



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE AGUASCALIENTES
CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD**

HOSPITAL GENERAL DE ZONA N° 1 DEL IMSS

**“COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR Y SU ASOCIACIÓN A DEPRESIÓN
POST PARTO EN LAS PACIENTES DE 15 A 44 AÑOS DE EDAD, ADSCRITAS
A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 7.”**

TESIS PRESENTADA POR:

CLAUDIA PATRICIA JUÁREZ VARELA

**PARA OBTENER EL GRADO
DE ESPECIALISTA EN:
MEDICINA FAMILIAR**

ASESOR:

DRA. ERIKA LORENA VEGA SILVA

DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR

AGUASCALIENTES, AGS., ENERO 2024



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud **101**.
H GRAL ZONA NUM 1

Registro COFEPRIS **17 CI 01 001 038**

Registro CONBIOÉTICA **CONBIOÉTICA 01 CEI 001 2018082**

FECHA **Viernes, 11 de noviembre de 2022**

Dra. ERIKA LORENA VEGA SILVA

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR Y SU ASOCIACION CON DEPRESIÓN POST PARTO EN LAS PACIENTES DE 15 A 44 AÑOS DE EDAD, ADSCRITAS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 7.** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional
R-2022-101-040

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

M.E. CARLOS ARMANDO SANCHEZ NAVARRO
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 101

Imprimir

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



AGUASCALIENTES, AGS, A 11 MAYO DE 2023

DR. SERGIO RAMIREZ GONZALEZ
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

PRESENTE

Por medio de la presente le informo que la Residente de la Especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes.

DRA. CLAUDIA PATRICIA JUÁREZ VARELA

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

**“COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR Y SU ASOCIACIÓN A DEPRESIÓN
POSPARTO EN LAS PACIENTES DE 15 A 44 AÑOS DE EDAD, ADSCRITAS A LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.7.”**

Número de Registro: **R-2022-101-040** del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 101.

Elaborado de acuerdo con la opción de titulación: **TESIS.**

La **Dra. Claudia Patricia Juárez Varela** asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, cumpliendo con la normatividad de investigación vigente en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Sin otro particular, agradezco a usted su atención, enviándole un cordial saludo.

ATENTAMENTE:

DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR

COORDINADOR AUXILIA MEDICO DE INVESTIGACION EN SALUD



CARTA DE APROBACIÓN DE TRABAJO DE TESIS

AGUASCALIENTES, AGS, A MAYO DE 2023

COMITÉ DE INVESTIGACIÓN Y ÉTICA EN INVESTIGACIÓN EN SALUD 101
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No.1, AGUASCALIENTES

DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
P R E S E N T E

Por medio de la presente le informo que la Residente de la Especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona No.1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes.

DRA. CLAUDIA PATRICIA JUÁREZ VARELA

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

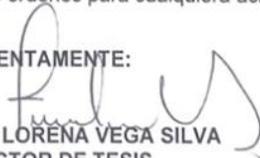
"COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR Y SU ASOCIACIÓN A DEPRESIÓN POST PARTO EN LAS PACIENTES DE 15 A 44 AÑOS DE EDAD, ADSCRITAS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 7."

Número de Registro: R-2022-101-040 del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 101.

Elaborado de acuerdo con la opción de titulación: **TESIS**.

El **Dr. Claudia Patricia Juárez Varela** asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, por lo que no tengo inconvenientes para que se proceda a la impresión definitiva ante el comité que usted preside, para que sean realizados los tramite correspondientes a su especialidad, Sin otro particular, agradezco la atención que sirva a la presente, quedando a sus órdenes para cualquiera aclaración.

ATENTAMENTE:


DRA. ERIKA LOREÑA VEGA SILVA
DIRECTOR DE TESIS

Dictamen de Aprobado CLIES 101



DICTAMEN DE LIBERACIÓN ACADÉMICA PARA INICIAR LOS TRÁMITES DEL EXAMEN DE GRADO - ESPECIALIDADES MÉDICAS



Fecha de dictaminación dd/mm/aa: 16/02/24

NOMBRE: JUÁREZ VARELA CLAUDIA PATRICIA ID 137240

ESPECIALIDAD MEDICINA FAMILIAR LGAC (del posgrado): SALUD MATERNO INFANTIL

TIPO DE TRABAJO: (X) Tesis () Trabajo práctico

TITULO: COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR Y SU ASOCIACIÓN A DEPRESIÓN POST PARTO EN LAS PACIENTES DE 15 A 44 AÑOS DE EDAD, ADSCRITAS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 7

IMPACTO SOCIAL (señalar el impacto logrado): COHESIÓN FAMILIAR Y DEPRESIÓN POST PARTO, ALTERACIONES ESTRUCTURALES DENTRO DE LA ESTABILIDAD DE LA FAMILIA

INDICAR SI/NO SEGÚN CORRESPONDA:

Elementos para la revisión académica del trabajo de tesis o trabajo práctico:

- SI El trabajo es congruente con las LGAC de la especialidad médica
SI La problemática fue abordada desde un enfoque multidisciplinario
SI Existe coherencia, continuidad y orden lógico del tema central con cada apartado
SI Los resultados del trabajo dan respuesta a las preguntas de investigación o a la problemática que aborda
SI Los resultados presentados en el trabajo son de gran relevancia científica, tecnológica o profesional según el área
SI El trabajo demuestra más de una aportación original al conocimiento de su área
SI Las aportaciones responden a los problemas prioritarios del país
NO Generó transferencia del conocimiento o tecnológica
SI Cumple con la ética para la investigación (reporte de la herramienta antiplagio)

El egresado cumple con lo siguiente:

- SI Cumple con lo señalado por el Reglamento General de Docencia
SI Cumple con los requisitos señalados en el plan de estudios (créditos curriculares, optativos, actividades complementarias, estancia, etc)
SI Cuenta con los votos aprobatorios del comité tutoral, en caso de los posgrados profesionales si tiene solo tutor podrá liberar solo el tutor
SI Cuenta con la aprobación del (la) Jefe de Enseñanza y/o Hospital
SI Coincide con el título y objetivo registrado
SI Tiene el CVU del Conacyt actualizado
NA Tiene el artículo aceptado o publicado y cumple con los requisitos institucionales

Con base a estos criterios, se autoriza se continúen con los trámites de titulación y programación del examen de grado

SI X

No

FIRMAS

Revisó:

NOMBRE Y FIRMA DEL SECRETARIO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO:

MCB.E SILVIA PATRICIA GONZÁLEZ FLORES

Autorizó:

NOMBRE Y FIRMA DEL DECANO:

DR. SERGIO RAMÍREZ GONZÁLEZ

Nota: procede el trámite para el Depto. de Apoyo al Posgrado

En cumplimiento con el Art. 105C del Reglamento General de Docencia que a la letra señala entre las funciones del Consejo Académico: ... Cuidar la eficiencia terminal del programa de posgrado y el Art. 105F las funciones del Secretario Técnico, llevar el seguimiento de los alumnos.

Safari Archivo Edición Visualización Historial Marcadores Ventana Ayuda Mar 6 de feb 14:45

revistas.uaa.mx

Correo: Claudia Patricia Juárez Varela - Outlook Juárez Varela | Cohesión y adaptabilidad familiar y su asociación a depresión posparto en las pacientes de...

Lux Médica 🔔 👤

← Volver a Envíos

4627 / Juárez Varela / Cohesión y adaptabilidad familiar y su asociación a depresión posparto en las pacientes de 15 a 44. [Biblioteca de envío](#)

Flujo de trabajo **Publicación**

Envío **Revisión** Editorial Producción

Archivos de envío 🔍 Buscar

▶ 13229	Información de los autores.docx	agosto 29, 2023	Otro
▶ 13230	Manuscrito final 29082023.docx	agosto 29, 2023	Texto del artículo
▶ 13231	Tabla 2.png	agosto 29, 2023	Análisis de datos
▶ 13232	Tabla 1.png	agosto	Análisis de datos

Página 2 de 2 310 palabras español (México) Concentración 88%

▶ 13231	Tabla 2.png	agosto 29, 2023	Análisis de datos
▶ 13232	Tabla 1.png	agosto 29, 2023	Análisis de datos
▶ 13233	Tabla 3.png	agosto 29, 2023	Análisis de datos
▶ 13234	Tabla 4.png	agosto 29, 2023	Análisis de datos
▶ 13235	tabla 5.png	agosto 29, 2023	Análisis de datos

[Descargar todos los archivos](#)

Discusiones previas a la revisión [Añadir discusión](#)

Nombre	De	Última respuesta	Respuestas	Cerrado
No hay artículos				

AGRADECIMIENTOS

Primero que nada le doy gracias a Dios, a la virgen María por darme el gran privilegio de terminar este maravilloso trabajo y siempre guiarme con mucho amor durante todos estos años.

A mi esposo Mario y mi hija María Sofía, que me han acompañado en estos años, que me animan día con día y que me aman en los buenos y en los malos momentos.

A mis padres que desde que nací siempre me han apoyado y me han amado de forma incondicional y que siempre me enseñan a superarme a mí misma.

A mis hermanos Carlos y Jorge que me estimulan a seguir aprendiendo y a superarme como persona y como profesionalista.

DEDICATORIAS

Dedico con todo mi corazón esta tesis a toda mi hermosa familia por siempre brindarme su apoyo, su cariño y siempre decirme que si puedo. Siempre enseñándome a nunca rendirme, a seguir adelante pase lo que pase para poder superarme a mí misma.

Los amo demasiado con todo mi corazón. Muchas gracias.



ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE GENERAL 1

ÍNDICE DE TABLAS 3

ÍNDICE DE GRÁFICAS 4

RESUMEN 5

ABSTRACT..... 6

INTRODUCCIÓN 7

MARCO TEÓRICO..... 7

 1.1 DIAGRAMA COCHRANE..... 8

 1.2 ANTECEDENTES CIENTÍFICOS SOBRE LAS VARIABLES 8

 1.3 DEPRESIÓN POST PARTO Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR 11

 1.4 MARCO CONCEPTUAL 17

JUSTIFICACIÓN 17

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 19

OBJETIVOS 20

 4.1 OBJETIVO GENERAL..... 21

 4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... 21

HIPÓTESIS..... 21

 5.1 Hipótesis nula..... 21

 5.2 Hipótesis alterna..... 21

MATERIAL Y MÉTODOS..... 22

 6.1 DISEÑO DE ESTUDIO 22

 6.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO 22

 6.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN DE POBLACIÓN 22

 6.4 MUESTREO..... 23

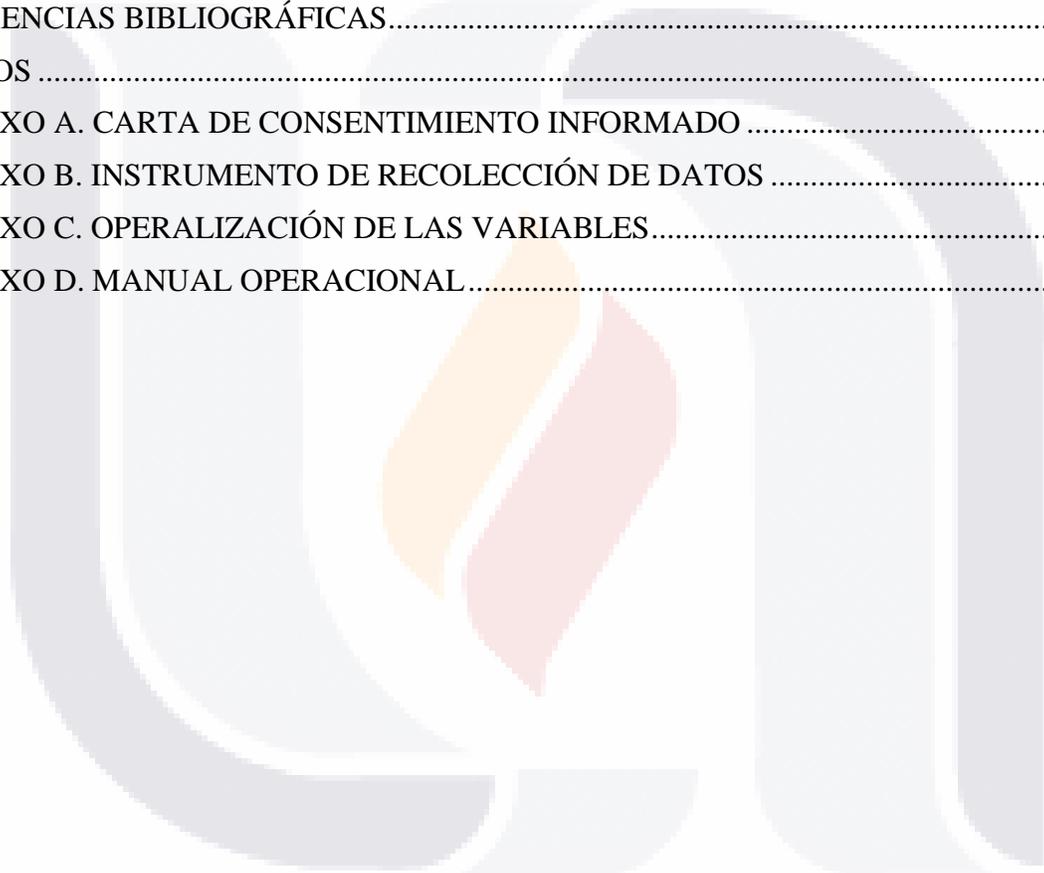
 6.5 TAMAÑO DE MUESTRA..... 23

 6.6 LUGAR DONDE SE REALIZARÁ EL ESTUDIO 23

 6.7 LOGÍSTICA PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS..... 23

 6.8 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS 24

6.9 PLAN DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	26
ASPECTOS ÉTICOS.....	26
RECURSOS FINANCIEROS Y FACTIBILIDAD.....	27
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	28
RESULTADOS.....	30
DISCUSIÓN	53
CONCLUSIÓN.....	55
GLOSARIO	56
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	56
ANEXOS	58
ANEXO A. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	58
ANEXO B. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	59
ANEXO C. OPERALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	64
ANEXO D. MANUAL OPERACIONAL.....	74



ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1 DISTRIBUCIÓN POR EDAD DE LAS PACIENTES EN ETAPA POSPARTO..... 30

TABLA 2 DISTRIBUCIÓN POR ESCOLARIDAD DE LAS PACIENTES EN ETAPA POSPARTO..... 31

TABLA 3 DISTRIBUCIÓN POR EDAD DEL PRIMER EMBARAZO DE LAS PACIENTES EN ETAPA POSPARTO..... 32

TABLA 4 DISTRIBUCIÓN POR NÚMERO DE PARTOS DE LAS PACIENTES EN ETAPA POSPARTO..... 34

TABLA 5 DISTRIBUCIÓN POR NÚMERO DE ABORTOS DE LAS PACIENTES EN ETAPA POSPARTO..... 35

TABLA 6 DISTRIBUCIÓN POR NÚMERO DE PACIENTES EN ETAPA POSPARTO CON DPP..... 37

TABLA 7 DISTRIBUCIÓN POR ADAPTABILIDAD DE PACIENTES EN ETAPA POSPARTO..... 38

TABLA 8 RELACIÓN DE EDAD Y PRESENCIA DE DPP EN PACIENTES POSPARTO... 39

TABLA 9 RELACIÓN DE ESCOLARIDAD Y PRESENCIA DE DPP EN PACIENTES POSPARTO..... 41

TABLA 10 RELACIÓN DE EDAD DEL PRIMERO EMBARAZO Y PRESENCIA DE DPP EN PACIENTES POSPARTO..... 42

TABLA 11 RELACIÓN DE NÚMERO DE PARTOS Y PRESENCIA DE DPP EN PACIENTES POSPARTO..... 43

TABLA 12 RELACIÓN DE NÚMERO DE ABORTOS Y PRESENCIA DE DPP EN PACIENTES POSPARTO..... 45

TABLA 13 RELACIÓN DE DEPRESIÓN DURANTE EL EMBARAZO Y PRESENCIA DE DPP EN PACIENTES POSPARTO..... 46

TABLA 14 RELACIÓN DE ADAPTABILIDAD FAMILIAR Y PRESENCIA DE DPP EN PACIENTES POSPARTO..... 47

TABLA 15 PRUEBAS OMNIBUS SOBRE LOS COEFICIENTES DEL MODELO DE COHESIÓN FAMILIAR Y DPP..... 48

TABLA 16 RESUMEN DEL MODELO DE COHESIÓN FAMILIAR Y DPP..... 49

TABLA 17 CLASIFICACIÓN DE COHESIÓN FAMILIAR Y DPP..... 49

TABLA 18 VARIABLES EN LA ECUACIÓN DE COHESIÓN FAMILIAR Y DPP. 49

TABLA 19 PRUEBAS OMNIBUS SOBRE LOS COEFICIENTES DEL MODELO DE ADAPTABILIDAD FAMILIAR Y DPP..... 50

TABLA 20 RESUMEN DEL MODELO DE ADAPTABILIDAD FAMILIAR Y DPP..... 50

TABLA 21 CLASIFICACIÓN DE ADAPTABILIDAD FAMILIAR Y DPP..... 51

TABLA 22 VARIABLES EN LA ECUACIÓN DE ADAPTABILIDAD FAMILIAR Y DPP.. 51

TABLA 23 PRUEBAS OMNIBUS SOBRE LOS COEFICIENTES DEL MODELO DE TIPO DE FAMILIA Y DPP..... 52

TABLA 24 RESUMEN DEL MODELO DE TIPO DE FAMILIA Y DPP..... 52

TABLA 25 CLASIFICACIÓN DE TIPO DE FAMILIA Y DPP..... 53

TABLA 26 VARIABLES EN LA ECUACIÓN DE DE TIPO DE FAMILIA Y DPP..... 53

ÍNDICE DE GRÁFICAS

GRÁFICA 1 DISTRIBUCIÓN POR ESTADO CIVIL DE LAS PACIENTES EN ETAPA POSPARTO..... 30

GRÁFICA 2 DISTRIBUCIÓN POR OCUPACIÓN DE LAS PACIENTES EN ETAPA POSPARTO 32

GRÁFICA 3 DISTRIBUCIÓN POR NÚMERO DE EMBARAZOS DEL PRIMER EMBARAZO DE LAS PACIENTES EN ETAPA POSPARTO 33

GRÁFICA 4 DISTRIBUCIÓN POR NÚMERO DE CESÁREAS DE LAS PACIENTES EN ETAPA POSPARTO 34

GRÁFICA 5 DISTRIBUCIÓN POR NÚMERO DE PACIENTES EN ETAPA POSPARTO CON DEPRESIÓN PREVIO 36

GRÁFICA 6 DISTRIBUCIÓN POR NÚMERO DE PACIENTES EN ETAPA POSPARTO CON DEPRESIÓN PREVIO DURANTE EMBARAZO..... 36

GRÁFICA 7 DISTRIBUCIÓN POR COHESIÓN DE PACIENTES EN ETAPA POSPARTO 38

GRÁFICA 8 DISTRIBUCIÓN POR TIPO DE FAMILIA DE PACIENTES EN ETAPA POSPARTO 39

GRÁFICA 9 RELACIÓN DE ESTADO CIVIL Y PRESENCIA DE DPP EN PACIENTES POSPARTO 40

GRÁFICA 10 RELACIÓN DE OCUPACIÓN Y PRESENCIA DE DPP EN PACIENTES POSPARTO 41

GRÁFICA 11 RELACIÓN DE NÚMERO DE EMBARAZOS Y PRESENCIA DE DPP EN PACIENTES POSPARTO..... 43

GRÁFICA 12 RELACIÓN DE NÚMERO DE CESÁREAS Y PRESENCIA DE DPP EN PACIENTES POSPARTO..... 44

GRÁFICA 13 RELACIÓN DE DEPRESIÓN PREVIO Y PRESENCIA DE DPP EN PACIENTES POSPARTO..... 45

GRÁFICA 14 RELACIÓN DE COHESIÓN FAMILIAR Y PRESENCIA DE DPP EN PACIENTES POSPARTO..... 46

GRÁFICA 15 RELACIÓN DE TIPO DE FAMILIA Y PRESENCIA DE DPP EN PACIENTES POSPARTO 48

RESUMEN

Introducción: La depresión posparto es un padecimiento que afecta del 10 al 15% en mujeres en los primeros 6 meses después del parto, tiene un impacto importante en la familia y es de etiología multifactorial con presencia de factores psicosociales, sin embargo, existen pocos estudios que consideran su asociación con la cohesión y adaptabilidad familiar.

