b>Agradecimientos</b>	iv
<b>Índice</b>	v
<b>Índice de cuadros</b>	vii
<b>Abreviaturas y siglas</b>	vii
<b>I. Introducción</b>	1
<b>II. Antecedentes</b>	3
<b>III. Fundamentación teórica</b>	5
III.1 Depresión posparto	5
III.1.1 Epidemiología	7
III.1.2 Escala de Depresión Perinatal de Edimburgo	7
III.2 Apoyo familiar	8
III.2.1 Escala de apoyo social percibido de la familia	9
<b>IV. Hipótesis</b>	10
IV.1 General	10
<b>V. Objetivos</b>	11
V.1 General	11
<b>VI. Material y métodos</b>	12
VI.1 Tipo de investigación	12
VI.2 Población o unidad de análisis	12
VI.3 Muestra y tipo de muestra	12
VI.3.1 criterios de selección	14
VI.3.2 variables estudiadas	14
VI.4 Técnicas e instrumentos	15

VI.4.1 Escala para detección de depresión	15
VI.4.2 Escala para detección de apoyo familiar	15
VI.5 Procedimientos	16
VI.5.1 Análisis estadístico	17
VI.5.2 consideraciones éticas	17
<b>VII. Resultados</b>	19
<b>VIII. Discusión</b>	26
<b>IX. Conclusiones</b>	28
<b>X. Propuestas</b>	29
<b>XI. Bibliografía</b>	30
<b>XII. Anexos</b>	34
XII.1 Hoja de recolección de datos	34
XII.2 Instrumentos	35
XII.3 Carta de consentimiento informado	37

## Índice de cuadros

<b>Cuadro</b>		<b>Página</b>
VII.1	Promedio de edad y tiempo de puerperio en pacientes con y sin depresión posparto	19
VII.2	Promedio de estado civil en pacientes con y sin depresión posparto.	20
VII.3	Promedio de escolaridad en pacientes con y sin depresión posparto.	21
VII.4	Promedio de actividad laboral en pacientes con y sin depresión posparto.	22
VII.5	Promedio de número de hijos en pacientes con y sin depresión posparto.	23
VII.6	Promedio de número de enfermedades crónicas en pacientes con y sin depresión posparto.	24
VII.7	Asociación de apoyo familiar en pacientes con y sin depresión posparto.	25

## Abreviaturas y siglas

OMS: Organización Mundial de la Salud.

WHO: World Health Organization.

OR: Odds Ratio.

IC: Interval de confianza.

ARIMAC: Área de Información Médica y Archivo Clínico.

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social.

## I. INTRODUCCIÓN

En México la depresión posparto en población urbana es del 10% al 20% y del 11% al 12.9% en población rural, por lo que a pesar de la alta prevalencia en nuestro país son poco los estudios realizados. La importancia de la depresión posparto se centra en los riesgos que puede presentar tanto la madre como su infante entre éstos se encuentra el incremento de la prevalencia de enfermedades cardiovasculares en las puérperas y la incapacidad para un eficiente desempeño laboral y familiar; ya que la depresión posparto puede presentarse dentro de los primeros seis meses después del parto e incluso puede continuar la sintomatología después de un año, los infantes presentan un mayor riesgo de presentar desnutrición, bajo peso, así como alteración del desarrollo psicomotor, además de la exposición al maltrato y a los accidentes. (Seehusen et al., 2005; Podestá et al., 2013; Cabada-Ramos et al., 2015)

La familia no solo es la unidad básica de la sociedad, sino además, el elemento que funge como medida preventiva y terapéutica durante el proceso salud enfermedad; durante el posparto, la familia es un pilar importante para el recién nacido y la puérpera al brindarles comodidad, bienestar emocional, económico y social al reajustar su dinámica familiar. (OMS, 2003; Chévez y Díaz, 2014)

En México no se encuentran estudios que relacionen las variables depresión posparto y apoyo familiar, pero a nivel Latinoamérica se encontró un estudio realizado en el país de Chile, en el cual se estudió las características del apoyo social percibido durante el posparto y la presencia de depresión posparto con una diferencia estadísticamente significativa entre el grupo de depresión posparto en comparación con el grupo control, con un valor de  $p=0.0021$ . (Contreras et al., 2017)

Durante el posparto existen factores desencadenantes de la depresión que pueden estar asociados al apoyo familiar por lo que el estudio de investigación pretendió determinar esa asociación y ofreció la información para iniciar el refuerzo de las redes de apoyo en las embarazadas desde el primer nivel de atención para así evitar un cuadro depresivo que traería consigo consecuencias poco favorables e incluso fatales para el binomio.

Dirección General de Bibliotecas UAG

## II. ANTECEDENTES

Un metaanálisis en el que incluyeron 120 publicaciones que incluían depresión perinatal y ansiedad con factores asociados, realizaron una serie de metaanálisis por cada factor asociado y los resultados en rango de tiempo que fueron: factores valorados en el embarazo que pronostican resultados prenatales, factores valorados en el embarazo que pronostican resultados posnatales y factores evaluados posparto que pronostican resultados postnatales. Sobre los resultados obtenidos de 21 estudios transversales concluyeron que el apoyo global durante el embarazo se asoció con niveles más bajos de depresión prenatal, con una heterogeneidad sustancial ( $I^2 = 94.6$ ). En los resultados de seis estudios longitudinales el apoyo percibido durante el embarazo se asoció a niveles menores de depresión posnatal, con una heterogeneidad moderada ( $I^2 = 55.0\%$ ). Sobre los resultados de 12 estudios el apoyo posparto se asoció con niveles menores de depresión posparto, tuvo un efecto significativo con una heterogeneidad de ( $I^2 = 42,1\%$ ). (Pilkington et al., 2015)

