



**UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS
“DR. IGNACIO CHÁVEZ”**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN REGIONAL EN MICHOACÁN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 80**

SANDRA DURÁN VILLA.

MÉDICO CIRUJANO Y PARTERO.

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

**FRECUENCIA DE DEPRESIÓN Y PRINCIPALES FACTORES
ASOCIADOS EN MUJERES, DURANTE EL TERCER TRIMESTRE
DE GESTACIÓN Y POST PARTO**

ASESOR:

**DRA. LILIANA TERESA GARCÍA MARTÍNEZ
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA**

CO-ASESOR:

**DR. BENIGNO FIGUEROA NÚÑEZ
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

CO-ASESOR ESTADÍSTICO

**MAT. CARLOS GÓMEZ ALONSO
ANALISTA COORDINADOR “A”**

Morelia, Mich., Febrero 2013.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DR. BENIGNO FIGUEROA NÚÑEZ
COORDINACION DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL

DR. LUIS ESTRADA SALAZAR
COORDINADOR AUXILIAR DE EDUCACIÓN

DR. JUAN GABRIEL PAREDES SARALEGUI
COORDINADOR AUXILIAR DE INVESTIGACIÓN

DR. RUBÉN RICARDO GARCÍA JIMÉNEZ
DIRECTOR DE LA UMF N°80

DRA OLIVA MEJÍA RODRÍGUEZ
COORDINADORA CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD UMF N° 80

DR JOSÉ RAMÓN SARABIA RAMÍREZ
PROFESOR TITULAR DE LA RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO

DR. VÍCTOR MANUEL FARÍAS RODRÍGUEZ
JEFE DE LA DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTRADO DE LA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS
“DR. IGNACIO CHÁVEZ”

DR. RAFAEL VILLA BARAJAS
COORDINADOR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS “DR. IGNACIO CHÁVEZ”

ESTE TRABAJO SE REALIZÓ EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°80 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN LA CIUDAD DE MORELIA, MICHOACÁN, MÉXICO.

ASESORA:

DRA. LILIANA TERESA GARCÍA MARTÍNEZ

ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA

COASESOR:

DR BENIGNO FIGUEROA NÚÑEZ

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

M.C. EN CIENCIAS MÉDICAS

COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL

COLABORADORES

DR. JUAN GABRIEL PAREDES SARALEGUI

MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA

COORDINADOR AUXILIAR DE INVESTIGACIÓN

DR. JUAN CARLOS GÓMEZ CALDERÓN

MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

JEFE DE SERVICIOS DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD PARA
TRABAJADORES IMSS

DRA. OLIVA MEJÍA RODRÍGUEZ
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
M.C. EN FARMACOLOGÍA CLÍNICA
COORDINADORA CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN Y SALUD EN LA UMF
N°80

PROFESORA DE ASIGNATURA "A"
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

DR RAFAEL VILLA BARAJAS
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
M.E. MÉDICA
COORDINADOR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS "DR IGNACIO CHÁVEZ"

MAT. CARLOS GÓMEZ ALONSO

TÉCNICO ANALISTA "A" CIBIMI

AGRADECIMIENTOS

A MI ASESORA:

DRA. LILIANA TERESA GARCÍA MARTÍNEZ

ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA

A MI COASESOR:

DR. BENIGNO FIGUEROA NÚÑEZ

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

M.C. EN CIENCIAS MÉDICAS

COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL

A MI COASESOR ESTADÍSTICO:

MAT. CARLOS GÓMEZ ALONSO

TÉCNICO ANALISTA "A" CIBIMI

DEDICATORIA

A Dios pues sin el nada de esto sería posible, gracias por darme la oportunidad de vivir, por darme salud y rodearme de seres maravillosos.

A mi esposo por todo su apoyo y amor, te amo mucho kis.

A mi mamá por tu ejemplo de fortaleza, por tu labor tan ardua, tu entereza, tu siempre estar dispuesta para cada una de tus hijos sin importar si lo merecíamos a no, te amo mami.

A mi papá por tu enorme sacrificio aun acosta tu salud y estabilidad, porque creíste en mí como yo en ti gracias papi te amo.

A mis hermanos de todos he aprendido mucho, Vero tu nobleza, apoyo y alegría los llevare a donde vaya. Sergio gracias por tu apoyo a veces económico cuando no le alcanzaba a mis papas y tu apoyo moral e incondicional. Mari no tengo palabras has sido mi ejemplo a seguir, tu trayectoria y perseverancia han sido motivo para inspirarme y ver que si se puede aunque todo parezca que no, gracias. Erikita naciste siendo una niña especial pero no te imaginas cuanto nos has enseñado y unido a todos, eres nuestro ángel gracias por tu inocencia y amor espero cuidarte siempre como te lo mereces. Los quiero mucho a todos hermanitos.

Un agradecimiento especial a mi abuelita Esperancita Q.E.D. fuiste la mejor, lamento mucho no habértelo dicho, siempre te recordare con tu alegría inigualable.

A mis amigos por su apoyo incondicional, los quiero.

A los médicos con los cuales rote y me enseñaron mucho, son parte de esto gracias.

ÍNDICE

CONTENIDO	PÁGINAS
I. ÍNDICE.....	1
II. RESUMEN.....	2
III. ABSTRACT.....	3
IV. ABREVIATURAS.....	4
V. GLOSARIO.....	5
VI. RELACIÓN DE CUADROS Y FIGURAS.....	8
VII. INTRODUCCIÓN.....	9
VIII. ANTECEDENTES.....	11
IX. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	22
X. JUSTIFICACIÓN.....	23
XI. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	24
XII. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS.....	25
XIII. PACIENTES Y MÉTODOS.....	26
XIV. ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	31
XV. RESULTADOS.....	34
XVI. DISCUSIÓN.....	46
XVII. CONCLUSIONES.....	49
XVIII. SUGERENCIAS.....	50
XIX. BIBLIOGRAFÍA.....	51
XX. RELACIÓN DE ANEXOS.....	56
TOTAL DE PÁGINAS	64

RESUMEN

ANTECEDENTES. La depresión es una enfermedad que afecta al organismo, al estado de ánimo, la manera de pensar y concebir la realidad. Durante el embarazo es frecuente y a diferencia de la puerperal, está subdiagnosticada.

OBJETIVO. Determinar la frecuencia de depresión y sus principales factores asociados en mujeres embarazadas en el tercer trimestre de gestación y el postparto.

PACIENTES Y MÉTODOS. Es un estudio observacional, transversal, descriptivo, prospectivo, con una muestra de 70 embarazadas y seguimiento en su postparto. La evaluación de la depresión se realizó a través de la Escala de Beck y la Edimburgo en el parto y postparto respectivamente.

RESULTADOS. De las 70 pacientes, 14 (20%) presentaron depresión durante el embarazo y 17 (24%) en el postparto, 8 (11.4%) en estadio leve y 6 (8.6%) moderado. El 90% de las pacientes refirió vivir en pareja, 5 (29%) tuvieron el antecedente de depresión antes del embarazo.

CONCLUSIONES. La frecuencia de depresión durante el embarazo fue mayor en nuestro estudio de lo que reporta la literatura mundial. La depresión postparto fue en frecuencia similar a otros estudios. El antecedente de depresión en el embarazo es un factor determinante para la depresión postparto y el haber cursado con depresión en otro momento de su vida parecer ser relevante.

Palabras Clave: Depresión, gestación, postparto, frecuencia, factores asociados.

ABSTRACT

BACKGROUND. Depression is a disease that affects the body, the state of mind, thinking and conceiving reality. During pregnancy is common and unlike postpartum is underdiagnosed.

OBJECTIVE. To determine the frequency of major depression and associated factors among pregnant women in the third trimester of pregnancy and postpartum.

PATIENTS AND METHODS. It is an observational, transversal, descriptive, prospective, with a sample of 70 pregnant and postpartum follow-up in his. The assessment of depression was carried out by Beck Scale and Edinburgh in childbirth and postpartum, respectively.

RESULTS. Of the 70 patients, 14 (20%) had depression during pregnancy and 17 (24%) in the postpartum, 8 (11.4%) in stage mild and 6 (8.6%) moderate. 90% of patients reported living with a partner, 5 (29%) had a history of depression before pregnancy.

CONCLUSIONS. The frequency of depression during pregnancy was higher in our study than reported in world literature. Postpartum depression was often similar to other studies. The history of depression in pregnancy is a determinant factor for postpartum depression and depression have studied with another point in his life seem to be relevant.

Keywords: Depression, pregnancy, postpartum, frequency, associated factors.

ABREVIATURAS

APA: Asociación Americana de Psiquiatría

BDI: Inventario de Depresión de Beck

CRH: Hormona Adrenocorticotropa

DIU: Dispositivo intrauterino

EPDS: Escala de depresión posnatal del Edimburgo

GABA: Ácido Gama Amino Butírico

GHQ: Cuestionario de Salud General

IDS: Inventario de la sintomatología depresiva

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social

INEGI: Instituto Nacional de Estadística y Geografía

Nº: Número

OMS: Organización Mundial de la Salud

PPD: Depresión postparto

SAD: Trastorno afectivo estacional

SNC: Sistema nervioso central

UMF: Unidad de Medicina Familiar

GLOSARIO

Aborto: El aborto es la expulsión o extracción de su madre de un embrión o feto de menos de 500 gramos de peso, que se alcanza a las 22 semanas.

Adolescencia: Es un período en el desarrollo biológico, psicológico, sexual y social inmediatamente posterior a la niñez y que comienza con la pubertad. Su rango de duración varía según las diferentes fuentes y opiniones médicas, científicas y psicológicas, pero generalmente se enmarca su inicio entre los 10 a 12 años, y su finalización a los 19.

Antidepresivo: Son medicamentos para el tratamiento de las depresiones mayores. Se dividen en tres clases: los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO), los tricíclicos, y los antidepresivos de segunda generación, que actúan sobre la recaptación de los tres principales neurotransmisores que intervienen en la depresión, es decir, la serotonina, la dopamina o la noradrenalina, o de dos de ellas.

Autoestima: Es un conjunto de percepciones, pensamientos, evaluaciones, sentimientos y tendencias de comportamiento dirigidas hacia nosotros mismos, hacia nuestra manera de ser y de comportarnos, y hacia los rasgos de nuestro cuerpo y nuestro carácter. En resumen, es la percepción evaluativa de sí mismo.

Bajo peso al nacer: Se da cuando un niño pesa menos de 2,500 gramos al nacer, esta medición debe realizarse al momento de nacer o dentro de las primeras horas de vida, antes de que la significativa pérdida postnatal haya ocurrido.

Cortisol: es una hormona esteroidea, o glucocorticoide, producida por la glándula suprarrenal. Se libera como respuesta al estrés y a un nivel bajo de glucocorticoides en la sangre. Sus funciones principales son incrementar el nivel de azúcar en la sangre a través de la gluconeogénesis, suprimir el sistema inmunológico y ayudar al metabolismo de grasas, proteínas, y carbohidratos.

Déficit de atención: Es la ausencia, carencia o insuficiencia de las actividades de orientación, selección y mantenimiento de la atención, así como la deficiencia del control y de su participación con otros procesos psicológicos, con sus consecuencias específicas. Se caracterizados por la deficiencia atencional, la hiperactividad y la impulsividad.

Depresión: Es un síndrome o conjunto de síntomas que afectan principalmente a la esfera afectiva: la tristeza patológica, el decaimiento, la irritabilidad o un trastorno del humor que puede disminuir el rendimiento en el trabajo o limitar la actividad vital habitual, independientemente de que su causa sea conocida o desconocida. Aunque éste es el núcleo principal de síntomas, la depresión también puede expresarse a través de afecciones de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático.

Edad Gestacional: se refiere a la edad de un embrión, un feto o un recién nacido desde el primer día de la última regla. Es un sistema estandarizado para cuantificar la progresión del embarazo.

Embarazo: Es el período que transcurre entre la implantación en el útero del óvulo fecundado y el momento del parto en cuanto a los significativos cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, como la interrupción de los ciclos menstruales, o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia.

Fobias: es un trastorno de salud emocional o psicológica que se caracteriza por un miedo intenso y desproporcionado ante objetos o situaciones concretas.

Frecuencia: es una magnitud que mide el número de repeticiones por unidad de tiempo de cualquier fenómeno o suceso periódico.

Gestación: Los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno. En teoría, la gestación es del feto y el embarazo es de la mujer, aunque en la práctica muchas personas utilizan ambos términos como sinónimos.

Hormona: son sustancias secretadas por células especializadas, localizadas en glándulas de secreción interna o glándulas endocrinas (carentes de conductos), o también por células epiteliales e intersticiales cuyo fin es la de afectar la función de otras células.

Lactancia: Es la alimentación con leche del seno materno. Es una forma inigualable de facilitar el alimento ideal para el crecimiento y desarrollo correcto de los niños.

Neurotransmisor: Es una biomolécula que transmite información de una neurona a otra neurona consecutiva, unidas mediante una sinapsis. El neurotransmisor se libera por las vesículas en la extremidad de la neurona presináptica durante la propagación del impulso

nervioso, atraviesa el espacio sináptico y actúa cambiando el potencial de acción en la neurona siguiente (denominada postsináptica) fijándose en puntos precisos de su membrana plasmática.

Parto pretérmino: Es el parto ocurrido antes de 37 semanas de gestación, en oposición a la mayoría de los embarazos que duran más de 37 semanas, contadas desde el primer día de la última menstruación.

Postparto: Período inmediatamente posterior al parto.

Preeclampsia: Síndrome que se presenta desde la vigésima semana del embarazo en adelante, durante el parto y el puerperio, caracterizado por hipertensión arterial y proteinuria.

Prevalencia: proporción de individuos de un grupo o una población que presentan una característica o evento determinado en un momento o en un período determinado.

