

Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas

“DEPRESIÓN POST-PARTO”

Maternidades Periféricas:

Colonia Primero de Julio zona 19

Maternidad Cantonal zona 13

Colonia Santa Elena III zona 18

Colonia El Amparo II zona 7

Mayo-junio 2006

Luisa Fernanda Poitevin Girón ✓

Raúl Hernández Martínez ✓

Carlos Enrique Hernández López ✓

José Amílcar Sotz Son ✓

Médico y Cirujano

EL DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

HACE CONSTAR

Que los Bachilleres:

- | | |
|-----------------------------------|-----------|
| 1. LUISA FERNANDA POITEVIN GIRON | 199810450 |
| 2. RAUL HERNANDEZ MARTINEZ | 199810710 |
| 3. CARLOS ENRIQUE HERNANDEZ LOPEZ | 199912782 |
| 4. JOSE AMILCAR SOTZ SON | 199912989 |

Previo a optar al título de Médicos y Cirujanos, han presentado el trabajo de graduación titulado:

"DEPRESION POST-PARTO"

Maternidades periféricas:
Colonia Primero de Julio zona 19
Maternidad Cantonal zona 13
Colonia Santa Elena III zona 18
Colonia El Amparo II zona 7

mayo-junio 2006

Trabajo asesorado por el DR. JAIME SERVELIO RABANALES, y revisado por el DR. OSBERTO ROLA MARGNONT AVILA, quienes lo avalan y firman conformes, por lo que se emite y sella la presente

ORDEN DE IMPRESIÓN

Dado en la Ciudad de Guatemala, el veinticinco de julio del dos mil seis

IMPRÍMASE


DR. JESUS ARNULFO OLIVA LEAL
DECANO





Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas
Centro de Investigaciones de las Ciencias de la Salud -CICS-
UNIDAD DE TESIS

Guatemala, 25 de julio

Bachilleres:

- | | |
|-----------------------------------|-----------|
| 1. LUISA FERNANDA POITEVIN GIRON | 199810450 |
| 2. RAUL HERNANDEZ MARTINEZ | 199810710 |
| 3. CARLOS ENRIQUE HERNANDEZ LOPEZ | 199912782 |
| 4. JOSE AMILCAR SOTZ SON | 199912989 |

Se les informa que el trabajo de graduación titulado:

"DEPRESION POST-PARTO"

Maternidades periféricas:
Colonia Primero de Julio zona 19
Maternidad Cantonal zona 13
Colonia Santa Elena III zona 18
Colonia El Amparo II zona 7

mayo-junio 2006

Ha sido REVISADO y CORREGIDO y al establecer que cumple con los requisitos exigidos por esta Unidad, se les autoriza a continuar con los trámites correspondientes para someterse al Examen General Público.

Sin otro particular suscribo.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAR A TODOS"

Dr. Edgar de León Barillas
Coordinador





Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas
Centro de Investigaciones de las Ciencias de la Salud -CICS-
UNIDAD DE TESIS



Guatemala, 25 de julio del 2006

Señores
UNIDAD DE TESIS
Facultad de Ciencias Médicas
Presente

Señores:

Se les informa que los Bachilleres, abajo firmantes,

1. LUISA FERNANDA POITTEVIN GIRON
2. RAUL HERNANDEZ MARTINEZ
3. CARLOS ENRIQUE HERNANDEZ LOPEZ
4. JOSE AMILCAR SOTZ SON

Han presentado el Informe Final de su trabajo de tesis titulado:

"DEPRESION POST-PARTO"

Maternidades periféricas:
Colonia Primero de Julio zona 19
Maternidad Cantonal zona 13
Colonia Santa Elena III zona 18
Colonia El Amparo II zona 7

mayo-junio 2006

Del cual autores, asesor, co-asesores y revisor nos hacemos responsables por el contenido, metodología, confiabilidad y validez de los datos y resultados obtenidos, así como de la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones expuestas.

DR. JAIME SERVELIO RABANALES
ASESOR

DR. OSBERTO ROLANDO MARGNONT AVILA
REVISOR
Reg. de Personal 19990792

CONTENIDO

PAGIN

1.	Resumen	1
2.	Análisis del Problema	3
2.1	Antecedentes	3
2.2	Definición	3
2.3	Delimitación	4
2.4	Planteamiento del Problema	4
3.	Justificación	5
3.1	Magnitud	5
3.2	Trascendencia	5
3.3	Vulnerabilidad	6
4.	Revisión Teórica y de Referencia	7
A.	Depresión	7
A.1	Historia	7
A.2	Definición	7
A.3	Síntomas	7
A.4	Etiología	8
A.4.1	Aspecto Biológico	8
A.4.2	Aspecto Psicológico	9
A.4.3	Aspectos Físicos	9
B.	Depresión Post-Parto	9
B.1	Definición	9
B.2	Epidemiología	10
B.3	Etiología	10
B.4	Clasificación	11
B.4.1	Melancolía Post-Parto o "Baby Blue"	11
B.4.2	Depresión Post-Parto	11
B.4.3	Psicosis Post-Parto	12
B.5	Diagnostico	12
B.6	Tratamiento	13
B.6.1	No Farmacológico	13
B.6.2	Farmacológico	13
5.	Hipótesis	17
6.	Objetivos	19
7.	Diseño del Estudio	21
7.1	Tipo de Estudio	21
7.2	Unidad de Análisis	21
7.3	Población Estudiada	21

7.5	Descripción Detallada de las Técnicas y Métodos Utilizados	23
7.6	Aspectos Éticos de la Investigación	23
7.7	Alcances y Limitaciones de la Investigación	24
7.8	Plan de Análisis y Tratamiento Estadístico de los Datos	24
Presentación de Resultados		27
8.1	Maternidad Periférica Zona 7	27
8.2	Maternidad Periférica Zona 13	37
8.3	Maternidad Periférica Zona 18	47
8.4	Maternidad Periférica Zona 19	57
8.5	Consolidado General	66
Análisis, Discusión e Interpretación de Resultados		
9.1	Maternidad Periférica Zona 7	35
9.2	Maternidad Periférica Zona 13	45
9.3	Maternidad Periférica Zona 18	55
9.4	Maternidad Periférica Zona 19	65
9.5	Consolidado General	73
Conclusiones		75
Recomendaciones		77
Bibliografía		79
Anexos		81

1. RESUMEN

El siguiente estudio es de tipo observacional analítico de casos y controles, se incluyeron 117 casos de pacientes con depresión post-parto y 268 controles de primíparas atendidas en las maternidades de las zonas 7, 13, 18 y 19; de la ciudad capital, durante el período del 01/05/06 al 15/06/06.

Los objetivos planteados fueron analizar si existe relación entre la edad, estado civil, nivel socioeconómico, religión, antecedente familiar de depresión, nivel educativo, apoyo familiar y la depresión post-parto.

La hipótesis nula planteada fue: la proporción de pacientes <20 años, que practican religión, que no cuentan con apoyo familiar, que son solteras, que viven en extrema pobreza, que tienen antecedente familiar de depresión y que tienen un nivel de escolaridad baja *TIENEN LA MISMA* probabilidad de padecer depresión post-parto que las pacientes >20 años, que no profesan religión, que cuentan con apoyo familiar, que son casadas, con un nivel socioeconómico de pobreza, sin antecedentes familiares de depresión y con un nivel educativo medio.

Se definió como caso a toda paciente primípara atendida en dichas maternidades durante el período mencionado y que al aplicarles la escala de Edimburgo obtuvieron una puntuación > de 12 y como control a toda pacientes primíparas atendidas en dichas maternidades durante el período mencionado y que al aplicarles la escala de Edimburgo obtuvieron una puntuación < de 12; y para el análisis estadístico se utilizó la prueba del X^2 y la razón de productos cruzados.

Se encontró una prevalencia de 303 * 1000 primíparas y una significancia estadística en los siguientes factores de riesgo: nivel educativo bajo ($X^2=8.14$), estado civil soltera ($X^2=52.61$), ausencia de apoyo familiar ($X^2=6.68$), nivel socioeconómico bajo ($X^2=6.16$).

Se concluyó que existe asociación entre el ser soltera, el pertenecer a un nivel socioeconómico de extrema pobreza, el tener un nivel educativo bajo, el apoyo familiar y padecer depresión post-parto. Se recomienda promover el uso de la Escala de Edimburgo para la correcta detección de la depresión post-parto y su posterior tratamiento.

2. ANÁLISIS DEL PROBLEMA

2.1. ANTECEDENTES

Durante el puerperio más del 85% de las mujeres, experimentan algún tipo de desorden del humor. En aproximadamente el 8 al 15% de las mujeres se desarrollan trastornos depresivos de 2-3 meses después del parto. The department of Health and Human Services de los Estados Unidos ha referido que 1 de cada 8 personas padecerá un trastorno depresivo; esta tasa casi se duplica en las mujeres según el panel de pautas de depresión, 1993. ⁽⁴⁾ Esta incidencia es apenas superior a la prevalencia semestral habitual de depresión entre las mujeres de la población general. Cierta grupo de mujeres tienen una probabilidad mucho mayor de desarrollar depresión durante el puerperio. Tanto las adolescentes como las mujeres con antecedentes de enfermedad depresiva tienen un riesgo de depresión puerperal de alrededor del 30%, también se menciona que el bajo nivel socio-económico y escolar se consideran factores de riesgo. Hasta el 70% de las mujeres con depresión puerperal previa presentarán un episodio posterior. Si una mujer tiene una depresión puerperal previa y un episodio actual de melancolía, sus probabilidades de desarrollar depresión grave aumentan al 85%. Estadísticas mexicanas, señalaron que si bien no existen datos precisos sobre la incidencia de la depresión post-parto, se estima una incidencia en América Latina de 22 a 38%, sobre todo en los niveles socioeconómicos medio y bajo, en la mayoría de los casos, consecuencia de una depresión durante el embarazo. ⁽¹⁵⁾ En Guatemala en un estudio realizado por Péñate Pablo para la validación del test de Edimburgo como tamizaje para la depresión post-parto encontró una prevalencia de 17.6% en la maternidad cantonal de San José Pinula, además demostró que dicho test puede ser utilizado en nuestro medio. ⁽¹⁰⁾

En Guatemala no hay datos de morbilidad psiquiátrica a nivel nacional. Se estima que una cuarta parte de la población puede presentar trastornos de tipo emocional. ⁽¹⁰⁾

2.2. DEFINICIÓN

Se conoce por medio de estudios realizados ^(4,10) que las mujeres presentan mayor prevalencia de trastornos afectivos durante su vida en especial del tipo depresivo. En América latina la depresión post-parto alcanza una incidencia aproximada del 22 al 38% lo que se traduce en cifras para nuestro país en un número de 192,155 puerperas que presentarán este trastorno en al año. Aun en nuestro país los trastornos psiquiátricos son sub-diagnosticados y la depresión es tratada en forma adecuada únicamente en menos de un cuarto de las mujeres afectadas, lo que acarrea grandes repercusiones tanto para la madre, como para el hijo y la familia en general. Para la paciente puede manifestarse simplemente como un trastorno depresivo, manifestarse como una enfermedad psicosomática, progresar a una psicosis o presentar la manifestación mas grave que es el suicidio; todo esto acarrearía un bajo rendimiento laboral, escasa participación a la sociedad y un alto elevado costo al país e incluso puede manifestarse como violencia intrafamiliar, ya que puede existir intolerancia extrema hacia el bebé por parte de la paciente. Para el niño el poseer una madre depresiva puede contribuir a desarrollar problemas cognitivos, comportamentales, interpersonales y emocionales durante toda su vida, puede haber sobreprotección por

parte de la madre; ella ve al niño siempre como enfermo lo que motiva repetidas consultas al especialista. Se ha demostrado además que puede durante su infancia temprana ser menos activo, más irritable y desatento. Todo lo anterior contribuye a un aumento de la morbilidad y mortalidad en un grupo tan importante en nuestro país como lo es el materno-infantil, lo que resalta la importancia de implementar herramientas para el diagnóstico temprano y oportuno de los trastornos psiquiátricos.

2.3. DELIMITACIÓN

Se incluyeron a las pacientes primíparas atendidas en maternidades periféricas ubicadas en: 6 Av. 14-45 colonia Primero de Julio zona 19, 7 Av. 6-20 zona 13, la colonia Santa Elena III zona 18 y 38 calle 31-89 colonia El Amparo II zona 7 de la Ciudad de Guatemala, el estudio se realizó del 1 de mayo al 15 de junio del año 2006. Esta investigación se realizó en un período de tiempo único, breve y delimitado y las conclusiones únicamente fueron aplicables a estos centros debido al diseño de estudio.

2.4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Y por eso se hacen las preguntas: **¿Existe relación entre la depresión post-parto y los factores de riesgo a estudiar?**, ¿tiene relación la edad de la paciente con la depresión post parto?, ¿Tiene relación el estado civil con esta patología?, ¿Tiene relación la religión con la depresión post parto?, ¿Tiene relación el apoyo familiar que reciben las pacientes con la depresión post parto?, ¿Tiene relación el nivel socioeconómico con la depresión post parto?, ¿Tiene relación la escolaridad con la depresión post parto?, ¿Tiene relación los antecedentes familiares de depresión con la depresión post-parto.

3. JUSTIFICACIÓN:

3.1. MAGNITUD

Hasta el momento, el mayor esfuerzo de los servicios de salud de los países en desarrollo se ha dirigido hacia el campo de las enfermedades infecciosas y de los problemas materno-infantiles. En los países en desarrollo hay en estos momentos más de 40 millones de hombres, mujeres y niños que padecen graves trastornos mentales no tratados. Un gran número de estos trastornos psiquiátricos pueden modificarse y atenuarse, ya que, para ello existen en la actualidad métodos de tratamiento que solamente se han aplicado en una escala muy modesta en estos países.

Si bien el embarazo con frecuencia suscita una arrolladora felicidad, también es estresante para la mayoría de mujeres. En todo el embarazo y, en especial hacia el término, se relaciona ansiedad en relación al cuidado del niño y los cambios de estilo de vida que ocurrirán cuando él nazca. En varias mujeres, el miedo al dolor durante el parto es especialmente estresante. Las experiencias del embarazo pueden alterarse debido a las complicaciones médicas y obstétricas que pueden ocurrir. Varios estudios han comprobado que las mujeres con embarazos complicados tienen el doble de probabilidades de sentir temores por su feto o desarrollar depresión.^(5, 6,13)

El puerperio ha sido reconocido desde hace tiempo como un período de mayor riesgo de enfermedad mental. Según estudios realizados^(4,10,13) en Estados Unidos del 10-15% de las mujeres que han dado a luz recientemente desarrollarán un trastorno depresivo no psicótico en el puerperio. En algunas, ocurre enfermedad psicótica depresiva o maníaca grave después del parto. Aunque la psicosis puerperal no es un diagnóstico diferente, una mujer tiene por lo menos 30 veces más de probabilidades de requerir internación debido a una enfermedad mental grave o psicótica en el mes siguiente al parto que en los dos años previos. Es importante también mencionar que la enfermedad mental preexistente tiene una alta tasa de recidiva durante el puerperio.^(4,10,13) En Guatemala según el último censo de población consta de 11,237,196 habitantes de los cuales 5,740,357 son del sexo femenino, lo que equivale a mas del 50% de la población total, el número de embarazos esperados por año es de 561,859 siendo el número de mujeres púérperas de 505,673, tomando en cuenta que se ha estimado para América latina una prevalencia de depresión post-parto de hasta 38% la población afectada en nuestro país sería de 192,155 púérperas. En la ciudad capital existen cuatro maternidades periféricas ubicadas en la zona 7, zona 13, zona 18 y zona 19, dichos centros atienden un promedio de 3,194 partos al año de los cuales el promedio de primíparas es de 1,153 por año, siendo esto un número significativo de partos por lo que se decidió tomar para áreas de estudio.

3.2. TRASCENDENCIA

Los trastornos mentales severos constituyen no solo una fuente de temor si no que generan discriminación y rechazo hacia quienes los padecen. Al mismo tiempo, son responsables del bajo rendimiento y el ausentismo laboral y de la escasa participación de estos individuos en la vida familiar y comunitaria. Desde el punto de vista de los recursos disponibles, para hacer frente a las demandas de servicios en el área de salud mental en muchos países solo se cuenta con el hospital psiquiátrico.⁽¹⁶⁾

Actualmente se sabe que las mujeres tienen mayor riesgo de sufrir depresión, tomando en cuenta además que el embarazo y el puerperio son situaciones que conllevan un estrés adicional se debe de darle la importancia adecuada para así poder diagnosticarla tempranamente y darle un tratamiento oportuno.