En la provincia de Shandong, China; se realizó un estudio longitudinal para evaluar los cambios de prevalencia de depresión y el apoyo social percibido en un total de 240 mujeres mayores de 18 años de edad y con un embarazo de 28 semanas de gestación o más en las que se evaluó la prevalencia de depresión posparto y el apoyo social en tres ocasiones, a finales del embarazo, una semana después del parto y cuatro semanas después del parto. Los resultados demostraron que las mujeres que tuvieron puntuaciones más altas de apoyo social durante el final del embarazo tuvieron menos posibilidad de desarrollar depresión antes del parto  $OR= 0.92$ ;  $IC$  del 95%=  $0.88 - 0.96$ ; durante la primer semana después del parto obtuvieron  $OR= 0.94$ ;  $IC$  del 95%=  $0.91 - 0.98$ ; y durante la cuarta semana posparto fue un  $OR= 0.93$ ;  $IC$  del 95%=  $0.88 - 0.98$ . Concluyeron que los síntomas depresivos y el apoyo social percibido tuvieron cambios durante el periodo perinatal pues las mujeres presentaron síntomas depresivos más altos al final del embarazo en comparación a la primera y cuarta

semana posparto lo que se relaciona con un mayor apoyo social durante la primera y cuarta semana posparto en comparación con el percibido al final del embarazo. (Yang Li et al., 2017)

Un estudio transversal, correlacional realizado en el país de Chile en el que se estudió las características del apoyo social percibido durante el posparto y la presencia de depresión materna en 76 mujeres durante el puerperio, se observó una prevalencia del 27.6% de depresión posparto, de las cuales presentaron depresión leve 61,9 %; depresión moderada 23,8 % y depresión grave 14,2 %. Variables de escolaridad, estado civil, vía del parto y nivel socioeconómico no tuvieron resultados significativos; y la percepción del apoyo social para los ítems de familia demostró una diferencia estadísticamente significativa entre el grupo de depresión posparto en comparación con el grupo control, con un valor de  $p=0.0021$ . En el grupo de depresión posparto con relación a la funcionalidad familiar se obtuvo un 28.6% con familia funcional, un 42.9% moderadamente funcional, 9.5% disfuncional y 19% severamente disfuncional. (Contreras-García et al., 2017)

En lima, Perú, se realizó un estudio para tesis de tipo descriptivo, correlacional, transversal que evaluó la asociación entre disfunción familiar y depresión posparto en un centro de atención primaria, con un total de 117 puérperas. 27.4% de las pacientes presentaron depresión posparto de las cuales el 6.2% no presentan disfunción familiar, 37.5% disfunción familiar leve, 40.6% disfunción moderada y 15.6% disfunción severa; 72.6% de las paciente se ubicaron en el grupo sin depresión posparto, de éstas el 38.8% se encontraron sin ningún tipo de disfunción familiar, 3,5% con disfunción familiar severa, 10.6% con moderada, y 47.1% disfunción familiar leve. Observaron una asociación significativa ( $p<0.001$ ) entre puérperas con algún grado de disfunción familiar y un odds ratio 9.51 (IC 95%: 2.13 – 42.50) el cual se incrementa de acuerdo con el aumento del grado de severidad de la disfunción familiar. (Miranda, datos sin publicar)

### III. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

#### III.1 Depresión posparto

El puerperio o posparto es el periodo que inicia al finalizar el parto y tiene una duración de seis semanas en el cual existen cambios anatómicos y fisiológicos a un estado previo al embarazo; dentro de este periodo también existen cambios en el estado de ánimo que son principalmente tres. El primer cambio que ocurre en las mujeres durante el posparto es la tristeza posparto o “baby blues” que se caracteriza por una alteración del ánimo con síntomas leves como inestabilidad emocional, llanto fácil, irritabilidad y alteraciones del sueño y del apetito, que inicia en los primeros tres o cuatro días posparto y puede durar de horas a días pero no más de dos semanas, no requiere tratamiento ya que es un trastorno autolimitado. La psicosis posparto es un trastorno caracterizado por la alteración de la percepción de la realidad la cual suele iniciar entre el segundo y noveno día del posparto de forma brusca acompañada de actividades delirantes y alucinaciones, es necesario un tratamiento farmacológico y se recomienda la hospitalización para tener una mayor vigilancia; y el tercer padecimiento afectivo con un mayor impacto en su vida diaria es la depresión posparto. (Medina-Serdán, 2013; Diario Oficial de la Federación, 2016; Mora, 2016)

Se define depresión como una alteración mental que caracteriza al paciente por presentar tristeza, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, culpabilidad o autoestima baja, alteración del apetito o del sueño, astenia y falta de concentración que puede presentarse durante un periodo largo o recurrente que incapacita al paciente para realizar sus actividades laborales e incluso llevar una vida cotidiana. (Organización Mundial de la Salud, 2018)

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, se calcula que en el 2015 el número de personas con depresión superaba los 300 millones a nivel mundial, un 4.4% de la población, la depresión predomina en países de ingresos

bajos, e incrementa debido a la pobreza, el desempleo, la pérdida de algún ser querido o ruptura de un compromiso sentimental, una afección física o a causa de alguna toxicomanía. (World Health Organization, 2017)

La definición de depresión posparto es la condición de pensar, comportarse y afrontar el estrés durante el embarazo y el posparto acompañado de síntomas como estado de ánimo decaído, pérdida de placer o interés, pérdida de energía lo que lleva a la paciente a disminución de sus actividades que dificulta un desempeño adecuado en el ámbito laboral, familiar y social debido a la presencia de los síntomas la mayor parte del día durante por lo menos dos semanas. Se divide en depresión durante el embarazo y en el posparto en los cuales los síntomas no difieren uno del otro, lo que se observado es que la diabetes gestacional, la disfunción tiroidea y la anemia se relacionan con síntomas depresivos principalmente durante el embarazo. (World Health Organization, 2015)

Otro término para depresión posparto en la cual se incluyen criterios para definirla es la presencia durante el embarazo o en las cuatro semanas después del parto de cinco o más síntomas y al menos uno debe ser un estado de ánimo decaído o pérdida de placer o interés, acompañado de aumento o pérdida de peso sin hacer dieta, insomnio o somnolencia, actividad motora intensa o aletargamiento, cansancio, sentimiento de improductividad o culpabilidad excesiva, disminución de capacidad para toma de decisiones o de concentración y pensamientos recurrentes de muerte; los síntomas deben estar presentes durante todo el día o la mayor parte del día causando deterioro a nivel social, laboral u otras áreas importantes para un buen funcionamiento; y los síntomas no pueden ser atribuidos a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra enfermedad. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013)