RELACIÓN DE CUADROS Y GRAFICAS

CONTENIDO

			PÁGINA
FIGURA	1	Estado civil del total de pacientes	34
FIGURA	2	Escolaridad del total de pacientes	35
FIGURA	3	Ocupación del total de pacientes	36
FIGURA	4	Métodos de planificación familiar utilizados antes del embarazo actual de las pacientes	37
TABLA	I	Variables socio demográficas en pacientes con depresión leve, moderada y sin depresión	39
TABLA	II	Variables clínicas en pacientes con depresión leve, moderada y sin depresión durante el embarazo	40
TABLA	III	Antecedentes personales en pacientes con depresión leve, moderada y sin depresión en el embarazo	41
TABLA	IV	Relaciones interpersonales con la familia, pareja e hijos de las embarazadas con depresión leve, moderada y sin depresión	42
TABLA	V	Variables clínicas de pacientes con depresión leve, moderada y sin depresión	44
TABLA	VI	Frecuencia de depresión durante el embarazo y postparto	45

INTRODUCCIÓN

El trastorno depresivo es una enfermedad que afecta al organismo, estado de ánimo y manera de pensar y concebir la realidad. Asimismo, altera el ciclo normal de sueño-vigilia y la alimentación, así como el sentido de autovalía y autoestima.

La depresión afecta a cada persona de una manera distinta en cuanto a la severidad, intensidad y duración de la sintomatología (Asociación Psiquiátrica Americana 2003). Para muchas mujeres el embarazo puede ser una etapa muy positiva, llena de ilusiones y esperanzas de ver a sus hijos en un futuro triunfar, mientras que para otras puede significar un periodo de angustia y depresión difícil de sobrellevar.

Según Polaino-Lorente (1995), 10% de las mujeres embarazadas sufren de depresión, especialmente entre la sexta y décima semanas del embarazo y durante el tercer trimestre, cuando el cuerpo se prepara para el parto y el nacimiento del bebé.

Se estima que la mitad de las mujeres que sufren de depresión durante el embarazo desarrollan depresión posparto, pero este número se reduce a menos del 2% si se efectúa un tratamiento psicoterapéutico adecuado durante dicho periodo (Goldman, 2008).¹

El episodio depresivo mayor es aquel estado de ánimo disfórico, habitualmente depresión, con pérdida de interés o placer en todas o casi todas las actividades y pasatiempos habituales. Se acompaña de síntomas como alteración del apetito, del sueño, de la concentración o del pensamiento con ideas de muerte o intentos de suicidio. También se acompaña de apariencia depresiva, llanto, sentimientos de angustia, irritabilidad, miedo y tristeza, excesiva preocupación por la salud física, crisis de angustia y fobias.²

Según la OMS la depresión afecta a más del 15 por ciento de la población y a aproximadamente el 22 por ciento de las mujeres en edad fértil, por ello cada vez se ha brindado mayor importancia a los aspectos psicológicos y psiquiátricos del proceso grávido puerperal. Se ha señalado que esta etapa corresponde a un cambio vital trascendente para la vida de la mujer y de su grupo familiar donde se produce un alto estrés que pone en juego las capacidades de adaptación individuales y grupales.

El reconocimiento de las dimensiones psicopatológicas de este momento de la vida y los mayores riesgos de complicaciones durante el embarazo, tales como parto pretérmino han determinado una mayor preocupación por los trastornos depresivos durante el embarazo, sobre todo en el último trimestre, pues el momento del parto está muy cerca y su cuerpo se debe preparar para ello, ya sea física y psicológicamente.^{3,4}

El presente trabajo tiene como objetivo conocer la prevalencia de los síntomas depresivos en las mujeres gestantes que concurrieron a la consulta para la realización del control prenatal, al servicio de medicina familiar y su incidencia en el postparto puesto que se ha demostrado en múltiples estudios que las mujeres que padecen dicho problema durante la gestación tienen hasta un 20% de riesgo de presentarla en el puerperio con las complicaciones que ello implica.

ANTECEDENTES

El trastorno depresivo es una enfermedad que afecta al organismo, estado de ánimo y manera de pensar y concebir la realidad. Asimismo, altera el ciclo normal de sueño-vigilia y la alimentación, así como el sentido de autovalía y autoestima. La depresión afecta a cada persona de una manera distinta en cuanto a la severidad, intensidad y duración de la sintomatología (Asociación Psiquiátrica Americana 2003).

Se considera un conjunto de síntomas que afectan principalmente a la esfera afectiva: la tristeza patológica, el decaimiento, la irritabilidad o un trastorno del humor que puede disminuir el rendimiento en el trabajo o limitar la actividad vital habitual, independientemente de que su causa sea conocida o desconocida. Aunque ése es el núcleo principal de síntomas, la depresión también puede expresarse a través de afecciones de tipo cognitivo, conductual o incluso somático. En la mayor parte de los casos, el diagnóstico es clínico, aunque debe diferenciarse de cuadros de expresión parecida, como los trastornos de ansiedad.

El episodio depresivo mayor es el estado de ánimo disfórico, habitualmente depresión, con pérdida de interés o placer en todas o casi todas las actividades habituales. Se acompaña de síntomas como alteración del apetito, del sueño, de la concentración con ideas de muerte o intentos de suicidio. También se acompaña de depresión, llanto, sentimientos de angustia, irritabilidad, miedo y tristeza, excesiva preocupación por la salud física y crisis de angustia.⁵

La depresión mayor no psiquiátrica ocurre en aproximadamente 10 a 20% de las mujeres en estados unidos dentro de los primeros 6 meses después del parto. Dentro de los factores de riesgo se incluye historia de depresión mayor, historia de desordenes premenstruales disfórico, estrés psicológico e inadecuado apoyo social.⁶

Científicamente la depresión es multifactorial y se puedan mencionar causas endógenas entre ellas:

El factor herencia puesto que hay más riesgo de padecer depresión cuando si existe una historia familiar de la enfermedad, lo que indica que se hereda una predisposición biológica.⁶

Factores bioquímicos, definitivamente en la depresión intervienen no solo factores externos o ambientales, está comprobado el papel que juegan los neurotransmisores en el SNC de ahí que en varias ocasiones y valorando riesgo beneficio sea necesario el empleo de antidepresivos durante la gestación.

También está el facto neuroendocrino, se sabe que la depresión se relaciona con la hiperactividad del eje hipófisis, hipotálamo y glándula suprarrenal⁶.

Los factores psicosociales de los cuales ya tocamos algunos, y que por supuesto son causa de estrés, aquí cabe mencionar las crisis normativas y paranormativas que se presentan tal es el caso de algún fallecimiento de un familiar a amigo cercano que definitivamente influye en el aspecto emocional.

Uno de los factores de los que menos se mencionan en la literatura es el llamado Trastorno afectivo estacional (SAD) puesto que hay personas que desarrollan depresión durante los meses de invierno, cuando los días se hacen más cortos.⁶ Este padecimiento es más común en los lugares de mayor latitud, donde persisten los inviernos prolongados y que tienen pocas horas con luz diurna. El principal síntoma que presenta es la depresión mayor, en cuya transición existe el riesgo del suicidio. Su origen puede estar relacionado con la regulación de la temperatura del cuerpo y el cambio hormonal, derivado del estímulo de la glándula pineal y la consecuente variación de melatonina.

De tal suerte que como vemos la depresión no es un suceso aislado, pues en la mayoría de los casos están implicados más de un factor desencadenante.

Estudios sobre la prevalencia de depresión por medio de entrevistas estructuradas muestran tasas de 2% a 21% de depresión mayor y las escalas de síntomas arrojan cifras de entre 8% y 31%. En México la prevalencia se ha estimado en 22% con base en una escala de autorreporte.

Según la OMS la depresión afecta a más del 15 por ciento de la población y aproximadamente el 22 por ciento de las mujeres en edad fértil.

Se menciona que aproximadamente 50% de los pacientes con depresión no son detectados en atención primaria y que en los países industrializados la incidencia de los trastornos depresivos va en aumento. En cuanto al género se calcula que se presenta en 20 al 26% en las mujeres, observándose como una constante la proporción de dos mujeres por un varón.⁷ Existen evidencias sobre la elevada prevalencia de la depresión en atención primaria, sin embargo más de la mitad de las personas que la sufren no son detectadas; ello puede deberse a causas relacionadas con la formación y motivación de los médicos, a características de los pacientes, o a la infraestructura o disponibilidad en el sistema de salud.

La depresión durante el embarazo es una situación frecuente, y a diferencia de la depresión puerperal, habitualmente está subdiagnosticada. Puede tener efectos potencialmente perjudiciales no solo sobre la mujer, sino también sobre el desarrollo neurológico fetal, con repercusiones a corto, mediano y largo plazo.

Además de influir en su propia persona y provocar cambios notorios en su comportamiento, incluso la mujer que padece depresión puede poner en riesgo la relación con su pareja, con sus demás hijos y en general con la familia, pues en casos moderados a severos de depresión, la persona pierde el interés por las personas que le rodean incluyendo las más cercanas y queridas, pues en esos momentos están sumidas en sus propias preocupaciones y pensamientos, y no es que no les interese lo que pasa a su alrededor es que simplemente en ese momento no tienen el mismo interés por las cosas y personas que tenía antes, no disfruta de lo que hacía antes, no ve un futuro con pensamientos positivos donde se incluya ella, y si no percibe lo que puede estar sintiendo ella mucho menos lo que los demás a su alrededor están experimentando con sus cambios de conducta. Esto definitivamente si altera la estabilidad familiar y puede incluso afectar la dinámica y funcionalidad de la familia. Además pueden presentar insomnio, cansancio que va más allá de lo normal lo que puede afectar la concentración y puede poner en riesgo su seguridad incluso la del producto.

La Depresión perinatal abarca episodios depresivos mayores y menores que se producen durante el embarazo o dentro de los primeros 12 meses después del parto. El nivel exacto de la prevalencia y la incidencia de depresión perinatal es incierto. Publicado ampliamente las estimaciones de la tasa de depresión mayor y menor en el rango del período postparto

de 5 por ciento a más del 25 por ciento de las nuevas madres, dependiendo del método de evaluación, el momento de la evaluación y características de la población.⁸

En una reciente revisión se halló una prevalencia de episodios depresivos durante el embarazo del 10,7%, con un rango entre el 7,4% en el primer trimestre hasta el 12,8% en el segundo y el 12% en el tercer trimestre.⁹ Estos resultados de un metaanálisis entre 21 estudios realizado por Bennett y cols coinciden con la prevalencia hallada por otros autores: el 11,0% en el primer trimestre y el 8,5% para el segundo y tercero.^{10, 11}

La depresión prenatal es un factor de riesgo importante para la depresión postparto, con un 10% a 12% de prevalencia en todos los embarazos. Las tasas de depresión son mayores para las mujeres embarazadas con estrés crónico, problemas financieros y de viviendas y apoyo social insuficiente. A pesar de la prevalencia y familia asociada y morbilidad infantil, no hay tratamiento clínico controlado ensayos sobre este tema, al conocimiento de los autores. La APA ha identificado el tratamiento de la depresión durante el embarazo como una prioridad para los guías clínicas.¹²

Alvarado et al realizaron un estudio en el cual se mostró que la actitud negativa hacia el embarazo y el antecedente de depresión en el tercer trimestre de éste y la insatisfacción con su relación de pareja, son los factores que se asociaron en forma significativa con la depresión postparto.

Existen numerosos estudios que concluyen en los efectos negativos que tiene este trastorno sobre la familia, tales como el abandono de la lactancia materna, trastornos de comportamiento del niño y defectos cognitivos.¹²⁻¹⁵ Influye así mismo sobre el abandono de los niños, roturas familiares, autolesiones y suicidio.¹⁶

Las mujeres con depresión muchas veces no pueden atenderse a sí misma o a sus niños, o tener un vínculo afectivo con sus hijos. Los bebés nacidos de madres con depresión pueden sentirse más irritable, ser menos activos y atentos que otros bebés. También pueden nacer prematuramente o tener bajo peso.

Con relación a los factores que se asocian a la depresión en el embarazo, los sociales son los que destacan en orden de importancia y frecuencia.¹⁷⁻¹⁹ La experiencia de embarazos anteriores y la situación económica, también influyen.²⁰⁻²²

Los factores causantes de la depresión en el embarazo pueden ser diversos, y entre ellos se incluyen los cambios hormonales, los antecedentes personales o familiares de depresión, los problemas de pareja, problemas familiares, económicos, las complicaciones del embarazo y las situaciones estresantes. Dichos factores los podemos dividir en psicosociales (adolescencia, falta de apoyo social, ausencia de pareja, conflictos con la pareja, progenitores, hijos u otros seres queridos), demográficos (bajos recursos), obstétricos (complicaciones en embarazos anteriores, parto pretermino, productos de bajo peso al nacer, cesárea previa) y antecedentes personales psiquiátricos.

Así como también las hormonas juegan un papel muy importante en la depresión durante y en el postparto, en estas etapas la hormona de crecimiento de origen placentario causa aumento de Cortisol, que es la hormona del estrés, después del parto, la vasopresina asegura la continuidad de la pulsatilidad la relación de la hormona adrenocorticotropa/Cortisol. En el postparto con la pérdida de la fuente de hormona adrenocorticotropa (CRH) placentaria y la caída estrogénica, inducen una fase de hiposecreción hipotalámica de la CRH, lo cual desencadena un período de vulnerabilidad tímica. Así, el período del postparto precoz se asocia a una débil secreción de hormona CRH que puede predisponer a una depresión.

Se incluyen en los factores la historia previa de depresión, separación de los padres en la infancia, ser madre soltera, no desear estar embarazada, falta de apoyo social y baja escolaridad.