Objetivo: Determinar la asociación entre cohesión y adaptabilidad familiar y depresión posparto en las derechohabientes de 15 a 44 años de edad, adscritas a la UMF 7. **Material y métodos:** Estudio de tipo cuantitativo, analítico, de corte transversal, realizado en 124 pacientes puérperas en edades entre 15 a 44 años de edad. Para la recolección de datos se utilizaron los instrumentos para el perfil sociodemográfico y gineco-obstétrico, la encuesta de Edimburgo y la encuesta FACES III. El análisis de los datos obtenidos se realizó a través de estadística descriptiva y del riesgo de prevalencia para determinar la asociación entre la cohesión y adaptabilidad familiar y la depresión posparto. **Resultados:** Se determinó que el 25.8% de las pacientes en etapa posparto evaluadas con la escala de Edimburgo presentaron depresión posparto. También se encontró que tener una cohesión familiar de tipo desligada, unida y aglutinada se encuentra asociado con la depresión posparto, sin embargo, la adaptabilidad familiar no mostró ninguna asociación.

Conclusiones: Los resultados obtenidos mostraron asociación entre la cohesión familiar con depresión posparto, mientras que no se encontró asociación con adaptabilidad familiar.

Palabras clave: Depresión posparto. Cohesión familiar. Adaptabilidad familiar.

ABSTRACT

Background: Postpartum depression is a condition that affects 10 to 15% of women during the first 6 months after childbirth, it has a significant impact on the family and is of multifactorial etiology with the presence of psychosocial factors; however, there are few studies who consider its association with family cohesion and adaptability. **Objective:** Determine the association between family cohesion and adaptability and postpartum depression in patients from 15 to 44 years of age, assigned to the FMU 7. **Material and methods:** Quantitative, analytical, cross-sectional study, carried out in 124 puerperal patients between the ages of 15 and 44 years. For data collection, the sociodemographic and gynecological-obstetric profile instruments, the Edinburgh survey and the FACES III survey were used. Data analysis was performed through descriptive statistics and prevalence risk to determine the association between family cohesion and adaptability and postpartum depression. **Results:** It was determined that 25.8% of the postpartum patients evaluated with the Edinburgh scale presented postpartum depression. It was also found that having a detached, united and agglutinated family cohesion is associated with postpartum depression; however, family adaptability did not show any association. **Conclusions:** The results showed an association between family cohesion with postpartum depression, while no association was found with family adaptability.

Keywords: Postpartum depression. Family cohesion. Family adaptability

INTRODUCCIÓN

La depresión posparto se define según el DSM-IV como un trastorno de subcategoría del trastorno depresivo mayor, que incluye los síntomas depresivos que duran igual o más de dos semanas después del parto y cumple con los criterios de depresión mayor, la cual se distingue de pesar, pena o apatía, falta de concentración, trastornos del apetito, déficit de sueño más allá del necesario para el cuidado del bebé, falta o preocupación excesiva por el bebé, fatiga constante y ansiedad o irritabilidad¹. En el país de México, la prevalencia va desde un 6.6% a 24.6% por entrevista y de 10-20% por auto informe en zonas urbanas. En zonas rurales, la prevalencia se encuentra entre un 11% y 12.9% ². Con estos resultados de prevalencia de depresión posparto muestra que dicho padecimiento es elevado, por lo que es un alto interés la detección oportuna de este.

La aparición de un nuevo integrante a la familia, eventualmente va a crear una nueva crisis familiar, ya que va a requerir muchos cuidados como por ejemplo buena higiene, vigilancia diaria, una buena alimentación, salud, atenciones, desvelos, esmeros y desarrollo psicomotor. Una familia disfuncional no facilita el trabajo de la madre, ya que crea una carga de trabajo extrema, lo que resulta en una incapacidad para mantener un equilibrio entre las demandas situacionales y los recursos, lo que resulta en cambios en el funcionamiento cognitivo, emocional y motivacional, y por lo tanto puede llevar a conductas adaptativas como la depresión posparto.

En consecuencia una buena familia funcional es importante más que nada para la mamá, podrá sentirse emocionalmente estables después de percibir una familia funcional, y si la puérpera ya presentara depresión posparto el funcionamiento familiar adecuado puede disminuir su progresión a un cuadro más grave.

Por todo lo antes mencionado, el objetivo de la de este estudio fue determinar la asociación de la cohesión y adaptabilidad de la familia con la depresión post parto en las mujeres que tengan de entre 15 - 44 años, derechohabientes a la UMF 7.

MARCO TEÓRICO

1.1 DIAGRAMA COCHRANE.

Se ejecutó una recopilación exhaustiva en las bases de datos de PUBMED y Google Académico se emplearon palabras para la búsqueda: (((((((((((depresión postnatal) OR (depresión postparto)) OR (depresión puerperal)) OR (depression post-partum)) OR (depression post-natal)) OR (post-natal depression)) OR (post partum depression)) OR (post-natal depression)) OR (post-partum depression)) OR (postnatal depression)) OR (postpartum depression)) AND (funcionalidad familiar)) OR (family function), encontrando en total 35 artículos, de los cuales se eliminaron 31 por no ser pertinentes para el presente estudio por el tipo de diseño, los instrumentos utilizados, por ser revisiones multicéntricas y por el sujeto de estudio, quedando solo 4 artículos pertinentes, los cuales se describen a continuación.

1.2 ANTECEDENTES CIENTÍFICOS SOBRE LAS VARIABLES

Guan Z, Wang Y, Hu X, Chen J, Qin C, Tang S, Sun M (2020) estudiaron la proporción de personas con depresión postparto probable o sospechada y determinar las relaciones entre este tipo de depresión con la funcionalidad familiar y factores obstétricos en 630 pacientes de las comunidades de Changsha, China, con una investigación de tipo asociativo, transversal, donde se aplicaron dos escalas, el instrumento de la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS) para detectar pacientes puérperas que presentaran depresión postparto y también escala Dispositivo de Evaluación Familiar (FAD) que sirve para detectar la funcionalidad de la familia en las pacientes y poder observar si existe alguna relación entre estas variables. Donde se encuentra evidencia para formular intervenciones apropiadas para mejorar la funcionalidad de la familia y así prevenir la depresión posparto. Encontraron una proporción de mujeres con DPP probable o sospechada fue del 37 % con una puntuación EPDS ≥ 9 . Esta proporción es mucho más alta que la tasa de prevalencia mundial de alrededor del 10% al 15%. Encontrando que en cuanto más existe disfunción en la comunicación en la familia hay mayor riesgo de depresión posparto (odds ratio [OR] = 3.795, 95% intervalo de confianza [IC] = 1.619–8.897).

El análisis de correlación de Pearson demostró relaciones significativas con EPDS para cada dimensión de FAD: resolución de problemas ($r = 0.410$, $p = 0.000$), comunicación ($r = 0.499$,

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

$p = 0.000$), capacidad de respuesta afectiva ($r = 0.324$, $p = 0.000$), rol ($r = 0.425$, $p = 0.000$), implicación afectiva ($r = .0.366$, $p = 0.000$), control de conducta ($r = 0,145$, $p = 0,000$) así como el funcionamiento general ($r = 0,512$, $p = 0,000$). Un tipo mixto de alimentación (con lactancia materna como referencia) predijo DPP (OR = 2.700, IC 95% = 1.285–5.671), así como los dominios de comunicación FAD (OR = 3.795, IC 95% = 1.619–8.897), capacidad de respuesta afectiva (OR = 2,685, IC del 95 % = 1,642–4,301), funciones (OR = 2,483, IC del 95 % = 1,041–5,922) y funcionamiento general (OR = 5,704, IC del 95 % = 2,233–14,569). Cuando existen ideas tradicionales en los miembros de la familia que son diferentes pensamientos a las nuevas madres o no se acepta el conocimiento propio de la nueva madre, esta comunicación puede causar conflictos familiares y emociones negativas de estas nuevas madres por ejemplo frustración y molestia. Otro hallazgo encontrado es que algunas nuevas madres rara vez expresan sus emociones negativas por que temen perturbar la armonía familiar. De igual manera se encontró que cuando las tareas de los miembros de la familia no están claras y los roles no son iguales, existe mayor riesgo de depresión postparto, estas nuevas madres piensan que las tareas están repartidas injustamente y pueden sentirse física y mentalmente agotadas produciendo emociones negativas. (1)

Borah Kim, Shin Young Suh, Sung Woon Chang, Sang-Hyuk Lee, Tae Kyou Choi, Yong-Woo Kim, Sung Joon Cho, Keunyoung Yook, Mi Ryu Myo-Jung Kim, Keun-Hyang Kim, Ki-Hwan Yook (2006) estudiaron la asociación de trastornos depresivos postparto con la adaptabilidad y cohesión de la familia en 24 mujeres del hospital universitario de Seungnam, Corea del Sur, con una investigación de tipo asociativo, transversal donde se aplicaron dos escalas, el instrumento de la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS) para detectar a las pacientes puérperas con depresión postparto, la escala FACES para evaluar la adaptabilidad y cohesión de la familia y el Inventario de Ansiedad de Beck. Se realizaron estas escalas en pacientes antes y después del parto prospectivamente, de entre 36 a 40 semanas de gestación y después entre las 4 – 6 semanas posparto. La puntuación EPDS (Escala de Depresión Posparto de Edimburgo) refleja los síntomas de la depresión posparto, las variables significativamente correlacionadas con esto incluyen la puntuación EPDS a las 36-40 semanas de embarazo ($r=0,520$, $p=0,009$), adaptabilidad familiar- puntuación total de la escala cohesiva ($r=-0,695$, $p=0,000$) y puntuación de adaptabilidad familiar subordinada ($r=-0,643$, $p=0,001$). Se incluyeron el puntaje de cohesión familiar ($r=-0,685$, $p=0,000$) y los

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

cambios de humor durante el embarazo ($r=0,715$, $p=0,000$). La adaptabilidad-cohesión familiar se evaluó a las 36-40 semanas de embarazo cuando se compararon el equipo de depresión posparto (9 pacientes) y el equipo sin depresión posparto (15 pacientes). La puntuación total, la adaptabilidad familiar y las puntuaciones de la escala de cohesión fueron significativamente más bajas en el grupo de depresión posparto, y los cambios de humor durante el embarazo y la depresión prenatal fueron significativamente más altos en el grupo de depresión posparto. Los resultados del análisis de regresión logística también sugirieron que la puntuación total del cambio de humor a mediados del embarazo, la escala de evaluación de la adaptabilidad-cohesión familiar y las puntuaciones de la escala de adaptabilidad y cohesión familiar podrían ser factores de asociación significativos para la depresión posparto. El resultado preliminar de a mayor es la adaptabilidad, menor es la frecuencia de depresión posparto sugiere que se necesita un enfoque terapéutico no solo para la madre sino también para la familia, especialmente al cónyuge, por lo que se tiene que considerar la intervención temprana para la prevención de la depresión posparto. (2)

Illescas Blanca, Márquez Feliz, Guillen Edith (2012) estudiaron la asociación de la función de la familia y depresión periparto en 308 pacientes embarazadas en una población de señoras derechohabientes a la UMF 61 de Veracruz, Veracruz, con una investigación de tipo asociativo, transversal, donde se aplicaron dos escalas, las cuáles son: Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS) y la escala FACES III. Se clasificaron las gestantes en grupos de con depresión y sin depresión, de las 308 pacientes 49 pacientes gestantes presentó depresión posparto (15.09%) donde se encontró con mayor frecuencia en el tercer trimestre (17.8%). El 62.9% de las familias eran funcionales y el 37.01% no funcionales, con mayor prevalencia de depresión posparto en familias no funcionales (24.10%) con una asociación de familias no funcionales con depresión con $p<0.05$ y un OR de 2.5 (IC 95% 1.3-4.9). Se observó que el tipo de familia predominante con depresión las familias aglutinadas – rígidas y dispersas – caóticas. (3)

Robles Denneen, Ortega Guadalupe, Solis Raquel, Ayala Rafael (2019) estudiaron la prevalencia y la correlación de la depresión en el embarazo con la funcionalidad de la familia en 200 pacientes embarazadas adscritas a la UMF 28 de Mexicali, con una investigación de tipo descriptivo, transversal y prospectivo, donde se aplicaron dos escalas, las cuáles son:

EPDS y FACES III. Presenta una muestra por edad el promedio fue de 26.58 ± 6.05 presentando que el 92% se encontraba en etapa adulta y el 8% restante se encontraba en la adolescencia, observaron depresión en el 12.5% de sus pacientes y sin depresión el 87.5% de estas. Al realizar la escala de FACES III observaron que el 75.5% de las pacientes presentaban buena funcionalidad familiar siendo el 24.5% con disfuncionalidad familiar. EN la cohesión se encontró en mayor cantidad la familia de tipo semirrelacionada con un 44%, en segundo lugar del tipo de familia no relacionada con el 24%, aglutinada el 20% y relacionada en el 12%. Referente a la adaptabilidad familiar se encontró de predominio el tipo de familia caótica en el 68% de las pacientes, segundo estructurada en el 20%, tercero flexible el 12% y por último con un 0% en adaptabilidad rígida. La correlación entre la depresión gestacional con el tipo de funcionalidad familiar en la gestante se observó en el 12.0% dando datos sugestivos de depresión similar a otras ciudades y países. (4)

1.3 DEPRESIÓN POST PARTO Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR

Definición: El DSM-IV define la Depresión Posparto no como un trastorno discreto sino como una subcategoría del trastorno depresivo mayor, incluye síntomas de depresión que duran aproximadamente más de dos semanas después de que la madre haya presentado el parto y que cumplen los criterios para la depresión mayor. Esta se determina por flicción, pesar, apatía, incluida la falta de concentración, trastornos del apetito, déficit de sueño más allá del necesario para el cuidado del bebé, falta o preocupación excesiva por el bebé, fatiga constante y ansiedad o irritabilidad. (5)

Factores de Riesgo: La depresión postparto cuenta con una etiología multifactorial con presencia de factores psicosociales. Se ha encontrado en diferentes estudios que existe la depresión posparto está más asociada con mujeres con baja autoestima, trastornos de personalidad previos y depresión posparto, dificultades en las relaciones conyugales, redes de apoyo insuficientes, eventos estresantes, ansiedad, depresión y condiciones estresantes durante el embarazo. (6)

Los 10 posibles factores de riesgo descubiertos antes del nacimiento son: ansiedad materna, eventos estresantes (divorcio, muerte en la familia, desempleo, etc.), antecedentes previos de

depresión, falta de apoyo social, violencia doméstica, interés por concebir, relación de pareja inestable, cobertura médica ineficiente, estatus socioeconómico, factores inconscientes (alcohol, tabaquismo, drogas, raza, etnia, edad materna, historia obstétrica). (6)

La relación marital, el conflicto entre los padres (especialmente la relación entre madre-hija) y la falta de apoyo social también predijeron niveles más altos de depresión posparto (Campbell et al., 1992). En un estudio de predictores psicosociales de depresión posparto en una muestra de madres afroamericanas y caucásicas de bebés prematuros y nacidos a término, Logsdon y Usui (2001) encontraron que el apoyo social, la cercanía de la pareja y la autoestima predijeron significativamente la depresión posparto. Los antecedentes personales y familiares también se asocian con un mayor riesgo de depresión posparto. (7)

Existe cierta evidencia científica que existen factores biológicos, hormonales, genética y función inmunológica que pueden detonar esta enfermedad. (8)

Los cambios rápidos en las hormonas reproductivas que son los estrógenos y progesterona durante y después del embarazo se sospecha que son etiológicamente importantes en la depresión posparto, ya que estas hormonas desempeñan funciones importantes como las emociones, excitación, cognición y motivación. De igual forma regulan varios sistemas biológicos que se encuentran implicados en la depresión mayor, como la función tiroidea, hormonas lactogénicas, eje hipotálamo – pituitario – suprarrenal, sistema inmunitario y expresión genética. Además, se ha demostrado en estudios de imagen cerebral que las hormonas reproductivas modulan neurocircuitos que se encuentran involucrados en estados afectivos. (8)

Varios estudios han demostrado que existen cambios en el periparto por la hormona Alopregnanolona, este es un metabolito de la progesterona que desempeña un papel fundamental en la depresión posparto. Este es un modulador de los receptores del ácido γ -aminobutírico (GABA), que afecta ambos tanto la ansiedad como la depresión. Se ha visto que si existe una disminución repentina de los niveles de esta hormona después del parto,

desempeña un papel fundamental para que se desencadene la depresión postparto a través de los receptores GABA. (8)

Se ha visto que también se han implicado factores genéticos en la depresión postparto, han surgido de estudios familiares y gemelares, esto sugiriendo que la depresión postparto se agrupa en familias. (8)

Manifestaciones Clínicas: Incapacidad para dormir mucho, incluso cuando el bebé se encuentre despierto, cambios de humor repentinos, cambios en el apetito, miedo a hacer daño, extrema preocupación y preocupación por el bebé. Tristeza o llanto excesivo, sentimiento de duda, culpa e impotencia, dificultad para concentrarse y recordar, apatía en pasatiempos, pensamientos recurrentes sobre la muerte, que pueden incluir pensar o planear el suicidio. (5)

Diagnóstico: Se realiza mediante una buena realización de un Historial médico completo que incluya el estado mental y el examen físico. Primero se deben establecer antecedentes de depresión y uso de sustancias para determinar la duración esperada y la gravedad del episodio, existencia de otras condiciones médicas y antecedentes psiquiátricos en la familia. (9)

Los síntomas deben ocurrir casi a diario durante dos semanas y estar asociados con una reducción en el funcionamiento social y/u ocupacional. (9)

Depresión posparto leve: pocos síntomas más allá de los necesarios para hacer un diagnóstico y la persona puede funcionar normalmente.

Depresión posparto moderada.

Depresión posparto severa: todo el cuadro clínico está presente y la persona claramente tiene poca o ninguna capacidad para funcionar.(9)

En el examen físico se evaluará la existencia de independencia para las labores diarias y detectar elementos de riesgo y su rutina habitual (6)

La herramienta de detección más se utiliza para la DPP es la EPDS la cual es una encuesta simple de diez preguntas, incluyendo una pregunta en el cribado de ideación suicida propuesto inicialmente por Cox et al. en 1987. Cada interrogante se califica en una escala de 0-3. En mujeres sin antecedentes de depresión mayor posparto, una puntuación superior a 12 tiene una sensibilidad del 86 % y una especificidad del 78 % para PPD. (9)

Tratamiento: La base del tratamiento de la depresión postparto requiere un enfoque integral y multidisciplinario. Existen diferentes métodos para afrontar la depresión, tales como: manejo psicosocial (terapia psicosocial, apoyo, intervención de pareja, intervención materno infantil y actividad física, principalmente actividad aeróbica), farmacoterapia (diferente durante el embarazo, posparto y lactancia) y por último la terapia electroconvulsiva. (6,8)

El concepto de funcionamiento familiar ha sido propuesto por investigadores; refleja las peculiaridades de la familia como sistema. En la actualidad, los investigadores del funcionamiento familiar forman dos teorías principales: el primero está orientado a resultados, que define el funcionamiento familiar en relación con características familiares específicas, el segundo está orientado a procesos, que describe el funcionamiento familiar en relación con las tareas que la familia debe realizar. (10)

Las funciones familiares apropiadas se refieren a funciones que ayudan a la familia a lograr ciertos objetivos y cumplir las funciones prescritas para la sociedad; por ejemplo: satisfacer necesidades emocionales, transmitir valores morales y cultura, promover el proceso de socialización de los miembros y promover el ciclo de vida familiar, mantener el equilibrio en la resolución de situaciones estresantes, construir relaciones interpersonales, crear condiciones para los integrantes de la familia, etc. (11)

Las familias se clasifican de diferentes maneras, basándose principalmente en la influencia de las funciones familiares, para distinguir cuáles pertenecen al desarrollo saludable y cuáles necesitan tratamiento e intervención familiar. (10)

El Modelo Circumplejo: El Dr. David H. Olson y sus colegas Russell y Sprenklein desarrollaron los Criterios de Evaluación de Sistemas Familiares entre 1979 y 1989 y propusieron una escala diseñada para evaluar las percepciones del funcionamiento de las familias, incluyendo dos datos que son: la adaptabilidad y cohesión familiar, es decir, escala FACES III. Pero de igual forma se evalúa la variable de la comunicación, lo que significa que cuanto más adaptativa y cohesionada es la familia, mejor es su comunicación, y viceversa, menos adaptada y cohesionada sea la familia su comunicación será nula. (12)

Cohesión familiar: Este parámetro calcula hasta qué punto los parientes de la familia se encuentran apartados o unidos y si son capaces de respaldarse mutuamente. Se describe como un vínculo entre los parientes de la familia. Los intervalos jerárquicos de esta dimensión son: Desconectado (D), Separado (S), Conectado (C) y Aglutinado (A). (13)

Adaptabilidad familiar: Este parámetro calcula la capacidad de una familia para cambiar su estructura de poder, sus roles y sus disposiciones en función de las necesidades situacionales o de desarrollo. Los intervalos de esta dimensión son: Rígido (R), Estructurado (E), Flexible (F), Caótico (C). (Olson et al., 1982) (13)

A través de la interrelación de estos dos parámetros antes mencionadas, se dispone a tres niveles de funcionalidad de la familia las cuales son las siguientes:

→ Familias balanceadas, rango medio y extremas. (13)

Table 1. The structure of Olson annular mode theory.