### III.1.1 Epidemiología

A nivel mundial la depresión posparto se presenta entre un 13% y 15% en puérperas, el cual se incrementa en los países en desarrollo, presentándose entre el 20% y 40% de mujeres durante su embarazo o posparto. (Lara et al., 2017; World Health Organization, 2017)

La depresión en México es una de las principales enfermedades mentales que afecta a las mujeres en edad reproductiva, en un estudio nacional observaron que la sintomatología depresiva en mujeres con al menos un hijo menor de cinco años es del 19.91%, lo que indica que podrían padecer depresión moderada o grave más de dos millones de mexicanas, encontrando el estado de Querétaro dentro de los dieciocho estados con una prevalencia mayor al 20%. Los estudios realizados en México han arrojado una prevalencia de depresión posparto del 10% al 20% en población urbanas y del 11% a 12.9% en zonas rurales. (Cabada-Ramos et al., 2015; De Castro et al., 2015; Lara et al., 2017)

De acuerdo a las estadísticas del Área de Información Médica y Archivo Clínico (ARIMAC) de la unidad de medicina familiar número 9 del IMSS, Querétaro; reporta que en el año 2019 acudieron 2,249 pacientes a control prenatal y se diagnosticaron 9 pacientes con algún trastorno mental y del comportamiento asociado con el puerperio, lo que equivale a 0.4% del total de la población embarazada lo que podría hablarnos de un subregistro.

### III.1.2 Escala de Depresión Perinatal de Edimburgo

La Escala de Depresión Perinatal de Edimburgo fue diseñada y validada por Cox, Holden y Sagovsky en 1987, para evaluar síntomas de depresión durante el posparto; posteriormente se muestra su validez para embarazadas en la semana 28 a 34 de gestación; y fue validada para la población mexicana en 2008 por

Oquendo M. y cols. Es un instrumento que está compuesto por diez preguntas que evalúa los síntomas comunes de un episodio o trastorno depresivo, cada reactivo se califica de 0 a 3 puntos de acuerdo con el grado de severidad o el tiempo de duración de los síntomas, se considera positiva al obtener un puntaje igual o mayor a 14 y negativa con un puntaje menor a 14 presenta una sensibilidad de 90%, una especificidad de 82%, valor predictivo positivo del 77% y un valor predictivo negativo del 94%. (Oquendo et al., 2008)

### III.2 Apoyo familiar

Santacruz define a la familia como “Un grupo social primario formado por individuos unidos por lazos sanguíneos, de afinidad o de matrimonio que interactúan y conviven en forma más o menos permanente y que en general comparten factores biológicos, psicológicos y sociales que pueden afectar su salud individual y familiar” durante las primeras etapas de la vida, la familia es parte esencial para un adecuado crecimiento y desarrollo de niños sanos al reforzar los factores protectores y disminuir los factores de riesgo para un buen desarrollo del niño. Se ha observado que los niños privados de forma temprana de los beneficios protectores de la leche materna, la presencia de un familiar principalmente una abuela, disminuía un 50% sus perspectivas de muerte; además, los familiares que se encargan de los cuidados del recién nacido permiten que la madre se reincorpore al ámbito laboral y social lo que trae consigo bienestar y salud de los individuos y la familia; Por tanto, el apoyo familiar es importante durante el embarazo, parto y puerperio para un buen desarrollo biopsicosocial de la madre y su hijo. (Santacruz-Varela, 1983; Organización mundial de la Salud, 2003)

### III.2.1 Escala de apoyo social percibido de la familia

La escala de apoyo social percibido de la familia o PSS–Fa (Perceived Social Support from Family) fue creada por Procidano y Hellenen en 1983, constituida por 20 ítems. En México fue ajustada a la población mexicana en un estudio realizado a estudiantes de nivel superior en 2010 por Domínguez AC. y cols., fueron eliminados cuatro ítems por no contar con adecuados índices de ajuste, quedando con 16 ítems los cuales presentan un formato de tres alternativas de respuesta: sí, no, y no sé. Los ítems son evaluados otorgándoles 1 a las respuestas de sí y 0 a las de no y no sé; los ítems 3 y 4 se califican en forma inversa, 1 a la respuesta no y 0 al sí y no sé; cuenta con un Alfa de Cronbach de 0.87. Los puntos de corte son a partir de cuartiles, por debajo de percentil 25 corresponde a bajo apoyo familiar, entre el percentil 25 y 75 corresponde a apoyo familiar moderado y por arriba del percentil 75 se clasifica como alto apoyo familiar. (Domínguez et al., 2011)

## IV. HIPÓTESIS

### IV.1 Hipótesis general

Ho: En pacientes con depresión posparto el porcentaje de bajo apoyo familiar es menor o igual al 56.2% y en pacientes sin depresión posparto el porcentaje de bajo apoyo familiar es menor o igual al 14.1%.

Ha: En pacientes con depresión posparto el porcentaje de bajo apoyo familiar es mayor al 56.2% y en pacientes sin depresión posparto el porcentaje de bajo apoyo familiar es mayor al 14.1%.

Dirección General de Bibliotecas UAO

## V. OBJETIVOS

### V.1 Objetivo general

Identificar la asociación entre depresión posparto y apoyo familiar.

Dirección General de Bibliotecas UAQ

## VI. MATERIAL Y MÉTODOS

### VI.1 Tipo de investigación

Se realizó un estudio Transversal comparativo en mujeres que se encontraron dentro de los primeros seis meses de posparto en la unidad de medicina familiar número 9 IMSS Querétaro de noviembre 2019 a abril 2020.

### VI.2 Población o unidad de análisis

Mujeres que se encontraron dentro de los primeros seis meses de posparto y que acudieron a la UMF 09 IMSS Querétaro.

### VI.3 Muestra y tipo de muestra

El tamaño de la muestra se calculó con la fórmula para comparar dos proporciones para demostrar la asociación entre éstas, con nivel de confianza de 95% ( $Z\alpha=1.64$ ) y un poder del estudio de 80% ( $Z\beta=0.84$ ), en donde se espera que la prevalencia de depresión posparto con bajo apoyo familiar sea mayor a 56.2% y en el grupo sin depresión posparto la prevalencia de bajo apoyo familiar sea menor al 14.1%.

$$n = \frac{(Z\alpha + Z\beta)^2 (p1 q1 + p2 q2)}{(p1 - p2)^2}$$

Dónde:

n= Tamaño muestral.