Existe cierto consenso en la literatura sobre los factores de riesgo o como denomina Fernández Ríos “marcadores de vulnerabilidad” y la depresión durante el embarazo y en el postparto.²³

Otro de los factores que no podemos dejar de mencionar debido su importancia es el embarazo en adolescentes pues sin duda ocupa un lugar muy importante dentro de los

factores desencadenantes de la depresión en el embarazo, pues si cuando la mujer se encuentra preparada física y emocionalmente para el nacimiento de su bebe, presenta depresión, que podemos esperar si no se está lista, entonces la sintomatología se deja ver más claramente.

El embarazo en las adolescentes se ha convertido en una seria preocupación para nuestra sociedad desde hace treinta años aproximadamente; en cuanto a la salud, tanto de la madre como del bebe, por la mayor incidencia de resultados desfavorables y las implicancias del aborto; en lo psicosocial, por las consecuencias adversas que el hecho tiene sobre la adolescente y sus familiares.

Cada año 14 millones de mujeres adolescentes dan a luz en todo el mundo, lo que representa poco más de 10% del total de nacimientos.

En América Latina, los nacimientos entre las adolescentes representan entre 15 y 20% del total; de éstos, 70% son embarazos no planeados. En México, anualmente nacen más de 450 mil niños de madres no mayores de 20 años, lo que representa 16% del total de nacimientos en el país. En el año 2000 había en México 5,082,487 mujeres de entre 15 y 19 años. Significa que hasta esta última fecha un total de 612,284 mexicanas menores de 19 años ya eran madres, y muchas de ellas tenían más de un hijo. Las cifras descritas se han ido incrementando considerablemente hasta hoy.²⁴

La depresión durante el embarazo es un fenómeno poco estudiado a pesar de que algunos estudios demuestran que el inicio de la depresión postparto se da durante el embarazo en el 23% de los casos, que la mitad de las puérperas con depresión ya se encontraban deprimidas durante el embarazo y que el pico de depresión se presentó entre las 18-32 semanas y se concluye que los síntomas y signos de depresión no son más comunes ni más intensos después del alumbramiento que durante el embarazo.²⁵⁻²⁷

Como hemos visto los factores de riesgo pueden ser más de los que se cree comúnmente, y precisamente por eso se realiza esa investigación, para determinar en nuestra población los factores que más están ocasionando esta condición en nuestras mujeres embarazadas.

En un estudio realizado con treinta y siete mujeres embarazadas que recibieron asistencia pública y que tenían al menos un factor de riesgo para la depresión posparto fueron asignadas aleatoriamente a un grupo de intervención de cuatro sesiones o bien a una condición de tratamiento como de costumbre. Treinta y cinco de las mujeres completaron el estudio. Se les realizaron entrevistas estructuradas para evaluar para evaluar la depresión mayor después del parto. Dentro de 3 meses después de dar a luz, seis (33%) de la 18 mujeres en la condición de tratamiento como de costumbre se había desarrollado depresión mayor después del parto, en comparación con ninguna de las 17 mujeres en el grupo de intervención.²⁷

En los últimos años los pediatras han llamado la atención sobre la presencia de trastornos del comportamiento en niños cuyas madres padecieron episodios depresivos durante el embarazo y han hecho un llamado para que se diagnostique y se trate adecuadamente a las gestantes deprimidas.²⁷

En un examen exhaustivo, Boyd et al, identificaron instrumentos adicionales con buenas propiedades psicométricas para evaluar síntomas perinatales.²⁸ Estos instrumentos incluyen el cuestionario de salud General (GHQ configuración en general médico utilizado para evaluar los síntomas psiquiátricos en 4 subcategorías de depresión, ansiedad y sueño, síntomas somáticos y funcionamiento social),²⁹ inventario de depresión de Beck (BDI I o II)³⁰ y el inventario de la sintomatología depresiva (IDS – 28-elemento Auto informe clínico de 30 ítems).³¹⁻³² Todos estos instrumentos tenían datos suficientes que demuestran la validez entre las mujeres que hablan diferentes idiomas. El EPDS y BDI altamente correlacionan con las medidas de ansiedad; puntuaciones en cada instrumento podrían sugerir también riesgo de trastornos de ansiedad. Para identificar comorbilidades psiquiátricas adicionales, el GHQ puede ser un instrumento más útil. Los IDS es útil para evaluaciones de ciudad o de otras poblaciones étnicas de las mujeres.¹⁶

La depresión posparto consiste en el desarrollo de una depresión en la madre tras el nacimiento de su hijo. A veces, esta depresión puede tener una fácil explicación, puede ser que el hijo no ha sido deseado o porque nació con alguna enfermedad. Sin embargo, en la mayoría de las ocasiones la depresión parece no tener sentido, incluso en la mayoría de las veces la mujer deseaba tanto tener ese hijo y ahora que lo tiene se siente completamente desdichada, resulta que el parto fue magnífico, mucho mejor de lo que

esperaba, y todo el mundo se portó maravillosamente con ella, especialmente su marido, tenía miedo que el bebé tuviera algún defecto al nacer, pero es resulta que es perfecto. Entonces surge la pregunta de por qué no lo está disfrutando. Comienza a tratar de darse respuestas como que quizás no vale para ser madre, que tal vez no era el momento, entre otras más, lo cual va creando un círculo vicioso y se va sumergiendo más en sus pensamientos sin buscar la solución como desde un principio debería de hacerlo.

Estas mujeres no son unas desagradecidas o unas malas madres sino que están experimentando una de las complicaciones más frecuentes del parto, la depresión postparto, un trastorno que todavía sufren en silencio un gran número de mujeres.

La depresión postparto (PPD) es la complicación médica más común de la maternidad. PPD ocurre en 10 a 15% de nuevas madres.³³ Grupos de mujeres en mayor riesgo incluyen las mujeres de la ciudad (50 a 60%),³⁴ las madres de bebés pretérmino y adolescentes.³⁵⁻³⁷ Depresión después del parto persiste por más de 7 meses en 25-50% de las mujeres.^{38,39}

Dependiendo de las definiciones utilizadas, los métodos de evaluación y el tiempo desde el embarazo, el 15-10% de las mujeres en el oeste de los países va a desarrollar una depresión significativa en los próximos meses después del parto (Cooper y Murray, 1998). Cox et al. (1987) diseñó la depresión posparto de Edimburgo Scale (EPDS) para mejorar la detección de las mujeres que sufren significativa de la depresión posparto. La escala ha sido ampliamente validada en los países desarrollados (Carpiniello et al 1997.; Wickberg y Hwang, 1997; Evins et al. 2000) y es de uso general como una prueba de detección de diagnóstico para la depresión posparto.⁴⁰

Un estudio llevado a cabo en Cali Colombia, se observo quede 60 mujeres embarazadas sometidas a encuestas de calidad de vida, escala de apoyo, de depresión y factores de riesgo, 66% expresaron sintomatología depresiva en la etapa prenatal y 57% en el postparto.⁴¹

En Washington los investigadores llevaron a cabo un estudio donde se identificaron 678 (15,4%) embarazadas que tenían depresión identificada durante al menos una fase de embarazo; 8,7%, 6,9% y 10,4% tenían depresión identificada antes, durante y después del embarazo, respectivamente. Entre las mujeres con depresión identificada durante las 39 semanas antes del embarazo, 56,4% tuvo también un diagnóstico de depresión

durante el embarazo. Las mujeres identificadas con depresión durante las 39 semanas siguientes embarazo, 54,2% tenía depresión diagnóstica durante o precede al embarazo. Mayoría de las mujeres diagnosticadas con depresión recibida los medicamentos antidepresivos y tenía salud mental al menos una visita.⁴²

La depresión posparto es particularmente susceptible a la prevención. Hay un claro marcador antes de su aparición (parto) y un período definido de riesgo (los 3 meses después del parto). Además, investigaciones ha aumentado la posibilidad de identificar a las madres de alto riesgo, y muchos factores de riesgo para la depresión posparto están dispuestos a cambiar.

En un estudio realizado en una clínica de salud materna de Dallas a 802 pacientes se les realizó una entrevista Clínica para mediante la escala de depresión de Edimburgo durante 3-5 semanas del puerperio. Donde observaron que la tasa estimada de depresión mayor durante el parto fue entre 6,5% y 8,5%. La alimentación con biberón y la vida sin su cónyuge o pareja se asocian con la depresión en la primera evaluación; la depresión persistente se relacionó con la presencia de otros niños pequeños en casa. Mayor severidad de los síntomas depresivos en la primera ocasión predijo trastorno depresivo mayor varias semanas después.⁴³

Otra de las complicaciones que incluye al binomio es la alteración de la lactancia, los resultados de una revisión indican que las mujeres con sintomatología depresiva en el período posparto temprano puede estar en mayor riesgo de una mala alimentación infantil, incluyendo que la duración de la lactancia disminuye, puede haber aumento de dificultades en la lactancia materna, así como disminución de la auto-eficacia de los niveles de la lactancia materna. También hay evidencia para sugerir que las mujeres deprimidas pueden tener menos probabilidades de iniciar la lactancia materna y hacerlo de manera exclusiva.⁴⁴

Algunos estudios indican que situaciones ambientales adversas para niños, criados con madres deprimidas presentan resultados psicológicos y de comportamiento desfavorable, incluyendo bajo peso al nacer, quejas somáticas, retardo en el crecimiento, depresión y dificultades en el aprendizaje.⁴⁵

Se afirma que la depresión posparto afecta entre el 10-15% de madre, además es un trastorno infra diagnosticado, pues en la mayoría de las veces no es percibida por la

propia mujer ni por su familia como una enfermedad, sino como un defecto en su moralidad o en su capacidad, en el sentido de llamárseles incluso mala madre o madre inútil. Su característica de poca expresividad así como su aparente falta de gravedad hacen que no se diagnostique ni se trate con la frecuencia y prontitud que dado que los riesgos que conlleva para el niño y la elevada tasa de depresión postparto, aconsejarían. Además de la entrevista clínica se han utilizado escalas psicológicas entre ellas la más fiable y validada para la mayoría de los autores es la Edimburgo Postnatal depresión de Cox.⁴⁶

El riesgo de depresión postparto se relaciona principalmente con variables socioeconómicas y familiares. La detección con dichas variables y la aplicación de EPDS tras el parto alertan sobre una depresión postparto, lo que permite iniciar su estudio y seguimiento en beneficio de la madre y de la posterior evolución del recién nacido.⁴⁷

Durante el embarazo, parto y puerperio sucede en la mujer una serie de cambios bioquímicos, psicológicos y sociales que ocasionan una mayor vulnerabilidad para la aparición de trastornos psiquiátricos, que en el postparto se clasifican en depresión leve postparto o maternity blues (síndrome leve y transitorio que se presenta a los 2-4 días del parto y afecta al 50-80% de las mujeres que han dado a luz, puede desaparecer de forma espontánea y sin secuelas en unas dos semanas), depresión mayor postparto se (inicia tras 2 a 8 semanas del parto en ocasiones incluso tras varios meses, como una depresión melancólica con fuertes sentimientos de culpa, de incapacidad para hacerse cargo de su hijo y de ambivalencia afectiva para el mismo).⁴⁸

Hay dos hipótesis que intenta de explicar la depresión postparto la primera es la relacionada a la supresión hormonal abrupta. Se conoce que el gran cambio hormonal presente en las mujeres en este período y en especial el bajo nivel de progesterona y sus metabolitos principalmente el alopregnanolona puede asociarse con los síntomas. Estas sustancias poseen gran afinidad a los receptores GABA siendo esta la razón por la que poseen efectos ansiolíticos y anestésicos. Se ha observado que las mujeres con baby blues poseen mayor aumento de los niveles de progesterona en las últimas semanas del embarazo y durante el postparto presenta una mayor disminución de este nivel y otras sustancias como el colesterol y los triglicéridos que también se asocian con cambios en el estado de ánimo. La segunda hipótesis se asocia con la actividad del sistema biológico mamífero que relaciona a la madre con su hijo y que está regulado por la oxitócica.⁴⁹

En un estudio realizado por Sit y Cols en Valencia con 205 mujeres primíparas y sus hijos, 23 mujeres deprimidas y 37 pertenecientes al grupo se observó un 13,5% de mujeres con depresión postparto. La duración de la depresión se relaciona con un estilo de crianza caracterizado por un bajo afecto y cuidado. El estilo de crianza bajo en afecto (EBA) se asocia negativamente con el desarrollo cognitivo y social del hijo durante el primer año de vida. La asociación de una mayor duración de la depresión junto a un EBA durante el primer año tiene un efecto negativo sobre el desarrollo cognitivo del hijo a los 28 meses.¹⁶

Un embarazo plantea un desafío único para el tratamiento de la depresión continuo. Para las mujeres con depresión preexistente, el embarazo podrá interrumpir la continuidad de la atención de un proveedor de atención médica antes del embarazo durante el embarazo. Además, requiere que los riesgos potenciales de los medicamentos antidepresivos sobre el desarrollo fetal se evalúe con la severidad de la enfermedad de la madre. Aunque no ha habido ninguna evidencia de malformaciones congénitas mayores debido a la exposición de antidepresivos en la literatura publicada.⁵⁰

En general, las intervenciones preventivas, especialmente aquellos que se administran en un formato de grupo, parecen reducir los síntomas de depresión postparto.

Si se presenta depresión en el embarazo y no se da tratamiento, es un factor de riesgo para depresión posparto de un 50 a 65 % y baby blues en un 50 a 80%, Por tal motivo, la importancia de la detección oportuna de depresión en la atención primaria y atención al binomio.⁵¹

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La depresión se considera un problema de salud mundial; se calcula que más del 20% de mujeres embarazadas padecerá algún trastorno afectivo.

Es importante la detección oportuna de depresión durante el embarazo por que el 50 a 90% de ellas corre mayor riesgo de presentar depresión postparto y esto a su vez repercute en la salud física y emocional tanto del producto como de la madre, llegando a afectar la relaciones interpersonales incluso a repercutir en la dinámica familiar.