El no realizar un tratamiento específico de la depresión durante este período puede acarrear grandes consecuencias tanto para la madre, como para el hijo y la familia en general. Para la madre este puede ser el primer episodio de un trastorno depresivo recurrente, progresar a una psicosis post-parto e incluso presentar la manifestación mas grave que es el suicidio; para el niño, el poseer una madre depresiva puede contribuir a desarrollar problemas cognitivos, comportamentales, interpersonales y emocionales durante su vida; además, se ha probado que los hijos de madres con depresión post-parto son menos activos pero más irritables y desatentos durante su infancia temprana.^(4,8,11,20)

3.3. VULNERABILIDAD

La depresión post-parto es una patología muy frecuente en nuestro medio y aún hoy en día es sub-diagnosticada. De todo lo anterior se puede observar que la etapa del puerperio es una etapa bastante crítica en el estado emocional de una mujer, es por ello que volvemos a enfatizar en la importancia de diagnosticar un trastorno psiquiátrico y darle el tratamiento adecuado con el fin de dar atención integral a la mujer. Con la realización del trabajo de investigación se tuvo como objetivo analizar los factores de riesgo asociados a la depresión post-parto, se identificaron las pacientes con depresión y la prevalencia de la misma. Se informó sobre los resultados obtenidos en cada área de estudio, sugiriendo de esta manera que sea mejorada la atención a la mujer en el diagnóstico de trastornos psiquiátricos, disminuyendo así el sub-diagnóstico que ha persistido de esta patología por varios años. Se resaltó la importancia de utilizar herramientas como la escala de Edimburgo para el diagnóstico de la depresión post-parto en países como el nuestro en vías de desarrollo.

4. REVISIÓN TEORICA Y DE REFERENCIA

A. DEPRESIÓN

A.1. Historia:

La depresión se conoce desde la antigüedad, y los trastornos que hoy denominamos afectivos pueden hallarse ya en muchos documentos antiguos.

La historia del rey Saúl, en el Antiguo testamento, describe un síndrome depresivo, como también la historia del suicidio de Ajax, en la Iliada, de Homero.

Hacia el 450 a. De J.C., Hipócrates utilizó los términos manía y melancolía para describir las alteraciones mentales. Cornelio Celso describió la melancolía en su obra de Medicina, hacia el año 100 d. J.C. como una depresión causada por la bilis negra, y el término siguió siendo utilizado por otros autores médicos, incluidos Areteo (120-180d.de J.C.), Galeno (129-199 d. De J.C.).

En la edad media, la medicina siguió viva en los países islámicos, y durante ellas, Rhazes, Avicena y el médico judío Maimónides consideraron la melancolía como una enfermedad diferente. El psiquiatra moderno debe saber que fue Emil Kraepelin quien desarrollo en 1896 la categoría de enfermedad maniaco depresiva, que utilizamos en la actualidad. Kraepelin describió también un tipo de depresión empezaba después de la menopausia en las mujeres y durante la edad madura en los hombres.^(1,3)

A.2. Definición:

Es un trastorno del estado de ánimo caracterizado por sentimientos exagerados de tristeza, melancolía, abatimiento, disminución de la autoestima, aislamiento social y soledad. El término depresión solo se emplea para referirse a un padecimiento que ameritara tratamiento, por lo que es importante distinguir entre un trastorno depresivo aislado y un recurrente o depresión unipolar. Se considera que de un 15 – 30% de la población general del mundo experimentará un tipo de trastorno depresivo en el transcurso de su vida. En la CIE-10 se diferencia la depresión de acuerdo a la severidad de los síntomas, en leve, moderada o severa; por lo cual se toma en cuenta la presencia o no de síntomas somáticos que la acompañen. La prevalencia de la depresión unipolar se ha estimado alrededor de 15%. La forma bipolar del padecimiento afectivo incluye, además de episodios depresivos, episodios de elation, euforia e incluso manía.^(1, 2, 3, 9,19)

A.3. Síntomas:

Es una entidad que afecta al organismo, el ánimo, la manera de pensar y de vivir. La depresión puede variar desde un abatimiento ligero o sentimiento de indiferenciación hasta una desesperación en grado extremo. En el síndrome depresivo menos grave el paciente esta callado, cohibido, inhibido, infeliz, pesimista, se desprecia así mismo y experimenta una sensación de lasitud, insuficiencia, falta de ánimo y desesperanza. Es frecuente que el enfermo experimente una agudización notoria de su abatimiento y su angustia al iniciar el día y una notoria mejoría al acercarse la noche. En la esfera

somática son muy frecuentes la pérdida del apetito la importante pérdida de peso y trastornos del sueño que característicamente consiste en su interrupción prematura el enfermo despierta en la madrugada y se ve dominado por cavilaciones pesimistas.

Como consecuencia de la percepción pesimista que tienen de si mismas y del mundo y de sus intentos de superar su aflicción, la vida de las personas deprimidas se altera profundamente en las esferas familiares, ocupacionales y sociales. La depresión es un estado que afecta siempre a las personas que viven con la persona que la sufre, quienes por lo general no comprenden las razones del cambio a veces dramático del enfermo y se sienten incapaces de ayudarlo.

Por otra parte, la depresión no debe confundirse con tristeza, que es una emoción normal, ni con el pesimismo que es un rasgo del carácter. La depresión es un estado persistente, global, generalmente inmotivado y que representa un cambio importante de los modos de sentir, pensar y actuar habituales en la persona, y que tiende a seguir un curso autónomo, es decir independientemente de los eventos externos.

En Estados Unidos se estima que de 5 – 20% de la población experimentara un estado de depresión significativa en algún tiempo. El sexo predominante es el femenino y las edades se ha calculado una media de 30 años para el trastorno bipolar y una media de 40 años para el trastorno unipolar. ^(1, 3, 9,19)

A.4.Etiología:

A.4.1.Aspectos biológicos: se ha aceptado que un estado depresivo esta dado por una alteración de los neurotransmisores. Hay una desregulación de la dopamina, noradrenalina y serotonina, fundamentalmente lo que se traduciría entonces en una menor estimulación de receptores postsinápticos e interrupción del estímulo nervioso. Esta estimulación disminuida de las neuronas conlleva una menor actividad de estructuras neurofisiológicas que serían las responsables de un menor tono afectivo. ⁽³⁾

Hormonal: se encuentran también alteraciones neuroendócrinas que podrán ser debidas a la disminución de la llegada de las aminas al hipotálamo, por lo que se encuentra hiperactividad del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, mayor secreción de cortisol, menor liberación de tirotropina, disminución de la hormona del crecimiento, disminución de la hormona folículo-estimulante, disminución de la hormona luteinizante y disminución de testosterona. Los cambios en la regulación hipotálamo-hipófisis-suprarrenales orientan a que la depresión puede ser una disregulación adaptativa a la respuesta de estrés mediada genéticamente o secundaria a exposición de niveles significativos de estrés durante periodos largos. ^(3, 9,19)

Genético: cuando uno de los padres tiene un trastorno depresivo mayor, el hijo tiene 10-13% de probabilidad de trastorno del estado de ánimo. Si ambos progenitores padecen un trastorno bipolar, el hijo tendrá 50-75% de probabilidades de padecer un trastorno del estado de ánimo y cuando solo uno de los padres padecen de trastorno bipolar, la probabilidad para el hijo será del 25%. ^(3,9)

A.4.2.Aspecto psicológico:^(3, 9,19)

Teorías psicodinámicas: la teoría del psicoanálisis realza la baja autoestima como síntoma principal del trastorno. Otras de estas teorías psicoanalíticas afirman que la depresión es una reacción a la pérdida de un objeto amado, lo cual provocaría deseos hostiles hacia dicho objeto pero que serian dirigidos hacia uno mismo como consecuencia de la introyección del objeto amado y odiado a la vez, llevando entonces a un exceso de auto reproches y sentimientos de culpa.

Teorías conductuales: estas teorías resaltan la reducción generalizada en la frecuencia de las conductas como síntoma más importante de la depresión, esta reducción sería la consecuencia de una pérdida de refuerzos positivos o una pérdida en la efectividad de tales reforzadores.

Teorías cognitivas: el conjunto de estas teorías señalan que la depresión depende de cómo el individuo ve e interpreta los acontecimientos que le ocurren. En este aspecto se caracterizan la depresión por un procesamiento negativamente distorsionado de la información del entorno, procesamiento que se concentra en una visión negativa del yo, el mundo y del futuro, que sería responsable del mantenimiento y exacerbación del resto de síntomas depresivos.

A.4.3.Aspectos físicos:

Se ha comprobado que muchos trastornos médicos pueden contribuir a la enfermedad de depresión ya sea que estos directamente contribuyan desencadenando aspectos biológicos o como una reacción a los síntomas de la Enfermedad que padece. Pueden coexistir en pacientes con enfermedades como: hipotiroidismo, enfermedad de Cushing, enfermedad de Addison así como otras enfermedades psiquiátricas y abuso de sustancias.⁽³⁾

B. DEPRESIÓN POST-PARTO

B.1. Definición:

La depresión post-parto es la depresión que sufren las madres tras el embarazo y parto. También se denomina en ocasiones depresión puerperal o depresión post-natal. La depresión post-parto puede comenzar incluso a las 24 horas después del parto y puede durar meses o años. Se cree que afecta a una de cada diez mujeres en el oeste de Europa, y a medio millón de mujeres en los Estados Unidos cada año, se calcula que aproximadamente una de cada ocho primíparas son afectadas.

La experiencia de las mujeres de servir de madre incluye una transición importante en sus vidas. Los cambios sociales, económicos, emocionales y físicos afectan sus papeles en sociedad. Algunas mujeres tienen dificultades en el post-parto y encuentran la ayuda de amigos, enfermeras, grupos de la vecindad y de médicos de cabecera. Sin embargo, otras mujeres pueden encontrar con frecuencia dificultades emocionales. Las madres adolescentes experimentarán la depresión con más frecuencia.^(4, 5,20)

B.2. Epidemiología:

En aproximadamente el 8-15% de mujeres se desarrollan trastornos depresivos de 2 a 3 meses después del parto. Esta cifra es apenas un poco superior a la prevalencia semestral habitual de depresión entre las mujeres de la población en general. Ciertos grupos de mujeres tienen una probabilidad mucho mayor de desarrollar depresión durante el puerperio. Tanto las adolescentes como las mujeres con antecedente de enfermedad depresiva tienen un riesgo de depresión puerperal de alrededor de 30%. El puerperio ha sido reconocido desde hace tiempo como un período de mayor riesgo de enfermedad mental. Según estudios realizados del 10-15% de las mujeres que han dado a luz recientemente desarrollarán un trastorno depresivo no psicótico en el puerperio. Una mujer tiene por lo menos 30 veces más de probabilidad de requerir internación debido a una enfermedad mental grave. ^(4, 10,13)

B.3. Etiología:

No se sabe exactamente que causa la depresión post-parto. Se ha propuesto que los cambios hormonales en el cuerpo de una mujer pueden desencadenar estos síntomas. Durante el embarazo, la cantidad de estrógenos y progesterona, se incrementan considerablemente. En las primeras 24 horas después del alumbramiento, la cantidad de estas hormonas desciende rápidamente y sigue cayendo hasta llegar al nivel que tenían antes de que la mujer se embarazara. Se cree que estos cambios en los niveles de hormonas pueden producir depresión, tal como los pequeños cambios en la producción de hormonas pueden afectar los estados de ánimo de la mujer antes de tener su período menstrual.

La producción hormonal de la tiroides también puede disminuir bruscamente después de dar a luz. Los bajos niveles en la producción de la tiroides pueden causar síntomas similares a la depresión, como cambios en el estado de ánimo, fatiga, agitación, insomnio y ansiedad. Por lo que no esta de más tener el hipotiroidismo como diagnóstico diferencial.

Otras causas que pueden contribuir a la depresión post-parto son:

Sentirse cansada después del parto, experimentar cambios en los hábitos de sueño y falta de descanso, los cuales a menudo evitan que la mujer recobre sus fuerzas por completo durante semanas. Esto sucede sobre todo si ella ha tenido un parto por cesárea. Sentirse abrumada con un nuevo u otro bebe a quien cuidar, y dudar de su capacidad de ser buena madre. Sentirse estresada a partir de los cambios en las rutinas del trabajo y del hogar. Algunas veces las mujeres piensan que tienen que ser perfectas o una "súper madre", lo que no es realista y puede agregar estrés. Tener una sensación de pérdida de identidad, pérdida del control, pérdida de una figura delgada y sentirse menos atractiva. Tener menos tiempo libre y menos control sobre el tiempo. Tener que quedarse en casa durante períodos más largos de tiempo y tener menos tiempo para pasar con el padre del bebé. ⁽⁸⁾

B.4. Clasificación:

Los trastornos del estado del ánimo con los que nos podemos encontrar en el puerperio son:

B.4.1. Melancolía post-parto o “baby blue”

La depresión post-parto debe distinguirse de la melancolía post-parto, la cual ocurre en la mayoría de las nuevas madres. La sintomatología se caracteriza por ansiedad, insomnio, irritabilidad, labilidad emocional (la paciente llora sin razón), cefaleas, cambios del apetito y sentimientos de minusvalía. Se presenta en el 20 – 80% de las madres. Su pico máximo se encuentra alrededor del cuarto día post-parto y resuelve a los 10 días. Presenta una mínima implicación sobre la actividad habitual de la madre y se ha considerado como un proceso mental fisiológico de adaptación a la nueva situación. Aun así debería vigilarse la posibilidad de que estos síntomas persistan o aumenten de intensidad y deriven a una depresión post-parto. El término blues es debido a un tipo de música triste que produce nostalgia y refleja recuerdos y costumbres del pasado de los músicos. ^(6, 12, 18)

B.4.2. Depresión post-parto

La clínica de este cuadro es más florida. Hay autores que indican que puede iniciar incluso a las 24 horas post-parto otros refieren que ya a las dos semanas se puede encontrar, pero en lo que si coinciden es que si no se trata adecuadamente, la crisis puede durar 6 meses e incluso hasta un año.

The American Psychiatric Association resume en el siguiente cuadro los criterios para definir un episodio de depresión mayor ^(4,20)

Por los menos cinco de los siguientes síntomas durante un periodo de 2 semanas; un síntoma debe ser humor depresivo o bien falta de interés o placer casi a diario:
Humor depresivo durante la mayor parte del día.
Marcada disminución del interés o el placer en todas o casi todas las actividades durante la mayor parte del día.
Pérdida o aumento de peso significativo en individuos que no están a dieta, o disminución o aumento del apetito.
Insomnio o hipersomnia.
Agitación o retardo psicomotor.
Cansancio o falta de energía.
Sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva o inadecuada.
Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse.
Pensamientos recurrentes de muerte, ideas suicidas recurrentes sin un plan específico o un intento de suicidio.

Otras manifestaciones pueden ser:

Sobreprotección del niño; la madre ve al niño siempre como enfermo, lo que motiva repetidas consultas al especialista. A veces esta situación es el único síntoma de una depresión silenciosa de la madre.

Síntomas ansiosos; angustia intensa, miedo, taquicardia, taquipnea, temblor, mareo, pánico, etc.

Puede aparecer raramente una intolerancia extrema hacia el bebé: llega a gritarle e incluso a pegarle.

La depresión post-parto es más probable si la paciente tiene como antecedente alguno de los siguientes:

Depresión post-parto previa

Depresión no relacionada con el embarazo

Síndrome premenstrual (SPM) severo

Dificultades en el matrimonio.

Pocos miembros de familia o amigos con quién hablar o de quién depender. El bajo nivel socio-económico, corta edad de la madre y escolar se consideran factores de riesgo. El estado civil, la religión y el hecho de ser planeado o no el embarazo no se ha encontrado asociación significativa.

Eventos estresantes en la vida, durante el embarazo, o después del parto. ^(12, 14,18)

B.4.3. Psicosis post-parto

Es la forma más severa de trastornos psiquiátricos post-parto. Esta condición es rara y ocurre en aproximadamente 1 – 2 de cada 1,000 nacimientos. Las de mayor riesgo son las mujeres con una historia personal de desorden bipolar o un episodio previo de psicosis post-parto. La psicosis post-parto tiene un dramático inicio, emergiendo tan temprano como a las primeras 48 -72 horas después del parto. En la mayoría de mujeres, los síntomas se desarrollan entre las primeras 2 semanas post-parto.