$Z\alpha$ = nivel de confianza con el cual se trabaja 95% ( $Z\alpha=1.64$ ), define la probabilidad de cometer el error tipo I.

$Z\beta$ = Poder de la prueba con el cual se desea trabajar 80% ( $Z\beta=0.84$ ), en este caso establece la posibilidad de cometer el error tipo II.

$p_1$ = Frecuencia del resultado de exposición a depresión posparto que se espera en el grupo de casos 56.2%= 0.562

$q_1$ = proporción de sujetos sin el resultado de exposición en el grupo de casos (1 -  $p_1$ ).

$p_2$ = Frecuencia del resultado de exposición sin depresión posparto que se espera en el grupo de controles 14.1%= 0.141

$q_2$ = Proporción de sujetos sin el resultado de exposición en el grupo de controles (1 -  $p_2$ ).

$$n = \frac{(1.64 + 0.84)^2 [(0.562)(0.438) + (0.141)(0.859)]}{(0.562 - 0.141)^2}$$

$$n = \frac{(2.48)^2 [(0.246) + (0.121)]}{(0.421)^2}$$

$$n = \frac{(6.15)(0.367)}{0.177}$$

$$n = \frac{2.257}{0.177}$$

n = 12.6 sujetos por cada grupo de estudio.

### VI.3.1 Criterios de selección

- Criterios de inclusión

Mujeres que se encontraron dentro de los primeros seis meses de posparto, usuarias de la unidad de medicina familiar N°9 IMSS Querétaro.

Pacientes que desearon participar con previa autorización de carta de consentimiento informado.

- Criterios de exclusión

Mujeres que contaban con diagnóstico previo de algún trastorno psiquiátrico con o sin tratamiento (la información se obtuvo mediante interrogatorio en la hoja de recolección de datos).

- Criterios de eliminación

Mujeres que cuenten con cuestionarios incompletos o decidan por cualquier razón no continuar.

### VI.3.2 Variables estudiadas

Se estudiaron variables sociodemográficas como edad, estado civil, ocupación, número de embarazos, tiempo de posparto, depresión posparto, enfermedades crónico degenerativas, apoyo familiar.

## VI.4 Técnicas e instrumentos

### VI.4.1 Escala para detección de depresión

La Escala de Depresión Perinatal de Edimburgo fue diseñada y validada por Cox, Holden y Sagovsky en 1987, para evaluar síntomas de depresión durante el posparto; posteriormente se muestra su validez para embarazadas en la semana 28 a 34 de gestación; y fue validada para la población mexicana en 2008 por Oquendo M. y cols. Es un instrumento que está compuesto por diez preguntas que evalúa los síntomas comunes de un episodio o trastorno depresivo, cada reactivo se califica de 0 a 3 puntos de acuerdo con el grado de severidad o el tiempo de duración de los síntomas, se considera positiva al obtener un puntaje igual o mayor a 14 y negativa con un puntaje menor a 14 presenta una sensibilidad de 90%, una especificidad de 82%, valor predictivo positivo del 77% y un valor predictivo negativo del 94%. (Oquendo et al., 2008)

### VI.4.2 Escala para detección de apoyo familiar

La escala de apoyo social percibido de la familia o PSS–Fa (Perceived Social Support from Family) fue creada por Procidano y Hellenen en 1983, constituida por 20 ítems. En México fue ajustada a la población mexicana en un estudio realizado a estudiantes de nivel superior en 2010 por Domínguez AC. y cols., fueron eliminados cuatro ítems por no contar con adecuados índices de ajuste, quedando con 16 ítems los cuales presentan un formato de tres alternativas de respuesta: sí, no, y no sé. Los ítems son evaluados otorgándoles 1 a las respuestas de sí y 0 a las de no y no sé; los ítems 3 y 4 se califican en forma inversa, 1 a la respuesta no y 0 al sí y no sé; cuenta con un Alfa de Cronbach de 0.87. Los puntos de corte son a partir de cuartiles, por debajo de percentil 25 corresponde a bajo apoyo familiar, entre el percentil 25 y 75 corresponde a apoyo

familiar moderado y por arriba del percentil 75 se clasifica como alto apoyo familiar. (Domínguez et al., 2011)

#### VI.5 Procedimientos

Una vez obtenida la autorización por el comité local de investigación, se solicitó permiso a las autoridades correspondientes de la Unidad de Medicina Familiar N°9 IMSS Querétaro para realizar la investigación en el servicio correspondiente.

Se realizó una prueba piloto con 20 pacientes con el fin de evaluar la idoneidad del instrumento de recolección de datos, el cual fue aplicado en la UMF 13 previa autorización de las autoridades correspondientes.

El médico encargado de la investigación acudió en horario 08:00 a 14:00 a la Unidad de Medicina Familiar N°9 IMSS Querétaro al servicio de medicina preventiva para realizar la recolección de datos, se eligieron a las pacientes que se encontraron dentro de los primeros seis de posparto, a las que se les invitó a participar y se les explicó los beneficios del estudio, firmando consentimiento informado.

A las pacientes se les realizó la escala de depresión perinatal de Edimburgo, validada en población mexicana. A partir de los resultados de esta encuesta, se definieron 2 grupos: el grupo con depresión posparto (aquellas puérperas con puntaje mayor o igual a 14 puntos); y el grupo sin depresión posparto (aquellas con puntaje menor de 14 puntos).

A ambos grupos se les aplicó la escala de apoyo familiar PSS- Fa, en el cual se considerará como alto apoyo familiar aquellas pacientes que obtengan puntaje de más de 12 puntos, moderado apoyo familiar con puntaje de 5 a 12 puntos y apoyo familiar bajo con puntaje menor a 5 puntos.

Se recopiló en una hoja de recolección de datos información de características sociodemográficas como edad, estado civil, ocupación y antecedentes ginecoobstétricos como número de embarazos, tiempo de puerperio. Posteriormente se concentró la información en el programa SPSS versión 25.