Intimacy Adaptability	Disengaged	Separated	Connected	Enmeshed
Rigid	Extreme type	Middle type	Middle type	Extreme type
Structured	Middle type	Balanced type	Balanced type	Middle type
Flexible	Middle type	Balanced type	Balanced type	Middle type
Chaotic	Extreme type	Middle type	Middle type	Extreme type

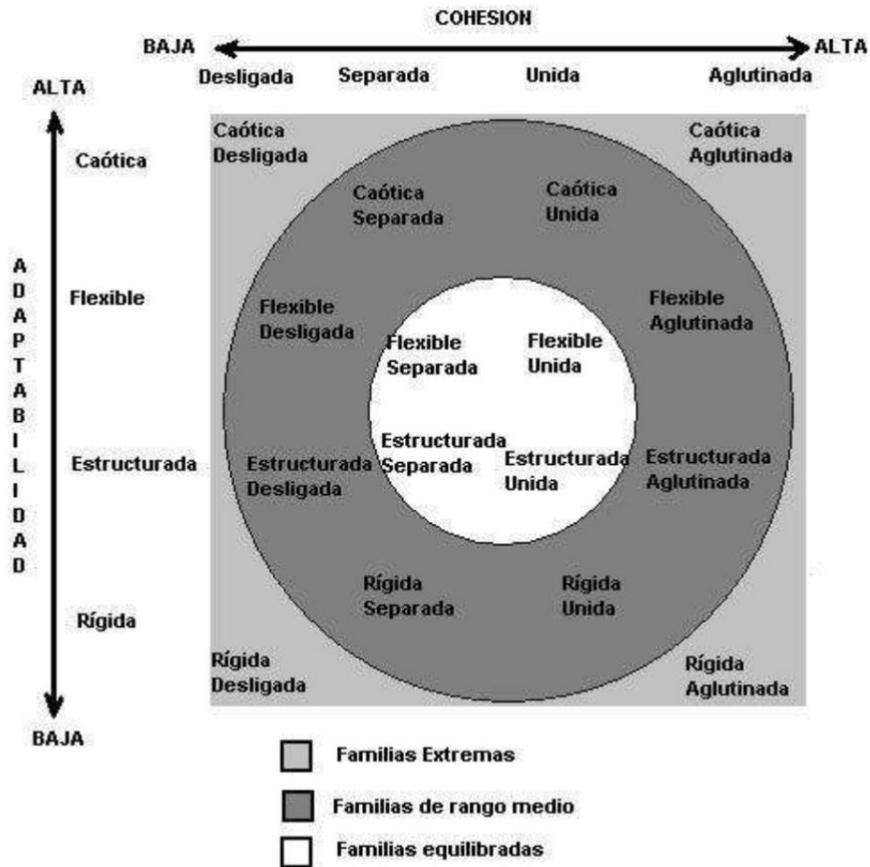


Gráfico 13. Tipología de Familias – Modelo Circumplejo de Olson

El arribo de un nuevo integrante a la familia provisionalmente crea una crisis familiar, ya que va a requerir cuidados peculiares en cuanto a su buena nutrición, aseo, bienestar y desarrollo psicomotor. La responsable de esta labor tan ardua es la madre que ha dado a luz, quien deberá negarse a sí misma a sus pasatiempos en las que anteriormente participaba, ya que va a tener que enfocarse más en el recién nacido y sufrirá cambios físicos asociados al parto. (14)

Las experiencias y emociones y el apoyo que recibe de sus seres queridos contribuirán a su capacidad para sobrellevar y adaptarse a la maternidad. El cariño, la escucha de las preguntas, el consejo experiencial, el apoyo económico y la atención del bebé que acaba de nacer son tipos de apoyo para la madre del recién nacido. Una familia que no tiene una buena funcionalidad no haría que la labor de la nueva madre sea más sencilla ya que presentaría

una carga extrema de trabajo llevando esto a que desista en mantener el equilibrio de las demandas de la situación y recursos que provocarían cambios en la función cognitiva, emocional y motivacional que por consecuente llevarían a conductas no adaptativas como es la depresión posparto. Por lo que la funcionalidad familiar es importante para la madre, quien al percibir una familiar funcional esta podrá sentirse emocionalmente estable, y si la puérpera ya presentara depresión posparto el funcionamiento familiar adecuado puede disminuir su progresión a un cuadro más grave. (14)

1.4 MARCO CONCEPTUAL

Depresión Posparto: Enfermedad que incluye los síntomas depresivos que duran más de 2 semanas después del parto y que comienzan dentro de las primeras cuatro semanas posteriores al parto, que cumplen con los criterios para la depresión mayor. (5)

Cohesión Familiar: Vínculo afectivo entre los miembros de la familia. (13)

Adaptabilidad Familiar: Capacidad del sistema familiar para cambiar su estructura de poder. (13)

JUSTIFICACIÓN

La depresión es una enfermedad frecuente que es atendida por los médicos psiquiatras, pero de igual manera también debe ser detectada y manejada por médicos generales y familiares. Se estima que una de cada 5 pacientes mujeres presentan depresión mayor a lo largo de toda su vida, siendo más susceptible en algún periodo como en el premenstrual, la menopausia, el prenatal o posnatal. Durante estas últimas dos etapas el 80% de las pacientes padecen algún tipo de cambio, ya sea desde molestias leves y transitorias (baby blues) como la tristeza y llanto, angustia y dificultad de vincularse con su infante, hasta situaciones graves (psicosis posparto). (15)

La alta probabilidad de mostrar depresión prenatal y posparto en México genera un problema de salud muy importante ya sea en primer nivel de atención o segundo nivel por la falta de

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

información, subdiagnosticada y subestimada que conlleva un subdiagnóstico y por consecuente un mal tratamiento otorgado por los profesionales de la salud generando ciertas complicaciones de dicho padecimiento por ejemplo: afectaciones importantes en el binomio madre – hijo, alteraciones en relaciones sociales, desarrollo del producto psicológicas como del desarrollo, problemas emocionales en los niños, resultados negativos en la alimentación infantil, abuso de sustancias o autolesiones como el suicidio, disminución de los cuidados del bebé, como no asistir a visitas de control del niño sano, no aplicación de inmunizaciones hacia el infante, crecimiento infantil deficiente. Cuanto más severa y más crónica sea la depresión, mayor será el impacto probable en los resultados del niño, en algunas ocasiones puede producir daño físico infantil.(15) (8)(9)

Se han asociados ciertos factores sociales que posibilitan el desarrollo de depresión postparto una de ellas es la funcionalidad familiar ya que si se presenta una disfunción familiar esta podría generar alteraciones estructurales dentro de la estabilidad familiar, la cual es el núcleo de la estabilidad social y podría generar alteraciones en la madre, hijo e incluso en su entorno familiar. (16)

Las incapacidades laborales para los trastornos depresivos y de ansiedad son de 7 días al mes que significa que es superior a cualquier enfermedad crónica. En México, la ENEP descubrió que los días de actividad perdidos por depresión fueron de un total de 25.2 mayor que los días perdidos por alguna enfermedad crónica. Se ha visto una creciente prevalencia de este padecimiento haciendo que sea un problema de salud pública en nuestro país, se asocia a una elevada morbi-mortalidad, por lo que genera elevados costos en los sistemas de salud. (17)

Se llevará acabo protocolo de investigación que tiene como objetivo identificar si existe alguna asociación entre cohesión y adaptabilidad familiar con la depresión posparto, para así poder disminuir el impacto en la sociedad por ausentismo laboral, prevenir las complicaciones asociadas a las mismas disminuyendo así los costos en tratamiento de las mismas. Entrenar a todo el gremio médico en la detección oportuna y tratamiento sobre una patología frecuentemente subdiagnosticada.

Al realizar la presente investigación se obtendrán datos sobre la asociación entre la cohesión y la adaptabilidad familiar y la depresión postparto en las pacientes en etapa de puerperio de

15 a 44 años de edad, que acuden a la Unidad de Medicina Familiar No. 7 a atención médica. Al conocer esta información se implementarán acciones para realizar una detección temprana y brindar un manejo adecuado de las pacientes con depresión post parto, así como determinar la cohesión y adaptabilidad de sus familias, quiénes son el principal soporte de apoyo para las pacientes, impactando con ello en la adherencia terapéutica y en el pronóstico del binomio madre – hijo. Todo lo anterior servirá como sustento para la disminución de costos institucionales derivados de la atención de las complicaciones o casos prolongados de las pacientes con depresión post parto, disminuyendo los días de incapacidad, identificación del problema y tratamiento oportuno para la mejora de la atención médica incluyendo el desenlace de los pacientes, siempre en beneficio de los derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social. Los resultados de esta investigación serán dados a conocer a los tomadores de decisiones, autoridades hospitalarias y cuerpo de gobierno de la UMF No. 7 Aguascalientes para su consideración y acciones pertinentes a favor de las pacientes.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La prevalencia de la depresión postparto varía entre países que abarca desde el 6.9% a 12.9% en países de ingresos altos y hasta más de 20% en países con ingresos bajos o medianos. Las mujeres embarazadas o con hijos son tres veces más susceptibles de presentar depresión que en otra etapa en su vida. El 33% de las pacientes que presentan depresión postparto tienen síntomas durante el embarazo y otro 27% antes del embarazo. (8,18)

En México, la prevalencia de la depresión post parto va de 6.6% a 24.6% por entrevista y de 10-20% por autoinforme en zonas urbanas. En zonas rurales, la prevalencia se encuentra entre un 11% y 12.9%. (19)

La prevalencia de depresión posparto es alta, por lo que es de suma importancia la detección oportuna del padecimiento, sin embargo, el sub diagnóstico de la enfermedad, genera un problema de salud importante, ya que al generarse un mal diagnóstico, provoca que se otorgue un mal tratamiento por parte de los profesionales de la salud generando complicaciones. (15)

Existen pocos estudios relacionados con el presente estudio de investigación, los cuales muestran deficiencias metodológicas, discrepancias en los resultados, además de que el análisis estadístico difiere en cada uno.

Existen algunos estudios que presentan diferencias entre sus poblaciones de acuerdo a la cohesión y adaptabilidad familiar y su asociación con la depresión posparto, de acuerdo a Guan Z y cols, donde sus participantes son de entre 26 a 35 años de edad, la mayoría presenta escolaridad y un buen nivel socioeconómico, presentaron 37% de sus pacientes con DPP presentando un valor más grande que a nivel mundial, el cual es del 10-15%, por lo que aquí se encuentra una gran diferencia de prevalencia de la DPP, en cambio, en el estudio de Illescas B y cols presentaron una prevalencia de 16% por lo que se ve que hay una discrepancia entre estos resultados. Guan Z y cols mostraron en sus resultados que las pacientes presentaron un alto índice de asociación de DPP con funcionalidad familiar, resultados que presentan consistencia con un estudio de Daches y cols, que también demostraron esta asociación donde las mujeres que son más propensas a experimentar DPP, experimentan desorden y disfunción en su vida familiar. Illescas B y cols reportan que las pacientes entre 23 a 33 años que presentan DPP, la mayoría de las familias son de tipo rígidas - aglutinadas y dispersas – caóticas viendo que esto es factor de riesgo para padecer DPP. (1, 2, 3, 4)

El presente estudio es de importancia, ya que no se ha logrado determinar la asociación entre la cohesión y adaptabilidad familiar y la depresión post parto de las mujeres adscritas a nuestra Unidad de Atención y por ende activar medidas para mitigar los factores que pueden llevar a la paciente con disfunción familiar a presentar depresión post parto.

Derivado de lo anterior surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Existe asociación entre cohesión y adaptabilidad familiar y depresión post parto en las pacientes de 15 a 44 años de edad, adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No. 7?

OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la asociación entre cohesión y adaptabilidad familiar y depresión post parto en las pacientes de 15 a 44 años de edad, adscritas a la UMF 7.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las características sociodemográficas de las pacientes de 15 a 44 años de edad, adscritas a la UMF 7.
- Determinar la depresión en las derechohabientes de 15 a 44 años de edad adscritas a la UMF 7.
- Determinar la ansiedad en las derechohabientes de 15 a 44 años de edad adscritas a la UMF 7.
- Determinar la desesperanza e ideación suicida en las derechohabientes de 15 a 44 años de edad adscritas a la UMF 7.
- Determinar la cohesión familiar en las derechohabientes de 15 a 44 años de edad adscritas a la UMF 7.
- Determinar la flexibilidad familiar en las derechohabientes de 15 a 44 años de edad adscritas a la UMF 7.
- Determinar la asociación entre cohesión y adaptabilidad familiar y depresión post parto en las derechohabientes de 15 a 44 años de edad, adscritas a la UMF 7.

HIPÓTESIS

5.1 Hipótesis nula

No existe una asociación entre cohesión y adaptabilidad familiar y depresión postparto en las pacientes de 15 a 44 años de edad, adscritas a la UMF 7.

5.2 Hipótesis alterna

Existe una asociación entre cohesión y adaptabilidad familiar y depresión postparto en las pacientes de 15 a 44 años de edad, adscritas a la UMF 7.

MATERIAL Y MÉTODOS

6.1 DISEÑO DE ESTUDIO

El diseño de este estudio es de tipo cuantitativo, de asociación, de corte transversal.

6.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO

- Universo: Mujeres en puerperio de la UMF 7.
- Población: Mujeres que se encuentren cursando el puerperio tardío con edad entre 15 a 44 años de edad.
- Unidad de análisis: Resultado de la encuesta de Edimburgo y del cuestionario FACES III.

6.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN DE POBLACIÓN

Criterios de inclusión:

- Sexo femenino
- Encontrarse en puerperio tardío.
- Unidad adscrita: UMF 7
- Edad entre 15 a 44 años.
- Adscripción a turno matutino o vespertino
- Que acepten participar en el estudio

Criterios de exclusión:

- Presencia de trastorno mental orgánico asociado
- Presencia de discapacidad visual o motora que limite la realización del cuestionario.
- Analfabeta.

Criterios de eliminación:

- Participantes que deseen retirarse del estudio.

6.4 MUESTREO

Se utilizará un muestreo no probabilístico por conveniencia, ya que se incluirán a todas las mujeres en período de puerperio tardío que cumplan con los criterios de inclusión, que acudan a recibir atención médica en el período del 01 de Noviembre al 31 de Diciembre de 2022.

6.5 TAMAÑO DE MUESTRA

Para determinar el tamaño de la muestra se utilizó la fórmula para población finita:

$$n = \frac{N * Z_{1-\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{1-\alpha}^2 * p * q}$$

Para ello se contempló el número de pacientes en puerperio tardío que sean derechohabientes de la UMF 7, los cuales corresponden a 180 pacientes.

Para obtener dicha cantidad se consideró lo siguiente:

- Población total = 180.
- Margen de error = 5%
- Nivel de confianza = 95%
- Tamaño de la muestra = 124 pacientes.

El número total de la población se obtuvo del censo de pacientes en etapa de puerperio, proporcionados por ARIMAC de la UMF 7, observando que este número de pacientes es constante en los censos de enero a septiembre de 2022.

6.6 LUGAR DONDE SE REALIZARÁ EL ESTUDIO

El estudio se encontrará en la UMF 7. Av Ags #603, Col San Marcos, C.P. 20070.

6.7 LOGÍSTICA PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Una vez autorizado el protocolo por el Comité Local de Investigación en Salud y por el Comité de Ética en Investigación en Salud, se solicitará autorización a la Directora de la Unidad de Medicina Familiar No. 7, para iniciar a aplicar los instrumentos de recolección de

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

datos. La investigadora asociada invitará, a las pacientes en período de puerperio tardío que acudan a recibir atención médica a participar en el estudio y se les invitará a pasar al aula 1 de educación de la UMF 7. Se les explicará el objetivo de la investigación, así como el tiempo estimado para la aplicación de la entrevista, el cual constatará aproximadamente de 30 min y se procederá a entregar los consentimientos informados, para que firmen de aceptación del uso de sus encuestas para el presente estudio.

Para recolectar los datos, se aplicarán tres encuestas. Se aplicará la encuesta donde se integran características sociodemográficas, siguiendo con el instrumento de medición el cuestionario de Edimburgo, para evaluar la detección de depresión postparto. El tercer instrumento a utilizar es la encuesta FACES III, para la medición la cohesión y adaptabilidad familiar.

Si se presenta un caso de que alguna de las pacientes presente alguna crisis emocional, se tendrá el apoyo de la psicóloga de la UMF para el manejo de las pacientes. Así mismo, en caso de que la paciente se presente con su recién nacido a la unidad, se solicitará el apoyo del familiar acompañante o de un Médico Pasante en Servicio Social, para que mientras la paciente responde se cuide al lactante.

Al terminar todas las encuestas para el estudio, el investigador recolectará los datos obtenidos de cada encuesta para irlos recolectando en el programa de Excel y así al finalizar esto, se realizará el análisis de los datos obtenidos en el programa SPSS.

6.8 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se utilizará la encuesta de Edimburgo, esta escala fue diseñada en Junio de 1987 por J.L. Cox, J.M. Holden y R. Sgovsky con el propósito de que los profesionales de la salud ya sea a nivel de atención primaria y en segundo nivel se realicen las preguntas indicadas para la detección de la depresión en madres que se encuentren en el período postparto. Esta escala consta de diez preguntas en primera persona, en la cual se utiliza la escala de Likert que consta de 4 contestaciones diferentes, la paciente tiene que elegir la respuesta con la que más se identifique. Las categorías de respuesta se puntúan como (0, 1, 2, o 3) en las preguntas 1, 2, 4 y 10 según aumenta la gravedad de los síntomas. Y en las preguntas 3, 5, 6, 7, 8 y 9 se puntúan al revés (3, 2, 1 y 0). Donde dar un resultado final de 0 a 30 como máximo. Presentando una puntuación menor de 10 no habrá riesgo de padecer depresión postparto. Mientras que cuando exista una puntuación entre 10 y 12 existe un riesgo de estar afecta

dicha patología. Mientras que resultados mayores de 12 existe la probabilidad de padecer la depresión postparto. (20,21)

Se realizó un estudio de validación de la escala de Edimburgo en población mexicana realizado en el año 2006 por los autores: Esquivel,C; Sifuentes, A; Salas,M; Martinez, S donde encontraron que la versión mexicana de la Escala de Edimburgo se puede utilizar con éxito para la detección de la depresión en poblaciones mexicanas de mujeres puérperas durante se período posnatal de tres meses. Se encontró una sensibilidad de 75% y una especificidad del 84%. La confiabilidad de la mitad de la escala era de 0,88 y el coeficiente alfa estandarizado de 0,87. Cuenta con tres dimensiones que son: Dimensión 1: depresión (ítems 1, 7, 8 y 9), dimensión 2: ansiedad (ítems 4,5 y 6), dimensión 3: desesperanza e ideación suicida (ítems 2, 3 y 10). (22,23)

La Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III) fue creada por Olson en 1992, es la tercera versión de la escala FACES y este ha sido desarrollada para evaluar dos de las principales dimensiones del Modeo Circumplejo: Cohesión y flexibilidad familiar. Se conoce la fiabilidad de FACES III en el idioma español que se habla en México (alfa de Cronbach de 0,70). Se obtuvo un coeficiente de fiabilidad alfa de Cronbach de 0,70 y se concluyó como un valor alto y adecuado comparado con la versión anglosajona. Cuenta con dos dimensiones que son: Dimensión 1: cohesión (ítems 1, 9, 11, 13, 15, 17, 19, 3, 5, 7), dimensión 2: adaptabilidad familiar (ítems 2, 4, 10, 16, 6, 8, 12, 14, 18, 20).

