

11241
2 ej. 16

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

TITULO: FRECUENCIA DE DEPRESION Y ANSIEDAD EN EL EMBARAZO
DE ALTO RIESGO Y EN EL EMBARAZO NORMAL.

M. Escalante

TESINA QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
PSIQUIATRIA PRESENTA:

DR. JOSE LUIS ESQUINCA RAMOS

[Signature]

TUTOR: DR. HECTOR ORTEGA SOTO

[Signature]

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MEXICO, D.F., FEBRERO DE 1989.

[Signature]

V. b. ad M.
15-II-89



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

INTRODUCCION	1
ANTECEDENTES	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
HIPOTESIS	9
JUSTIFICACION	9
OBJETIVOS	9
METODO Y DISEÑO EXPERIMENTAL	10
RESULTADOS	13
DISCUSION	17
CONCLUSIONES	19
ANEXOS	21
REFERENCIAS	23

I.- INTRODUCCION

En los últimos años se considera a la depresión no sólo como el problema más frecuente en el campo de la salud mental, - sino de acuerdo con opiniones tan calificadas como la de - - Nathan Kline (1), como el padecimiento que más trastornos acarrea a la humanidad.

Los conocimientos adquiridos durante los últimos años acerca de las causas, manifestaciones y tratamiento de la depresión deben estar al alcance de médicos generales y especialistas de otras ramas de la medicina, con esto el diagnóstico oportuno y el tratamiento adecuado sería más frecuente.

Norman Sartorius (1), Director de la División de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud, calcula que en - el mundo hay por lo menos cien millones de personas que sufren por ella. Además, considera que el problema tiende ya a aumentar en los años venideros por los siguientes motivos:

1).- Por que el promedio de sobrevida está creciendo en todos los países, lo que incrementa el riesgo de presentarla.

2).- El rápido cambio en el ambiente psicosocial permite la exposición cada vez mayor del individuo y de grupos sociales a un ambiente intensamente tensionante, como el que se presenta en situaciones de desarraigo, desintegración familiar, aislamiento social e informacion sobrecargada; esto se asocia a un aumento en la prevalencia de algunos tipos de trastornos psiquiátricos, muchos de ellos de tipo depresivo.

3).- El aumento de la morbilidad para padecimientos crónicos, tales como el reumatismo, los trastornos gastrointestinales, los cerebrovasculares y los problemas neurológicos que, se ha demostrado, se asocian con depresión en un 20% de los casos.

4).- El creciente abuso de medicamentos, algunos de los cuales pueden causar depresión, como los antihipertensivos, las fenotiacinas y varios preparados hormonales como los anticonceptivos orales.

En México, en el trimestre julio-septiembre de 1981, en la comunidad urbana de Villa Coapa, un total de 928 sujetos estudiados, el 68%, mostró una reacción de ansiedad, el 11.63% de depresión media, y el 2.47% una depresión severa, con predominio del sexo femenino en todos los grupos, resultado que está de acuerdo con los reportados en la literatura. Lo anterior indica la importancia que tiene el síndrome depresivo y más en el sexo femenino.

Si agregamos que el embarazo por sí mismo es una condición en la cual se suceden cambios psicológicos y si con ellos están aunados otras patologías, como por ejemplo enfermedades sistémicas que ponen en peligro tanto la estabilidad del embarazo como la misma vida del binomio; se hace presumible que la depresión hará su aparición y con ello la evolución y manejo serán desfavorables.

En la mujer psicológicamente madura, el embarazo produce una sensación de bienestar y de autorrealización; sin embar

go cuando este no se verifica en situaciones de normalidad y de aceptación social, puede producir severos cuadros depresivos, tal es el caso del embarazo tardío y del que se presenta en un matrimonio que está a punto de desintegrarse, o en una familia numerosa y con problemas económicos graves. etc.