Las pacientes que fueron diagnosticadas con depresión posparto y/o apoyo familiar bajo, fueron canalizadas al servicio de psiquiatría y trabajo social para recibir tratamiento y trabajar con la familia como principal red de apoyo.

#### VI.5.1 Análisis estadístico

Se utilizó el programa SPSS con el que se realizó estadística descriptiva a través de cálculo de medias de asociación, porcentajes, desviaciones estándar, intervalos de confianza, como prueba estadística se utilizó razón de momios y prueba de Chi cuadrada.

#### VI.5.2 Consideraciones éticas

En el presente estudio se contempló el reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud 2014, al someterse a un comité de investigación local en salud, ante el cual se presentó para su revisión, evaluación y aceptación. (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2014)

Se utilizó para el cumplimiento de los objetivos del estudio la Declaración de Helsinki 2013 que establece en el párrafo 9 "En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal

de las personas que participan en investigación. La responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.” Así como el párrafo 24 que refiere “Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal. (World Medical Association, 2013)

Por las características del estudio se considera que no implicó riesgo ni molestia para las pacientes dado que solo se aplicaron encuestas con su previa autorización a través del consentimiento informado para protocolos de investigación del IMSS. En caso de haberse detectado algún grado de depresión fueron canalizados a los servicios de medicina familiar, psiquiatría y psicología, para contar con un adecuado tratamiento y seguimiento, en caso de bajo apoyo familiar se canalizaron a trabajo social.

## VII. RESULTADOS

Cuadro VII.1 Promedio de edad y tiempo de posparto en pacientes con y sin depresión posparto.

	Con depresión		Sin depresión		T	p
	Promedio	DE	Promedio	DE		
Edad de la madre	29.07	5.6	26.39	4.93	2.89	0.004
Tiempo de posparto en meses	3.35	1.53	2.48	1.52	3.13	0.002

Fuente: Encuestas aplicadas a las pacientes que participaron en el protocolo "asociación de depresión posparto con apoyo familiar".

Se estudiaron 39 pacientes con depresión posparto y 135 pacientes sin depresión. El promedio de edad en el grupo con depresión fue  $29.07 \pm 5.6$  y en el grupo sin depresión posparto  $26.39 \pm 4.93$ . La diferencia fue estadísticamente significativa.

Cuadro VII.2 Promedio de estado civil en pacientes con y sin depresión posparto.

	Con depresión		Sin depresión		x <sup>2</sup>	p
	Frecuencia	%	Frecuencia	%		
Soltera	6	15.4	9	6.7	4.8	0.306
Casada	18	46.2	53	39.3		
Unión libre	15	38.5	73	54		
Divorciada	0	0	0	0		
Viuda	0	0	0	0		

Fuente: Encuestas aplicadas a las pacientes que participaron en el protocolo "asociación de depresión posparto con apoyo familiar".

El estado civil que predominó fue casada, en el grupo con depresión posparto en 46.2% y en el grupo sin depresión posparto fue de 39.3%; seguido de unión libre en el grupo con depresión posparto en el 38.5% y en el grupo sin depresión en el 52.6%. La diferencia no fue estadísticamente significativa. El resto de los resultados se encuentran en el cuadro VII.2.

Cuadro VII.3 Promedio de escolaridad en pacientes con y sin depresión posparto.

	n= 39 135		Con depresión Sin depresión		x <sup>2</sup>	p
	Con depresión	%	Sin depresión	%		
Primaria	1	2.6	4	3.0	3.8	0.433
Secundaria	11	28.2	33	24.4		
Bachillerato	17	43.6	65	48.1		
Licenciatura	9	23.1	33	24.4		
posgrado	1	2.6	0	0		

Fuente: Encuestas aplicadas a las pacientes que participaron en el protocolo "asociación de depresión posparto con apoyo familiar".

En el grupo de depresión posparto la escolaridad que predominó fue bachillerato con 43.6%, y en el grupo sin depresión fue de 48.1%; seguido de secundaria de 28.2% y en el grupo sin depresión de 24.4%. La diferencia no fue estadísticamente significativa. El resto de los resultados se encuentran en el cuadro VII.3.

Cuadro VII.4 Promedio de actividad laboral en pacientes con y sin depresión posparto.

	Con depresión	%	Sin depresión	%	x <sup>2</sup>	p
estudia	0	0	5	3.7	1.9	0.589
Trabaja	16	41	57	42.2		
Hogar	23	59	73	54		

Fuente: Encuestas aplicadas a las pacientes que participaron en el protocolo "asociación de depresión posparto con apoyo familiar".

La actividad laboral que predominó en el grupo de depresión posparto fue actividades del hogar con 59% y en el grupo sin depresión fue el 53.3%; seguido de trabaja con 41% en el grupo de depresión y en el grupo sin depresión de 42.2%. La diferencia no fue estadísticamente significativa. El resto de los resultados se encuentran en el cuadro VII.4.

Cuadro VII.5 Promedio de número de hijos en pacientes con y sin depresión posparto.

	n= 39		n= 135		x <sup>2</sup>	p
	Con depresión	%	Sin depresión	%		
Un hijo	11	28.2	58	43	3.43	0.329
Dos hijos	19	48.7	51	37.8		
Tres hijos	8	20.5	20	14.8		
Más de 3 hijos	1	2.6	6	4.4		

Fuente: Encuestas aplicadas a las pacientes que participaron en el protocolo "asociación de depresión posparto con apoyo familiar".

El número de hijos que predominó en el grupo de depresión posparto fue dos hijos con 48.7% y en el grupo sin depresión fue de 37.8%; seguido de un hijo con 28.2% en el grupo de depresión y en el grupo sin depresión de 43%. La diferencia no fue estadísticamente significativa. El resto de los resultados se encuentran en el cuadro VII.5

Cuadro VII.6 Promedio de número de enfermedades crónicas en pacientes con y sin depresión posparto.

	n= 39		n= 135		x <sup>2</sup>	p
	Con depresión	%	Sin depresión	%		
Sin enfermedades	36	92.3	130	96.3	4.97	0.083
Diabetes mellitus	3	7.7	2	1.5		
Hipertensión arterial	0	0	3	2.2		
Diabetes más hipertensión	0	0	0	0		
Otras	0	0	0	0		

Fuente: Encuestas aplicadas a las pacientes que participaron en el protocolo “asociación de depresión posparto con apoyo familiar”.