Las preguntas están planteadas como actitudes con una escala de puntuación tipo Likert con un valor de puntuación de 1 a 5 (1 nunca, 2 casi nunca, 3 algunas veces, 4 casi siempre, 5 siempre) de tal manera que la puntuación posible para cohesión y la adaptabilidad es de 10 a 50. De esta manera se obtienen los resultados de acuerdo al tipo de familia:

- Balanceada
- Media
- Extrema

En el aspecto de la Funcionalidad Familiar se divide en 2 ítems:

Uno corresponde a Cohesión que se clasifica de la siguiente manera:

- Desligada o No Relacionada: 10 - 34 puntos

- Separada: 35 - 40 puntos
- Conectada o Relacionada: 41 - 45 puntos
- Amalgamada: 46 - 50 puntos

Por otro lado, el ítem de Adaptabilidad se clasifica como:

- Rígida: 10 - 19 puntos
- Estructurada: 20 - 24 puntos
- Flexible: 25 - 28 puntos
- Caótica: 29 - 50 puntos (25)

6.9 PLAN DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Al término de la aplicación de los instrumentos a las mujeres en etapa de puerperio, se procedió a la obtención de resultados finales. La información recabada se recopiló dentro de una base de datos en el programa Microsoft Excel. En esta base de datos se cuenta con columnas específicas para las variables en estudio y para los resultados finales de ambas encuestas. Posteriormente los datos recabados fueron analizados en el Programa estadístico SPSS versión 21 (por sus siglas en inglés Statistical Package for Social Sciences), por medio del cual se procesaron y se interpretaron los datos estadísticos de las variables en estudio, para la obtención de medidas de frecuencia, de tendencia central y de dispersión y la creación de tablas y gráficos representativos durante el análisis. En el análisis univariado para variables se utilizaron medidas de tendencia central y dispersión de acuerdo con la distribución probada con prueba de Kolmogorov-Smirnov. Para las variables categóricas como el género, se usaron frecuencias simples y porcentajes.

Finalmente, se utilizó el modelo de regresión binomial para buscar la asociación de la depresión post parto y la cohesión y adaptabilidad familiar, a través del riesgo de prevalecía.

ASPECTOS ÉTICOS

En base a lo establecido dentro de las disposiciones generales del Reglamento la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud, esta investigación se apega y busca la obtención de conocimiento que contribuya en el estudio de relación enfermedad – sociedad y sus procesos biológicos y psicológicos que lo rodean. (24)

El desarrollo de este protocolo de estudio, en base a lo establecido y tomando como referencia el artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud, se presenta un estudio que no contiene ningún riesgo ya que solo se emplean técnicas documentales prospectivas, sin realización de modificaciones en las variables, de igual modo se emplearán solo encuestas, in realizar experimentos. Si se presentara en algún momento del estudio algún riesgo, se detendrá la investigación. (24)

Se le dará la información oportuna a todas las derechohabientes que participen en este estudio, dándoles de igual forma el consentimiento informado para que quede de forma clara el objetivo del estudio y su confidencialidad de sus respuestas. Durante toda la investigación se tratará de forma justa e igualitaria a todas las personas. Los datos de las participantes será guardado en una base de datos que solo las investigadores participantes podrán acceder.

(24)

Por otra parte, como investigadora apego el protocolo de estudio a los puntos establecidos en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial en el apartado “Recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica en personas” buscando como finalidad la mejora de procedimientos diagnósticos, terapéuticos o profilácticos, ampliando el conocimiento de la patogénesis y etiología de las enfermedades en estudio salvaguardando el interés de la población en estudio y aportando beneficios y disminución de riesgos a la misma. (25)

RECURSOS FINANCIEROS Y FACTIBILIDAD

Recursos humanos: Los investigadores que son el principal que es la Dra Erika Lorena Vega Silva y asociado Dra Claudia Patricia Juárez Varela.

Recursos materiales: Se utilizarán hojas, computadora, impresora, copias, aula, sillas, mesas, plumas, usb, cargador de la computadora y programa de Excel.

Recursos económicos: Serán solventados por el investigador asociado.

Financiamiento: No se cuenta con financiamiento público ni privado.

Factibilidad: Se llevará a cabo protocolo de investigación que tiene como objetivo determinar la asociación de depresión postparto y funcionalidad familiar en las pacientes de 15 a 35 años de edad, adscritas a la UMF 7, ya que como se ha visto en algunas literaturas hay un gran porcentaje de mujeres que presentan depresión postparto y que no son diagnosticadas por el personal de salud y esto puede llevar a ciertas consecuencias del mal diagnóstico. Y es importante como médicos familiares que con cada paciente que viene a consulta saber sobre la funcionalidad familiar ya que se ha visto que la relación entre el apoyo social y la depresión postparto está completamente mediada por la función familiar.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES



ACTIVIDADES	MAY-JUN 2021	JUL-AGO 2021	SEP-OCT 2021	NOV-DIC 2021	ENE-FEB 2022	MAR-ABRIL 2022	MAY-JUN 2022	JUL-AGO 2022	SEP-OCT 2022	NOV-DIC 2022	ENE-FEB 2023	ENE-FEB 2024
Acopio de bibliografía.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
Revisión de literatura.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
Hacer planteamiento.	X	X	X	X	X	X						
Hacer marco teórico y conceptual.			X	X	X	X						
Revisión de marco teórico y conceptual.					X	X						
Diseño y revisión protocolo.					X	X	X	X				
Registro de protocolo ante el comité de investigación.									X			
Aprobación de protocolo.										X		
Trabajo de campo, aplicación de encuestas.										X		
Acopio y captura de datos.											X	
Análisis e interpretación de resultados											X	
Hacer discusiones y conclusiones.											X	
Revisión de la investigación.											X	
Autorización.											X	
Elaboración de tesis											X	X
Difusión de resultados												X

RESULTADOS

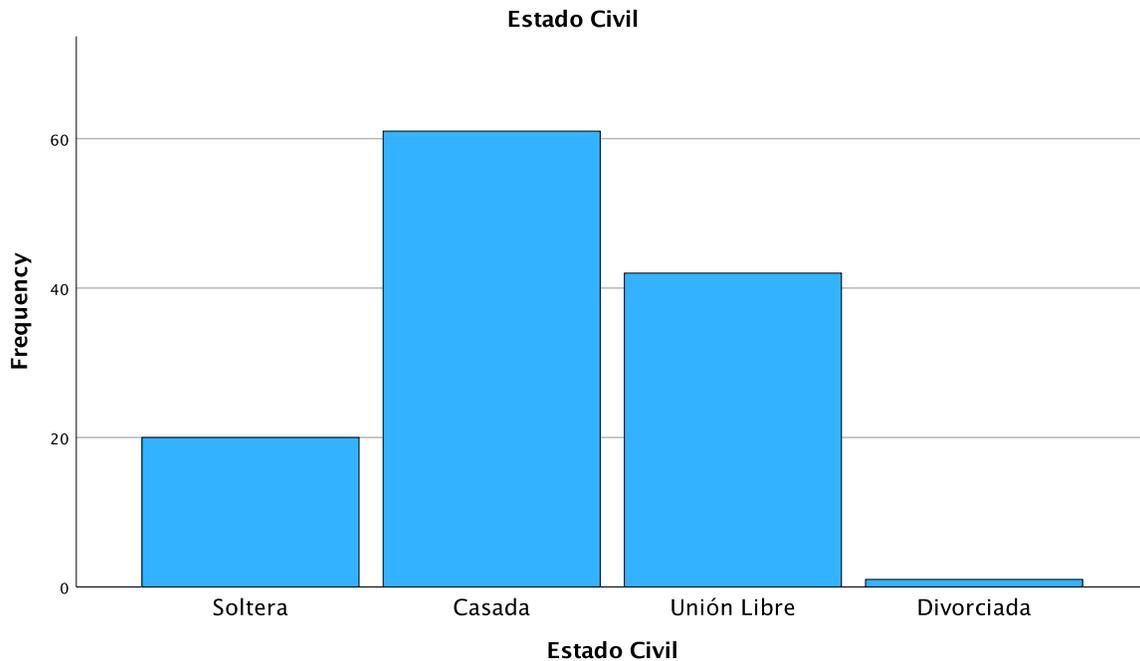
Según los resultados de las entrevistas obtenidas a 124 derechohabientes de la UMF 7 del estado de Aguascalientes, Ags se puede observar que la mayor frecuencia de edad fue en las edades de entre 26 a 30 años con un porcentaje del 29.8% (n=37), en segundo lugar de 21 a 25 años con un 25% (n=31), en tercer lugar de 31 a 35 años con 16.9% (n=21), cuarto lugar de 15 a 20 años con un 15.3% (n=19) y por último lugar pacientes de 36 a 44 años de edad con un 12.9% (n=16), donde se muestra en la Tabla 1.

Tabla 1 Distribución por edad de las pacientes en etapa posparto.

		Edad			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	15 - 20	19	15.3	15.3	15.3
	21 - 25	31	25.0	25.0	40.3
	26 - 30	37	29.8	29.8	70.2
	31 - 35	21	16.9	16.9	87.1
	36 - 44	16	12.9	12.9	100.0
Total		124	100.0	100.0	

Se encontró que la mayor población de pacientes se encontraba casada con un porcentaje del 49.2% (n=61) en segundo lugar se encontraba en unión libre con 33.9% (n=42) , tercer lugar solteras con un 16.1% (n=20) y el 0.8% (n=1)divorciada, en las encuestas también se encontraba el apartado de viudez pero ninguna participante seleccionó este estado, donde se muestra en la Gráfica 1.

Gráfica 1 Distribución por estado civil de las pacientes en etapa posparto



En el apartado de escolaridad la mayor frecuencia que se encontró fue con un 48.4% (n=60) tenían escolaridad terminada en media superior, en segundo lugar fue superior con el 33.9% (n=42), en tercer lugar básica con el 16.9% (n=21) y por último no especificada con el 0.8% (n=1), donde se muestra en la Tabla 2

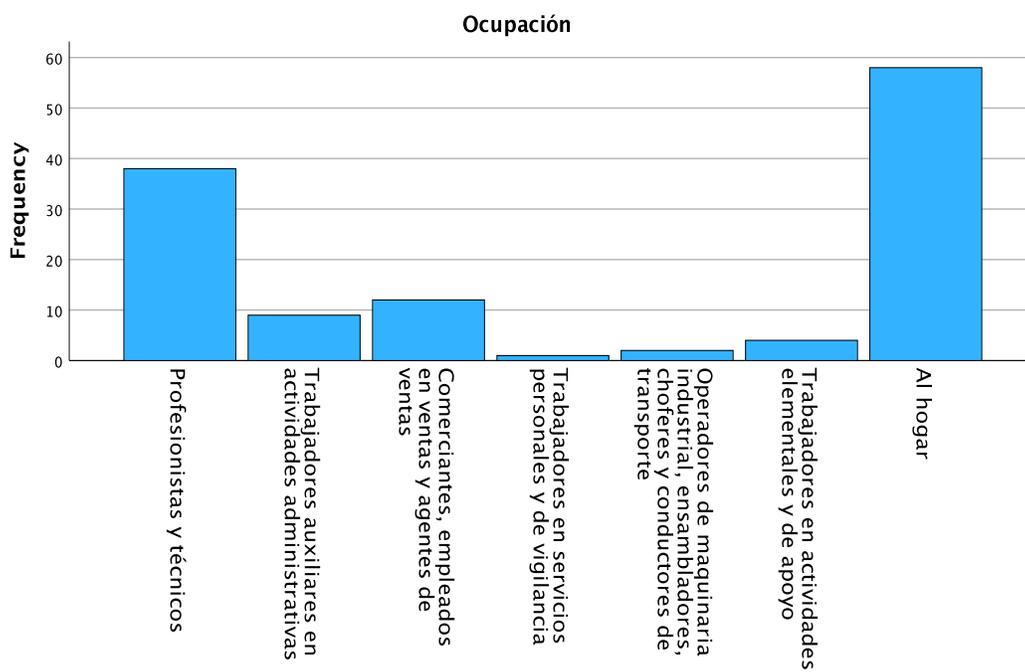
Tabla 2 Distribución por escolaridad de las pacientes en etapa posparto

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Básica	21	16.9	16.9	16.9
Media Superior	60	48.4	48.4	65.3
Superior	42	33.9	33.9	99.2
No especificada	1	.8	.8	100.0
Total	124	100.0	100.0	

En el siguiente rubro de datos sociodemográficos se encuentra la ocupación el cual de los 10 que se plantearon en las encuestas solo 7 tipos de ocupación fueron seleccionados por nuestras participantes, siendo el número uno que se dedicaban al estar al hogar con el

porcentaje del 46.8% (n=58), en segundo lugar lo ocupa ser profesionista y técnicos con el 30.6% (n=38), tercer lugar comerciantes, empleados en ventas y agentes de ventas 9.7% (n=12), cuarto lugar lo ocupa trabajadores auxiliares en actividades administrativas con el 7.3% (n=9), en quinto lugar trabajadores en actividades elementales y de apoyo con el 3.2% (n=4), sexto lugar con un 1.6% (n=2) operadores de maquinaria industrial, ensambladores, choferes y conductores de transporte y por último lugar con el 0.8% (n=1) trabajadores en servicios personales y de vigilancia, donde se muestra en la Gráfica 2.

Gráfica 2 Distribución por ocupación de las pacientes en etapa posparto



De igual manera se recabaron antecedentes ginecoobstétricos preguntando sobre su edad cuando presentaron su primer embarazo, donde la mayor frecuencia encontrada fue a la edad de entre 15 – 20 años presentando un porcentaje del 41.1% (n=51), en segundo lugar edades entre 26 – 30 años con un porcentaje del 24.2% (n=30), en cuarto lugar edad entre 31 – 35 años con el 5.6% (n=7), y en último lugar edades entre 36 – 44 años con el 3.2% (n=4), donde se muestra en la Tabla 3.

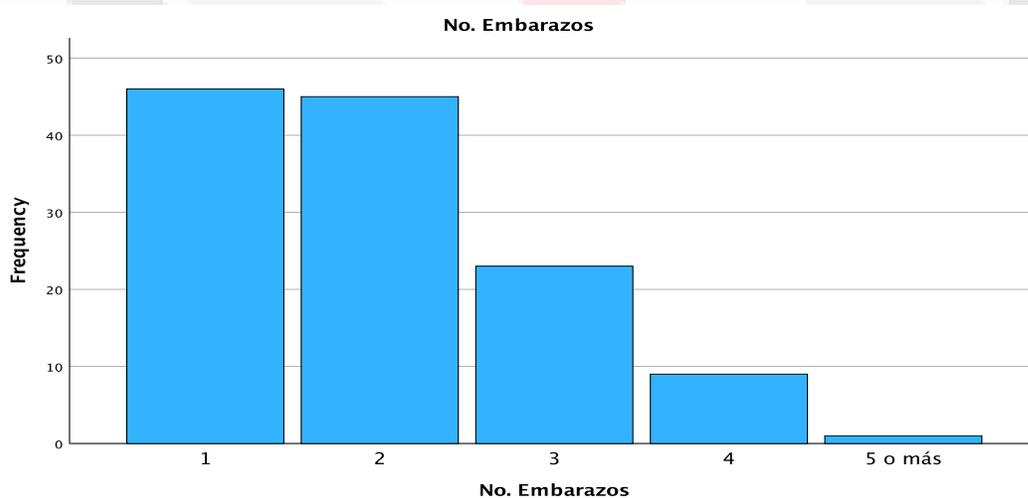
Tabla 3 Distribución por edad del primer embarazo de las pacientes en etapa posparto

Edad 1er embarazo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	15 - 20	51	41.1	41.1	41.1
	21 - 25	32	25.8	25.8	66.9
	26 - 30	30	24.2	24.2	91.1
	31 - 35	7	5.6	5.6	96.8
	36 - 44	4	3.2	3.2	100.0
	Total	124	100.0	100.0	

En el número de embarazos la mayor frecuencia se encontró con un 37.1% (n=46) solo se habían embarazado una vez, en segundo lugar con 2 embarazos con un 36.3% (n=45), en tercer lugar con 3 embarazos del 18.5% (n=23), en cuarto lugar con 4 embarazos del 7.3% (n=9) y 5 o más con el 0.8% (n=1), donde se muestra en la Gráfica 3.

Gráfica 3 Distribución por número de embarazos del primer embarazo de las pacientes en etapa posparto



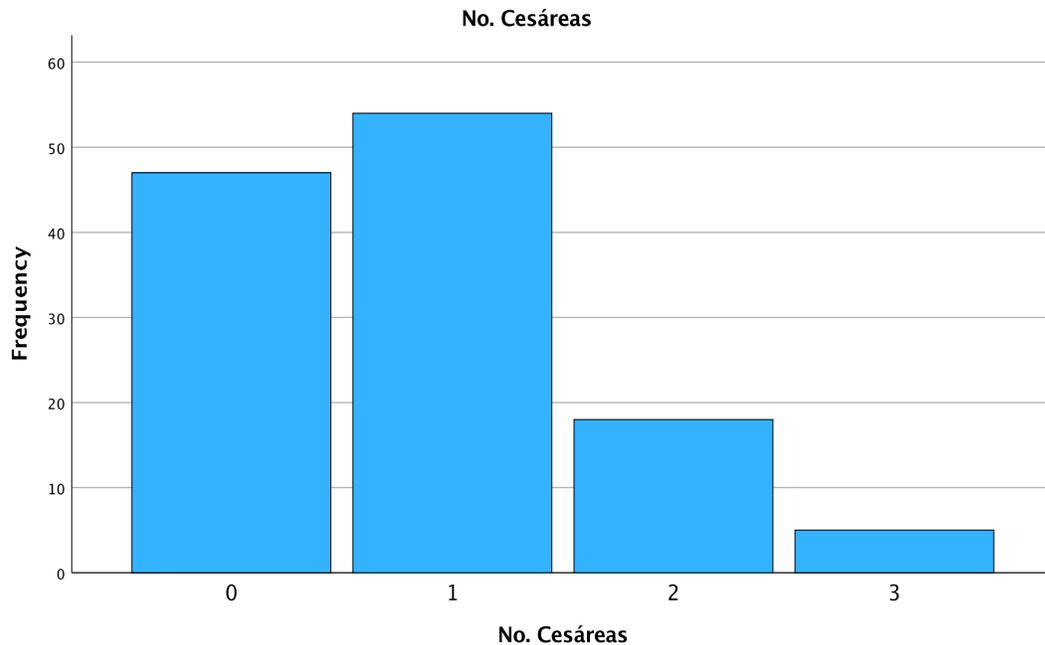
En número de partos en primer lugar encontramos que con un 47.6% (n=59) no tuvieron ningún parto, en segundo lugar con un parto obteniendo un porcentaje del 26.6% (n=33), en tercer lugar 2 partos con el 19.4% (n=24), en cuarto lugar 3 partos con el 4% (n=5) y en quinto lugar 4 o más partos con el 2.4% (n=3), donde se muestra en Tabla 4.