I.- ANTECEDENTES:

1.- Es difícil encontrar bibliografía referente al tema que toca la presente investigación, ya que pocos investigadores se han avocado a ello; sin embargo, temas paralelos como - por ejemplo: la depresión post-parto, la depresión post-cesárea y los cambios de estado de ánimo durante la maternidad, se han abordado con frecuencia.

Por otro lado también se ha explorado la depresión en el paciente médico, en el paciente post-quirúrgico, en el paciente terminal que son campos relacionados con el que nos ocupa. De esta manera para la presente investigación se tomaron en cuenta los hallazgos y resultados de las investigaciones en los terrenos referidos.

O'Hara en 1986, realizó una investigación en 99 mujeres embarazadas; encontró que el 11% de ellas cursaban con depresión, en tanto que el 12% presentó éste síndrome durante el puerperio (4). Por otro lado Johnson y cols. (3), en mujeres que cursaban con un embarazo de alto riesgo, identificaron un síndrome depresivo en ocho pacientes de un total de cincuenta que estudiaron. Según Barnett y Gordon P. (4), las madres con un alto grado de ansiedad tienen una mayor incidencia de complicaciones durante el parto así como un mayor riesgo de presentar una depresión post-parto. Paykel y cols. (5), también han reportado una relación importante entre los altos niveles de ansiedad y la incidencia de pre-eclampsia, de un trabajo de parto prolongado, de sufrimiento fetal, de puntuaciones bajas en el Apgar, de hipoxia neonatal y de bajo peso al nacer. Tanto Ascher (6) como Lederman y cols. (7), proponen que los niveles sanguíneos elevados de catecolaminas (consecuentes a la hiperactividad simpática asociada con la ansie-

dad) y por ende, el incremento en la presión sanguínea materna dan lugar a un decremento en el flujo sanguíneo uterino proviéndose así, el sufrimiento fetal que resulta de la hipoxia y la acidosis. Blomberg (8), resalta la importancia del "stress" de la madre ya que indirectamente afecta al feto; la conducta de la madre bajo "stress" puede ser maladaptativa por ejemplo: el descuidar la alimentación, - el usar medicamentos no prescritos por su médico o incrementar el uso del cigarrillo y de las bebidas alcohólicas.

Yalom y cols. en 1968 y Pitt, 1973 (9), para ellos la depresión o tristeza durante la maternidad ocurre aproximadamente entre el 10% y el 20% de las mujeres y hasta en un 50 a 70% durante el puerperio inmediato.

Por otro lado Peláez y Padilla (10), en una investigación llevada a cabo en 197 pacientes de un Hospital General Privado, encontraron una prevalencia de 44% neurosis depresiva y 12.2% psicosis maniaco-depresiva en fase depresiva. Otra investigación realizada también en un Hospital General, fue reportada por Cavanaugh (11), quien encontró una prevalencia de entre el 22% y el 33% para el trastorno depresivo, asimismo, un dato interesante en el que el 25% de los casos de depresión antecedió al trastorno médico por el cual se encontraba hospitalizado el paciente, en tanto que en el 75% restante, la sintomatología depresiva apareció después de que se había manifestado el padecimiento físico.

Un estudio realizado en una muestra de la población del Distrito Federal mostró que 929 aplicaciones del Zung el 11.63 % obtuvo puntajes correspondientes a una depresión moderada y el 2.47% cursaba con depresiones severas, o sea el 14.1%

de la muestra eran de enfermos deprimidos (12).

El Inventario de Depresión de Beck (IDB), fué publicado en 1961 (13). Dicho cuestionario consta de 21 apartados, cada uno de ellos contiene una serie de enunciados que representan diferentes grados de un síntoma de depresión. El cuestionario tiene la ventaja de ser autoaplicable, el paciente selecciona un solo enunciado de acuerdo a su condición actual. A cada enunciado se le asigna un valor numérico del 0 al 3 de acuerdo a la severidad del síntoma - que mide (ver anexo Núm. I). Los síntomas a los que alude son específicos para paciente con depresión y consistentes con las descripciones de la enfermedad depresiva - contenidas en la literatura psiquiátrica.