La psicosis post-parto no se diferencia clínicamente de otras psicosis. Su aparición clínica comporta labilidad del humor, agitación grave, confusión, incapacidad para dormir, pensamiento desorganizado y alucinaciones que implican al niño (pueden pensar que el niño está muerto, que está poseído por un demonio y debería morir, o que es un salvador con una misión divina). ^(4, 5, 14,18)

B.5. Diagnóstico:

La detección precoz de estos trastornos es difícil, lo que provoca que su incidencia este subestimada y que muchas de estas pacientes pasen desapercibidas, ya que en función de las expectativas sociales deben estar contentas y llenas de satisfacción tras el acontecimiento y pueden mostrarse recelosas de revelar sus sentimientos. Es necesario brindar una atención completa a la paciente, que incluya: una historia clínica y examen físico detallados, la identificación de los grupos de riesgo, proveer información, sostener una buena relación medico-paciente. Existen varios test diagnósticos, de los cuales el más utilizado es el de Edimburgo. Esta escala ha sido

desarrollada para ayudar a los profesionales de atención primaria en la detección de las madres que sufren depresión postnatal. Se desarrollo en los centros de salud de Livingston y Edimburgo. Consta de diez preguntas cortas autoaplicables, que hacen relación a como se han sentido las madres en la última semana. Cada una de las respuestas es valorada de 0 a 3; se obtiene una puntuación global de la suma de todas ellas. Un total de 12 o más puntos indicarán la probabilidad de padecer el trastorno. La escala no detecta ansiedad, neurosis, desordenes de personalidad o fobias de la madre. En casos dudosos puede repetirse después de dos semanas. (6, 12, 14, 18,20)

B.6. Tratamiento:

El tratamiento de estas mujeres debe estar precedido de un completo examen físico y de los paraclínicos necesarios para descartar comorbilidades o causas médicas de la depresión. Se ha recomendado evaluar la función tiroidea de las madres con depresión post-parto ya que durante este período es muy frecuente encontrar alterada tal función (hasta el 11% de los casos) y esto puede estar contribuyendo a la presencia de los síntomas en algunos casos.

B.6.1. No farmacológico:

La importancia que han demostrado tener las medidas de apoyo y psicoeducacionales para disminuir de forma significativa la incidencia de los síntomas depresivos ha dado lugar a la creación de grupos de soporte y asociaciones dirigidas al tratamiento de estos problemas. En la melancolía post-parto, dado que es un cuadro transitorio y sin consecuencias, dar seguridad y apoyo, junto a información sobre su posible aparición y clínica suele ser suficiente en la mayoría de los casos. Sin embargo, su resolución a veces puede verse comprometida y las mujeres que lo experimentan pueden tener un riesgo aumentado para desarrollar depresión post-parto.

En los casos en que la relación madre-hijo se note marcadamente 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 tratamiento de la depresión.

B.6.2. Farmacológico:

Aunque la psicoterapia constituye el tratamiento de primera línea, muchas pacientes con una depresión post-parto moderada o grave requieren el tratamiento con psicofármacos. No hay hasta el momento ningún medicamento específico aprobado por la FDA para su uso en el periparto, pero se han realizado múltiples estudios en especial con los antidepresivos tricíclicos (ATC) y con los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), siendo estos últimos los más comúnmente usados por su eficacia en mujeres y la producción de menos efectos secundarios. Se recomienda iniciar el tratamiento con la mitad de la dosis recomendada e incrementarla cada cuatro días hasta alcanzar la dosis deseada; una vez alcanzada, se debe esperar cuatro semanas para evaluar la respuesta a este tratamiento y si fue favorable se debe sostener por seis meses si es un primer episodio depresivo o más tiempo si la paciente tiene antecedentes de episodios previos.

Todos los medicamentos antidepresivos se excretan en la leche materna, principalmente por difusión pasiva del fragmento libre del medicamento y esta excreción es proporcional a la dosis. Debido a que en los últimos años se han reconocido los múltiples beneficios de la lactancia, la recomendación es utilizar la dosis mas baja efectiva.

El antidepresivo considerado seguro en la lactancia es la sertralina, ya que ha demostrado poseer muy pocos riesgos en estas pacientes y una mínima tasa de excreción por la leche materna, en especial en la leche producida 7 a 10 horas después de la toma del medicamento. Además, en la mayoría de los casos no se detecta sertralina en el plasma del niño y solo ocasionalmente se descubre el metabolito desmetilsertralina que no se ha relacionado con efectos secundarios en los lactantes. Otro antidepresivo considerado apropiado durante la lactancia es la paroxetina, ya que ha mostrado un bajo porcentaje de la dosis ajustada de la madre en el niño (hasta 2.24%) y una media de concentración leche/plasma de 0.96. además es poco probable que sea detectada en el plasma del lactante, no se ha asociado a ningún efecto adverso y no posee metabolitos activos.

El uso de fluoxetina durante la lactancia, se ha asociado con la presencia, en los lactantes de cólicos, llanto, alteraciones del sueño, vómitos, pobre ganancia de peso y deposiciones diarreicas. El citalopram también se ha relacionado con alteraciones del sueño en el niño y se han encontrado niveles de la dosis ajustada de la madre en el niño de este medicamento hasta del 5%.

Los antidepresivos tricíclicos, excepto la doxepina, no se asocian con dosis en el recién nacido significativas y no se presentan efectos agudos en estos, en especial si son mayores de 10 semanas de edad. Los metabolitos de la doxepina si se encuentran en el plasma de los niños y se relacionan con efectos en el recién nacido.

Medicamentos como la venlafaxina, que posee un mecanismo de acción dual y metabolitos activos, se han relacionado con dosis en el niño de hasta 9.2% de la dosis de la madre ajustada al peso y una concentración leche/plasma media de 4.1. En el plasma del recién nacido solo se detecta la presencia de los metabolitos activos, pero al parecer estos no se relacionan con efectos adversos a corto plazo. Sin embargo, no se conocen los efectos a largo plazo y se recomienda un seguimiento muy estrecho del recién nacido para evaluar la presencia de efectos secundarios por el consumo materno de venlafaxina, ya que el valor hallado se encuentra muy cerca del 10%, considerado de seguridad en este aspecto.

Algunos estudios han evaluado a los niños que fueron expuestos durante la lactancia a antidepresivos tricíclicos y no se encontraron durante los años escolares alteraciones ni comportamentales ni físicas que se puedan asociar con tal exposición.

La hospitalización esta indicada en alto riesgo suicida o alto riesgo de infanticidio. La terapia electroconvulsiva es eficaz y su inicio de acción es menor que con los fármacos. Esta indicada en los casos severos, en los que esperar el tiempo de inicio de acción de los medicamentos sea riesgosa.

Otro tratamiento que ha mostrado ser más efectivo que el placebo en la depresión post-parto es la terapia con estrógenos; sin embargo, estos producen solo una reducción de la intensidad de los síntomas sin llegar a eliminarlos. Además están relativamente contraindicados en casos de alto riesgo de cáncer de mama, hipercoagulabilidad y en el embarazo. A su vez, se ha relacionado que el tratamiento con progestágenos durante el post-parto puede producir un aumento de los síntomas depresivos-ansiosos.
(17, 18,20)

5. HIPÓTESIS

5.1. HIPÓTESIS NULA

La proporción de pacientes <20 años, que no profesan alguna religión, que no cuentan con apoyo familiar, que son solteras, que son de nivel socioeconómico de extrema pobreza, con antecedente familiar de depresión, y un nivel educativo bajo *TIENEN IGUAL* probabilidad de padecer depresión post-parto que las pacientes >20 años, que no profesan alguna religión, que cuentan con apoyo familiar, que son casadas, con un nivel socioeconómico de pobreza, sin antecedentes familiares de depresión y con un nivel educativo medio.

5.2. HIPÓTESIS ALTERNA

La proporción de pacientes < 20 años, que profesan alguna religión, que no cuentan con apoyo familiar, que son solteras, que son de nivel socioeconómico de extrema pobreza, con antecedente familiar de depresión, y un nivel educativo bajo *TIENEN DIFERENTE* probabilidad de padecer depresión post-parto que las pacientes > 20 años, que no profesan alguna religión, que cuentan con apoyo familiar, que son casadas, con un nivel socioeconómico de pobreza, sin antecedentes familiares de depresión y con un nivel educativo medio.

6. OBJETIVOS

6.1 Objetivo General:

Analizar los factores de riesgo que son edad, estado civil, nivel socio-económico, practica de religión, el apoyo familiar, nivel educativo, antecedente familiar de depresión; que predisponen a la depresión post-parto en pacientes primíparas que acuden las Maternidades Periféricas ubicadas en: 6 Av. 14-45 colonia Primero de Julio zona 19, 7 av. 6-20 zona 13, la colonia Santa Elena III zona 18 y 38 calle 31-89 colonia el Amparo II zona 7 de la ciudad de Guatemala durante el período del 1 de mayo al 15 de junio del año 2006.

6.2 Objetivos Específicos:

1. Identificar si existe relación entre la edad, estado civil, nivel socioeconómico, practicar alguna religión, el no tener apoyo familiar, el nivel educativo bajo, antecedente familiar de depresión y la depresión post-parto y la fuerza de asociación y la fuerza de asociación entre ellas.
2. Cuantificar la prevalencia de depresión post-parto en pacientes primíparas utilizando el test de Edimburgo.

7. DISEÑO DEL ESTUDIO

7.1. Tipo del Estudio:

Observacional analítico de casos y controles.

7.2. Unidad de Análisis:

Pacientes post-parto que acudieron a las Maternidades periféricas ubicadas en: 6 av. 14-45 colonia Primero de Julio zona 19, 7 av. 6-20 zona 13, la colonia Santa Elena III zona 18 y 38 calle 31-89 colonia el Amparo II zona 7 de la ciudad de Guatemala durante el período del 1 de mayo al 15 de junio del año 2006 de la Ciudad Capital.

Total de Partos Atendidos en Maternidades Periféricas. Datos Recolectados por año (2005).

Maternidades Periféricas	Zona 19	Zona 7	Zona 13	Zona 18
Primíparas	937	1096	1272	681
Múltiparas	1972	2062	2414	1543
Total de Partos	2909	3158	3686	2224

Fuente: Consolidado por año de cada Maternidad Periférica.

7.3. Población estudiada:

Todas las pacientes primíparas atendidas en las maternidades periféricas. Ubicadas en: 6 av. 14-45 colonia Primero de Julio zona 19, 7 av. 6-20 zona 13, la colonia Santa Elena III zona 18 y 38 calle 31-89 colonia el Amparo II zona 7 de la ciudad de Guatemala.

7.3.1. Muestra:

Todas las pacientes primíparas atendidas en las maternidades periféricas ubicadas en: 6 av. 14-45 colonia Primero de Julio zona 19, 7 av. 6-20 zona 13, la colonia Santa Elena III zona 18 y 38 calle 31-89 colonia el Amparo II zona 7 de la ciudad de Guatemala durante el período del 1 de mayo al 15 de junio del año 2006.

7.3.2. Definición de caso:

Pacientes primíparas atendidas en maternidades periféricas ubicadas en: 6 av. 14-45 colonia Primero de Julio zona 19, 7 av. 6-20 zona 13, la colonia Santa Elena III zona 18 y 38 calle 31-89 colonia el Amparo II zona 7 de la ciudad de Guatemala durante el período del 1 de mayo al 15 de junio del 2006 y que al realizarles el test de Edimburgo obtuvieron una puntuación > de 12.

7.3.3. Definición de control:

Pacientes primíparas atendidas en maternidades periféricas ubicadas en: 6 av. 14-45 colonia Primero de Julio zona 19, 7 av. 6-20 zona 13, la colonia Santa Elena III zona 18 y 38 calle 31-89 colonia el Amparo II zona 7 de la ciudad de Guatemala durante el período del 1 de mayo al 15 de junio del 2006 y que al realizarles el test de Edimburgo que obtuvieron una puntuación < de 12.

7.4. Definición y operacionalización de las variables estudiadas:

Variable	Definición	Definición operacional	Tipos de variable	Escala de medición
Depresión post-parto	Trastorno emocional caracterizado por sentimientos exagerados de tristeza, melancolía, abatimiento durante los 4 días a 6 meses post-parto.	Se aplicó el test de Edimburgo y interpretó usando la siguiente puntuación: > 12 puntos presencia de depresión post-parto, < 12 puntos ausencia depresión post-parto.	Dependiente cualitativa	Nominal
Edad	Cantidad de años de vida desde el nacimiento hasta el momento de estudio.	Se preguntó verbalmente y se anotó en la boleta de recolección de datos y se clasificó en > 20 años y < de 20 años.	Independiente cuantitativa	Nominal
Estado Civil	Vinculo que une al paciente con otra persona de diferente sexo.	Se preguntó verbalmente y se anotó en la boleta de recolección de datos y se clasificó en soltera, casada.	Independiente cualitativa	Nominal
Apoyo Familiar	Ayuda económica y moral que la paciente ha recibido de parte de su familia.	Se preguntó verbalmente y se anotó en la boleta de recolección de datos y se clasificó en si recibió apoyo familiar y no recibió apoyo familiar.	Independiente Cualitativa	Nominal
Religión	Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, de sentimientos de veneración y temor hacia ella, de normas morales de conducta.	Se preguntó verbalmente y se anotó en la boleta de recolección de datos y se clasificó en que si profesa y no profesa.	Independiente Cualitativa	Nominal
Antecedente familiar de depresión	depresión diagnosticada por médico en parientes de primero y segundo grado de	Se preguntó verbalmente y se anotó en la boleta de recolección de datos y se clasificó en si tiene antecedentes y no tiene antecedentes.	Independiente Cualitativa	Nominal

Variable	Definición	Definición operacional	Tipos de variable	Escala de medición
	consanguinidad			
Ingreso familiar mensual	Cantidad de dinero con el que la familia dispone mensualmente para subsistir	Se preguntó verbalmente quien sostiene el hogar, y se anotó en la boleta de recolección de datos y se clasificó en < del salario mínimo mensual (Q.1,309) obtenido por el jefe de familia como extrema pobreza y > del salario mínimo como pobreza.	Independiente Cuantitativa	Numérica de intervalo
Nivel de escolaridad	Grados académicos aprobados durante su vida	Se preguntó verbalmente y se anotó en la boleta de recolección de datos usando la clasificación de bajo(analfabeta, primaria) y medio (básico, diversificado o +)	Independiente Cualitativa	Nominal
Prevalencia	Número total de casos, nuevos o viejos, que existen en un instante/la población total en ese instante por 1000.	Se sumaron el total de pacientes que presentaron una puntuación ≥ 12 puntos en la Escala de Edimburgo en la realización del estudio y se dividió por el total de pacientes incluidas en el estudio por 1000.	Independiente cuantitativa	Numérica

7.5 Descripción detallada de las técnicas y métodos utilizados:

Se realizaron encuestas a las pacientes cuando se encontraban en su puerperio mediano (tomando 15 días como mínimo) en el servicio de Clínicas cantónales de la Ciudad Capital, y se obtuvieron los siguientes datos personales de las pacientes: la edad, la religión, el estado civil, ingreso familiar mensual, antecedente familiar de depresión y nivel educativo, además se les realizó el Test de Edimburgo. Luego se sumaron los puntajes de cada ítem y si el resultado obtenido fue ≥ 12 puntos, se clasificó como depresión post-parto y si fue ≤ 12 puntos se clasificó como una paciente sin depresión post-parto.

Se procesaron los datos por métodos estadísticos, medidas de tendencia central y desviación estándar; y en base al χ^2 y la razón de productos cruzados (OR), se asociaron los factores de riesgo: el ser madre soltera, el contar con una edad <20 años, profesar algún tipo de religión, el contar con un antecedente familiar de depresión, un nivel socioeconómico de extrema pobreza y un nivel educativo bajo; con el hecho de padecer depresión post-parto.

7.6. Aspectos éticos de la investigación:

Previo a la recolección de datos se le explicó a cada paciente que sus datos servirán para una investigación, que no correría ningún riesgo y que todos los datos que ellas aportarían serían estrictamente confidenciales. Se le explicó también que el estudio

traería beneficios para las mujeres mejorando así la atención integral. Se le dio la opción de participar o no en el estudio y opción de referencia a tratamiento especializado, si así lo ameritara el caso.

7.7. Alcances y limitaciones de la investigación:

7.7.1. Criterios de inclusión utilizados:

- Pacientes de 15-45 años
- Pacientes que tuvieron como mínimo 2 semanas post-parto.
- Pacientes a las que se les haya atendido el parto en alguna Maternidad periférica en estudio.
- Pacientes primíparas.

7.7.2. Criterios de exclusión utilizados:

- Pacientes con diagnóstico de depresión previo
- Pacientes con tratamiento con antidepresivos
- Pacientes con menos de 2 semanas post parto.
- Pacientes menores de 15 años y mayores de 45 años.
- Pacientes a quienes no se les atendido el parto en alguna Maternidad periférica en estudio.
- Pacientes multíparas.