Tabla 4 Distribución por número de partos de las pacientes en etapa posparto

		No. Partos			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	0	59	47.6	47.6	47.6
	1	33	26.6	26.6	74.2
	2	24	19.4	19.4	93.5
	3	5	4.0	4.0	97.6
	4 o más	3	2.4	2.4	100.0
	Total	124	100.0	100.0	

Ahora viendo los datos de número de cesáreas se encuentra en primer lugar que han tenido una cesárea 43.5% (n=54), en segundo lugar con un 37.9% (n=47) no han tenido cesárea, en tercer lugar han tenido 2 cesáreas con el 14.5% (n=18), en cuarto lugar el 4% (n=5) 3 cesáreas, donde se muestra en la Gráfica 4.

Gráfica 4 Distribución por número de cesáreas de las pacientes en etapa posparto



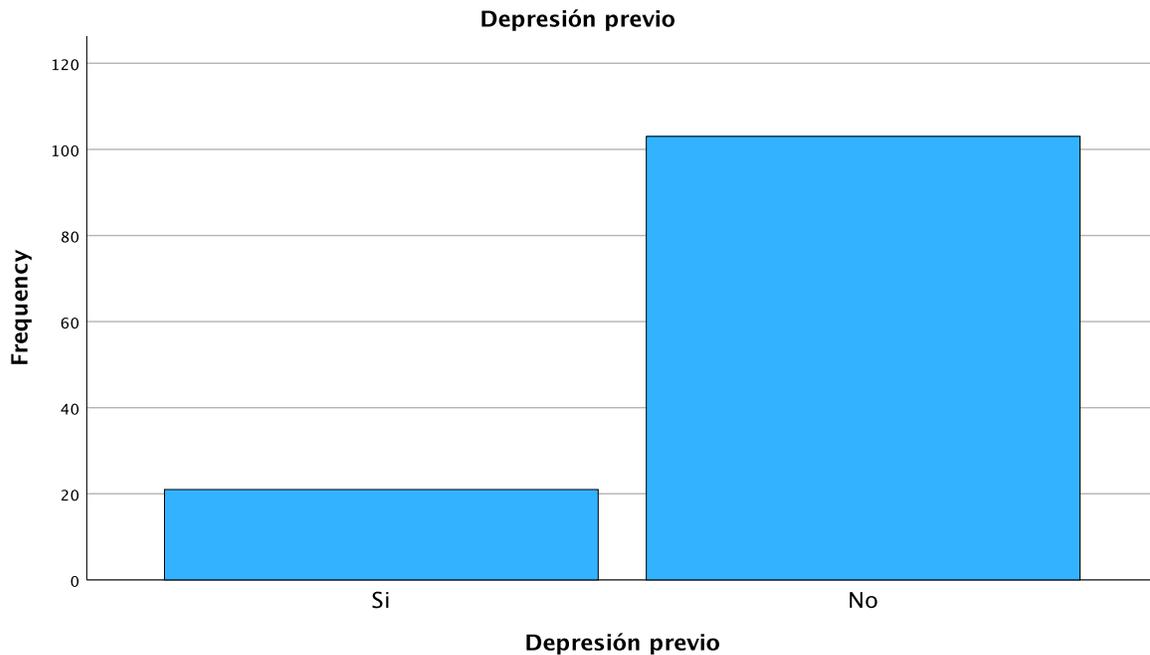
El 73.4% (n=91) de las participantes no han tenido abortos en primer lugar, en segundo lugar el 25% (n=31) si han tenido un aborto, en tercer lugar se encontraron con el 0.8% (n=1) que han tenido 2 abortos y en cuarto lugar con el 0.8% (n=1) hasta 3 abortos, donde se muestra en la Tabla 5.

Tabla 5 Distribución por número de abortos de las pacientes en etapa posparto

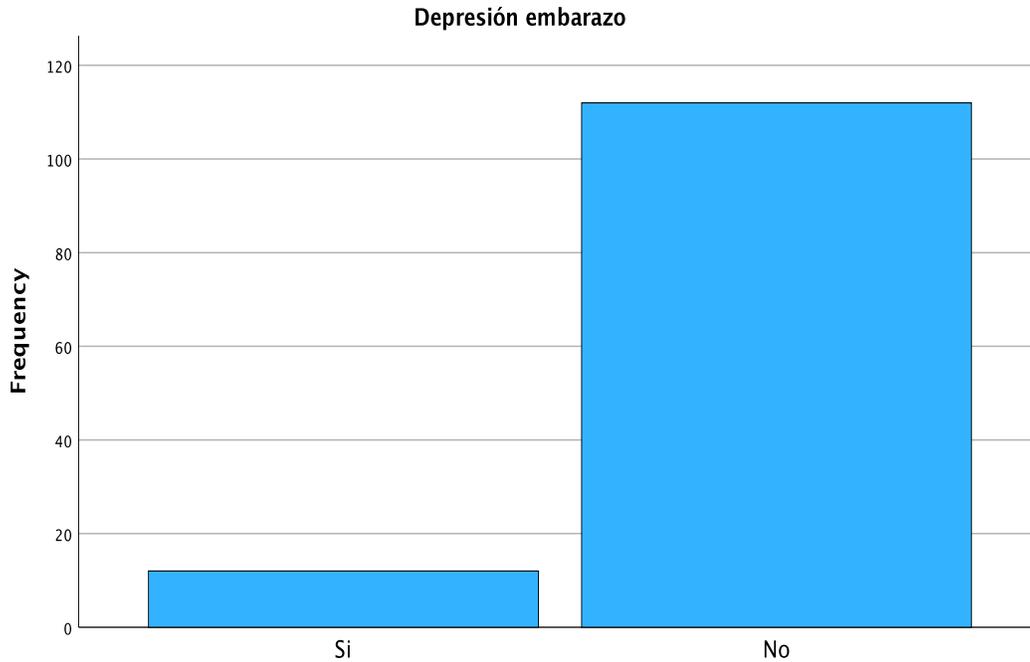
		No. Abortos			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	0	91	73.4	73.4	73.4
	1	31	25.0	25.0	98.4
	2	1	.8	.8	99.2
	3	1	.8	.8	100.0
	Total	124	100.0	100.0	

Se les preguntó sobre antecedente de presentar depresión previo ya sea antes de embarazarse o si presentaron depresión durante el embarazo. Iniciando con depresión previo el 83.1% (n=103) no habían tenido depresión y el 16.9% (n=21) si tuvieron depresión anteriormente, donde se muestra en Gráfica 5. Al preguntar si presentaron depresión durante la gestación el 90.3% (n=112) respondieron que no y el 9.7% (n=12) mencionaron que si, donde se muestra en la Gráfica 6.

Gráfica 5 Distribución por número de pacientes en etapa posparto con depresión previo



Gráfica 6 Distribución por número de pacientes en etapa posparto con depresión previo durante embarazo



Depresión embarazo

Se presentó depresión posparto en 32 pacientes con una prevalencia del 25.8% (n=32) y las que no presentaron DPP fue el 74.2% de prevalencia (n=92), donde se muestra en la Tabla 6.

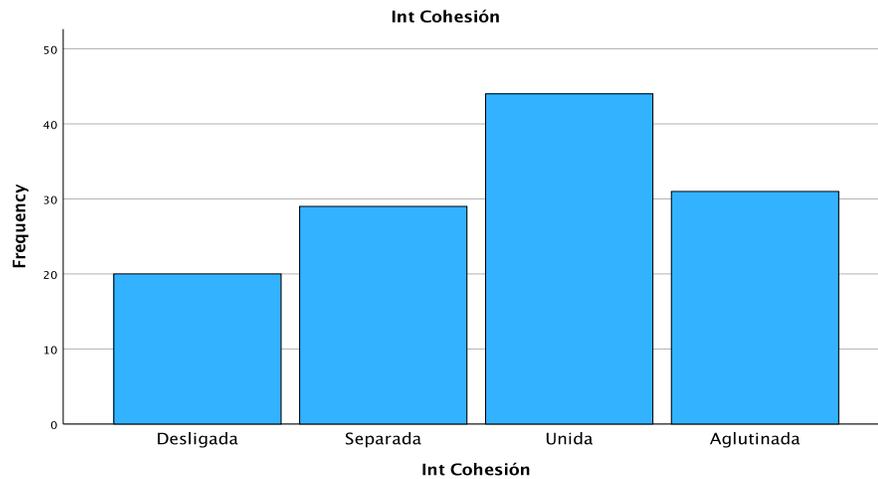
Tabla 6 Distribución por número de pacientes en etapa posparto con DPP

		Si/NoDPP			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No	92	74.2	74.2	74.2
	Si	32	25.8	25.8	100.0
	Total	124	100.0	100.0	

En relación a la cohesión familiar, los resultados muestran que el 35.5% (n=44) de las mujeres encuestadas cuenta con una familia unida, en segundo lugar con el 25% (n=31) con una familia aglutinada, en tercer lugar con el 24.4% (n=29) con una familia separada y por

último lugar con el 16.1% (n=20) con una familia desligada, donde se muestra en la Gráfica 7.

Gráfica 7 Distribución por cohesión de pacientes en etapa posparto



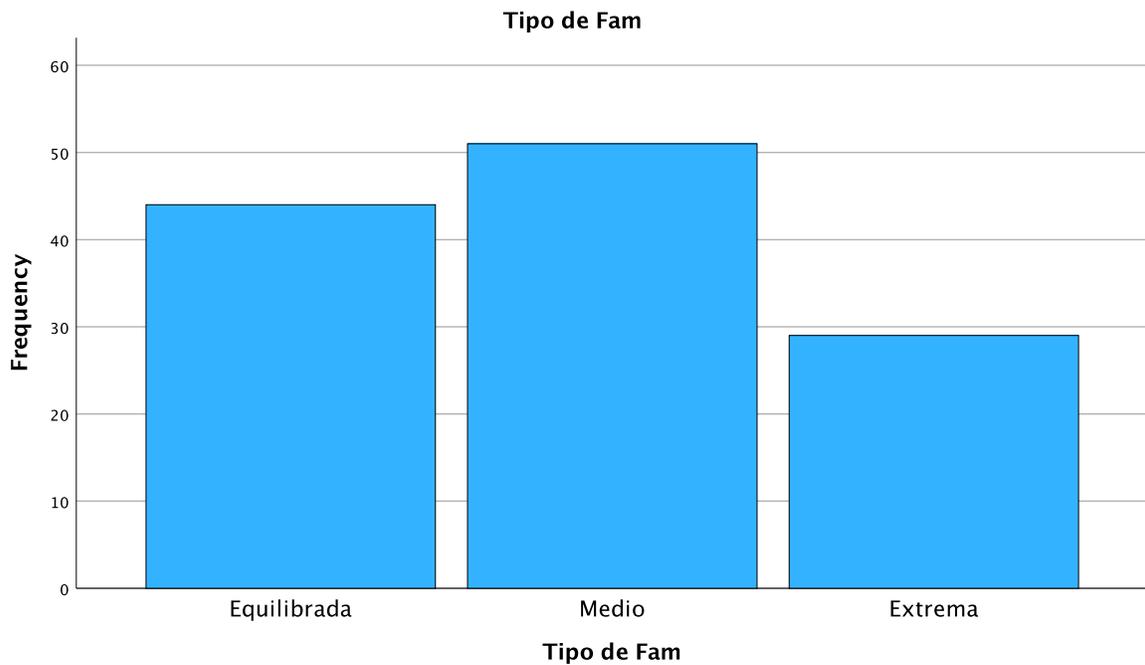
En relación a la adaptabilidad familiar predominó la familia estructurada con el 34.7% (n=43), en segundo lugar de las pacientes muestra que el 33.9% (n=42) tienen una familia rígida, en tercer lugar con el 18.5% (n=23) con una familia flexible y en último lugar la familia caótica con el 12.9% (n=16), donde se muestra en la Tabla 7.

Tabla 7 Distribución por adaptabilidad de pacientes en etapa posparto.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Rígida	42	33.9	33.9	33.9
Estructurada	43	34.7	34.7	68.5
Flexible	23	18.5	18.5	87.1
Caótica	16	12.9	12.9	100.0
Total	124	100.0	100.0	

Al analizar ambas variables, cohesión y adaptabilidad familiar se encontró que el 41.1% (n=51) de las participantes se encontraban en una familia media, el 35.5% (n=44) tenían una familia equilibrada y el 23.4% (n=29) tenían una familia extrema, donde se muestra en la Gráfica 8.

Gráfica 8 Distribución por tipo de familia de pacientes en etapa posparto



Podemos apreciar la relación entre la edad con la presencia de Dpp, encontrando que la mayor parte de las participantes que tenían DPP se encontraban en la edad de 21 – 25 años, con un 10.5% (n=13), en segundo lugar con el 5.6% (n=7) con las edades entre 26 – 30 años, en tercer lugar con el 4% (n=5) con las edades de 36 – 44 años, en cuarto lugar con el 3.2% (n=4) en las edades de entre 31 – 35 años y en último lugar con el 2.4% (n=3) en las edades de 15 – 20 años, donde se muestra en la Tabla 8.

Tabla 8 Relación de edad y presencia de DPP en pacientes posparto

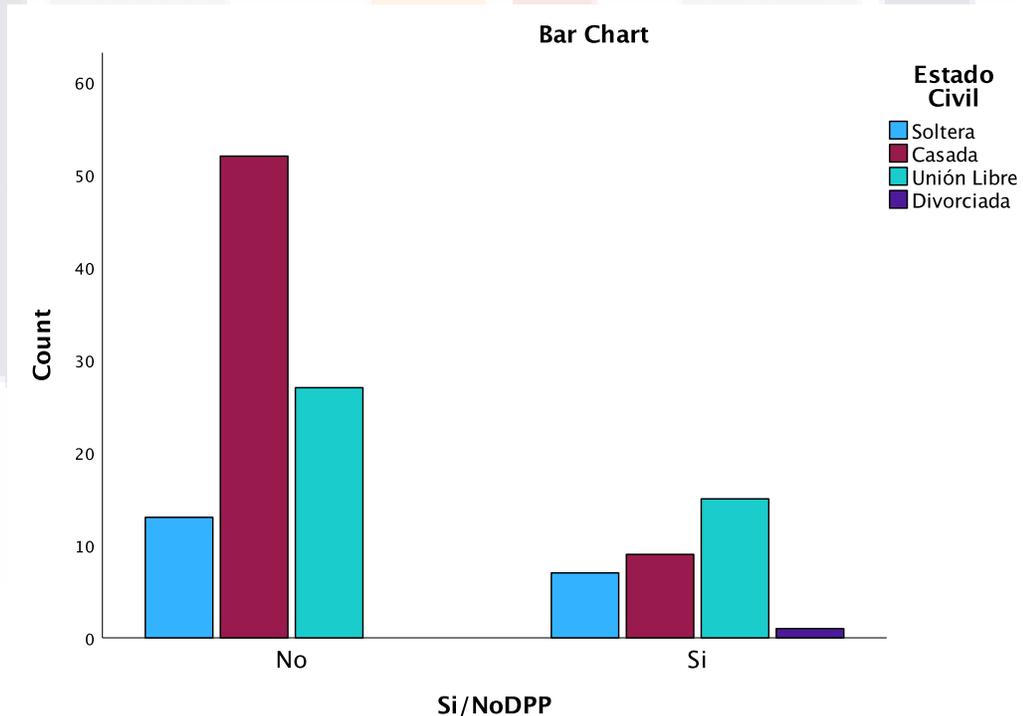
Si/NoDPP * Edad Crosstabulation

Edad	Total
------	-------

			15 - 20	21 - 25	26 - 30	31 - 35	36 - 44	
Si/NoDPP	No	Count	16	18	30	17	11	92
		% of Total	12.9%	14.5%	24.2%	13.7%	8.9%	74.2%
	Si	Count	3	13	7	4	5	32
		% of Total	2.4%	10.5%	5.6%	3.2%	4.0%	25.8%
Total		Count	19	31	37	21	16	124
		% of Total	15.3%	25.0%	29.8%	16.9%	12.9%	100.0%

La relación entre el estado civil con la presencia de DPP, donde se encontró que en primer lugar se encontraban en unión libre el 12.1% (n=15), en segundo lugar con el 7.3% (n=9) casada, en el tercer lugar soltera con el 5.6% (n=7), en cuarto lugar divorciada con el 0.8% (n=1), donde se muestra en la Gráfica 9.

Gráfica 9 Relación de estado civil y presencia de DPP en pacientes posparto



La relación de la escolaridad con la DPP fue que tenían escolaridad media superior terminada con el 12.1% (n=15), en segundo lugar escolaridad superior con el 11.3% (n=14) y en tercer lugar el escolaridad básica con el 2.4% (n=3), donde se muestra en la Tabla 9.

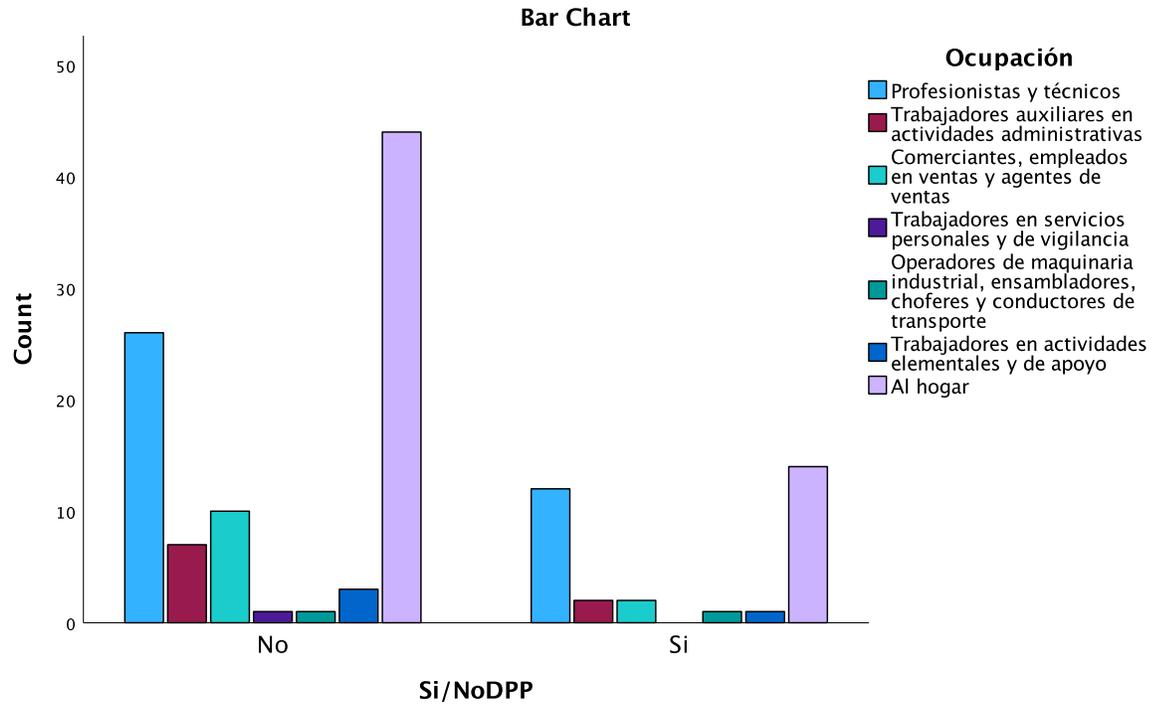
Tabla 9 Relación de escolaridad y presencia de DPP en pacientes posparto

Si/NoDPP * Escolaridad Crosstabulation

			Escolaridad				
			Básica	Media Superior	Superior	No especificada	Total
Si/NoDPP	No	Count	18	45	28	1	92
		% of Total	14.5%	36.3%	22.6%	0.8%	74.2%
	Si	Count	3	15	14	0	32
		% of Total	2.4%	12.1%	11.3%	0.0%	25.8%
Total	Count		21	60	42	1	124
	% of Total		16.9%	48.4%	33.9%	0.8%	100.0%

Al sacar la relación entre ocupación con la presencia de DPP se encontró que en primer lugar se encontraba que realizaban al hogar con el 11.3% (n=14), en segundo lugar con el 9.7% (n=12) eran profesionistas y técnicos, en tercer lugar con el 1.6 (n=2) trabajadores auxiliares en actividades administrativas, en cuarto lugar con el 1.6% (n=2) comerciantes, empleados en ventas y agentes de ventas, en quinto lugar con el con el 0.8% (n=1) operadores de maquinaria industrial, ensambladores, choferes y conductores de transporte, en sexto lugar trabajadores en actividades elementales y de apoyo 0.8% (n=1), y en séptimo lugar con el 0.8% (n=1) trabajadores en servicios personales y de vigilancia, donde se muestra en la Gráfica 10.