Las 21 categorías quedaron de la forma siguiente:

- 1) Animo
- 2) Pesimismo
- 3) Sensación de fracaso
- 4) Insatisfacción
- 5) Sentimientos de culpabilidad
- 6) Sensación de castigo
- 7) Descontento
- 8) Autoacusación
- 9) Deseos autopunitivos
- 10) Llanto
- 11) Irritabilidad
- 12) Aislamiento
- 13) Indecisión
- 14) Imagen corporal

- 15) Inhibición laboral
- 16) Trastorno del sueño
- 17) Fatigabilidad
- 18) Pérdida del apetito
- 19) Pérdida de peso
- 20) Preocupación somática
- 21) Pérdida de la libido

Los primeros 14 reactivos se han conocido como evaluadores de síntomas afectivo-cognitivos, y los 7 restantes, de síntomas vegetativo-somáticos; el menor porcentaje de éstos últimos hacen la escala especialmente útil en el paciente médico ya que los equivalentes depresivos de tipo somático, que se usan regularmente para el diagnóstico de la depresión, pueden también resultar a la propia enfermedad física. Utilizando este instrumento Cavanaugh en 1986 encontró una prevalencia del 36% de depresión en 335 pacientes hospitalizados por enfermedad médica, utilizando un punto de corte de 13. Schwab y col. (14), encontraron un 22% de pacientes deprimidos en 153 pacientes hospitalizados, usando un punto de corte de 14 en el IDB. Según Nizen y Williams (14), un punto de corte de 13 tiene una sensibilidad de 79% y 77% de especificidad para trastornos depresivos. Por otro lado Hernández y Torres (15) reportaron que para un punto de corte de 13 la sensibilidad es de 0.86 y la especificidad es de 0.86. Estos datos fueron obtenidos en un estudio realizado en el Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez", de la Ciudad de México. En este mismo estudio, el IDB mostró una alta confiabilidad prueba-contra prueba (r de Pearson = 0.89, coeficiente de correlación por rangos de Spearman = 0.88, el coeficiente de Spearman Brown = 0.87 y coeficiente de correlación intraclass 0.77). Estos datos son similares a los reportados por Beck y col. en 1961 (r = 0.86

y $r_{tt} SB = 0.93$), por lo que podemos concluir que el IDB es un instrumento altamente confiable.

La Escala de Ansiedad y Depresión para Hospital, es un cuestionario autoaplicable publicado en 1983 (16), se trata de una escala corta, comprensible y fácilmente de llenar, diseñada especialmente para aplicarse en pacientes de hospitales generales, en ella los conceptos de ansiedad y depresión se encuentran separados, en enunciados que se alternan a lo largo de todo el cuestionario, en donde por ejemplo, uno de ellos detecta ansiedad y el siguiente depresión. A cada enunciado se le asigna un valor numérico del 0 al 3 de acuerdo a la severidad del síntoma que mide (ver anexo II).

La escala está orientada para detectar la presencia de grados leves de trastornos en el ánimo, los sentimientos suicidas y síntomas de alteraciones más severas del ánimo están excluidas; así también síntomas que pueden ocurrir conjuntamente en otras enfermedades.

La escala (HAD) fue validada por Aylard y cols. en 1986 (17), junto con otras escalas, en este estudio el HAD mostró una alta confiabilidad prueba-contra prueba, la correlación entre la sub-escala de ansiedad y el CAS (Clinical - Anxiety Scale) fué de : $r = + 0.67$ (p menor que 0.01), y la correlación entre la sub-escala de depresión y el MADRS (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale) fue de: $r = +0.77$) p menor que 0.01). Por lo anterior se confirma que el HAD es un instrumento válido para lo que fué creado, detección y evaluación de desórdenes del ánimo de ansiedad y depresión en pacientes de Hospitales no Psiquiátricos.