7.8. Plan de análisis y tratamiento estadístico de los datos utilizado:

Pruebas de significancia para interpretación de datos:

Se utilizó el siguiente cuadro de 2*2 para los factores de riesgo incluidos en el estudio:

Factor de Riesgo	DAÑO A LA SALUD		Total
	Presente	Ausente	
Presente (+)	a	b	a + b
Ausente (-)	c	d	c + d
Total	a + c	b + d	N*

$$*N = a + b + c + d$$

Luego se aplicó la prueba para análisis estadístico siguiente:

$$X^2 = (ad-bc)^2 N / (a+c) * (c+d) * (a+c) * (b+d)$$

El X^2 se tomó como significativo si su resultado obtenido fuera > 3.84 .

Razón de productos cruzados (OR) = $a*d/b*c$ significa que el resultado obtenido equivalió al valor de tener más probabilidad de padecer depresión post-parto que las pacientes que no tuvieron ese factor de riesgo estudiado.

Riesgo atribuible a la población= $F(OR-1)/1+F(OR-1)*100$ según el resultado obtenido se tomó como la medida del descenso porcentual en el número de casos que habría si ese factor causal fuera eliminado de la población bajo estudio.

Para los resultados obtenidos, se calcularon las medidas de tendencia central y desviación estándar y la tasa de prevalencia.

8. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

8.1 MATERNIDAD PERIFÉRICA ZONA 7

BR. RAÚL HERNÁNDEZ MARTÍNEZ.

CUADRO 1.A.

DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD Y FACTORES DE RIESGO: ESTADO CIVIL, RELIGIÓN Y NIVEL EDUCATIVO DE LOS CASOS QUE ACUDIERON A LA MATERNIDAD DE LA ZONA 7 DURANTE EL PERIODO DEL 1 DE MAYO AL 15 DE JUNIO DEL AÑO 2006.

EDAD	ESTADO CIVIL						RELIGIÓN						NIVEL EDUCATIVO					
	CASADA		SOLTERA		TOTAL		SI		NO		TOTAL		BAJO		MEDIO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
15-19 AÑOS	11	27	13	33	24	60	21	54	3	8	24	62	9	23	15	38	24	62
20-24 AÑOS	8	21	4	10	12	31	9	23	3	8	12	31	3	8	9	23	12	31
25-29 AÑOS	1	3	0	0	1	3	1	2	0	0	1	2	0	0	1	3	1	3
30-34 AÑOS	1	3	1	3	2	6	2	5	0	0	2	5	2	4	0	0	2	4
35-39 AÑOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	21	54	18	46	39	100	33	84	6	16	39	100	14	35	25	64	39	100

Fuente boleta de recolección de datos + Escala de Edimburgo.

CUADRO 1.B.
DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD Y FACTORES DE RIESGO: NIVEL SOCIOECONÓMICO, ANTECEDENTE FAMILIAR DE DEPRESIÓN Y APOYO FAMILIAR DE LOS CASOS QUE ACUDIERON A LA MATERNIDAD DE LA ZONA 7 DURANTE EL PERIODO DEL 1 DE MAYO AL 15 DE JUNIO DEL AÑO 2006.

EDAD	NIVEL SOCIO ECONÓMICO						ANTECEDENTE DE DEPRESIÓN						APOYO FAMILIAR					
	EP		P		TOTAL		SI		NO		TOTAL		SI		NO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
15-19 AÑOS	4	10	20	51	24	62	0	0	24	62	24	62	16	41	8	21	24	62
20-24 AÑOS	5	13	7	18	12	31	0	0	12	31	12	31	4	10	8	21	12	31
25-29 AÑOS	0	0	1	3	1	3	0	0	1	3	1	3	0	0	1	3	1	3
30-34 AÑOS	1	3	1	3	2	5	0	0	2	5	2	5	2	5	0	0	2	5
35-39 AÑOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	10	26	29	74	39	100	0	0	39	100	39	100	22	56	17	44	39	100

Fuente boleta de recolección de datos + Escala de Edimburgo.

EP=extrema pobreza

P=pobreza

CUADRO 2.A.
DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD Y FACTORES DE RIESGO: ESTADO CIVIL, RELIGIÓN, NIVEL EDUCATIVO, DE LOS
CONTROLES QUE ACUDIERON A LA MATERNIDAD DE LA ZONA 7 DURANTE EL PERIODO DEL 1 DE MAYO
AL 15 DE JUNIO DEL AÑO 2006.

EDAD	ESTADO CIVIL						RELIGIÓN						NIVEL EDUCATIVO					
	CASADA		SOLTERA		TOTAL		SI		NO		TOTAL		BAJO		MEDIO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
15-19 AÑOS	33	41	10	12	43	53	38	47	6	7	44	54	14	17	30	37	44	54
20-24 AÑOS	25	32	4	5	29	36	25	31	3	4	28	35	8	10	20	25	28	35
25-29 AÑOS	3	4	1	1	4	5	4	5	0	0	4	5	1	1	3	4	4	5
30-34 AÑOS	1	2	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1
35-39 AÑOS	2	2	2	2	4	5	3	4	1	1	4	5	4	5	0	0	4	5
TOTAL	64	79	17	21	81	100	71	9	10	12	81	100	28	35	53	65	81	100

Fuente boleta de recolección de datos + Escala de Edimburgo.

CUADRO 2.B.
DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD Y FACTORES DE RIESGO: NIVEL SOCIOECONÓMICO, ANTECEDENTE FAMILIAR
DE DEPRESIÓN Y APOYO FAMILIAR DE LOS CONTROLES QUE ACUDIERON A LA MATERNIDAD DE LA ZONA 7
DURANTE EL PERIODO DEL 1 DE MAYO AL 15 DE JUNIO DEL AÑO 2006.

EDAD	NIVEL SOCIO ECONÓMICO						ANTECEDENTE DE DEPRESIÓN						APOYO FAMILIAR					
	EP		P		TOTAL		SI		NO		TOTAL		SI		NO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
15-19 AÑOS	6	7	38	47	44	54	0	0	44	54	44	54	39	48	5	6	44	54
20-24 AÑOS	6	7	22	27	28	35	0	0	28	35	28	35	25	31	3	4	28	35
25-29 AÑOS	0	0	4	5	4	5	0	0	4	5	4	5	3	4	1	1	4	5
30-34 AÑOS	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	2	0	0	1	1
35-39 AÑOS	1	1	3	4	4	5	0	0	4	5	4	5	4	5	0	0	4	5
TOTAL	13	16	68	84	81	100	0	0	81	100	81	100	69	85	12	15	81	100

Fuente boleta de recolección de datos + Escala de Edimburgo.

EP=extrema pobreza

P=pobreza

Cuadro 3
MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL Y DESVIACIÓN ESTÁNDAR SEGÚN EDAD PARA PACIENTES PRIMÍPARAS QUE ACUDIERON A LA MATERNIDAD DE LA ZONA 7. DURANTE LE PERIODO DEL 1 DE MAYO AL 15 DE JUNIO DEL AÑO 2006.

Pacientes	Media	Moda	Mediana	σ	Q1	Q2	Q3
Con depresión	20.19	15-19 a	18.07	4.05	16	18	22
Sin Depresión	20.95	15-19 a	18.7	4.94	17	19	22

Fuente boleta de recolección de datos.

Cálculo para la tasa de prevalencia:

39/120*1000= 325 por cada 1000 pacientes primigestas que acuden a la maternidad de la zona 7 para resolución de su parto, 325 podrían presentar depresión post-parto al año.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

Cuadro 4
DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD Y DEPRESIÓN POST-PARTO EN PACIENTES PRIMÍPARAS QUE ACUDIERON A LA MATERNIDAD DE LA ZONA 7, DURANTE EL PERÍODO DEL 1 DE MAYO AL 15 DE JUNIO DEL AÑO 2006.

DEPRESIÓN			
Edad	PRESENTE	AUSENTE	TOTAL
≤ 20AÑOS	24	44	68
≥ 20AÑOS	15	37	52
TOTAL	39	81	120

Fuente Escala de Edimburgo + boleta recolección de datos

$X^2 = 0.56$ no significativo

Cuadro 5
DISTRIBUCIÓN SEGÚN ESTADO CIVIL Y DEPRESIÓN POST-PARTO EN PACIENTES PRIMÍPARAS QUE ACUDIERON A LA MATERNIDAD DE AL ZONA 7 DURANTE EL PERÍODO 1 DE MAYO AL 15 DE JUNIO DEL AÑO 2006.

DEPRESIÓN			
Estado Civil	PRESENTE	AUSENTE	TOTAL
Soltera	17	17	34
Casada	22	64	86
TOTAL	39	81	120

Fuente Escala de Edimburgo + boleta recolección de datos

$X^2 = 6.62$ significativo

OR= **2.91** con un intervalo del 95% de seguridad de **1.17—7.25**

RA= **94%**

Cuadro 6
DISTRIBUCIÓN SEGÚN RELIGIÓN Y DEPRESIÓN POST-PARTO EN PACIENTES PRIMÍPARAS QUE ACUDIERON A LA MATERNIDAD DE LA ZONA 7 DURANTE EL PERÍODO DEL 1 DE MAYO AL 15 DE JUNIO DEL AÑO 2006.

DEPRESIÓN			
Religión	PRESENTE	AUSENTE	TOTAL
Sí profesa	33	71	104
No profesa	6	10	16
TOTAL	39	81	120

Fuente Escala de Edimburgo + boleta recolección de datos

$X^2 = 0.21$ no significativo

Cuadro 7
ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE DEPRESIÓN POST-PARTO EN PACIENTES PRIMÍPARAS QUE ACUDIERON A LA MATERNIDAD DE LA ZONA 7 DURANTE EL PERÍODO DEL 1 DE MAYO AL 15 DE JUNIO DEL AÑO 2006, DISTRIBUIDAS SEGÚN NIVEL SOCIOECONÓMICO.

DEPRESIÓN			
Nivel Socioeconómico	PRESENTE	AUSENTE	TOTAL
Extrema Pobreza	10	14	24
Pobreza	29	67	96
TOTAL	39	81	120

Fuente Escala de Edimburgo + boleta recolección de datos

$X^2 = 1.15$ no significativo

Cuadro 8
DISTRIBUCIÓN SEGÚN ANTECEDENTE FAMILIAR DE DEPRESIÓN Y DEPRESIÓN POST-PARTO EN PACIENTES PRIMÍPARAS QUE ACUDIERON A LA MATERNIDAD DE LA ZONA 7 DURANTE EL PERÍODO DEL 1 DE MAYO AL 15 DE JUNIO DEL AÑO 2006, DISTRIBUIDAS.

DEPRESIÓN			
Antecedente Familiar de depresión	PRESENTE	AUSENTE	TOTAL
Si	0	0	0
No	39	81	120
TOTAL	39	81	120

Fuente Escala de Edimburgo + boleta de recolección de datos

X^2 corregido= **0.06** no significativo.

Cuadro 9
DISTRIBUCIÓN SEGÚN APOYO FAMILIAR Y DEPRESIÓN POST-PARTO EN PACIENTES PRIMÍPARAS QUE ACUDIERON A LA MATERNIDAD DE LA ZONA 7 DURANTE EL PERÍODO DEL 1 DE MAYO AL 15 DE JUNIO DEL AÑO 2006.

DEPRESIÓN			
Apoyo familiar	PRESENTE	AUSENTE	TOTAL
No	17	12	29
Si	22	69	91
TOTAL	39	81	120

Fuente Escala de Edimburgo + boleta de recolección de datos

$X^2 = 11.89$ significativo

OR= **4.44** con un intervalo del 95% de seguridad de **1.69—11.82**

RA= **93 %**

Cuadro 10
DISTRIBUCIÓN SEGÚN NIVEL EDUCATIVO Y DEPRESIÓN POST-PARTO EN PACIENTES PRIMÍPARAS QUE ACUDIERON A LA MATERNIDAD DE LA ZONA 7 DURANTE EL PERÍODO DEL 1 DE MAYO AL 15 DE JUNIO DEL AÑO 2006.

DEPRESIÓN			
Nivel educativo	PRESENTE	AUSENTE	TOTAL
Bajo	14	30	44
Medio	25	51	76
TOTAL	39	81	120

Fuente Escala de Edimburgo + boleta de recolección de datos

$X^2 = 0.01$ no significativo

9.1. Análisis, discusión e interpretación de Resultados:

En el análisis de los datos se observó que el promedio de pacientes con depresión post-parto y que acuden a la Maternidad de la zona 7 se encuentra en 20 años, edad aún temprana comparada con los países desarrollados en los cuales se menciona en la literatura ^(4,12), que el promedio de edad es de 26 años para su primer parto, se observó una moda entre 15 y 19 años, una mediana en 18 años con lo que se puede confirmar que es una distribución bastante uniforme de los datos, con una desviación estándar de 4.05. El 25 % de la muestra estuvo comprendida en un máximo de edad de 16 años. El 50% de la muestra estuvo comprendida en un máximo de edad de 18 años y el 75% de la muestra estuvo comprendida en un máximo de edad de 22 años. Se observó además que la tasa de prevalencia para la depresión post-parto se encuentra en 325 pacientes por 1000 primíparas. Lo que nos indica que por cada 1000 pacientes primigestas que acudan a atención del parto en ésta maternidad 325 podrían presentar depresión post-parto al año, una cifra muy similar a la reportada en México y otros países latinoamericanos, lo que no nos aparta de la realidad ^(1,5,15).

El factor de riesgo **estado civil soltera** se encontró asociación con la depresión post-parto ($X^2=6.62$) y una razón de productos cruzados de **2.91**. Por lo que se afirma que la proporción de pacientes solteras tienen 2.91 más de probabilidad de padecer depresión post-parto que las pacientes casadas. Con un riesgo atribuible a la población del 94%, lo que significa que si elimináramos el factor de riesgo ser madre soltera, la prevalencia de la depresión post-parto disminuiría en un 94%. Lo que apoya a afirmar el hecho de que ser madre soltera y padecer depresión post-parto están ligados tal como lo muestra la literatura ^(1,7,15) lo que podría explicarse por ser en nuestra sociedad aun criticado el ser madre soltera y no contar con una estabilidad de pareja lo que expone la madre a mayor estrés emocional (cuadro No. 5).

En el análisis del factor de riesgo **ausencia de apoyo familiar** durante el embarazo se encontró asociado con la depresión post-parto ($X^2=11.89$) y una razón de productos cruzados de **4.44**, afirmando que la proporción de pacientes que no cuentan con el apoyo familiar durante el embarazo tienen 4.44 más de probabilidad de padecer depresión post-parto que las pacientes que si cuentan con el apoyo de su familia. Se observó un riesgo atribuible a la población de 93%, lo que significa que si se eliminará ésta factor de riesgo la prevalencia de depresión post-parto disminuiría en un 94%. Si se toma en cuenta que es muy importante para la paciente el apoyo que recibió de parte de su familia en el transcurso de su embarazo, no es de sorprender el resultado antes mencionado, ya que el carecer de dicho apoyo la paciente se hace mucho mas vulnerable a los problemas que trae consigo un embarazo y la responsabilidad de ser madre, más aun si ésta es soltera. (Cuadro No. 9).

En el análisis de los factores de riesgo **edad menor de 20** ($X^2=0.56$), **profesar una religión** ($X^2=0.21$), **nivel educativo bajo** ($X^2=0.01$), **nivel socioeconómico de extrema pobreza** ($X^2=1.15$) y **antecedente familiar de depresión** ($X^2=0.06$), no se encontraron asociados con la depresión post-parto.(cuadro No. 4, 6, 7, 8 y 10).

Tomando en cuenta lo anterior se puede decir que *existe asociación entre el ser madre soltera, el no tener apoyo familiar y padecer depresión post-parto*. Los datos anteriormente interpretados únicamente son aplicables a las áreas de estudio.

8.2 MATERNIDAD PERIFÉRICA ZONA 13**BR. LUISA FERNANDA POITEVIN GIRÓN****Cuadro 11.A.**

DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD Y FACTORES DE RIESGO: ESTADO CIVIL, RELIGIÓN, NIVEL EDUCATIVO DE LOS CASOS QUE ACUDIERON A LA MATERNIDAD DE LA ZONA 13. DURANTE EL PERIODO DEL 1 DE MAYO AL 15 DE JUNIO DEL AÑO 2006.

EDAD	ESTADO CIVIL						RELIGIÓN						NIVEL EDUCATIVO					
	CASADA		SOLTERA		TOTAL		SI		NO		TOTAL		BAJO		MEDIO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
15-19 AÑOS	10	22	18	39	28	61	25	55	3	6	28	61	22	48	6	13	28	61
20-24 AÑOS	8	17	8	18	16	35	15	33	1	2	16	35	4	9	12	26	16	35
25-29 AÑOS	1	2	0	0	1	2	1	2	0	0	1	2	1	2	0	0	1	2
30-34 AÑOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
35-39 AÑOS	1	2	0	0	1	2	1	2	0	0	1	2	0	0	1	2	1	2
TOTAL	20	43	26	57	46	100	42	92	4	8	46	100	27	59	19	41	46	100

Fuente: boleta de recolección de datos + Escala de Edimburgo.