En la unidad de medicina familiar número 80 no se tiene ningún estudio sobre depresión en el embarazo con seguimiento durante el postparto, que revele los factores con los cuales se asocia, así como la frecuencia de cada una de ellas y la relación e influencia que puede tener la primera sobre la segunda.

Es la depresión una de las causas más comunes de consulta en la especialidad de Medicina Familiar y psiquiatría, pero en la mayoría de los casos es subdiagnosticada en el primer nivel de atención.

Para dar un tratamiento adecuado e individual dependiendo de la causa es necesario detectar oportunamente los casos de depresión, el grado de esta y los factores que pueden estar determinando su aparición en nuestras mujeres embarazadas.

JUSTIFICACIÓN

En la literatura internacional, se identifica la depresión durante el embarazo y en el postparto con mucha relevancia clínica, tanto por las implicaciones maternas como del producto. Se sabe que puede afectar el crecimiento in útero del producto y propiciar bajo peso al nacer. La madre tiene más riesgo de inhibición de la lactancia y repercusión en los cuidados del niño, todo ello con impacto en la dinámica familiar al generar tensión con la pareja y afectación a otros miembros de la familia. Los niños hijos de madres que tuvieron depresión en el embarazo y en el postparto pueden tener problemas del comportamiento incluso déficit de atención.

En el IMSS no se registra el diagnóstico de depresión en el embarazo como uno de los principales motivos de consulta, a pesar de que el médico Familiar es el que lleva el control de las embarazadas y podría identificar oportunamente a estas pacientes. Sólo refiere a interconsultas con otros especialistas si el embarazo es de alto riesgo, sin considerar el aspecto emocional que también puede repercutir en su estado de salud física, por lo que es importante insistir en el diagnóstico oportuno para dar un tratamiento integral durante el embarazo, que incluya la prevención de complicaciones tanto en la madre como en el producto.

El presente estudio se realizó, para determinar la magnitud del problema y los factores asociados más importantes.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la frecuencia de depresión y sus principales factores asociados en mujeres embarazadas en el tercer trimestre de gestación y en el postparto en la unidad de medicina familiar número 80?

HIPÓTESIS

El 15% de mujeres embarazadas adscritas a la UMF 80 padecen depresión durante el tercer trimestre de gestación y en el postparto mediano.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la frecuencia de depresión y los principales factores que se asocian en mujeres embarazadas en el tercer trimestre y en el postparto de la Unidad de Medicina Familiar número 80 Delegación Michoacán.

OBJETIVO ESPECÍFICO.

- Identificar qué grado de depresión tienen las embarazadas.

PACIENTES Y MÉTODO

LUGAR DONDE SE REALIZÓ EL ESTUDIO

Se llevo a cabo en la Unidad de Medicina Familiar número 80 del Instituto Mexicano del Seguro Social, el cual brinda servicios médicos a la población derechohabiente de primer nivel de atención, de la delegación de Michoacán.

DISEÑO

Observacional, Transversal, Descriptivo, Prospectivo.

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN

Embarazadas en el tercer trimestre de gestación, que acudieron a control prenatal y durante el postparto en la Unidad de Medicina Familiar número 80, en ambos turnos.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Embarazadas en el tercer trimestre de gestación
- Mujeres en el postparto mediato
- Derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar Número 80
- Que acepten participar en el estudio, previo consentimiento informado

CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN

- Pacientes con datos incompletos en el expediente.
- Pacientes embarazadas con complicaciones.
- Pacientes con diagnóstico de depresión bajo tratamiento.
- Pacientes que no acepten firmar el consentimiento informado.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

El tamaño de muestra se tomó de un total de 6153 embarazadas que asistieron a consulta en el periodo del 1° de enero del 2011 al 17 de junio del 2011 a sus consultas de control prenatal de primera vez y subsecuentes. Esta información se obtuvo del sistema de información integral de la salud de la Unidad de Medicina Familiar Número 80. Con el número total de embarazadas que acudieron a atención prenatal en este período y el porcentaje de depresión en embarazadas a nivel mundial de 10 a 25 %. ²⁸ Se obtuvo una muestra de 70 pacientes.

El tamaño de muestra se obtuvo mediante la siguiente fórmula:

$$n = N / (1 + NE^2)$$

$$n = 6153 / (1 + 6153(0.12)^2)$$

$$n = 68.67$$

$$E = 12\%$$

MUESTREO

Se realizó por conveniencia en el total de los consultorios de ambos turnos, hasta completar el tamaño de muestra requerida.

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE LA DEPRESIÓN

Se validaron los instrumentos de evaluación de la depresión la escala de Beck y el cuestionario de Edimburgo para la depresión durante el embarazo y postparto respectivamente, con Alpha de Cronbach encontrando congruencia, con una fiabilidad de 8.22 y 8.07 para escala de Beck y Edimburgo respectivamente.

VARIABLES

VARIABLES UNIVERSALES

- Antecedentes de muerte perinatal.
- Antecedentes de parto pretérmino.
- Antecedentes de productos con peso bajo al nacimiento.
- Antecedentes familiares de depresión.
- Antecedentes personales de depresión o enfermedad psicológica.
- Edad del primer embarazo.
- Edad Gestacional al momento de realizar el interrogatorio.
- Edad.
- Embarazo deseado o no deseado.
- Escolaridad.
- Estado civil.
- Método de planificación familiar previo al embarazo.
- Nivel socioeconómico.
- Número de abortos.
- Número de cesáreas.
- Número de embarazos.
- Número de partos.
- Ocupación.
- Relación con su pareja y familiares cercanos.
- Tratamiento antidepressivo previo.

VARIABLES DE ESTUDIO

- Depresión

DESCRIPCIÓN DE VARIABLES

NOMBRE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN
DEPRESIÓN	El trastorno depresivo es una enfermedad que afecta al organismo, estado de ánimo y manera de pensar y concebir la realidad. Asimismo, altera el ciclo normal de sueño-vigilia, la alimentación, así como el sentido de autovalía y autoestima. Asociación Psiquiátrica Americana, 2003	Se evaluará de acuerdo con la escala de depresión perinatal de Beck. No depresión: 0-9 puntos. Depresión leve: 10-18 puntos. Depresión moderada: 19-29 puntos. Depresión grave: >30 puntos.	Categórica
EDAD	Número de años cumplidos al momento del estudio.	Años cumplidos referidos por la paciente.	Cuantitativa
EDAD DEL EMBARAZO	Número semanas cumplidas al momento del estudio.	Número de semanas cumplidas por la FUR.	Cuantitativa
ESCOLARIDAD	Se toma el último grado de estudios aprobado y reconocido por la SEP.	Referido por la paciente. Pudiendo ser: primaria, secundaria, nivel medio o licenciatura, completa o incompleta.	Cualitativa
ESTADO CIVIL	Situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos, sin que sea su pariente, constituyendo una institución familiar, adquiriendo derechos y deberes.	Soltera, casada, viuda, divorciada, unión libre.	Categórica
EDAD DEL PRIMER EMBARAZO	Número de años cumplidos en su primer embarazo.	Años cumplidos durante el primer embarazo, referidos por la paciente.	Cuantitativa
OCUPACIÓN	Es el conjunto de acciones de ocupar: trabajo, empleo, oficio.	Referido por la paciente. Trabajo o actividad que desempeña.	Cualitativa
NIVEL SOCIECONOMICO	Estrato socioeconómico de la embarazada.	Se evaluará de acuerdo a la escala de Graffar.	Categórica
NÚMERO DE EMBARAZOS	Número de veces que se ha embarazado.	Referido por la paciente.	Numérica
NÚMERO DE	Número de veces que ha	Referido por la paciente,	Numérica

FRECUENCIA DE DEPRESIÓN Y PRINCIPALES FACTORES ASOCIADOS EN MUJERES, DURANTE EL 3ER TRIMESTRE DE GESTACIÓN Y POSTPARTO

PARTOS		tenido a sus productos vía vaginal.	número de partos que ha tenido hasta el momento del interrogatorio.	
NÚMERO DE CESÁREAS	DE	Número de veces que ha obtenido sus productos vía abdominal.	Referido por la paciente, número de cesáreas que ha tenido hasta el momento del interrogatorio.	Numérica
NÚMERO DE ABORTOS	DE	Número de veces que ha presentado pérdida del producto antes de las 20 semanas de gestación y/o con un peso menor de 500 gr.	Referido por la paciente, número de abortos que ha tenido hasta el momento del interrogatorio.	Numérica
ANTECEDENTE DE MUERTE PERINATAL	DE	Padecimientos que se presentan durante el embarazo, y es causa de muerte del producto al momento de nacer o antes de que cumpla 28 días.	La paciente refiere si ha presentado muerte perinatal. SI o NO.	Nominal
ANTECEDENTE DE BAJO PESO AL NACER	DE AL	Padecimiento en el cual, el producto presenta a su nacimiento un peso inferior a los 2500 grs.	Se pregunta a la paciente si algún hijo peso menos de 2500 grs al nacer. SI o NO.	Nominal
ANTECEDENTE DE PARTO PRETERMINO	DE	Padecimiento en el cual, el trabajo de parto se desarrolla después de la semana 20 y antes de la semana 36.	Se pregunta a la paciente si alguno de sus productos nació entre la semana 20-36. SI o NO.	Nominal
MÉTODO DE PLANIFICACION FAMILIAR.	DE	Es el tratamiento que se toma preventivo, para evitar un embarazo.	Se pregunta a la paciente si antes de este embarazo utilizo algún método de planificación. SI o NO. De barrera, hormonal, natural.	Nominal
EDAD GESTACIONAL		Número de semanas cumplidas al momento del interrogatorio.	Número de semanas cumplidas por FUM al momento del interrogatorio.	Cuantitativa
TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO PREVIO		Tratamiento que se toma por diagnostico de depresión, antes de presentar su embarazo.	La paciente refiere si tomaba algún antidepresivo antes de embarazarse.	Nominal
ANTECEDENTES FAMILIARES DE DEPRESIÓN	DE	Se pregunta si la paciente tiene familiares directos con diagnostico de depresión.	La paciente refiere si tiene familiares con depresión. SI o NO.	Nominal

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizó en el software estadístico SPSS. Concluida la captura, se limpió la base de datos para eliminar posibles errores.

Para las variables nominales y ordinales se describieron con porcentajes y proporciones. Cada caso se presenta en gráficas de barras y se describe una tabla de contingencia; las variables numéricas se describieron a través de medidas de tendencia central y medidas de dispersión. En las variables continuas se incluyó la media y la desviación estándar o mediana; valores mínimo y máximo.

Se describió la frecuencia de depresión, así como también, la severidad de la misma.

Los resultados de la escala de Beck se evaluaron de la siguiente manera:

La escala es autoaplicable; las veintiuna preguntas que tiene la escala se evalúan con cuatro respuestas; de las cuales todas se clasifican de 0, 1, 2, ó 3, dándole la puntuación de 0 a la primera y de 3 a la última.

La puntuación máxima es de 63, si la calificación es de 0-9 puntos indica que no hay depresión, hay Depresión leve si hay de 10-18 puntos, Depresión moderada: 19-29 puntos, Depresión grave >30 puntos.

Los resultados de la escala de Edimburgo se evalúan de la siguiente manera:

La escala es autoaplicable; las diez preguntas que tiene la escala se evalúan con cuatro respuestas; de las cuales, las preguntas 1, 2, 4 se clasifican de 0, 1, 2, ó 3, dándole la puntuación de 0 a la primera y de 3 a la última. Las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, y 10 son calificadas al inverso.

La puntuación máxima es de 30, tomando como síntomas de depresión, si es la calificación es de 7 a 12, y si se obtiene una puntuación mayor de 13 se asocia a depresión.

Los casos detectados con depresión fueron enviados al servicio de psiquiatría para corroborar el diagnóstico y seguir con su manejo.

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

Se trató de un estudio observacional, transversal, prospectivo; posterior a la autorización del protocolo, por el Comité de Investigación. Se gestionaron con las autoridades correspondientes la utilización de espacios físicos para la contestación del cuestionario. Se realizaron en un área de consultorio para respetar la privacidad de las pacientes. El alumno, responsable del trabajo de investigación, fue quien identificó a las pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión. Una vez identificadas, se les invitó a participar en el estudio y se solicitó que firmaran la carta de consentimiento informado; posteriormente se procedió a la recolección de la información.

Los horarios de aplicación de los cuestionarios fueron en ambos turnos en la unidad de medicina familiar.

Los cuestionarios fueron contestados por las pacientes con la ayuda del residente si así lo ameritaba el caso. Se evaluaron las siguientes variables: datos socio demográficos, antecedentes gineco obstétricos, relaciones interpersonales y antecedentes de depresión y se les aplicó la escala de Beck y posteriormente la de Edimburgo durante el puerperio. Los datos se recabaron en un formato especial anexo 1.

RECURSOS HUMANOS, FÍSICOS Y FINANCIEROS

Recursos humanos

Médico Residente

Asesor Metodológico

Asesor Temático

Asesor matemático

Recursos Físicos

Lugar o consultorios

Recursos Materiales

Encuestas

Hojas blancas

Lápices, plumas

Gomas, sacapuntas

1 Computadora

1 Impresora

1 Cartucho de impresión

1 Engrapadora

Recursos financieros: El gasto corriente y de inversión fue absorbido por el Alumno de la Residencia en Medicina Familiar, que realizó el estudio de investigación.

FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ÉTICOS

Se informó al médico familiar de cada consultorio de las pacientes, que se encontraran con síntomas de depresión, para su posterior envío al servicio de psiquiatría y otorgarles una atención como se encuentra establecido en la Ley Federal de Salud en los artículos 27 y 37, en el capítulo VII del título tercero y, los principios básicos de la declaración de Helsinki.²⁹

Y se le hizo a cada paciente de manera personal en el momento de terminar las encuestas la invitación a asistir al servicio de psiquiatría para contar con el apoyo necesario, cuando se encontraba un caso de depresión o síntomas depresivos.