En el grupo de depresión posparto, la enfermedad crónica que predominó fue sin enfermedades con un 92.3% y en el grupo sin depresión fue de 96.3%; seguido de diabetes mellitus con 7.7% en el grupo de depresión y en el grupo sin depresión de 1.7%. La diferencia no fue estadísticamente significativa. El resto de los resultados se encuentran en el cuadro VII.6.

Cuadro VII.7 Asociación de apoyo familiar en pacientes con y sin depresión posparto.

	n= 39		n= 135		Con depresión	Sin depresión
	Con depresión	%	Sin depresión	%	x <sup>2</sup>	p
Alto apoyo familiar	11	28.2	96	71.1	34.4	0.000
Moderado apoyo familiar	21	53.8	38	28.1		
Bajo apoyo familiar	7	17.9	1	0.7		

Fuente: Encuestas aplicadas a las pacientes que participaron en el protocolo "asociación de depresión posparto con apoyo familiar".

En pacientes con depresión posparto el alto apoyo familiar se presentó en el 28.2% y en pacientes sin depresión posparto fue de 71.1%. El bajo apoyo familiar en pacientes con depresión fue de 17.9% y en pacientes sin depresión de 0.7%. La diferencia fue estadísticamente significativa con  $p= 0.000$ .

## VIII. DISCUSIÓN

En México, la depresión es una de las enfermedades mentales que afecta principalmente a las mujeres en edad reproductiva, siendo el puerperio el lapso de mayor riesgo para presentar alteraciones para la reincorporación al ámbito laboral y familiar por parte de la puérpera, y en el infante presentar algún grado de desnutrición, alteración del desarrollo psicomotor e incluso mayor exposición a accidentes; por su parte, la familia juega un rol importante en la transición hacia la nueva etapa de la madre y su hijo.

Una fortaleza al realizar el presente estudio fue contar con una escala para depresión posparto, además de tener validez para la aplicación en embarazadas durante el tercer trimestre; en contraparte, una debilidad fue la falta de literatura nacional pues son escasos los estudios realizados de depresión posparto y apoyo familiar; los pocos instrumentos para evaluar apoyo familiar con validez en población mexicana; además de la pandemia por sars-CoV-2, que durante el 2020 impidió continuar con la aplicación de encuesta de forma rutinaria por las nuevas medidas de seguridad sanitaria.

En el presente estudio se obtuvo una prevalencia de depresión posparto con moderado apoyo familiar del 53.8% y con bajo apoyo familiar de 17.9%; con una diferencia estadísticamente significativa de  $p= 0.000$ . Los resultados no distan mucho con los hallazgos reportados por Miranda Cárdenas, quien realizó en Perú un estudio transversal comparativo, obteniendo disfunción familiar 40.6% y disfunción severa de 15.6% con una asociación significativa ( $p < 0.001$ ). (Miranda, datos sin publicar)

Un estudio transversal, correlacional realizado en el país de Chile, se estudió las características del apoyo social percibido durante el posparto y la presencia de depresión materna durante el puerperio, se observó una prevalencia

del 27.6% de depresión posparto, las cuales no están relacionadas con las variables como son la escolaridad, estado civil, vía de parto o nivel socioeconómico. Equiparando con nuestro estudio donde también se estudiaron variables como escolaridad, estado civil, número de hijos, enfermedades crónicas, no tuvieron una relación estadísticamente significativa con la depresión posparto. (Contreras-García et al., 2017)

Un resultado que se observó en nuestro estudio fue que en el grupo de aquellas pacientes con alto apoyo familiar presentaron menor depresión posparto (28.2%) que aquellas que presentaron algún grado de apoyo deficiente (71.7%); dicho resultado es equivalente al obtenido en un metaanálisis donde se analizan doce estudios longitudinales concluyendo que un alto apoyo perinatal se asoció a niveles menores de depresión posparto, con una heterogeneidad de 42.2%. (Pilkington et al., 2015) Se considera que esto ocurre porque el ser humano se considera sociable por naturaleza; al haber un reajuste de cambios biológicos y psicológicos en el periodo posparto, el contar con apoyo de la familia es menos estresante y más fácil la transición disminuyen el estrés y los síntomas que desencadenan la depresión postparto.

## **IX. CONCLUSIONES**

La depresión posparto se asoció con un alto apoyo familiar en el 28.2%; con moderado apoyo familiar en un 53.8% y con bajo apoyo familiar en el 17.9% por lo tanto rechazamos la hipótesis nula y aceptamos la hipótesis alterna.

Dirección General de Bibliotecas UAQ

## X. PROPUESTAS

Reforzar las redes de apoyo durante el embarazo, a través de trabajo social.

Realizar un tamizaje oportuno de depresión posparto en las unidades de medicina familiar.

Elaborar un estudio o un instrumento de apoyo familiar específico para población mexicana.

Dirección General de Bibliotecas UAO

## XI. BIBLIOGRAFÍA

- Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría. 2013; 5, 104-127. Contreras-García Y, Sobarzo P, Manríquez-Vidal C. Caracterización del apoyo social percibido durante el posparto y la presencia de depresión materna. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2017; 43 (1), 1 – 13.
- Cabada-Ramos E, Rincón-Cabada F, García-Cabrera K, Munguía-Alamilla E, Torres-Iglesias E, Montoya-Rodríguez M. Prevalencia de los síntomas de depresión posparto en población urbana, rural e indígena. Rev Esp Quir. 2015; 20, 15-23.
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud. DOF, 2014.
- Caparros-Gonzalez RA, Romero-Gonzalez B, Strivens-Vilchez H, Gonzalez-Perez R, Martinez-Augustin O, Peralta-Ramirez MI. Hair cortisol levels, psychological stress and psychopathological symptoms as predictors of postpartum depression. PLOS ONE. 2017; 12 (8).
- Chávez DE, Díaz RJ. Cuidado familiar a la puérpera adolescente y su recién nacido. Rev Paraninfo Digital. 2014; 20.
- De Castro F, Place JM, Villalobos A, Allen-Leigh B. Sintomatología depresiva materna en México: prevalencia nacional, atención y perfiles poblacionales de riesgo. Salud Publica Mex. 2015; 57, 144-154.
- Domínguez AC, Contreras C. Evaluación de las cualidades psicométricas de la versión mexicana de las escalas PSS-Fa y PSS-Fr utilizando un modelo Rasch. RIDEP. 2011; 29 (1), 115 – 127.