Gráfica 10 Relación de ocupación y presencia de DPP en pacientes posparto



La relación entre edad del primer embarazo con la presencia de DPP se encontró que en primer lugar con el 10.5% (n=13) se embarazaron por primera vez a la edad de entre 15 – 20 años, en segundo lugar con el 8.9 (n=11) contaba con las edades de entre 21 – 25, en tercer lugar con el 4.8% (n=6) edades entre 26 – 30, en cuarto lugar con el 0.8% (n=1) con edades de 31 – 35 años y de igual manera con el 0.8% (n=1) de 36 – 44 años, donde se muestra en la Tabla 10.

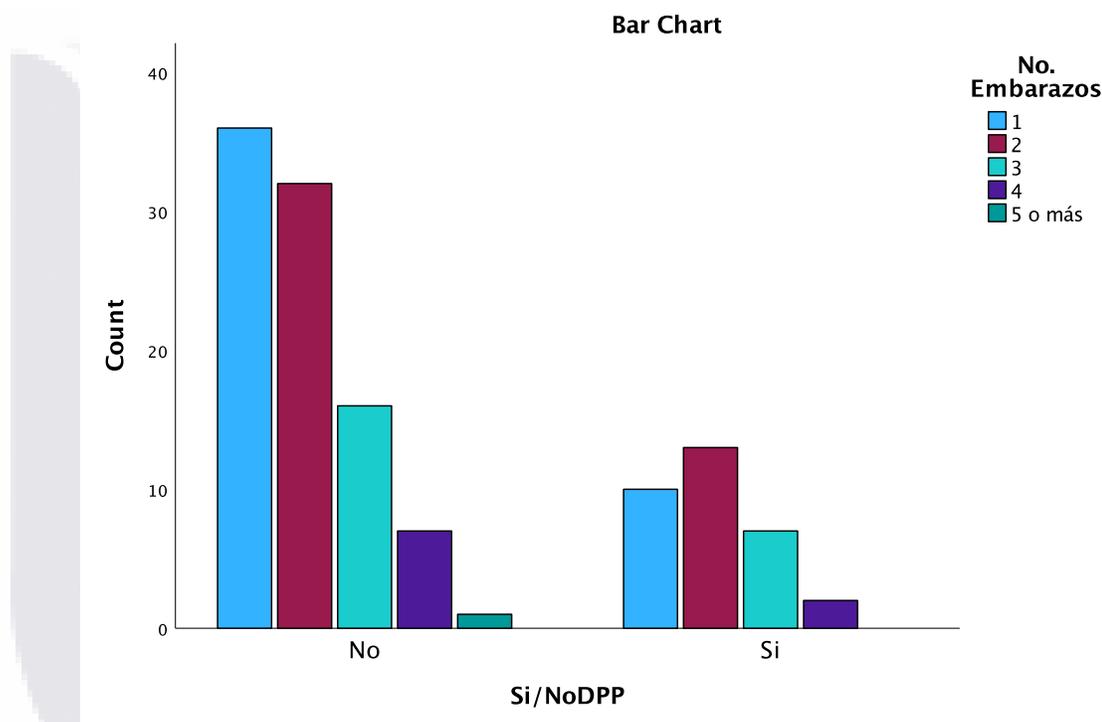
Tabla 10 Relación de edad del primero embarazo y presencia de DPP en pacientes posparto

Si/NoDPP * Edad 1er embarazo Crosstabulation

		Edad 1er embarazo					Total	
		15 - 20	21 - 25	26 - 30	31 - 35	36 - 44		
Si/NoDPP	No	Count	38	21	24	6	3	92
		% of Total	30.6%	16.9%	19.4%	4.8%	2.4%	74.2%
	Si	Count	13	11	6	1	1	32
		% of Total	10.5%	8.9%	4.8%	0.8%	0.8%	25.8%
Total		Count	51	32	30	7	4	124
		% of Total	41.1%	25.8%	24.2%	5.6%	3.2%	100.0%

En relación el número de embarazos y la presencia de DPP se encontró con más frecuencia con el 10.5% (n=13) con 2 embarazos, en segundo lugar con el 8.1% (n=10) con 1 embarazo, en tercer lugar con un 5.6% (n=7) y en cuarto lugar con el 1.6% (n=2) con 4 embarazos, donde se muestra en la Gráfica 11.

Gráfica 11 Relación de número de embarazos y presencia de DPP en pacientes posparto



En el caso de número de partos con relación a la DPP se mostró que en primer lugar con el 13.7% (n=17) no habían tenido ningún parto, en segundo lugar con el 6.5% (n=8) habían tenido 1 parto, en tercer lugar con el 4% (n=5) habían tenido 2 partos, en cuarto lugar con el 0.8% (n=1) con 3 embarazos y de igual forma con el 0.8% (n=1) con 4 o más embarazos, donde se muestra en la Tabla 11.

Tabla 11 Relación de número de partos y presencia de DPP en pacientes posparto

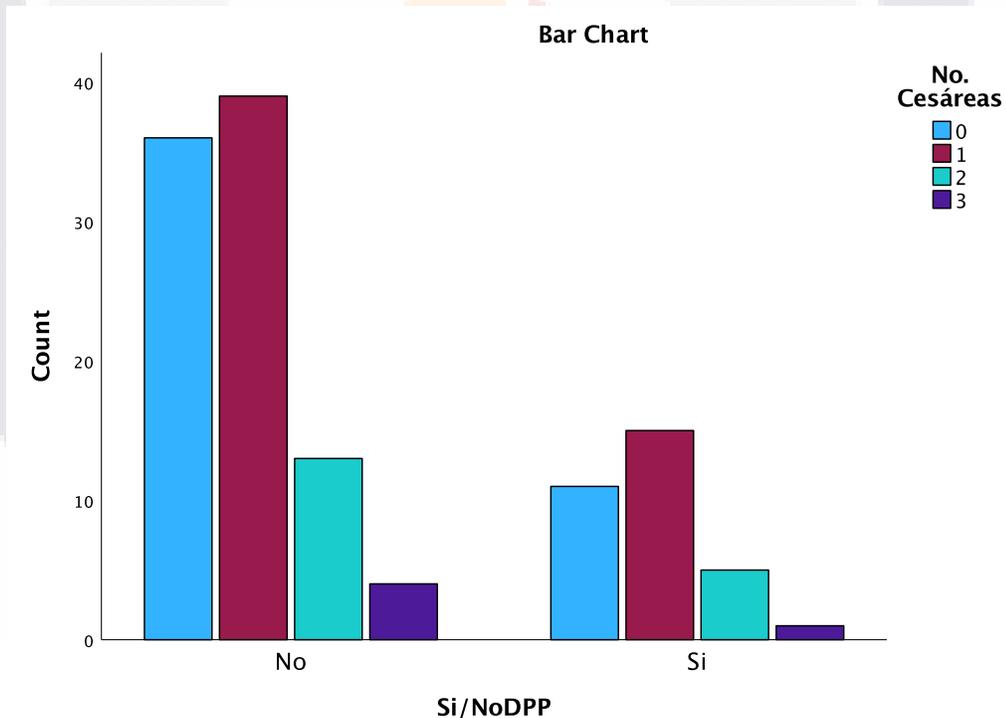
Si/NoDPP * No. Partos Crosstabulation

		No. Partos					
		0	1	2	3	4 o más	Total

Si/NoDPP	No	Count	42	25	19	4	2	92
		% of Total	33.9%	20.2%	15.3%	3.2%	1.6%	74.2%
Si		Count	17	8	5	1	1	32
		% of Total	13.7%	6.5%	4.0%	0.8%	0.8%	25.8%
Total		Count	59	33	24	5	3	124
		% of Total	47.6%	26.6%	19.4%	4.0%	2.4%	100.0%

En relación con el número de cesáreas y la relación con presencia de depresión posparto en primer lugar con el 12.1% (n=15) con 1 cesárea, en segundo lugar con el 8.9% (n=11) con ninguna cesárea, en tercer lugar con el 4% (n=5) con 2 cesáreas y en último lugar con el 0.8% (n=1) con 3 cesáreas, donde se muestra en la Gráfica 12.

Gráfica 12 Relación de número de cesáreas y presencia de DPP en pacientes posparto



Realizando la relación del número de abortos y la relación con presencia de DPP se encontró que en primer lugar con el 16.9% (n=21) no habían tenido ningún aborto, en segundo lugar con el 8.9% (n=11) habían tenido un 1 aborto, donde se muestra en la Tabla 12.

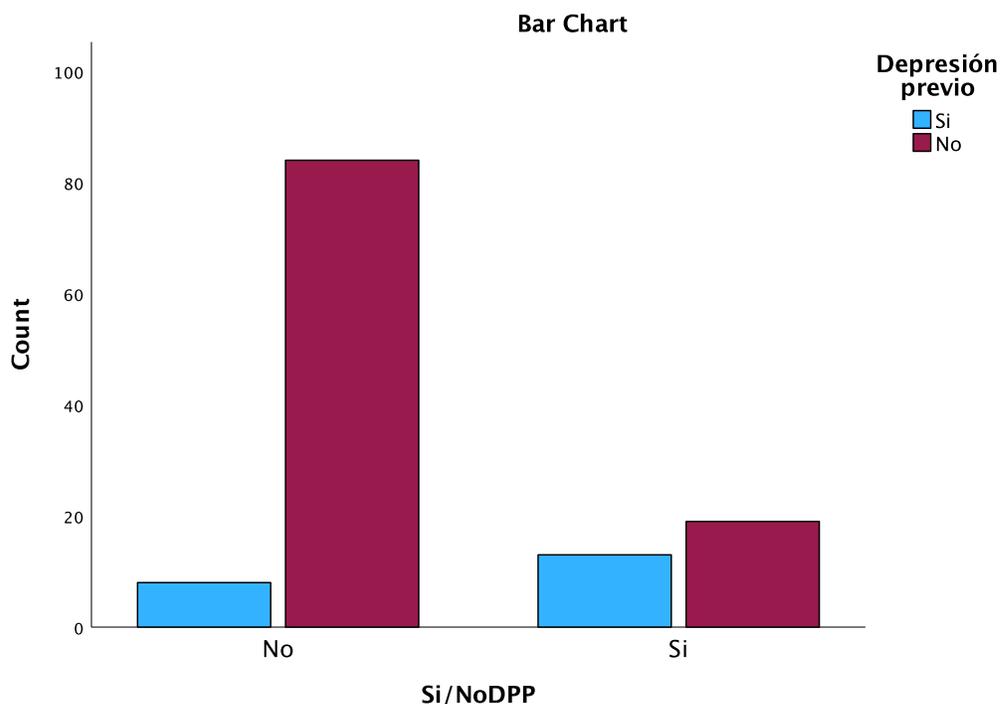
Tabla 12 Relación de número de abortos y presencia de DPP en pacientes posparto

Si/NoDPP * No. Abortos Crosstabulation

		No. Abortos					
		0	1	2	3	Total	
Si/NoDPP	No	Count	70	20	1	1	92
		% of Total	56.5%	16.1%	0.8%	0.8%	74.2%
	Si	Count	21	11	0	0	32
		% of Total	16.9%	8.9%	0.0%	0.0%	25.8%
Total		Count	91	31	1	1	124
		% of Total	73.4%	25.0%	0.8%	0.8%	100.0%

Al realizar la estadística de si tuvieron depresión anteriormente y su relación con la DPP se encontró en primer lugar que el 15.3% (n=19) no tenían depresión previo y en segundo lugar con el 10.5% (n=13) tenían depresión previo, donde se muestra en la Gráfica 13.

Gráfica 13 Relación de depresión previo y presencia de DPP en pacientes posparto



La relación de depresión durante el embarazo y la presencia de DPP en primer lugar con el 19.4% (n=24) no presentaron depresión durante el embarazo y en segundo lugar con el 6.5% (n=8) presentaron depresión durante el embarazo, donde se muestra en la Tabla 13.

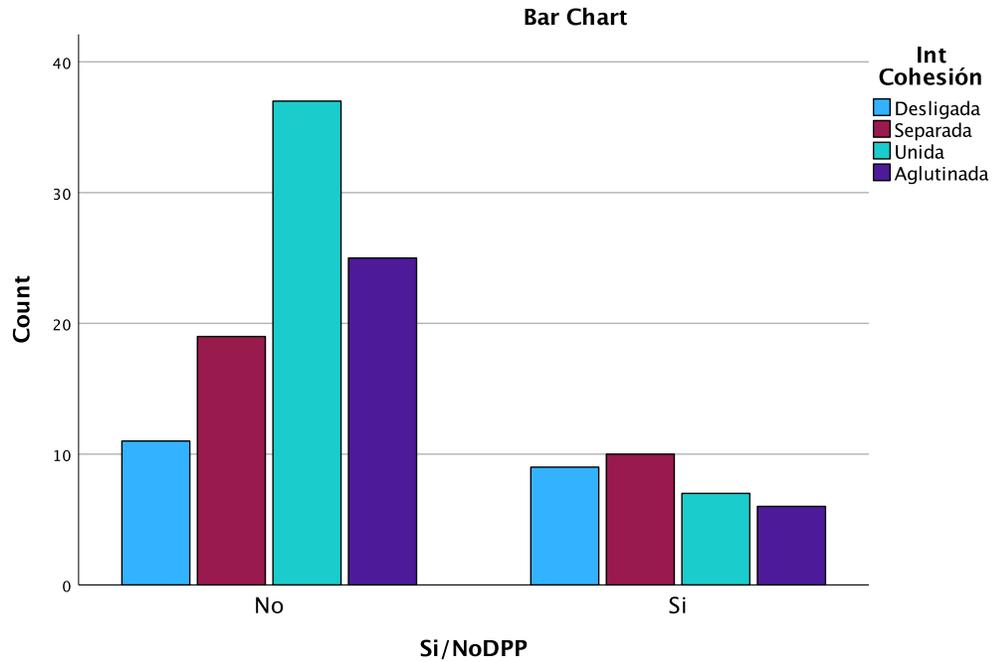
Tabla 13 Relación de depresión durante el embarazo y presencia de DPP en pacientes posparto

Si/NoDPP * Depresión embarazo Crosstabulation

		Depresión embarazo		Total	
		Si	No		
Si/NoDPP	No	Count	4	88	92
		% of Total	3.2%	71.0%	74.2%
	Si	Count	8	24	32
		% of Total	6.5%	19.4%	25.8%
Total		Count	12	112	124
		% of Total	9.7%	90.3%	100.0%

Al ver la relación de la cohesión familiar y la presencia de DPP en encontró en primer lugar con el 8.1% (n=10) tenían una familia separada, en segundo lugar con el 7.3% (n=9) con el tipo de familia desligada, en tercer lugar con el 5.6% (n=7) familia de tipo unida y por último lugar con el 4.8% (n=6) una familiar de tipo aglutinada, donde se muestra en la Gráfica 14.

Gráfica 14 Relación de cohesión familiar y presencia de DPP en pacientes posparto



La relación de la adaptabilidad familiar y la presencia de DPP en encontró en primer lugar con el 12.1% (n=15) tenían una familia estructurada, en segundo lugar con el 7.3% (n=9) con el tipo de familia rígida, en tercer lugar con el 4% (n=5) familia de tipo flexible y por último lugar con el 2.4% (n=3) una familia de tipo caótica, donde se muestra en la Tabla 14.

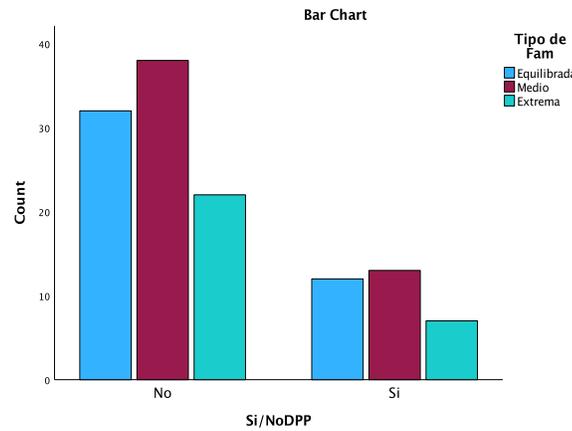
Tabla 14 Relación de adaptabilidad familiar y presencia de DPP en pacientes posparto

Si/NoDPP * Int Adap Crosstabulation

		Int Adap				Total	
		Rígida	Estructurada	Flexible	Caótica		
Si/NoDPP	No	Count	33	28	18	13	92
		% of Total	26.6%	22.6%	14.5%	10.5%	74.2%
	Si	Count	9	15	5	3	32
		% of Total	7.3%	12.1%	4.0%	2.4%	25.8%
Total		Count	42	43	23	16	124
		% of Total	33.9%	34.7%	18.5%	12.9%	100.0%

El tipo de familia con la relación de la presencia de DPP se encontró que en primer lugar con el 10.5%(n=13) tenían una familia de tipo medio, en segundo lugar con el 9.75 (n=12) de tipo equilibrada y por último lugar con el 5.6% (n=7) con una familia de tipo extrema, donde se muestra en la Gráfica 15.

Gráfica 15 Relación de tipo de familia y presencia de DPP en pacientes posparto



REGRESIÓN BINOMIAL
COHESIÓN FAMILIAR

El modelo es significativo, ya que cuenta con contraste significativo contando con p menor de 0.05. En general, es un modelo aceptable, como se muestra en las Tablas 15, 16 y 17. La depresión posparto es mucho mas probable padecerla si presenta una familia de tipo desligada, unida y aglutinada, pero no hay diferencia de presentar la enfermedad si presenta una familia de tipo separada, donde se muestra en la Tabla 18.

Tabla 15 Pruebas omnibus sobre los coeficientes del modelo de cohesión familiar y DPP

Pruebas omnibus sobre los coeficientes del modelo

		Chi-cuadrado	gl	Sig.
Paso1	Paso	7.705	3	.053

Bloque	7.705	3	.053
Modelo	7.705	3	.053

Tabla 16 Resumen del modelo de cohesión familiar y DPP

Resumen del Modelo

Paso	-2 Log de la verosimilitud	R cuadrado de Cox & Snell	R cuadrado de Nagelkerke
1	133.909 ^a	.060	.088

a. La estimación ha finalizado en el número de iteración 4 porque las estimaciones de los parámetros han cambiado en menos de .001.

Tabla 17 Clasificación de cohesión familiar y DPP

Tabla de Clasificación

Observado		Pronosticado		
		Si/NoDPP		Porcentaje Correcto
Paso 1	Si/NoDPP	No	Si	
		No	92	0
	Si	32	0	.0
Porcentaje global				74.2

a. El valor de corte es .500

Tabla 18 Variables en la Ecuación de cohesión familiar y DPP.

Variables en la Ecuación

		B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Paso 1	Desligada			7.484	3	.058	
	Separada	-.441	.596	.549	1	.459	.643

Unida	-1.464	.610	5.766	1	.016	.231
Aglutinada	-1.226	.639	3.680	1	.055	.293
Constante	-.201	.449	.199	1	.655	.818

a. Variable(s) introducida en el paso 1: Interpretación Cohesión Familiar.

ADAPTABILIDAD FAMILIAR

El modelo no es significativo, ya que no cuenta con contraste significativo contando con p menor de 0.05. En general, no es un modelo aceptable, como se muestra en las Tablas 19, 20 y 21. En este apartado de adaptabilidad familiar no se encontró ninguna asociación con la depresión posparto si presentaba una familia de tipo rígida, estructurada, flexible y caótica, donde se muestra en la Tabla 22.