RESULTADOS

Se incluyeron 70 pacientes de las cuales 14 (20%) presentaron depresión en el embarazo, 8 (11%) en estadio leve, mientras que 6 (8%) presentaron depresión moderada.

La edad mínima fue de 15 años y la máxima de 41, (promedio de 27.81 ± 6.037), 5 pacientes se encontraban en la adolescencia. El grupo etario en donde se ubicó la mayor población fue de 26 a 30 años de edad con el 28.5%.

Respecto al estado civil, el 70% de las pacientes refirieron estar casadas, el 16% solteras y en unión libre el 14% (Figura 1)

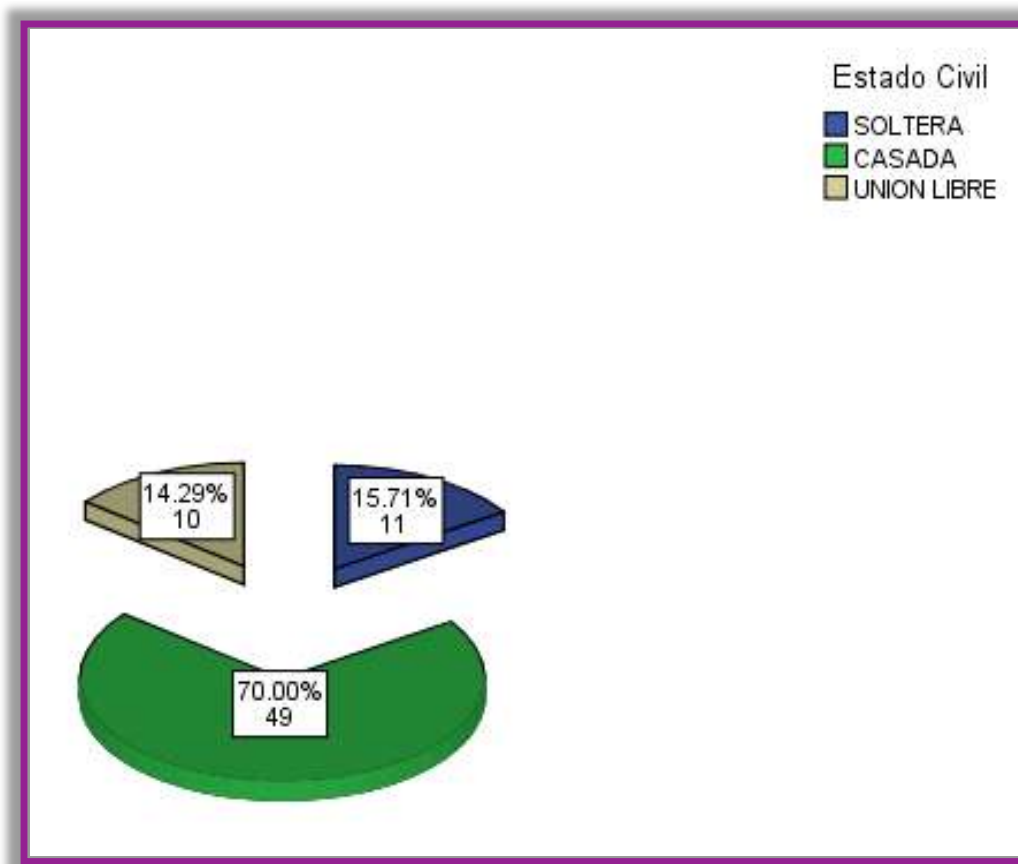


FIGURA 1. ESTADO CIVIL

La escolaridad más frecuente fue la secundaria en un 37%, seguida de preparatoria con un 30%, luego licenciatura 24% y primaria completa 9%. (Figura 2)

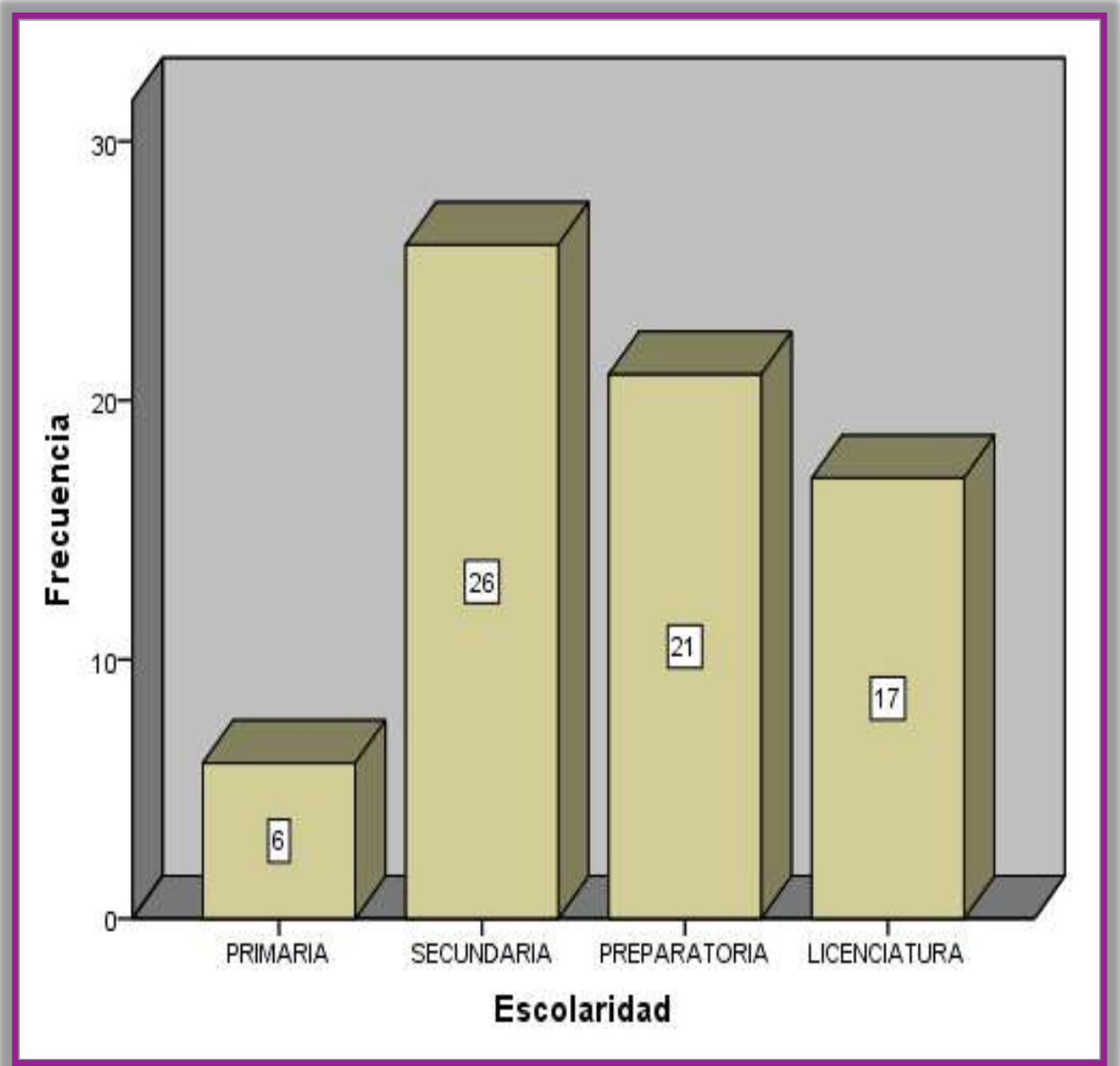


FIGURA 2. GRADO DE ESCOLARIDAD

La ocupación predominante fue de ama de casa con un 36%, seguida de empleada 24%, profesionalista 17%, estudiante con un 13% y por último comerciante 7% y obrera 3%.(Figura 3)

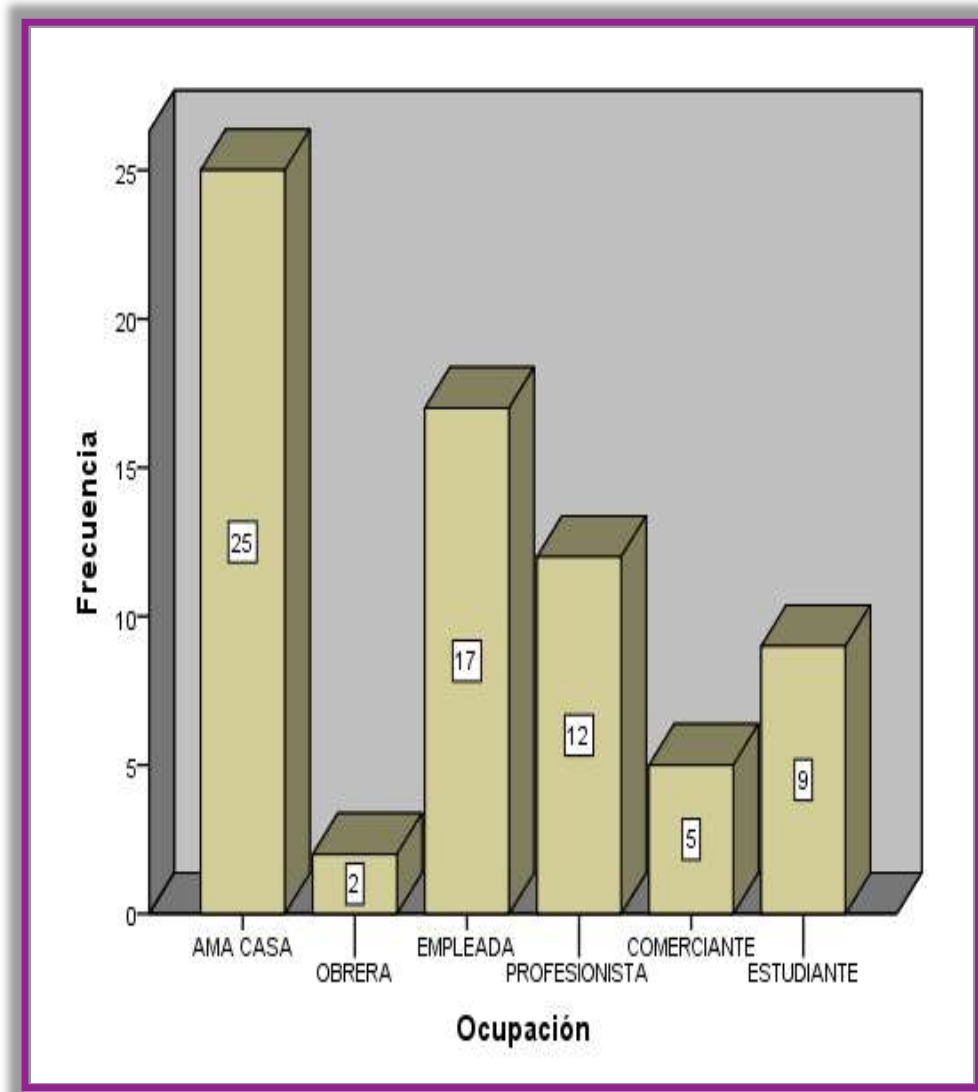


FIGURA 3. OCUPACIÓN

Dentro de los antecedentes gineco obstétricos encontrados la edad mínima del primer embarazo fue a los 17 años, máximo 37, promedio 22.84 ± 5.537 años; de estas el 8.5% pacientes tuvieron su primer embarazo durante la adolescencia.

El número mínimo de embarazos fue de 1, máximo de 4 con una media de 1, el 71% de las pacientes tenían antecedente de embarazos previos, antecedentes de partos el 36%, con un mínimo de 1 y un máximo de 4, antecedente de cesáreas el 37%, con un máximo de 3 y antecedentes de aborto previo el 21%.

Presentaron antecedentes de muerte perinatal el 4%, tenían antecedente de productos con bajo peso al nacer el 9% y parto pretérmino el 10% de las pacientes.

El 77% de las pacientes utilizo un método de planificación familiar previo al embarazo actual, siendo el más utilizado el DIU con un 29%. (Figura 4)

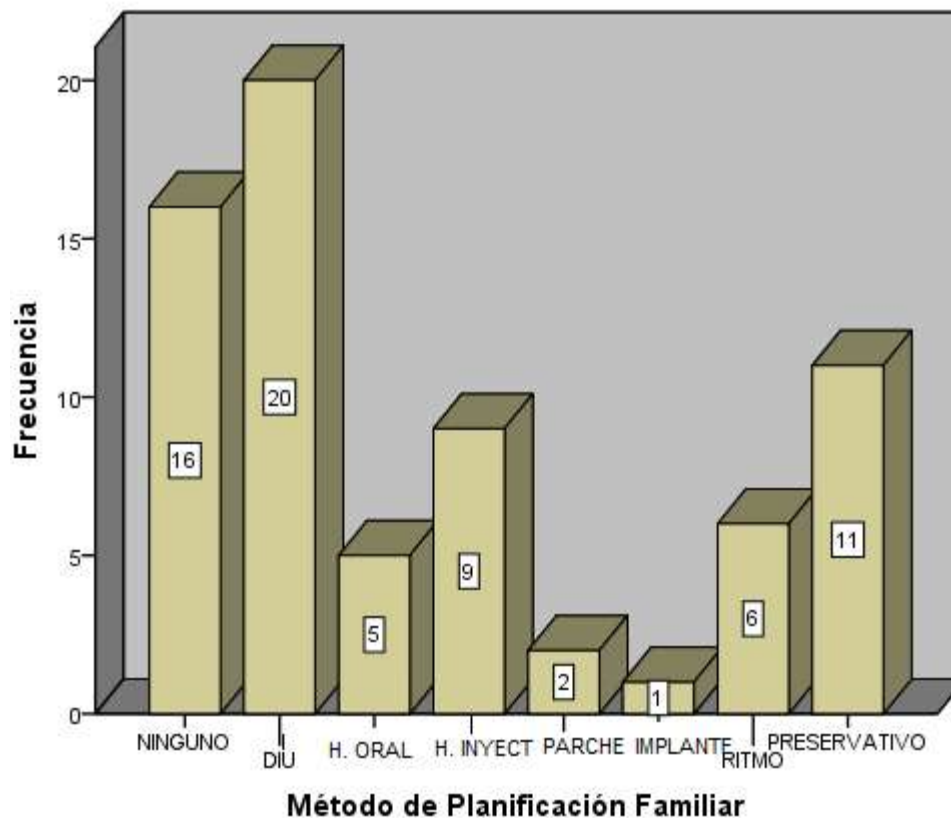


FIGURA 4. MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Al momento del estudio la media de edad gestacional fue de 32.67 ± 2.858 semanas como promedio, con un mínimo de 28 y máximo de 36 semanas.