- Domínguez AC, Salas I, Contreras C, Procidano ME. Validez concurrente de la versión mexicana de las escalas de apoyo social percibido de la familia y los amigos (PSS-Fa y PSS-Fr). *Revista Latinoamericana de Psicología*. 2011; 43 (1), 125 – 137.
- Lara MA, Patiño P, Navarrete L, Nieto L. Depresión posparto un problema de salud pública que requiere mayor atención en México. *Género y Salud en Cifras*. 2017; 15 (2), 12 – 25.
- Medina-Serdán E. Diferencias entre la depresión posparto, la psicosis posparto y la tristeza posparto. *Perinatol Reprod Hum*. 2013; 27 (3), 185 - 93.
- Miranda KF. Asociación entre disfunción familiar y depresión posparto en púerperas del Centro de Atención Primaria III Luis Negreiros Vega en enero 2017. [Tesis de grado]. Perú: Facultad de medicina, Universidad Nacional Mayo de San Marcos; 2017.
- Mora M. Depresión posparto y tratamiento. *Rev Med Cos Cen*. 2016; 73 (620), 511 – 514.
- Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016. Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. *Diario Oficial de la Federación*, 2016.
- Nunes M, Rigotto, DM, Ferrari H, Marín FJ. Soporte social, familiar y autoconcepto: relación entre los constructos. *Psicología desde el Caribe*. Universidad del Norte. 2012; 29 (1), 1 – 18.
- OMS/ OPS. La Familia y la salud. Washington, D.C., 2003 [consultado el 20 de junio de 2018]. Disponible en: <http://www1.paho.org/Spanish/gov/ce/spp/spp37-06-s.pdf>.

Organización Mundial de la Salud. Trastornos mentales. 09 de abril de 2018 [consultado el 25 de septiembre de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>.

Oquendo M, Lartigue T, Gonzalez-Pacheco I, Méndez S. Validez y seguridad de la escala de depresión de Edinburg como prueba de tamiz para detectar depresión perinatal. *Perinatol Reprod Hum*. 2008; 22, 195 – 202.

Pilkington PD, Milne LC, Cairns KE, Lewis J, Whelan TA. Modifiable partner factors associated with perinatal depression and anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. 2015; 178, 165–180.

Podestá L, Alarcón AM, Muñoz S, Legüe M, Bustos L, Barría M. Alteración del desarrollo psicomotor en hijos de mujeres con depresión posparto de la ciudad de Valdivia-Chile. *Rev Med Chile*. 2013; 141, 464-470.

Santacruz-Varela J, La familia como unidad de análisis. *Rev Med IMSS*. 1983; 21(4), 348 – 357.

Seehusen DA, Baldwin Laura-Mae, Runkle G.; Clark G. Are Family Physicians Appropriately Screening for Postpartum Depression?. *Obstetrical & Gynecological Survey*. 2005; 60(10), 630-631.

Villaseñor C, Calderón J, Gaytán E, Romero S, Díaz-Barriga F. Salud mental materna: factor de riesgo del bienestar socioemocional en niños mexicanos. *Rev Panam Salud Publica*. 2017; 41(1).

World Health Organization. Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. Geneva: WHO; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

World Health Organization. Thinking Healthy: A Manual for Psychosocial Management of Perinatal Depression. WHO generic field-trial version 1.0. Geneva. WHO, 2015. 11-12.

World Medical Association. Declaration of Helsinki Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. JAMA. 2013; 310 (20), 2191 – 2194.

Yang Li MS, Zhouting Long MS, Danfeng Cao BS, Fenglin Cao MD. Social support and depression across the perinatal period: A longitudinal study. J Clin Nurs. 2017; 26, 2776–2783

Dirección General de Bibliotecas UAO

## XII. ANEXOS

### XII.1 Hoja de recolección de datos



#### HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL "ASOCIACION DE DEPRESIÓN POSPARTO CON APOYO FAMILIAR"



Folio: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Núm. De seguridad social: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Tiempo de puerperio ( edad en meses de su último hijo): \_\_\_\_\_

Marque con una X la respuesta de las siguientes preguntas.

**1. Estado civil**

1 soltera     2 casada     3 Unión libre     4 divorciada     5 viuda

**2. Escolaridad**

1 Sin estudios     2 Primaria     3 Secundaria     4 Bachillerato     5 Licenciatura  
 6 Posgrado

**3. ¿Actualmente a que se dedica?**

1 Estudia     2 Trabaja     3 Al hogar

**4. Contando el embarazo actual, ¿Cuántos embarazos ha tenido?**

1     2     3     Más de 3

**5. ¿Le han diagnosticado alguna enfermedad psiquiátrica?**

Sí     No    Cual \_\_\_\_\_

**6. ¿Ha cursado con depresión posparto anteriormente?**

Sí     No    Cual \_\_\_\_\_

**7. ¿Presenta alguna enfermedad crónica degenerativa?**

Sí     No    Cual \_\_\_\_\_

## XII.2 Instrumentos

### Escala de Depresión Perinatal de Edimburgo Validada en población mexicana

Folio \_\_\_\_\_

Queremos saber cómo se siente si está embarazada o ha tenido un bebé recientemente. Por favor marque con una **X** la respuesta que más se acerque a cómo se ha sentido en LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, no solamente cómo se siente hoy.