Cuadro 11.B.
DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD Y FACTORES DE RIESGO: NIVEL SOCIOECONÓMICO, ANTECEDENTE FAMILIAR DE DEPRESIÓN Y APOYO FAMILIAR DE DE LOS CASOS QUE ACUDIERON A LA MATERNIDAD DE LA ZONA 13. DURANTE EL PERIODO DEL 1 DE MAYO AL 15 DE JUNIO DEL AÑO 2006.

EDAD	NIVEL SOCIO ECONÓMICO						ANTECEDENTE DE DEPRESIÓN						APOYO FAMILIAR					
	EP		P		TOTAL		SI		NO		TOTAL		SI		NO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
15-19 AÑOS	17	38	11	24	28	62	0	0	28	61	28	61	23	50	4	9	27	59
20-24 AÑOS	6	13	10	21	16	34	0	0	16	35	16	35	16	35	1	2	17	37
25-29 AÑOS	0	0	1	2	1	2	0	0	1	2	1	2	1	2	0	0	1	2
30-34 AÑOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
35-39 AÑOS	0	0	1	2	1	2	0	0	1	2	1	2	1	2	0	0	1	2
TOTAL	23	51	23	49	46	100	0	0	46	100	46	100	41	89	5	11	46	100

Fuente boleta de recolección de datos + Escala de Edimburgo.

EP=extrema pobreza

P=pobreza

Cuadro 12.A.
DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD Y FACTORES DE RIESGO EDAD, ESTADO CIVIL, RELIGIÓN, NIVEL EDUCATIVO DE LOS
CONTROLES QUE ACUDIERON A LA MATERNIDAD DE LA ZONA 13. DURANTE EL PERIODO DEL 1 DE MAYO
AL 15 DE JUNIO DEL AÑO 2006.

EDAD	ESTADO CIVIL						RELIGIÓN						NIVEL EDUCATIVO					
	CASADA		SOLTERA		TOTAL		SI		NO		TOTAL		BAJO		MEDIO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
15-19 AÑOS	38	43	6	7	44	49	29	33	15	17	44	49	20	22	24	27	44	49
20-24 AÑOS	32	36	5	6	37	42	27	30	10	11	37	42	9	10	28	32	37	41
25-29 AÑOS	5	6	2	2	7	8	3	3	4	4	7	8	1	1	6	7	7	8
30-34 AÑOS	1	1	0	0	1	2	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1
35-39 AÑOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	76	85	13	15	89	100	60	67	29	33	89	100	31	34	58	66	89	100

FUENTE BOLETA DE RECOLECCIÓN DE DATOS + ESCALA DE EDIMBURGO

Cuadro 12.B.
DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD Y FACTORES DE NIVEL SOCIOECONÓMICO, ANTECEDENTE FAMILIAR
DE DEPRESIÓN Y APOYO FAMILIAR DE CONTROLES QUE ACUDIERON A LA MATERNIDAD DE LA ZONA 13.
DURANTE EL PERIODO DEL 1 DE MAYO AL 15 DE JUNIO DEL AÑO 2006.

EDAD	NIVEL SOCIO ECONÓMICO						ANTECEDENTE DE DEPRESIÓN						APOYO FAMILIAR					
	EP		P		TOTAL		SI		NO		TOTAL		SI		NO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
15-19 AÑOS	15	17	29	33	44	49	0	0	44	49	44	49	44	49	0	0	44	49
20-24 AÑOS	7	8	30	34	37	42	1	1	36	40	37	42	35	39	2	2	37	42
25-29 AÑOS	2	2	5	6	7	8	0	0	7	8	7	8	5	6	2	2	7	8
30-34 AÑOS	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1
35-39 AÑOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	25	28	64	72	89	100	1	1	88	99	89	100	85	95	4	5	89	100

FUENTE BOLETA DE RECOLECCIÓN DE DATOS + ESCALA DE EDIMBURGO

EP=extrema pobreza
P=pobreza

Cuadro 13
MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL Y DESVIACIÓN ESTÁNDAR SEGÚN EDAD
PARA PACIENTES QUE ACUDIERON A LA MATERNIDAD DE LA ZONA 13
DURANTE EL PERIODO DEL 1 DE MAYO AL 15 DE JUNIO DEL AÑO 2006.

Pacientes	Media	Moda	Mediana	σ	Q1	Q2	Q3
Con depresión	20.3	15-19 a	18.11	3.78	17	18	20
Sin Depresión	20.7	15-19 a	19	3.61	17	19	22

Fuente boleta recolección de datos.

Cálculo para la tasa de prevalencia:

46/135*1000= 340.74 por cada 1000 pacientes primigestas que acuden a la maternidad de la zona 13 para resolución de su parto, 341 podrían presentar depresión post-parto al año.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

Cuadro 14
DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD Y DEPRESIÓN POST-PARTO EN PRIMÍPARAS QUE
ACUDIERON A LA MATERNIDAD DE LA ZONA 13, DURANTE EL PERÍODO DEL 1 DE
MAYO AL 15 DE JUNIO DEL AÑO 2006.

DEPRESIÓN			
Edad	PRESENTE	AUSENTE	TOTAL
≤20AÑOS	28	44	72
≥20AÑOS	18	45	63
TOTAL	46	89	135

Fuente Escala de Edimburgo + boleta de recolección de datos.

Cálculo del X^2 : $(ad)-(bc)^2 N/(a+b)(c+d)(a+c)(b+d)$
 $X^2 = 1.59$ no significativo

Cuadro 15
DISTRIBUCIÓN SEGÚN ESTADO CIVIL Y DEPRESIÓN POST-PARTO EN PRIMÍPARAS
QUE ACUDIERON A LA MATERNIDAD DE LA ZONA 13 DURANTE EL PERÍODO 1 DE
MAYO AL 15 DE JUNIO DEL AÑO 2006.

DEPRESIÓN			
Estado Civil	PRESENTE	AUSENTE	TOTAL
Soltera	26	13	39
Casada	20	76	96
TOTAL	46	89	135

Fuente Escala de Edimburgo + boleta de recolección de datos

$X^2 = 25.93$ significativo.
 OR= 7.60 con un intervalo del 95% de seguridad de 3.08—19.04
 RA= 95%

Cuadro 16
DISTRIBUCIÓN SEGÚN RELIGIÓN Y DEPRESIÓN POST-PARTO EN PACIENTES PRIMÍPARAS QUE ACUDIERON A LA MATERNIDAD DE LA ZONA 13 DURANTE EL PERÍODO DEL 1 DE MAYO AL 15 DE JUNIO DEL AÑO 2006,

DEPRESIÓN			
Religión	PRESENTE	AUSENTE	TOTAL
Sí profesan	42	60	102
No profesan	4	29	33
TOTAL	46	89	135

Fuente Escala de Edimburgo+ boleta de recolección de datos

$X^2 = 9.37$ significativo

OR= **5.07** con un intervalo del 95% de seguridad de **1.54—18.46**

RA= **96%**

Cuadro 17
DISTRIBUCIÓN SEGÚN NIVEL SOCIOECONÓMICO Y DEPRESIÓN POST-PARTO EN PRIMÍPARAS QUE ACUDIERON A LA MATERNIDAD DE LA ZONA 13 DURANTE EL PERÍODO DEL 1 DE MAYO AL 15 DE JUNIO DEL AÑO 2006.

DEPRESIÓN			
Nivel Socioeconómico	PRESENTE	AUSENTE	TOTAL
Extrema Pobreza	23	25	48
Pobreza	23	64	87
TOTAL	46	89	135

Fuente Escala de Edimburgo + boleta de recolección de datos

$X^2 = 6.35$ significativo

OR= **2.56** con un intervalo con el 95% de seguridad de **1.15—5.75**

RA= **94%**

Cuadro 18
DISTRIBUCIÓN SEGÚN ANTECEDENTE FAMILIAR DE DEPRESIÓN Y DEPRESIÓN POST-PARTO EN PRIMÍPARAS QUE ACUDIERON A LA MATERNIDAD DE LA ZONA 13 DURANTE EL PERÍODO DEL 1 DE MAYO AL 15 DE JUNIO DEL AÑO 2006,

DEPRESIÓN			
Antecedente Familiar de depresión	PRESENTE	AUSENTE	TOTAL
Si	0	1	1
No	46	88	134
TOTAL	46	89	135

Fuente: escala de Edimburgo + boleta recolección de datos

$X^2 = 0.52$ no significativo.

Cuadro 19
DISTRIBUCIÓN SEGÚN APOYO FAMILIAR Y DEPRESIÓN POST-PARTO EN PRIMÍPARAS QUE ACUDIERON A LA MATERNIDAD DE LA ZONA 13 DURANTE EL PERÍODO DEL 1 DE MAYO AL 15 DE JUNIO DEL AÑO 2006.

DEPRESIÓN			
Apoyo familiar	PRESENTE	AUSENTE	TOTAL
No	41	85	126
Si	5	4	9
TOTAL	46	89	135

Fuente Escala de Edimburgo + boleta de recolección de datos

$X^2 = 1.98$ no significativo.

Cuadro 20
DISTRIBUCIÓN SEGÚN NIVEL EDUCATIVO Y DEPRESIÓN POST-PARTO EN PRIMÍPARAS QUE ACUDIERON A LA MATERNIDAD DE LA ZONA 13 DURANTE EL PERÍODO DEL 1 DE MAYO AL 15 DE JUNIO DEL AÑO 2006.

DEPRESIÓN			
Nivel educativo	PRESENTE	AUSENTE	TOTAL
Bajo	27	31	58
Medio	19	58	77
TOTAL	46	89	135

Fuente: escala de Edimburgo + boleta recolección de datos

$X^2 = 7.05$ significativo

OR= **2.66** con un intervalo con el 95% de seguridad de **1.20—5.91**

RA= **95%**

9.2. Análisis, discusión e interpretación de Resultados:

En el análisis de los datos se observó que el promedio de pacientes con depresión post-parto que acuden a la Maternidad de la zona 13 se encontró en 20 años, edad aun temprana comparada con los países desarrollados, en los cuales se menciona en la literatura ^(4,12), que el promedio de edad es de 26 años para su primer bebe, una moda entre 15 y 19 años y mediana en 18 años, por lo que se pudo observar una distribución bastante uniforme de los datos, con una desviación estándar de 3.78 El 25 % de la muestra está comprendida en un máximo de edad de 17 años. El 50% de la muestra está comprendida en un máximo de edad de 18 años y el 75% de la muestra está comprendida en un máximo de edad 20 años. Se observa además que la tasa de prevalencia para la depresión post-parto se encuentra en 341 por 1000 primíparas. Lo que nos indica que por cada 1000 pacientes que acudan a atención del parto en ésta maternidad 341 podrían presentar depresión post-parto al año, una cifra muy similar a la reportada en México y otros países latinoamericanos, lo que no nos aparta de la realidad ^(1,5,15).

El factor de riesgo **estado civil, soltera** se encontró asociado a depresión post-parto ($X^2=25.93$) y una razón de productos cruzados de **7.60**, valor significativo. Por lo que se afirmó que la proporción de pacientes solteras tienen 7.60 más de probabilidad de padecer depresión post-parto que las pacientes casadas. Con un riesgo atribuible a la población del 95%, lo que significa que si se eliminará el factor de riesgo madre soltera la prevalencia de la depresión post-parto disminuiría en un 95%. Lo que apoya a afirmar que el hecho de ser madre soltera y padecer depresión post-parto están ligados tal como lo muestra la literatura ^(1,7,15) lo que podría explicarse por ser aún en nuestra sociedad criticado el ser madre soltera y no contar con una estabilidad de pareja (cuadro No. 15).

El factor de riesgo **profesar una religión** se encontró asociado a la depresión post-parto ($X^2=9.37$) y una razón de productos cruzados de **5.07**. Por lo que se puede afirmar que la proporción de pacientes que profesan alguna religión tienen 5.07 más probabilidad de padecer depresión post-parto que las pacientes que no profesan alguna religión. Con un riesgo atribuible a la población del 96% lo que significa que si fuera eliminado éste factor de riesgo la prevalencia de la depresión post-parto disminuiría en un 96%. (Cuadro No. 16).

El **nivel socioeconómico extrema pobreza**, se encuentra asociado a la depresión post-parto ($X^2=6.35$) y una razón de productos cruzados de **2.56**, lo que se explicaría por encontrarse la madre a un estrés mucho mayor que las madres que si cuentan con los recursos necesarios para cubrir las necesidades propias y del recién nacido. Por lo que se puede decir que la proporción de pacientes con un nivel socioeconómico de extrema pobreza tienen 2.56 más probabilidad de padecer depresión post-parto que las pacientes con un nivel socioeconómico pobre, con un riesgo atribuible a la población del 94% lo que significa que si se logrará eliminar éste factor de riesgo la prevalencia de la depresión post-parto disminuiría en un 94%. (Cuadro No. 17).

El **nivel educativo bajo**, se encontró asociado a la depresión post-parto ($X^2=7.05$) con una razón de productos cruzados de **2.66**, se afirmó, por lo tanto, que la proporción de pacientes que cuentan con un nivel educativo bajo tienen 2.66 mas probabilidad de

padecer depresión post-parto que las pacientes con un nivel educativo medio, con un riesgo atribuible a la población del 95% lo que significa que se eliminara el factor de riesgo nivel educativo bajo la prevalencia de la depresión post-parto disminuiría en un 95%. Se puede decir que este factor de riesgo esta muy asociado a los otros factores de riesgo ya que por carecer de una adecuada educación sexual puede colocar a la paciente en riesgo de embarazos no deseados o embarazos a temprana edad, además si no se cuenta con un nivel educativo aceptable no se puede optar a un trabajo bien remunerado privándola de una estabilidad económica y social (Cuadro No. 20).

El análisis de los factores de riesgo **apoyo familiar**($X^2=1.98$), **edad menor de 20 años**($X^2=1.59$) y **antecedente familiar de depresión**($X^2=0.52$) no se encontraron asociados con la depresión post-parto. (Cuadro No. 18,19 y 14).

Tomando en cuenta lo anterior se puede decir que *si existe asociación entre el ser madre soltera, el profesar alguna religión, el contar con un nivel socioeconómico de extrema pobreza y un nivel educativo bajo, y padecer depresión post-parto*. Los datos anteriormente interpretados únicamente son aplicables a las áreas de estudio.

8.3 MATERNIDAD PERIFÉRICA ZONA 18**BR. JOSÉ AMILCAR SOTZ SON****CUADRO 21.A.**

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD Y FACTORES DE RIESGO, ESTADO CIVIL, RELIGIÓN, NIVEL EDUCATIVO
DE LOS CASOS QUE ACUDIERON A LA MATERNIDAD DE LA ZONA 18.
DURANTE EL PERIODO DEL 1 DE MAYO AL 15 DE JUNIO DEL AÑO 2006.**

EDAD	ESTADO CIVIL						RELIGIÓN						NIVEL EDUCATIVO					
	CASADA		SOLTERA		TOTAL		SI		NO		TOTAL		BAJO		MEDIO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
15-19 AÑOS	1	9	6	54	7	64	7	64	0	0	7	64	4	36	3	27	7	64
20-24 AÑOS	1	9	2	18	3	27	3	27	0	0	3	27	1	9	2	18	3	27
25-29 AÑOS	1	9	0	0	1	9	1	9	0	0	1	9	1	9	0	0	1	9
30-34 AÑOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
35-39 AÑOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	3	27	8	72	11	100	11	100	0	0	11	100	6	54	5	46	11	100

Fuente boleta de recolección de datos + Escala de Edimburgo.

CUADRO 21.B.
DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD Y FACTORES DE RIESGO NIVEL SOCIOECONÓMICO, ANTECEDENTE FAMILIAR
DE DEPRESIÓN Y APOYO FAMILIAR DE LOS CASOS QUE ACUDIERON A LA MATERNIDAD DE LA ZONA 18.
DURANTE EL PERIODO DEL 1 DE MAYO AL 15 DE JUNIO DEL AÑO 2006.

EDAD	NIVEL SOCIO ECONÓMICO						ANTECEDENTE DE DEPRESIÓN						APOYO FAMILIAR					
	EP		P		TOTAL		SI		NO		TOTAL		SI		NO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
15-19 AÑOS	5	45	2	18	7	64	1	9	6	54	7	64	7	64	0	0	7	64
20-24 AÑOS	2	19	1	9	3	27	0	0	3	27	3	27	3	27	0	0	3	27
25-29 AÑOS	1	9	0	0	1	9	0	0	1	9	1	9	1	9	0	0	1	9
30-34 AÑOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
35-39 AÑOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	8	73	3	27	11	100	9	9	10	91	11	100	11	100	0	0	11	100

Fuente boleta de recolección de datos + Escala de Edimburgo.