En antecedentes de depresión en familiares en el 22% fue positivo, y en el 13% refirieron haber tenido antecedentes personales de depresión.

En lo referente a la relación que tiene con su pareja actual el 7% dijo tener una mala relación, el 24% regular y el 56% buena.

La relación con la familia de la pareja fue referida como mala en el 3%, regular en el 6% y buena 74% de los casos.

Al momento de aplicar la encuesta el 44% dijo que no se trataba de un embarazo planeado en ese momento.

De todas las pacientes el 14% presento preeclampsia y el 34% tuvo algún problema de salud durante alguno de sus embarazos previos como son infecciones urinarias en 58% (14) pacientes, amenaza de aborto en 33% (8) pacientes, amenaza de parto prematuro 8% (2) pacientes.

Características de la población con depresión leve y moderada.

Encontramos 14 pacientes con depresión en el embarazo, 8 con depresión leve y 6 con moderada, de ellas la edad mínima fue de 17 y la máxima de 42; solo 3 eran adolescentes.

En la tabla No. I se menciona que el 80% (56) de las pacientes no presentaron estado depresivo y el 20% (14) manifestaron tener algún grado de depresión, al evaluar las variables socio demográficas la escolaridad en la depresión leve predominó el nivel de preparatoria con el 5.7% (4), seguido por la escolaridad de secundaria con el 4.3% (3), en la depresión moderada predominó el nivel de primaria y secundaria con el mismo porcentaje 2.9% (2) para cada una de ellas. El estado civil que predominó en la depresión leve fue casada con el 7.1% (5), mismo comportamiento por la depresión moderada, en la ocupación en la depresión leve la mujer dedicada al hogar y estudiante predominan con el 4.3% (3) y la depresión moderada predominó en la mujer dedicada al hogar en el 5.7% (4). Al buscar la significancia estadística el valor fue $p > 0.05$.

TABLA I. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS EN PACIENTES CON DEPRESIÓN LEVE, MODERADA Y SIN DEPRESIÓN.

VARIABLES SOCIO DEMOGRÁFICAS	SIN DEPRESIÓN 56(80%)	DEPRESIÓN LEVE 8(11.4%)	DEPRESIÓN MODERADA 6(8.6%)	P_VALOR
Escolaridad				
Primaria	4(5.7)	-----	2(2.9)	.290
Secundaria	21(30.0)	3(4.3)	2(2.9)	
Preparatoria	16(22.9)	4(5.7)	1(1.4)	
Licenciatura	15(21.4)	1(1.4)	1(1.4)	
Estado Civil				
Soltera	8(11.4)	3(4.3)	-----	.185
Casada	40(57.1)	5(7.1)	4(5.7)	
Unión Libre	8(11.4)	-----	2(2.9)	
Ocupación				
Hogar	18(25.7)	3(4.3)	4(5.7)	.369
Obrera	2(2.9)	-----	-----	
Empleada	16(22.9)	1(1.4)	-----	
Profesionista	10(14.3)	1(1.4)	1(1.4)	
Comerciante	4(5.7)	-----	1(1.4)	
Estudiante	6(8.6)	3(4.3)	-----	

Con respecto a los antecedentes ginecoobstétricos, la edad del primer embarazo fue con una mínima de 16 y una máxima de 37 años, el número mínimo de embarazos fue de 1, máximo de 4 y media de 2, el 36% (5) eran primigestas.

En la tabla No. II al evaluar las variables clínicas en los antecedentes de embarazos previos en la depresión leve predominó uno con 5.7% (4), en la depresión moderada dos y tres con el mismo porcentaje el 2.9% (2). Para antecedentes de partos previos predominó ninguno en depresión leve con un 8.6% (6) y 5.7% (4) en mujeres con depresión moderada. Respecto al antecedente de cesárea previas en la depresión leve predominó ninguna en el 8.6% (6) misma condición clínica encontrada en el estado depresivo moderado con un 4.3% (3) y en cuanto a algún antecedente de aborto predominó ninguno en depresión leve con un 10% (7) y 7.1% (5) en depresión moderada. Al buscar la significancia estadística el valor fue $p > 0.05$.

TABLA II. VARIABLES CLÍNICAS EN PACIENTES CON DEPRESIÓN LEVE, MODERADA Y SIN DEPRESIÓN DURANTE EL EMBARAZO.

VARIABLES CLÍNICAS (ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS)	SIN DEPRESIÓN 56(80%)	DEPRESIÓN LEVE 8(11.4%)	DEPRESIÓN MODERADA 6(8.6%)	P_VALOR
Embarazos				
Ningún	2(2.9)	-----	-----	.810
Uno	13(18.6)	4(5.7)	1(1.4)	
Dos	19(27.1)	2(2.9)	2(2.9)	
Tres	18(25.7)	1(1.4)	2(2.9)	
Cuatro	4(5.7)	1(1.4)	1(1.4)	
Partos				
Ningún	35(50.0)	6(8.6)	4(5.7)	.483
Uno	9(12.9)	-----	1(1.4)	
Dos	10(14.3)	2(2.9)	-----	
Tres	1(1.4)	-----	1(1.4)	
Cuatro	1(1.4)	-----	-----	
Abortos				
Ningún	43(61.4)	7(10.0)	5(7.1)	.953
Uno	12(17.1)	1(1.4)	1(1.4)	
Dos	1(1.4)	-----	-----	
Cesáreas				
Ninguna	35(50.0)	6(8.6)	3(4.3)	.933
Una	15(21.4)	2(2.9)	2(2.9)	
Dos	5(7.1)	-----	1(1.4)	
Tres	1(1.4)	-----	-----	

En la tabla No. III al valorar las variables de antecedentes se encontró solo el 1.4%(1) de muerte perinatal en depresión moderada, el 2.9% (2) tuvieron antecedente de parto pretérmino en las pacientes con depresión moderada, ninguna con depresión leve, productos de bajo peso al nacer solo 1.4% (1) con depresión moderada.

En cuanto a los antecedentes de familiares con depresión el 5.7% (4) fue positivo en las mujeres con depresión leve y el 2.9% (2) en depresión moderada, en los antecedentes personales de cuadro depresivo previo al embarazo actual el 2.9% (2) fue significativo para la depresión leve y el 4.3% (3) para la depresión moderada.

En los antecedentes personales de depresión en algún momento de la vida previo al embarazo actual un 7% (5) de las pacientes la había manifestado. Al buscar la significancia estadística se encontró con un valor de $p < 0.05$.

TABLA III. ANTECEDENTES PERSONALES EN PACIENTES CON DEPRESIÓN LEVE, MODERADA Y SIN DEPRESIÓN EN EL EMABARAZO.

ANTECEDENTES	SIN DEPRESIÓN 56(80%)	DEPRESIÓN LEVE 8(11.4%)	DEPRESIÓN MODERADA 6(8.6%)	P_VALOR
De muerte Perinatal				
Si	2(2.9)	-----	1(1.4)	.263
No	54(77.1)	8(11.4)	5(7.1)	
De Parto Pre término				
Si	5(7.1)	-----	2(2.9)	.101
No	51(72.9)	8(11.4)	4(5.7)	
De Bajo Peso al Nacer				
Si	5(7.1)	-----	1(1.4)	.532
No	51(72.9)	8(11.4)	5(7.1)	
De Familiares con Depresión				
Si	9(12.9)	4(5.7)	2(2.9)	.069
No	47(67.1)	4(5.7)	4(5.7)	
Personales de Depresión				
Si	4(5.7)	2(2.9)	3(4.3)	.006*
No	52(74.3)	6(8.6)	3(4.3)	

*Cifra Estadísticamente significativa ($p < 0.05$)

En la tabla No. IV se evalúan las relaciones interpersonales de las pacientes donde la buena relación con la familia de la pareja predomina en el 5.7% (4) en las pacientes con depresión leve y regular con 4.3% (3) en depresión moderada, la relación con los hijos predominó el no haber tenido hijos aún en un 7.1% (5) en las mujeres con depresión leve y 1.4% (1) en depresión moderada, en la relación con su pareja actual predominó ser buena y solo el 1.4% (1) tuvieron una mala relación en depresión leve, mismo comportamiento para la depresión moderada. Al buscar significancia estadística se encontró el valor de $p < 0.05$ en la relación de pareja, donde se puede observar que en los casos de pacientes sin depresión 80% (56) ninguna menciona tener una mala relación, no así en los casos donde se encontró depresión tanto leve como moderada como se mencionó previamente.

TABLA IV. RELACIONES INTERPERSONALES, CON LA FAMILIA, PAREJA E HIJOS DE LAS EMBARAZADAS CON DEPRESIÓN LEVE, MODERADA Y SIN DEPRESIÓN.

RELACIONES INTERPERSONALES	SIN DEPRESIÓN 56(80%)	DEPRESIÓN LEVE 8(11.4%)	DEPRESIÓN MODERADA 6(8.6%)	P_VALOR
De Familia en Pareja				
No Tiene	8(11.4)	1(1.4)	-----	.069
Mala	2(2.9)	1(1.4)	2(2.9)	
Regular	12(17.1)	2(2.9)	3(4.3)	
Buena	34(48.6)	4(5.7)	1(1.4)	
Con compañeros de Trabajo				
No Tiene	26(37.1)	5(7.1)	4(5.7)	.465
Mala	2(2.9)	-----	-----	
Regular	15(21.4)	-----	2(2.9)	
Buena	13(18.6)	3(4.3)	-----	
Relación con los Hijos				
No Tiene	19(27.1)	5(7.1)	1(1.4)	.109
Mala	-----	-----	-----	
Regular	1(1.4)	-----	1(1.4)	
Buena	36(51.4)	3(4.3)	1(1.4)	
Relación de Pareja				
No Tiene	9(12.9)	3(4.3)	-----	.001*
Mala	-----	1(1.4)	1(1.4)	
Regular	1(1.4)	1(1.4)	2(2.9)	
Buena	46(65.7)	3(4.3)	3(4.3)	

*Cifra Estadísticamente significativa ($p < 0.05$)

En la tabla No. V se evalúan variables clínicas donde se observa que el embarazo actual fue un embarazo no deseado y no planeado en el 8.6% (6) en las pacientes con depresión leve y 2.9% (2) en depresión moderada, en el uso de planificación familiar el 71% de las pacientes uso algún método de planificación familiar previo al embarazo actual, siendo de ellos el más usado el DIU con un 2.9% (2) en las pacientes con depresión leve y moderada con el mismo comportamiento.

Al evaluar si habían utilizado tratamiento antidepresivo previo al embarazo actual el 1.4% (1) menciono que si en pacientes con depresión leve y el 2.9% (2) con depresión moderada.

En el antecedente de preeclampsia en algún embarazo previo el 1.4% (1) con depresión leve menciono que si y un 4.3% (3) con depresión moderada presentaron dicho cuadro, donde podemos ver una significancia estadística.

En cuanto a antecedentes de problemas durante el parto en alguno de sus embarazos previos solo fue positivo en el 1.4% (1) de las mujeres con depresión leve, en todos los demás casos no tuvieron problemas durante sus partos, se observa también una significancia estadística.

Al momento de la entrevista la media de la edad Gestacional fue 33 semanas, mínima de 28 y máximo de 36 semanas.

Al buscar significancia estadística el valor fue $p < 0.05$ en antecedentes de preeclampsia y antecedente de problemas de salud durante algún parto previo.

TABLA V. VARIABLES CLÍNICAS DE PACIENTES CON DEPRESIÓN LEVE, MODERADA Y SIN DEPRESIÓN DURANTE EL EMBARAZO.

VARIABLES CLÍNICAS	SIN DEPRESIÓN 56(80%)	DEPRESIÓN LEVE 8(11.4%)	DEPRESIÓN MODERADA 6(8.6%)	P_VALOR
Embarazo Deseado				.167
Si	33(47.1)	2(2.9)	4(5.7)	
No	23(32.9)	6(8.6)	2(2.9)	
Embarazo Planeado				.167
Si	33(47.1)	2(2.9)	4(5.7)	
No	23(32.9)	6(8.6)	2(2.9)	
Método de Planificación				.836
Sin Método	12(17.1)	2(2.9)	2(2.9)	
DIU	16(22.9)	2(2.9)	2(2.9)	
H. Inyectable	5(7.1)	-----	-----	
Parche	6(8.6)	1(1.4)	2(2.9)	
Implante	1(1.4)	1(1.4)	-----	
Ritmo	1(1.4)	-----	-----	
Preservativo	5(7.1)	1(1.4)	-----	
10(14.3)		1(1.4)	-----	
Tratamiento Antidepresivo				.378
Si	7(10.0)	1(1.4)	2(2.9)	
No	49(70.0)	7(10.0)	4(5.9)	
Preeclampsia				.032*
Si	6(8.6)	1(1.4)	3(4.3)	
No	50(71.4)	7(10.0)	3(4.3)	
Problema de Salud				.668
Si	18(25.7)	3(4.3)	3(4.3)	
No	38(54.3)	5(7.1)	3(4.3)	
Problemas de Parto				.020*
Si	-----	1(1.4)	-----	
No	56(80.0)	7(10.0)	6(8.6)	

*Cifra Estadísticamente significativa (p<0.05)

RELACIÓN DE DEPRESIÓN DURANTE EL EMBARAZO Y EN EL POSTPARTO

La tabla No. VI describe que durante el embarazo el 80% (56) de las pacientes no tuvieron depresión, de ellas 8.6% (6) presentaron depresión postparto.