- |   |   |
|---|---|
| 1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas.<br>Tanto como siempre. (0)<br>No tanto ahora. (1)<br>Mucho menos. (2)<br>No, no he podido. (3)               | 6. Las cosas me oprimen o agobian.<br>Sí, la mayor parte de las veces. (3)<br>Sí, a veces. (2)<br>No, casi nunca. (1)<br>No, nada. (0)                              |
| 2. He mirado el futuro con placer.<br>Tanto como siempre. (0)<br>Algo menos de lo que solía hacer. (1)<br>Definitivamente menos. (2)<br>No, nada. (3)                   | 7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir.<br>Sí, la mayoría de las veces. (3)<br>Sí, a veces. (2)<br>No muy a menudo. (1)<br>No, nada. (0) |
| 3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien.<br>Sí, la mayoría de las veces. (3)<br>Sí, algunas veces. (2)<br>No muy a menudo. (1)<br>No, nunca. (0) | 8. Me he sentido triste o desgraciada.<br>Sí, casi siempre. (3)<br>Sí, bastante a menudo. (2)<br>No muy a menudo. (1)<br>No, nada. (0)                              |
| 4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo.<br>No, para nada. (0)<br>Casi nada. (1)<br>Sí, a veces. (2)<br>Sí, a menudo. (3)  | 9. He sido tan infeliz que he estado llorando.<br>Sí, casi siempre. (3)<br>Sí, bastante a menudo. (2)<br>Sólo en ocasiones. (1)<br>No, nada. (0)                    |
| 5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno.<br>Sí, bastante. (3)<br>Sí, a veces. (2)<br>No, no mucho. (1)<br>No, nada. (0)  | 10. He pensado en hacerme daño a mí misma.<br>Sí, bastante a menudo. (3)<br>A veces. (2)<br>Casi nunca. (1)<br>No, nunca. (0)                                       |

Se considera positiva al obtener un puntaje igual o mayor a 14 y negativa con un puntaje menor a 14.

**Escala de apoyo social percibido de la familia (PSS–Fa)**  
**Validada en población mexicana**

Folio \_\_\_\_\_

1. Mi familia me ha dado mucho ánimo.

- Sí.
- No.
- No sé.

2. Yo recibo consejos prácticos de mi familia.

- Sí.
- No.
- No sé.

3. La mayoría de la gente es más cercana a su familia que yo a la mía.\*

- Sí.
- No.
- No sé.

4. Cuando comparto mis opiniones y sentimientos personales con mis familiares más cercanos, me da la impresión que los hace sentir incómodos.\*

- Sí.
- No.
- No sé.

5. A mi familia le da gusto escuchar lo que pienso.

- Sí.
- No.
- No sé.

6. Los miembros de mi familia comparten muchos de mis gustos e intereses.

- Sí.
- No.
- No sé.

7. Algunos de mis familiares se acercan a mí cuando tienen problemas o necesitan ser aconsejados.

- Sí.
- No.
- No sé.

8. Dependo de mi familia para apoyo emocional.

- Sí.
- No.
- No sé.

9. Cuando me siento triste o decepcionada puedo contárselo a alguien de mi familia sin arrepentirme de ello después.

- Sí.
- No.
- No sé.

10. Mi familia y yo expresamos abiertamente nuestras opiniones.

- Sí.
- No.
- No sé.

11. Mi familia está consciente de mis necesidades personales.

- Sí.
- No.
- No sé.

12. Mis familiares hablan conmigo cuando se sienten mal.

- Sí.
- No.
- No sé.

13. Mi familia es de gran utilidad para ayudarme a resolver mis problemas.

- Sí.
- No.
- No sé.

14. Tengo un vínculo muy cercano con varios de mis familiares.

- Sí.
- No.
- No sé.

15. Le doy a mis familiares consejos útiles y prácticos.

- Sí.
- No.
- No sé.

16. Mis familiares dicen que soy útil ayudándoles a resolver sus problemas.

- Sí.
- No.
- No sé.

Bajo apoyo familiar: debajo de percentil 25, alto apoyo familiar: arriba del percentil 75.

## XII.3 Carta de consentimiento informado

 <p style="text-align: center;"><b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD</b></p> <p style="text-align: center;"><b>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)</b></p>	
<p>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN</p>	
Nombre del estudio:	<u>Asociación de depresión posparto con apoyo familiar</u>
Lugar y fecha	<u>Querétaro, Querétaro a _____.</u>
Número de registro	_____
Justificación y Objetivos del estudio	<u>En México la depresión posparto en población urbana es del 10% al 20% y del 11% al 12.9% en población rural, por lo que a pesar de la alta prevalencia en nuestro país son poco los estudios realizados. Determinar la asociación entre depresión posparto y apoyo familiar.</u>
Posibles riesgos y molestias	<u>Ninguno ya que solo se responderá cuestionarios.</u>
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio	<u>En caso de encontrar bajo apoyo familiar o depresión se canalizará a medicina familiar y/o trabajo social.</u>
Información sobre Resultados y alternativas de tratamiento	<u>De forma inmediata se le informará a la paciente en caso de detectar alguna alteración.</u>
Participación o retiro	<u>La participación del estudio es voluntaria conservando el derecho a retirarse del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención que recibe en el instituto.</u>
Privacidad y confidencialidad	<u>Se conservará la privacidad de datos del paciente sin que se identifique en presentaciones o publicaciones que deriven del estudio, los datos serán manejados en forma confidencial.</u>
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con es el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador responsable	<u>Dra. Ericka Esther Cadena Moreno. Adscripción: UMF9. Teléfono: 442 106 4061. Correo electrónico: dra.ecadena@gmail.com</u>
Codirector	<u>Dra Roxana Gisela Cervantes Becerra. Adscripción UMF9. Teléfono: 442 573 0088. Correo electrónico: roxqcb77@yahoo.com</u>
Colaboradores	<u>Dr. Octavio Martínez Rodríguez. Adscripción UMF9. Teléfono: 238 187 6922. Correo electrónico: octavio_mttz@hotmail.com</u>
<p>En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4º piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, correo electrónico: <a href="mailto:Comisión.etica@imss.gob.mx">Comisión.etica@imss.gob.mx</a></p>	
_____ Nombre y Firma del sujeto	_____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
_____ Testigo 1	_____ Testigo 2
_____ Nombre, dirección, relación y firma	_____ Nombre, dirección, relación y firma
<b>Clave: 2810-009-013</b>	