EP=extrema pobreza

P=pobreza

CUADRO 22.A.
DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD Y FACTORES DE RIESGO ESTADO CIVIL, RELIGIÓN, NIVEL EDUCATIVO DE
LOS CONTROLES QUE ACUDIERON A LA MATERNIDAD DE LA ZONA 18. DURANTE EL PERIODO DEL 1 DE MAYO
AL 15 DE JUNIO DEL AÑO 2006.

EDAD	ESTADO CIVIL						RELIGIÓN						NIVEL EDUCATIVO					
	CASADA		SOLTERA		TOTAL		SI		NO		TOTAL		BAJO		MEDIO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
15-19 AÑOS	16	33	7	15	23	48	19	40	4	8	23	48	10	21	13	27	23	48
20-24 AÑOS	12	25	4	8	16	33	13	27	3	6	16	33	4	8	12	25	16	33
25-29 AÑOS	8	17	0	0	8	16	8	16	0	0	8	16	1	2	7	15	8	16
30-34 AÑOS	1	2	0	0	1	2	1	2	0	0	1	2	1	2	0	0	1	2
35-39 AÑOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	37	77	11	23	48	100	41	41	7	14	48	100	16	33	32	67	48	100

Fuente boleta de recolección de datos + Escala de Edimburgo

CUADRO 22.B.

DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD Y FACTORES DE RIESGO NIVEL SOCIOECONÓMICO, ANTECEDENTE FAMILIAR DE DEPRESIÓN Y APOYO FAMILIAR DE LOS CONTROLES QUE ACUDIERON A LA MATERNIDAD DE LA ZONA 18. DURANTE EL PERIODO DEL 1 DE MAYO AL 15 DE JUNIO DEL AÑO 2006.

EDAD	NIVEL SOCIO ECONÓMICO						ANTECEDENTE DE DEPRESIÓN						APOYO FAMILIAR					
	EP		P		TOTAL		SI		NO		TOTAL		SI		NO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
15-19 AÑOS	17	35	6	12	23	48	2	4	21	44	23	48	22	46	1	2	23	48
20-24 AÑOS	7	15	9	19	16	33	0	0	16	33	16	33	15	31	1	2	16	33
25-29 AÑOS	3	6	5	11	8	16	1	2	7	15	8	16	7	15	1	2	8	16
30-34 AÑOS	0	0	1	2	1	2	0	0	1	2	1	2	1	2	0	0	1	2
35-39 AÑOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	27	56	21	44	48	100	3	6	45	94	48	100	45	94	3	6	48	100

Fuente boleta de recolección de datos + Escala de Edimburgo

EP=extrema pobreza

P=pobreza

CUADRO 23
MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL Y DESVIACIÓN ESTÁNDAR PARA
PACIENTES QUE ACUDIERON A LA MATERNIDAD DE LA ZONA 18. DURANTE
EL PERIODO DEL 1 DE MAYO AL 15 DE JUNIO DEL AÑO 2006.

Pacientes	Media	Moda	Mediana	σ	Q1	Q2	Q3
Con depresión	19.7	15-19 a	17.93	1.47	17	19	22
Sin Depresión	21.15	15-19 a	19.32	3.65	18	20	22

Fuente Escala de Edimburgo + boleta de recolección de datos.

Cálculo para la tasa de prevalencia:

11/59*1000= 186.44 por cada 1000 pacientes primigestas que acuden a la maternidad de la zona 13 para resolución de su parto, 186 podrían presentar depresión post-parto al año.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

Cuadro 24
DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD Y DEPRESIÓN POST-PARTO EN PRIMÍPARAS QUE
ACUDIERON A LA MATERNIDAD DE LA ZONA 18, DURANTE EL PERÍODO DEL 1 DE
MAYO AL 15 DE JUNIO DEL AÑO 2006,

DEPRESIÓN			
Edad	PRESENTE	AUSENTE	TOTAL
≤ 20AÑOS	7	23	30
≥ 20AÑOS	4	25	29
TOTAL	11	48	59

Fuente Escala de Edimburgo + boleta de recolección de datos

Cálculo del X^2 : $(ad)-(bc)^2 N/(a+b)(c+d)(a+c)(b+d)$
 $X^2 = 0.88$ no significativo

Cuadro 25
DISTRIBUCIÓN SEGÚN ESTADO CIVIL Y DEPRESIÓN POST-PARTO EN PRIMÍPARAS
QUE ACUDIERON A LA MATERNIDAD DE LA ZONA 18 DURANTE EL PERÍODO 1 DE
MAYO AL 15 DE JUNIO DEL AÑO 2006.

DEPRESIÓN			
Estado Civil	PRESENTE	AUSENTE	TOTAL
Soltera	8	11	19
Casada	3	37	40
TOTAL	11	48	59

Fuente Escala de Edimburgo + boleta recolección de datos

$X^2 = 10.17$ significativo
 OR= 8.97 con un intervalo con el 95% de seguridad de 1.72—52.75
 RA= 93%

Cuadro 26
DISTRIBUCIÓN SEGÚN RELIGIÓN Y DEPRESIÓN POST-PARTO EN PRIMÍPARAS QUE ACUDIERON A LA MATERNIDAD DE LA ZONA 18 DURANTE EL PERÍODO DEL 1 DE MAYO AL 15 DE JUNIO DEL AÑO 2006,

DEPRESIÓN			
Religión	PRESENTE	AUSENTE	TOTAL
Sí profesa	11	41	52
No profesa	0	7	7
TOTAL	11	48	59

Fuente Escala de Edimburgo + boleta recolección de datos

$X^2 = 1.82$ no significativo

Cuadro 27
DISTRIBUCIÓN SEGÚN NIVEL SOCIOECONÓMICO Y DEPRESIÓN POST-PARTO EN PRIMÍPARAS QUE ACUDIERON A LA MATERNIDAD DE LA ZONA 18 DURANTE EL PERÍODO DEL 1 DE MAYO AL 15 DE JUNIO DEL AÑO 2006,

DEPRESIÓN			
Nivel Socioeconómico	PRESENTE	AUSENTE	TOTAL
Extrema Pobreza	8	27	35
Pobreza	3	21	24
TOTAL	11	48	59

Fuente Escala de Edimburgo + boleta recolección de datos

$X^2 = 1.01$ no significativo

Cuadro 28
DISTRIBUCIÓN SEGÚN ANTECEDENTE FAMILIAR DE DEPRESIÓN Y DEPRESIÓN POST-PARTO EN PRIMÍPARAS QUE ACUDIERON A LA MATERNIDAD DE LA ZONA 18 DURANTE EL PERÍODO DEL 1 DE MAYO AL 15 DE JUNIO DEL AÑO 2006.

DEPRESIÓN			
Antecedente Familiar de depresión	PRESENTE	AUSENTE	TOTAL
Si	1	3	4
No	10	45	55
TOTAL	11	48	59

Fuente Escala de Edimburgo + boleta recolección de datos

$X^2 = 0.11$ no significativo

Cuadro 29
DISTRIBUCIÓN SEGÚN APOYO FAMILIAR Y DEPRESIÓN POST-PARTO EN PRIMÍPARAS
QUE ACUDIERON A LA MATERNIDAD DE LA ZONA 18 DURANTE EL PERÍODO DEL 1 DE
MAYO AL 15 DE JUNIO DEL AÑO 2006,

DEPRESIÓN			
Apoyo familiar	PRESENTE	AUSENTE	TOTAL
No	0	3	3
Si	11	45	56
TOTAL	11	48	59

Fuente Escala de Edimburgo + boleta recolección de datos

$X^2 = 0.72$ no significativo

Cuadro 30
DISTRIBUCIÓN SEGÚN NIVEL EDUCATIVO Y DEPRESIÓN POST-PARTO EN
PRIMÍPARAS QUE ACUDIERON A LA MATERNIDAD DE LA ZONA 18 DURANTE EL
PERÍODO DEL 1 DE MAYO AL 15 DE JUNIO DEL AÑO 2006,

DEPRESIÓN			
Nivel educativo	PRESENTE	AUSENTE	TOTAL
Bajo	6	17	23
Medio	5	31	36
TOTAL	11	48	59

Fuente Escala de Edimburgo + boleta recolección de datos

$X^2 = 1.38$ no significativo

9.3. Análisis, discusión e interpretación de Resultados:

En el análisis de los datos se observó que el promedio de pacientes con depresión post-parto que acuden a la Maternidad de la zona 18 se encuentra en 19 años, edad aun temprana comparada con los países desarrollados, en los cuales se menciona en la literatura ^(4,12), que el promedio de edad es de 26 años, la moda observada fue de 15 y 19 años, mediana en 17 años distribución bastante uniforme de datos; con una desviación estándar de 1.47. El 25 % de la muestra está comprendida en un máximo de edad de 17 años. El 50% de la muestra está comprendida en un máximo de edad de 19 años y el 75% de la muestra está comprendida en un máximo de edad 22 años. Se observa además que la tasa de prevalencia para la depresión post-parto se encuentra en 180 por 1000 primíparas. Lo que nos indica que por cada 1000 pacientes que acuden a atención del parto en ésta maternidad 180 podrían presentar depresión post-parto al año, una cifra muy similar a la reportada en México y otros países latinoamericanos, lo que no nos aparta de la realidad ^(1,5,15).

El factor de riesgo **estado civil, soltera** se encontró asociado a depresión post-parto ($X^2=10.17$) con una razón de productos cruzados de **8.97**. Por lo que se afirmó que la proporción de pacientes solteras tienen 8.97 más de probabilidad de padecer depresión post-parto que las pacientes casadas. Con un riesgo atribuible a la población del 93%, lo que significa que si se lograra eliminar éste factor de riesgo, la prevalencia de la depresión post-parto disminuiría en un 93%. Lo que nos apoya a afirmar que el hecho de ser madre soltera y padecer depresión post-parto están ligados tal como lo muestra la literatura ^(1,7,15) lo que podría explicarse por ser en nuestra sociedad aun criticado el ser madre soltera y no contar con una estabilidad de pareja (cuadro No. 25).

Los factores de riesgo **ausencia del apoyo familiar**($x^2=0.72$), **edad menor de 20 años**($X^2=0.88$), **profesar una religión**($X^2=1.82$), **nivel socioeconómico de extrema pobreza**($X^2=1.01$), **antecedente familiar de depresión**($X^2=0.11$), **nivel educativo bajo**($X^2=1.38$); no se encontraron asociados a depresión post-parto. (Cuadro No. 24, 26, 29, 27, 28 y 30).

Tomando en cuenta lo anterior se puede decir que *existe asociación entre el ser madre soltera, y padecer depresión post-parto*. Los datos anteriormente interpretados únicamente son aplicables a las áreas de estudio.

8.4 MATERNIDAD PERIFÉRICA ZONA 19**BR. CARLOS ENRIQUE HERNANDEZ LOPEZ.****CUADRO 31.A.**

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD Y FACTOR DE RIESGO, ESTADO CIVIL, RELIGIÓN, NIVEL EDUCATIVO DE
LOS CASOS QUE ACUDIERON A LA MATERNIDAD DE LA ZONA 19. DURANTE EL
PERIODO DEL 1 DE MAYO AL 15 DE JUNIO DEL AÑO 2006.**

EDAD	ESTADO CIVIL						RELIGIÓN						NIVEL EDUCATIVO					
	CASADA		SOLTERA		TOTAL		SI		NO		TOTAL		BAJO		MEDIO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
15-19 AÑOS	3	14	6	28	9	42	7	33	2	10	9	43	6	29	5	24	11	53
20-24 AÑOS	5	25	6	28	11	38	8	38	3	14	11	52	7	33	2	9	9	42
25-29 AÑOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
30-34 AÑOS	1	5	0	0	1	5	1	5	0	0	1	5	1	5	0	0	1	5
35-39 AÑOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	9	44	12	56	21	100	16	76	5	24	21	100	14	67	7	33	21	100

Fuente boleta de recolección de datos + Escala de Edimburgo.

CUADRO 31.B.
DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD Y FACTOR DE RIESGO NIVEL SOCIOECONÓMICO, ANTECEDENTE FAMILIAR
DE DEPRESIÓN Y APOYO FAMILIAR DE CASOS QUE ACUDIERON A LA MATERNIDAD DE LA ZONA 19.
DURANTE EL PERIODO DEL 1 DE MAYO AL 15 DE JUNIO DEL AÑO 2006.

EDAD	NIVEL SOCIO ECONÓMICO						ANTECEDENTE DE DEPRESIÓN						APOYO FAMILIAR					
	EP		P		TOTAL		SI		NO		TOTAL		SI		NO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
15-19 AÑOS	7	33	2	9	9	42	0	0	9	42	9	42	6	28	3	14	9	42
20-24 AÑOS	5	24	6	29	11	53	0	0	11	23	11	23	10	48	1	5	11	53
25-29 AÑOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
30-34 AÑOS	0	0	1	5	1	5	0	0	1	5	1	5	1	5	0	0	1	5
35-39 AÑOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	12	57	9	43	21	100	0	0	21	100	21	100	17	81	4	19	21	100

Fuente boleta de recolección de datos + Escala de Edimburgo.

EP=extrema pobreza

P=pobreza

CUADRO 32.A.
DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD Y FACTORES DE RIESGO ESTADO CIVIL, RELIGIÓN, NIVEL EDUCATIVO DE
LOS CONTROLES QUE ACUDIERON A LA MATERNIDAD DE LA ZONA 19. DURANTE
EL PERIODO DEL 1 DE MAYO AL 15 DE JUNIO DEL AÑO 2006.

EDAD	ESTADO CIVIL						RELIGIÓN						NIVEL EDUCATIVO					
	CASADA		SOLTERA		TOTAL		SI		NO		TOTAL		BAJO		MEDIO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
15-19 AÑOS	17	34	5	10	22	44	14	28	8	16	22	44	3	26	9	18	21	42
20-24 AÑOS	20	40	0	0	20	40	18	36	2	4	20	40	3	6	17	34	20	40
25-29 AÑOS	6	12	1	2	7	14	7	14	0	0	7	14	4	8	3	6	7	14
30-34 AÑOS	1	2	0	0	1	2	1	2	0	0	1	2	0	0	1	2	1	2
35-39 AÑOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	44	88	6	12	50	100	40	80	10	20	50	100	20	40	30	60	50	100

Fuente boleta de recolección de datos + Escala de Edimburgo.

CUADRO 32.B.

DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD Y FACTORES DE RIESGO NIVEL SOCIOECONÓMICO, ANTECEDENTE FAMILIAR DE DEPRESIÓN Y APOYO FAMILIAR DE CONTROLES QUE ACUDIERON A LA MATERNIDAD DE LA ZONA 19. DURANTE EL PERIODO DEL 1 DE MAYO AL 15 DE JUNIO DEL AÑO 2006.

EDAD	NIVEL SOCIO ECONÓMICO						ANTECEDENTE DE DEPRESIÓN						APOYO FAMILIAR					
	EP		P		TOTAL		SI		NO		TOTAL		SI		NO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
15-19 AÑOS	13	26	9	18	22	44	0	0	22	44	22	44	20	40	2	4	22	44
20-24 AÑOS	3	6	17	34	20	40	0	0	20	40	20	40	19	38	1	2	20	40
25-29 AÑOS	4	8	3	6	7	14	0	0	7	14	7	14	6	12	1	2	7	14
30-34 AÑOS	0	0	1	2	1	2	0	0	1	2	1	2	1	2	0	0	1	2
35-39 AÑOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	20	40	30	60	50	100	0	0	50	100	50	100	46	92	4	8	50	100

Fuente boleta de recolección de datos + Escala de Edimburgo.

EP=extrema pobreza

P=pobreza

Cuadro 33
MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL Y DESVIACIÓN ESTÁNDAR PARA
PACIENTES QUE ACUDIERON A LA MATERNIDAD DE LA ZONA 19. DURANTE
EL PERIODO DEL 1 DE MAYO AL 15 DE JUNIO DEL AÑO 2006.

Pacientes	Media	Moda	Mediana	σ	Q1	Q2	Q3
Con depresión	20.83	20-24 a	19.69	3.56	19	20	21
Sin Depresión	21.2	20-24 a	19.75	3.84	19	20	21

Fuente boleta de recolección de datos.

Cálculo para la tasa de prevalencia:

21/71*1000= 295.77 por cada 1000 pacientes primigestas que acuden a la maternidad de la zona 19 para resolución de su parto, 296 presentarán depresión post-parto al año.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

Cuadro 34
DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD Y DEPRESIÓN POST-PARTO EN PRIMÍPARAS QUE
ACUDIERON A LA MATERNIDAD DE LA ZONA 19, DURANTE EL PERÍODO DEL 1 DE
MAYO AL 15 DE JUNIO DEL AÑO 2006.