De las 14 pacientes que tuvieron depresión en el embarazo a 11 es decir al 79% de ellas se les diagnosticó depresión postparto.

Del total de 70 pacientes, 17 que corresponden al 24% presentaron depresión postparto.

Del 11.4% (8) que fueron diagnosticadas con depresión leve durante su embarazo, 8.6% (6) tuvieron depresión postparto, lo que corresponde al 75% de este grupo y el 2.9% (2) no presentaron depresión postparto.

Mientras que del 8.6% (6) que tuvieron depresión moderada en el embarazo, 7.1% (5) se diagnosticaron con depresión postparto, lo cual corresponde al 83% para este grupo y solo el 1.4% (1) no presentó depresión postparto. Al buscar la significancia estadística de la relación de depresión durante el embarazo con depresión en el postparto se encontró una $p < 0.05$.

TABLA VI. SE OBSERVA LA FRECUENCIA DE DEPRESIÓN DURANTE EL EMBARAZO Y EL SEGUIMIENTO DE LAS PACIENTES EN EL POSTPARTO.

		Depresión Postnatal			
		Depresión	Sin Depresión	Total	
Nivel de Depresión en el Embarazo	SIN DEPRESION	Frecuencia	6	50	56
		% del total	8.6%	71.4%	80.0%
LEVE (10-16)		Frecuencia	6	2	8
		% del total	8.6%	2.9%	11.4%
MODERADA (17-29)		Frecuencia	5	1	6
		% del total	7.1%	1.4%	8.6%
Total		Frecuencia	17	53	70
		% del total	24.3%	75.7%	100.0%

Chi-cuadrado de Pearson 28.176^a 2 .000

DISCUSIÓN

En nuestra población encontramos que la depresión durante el embarazo tiene una prevalencia del 20%, esto rebasa las cifras publicadas en otros estudios, donde han encontrado una prevalencia de episodios depresivos durante el embarazo del 10,7%, con un rango de 12% en el tercer trimestre.⁹ Bennett y Cols¹⁰ coinciden con la prevalencia hallada por otros autores el 8,5% para el segundo y tercero trimestre de embarazo,¹¹ sin embargo la mayoría de los estudios fueron hechos en población anglosajona, y está demostrado que las madres hispanas tienen una mayor prevalencia de síntomas depresivos en comparación con las madres blancas no hispanas. Mientras que la frecuencia de depresión postparto en nuestro estudio fue de 24% lo que va muy de la mano a la literatura mundial que reporta del 5 al 25% dependiendo de las características de la población y del momento en que se haga la evaluación^{8, 23, 52}.

En cuanto a los principales factores asociados y como variables demográficas encontramos en nuestra población que sobresale el estar casada, sin embargo el matrimonio no necesariamente es un factor de riesgo para desarrollar depresión en el embarazo, en el sentido de que en nuestro país, en particular en el estado de Michoacán el estado civil más común es el matrimonio según datos del INEGI 2010, este hallazgo puede ser influenciado por dicha tendencia.

Otro factor socio demográfico asociado en nuestro estudio es la ocupación, donde destaca ser ama de casa, pues la mitad de las pacientes se dedicaba a las labores del hogar lo que no es factor determinante para desarrollar depresión sin embargo tal situación puede condicionar escasa expectativa de cambio social y baja autonomía económica impactando de esta manera en el estado de ánimo y su perspectiva hacia el futuro. En nuestro estudio no se obtuvo significancia estadística de ello pero sin duda este factor social tiene gran influencia para el desarrollo de depresión como lo refiere la literatura mundial dónde lo han reportado como uno de los principales factores implicados para el desarrollo de la depresión.^{8-19,24}

En cuanto a la edad, diversos autores comentan que la adolescencia es un factor predisponente, incluso hacen énfasis en esta etapa,⁵² porque en esta edad la paciente atraviesa por una serie de cambios físicos, emocionales y hormonales, a esto se le suma el panorama desolador que cree tener para su futuro, pues si cuando la mujer se encuentra física, emocional, profesional y económicamente preparada para el nacimiento de su bebe, presenta depresión, que podemos esperar si no esta lista en alguno o incluso

en todos estos aspectos, sin embargo en nuestro estudio solo el 21% (3) embarazadas deprimidas fueron adolescentes, esto definitivamente tiene que ver con la asociación de otros factores, pues entre menos apoyos sociales y más baja autoestima tengan las adolescentes más aumenta la tasa de síntomas depresivos en ellas.⁵³ Sin embargo no deja de ser una preocupación para nuestra sociedad, pues el número de abortos a esta edad va en aumento.

En nuestro estudio los antecedentes gineco-obstétricos no parecen influir en la presencia de depresión a diferencia de otros estudios esto pudiera obedecer a la capacidad que se tiene en la actualidad de planificar.²⁰ Un factor científicamente asociado a la depresión es la herencia, nosotros encontramos que una proporción del 43% de las pacientes tuvieron antecedentes familiares de depresión y de ese grupo el 36% tenían antecedentes de depresión personal antes del embarazo, tal como lo marca la literatura hay tendencia familiar para desarrollar depresión, lo que indica que se hereda una predisposición biológica.^{23, 54}

En nuestro estudio un poco más de las pacientes con depresión señalan que fue un embarazo no deseado, por lo cual también consideramos que él no planear un embarazo puede influir en la aparición de la depresión como es de suponerse y como se ha reportado en la literatura. En nuestro estudio no hubo casos de depresión severa, se ha publicado que la tasa de depresión mayor y menor es del 5%, dependiendo del método de evaluación y las características de la población.⁸

La depresión moderada tiene mayor posibilidad de desarrollar depresión postparto, tal como se demostró en nuestra población dónde de las 6 que tuvieron depresión moderada solo una de ellas no presentó depresión postparto, aunque no hubo mucha diferencia en cuanto a las que presentaron depresión leve pues solo dos de ellas no tuvieron depresión en el postparto, sin embargo existen estudios con mayor número de muestra donde es más clara la relación que hay y la influencia que tiene el grado de depresión en las pacientes que tuvieron depresión en el embarazo en estadio moderado y severo, por lo cual nosotros reiteramos que no basta con determinar solo la presencia o no de depresión, si no que se debe evaluar el grado de esta, porque esto puede ser predictivo para la presencia de episodios de depresión en el futuro y así mismo podemos intervenir en este momento ya sea con terapia o tratamiento farmacológico si así se requiere, para evitar que esta persista y evitar su presencia en etapas posteriores, pues se ha demostrado en la literatura que ambos tratamientos tanto el farmacológico como el no

farmacológico son efectivos para este tipo de casos y de esta manera poder evitar todas las complicaciones antes mencionadas tanto en la madre como en el producto.⁹

Aunque durante la gestación se recomienda limitar el uso de psicofármacos y algunos están contraindicados, la propia enfermedad puede tener un riesgo superior como se ha demostrado.¹⁷

CONCLUSIONES

La frecuencia de depresión en el embarazo fue del 20%, de este porcentaje el 57% presentó depresión leve y el 43% moderada.

Mientras que la frecuencia de depresión postparto fue de un 24%.

Los factores relacionados a la depresión en el embarazo fueron:

- El antecedente personal de depresión en algún otro momento de su vida antes del embarazo actual
- El tener una mala relación con su pareja actual
- El antecedente de haber presentado preeclampsia en alguno de sus embarazos anteriores
- El haber presentado problemas durante el parto en un alguno de sus embarazos previos.

Mientras que un factor fuertemente asociado a la depresión postparto fue la presencia de depresión durante el embarazo.

SUGERENCIAS

- Que en la consulta de control prenatal se les aplique el cuestionario de Beck para identificar depresión y determinar el grado.
- Que en la consulta de control postnatal se les aplique el cuestionario de Edimburgo para identificar si existe depresión postparto.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lara M, Navarro C, Navarrete L, Cabrera A, Almanza J, Morales F, et al. Síntomas depresivos en el embarazo y factores asociados, en pacientes de tres instituciones de salud de la ciudad de México. *Salud mental*. 2006; 29(4):59-62.
2. Picech A, Flores L, Lanser R, Elizalde M. Depresión y embarazo. *Revista de postgrado de la VIa Cátedra de Medicina*. 2005;45:5-8.
3. López J, Urtaran Z, Prieto S, Herraiz Y. Depresión durante el embarazo. *Enfermería integral*. 2008;8(6)17-19.
4. Martínez P, Romano K. Depresión en adolescentes embarazadas. *Enseñanza e investigación en psicología*. 2009;14(2):261-274.
5. Wrate RM, Rooney AC, Thomas PF, Cox JL. Postnatal depression child development. A three year follow up study. *Br j Psychiatry* 1985;146:622-627.
6. Miller LJ. Postpartum Depression. *American Medical Association*. 2002;287(6):762-765.
7. Boschetti-Fentanes B. La depresión y su manejo en el ámbito de la medicina familiar. *Aten primaria* 2004;6(3):61-63.
8. Bozok I, Corwin E. Fatigue as a Predictor of Postpartum Depression. *JOGNN Clinical studies*. 2001;31(4):236-443.
9. Dennis CL, Allen K. Interventions (other than pharmacological, psychosocial or psychological) for treating antenatal depression. *Cochrane* 2008;4(2)1-9.
10. Bennett HA, Einarson A, Taddio A y cols. Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstet Gynecol* 2004;103:698-709.
11. Buñuel J. Antidepresivos y embarazo, una mala combinación. *Form Act Pediatr Aten Prim*. 2010;3:54-55.
12. Spinelli M, Endicott J. Controlled Clinical Trial of Interpersonal Psychotherapy Versus Parenting Education Program for Depressed Pregnant Women. *Am J Psychiatry*. 2003; 160:555–562.

13. Lee D, Yip A, Chan S, Tsui M, Chung T. Postdelivery Screening for Postpartum Depression. *Psychosomatic Medicine*. 2003;65:357–361.
14. Yonkers K, Lin H, Howell H, Heath A, Cohen L. Pharmacological Treatment of Postpartum Women with New Onset Major Depressive Disorder: A Randomized Controlled Trial with Paroxetine. *J Clin Psychiatry*. 2008;69(4):659–665.
15. Verkerk G, Denollet J, Van Heck G, Van Son M, Pop V, MD. Personality Factors as Determinants of Depression in Postpartum Women: A Prospective 1-Year Follow-up Study. *Psychosomatic Medicine*. 2005;67:632–637.
16. Sit D, Wisner K. The Identification of Postpartum Depression. *Clin Obstet Gynecol*. 2009;52(3):456–468.
17. López A, Agusti A. Seguridad de los fármacos antidepresivos durante la gestación. *Med Clin*. 2000;114:354-355.
18. Salazar L, Rincón D. Uso de los antidepresivos en el embarazo y la lactancia. *Universitas médica*. 2006;47(2):177-188.
19. Maroto G, García M, Fernández P. Evaluación del estado de ánimo en el puerperio con la escala de Depresión de Edimburgo. *International Journal of clinical and Health psychologi*. 2005;5(002):305-318.
20. Lujan S. Depresión en el embarazo. *Revista de obstetricia y ginecología de Buenos Aires*. 2009;88(982):234-243.
21. Moreno A, Dominguez L, França S. Depresión postparto: prevalencia de test de rastreo positivo en puérperas del hospital universitario de brasilia, brasil. *rev chil obstet ginecol* 2004;69(3): 209-213.
22. M. Vilouta, E. Álvarez, E. Borrajo y A. González. Depresión en el posparto inmediato: factores de riesgo. *Clin Invest Gin Obst*. 2006;33(6):208-11.
23. Rahman A, Creed F. Outcome of prenatal depression and risk factors associated with persistence in the first postnatal year: Prospective study from Rawalpindi, Pakistan. *Journal of Affective Disorders*. 2007;100:115–121.

24. Forman *DN*, Videbech *TP*, Hedegaard *M*, Salvig. Secher *NJ*. Postpartum depression: identification of women at risk. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2000;107:1210-1217.
25. O' Hara *MW*, Stuart *S*, Gorman *LL*, Wenzel *A*. Efficacy of interpersonal Psychotherapy for postpartum depression. *Arch Gen Psychiatry*. 2000;57:1039-1045.
26. Bloch *M*, Schmidt *PJ*, Danaceau *M*, Murphy *J*, Nieman *L*, Rubinow *DR*. Effects of Gonadal Steroids in Women With a History of Postpartum Depression. *Am J Psychiatry* 2000;157:924–930.
27. Zlotnick *C*, Johnson *SL*, Miller *IW*, Pearlstein *T*, Howard *M*. Postpartum Depression in Women Receiving Public Assistance: Pilot Study of an Interpersonal-Therapy-Oriented Group Intervention. *Am J Psychiatry* 2001;158:638–640.
28. Boyd *RC*, Le *HN*, Somberg *r*. Examen de los instrumentos para la depresión postparto de detección. *Aten primaria*. 2005;8(3):141–153.
29. Goldberg *DP*. La detección de la enfermedad psiquiátrica por cuestionario. *Oxford University Press*. 1972;21(1):110-116.
30. Beck *AT*, Steer *RA*, marrón griego *Manual para el inventario de depresión de Beck-II*. San Antonio: Corporación psicológica;1996;1:5-25.
31. Rush *AJ*, Gullion *CM*, señor Basco, Jarrett *RB*, Trivedi *MH*. El inventario de sintomatología depresiva (IDS): propiedades psicométricas. *Med Psychol*1996;26:477–486.
32. K de Yonkers, Ramin *SM*, Rush *AJ*, Navarrete *CA*, Carmod *T*, marzo *D*, et al comienzo y la persistencia de la depresión posparto en un sistema de clínica de salud materna de interior de la ciudad. *Estoy psiquiatría J*.2001;158:1856–1863.
33. Gaynes *BNGN*, S Meltzer-Brody, Lohr *KN*, Swinson *T*, Gartlehner *G*, Brody *S*, Miller *WC*. Depresión perinatal: prevalencia, precisión de detección y proyección de los resultados. 2001;119:5-16.