Tabla 19 Pruebas omnibus sobre los coeficientes del modelo de adaptabilidad familiar y DPP

Pruebas omnibus sobre los coeficientes del modelo				
		Chi- cuadrado	gl	Sig.
Paso 1	Paso	2.823	3	.420
	Bloque	2.823	3	.420
	Modelo	2.823	3	.420
Paso 1	Paso	-2.823	3	.420

a. A negative Chi-squares value indicates that the Chi-squares value has decreased from the previous step.

Tabla 20 Resumen del modelo de adaptabilidad familiar y DPP.

Resumen del Modelo			
Paso	-2 Log de la verosimilitud	R cuadrado de Cox & Snell	R cuadrado de Nagelkerke

1	138.790 ^a	.023	.033
2	141.614 ^a	.000	.000

a. La estimación ha finalizado en el número de iteración 4 porque las estimaciones de los parámetros han cambiado en menos de .001.

Tabla 21 Clasificación de adaptabilidad familiar y DPP

Tabla de Clasificación

Observado		Pronosticado		Porcentaje Correcto
		Si/NoDPP		
		No	Si	
Paso 1	Si/NoDPP No	92	0	100.0
	Si	32	0	.0
	Porcentaje global			74.2
Paso 2	Si/NoDPP No	92	0	100.0
	Si	32	0	.0
	Porcentaje global			74.2

a. El valor de corte es .500

Tabla 22 Variables en la Ecuación de adaptabilidad familiar y DPP.

Variables en la Ecuación

		B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Paso 1	Rígida			2.832	3	.418	
	Estructurada	.675	.494	1.870	1	.172	1.964
	Flexible	.018	.630	.001	1	.977	1.019
	Caótica	-.167	.743	.051	1	.822	.846
	Constante	-1.299	.376	11.938	1	<.001	.273
Paso 2	Constante	-1.056	.205	26.478	1	<.001	.348

a. Variable(s) introducida en el paso 1: Interpretación Adaptabilidad Familiar.

TIPO DE FAMILIA

El modelo no es significativo, ya que no cuenta con contraste significativo contando con p menor de 0.05. En general, no es un modelo aceptable, como se muestra en las Tablas 23, 24 y 25. En este apartado de tipo de familia no se encontró ninguna asociación con la depresión posparto ya sea de tipo de familia equilibrada, medio o extrema, donde se muestra en la Tabla 26.

Tabla 23 Pruebas omnibus sobre los coeficientes del modelo de tipo de familia y DPP

		Chi-cuadrado	gl	Sig.
Paso 1	Paso	.094	2	.954
	Bloque	.094	2	.954
	Modelo	.094	2	.954
Paso 2	Paso	-.094	2	.954

a. A negative Chi-squares value indicates that the Chi-squares value has decreased from the previous step.

Tabla 24 Resumen del modelo de tipo de familia y DPP

Resumen del Modelo			
Paso	-2 Log de la verosimilitud	R cuadrado de Cox & Snell	R cuadrado de Nagelkerke
1	141.519 ^a	.001	.001
2	141.614 ^a	.000	.000

a. La estimación ha finalizado en el número de iteración 4 porque las estimaciones de los parámetros han cambiado en menos de .001.

Tabla 25 Clasificación de tipo de familia y DPP

Tabla de Clasificación

	Observado	Pronosticado		Porcentaje Correcto
		Si/NoDPP		
		No	Si	
Paso 1	Si/NoDPP No	92	0	100.0
	Si	32	0	.0
	Porcentaje global			74.2
Paso 2	Si/NoDPP No	92	0	100.0
	Si	32	0	.0
	Porcentaje global			74.2

a. El valor de corte es .500

Tabla 26 Variables en la Ecuación de de tipo de familia y DPP.

Variables en la Ecuación

		B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Paso 1	Equilibrada			0.94	2	.954	
	Medio	-.092	.467	0.39	1	.844	0.912
	Extrema	-.164	.550	.089	1	.765	.848
	Constante	-.981	.339	8.396	1	.004	.375
Paso 2	Constante	-1.056	.205	26.478	1	<.001	.348

a. Variable(s) introducida en el paso 1: Interpretación Tipo de familia.

DISCUSIÓN

En este estudio se estudió la cohesión y adaptabilidad y su asociación a depresión post parto en las pacientes de 15 a 44 años de edad, adscritas a la UMF 7. En nuestro estudio se aplicaron 124 encuestas, las cuáles todas fueron llenadas de forma correcta por lo que ninguna fue eliminada del estudio, cuya edad promedio fue de entre 26 a 20 años de edad, la proporción de mujeres que presentaron depresión post parto fue del 25.8%, siendo más alta que la tasa de prevalencia a nivel mundial que es alrededor del 10% al 15%, donde nuestro estudio se encontró que las que más presentaron DPP fueron las edades entre 21 a 25 años de edad. (Vaezi et al., 2018). (26). En el estudio de Guan, Z et al., 2021 mostró una prevalencia aún mayor que fue del 37%. (1). En el estudio de Borah Kim et al., 2009 mostró que de las 24 pacientes de su estudio 9 pacientes presentaron depresión posparto obteniendo una prevalencia del 37.5% pareciendo una prevalencia igual que el estudio antes mencionado (2).

Como se ha visto se encuentran diferentes tipos de prevalencia en dichos estudios al presente estudio, esto podría deberse por las diferentes muestras de población investigadas. De igual forma la proporción de mujeres con DPP en el estudio realizado por Guan, Z et al., 2021 mencionan que utilizaron una puntuación de igual o mayor a 9 en la escala de Edimburgo haciendo que tengan una tasa más alta de prevalencia que la nuestra ya que por validación de Escala de Edimburgo en población mexicana para presentar DPP es igual o mayor de 10, viéndose así que existen diferentes puntos de corte para presentar esta enfermedad en pacientes que se encuentran en la etapa del posparto, de igual manera en el estudio realizado por Borah Kim et al., 2009 mantienen un punto de corte de igual o mayor a 13 puntos en la escala de Edimburgo.

Los resultados que obtuvieron Guan, Z et al., 2021 mostraron que si existe probabilidad entre la asociación del funcionamiento familiar y la DPP, mencionan que presentan resultados similares con otros estudios previos demostrando esta relación (Daches et al., 2018; Velders et al., 2011). Regresando al estudio realizado por Guan, Z et al., 2020 utilizaron la escala FACES IV donde se integra la dimensión de comunicación aparte de las ya incluidas en el FACES III que son cohesión y adaptabilidad familiar, obtuvieron un interesante hallazgo el cual es que a mayor disfunción a nivel de la comunicación en la familia mayor el riesgo de DPP, también encontraron que si las tareas de los roles familiares no están claros hay un alto riesgo de padecer DPP ya que la nueva madre puede pensar que las tareas no están

distribuidas equitativamente y pueden sentirse física y mentalmente exhaustas. (1) Borah Kim et al., 2009 obtuvieron resultados los cuales mostraron que a menor cohesión, adaptabilidad familiar y cambios de humor durante el embarazo va a presentar mayor riesgo de padecer DPP, por lo que si se encontró esta asociación presentando puntuaciones significativas. (2)

Sin embargo, en nuestro estudio solo se encontró que padecer una cohesión familiar de tipo desligada, unida y aglutinada está asociado con presentar DPP, de la parte de la adaptabilidad familiar no se encontró ninguna asociación con la DPP y de igual manera el tipo de familia ya sea equilibrada, medio o extrema no hubo ningún resultado que se vea que se encuentra alguna asociación con este padecimiento.

CONCLUSIÓN

En las características sociodemográficas se muestra que predominaron las edades entre 26-30 años con un porcentaje de 29.8% de la población total, donde también se encontraban en mayor porcentaje las mujeres que se encontraban casadas con el 49.2%, de escolaridad media superior con el 48.4%, de ocupación al hogar siendo el 46.8%. En los antecedentes ginecoobstétricos en la edad del primer embarazo el 25.8% se encontraban entre las edades de 21-25 años, en número de embarazos con el 37.1% con 1 solo embarazo, en número de partos con el 47.6% no habían tenido partos, en número de cesáreas el 43.5% habían tenido 1 cesárea y por último en número de abortos el 73.5% no habían presentado abortos.

Los resultados obtenidos mostraron una prevalencia alta de depresión posparto siendo el 25.8% de la muestra, comparada con la prevalencia a nivel mundial del 10 al 15%, por lo que si son diferencias significativas de que ha ido en aumento la depresión posparto en las mujeres que se encuentran en etapa de puerperio.

Las asociaciones entre estas variables independientes del presente estudio con la variable dependiente, se mostró que existe una asociación significativa con la cohesión familiar de tipo desligada, unida y aglutinada para padecer depresión posparto, mientras que la adaptabilidad familiar y los tipos de familia no se encontró asociación alguna, viéndose así ciertas diferencias con estudios anteriores donde encontraron que ambos, la cohesión y adaptabilidad familiar pueden ser factores de riesgo para la depresión posparto.

GLOSARIO

DPP: Depresión Posparto

EPDS: Escala de Depresión Posparto de Edimburgo

TTP: Tristeza Posparto

UMF: Unidad de Medicina Familiar

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

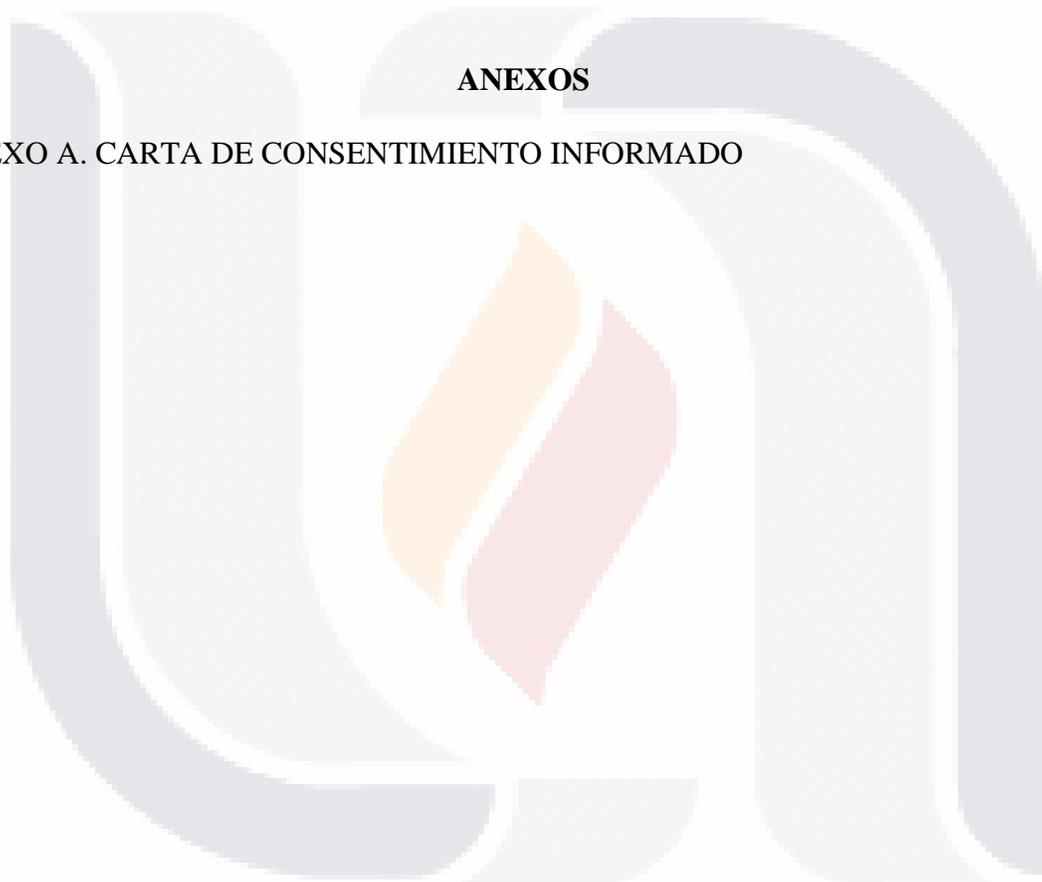
1. Guan Z, Wang Y, Hu X, Chen J, Qin C, Tang S, et al. Postpartum depression and family function in Chinese women within 1 year after childbirth: A cross-sectional study. WILEY . 2021;1–10.
2. Borah Kim, Shin Young Suh, Sung Woon Chang, Sang-Hyuk Lee, Tae Kyou Choi, Yong-Woo Kim. Evaluation of Family Adaptability and Cohesion as Risk Factor of Postpartum Depression:Preliminary Study. Korean J Psychosomatic Medicine. 2009;17:15–22.
3. Illescas Blanca, Márquez Feliz, Guillen Edith. Asociación de funcionalidad familiar y depresión preparto. Instituto mexicano del Seguro . 2021;1–31.
4. Robles Denneen, Ortega Guadalupe, Solis Raquel, Ayala Rafael. Prevalencia y Correlación dela depresión gestacional y funcionalidad familiar en mujeres embarazadas de la UMF No. 28, Mexicali BC. Instituto Mexicano del Seguro Social . 2019;1–45.
5. Milapkumar Patel, Rahn K. Bailey, Shagufta Jabeen, Shahid Ali. Postpartum Depression: A Review. J Health Care Poor Underserved. 2012;23:534–42.
6. Malpartida M. Depresión postparto en atención primaria. Revista Médica Sinergia. 2020;5:1–5.
7. C. Njoku MG. Causes and consequences of postpartum depression among women. The International Journal of Social Sciences. 2013;64–9.
8. Stewart D, Vigod S. Postpartum Depression: Pathophysiology, Treatment, and Emerging Therapeutics. Annual Reviews. 2019;70:183–96.
9. Verinder S, Priya S. Postpartum Depression: Diagnostic and Treatment Issues. Women´s Health. 2012;436–42.

10. Liangtie Dai, Lingna Wang. Review of Family Functioning. *Open J Soc Sci.* 2015;3:134–41.
11. Delfín Claudia, Cano Rodrigo, Peña Erwin. Funcionalidad familiar como política de asistencia social en México. *Rev Cienc Soc.* 2020;26:43–55.
12. Siguenza Wilson, Espinoza Antonio. Funcionamiento Familiar según el Modelo Circumplejo de Olson . Universidad de Cuenca. 2015;1–64.
13. Villarreal David, Paz Angel. Cohesión, adaptabilidad y composición familiar en adolescentes del Callao, Perú. *Scielo.* 2017;5:21–64.
14. Miranda Kevin, Kobayashi Luis. Asociación entre disfuncionalidad familiar y depresión posparto en púerperas del Centro de Atención Primaria III Luis Negreiros Vega en enero 2017. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2017;1–39.
15. Guía de Práctica Clínica. Prevención, diagnóstico y manejo de la depresión prenatal y posparto en el primer y segundo niveles de atención. CENETEC. 2021;1–60.
16. Malpartida M. Familia: enfoque y abordaje en la atención primaria. *Revista Médica Sinergia.* 2020;5:1–14.
17. Instituto Mexicano del Seguro Social Dirección de Prestaciones Médicas. Diagnóstico y tratamiento del Trastorno Depresivo en el adulto . Instituto Mexicano del Seguro Social. 2015;1–63.
18. Gobierno de México. Analizan la depresión posparto y la depresión materna en México. Instituto Nacional De Salud Pública. 2022;
19. Lara MA, Patiño P, Navarrete L, Nieto L. Depresión posparto, un problema de salud pública que requiere de mayor atención en México. Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales. 2015;
20. Mendez C. Proyecto de intervención educativa para disminuir los riesgos de padecer depresión posparto. Universidad de la Laguna. 2018;1–43.
21. Fernandez J, Iturriza A, Toro J, Valbuena R. Depresión posparto valorada mediante la escala de Edimburgo. *Obstetricia y Ginecología Venezuela.* 2014;229–43.
22. Esquivel C, Sifuentes A, Salas C, Martinez C. Validation of the Edinburgh postpartum depression scale in a population of puerperal women in Mexico. *BioMed Central.* 2006;1–5.
23. J L C, J M H, R Sagovsky. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *BJPsych.* 1987;782–6.

24. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Ley General de Salud. Secretaria General. 2021 Jun 1;
25. Asociación Médica Mundial. DECLARACIÓN DE HELSINKI DE LA AMM – PRINCIPIOS ÉTICOS PARA LAS INVESTIGACIONES MÉDICAS EN SERES HUMANOS. Asamblea Médica Mundial. 2013;
26. Vaezi A, Soojoodi b F, Banihashemi c AT, Nojomi M. The association between social support and postpartum depression in women: A cross sectional study. Elsevier. 2018;1–5.

ANEXOS

ANEXO A. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



 <p>IMSS SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL</p>	<p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD</p>
	<p>Carta de Consentimiento informado para participación en protocolos de investigación (Adultos)</p>
<p>Nombre de:</p>	<p>Cohesión y adaptabilidad familiar y su asociación con depresión post parto en las pacientes de 15 a 44 años de edad, adscritas a la unidad de medicina familiar no. 7.</p>
<p>Patrocinador externo (si aplica):</p>	<p>No aplica</p>
<p>Lugar y fecha:</p>	<p>Aguascalientes, Aguascalientes, 22/Mayo/2022</p>
<p>Número de registro institucional:</p>	<p>.....</p>
<p>Justificación y objetivo del estudio:</p>	<p>La depresión postparto es un trastorno depresivo que se presenta después de que nace su bebé y puede extenderse hasta los primeros 6 meses después del parto, usted puede sentirse física y mentalmente agotada, produciendo emociones negativas. Además, esta enfermedad puede asociarse a la manera en la que funciona su familia. Por lo que el objetivo de la presente investigación es identificar la asociación de depresión postparto y funcionalidad familiar en las pacientes de 15 a 35 años de edad, adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No. 7.</p>
<p>Procedimientos:</p>	<p>Una vez autorizado el protocolo por el Comité Local de Investigación en Salud, se solicitará autorización a la Directora de la Unidad de Medicina Familiar No. 7, para iniciar a aplicar los instrumentos de recolección de datos. La investigadora asociada invitará a las pacientes en período de puerperio tardío que acudan a recibir atención médica a participar en el estudio. Se asignará un horario en turno matutino y en turno vespertino para reunir a los participantes en el aula de educación de la Unidad de Medicina Familiar No. 7. Se les explicará el objetivo de la investigación y se procederá a entregar las cartas de consentimiento informado, para la respectiva firma por parte de los participantes. Para la recolección de los datos, se aplicarán tres cuestionarios autoadministrados. En primer lugar, se aplicará un cuestionario en donde se integran las características sociodemográficas de la población. El segundo instrumento de medición es el cuestionario de Edimburgo, para evaluar la detección de depresión postparto. El tercer instrumento a utilizar es cuestionario FACES III, para medir la funcionalidad familiar. En caso de que alguno de los pacientes presente alguna crisis emocional por el tema que se manejará, se contará con el apoyo de la Lic. En Psicología de la Unidad para el manejo de los pacientes.</p>
<p>Posibles riesgos y molestias:</p>	<p>La paciente dedicará un tiempo a contestar la encuesta. No hay posibles riesgos ya que no se realizarán procedimientos invasivos. La molestia será dedicar un tiempo a contestar la encuesta. En caso de crisis emocionales se contará con el apoyo de la psicóloga de la unidad para la atención de los pacientes.</p>
<p>Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:</p>	<p>Los beneficios serán la identificación de la asociación de la depresión postparto y la cohesión y adaptabilidad familiar para poder así identificar a las pacientes que presenten este desorden y puedan ser tratadas de forma oportuna.</p>
<p>Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:</p>	<p>Se brindarán de manera confidencial a cada participante.</p>
<p>Participación o retiro:</p>	<p>Mediante la firma del consentimiento informado. El sujeto podrá retirarse en el momento que lo decida.</p>
<p>Privacidad y confidencialidad:</p>	<p>Se cuidará la privacidad.</p>
<p>Declaración de consentimiento:</p>	
<p>Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:</p>	
<p><input type="checkbox"/></p>	<p>No acepto participar en el estudio.</p>
<p><input type="checkbox"/></p>	<p>Si acepto participar.</p>
<p>En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:</p>	
<p>Investigadora o Investigador Responsable:</p>	<p>Dra. Erika Lorena Vega Silva. Médico Familiar. Unidad de Medicina Familiar No. 7. Avenida Aguascalientes No. 603, Colonia San Marcos. C.P. 20070. Aguascalientes. Teléfono: 4491643897.</p>
<p>Colaboradores:</p>	<p>Dra. Claudia Patricia Juárez Varela. Hospital General de Zona No. 1. Avenida José María Chávez No. 1201, Colonia Lindavista. C.P. 20070. Aguascalientes. Teléfono: 4491643897.</p>
<p>En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité Local de Ética de Investigación en Salud del CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4º piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, correo electrónico: comite_etica_inv@imss.eob.mx</p>	
<p>_____ Nombre y firma del participante</p>	<p>_____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento</p>
<p>_____ Testigo 1</p>	<p>_____ Testigo 2</p>
<p>_____ Nombre, dirección, relación y firma</p>	<p>_____ Nombre, dirección, relación y firma</p>
<p>Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.</p>	
<p>Clave: 2810-009-013</p>	

ANEXO B. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Instrucciones: Responda todas las preguntas con X o circulando el inciso que usted elija. Si no se encuentra segura de la respuesta, seleccione la respuesta que parezca más apropiada.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1.- Edad:

- a) 15-20 b) 21-25 c) 26-30 d) 31-35 e) 36-44

2.- Estado civil:

- a) Soltera b) Casada c) Unión Libre d) Divorciada e) Viuda

3.- Escolaridad:

- a) Sin escolaridad b) Básica c) Media superior d) Superior e) No especificada

4.- Ocupación

- a) Funcionarios, directores y jefes
- b) Profesionistas y técnicos
- c) Trabajadores auxiliares en actividades administrativas
- d) Comerciantes, empleados en ventas y agentes de ventas
- e) Trabajadores en servicios personales y de vigilancia
- f) Trabajadores en actividades agrícolas, ganaderas, forestales, caza y pesca
- g) Trabajadores artesanales, en la construcción y otros oficios
- h) Operadores de maquinaria industrial, ensambladores, choferes y conductores de transporte
- i) Trabajadores en actividades elementales y de apoyo
- j) Al hogar

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

1.- ¿Cuál era su edad cuando se embarazo por primera vez?