DEPRESIÓN			
Edad	PRESENTE	AUSENTE	TOTAL
≤ 20AÑOS	9	22	31
≥ 20AÑOS	12	28	40
TOTAL	21	50	71

Fuente Escala de Edimburgo + boleta recolección de datos

Cálculo del X^2 : $(ad)-(bc)^2 N/(a+b)(c+d)(a+c)(b+d)$
 $X^2 = 0.01$ no significativo

Cuadro 35
DISTRIBUCIÓN SEGÚN ESTADO CIVIL Y DEPRESIÓN POST-PARTO EN PRIMÍPARAS
QUE ACUDIERON A LA MATERNIDAD DE LA ZONA 19 DURANTE EL PERÍODO 1 DE
MAYO AL 15 DE JUNIO DEL AÑO 2006,

DEPRESIÓN			
Estado Civil	PRESENTE	AUSENTE	TOTAL
Soltera	12	6	18
Casada	9	44	53
TOTAL	21	50	71

Fuente Escala de Edimburgo + boleta de recolección de datos

$X^2 = 15.92$ significativo
OR= **9.78** con un intervalo con el 95% de seguridad de **2.52-40.18**
RA= **94%**

Cuadro 36
DISTRIBUCIÓN SEGÚN RELIGIÓN Y DEPRESIÓN POST-PARTO EN PRIMÍPARAS QUE
ACUDIERON A LA MATERNIDAD DE LA ZONA 19 DURANTE EL PERÍODO DEL 1 DE
MAYO AL 15 DE JUNIO DEL AÑO 2006,

DEPRESIÓN			
Religión	PRESENTE	AUSENTE	TOTAL
Sí profesa	16	40	56
No profesa	5	10	15
TOTAL	21	50	71

Fuente Escala de Edimburgo + boleta de recolección de datos

$X^2 = 0.13$ no significativo.

Cuadro 37
DISTRIBUCIÓN SEGÚN NIVEL SOCIOECONÓMICO Y DEPRESIÓN POST-PARTO EN
PRIMÍPARAS QUE ACUDIERON A LA MATERNIDAD DE LA ZONA 19 DURANTE EL
PERÍODO DEL 1 DE MAYO AL 15 DE JUNIO DEL AÑO 2006,

DEPRESIÓN			
Nivel Socioeconómico	PRESENTE	AUSENTE	TOTAL
Extrema Pobreza	12	20	32
Pobreza	9	30	39
TOTAL	21	50	71

Fuente Escala de Edimburgo + boleta recolección de datos

$X^2 = 1.76$ no significativo.

Cuadro 38
DISTRIBUCIÓN SEGÚN ANTECEDENTE FAMILIAR DE DEPRESIÓN Y DEPRESIÓN POST-
PARTO EN PRIMÍPARAS QUE ACUDIERON A LA MATERNIDAD DE LA ZONA 19
DURANTE EL PERÍODO DEL 1 DE MAYO AL 15 DE JUNIO DEL AÑO 2006.

DEPRESIÓN			
Antecedente Familiar de depresión	PRESENTE	AUSENTE	TOTAL
Si	0	0	0
No	21	50	71
TOTAL	21	50	71

Fuente Escala de Edimburgo + boleta recolección de datos

$X^2 = 0.06$ corregido no significativo.

Cuadro 39
DISTRIBUCIÓN SEGÚN APOYO FAMILIAR Y DEPRESIÓN POST-PARTO EN PRIMÍPARAS
QUE ACUDIERON A LA MATERNIDAD DE LA ZONA 19 DURANTE EL PERÍODO DEL 1 DE
MAYO AL 15 DE JUNIO DEL AÑO 2006,

DEPRESIÓN			
Apoyo familiar	PRESENTE	AUSENTE	TOTAL
No	4	4	8
Si	17	46	63
TOTAL	21	50	71

Fuente Escala de Edimburgo + boleta de recolección de datos

$X^2 = 1.81$ no significativo.

Cuadro 40
DISTRIBUCIÓN SEGÚN NIVEL EDUCATIVO Y DEPRESIÓN POST-PARTO EN
PRIMÍPARAS QUE ACUDIERON A LA MATERNIDAD DE LA ZONA 19 DURANTE EL
PERÍODO DEL 1 DE MAYO AL 15 DE JUNIO DEL AÑO 2006.

DEPRESIÓN			
Nivel educativo	PRESENTE	AUSENTE	TOTAL
Bajo	14	20	34
Medio	7	30	37
TOTAL	21	50	71

Fuente escala de Edimburgo + boleta de recolección de datos

$X^2 = 4.21$ significativo

OR= 3 con un intervalo con el 95% de seguridad de 0.92 y 10.07.

RA= 95%

9.4. Análisis, discusión e interpretación de Resultados:

Para el análisis de los datos se observó que el promedio de pacientes con depresión post-parto y que acuden a la Maternidad de la zona 19 se encuentra en 21 años, edad aun temprano comparada con los países desarrollados en los cuales se menciona en la literatura ^(4,12), que el promedio de edad es de 26 años, una moda entre 20 y 24 años, y mediana en 20 años lo que muestra una distribución de los datos bastante uniforme, con una desviación estándar de 3.56. El 25 % de la muestra está comprendida en un máximo de edad de 20 años. El 50% de la muestra está comprendida en un máximo de edad de 20 años y el 75% de la muestra está comprendida en un máximo de edad 22 años. Se observa además que la tasa de prevalencia para la depresión post-parto se encuentra en 296 pacientes por 1000 primíparas. Lo que nos indica que por cada 1000 pacientes que acudan a atención del parto en ésta maternidad 296 podrían presentar depresión post-parto al año, una cifra muy similar a la reportada en México y otros países latinoamericanos, lo que no nos aparta de la realidad ^(1,5,15).

El factor de riesgo **estado civil, soltera** se encontró asociación a depresión post-parto ($X^2=15.92$) y una razón de productos cruzados de **9.78**. Por lo que se puede afirmar que la proporción de primíparas solteras tienen 9.78 más de probabilidad de padecer depresión post-parto, que las pacientes casadas. Con un riesgo atribuible a la población del 94%, lo que significa que se eliminara el factor de riesgo ser madre soltera, la prevalencia de la depresión post-parto disminuiría en un 94%. Por lo tanto se puede afirmar que el hecho de ser madre soltera y padecer depresión post-parto están ligados tal como lo muestra la literatura ^(1,7,15) lo que podría explicarse por ser en nuestra sociedad aun criticado el ser madre soltera y no contar con una estabilidad de pareja (cuadro No. 35).

El factor de riesgo **nivel educativo bajo**, se encontró asociado a la depresión post-parto ($X^2=4.21$) y una razón de productos cruzados de **3** y se puede afirmar que la proporción de pacientes que cuentan con un nivel educativo bajo, tienen 3 mas de probabilidad de padecer depresión post-parto que las pacientes con un nivel educativo medio, con un riesgo atribuible a la población de 95%, lo que significa que se eliminara éste factor de riesgo, la prevalencia de la depresión post-parto disminuiría en un 95%. Se puede decir que este factor de riesgo esta muy asociado a otros factores de riesgo ya que si la paciente carecer de una adecuada educación sexual la puede poner en riesgo de embarazos no deseados o embarazos a temprana edad, además si no se cuenta con un nivel educativo aceptable no se puede optar a un trabajo bien remunerado privándola de una estabilidad económica y social (Cuadro No. 40).

Los factores de riesgo **ausencia de apoyo familiar**($X^2=1.81$), **edad menor de 20 años**($X^2=0.01$), **profesar una religión**($X^2=0.13$), **nivel socioeconómico extrema pobreza**($X^2=1.76$), **antecedente familiar de depresión**($X^2=0.06$); no se encontraron asociados a depresión post-parto (Cuadro No. 34, 36, 37, 38 y 39).

Tomando en cuenta lo anterior se puede decir que *si existe asociación entre el ser madre soltera, el tener un nivel educativo bajo y padecer depresión post-parto.*

Los datos anteriormente interpretados únicamente son aplicables a las áreas de estudio.

8.5. CONSOLIDADO GENERAL

CUADRO 41.A.
DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD Y FACTORES DE RIESGO: ESTADO CIVIL, RELIGIÓN, NIVEL EDUCATIVO DE
LOS CASOS QUE ACUDIERON A LAS MATERNIDADES PERIFÉRICAS DE LA CAPITAL. DURANTE EL
PERIODO DEL 1 DE MAYO AL 15 DE JUNIO DEL AÑO 2006.

EDAD	ESTADO CIVIL						RELIGIÓN						NIVEL EDUCATIVO					
	CASADA		SOLTERA		TOTAL		SI		NO		TOTAL		BAJO		MEDIO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
15-19 AÑOS	25	21	43	37	68	58	60	51	8	6	68	58	41	35	29	25	70	60
20-24 AÑOS	22	18	20	17	42	36	35	30	7	6	42	36	15	12	25	21	40	34
25-29 AÑOS	3	3	0	0	3	1	3	3	0	0	3	3	2	2	1	1	3	3
30-34 AÑOS	2	1	1	1	3	1	3	3	0	0	3	3	3	3	0	0	3	3
35-39 AÑOS	1	1	1	1	2	2	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1
TOTAL	53	44	64	56	117	100	102	88	15	12	117	100	61	52	56	48	117	100

Fuente boleta de recolección de datos + Escala de Edimburgo.

CUADRO 42.B.

DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD Y FACTORES DE RIESGO NIVEL SOCIOECONÓMICO, ANTECEDENTE FAMILIAR DE DEPRESIÓN Y APOYO FAMILIAR DE LOS CASOS QUE ACUDIERON A LAS MATERNIDADES PERIFÉRICAS DE LA CAPITAL. DURANTE EL PERIODO DEL 1 DE MAYO AL 15 DE JUNIO DEL AÑO 2006.

EDAD	NIVEL SOCIO ECONÓMICO						ANTECEDENTE DE DEPRESIÓN						APOYO FAMILIAR					
	EP		P		TOTAL		SI		NO		TOTAL		SI		NO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
15-19 AÑOS	33	28	35	30	68	58	1	1	67	57	68	57	53	45	15	13	68	58
20-24 AÑOS	18	15	24	20	42	36	0	0	42	36	42	36	33	28	10	13	43	37
25-29 AÑOS	1	1	2	2	3	3	0	0	3	3	3	3	2	2	1	8	3	3
30-34 AÑOS	1	1	2	2	3	3	0	0	3	3	3	3	3	3	0	1	3	3
35-39 AÑOS	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0
TOTAL	53	45	64	55	117	100	1	1	116	117	117	100	91	78	26	35	117	100

Fuente boleta de recolección de datos + Escala de Edimburgo.

EP=extrema pobreza

P=pobreza

CUADRO 42.A.
DISTRIBUCIÓN SEGÚN Y FACTORES DE RIESGO: ESTADO CIVIL, RELIGIÓN, NIVEL EDUCATIVO DE
LOS CONTROLES QUE ACUDIERON A LAS MATERNIDADES PERIFÉRICAS DE LA CAPITAL.
DURANTE EL PERIODO DEL 1 DE MAYO AL 15 DE JUNIO DEL AÑO 2006.

EDAD	ESTADO CIVIL						RELIGIÓN						NIVEL EDUCATIVO					
	CASADA		SOLTERA		TOTAL		SI		NO		TOTAL		BAJO		MEDIO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
15-19 AÑOS	104	39	28	10	132	49	100	37	33	12	133	50	57	21	76	28	133	50
20-24 AÑOS	89	33	13	4	102	38	83	31	16	6	102	37	24	9	76	28	100	37
25-29 AÑOS	22	8	4	2	26	10	22	8	4	2	26	9	7	2	19	7	26	9
30-34 AÑOS	4	2	0	1	4	2	4	2	0	0	4	2	3	1	2	1	5	2
35-39 AÑOS	2	1	2	0	4	2	3	1	1	1	4	2	4	2	0	0	4	2
TOTAL	221	83	47	17	268	100	212	79	56	21	268	100	95	35	173	64	268	100

Fuente boleta de recolección de datos + Escala de Edimburgo.

CUADRO 42.B.

DISTRIBUCIÓN SEGÚN Y FACTORES DE RIESGO NIVEL SOCIOECONÓMICO, ANTECEDENTE FAMILIAR DE DEPRESIÓN Y APOYO FAMILIAR DE PACIENTES DE LOS CONTROLES QUE ACUDIERON A LAS MATERNIDADES PERIFÉRICAS DE LA CAPITAL. DURANTE EL PERIODO DEL 1 DE MAYO AL 15 DE JUNIO DEL AÑO 2006.

EDAD	NIVEL SOCIO ECONÓMICO						ANTECEDENTE DE DEPRESIÓN						APOYO FAMILIAR					
	EP		P		TOTAL		SI		NO		TOTAL		SI		NO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
15-19 AÑOS	51	19	82	30	133	50	2	1	131	49	133	50	125	47	8	3	133	50
20-24 AÑOS	23	8	78	29	101	37	1	1	100	37	101	38	94	35	7	3	101	37
25-29 AÑOS	9	3	17	6	26	9	1	1	25	9	26	9	21	7	5	2	26	9
30-34 AÑOS	1	1	3	1	4	2	0	0	4	2	4	2	4	2	0	0	4	2
35-39 AÑOS	1	1	3	1	4	2	0	0	4	2	4	2	1	1	3	1	4	2
TOTAL	85	31	183	67	268	100	4	3	264	97	268	100	245	92	23	9	268	100

Fuente boleta de recolección de datos + Escala de Edimburgo.

EP=extrema pobreza

P=pobreza

CUADRO 43
MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL Y DESVIACIÓN ESTÁNDAR PARA
PACIENTES QUE ACUDIERON A LAS MATERNIDADES PERIFÉRICAS DE LA
CIUDAD CAPITAL. DURANTE EL PERIODO DEL 1 DE MAYO AL 15 DE JUNIO
DEL AÑO 2006.

Pacientes	Media	Moda	Mediana	σ	Q1	Q2	Q3
Con depresión	20.15	15-19 a	18.3	3.78	17	18	21
Sin Depresión	20.95	15-19 a	19.1	4.17	18	19	21

Fuente boleta de recolección de datos

Cálculo para la tasa de prevalencia:

117/385*1000= 303.89 por cada 1000 pacientes primigestas que acudieron a las maternidades periféricas para resolución de su parto, 303 podrían padecer depresión post-parto al año.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

Cuadro 44
DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD Y DEPRESIÓN POST-PARTO EN PRIMÍPARAS QUE
ACUDIERON A LAS MATERNIDADES PERIFÉRICAS, DURANTE EL PERÍODO DEL 1 DE
MAYO AL 15 DE JUNIO DEL AÑO 2006, DISTRIBUIDAS SEGÚN EDADES.

DEPRESIÓN			
Edad	PRESENTE	AUSENTE	TOTAL
≤20AÑOS	68	133	201
≥20AÑOS	49	135	184
TOTAL	117	268	385

Fuente Escala de Edimburgo + boleta recolección de datos

Cálculo del X^2 : $(ad)-(bc)^2 N/(a+b)(c+d)(a+c)(b+d)$
 $X^2 = 2.35$ no representativo

Cuadro 45
DISTRIBUCIÓN SEGÚN ESTADO CIVIL Y DEPRESIÓN POST-PARTO EN PRIMÍPARAS
QUE ACUDIERON A LAS MATERNIDADES PERIFÉRICAS DURANTE EL PERÍODO 1 DE
MAYO AL 15 DE JUNIO DEL AÑO 2006.

DEPRESIÓN			
Estado Civil	PRESENTE	AUSENTE	TOTAL
Soltera	63	47	110
Casada	54	221	275
TOTAL	117	268	385

Fuente Escala de Edimburgo + boleta recolección de datos

$X^2 = 52.61$ representativo
 OR= **5.49** con un intervalo de seguridad del 95% de **3.30—9.14**
 RA= **94%**

Cuadro 46
DISTRIBUCIÓN SEGÚN RELIGIÓN Y DEPRESIÓN POST-PARTO EN PRIMÍPARAS QUE ACUDIERON A LAS MATERNIDADES PERIFÉRICAS DURANTE EL PERÍODO DEL 1 DE MAYO AL 15 DE JUNIO DEL AÑO 2006.

DEPRESIÓN			
Religión	PRESENTE	AUSENTE	TOTAL
Sí profesa	102	212	314
No profesa	15	56	71
TOTAL	117	268	385

Fuente Escala de Edimburgo + boleta recolección de datos

$\chi^2 = 3.53$ no representativo.