34. Hobfoll SE, Ritter C, Lavin J, Hulsizer Señor, Cameron RP. Prevalencia de depresión e incidencia entre las mujeres embarazadas y postparto de interior de la ciudad. *Diario de psicología clínica y consultoría*. 1995;63(3):445–453.
35. MC Logsdon, Davis DW, Birkimer JC, Wilkerson S. predictores de depresión en las madres de bebés prétermino. *Diario de personalidad y comportamiento Social*. 1997;12:73–88.
36. B Troutman, depresión postparto Cutrona C. Nonpsychotic entre los adolescentes. *Diario de psicología anormal*. 1990;99:69–78.
37. Bhatia SC, Bhatia SK. Depression in Women: Diagnostic and Treatment Considerations. *Am Fam Physician* 1999; 60(1):225-234.
38. O' Hara MW. Postparto "blues", depresión y psicosis: una revisión. *Diario de psicósomática Obstetricia y ginecología*. 1987;73:205–227.
39. Son SE, Kirchner JT. Depression in Children and Adolescents. *Am Fam Physicians* 2000; 62: 2297-2308, 2311-2312.
40. Regmi S, Sligl W, Carter D, Grut W, Seear M. A controlled study of postpartum depression among Nepalese women: validation of the Edinburgh Postpartum Depression Scale in Kathmandu. *TM & IH*. 2002;7(4): 378–382.
41. Canaval GE, Gonzalez MC, Martinez-Schallmoser L, Tovar MC, Valencia C. Depresión postparto, apoyo social y calidad de vida en mujeres de Cali, Colombia. *Colombia Med*. 2000;31:4-10.
42. Dietz PM, Williams SB, Callaghan WM, Bachman DJ, Whitlock E, Hornbrook MC. Clinically Identified Maternal Depression Before, During, and After Pregnancies Ending in Live Births. *Am J Psychiatry* 2007;164(10):1515-1520.
43. Yonkers KA, Ramin SM, Rush AJ, Navarrete CA, Carmody T, March D, Heartwell SF, Leveno KJ. Onset and Persistence of Postpartum Depression in an Inner-City Maternal Health Clinic System. *Am J Psychiatry* 2001;158:1856–1863.

44. Dennis CL, McQueen K. The Relationship Between Infant-Feeding Outcomes and Postpartum Depression: A Qualitative Systematic Review. *journal of the American Academy of Pediatrics*. 2009;123:736-756.
45. Hay DF, Kumar R. Interpreting the effects of mother's postnatal depression on children's intelligence: a critique and reanalysis. *Child psychiatry Hum Dev* 1995;25:165-81.
46. Romero A.I, Carrillo A. Alteraciones psiquiátricas en el postparto. *La medicina de hoy*. 2006;1-4.
47. Sierra J.M, Carro T, Ladrón E. Variables asociadas al riesgo de depresión postparto. Edinburgh postnatal Depression scale. *Aten Primaria* 2002;30(2):103-111.
48. Susman JL. Postpartum depressive disorders. *J Fam Pract* 1996;43:17-24.
49. Orejarena S.J. Transtornos afectivos postparto. *Med UNAB* 2004;7(20):134-139.
50. Einarson TR, Einarson A: nuevos antidepresivos en el embarazo y las tasas de malformaciones mayores: un meta-análisis de estudios prospectivos comparativos. *Pharmacoepidemiol drogas Saf* 2005;14:823-827.
51. Monosteiro M, Diaz E, Fernández A, Morán D, Pellico A, Villaverde S, Depresión puerperal y percepción del parto *Tokio Gin Pract* 2001;60(2):59-64.
52. Hagen E. *The Functions of Postpartum Depression*. Elsevier Science Inc. 1999;20:325-359.
52. Reid V, Meadows-Oliver M. Postpartum depression in adolescent mothers: an integrative review of the literature. *J Pediatr Health Care*. 2007;21(5):289-98.
53. Figueiredo B, Pacheco A, Costa R. Depression during pregnancy and the postpartum period in adolescent and adult Portuguese mothers. *Arch Womens Ment Health*.2007;10(3):103-9.
54. Rich-Edwards J, Kleinman K, Abrams A, Harlow B, McLaughlin TJ, Joffe H, Gillman MW. Sociodemographic predictors of antenatal and postpartum depressive symptoms among women in a medical group practice. *J Epidemiol Community Health* 2006;60:221-227.

ANEXO 1

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FECHA: _____

FOLIO: _____

PERFIL CLÍNICO FAMILIAR EN USUARIAS EMBARAZADAS DE LA UMF #80 EN EL TURNO MATUTINO Y VESPERTINO

NOMBRE: _____

NSS: _____

CONSULTORIO: _____ TURNO: _____

CUESTIONARIO

1. Antecedentes de muerte perinatal	
2. Antecedentes de parto pretérmino	
3. Antecedentes de productos con peso bajo al nacimiento	
4. Antecedentes familiares de depresión	
5. Antecedentes personales de depresión o enfermedad psicológica	
6. Como es la relación con la familia de su pareja, si es que tiene actualmente?	
7. Como es la relación con los compañeros de su trabajo, si es que trabaja?	
8. Como es la relación con su familia de origen?	
9. Como es la relación con sus hijos, si es que los tiene?	
10. Considera buena la relación que tiene con su pareja, si es que tiene?	
11. Cuáles son sus ingresos mensuales?	
12. Cuenta con el apoyo para el cuidado de sus hijos?	

13. Edad del primer embarazo	
14. Edad Gestacional al momento de realizar el interrogatorio	
15. Edad	
16. Escolaridad	
17. Estado civil	
18. Fue un embarazo deseado?	
19. Fue un embarazo planeado?	
20. Método de planificación familiar previo al embarazo	
21. Número de abortos	
22. Número de cesáreas	
23. Número de embarazos	
24. Número de partos	
25. Ocupación	
26. Trabajo de su pareja	
27. Tratamiento antidepresivo previo	
28. Tuvo preclampsia?	
29. Tuvo problemas de salud durante su embarazo?	
30. Tuvo problemas durante el parto?	

ANEXO 2

CUESTIONARIO DE BECK

NOMBRE _____ **EDAD:** _____

Instrucciones: A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 21 apartados. Delante de cada frase marque con una cruz la respuesta que mejor refleje su situación actual.

1. No me siento triste. _____
Me siento triste. _____
Me siento triste todo el tiempo y no puedo salir de mi tristeza. _____
Estoy tan triste e infeliz que no puedo soportarlo. _____
2. No me siento particularmente desanimado ante el futuro. _____
Me siento desanimado con respecto al futuro. _____
Siento que no me espera nada bueno en el futuro. _____
Siento que en el futuro no hay esperanza y que las cosas no pueden mejorar. _____
3. No creo que yo sea un fracaso. _____
Creo que he fracasado más que cualquier persona normal. _____
Al recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es un montón de fracasos. _____
Creo que soy un fracaso absoluto como persona. _____
4. Obtengo tanta satisfacción de las cosas como la que solía obtener antes. _____
No disfruto de las cosas tanto como antes. _____
Ya no obtengo verdadera satisfacción de nada. _____
Estoy insatisfecho o aburrido de todo. _____
5. No me siento especialmente culpable. _____
No me siento culpable una buena parte del tiempo. _____
Me siento culpable casi siempre. _____
Me siento culpable todo el tiempo. _____
6. No creo que esté siendo castigado. _____
Creo que puedo ser castigado. _____
Espero ser castigado. _____
Pienso que estoy siendo castigado. _____
7. No me siento decepcionado de mí mismo. _____
Me he decepcionado a mí mismo. _____
Estoy en conflicto conmigo mismo. _____
Me odio. _____
8. No creo ser peor que los demás. _____
Me critico por mis debilidades o errores. _____
Me culpo siempre por mis errores. _____
Me culpo de todo lo malo que sucede. _____
9. No pienso en el suicidio. _____
Pienso en matarme, pero no lo haría. _____
Me gustaría matarme. _____
Me mataría si tuviera la oportunidad. _____

- 10.** No lloro más de lo de costumbre. _____
Ahora lloro más de lo que lo solía hacer. _____
Lloro todo el tiempo. _____
Solía poder llorar, pero ahora no puedo llorar aunque quiera. _____
- 11.** Las cosas no me irritan más que de costumbre. _____
Las cosas me irritan más que de costumbre. _____
Estoy irritado una buena parte del tiempo. _____
Me siento irritado todo el tiempo. _____
- 12.** No he perdido el interés por las personas. _____
Estoy menos interesado en otras personas que de costumbre. _____
He perdido casi todo mi interés por otras personas. _____
He perdido todo mi interés por otras personas. _____
- 13.** Tomo decisiones casi siempre. _____
Postergo la adopción de decisiones más que de costumbre. _____
Tengo más dificultad para tomar decisiones que antes. _____
Ya no puedo tomar decisiones. _____
- 14.** No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre. _____
Me preocupa el hecho de parecer viejo y sin atractivos. _____
Me preocupa seriamente mi aspecto, y parezco poco atractivo. _____
Pienso que soy feo. _____
- 15.** Puedo trabajar tan bien como antes. _____
Me cuesta más esfuerzo empezar a hacer algo. _____
Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa. _____
No puedo trabajar en absoluto. _____
- 16.** Puedo dormir tan bien como antes. _____
No puedo dormir tan bien como antes. _____
Me despierto una o dos horas más temprano que de costumbre y me cuesta mucho volver a dormir.

Me despierto varias horas antes que de costumbre y no puedo volver a dormir. _____
- 17.** No me canso más que de costumbre. _____
Me canso más fácilmente que de costumbre. _____
Me canso sin hacer nada. _____
Estoy demasiado cansado como para hacer cualquier cosa. _____
- 18.** Mi apetito no es peor que de costumbre. _____
Mi apetito no es tan bueno como antes. _____
Mi apetito está mucho peor ahora. _____
Ya no tengo apetito. _____
- 19.** No he perdido mucho peso últimamente. _____
He bajado más de dos kilos y medio. _____
He bajado más de cinco kilos. _____
He bajado más de siete kilos y medio. _____

20. No me preocupo por mi salud más que de costumbre. _____

Estoy preocupado por problemas físicos como, por ejemplo, dolores, molestias estomacales o estreñimiento. _____

Estoy muy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en otra cosa.

Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa.

21. No he notado cambio alguno reciente en mi interés por el sexo. _____

Estoy menos interesado en el sexo de lo que estaba antes. _____

Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo. _____

He perdido por completo el interés en el sexo. _____

ANEXO 3

ESCALA DE EDIMBURGO

En los últimos días:

1. He podido reír y ver el lado bueno de las cosas:
 - 0 Ha sido como siempre
 - 1 Ahora no tanto
 - 2 Mucho menos
 - 3 No, no he podido

2. He mirado hacia el futuro con placer:
 - 0 Tanto como siempre
 - 1 Algo menos de lo que solía hacer
 - 2 Definitivamente menos
 - 3 No, nada

3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas marchan mal:
 - 3 Sí, casi siempre
 - 2 Sí, algunas veces
 - 1 No muy a menudo
 - 0 No, nunca

4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo aparente:
 - 0 No, nada
 - 1 Casi nada
 - 2 Sí, a veces
 - 3 Sí, a menudo

5. He sentido miedo o pánico sin motivo alguno:
- 3 Sí, bastante
 - 2 Sí, a veces
 - 1 Casi nada
 - 0 No nada
6. Las cosas me oprimen o agobian:
- 3 Sí, casi siempre
 - 2 Sí, a veces
 - 1 No, casi nunca
 - 0 No, nada
7. Me he sentido tan infeliz, que he tenido dificultad para dormir:
- 3 Sí, casi siempre
 - 2 Sí, a menudo
 - 1 No muy a menudo
 - 0 No, nada
8. Me he sentido triste y desgraciada:
- 3 Sí, casi siempre
 - 2 Sí, bastante a menudo
 - 1 No muy a menudo
 - 0 No, nada
9. He estado tan infeliz que he estado llorando:
- 3 Sí, casi siempre

2 Sí, bastante a menudo

1 Sólo ocasionalmente

0 No, nunca

10. He pensado en dañarme o lastimarme a mí misma:

3 Sí, bastante a menudo

2 Sí, a menudo

1 Casi nunca

0 Nunca

FOLIO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
Seguridad y solidaridad social.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

Lugar

Fecha

Por medio de la presente autorizo mi participación en el proyecto titulado :

FRECUENCIA DE DEPRESIÓN Y PRINCIPALES FACTORES ASOCIADOS EN MUJERES, DURANTE EL TERCER TRIMESTRE DE GESTACIÓN Y POST PARTO

El objetivo del estudio **Detectar la depresión y sus principales factores en el embarazo y postparto**
es :

Se me ha explicado que mi participación consistirá en

estadísticos y de depresión

sólo contestar cuestionarios

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

No hay riesgos en este estudio; el beneficio es una mejor atención de su embarazo

El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento. En caso de que modifique o interfiera con el tratamiento habitual, el investigador se compromete a dar información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado, que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento.

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

El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificará en las prestaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información que se obtenga durante el estudio, aunque hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia.

Nombre y firma del paciente

Nombre, firma y matrícula del investigador principal