- a) 15-20 b) 21-25 c) 26-30 d) 31-35 e) 36-44

2.- ¿Cuántos embarazos que ha tenido?

- a) 1 b) 2 c) 3 d) 4 e) 5 o más

3.- ¿Cuántos partos ha tenido?

- a) 1 b) 2 c) 3 d) 4 e) 5 o más

4.- ¿Cuántas cesáreas ha tenido?

- a) 1 b) 2 c) 3 d) 4 e) 5 o más

5.- ¿Cuántos abortos ha tenido?

- a) 1 b) 2 c) 3 d) 4 e) 5 o más

6.- ¿Le han diagnosticado depresión previamente?

- a) Si b) No

7.- ¿Estaba embarazada o en etapa de puerperio cuando le diagnosticaron depresión?

- a) Si b) No



ENCUESTA DE EDIMBURGO

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

- a) Tanto como siempre
- b) No tanto ahora
- c) Sin duda, mucho menos ahora
- d) No, en absoluto

2.- He mirado al futuro con placer para hacer cosas:

- a) Tanto como siempre
- b) Algo menos de lo que solía hacerlo
- c) Definitivamente menos de lo que solía hacerlo
- d) Prácticamente nunca

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

- a) Sí, casi siempre
- b) Sí, algunas veces siempre
- c) No muy a menudo siempre
- d) No, nunca siempre

4.- He estado ansiosa y preocupada sin motivo alguno:

- a) No, en absoluto
- b) Casi nada
- c) Sí, a veces
- d) Sí, muy a menudo

5.- He sentido miedo o pánico sin motivo alguno:

- a) Sí, bastante
- b) Sí, a veces
- c) No, no mucho
- d) No, en absoluto

6.- Las cosas me oprimen o agobian:

- a) Sí, la mayor parte del tiempo no he podido sobrellevarlos
- b) Sí, a veces no he podido sobrellevarlas
- c) No, la mayoría de las veces he podido sobrellevar bastante bien
- d) No, he podido sobrellevarlo tan bien como lo he hecho siempre

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

- a) Sí, casi siempre
- b) Sí, a veces nunca
- c) No, muy a menudo nunca
- d) No, en absoluto nunca

8.- Me he sentido triste y desgraciada:

- a) Sí, casi siempre
- b) Sí, bastante a menudo
- c) No muy a menudo
- d) No, en absoluto

9.- Me he sentido tan infeliz que he estado llorando:

- a) Sí, casi siempre
- b) Sí bastante a menudo
- c) Ocasionalmente
- d) No, nunca

10.- He pensado en hacerme daño:

- a) Sí, bastante a menudo
- b) A veces
- c) Casi nunca
- d) No, nunca

ENCUESTA FACES III

1.- Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí

- a) Nunca
- b) Casi nunca
- c) Algunas veces
- d) Casi siempre
- e) Siempre

2. En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas

- a) Nunca
- b) Casi nunca
- c) Algunas veces
- d) Casi siempre
- e) Siempre

3. Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia

- a) Nunca
- b) Casi nunca
- c) Algunas veces
- d) Casi siempre
- e) Siempre

4. Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina

- a) Nunca
- b) Casi nunca
- c) Algunas veces
- d) Casi siempre
- e) Siempre

5. Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos

- a) Nunca
- b) Casi nunca
- c) Algunas veces
- d) Casi siempre
- e) Siempre

6. Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad

- a) Nunca

- b) Casi nunca
- c) Algunas veces
- d) Casi siempre
- e) Siempre

7. Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia

- a) Nunca
- b) Casi nunca
- c) Algunas veces
- d) Casi siempre
- e) Siempre

8. Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas

- a) Nunca
- b) Casi nunca
- c) Algunas veces
- d) Casi siempre
- e) Siempre

9. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia

- a) Nunca
- b) Casi nunca
- c) Algunas veces
- d) Casi siempre
- e) Siempre

10. Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos

- a) Nunca
- b) Casi nunca
- c) Algunas veces
- d) Casi siempre
- e) Siempre

11. Nos sentimos muy unidos

- a) Nunca
- b) Casi nunca
- c) Algunas veces
- d) Casi siempre
- e) Siempre

12. En nuestra familia los hijos toman las decisiones

- a) Nunca
- b) Casi nunca
- c) Algunas veces
- d) Casi siempre
- e) Siempre

13. Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente

- a) Nunca
- b) Casi nunca
- c) Algunas veces
- d) Casi siempre
- e) Siempre

14. En nuestra familia las reglas cambian

- a) Nunca
- b) Casi nunca
- c) Algunas veces
- d) Casi siempre
- e) Siempre

15. Con facilidad podemos planear actividades en familia

- a) Nunca
- b) Casi nunca
- c) Algunas veces
- d) Casi siempre
- e) Siempre

16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros

- a) Nunca
- b) Casi nunca
- c) Algunas veces

- d) Casi siempre
- e) Siempre

17. Consultamos unos con otros para tomar decisiones

- a) Nunca
- b) Casi nunca
- c) Algunas veces
- d) Casi siempre
- e) Siempre

18. En nuestra familia es difícil identificar quién tiene la autoridad

- a) Nunca
- b) Casi nunca
- c) Algunas veces
- d) Casi siempre
- e) Siempre

19. La unión familiar es muy importante

- a) Nunca
- b) Casi nunca
- c) Algunas veces
- d) Casi siempre
- e) Siempre

20. Es difícil decir quién hace las labores del hogar

- a) Nunca
- b) Casi nunca
- c) Algunas veces
- d) Casi siempre
- e) Siempre

ANEXO C. OPERALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

SECCIÓN I					
DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS					
ITE	VARIABLE	DEFINICIÓN	ESCALA	INDICADORE	CÓDIG
M		CONCEPTUA	DE	S	O
		L	MEDICIÓN		
			N		

1	EDAD	Años que ha existido un ser humano	Cuantitativa Discreta	15-20 21-25 26-30 31-35 36-44	1 2 3 4 5
2	ESTADO CIVIL	Situación personal en la que se encuentran las personas, indicando el estatus respecto al matrimonio.	Cualitativa Nominal	Soltera Casada Unión Libre Divorciada Viuda	1 2 3 4 5
3	ESCOLARIDAD	Tiempo en el que un estudiante acude a un colegio, especialmente que dura la enseñanza obligatoria.	Cualitativa Nominal	Sin escolaridad Básica Media superior Superior No especificada	1 2 3 4 5
4	OCUPACIÓN	conjunto de actividades que son realizadas para lograr una meta para atender necesidades humanas.	Cualitativa Nominal	Funcionarios, directores y jefes Profesionistas y técnicos Trabajadores auxiliares en actividades administrativas	1 2 3

				Comerciantes, empleados en ventas y agentes de ventas	4
				Trabajadores en servicios personales y de vigilancia	5
				Trabajadores en actividades agrícolas, ganaderas, forestales, caza y pesca	6
				Trabajadores artesanales, en la construcción y otros oficios	7
				Operadores de maquinaria industrial, ensambladores, choferes y conductores de transporte	8
				Trabajadores en actividades elementales y de apoyo	9
				Al hogar	10

--	--	--	--	--	--

SECCIÓN II					
ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS					
ITE M	VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADORES	CÓDIGO
1	EDAD DEL PRIMER EMBARAZO	Edad de la persona cuando se embarazo por primera ocasión.	Cuantitativa Discreta	15-20 21-25 26-30 31-35 36-44	1 2 3 4 5
2	NÚMERO DE EMBARAZOS QUE HA TENIDO	Número de embarazos que la paciente ha gestado en el transcurso de su vida.	Cualitativa Nominal	1 2 3 4 5 o más	1 2 3 4 5
3	NÚMERO DE PARTOS QUE HA TENIDO	Número de partos que la paciente ha gestado en el transcurso de su vida.	Cualitativa Nominal	1 2 3 4 5 o más	1 2 3 4 5
4	NÚMERO DE CESÁREAS QUE HA TENIDO	Número de cesáreas que la paciente ha gestado en el transcurso de su vida.	Cualitativa Nominal	1 2 3 4 5 o más	1 2 3 4 5

5	NÚMERO DE ABORTOS QUE HA TENIDO	Número de abortos que la paciente ha gestado en el transcurso de su vida.	Cualitativa Nominal	1 2 3 4 5 o más	1 2 3 4 5
6	DIAGNÓSTICO O PREVIO DE DEPRESIÓN	La paciente ha tenido diagnóstico de depresión antes de su embarazo	Cualitativa Nominal	Si No	1 2
7	DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN DURANTE EMBARAZO O PUERPERIO	La paciente ha tenido el diagnóstico de depresión durante el embarazo o puerperio	Cualitativa Nominal	Si No	1 2

SECCIÓN III.

DEPRESIÓN POSTPARTO (ESCALA DE EDIMBURGO)

CONCEPTO: Es una enfermedad no autolimitada, fluctúa entre el 10-15% en mujeres durante los primeros 6 meses después del parto. Dura más tiempo que el TPP y tiene mayor impacto en la familia

OBJETIVO	DIMENSIÓN	CONCEPTO	ITEM	TIPO DE VARIABLE	CODIFICACIÓN
Identificar la depresión	Depresión	Trastorno mental que se	He podido reír y ver el lado	Cuantitativa Nominal	0 1 2

postparto en las pacientes de 15 a 35 años de edad, adscritas a la UMF 7		caracteriza por un estado de ánimo bajo con sentimientos de aflicción	bueno de las cosas	Opción Múltiple	3	
				Me he sentido tan infeliz, que he tenido dificultad para dormir	Cuantitativ a Nominal Opción Múltiple	3 2 1 0
				Me he sentido triste y desgraciad a	Cuantitativ a Nominal Opción Múltiple	3 2 1 0
				Me he sentido tan infeliz que he estado llorando	Cuantitativ a Nominal Opción Múltiple	3 2 1 0
	Ansiedad	Sentimiento de angustia, temor, taquicardia		He estado ansiosa y preocupad a sin motivo alguno	Cuantitativ a Nominal Opción Múltiple	0 1 2 3
				He sentido miedo o pánico sin motivo alguno	Cuantitativ a Nominal Opción Múltiple	3 2 1 0

			Las cosas me oprimen o agobian	Cuantitativa Nominal Opción Múltiple	3 2 1 0
Desesperanza e ideación suicida	Es el acto en el que un ser humano presenta pensamientos de provocarse la muerte de forma planeada.	s de	He mirado al futuro con placer para hacer cosas	Cuantitativa Nominal Opción Múltiple	0 1 2 3
			Me he culpado sin necesidad cuando las cosas marchaban mal	Cuantitativa Nominal Opción Múltiple	3 2 1 0
			He pensado en hacerme daño	Cuantitativa Nominal Opción Múltiple	3 2 1 0

SECCIÓN IV.

COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR (ESCALA FACES III)

CONCEPTO: Interacción de vínculos afectivos entre miembros de la familia (cohesión); los cuales pueden ser capaces de cambiar la estructura familiar con el fin de superar las dificultades evolutivas familiares (adaptabilidad).

OBJETIVO	DIMENSIÓN	CONCEPTO	ITEM	TIPO DE VARIABLE	CODIFICACIÓN
Identificar la funcionalidad familiar en las pacientes de 15 a 35 años de edad adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No. 7	Cohesión familiar	Integrantes de una familia se encuentran unidos o apartados	Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí	Cuantitativa Nominal Opción Múltiple	1 2 3 4 5
			Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia	Cuantitativa Nominal Opción Múltiple	1 2 3 4 5
			Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos	Cuantitativa Nominal Opción Múltiple	1 2 3 4 5
			Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia	Cuantitativa Nominal Opción Múltiple	1 2 3 4 5
			Nos gusta pasar el tiempo libre en familia	Cuantitativa Nominal Opción Múltiple	1 2 3 4

					5
			Nos sentimos muy unidos	Cuantitativa Nominal Opción Múltiple	1 2 3 4 5
			Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente	Cuantitativa Nominal Opción Múltiple	1 2 3 4 5
			Con facilidad podemos planear actividades en familia	Cuantitativa Nominal Opción Múltiple	1 2 3 4 5
			Consultamos unos con otros para tomar decisiones	Cuantitativa Nominal Opción Múltiple	1 2 3 4 5
			La unión familiar es muy importante	Cuantitativa Nominal Opción Múltiple	1 2 3 4 5
	Adaptabilidad familiar	Es donde la familia	En nuestra familia se	Cuantitativa Nominal	1 2

		puede cambiar sus roles, estructura de poder	toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas	Opción Múltiple	3 4 5
			Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina	Cuantitativa Nominal Opción Múltiple	1 2 3 4 5
			Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad	Cuantitativa Nominal Opción Múltiple	1 2 3 4 5
			Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas	Cuantitativa Nominal Opción Múltiple	1 2 3 4 5
			Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos	Cuantitativa Nominal Opción Múltiple	1 2 3 4 5
			En nuestra familia los hijos toman las decisiones	Cuantitativa Nominal Opción Múltiple	1 2 3 4

					5
			En nuestra familia las reglas cambian	Cuantitativa Nominal Opción Múltiple	1 2 3 4 5
			Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros	Cuantitativa Nominal Opción Múltiple	1 2 3 4 5
			En nuestra familia es difícil identificar quién tiene la autoridad	Cuantitativa Nominal Opción Múltiple	1 2 3 4 5
			Es difícil decir quién hace las labores del hogar	Cuantitativa Nominal Opción Múltiple	1 2 3 4 5

ANEXO D. MANUAL OPERACIONAL

Estas encuestas tienen la finalidad de recolectar información para investigar sobre “Cohesión y adaptabilidad familiar y su asociación con la depresión posparto en mujeres que se encuentran en el período posparto” mediante dos instrumentos que se mencionaran a continuación. Le agradecemos que conteste los más parecido a su realidad y características

personales, teniendo en cuenta que tenga confianza en que la información será utilizada para investigación y manejada por los investigadores exclusivamente.

Formato de datos sociodemográficos, académicos, laborales y gineco-obstétricos.

FOLIO _____.

I.- Datos generales.

Edad

Estado Civil

Escolaridad

Ocupación

Codificación: X o círculo

II.- Antecedentes Obstétricos.

Edad del primer embarazo

Número de embarazos que ha tenido

Número de partos que ha tenido

Número de cesáreas que ha tenido

Número de abortos que ha tenido

Diagnóstico previo de depresión

Diagnóstico de depresión durante embarazo o puerperio

Codificación: X o círculo

Escala de Edimburgo

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

Aclaración

Se conoce si presenta felicidad.

Este es positivo.

Codificación: X o círculo

2.- He mirado al futuro con placer para hacer cosas:

Aclaración

Se conoce si se ve en un futuro seguro y feliz.

Este es positivo.

Codificación: X o círculo

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

Aclaración

Se conoce la culpabilidad

Este es negativo.

Codificación: X o círculo

4.- He estado ansiosa y preocupada sin motivo alguno:

Aclaración

Se conoce si presenta ansiedad y preocupaciones excesivas.

Este es positivo.

Codificación: X o círculo

5.- He sentido miedo o pánico sin motivo alguno:

Aclaración

Se conoce la presencia de miedo

Este es negativo.

Codificación: X o círculo

6.- Las cosas me oprimen o agobian:

Aclaración

Se conoce si se siente agobiada y cansada.

Este es negativo.

Codificación: X o círculo

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

Aclaración

Se conoce si presenta insomnio y infelicidad.

Este es negativo.

Codificación: X o círculo

8.- Me he sentido triste y desgraciada:

Aclaración

Se conoce si presenta tristeza.

Este es negativo.

Codificación: X o círculo

9.- Me he sentido tan infeliz que he estado llorando:

Aclaración

Se conoce si se siente infeliz con su vida.

Este es negativo.

Codificación: X o círculo

10.- He pensado en hacerme daño:

Aclaración

Se conoce si presenta ideación suicida.

Este es negativo.

Codificación: X o círculo

Encuesta de FACES III

1.- Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí

Aclaración

Se conoce la cohesión familiar

Codificación: X o círculo

2. En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas

Aclaración

Se conoce la flexibilidad familiar.

Codificación: X o círculo

3. Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia

Aclaración

Se conoce la cohesión familiar

Codificación: X o círculo

4. Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina

Aclaración

Se conoce: flexibilidad familiar.

Codificación: X o círculo

5. Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos

Aclaración

Se conoce la cohesión familiar

Codificación: X o círculo

6. Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad

Aclaración

Se conoce la flexibilidad familiar.

Codificación: X o círculo

7. Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia

Aclaración

Se conoce la cohesión familiar

Codificación: X o círculo

8. Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas

Aclaración

Se conoce la flexibilidad familiar.

Codificación: X o círculo

9. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia

Aclaración

Conoce: cohesión familiar.

Codificación: X o círculo

10. Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos

Aclaración

Se conoce la flexibilidad familiar.

Codificación: X o círculo

11. Nos sentimos muy unidos

Aclaración

Se conoce la cohesión familiar.

Codificación: X o círculo

12. En nuestra familia los hijos toman las decisiones

Aclaración

Conoce: flexibilidad familiar.

Codificación: X o círculo

13. Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente

Aclaración

Se conoce la cohesión familiar.

Codificación: X o círculo

14. En nuestra familia las reglas cambian

Aclaración

Conoce: flexibilidad familiar.

Codificación: X o círculo

15. Con facilidad podemos planear actividades en familia

Aclaración

Se conoce la cohesión familiar.

Codificación: X o círculo

16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros

Aclaración

Se conoce la flexibilidad familiar.

Codificación: X o círculo

17. Consultamos unos con otros para tomar decisiones

Aclaración

Conoce: cohesión familiar.

Codificación: X o círculo

18. En nuestra familia es difícil identificar quién tiene la autoridad

Aclaración

Conoce: flexibilidad familiar.

Codificación: X o círculo

19. La unión familiar es muy importante

Aclaración

Conoce: cohesión familiar.

Codificación: X o círculo

20. Es difícil decir quién hace las labores del hogar

Aclaración

Conoce: flexibilidad familiar.

Codificación: X o círculo

ANEXO E. Carta de no inconveniente