Cuadro 47
DISTRIBUCIÓN SEGÚN NIVEL SOCIOECONÓMICO Y DE DEPRESIÓN POST-PARTO EN PRIMÍPARAS QUE ACUDIERON A LAS MATERNIDADES PERIFÉRICAS DURANTE EL PERÍODO DEL 1 DE MAYO AL 15 DE JUNIO DEL AÑO 2006,

DEPRESIÓN			
Nivel Socioeconómico	PRESENTE	AUSENTE	TOTAL
Extrema Pobreza	53	86	139
Pobreza	64	182	246
TOTAL	117	268	385

Fuente Escala de Edimburgo + boleta recolección de datos

$\chi^2 = 6.16$ significativo.

OR= **1.75** con un intervalo de seguridad de 95% de **1.10—2.80**

RA= **93%**

Cuadro 48
DISTRIBUIDAS SEGÚN ANTECEDENTE FAMILIAR DE DEPRESIÓN Y DEPRESIÓN POST-PARTO EN PRIMÍPARAS QUE ACUDIERON A LAS MATERNIDADES PERIFÉRICAS DURANTE EL PERÍODO DEL 1 DE MAYO AL 15 DE JUNIO DEL AÑO 2006.

DEPRESIÓN			
Antecedente Familiar de depresión	PRESENTE	AUSENTE	TOTAL
Sí	1	40	5
No	116	264	380
TOTAL	117	268	385

Fuente Escala de Edimburgo + boleta recolección de datos

$\chi^2 = 0.26$ no significativo.

Cuadro 49
DISTRIBUCIÓN SEGÚN RECIBIÓ APOYO FAMILIAR Y DEPRESIÓN POST-PARTO EN PRIMÍPARAS QUE ACUDIERON A LAS MATERNIDADES PERIFÉRICAS DURANTE EL PERÍODO DEL 1 DE MAYO AL 15 DE JUNIO DEL AÑO 2006,

DEPRESIÓN			
Apoyo familiar	PRESENTE	AUSENTE	TOTAL
No	62	104	166
Si	55	164	219
TOTAL	117	268	385

Fuente Escala de Edimburgo + boleta recolección de datos

$X^2 = 6.68$ significativo.

OR= **1.78** con un intervalo de seguridad de 95% de **1.12—2.82**

RA= **94%**

Cuadro 50
DISTRIBUCIÓN SEGÚN NIVEL EDUCATIVO Y DEPRESIÓN POST-PARTO EN PRIMÍPARAS QUE ACUDIERON A LAS MATERNIDADES PERIFÉRICAS DURANTE EL PERÍODO DEL 1 DE MAYO AL 15 DE JUNIO DEL AÑO 2006.

DEPRESIÓN			
Nivel educativo	PRESENTE	AUSENTE	TOTAL
Bajo	61	98	159
Medio	56	170	226
TOTAL	117	268	385

Fuente Escala de Edimburgo + boleta recolección de datos

$X^2 = 8.14$ significativo.

OR= **1.89** con un intervalo de seguridad de 95% de **1.19—3.0**

RA= **94%**

9.5. Análisis, discusión e interpretación de Resultados:

En el análisis de datos se observó que el promedio de pacientes con depresión post-parto y que acuden a la Maternidades de las zonas 7,13,18,19 se encuentra en 20 años, edad aun temprana, comparada con los países desarrollados en los cuales se menciona en la literatura ^(4,12), que el promedio de edad es de 26 años, una moda entre 15 y 19 años, y una mediana de 18 años distribución con una desviación estándar de 3.78 El 25 % de la muestra está comprendida en un máximo de edad de 17 años. El 50% de la muestra está comprendida en un máximo de edad de 19 años y el 75% de la muestra está comprendida en un máximo de edad 22 años. Se observa además que la tasa de prevalencia para la depresión post-parto se encuentra en 300 por cada 1000 primíparas. Lo que nos indica que por cada 1000 pacientes que acudan a atención del parto en ésta maternidad 300 podrían presentar depresión post-parto al año, una cifra muy similar a la reportada en México y otros países latinoamericanos, lo que no nos aparta de la realidad ^(1,5,15).

El factor de riesgo **estado civil, soltera** se encontró asociado a depresión post-parto ($X^2=52.61$) y una razón de productos cruzado de **5.49**. Por lo que se puede afirmar que la proporción de pacientes solteras, tienen 5.49 más de probabilidad de padecer depresión post-parto que las pacientes casadas. Con un riesgo atribuible a la población del 94% lo que significa que si se lograra eliminar el factor de riesgo ser madre soltera, la prevalencia de la depresión post-parto disminuiría en un 94%. Lo que nos apoya a afirmar que el hecho de ser madre soltera y padecer depresión post-parto están ligados tal como lo muestra la literatura ^(1,7,15) lo que podría explicarse por ser en nuestra sociedad aun criticado el ser madre soltera y no contar con una estabilidad de pareja (cuadro No. 45).

El factor de riesgo **nivel socioeconómico, extrema pobreza**, no se encuentra asociado a la depresión post-parto ($X^2=6.35$) y una razón de productos cruzados **de 2.56**. Por lo que se puede afirmar que la proporción de pacientes con un nivel socioeconómico de extrema pobreza tienen 2.56 más probabilidad de padecer depresión post-parto que las pacientes con un nivel socioeconómico pobre, con un riesgo atribuible a la población del 94%, lo que significa que si se lograr eliminar éste factor de riesgo, la prevalencia de la depresión post-parto disminuiría en un 94%. (Cuadro No. 47).

El factor de riesgo **nivel educativo bajo**, se encontró asociado a la depresión post-parto ($X^2=6.16$) y se obtuvo una razón de productos cruzados **de 1.75** y se puede afirmar que la proporción de pacientes que cuentan con un nivel educativo bajo tienen 1.75 mas probabilidad de padecer depresión post-parto que las pacientes con un nivel educativo medio, con un riesgo atribuible a la población de 93% lo que significa que si se eliminara éste factor de riesgo, la prevalencia de la depresión post-parto

disminuiría en un 93%. Se puede decir que este factor de riesgo está muy asociado a otros factores de riesgo ya que si la paciente carece de una adecuada educación sexual la puede poner en riesgo de embarazos no deseados o embarazos a temprana edad, además si no se cuenta con un nivel educativo aceptable no se puede optar a un trabajo bien remunerado privándola de una estabilidad económica y social (Cuadro No. 50).

El factor de riesgo **ausencia de apoyo familiar** durante el embarazo se encontró asociado a depresión post-parto ($X^2=6.68$) y se obtuvo una razón de productos cruzados de **1.78**, por lo que se puede afirmar que la proporción de pacientes que no cuentan con el apoyo familiar durante el embarazo tienen 1.78 más de probabilidad de padecer depresión post-parto que las pacientes que sí cuentan con el apoyo de su familia, con un riesgo atribuible de 94% lo que significa que si se lograra eliminar éste factor de riesgo la prevalencia de la depresión post-parto disminuiría en un 94%. Si se toma en cuenta que es muy importante para la paciente el apoyo que recibió de parte de su familia en el transcurso de su embarazo, no es de sorprender el resultado antes mencionado, ya que el carecer de dicho apoyo la hace mucho más vulnerable a los problemas que trae consigo un embarazo y la responsabilidad de ser madre, más aun si ésta es soltera. (Cuadro No. 49)

Los factores de riesgo **profesar una religión** ($X^2=3.53$), **edad menor de 20** ($X^2=2.35$), **antecedente familiar de depresión** ($X^2=0.26$), **no** se encontraron asociados a la depresión post parto. (Cuadro No. 44, 46 y 48)

Tomando en cuenta lo anterior se puede decir que *existe asociación entre el ser madre soltera, el nivel socioeconómico de extrema pobreza, un nivel educativo bajo y no tener apoyo familiar durante el embarazo y padecer depresión post-parto*. Los datos anteriormente interpretados únicamente son aplicables a las áreas de estudio.

10. Conclusiones:

- 1.-El ser madre soltera tienen más probabilidad de padecer depresión post-parto que las madres casadas en las áreas que estuvieron bajo estudio.
- 2.- Las pacientes que no cuentan con apoyo familiar durante su embarazo tienen mayor probabilidad de padecer depresión post-parto que las pacientes que si tuvieron apoyo familiar en las áreas que estuvieron bajo estudio.
- 3.-Las pacientes que tienen un nivel educativo bajo tienen mayor probabilidad de padecer depresión post-parto que las pacientes con un nivel educativo medio en las áreas que estuvieron bajo estudio.
- 4.-Las pacientes con un nivel socioeconómico de extrema pobreza tienen mayor riesgo de padecer depresión post-parto que las pacientes que tienen un nivel socioeconómico de pobreza en las áreas que estuvieron bajo estudio.
- 5.-Las pacientes <20años tienen el mismo riesgo de padecer depresión post-parto que las pacientes >20años en las áreas que estuvieron bajo estudio.
- 6.-Las pacientes que no tienen antecedente familiar de depresión tienen el mismo riesgo de padecer depresión post-parto que las pacientes que si tiene antecedente familiar de depresión en las áreas que estuvieron bajo estudio.
- 7.-Las pacientes que si practican alguna religión tienen el mismo riesgo de padecer depresión post-parto que aquellas que no practican ninguna religión en las áreas que estuvieron bajo estudio.
- 8.-En conclusión general las pacientes que son madres solteras, que no contaron con apoyo familiar, que tienen un nivel socioeconómico y educativo bajo tienen mayor riesgo de padecer depresión post-parto.

11. Recomendaciones:

- 1.-Establecer protocolos para identificar los factores de riesgo de depresión post-parto en las pacientes que asisten a éstos centros a su control prenatal disminuyendo así la incidencia de la misma.
- 2.-Implementar métodos para el diagnóstico temprano y oportuno de las enfermedades psiquiátricas en nuestro país.
- 3.-Promover el uso de la Escala de Edimburgo para el diagnóstico de depresión post-parto.
- 4.-Sugerir que en los centros bajo estudio exista apoyo psicológico y psiquiátrico de pacientes que presenten depresión post-parto, por personas especializadas para ello.
- 5.-Motivar a los familiares de las pacientes que asisten a su control prenatal a que brinden su apoyo de igual manera en su embarazo, como durante su puerperio.
- 6.-Sugerir que exista apoyo especializado para los familiares de las pacientes que presenten depresión post-parto en estos centros.
- 7.-Promover la realización de éste tipo de estudio en nuestro país, resaltando así la importancia de las enfermedades psiquiátricas.
- 8.-Promover la educación sexual y el uso de anticonceptivos, para tratar de disminuir los embarazos no deseados y con ello disminuir el ser madre soltera.

12.BIBLIOGRAFÍA

- 1) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth edition, Text Revision, Washington D.C: American Psychiatric Association; 2000 (pp. 422-3).
- 2) Depresión post-parto y la melancolía de la maternidad. [en línea] disponible en: [\[http://familydoctor.org/e379.xml\]](http://familydoctor.org/e379.xml) 24 de marzo de 2006.
- 3) Edimburg postnatal depresión scale. [en línea] disponible en: [\[http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/news/fullstory_29570.html\]](http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/news/fullstory_29570.html) 24 de marzo de 2006.
- 4) Kaplan, Harold I. Compendio de psiquiatría, 2ª. Ed. México: Salvat Editores, 1991 (pp. 88,159,161,172-175).
- 5) Organización panamericana de la Salud. CIE-10. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud: Washington: 2003 (Publicación científica OPS 10 rev).
- 6) La depresión post – parto. Centro nacional de información sobre la salud de la mujer. [en línea] disponible en: [\[http://www.4woman.gov/fag/Spanish/sp-postpartum.pdf\]](http://www.4woman.gov/fag/Spanish/sp-postpartum.pdf) 02 de abril de 2006.
- 7) Merson, Sthefer. Depression. Introduccion a la sociologia. 3 ed. España: Herder, 1984 (pp. 33 – 36, 43 – 46).
- 8) Moreno Zaconeta, Alberto. Depresión post – parto. Rev. Chil. Obstet. Ginecol. (Santiago) 2004. (3): 3-16 [en línea] disponible en: [\[http://www.scielo.cl/scielo.php\]](http://www.scielo.cl/scielo.php) 23 de marzo de 2006.
- 9) Orejarena, Silvia Juliana. Trastornos afectivos post – parto. Universidad Autónoma de Bucaramanga, Colombia. 27 de Julio de 2004. en línea disponible en: [\[http://www.editorial.unab.edu.co/revistas\]](http://www.editorial.unab.edu.co/revistas) 26 de marzo de 2006.
- 10) Organización Panamericana de la Salud. Temas de salud mental en la comunidad. Informe para ejecutores de programas de salud. OPS. Washington:1992. (Serie Paltext No. 19).
- 11) Péñate, Pablo. Validación de la escala de Edimburgo como tamizaje para le depresión post-parto. Maternidad Periférica de San José Pinula. Tesis (Médico y Cirujano)-Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 2003. 15-26,52-54p.
- 12) Postpartum Depresión. [en línea] disponible en: [\[http://healthyminds.org/postpartumdepression.cfm\]](http://healthyminds.org/postpartumdepression.cfm) 5 de abril de 2006.

- 13) Recognizing postpartum depression. [en línea] disponible en:
[\[http://www.nmha.org/children/ppd.pdf\]](http://www.nmha.org/children/ppd.pdf) 5 de abril de 2006
- 14) Roca Catherine. Depression during and after pregnancy. [en línea] disponible en:
[\[http://www.womenshealth.gov/faq/postpartum.htm\]](http://www.womenshealth.gov/faq/postpartum.htm) 6 de abril de 2006.
- 15) Ruta M Nonacs,. Postpartum Depresión. [en línea] disponible en:
[\[http://www.emedicine.com/med/topic3408.htm\]](http://www.emedicine.com/med/topic3408.htm) 6 de abril de 2006.
- 16) Secretaría de salud de México. Comunicado de prensa No. 270. 2004.
http://www.salud.gob.mx/ssa_app/noticias/datos/2004-10-22_1060.html
- 17) Tips on healthy parenting for mothers with postpartum depression. [en línea]
disponible en:
[\[http://www.nmha.org/infoctr/factsheets/HealthyParentingTips.pdf\]](http://www.nmha.org/infoctr/factsheets/HealthyParentingTips.pdf) 28 de
marzo de 2006
- 18) Villagran, José Maria. depresión. Psicología Clínica. 3 ed. Barcelona,
España:Heder (pp 46-56,78–84).
- 19) Williams Obstetricia. 21 ed. México: Editorial Médica Panamericana, 2000 (pp.
1202-1205).
- 20) Wisner KL. Postpartum Depression. N Engl J M 2002; 347: (3) 194 –199.

13. ANEXOS

BOLETA DE RECOLECCIÓN DE DATOS Y ESCALA POSTNATAL DE LA DEPRESIÓN DE EDIMBURGO (EPDS)

NOMBRE: _____ EDAD: _____
ESTADO CIVIL: _____ RELIGIÓN: _____
ESCOLARIDAD: _____ JEFE DE FAMILIA: _____
INGRESO MENSUAL DEL JEFE DE FAMILIA: _____
ALGUIEN DE TU FAMILIA HA ESTADO EN TRATAMIENTO POR DEPRESIÓN:

RECIBISTE APOYO DE TU FAMILIA DURANTE TU EMBARAZO: _____

CONTESTAR A LOS 15 DÍAS POST-PARTO

Puesto que usted ha tenido un bebe, quisiéramos saber como usted se esta sintiendo.
SUBRAYE por favor la respuesta que mas se acerca a como se ha sentido en los últimos 7 días.

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.

He mirado el futuro con placer:

- 0 tanto como siempre.
- 1 algo menos de lo que solía hacer.
- 2 definitivamente menos.
- 3 no, nada.

Me he culpado sin necesidad cuando las cosas marchaban mal:

- 3 si, casi siempre.
- 2 si, algunas veces.
- 1 no muy a menudo.
- 0 no, nunca.

He estado ansiosa y preocupada sin motivo:

- 0 no nada.
- 1 casi nada.
- 2 si, a veces.
- 3 si, a menudo.

He sentido miedo o pánico sin motivo alguno:

- 3 si, bastante.
- 2 si, a veces.
- 1 no, no mucho.
- 0 no, nada.

Las cosas me oprimen o agobian:

- 3 si, casi siempre.
- 2 si, a veces.
- 1 no, casi nunca.
- 0 no, nada.

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

- 3 si, casi siempre.
- 2 si, a menudo.
- 1 no muy a menudo.
- 0 no, nada.

Me he sentido triste y desgraciada:

- 3 si, casi siempre.
- 2 si, bastante a menudo.
- 1 no muy a menudo.
- 0 no, nada.

He estado tan infeliz que he estado llorando:

- 3 si, casi siempre.
- 2 si, bastante a menudo.
- 1 solo ocasionalmente.
- 0 no, nunca.

He pensado en hacerme daño a mi misma:

- 3 si, bastante a menudo.
- 2 si, a menudo.
- 1 casi nunca.
- 0 no, nunca.