Torres y Hernández (15), encontraron una correlación en tre las puntuaciones totales del IDB para depresión y el HAD (depresión) de: $r = 0.78$ y una p de 0.001 y una bue na sensibilidad para un punto de corte de 8, tanto para los ítems de ansiedad como para los de depresión.

2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

A pesar de que el médico general cree conocer los cambios emocionales que se presentan con el embarazo, en especial la depresión y la ansiedad, poco se ha investigado de manera sistemática este campo.

2.1.- HIPOTESIS:

Los síntomas de depresión y ansiedad son más frecuentes en el embarazo de alto riesgo, que en el embarazo normal.

2.2.- JUSTIFICACION:

Estudios previos en HOspitales Generales reportan que la frecuencia del síndrome depresivo es del 32.3%. Poco se ha investigado al respecto para el embarazo, siendo este un síndrome bastante frecuente y dado que ocasiona un malestar importante en los pacientes, llegando en muchas ocasiones a interferir con el éxito de un tratamiento.

3.0.- OBJETIVOS:

Inmediatos.- Determinar la frecuencia de depresión y ansiedad en el embarazo de alto riesgo y en el embarazo normal

y establecer si existen diferencias entre los hallazgos encontrados en el embarazo de alto riesgo y en el embarazo normal.

Mediatos.- En base a los resultados, evaluar la necesidad de incrementar la intervención del médico psiquiatra en la clínica de embarazo de alto riesgo. Educar al personal médico no psiquiatra que labora en dicha clínica, para la detección del síndrome depresivo y ansioso, para con ello - realizar las canalizaciones pertinentes al servicio de psiquiatria, para el manejo adecuado y seguimiento de los casos.

II.- METODO Y DISEÑO EXPERIMENTAL

Se estudiaron pacientes de la consulta externa de la clínica de embarazo de alto riesgo y pacientes de la consulta - externa de Obstetricia que cursaban con embarazo normal - (22-38 semanas), pacientes de la población del Hospital de la Mujer de la Secretaría de Salud.

Cada paciente llenó una hoja de registro de datos personales (nombre, edad, domicilio, estado civil, escolaridad, ocupación y diagnóstico médico por el que acudía a la clínica de embarazo de alto riesgo). Posterior al llenado de la hoja de registro, contestaron dos escalas autoaplicables, el Inventario de Beck, para detección de depresión y el cuestionario HAD, para depresión y ansiedad en hospital.

La selección de pacientes fué de acuerdo a los siguientes criterios:

Criterios de Inclusión (Grupo Experimental):

- 1.- Pacientes embarazadas que estuvieran dentro del rubro de embarazo de alto riesgo, cualquiera que fuera el diagnóstico, además de cursar con edad gestacional comprendida en el rango de 22 a 38 semanas.
- 2.- Que no estuvieran bajo tratamiento psiquiátrico.
- 3.- Que no estuvieran tomando algún psicofármaco.
- 4.- Que supieran leer y escribir.

Criterios de Excusión:

- 1.- Pacientes que estuvieran en tratamiento psiquiátrico en el momento de la investigación.
- 2.- Pacientes que por cualquier motivo estuvieran recibiendo algún tipo de psicofármacos.
- 3.- Pacientes analfabetas.

Los criterios para el grupo control fueron los mismos que los anteriores, tanto de inclusión como de exclusión a - - excepción de que debieron cursar con embarazo de evolución normal.

Los cuestionarios (ver anexos I y II) fueron evaluados de acuerdo a los siguientes puntajes:

IDB - INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK

Menor de 13 puntos	=	Ausencia de depresión.
de 13 a 20	=	Depresión leve.
de 21 a 30	=	Depresión moderada.
Mayor de 31	=	Depresión severa.

HAD. -. ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESION PARA HOSPITAL

Escala de ansiedad: Menor de 8 puntos ausencia de ansiedad.

Escala de depresión: Menor de 8 puntos ausencia de depresión.

III.- ANALISIS DE RESULTADOS:

Los datos obtenidos se procesaron mediante las siguientes - técnicas estadísticas:

- 1.- Elaboración de cuadros.
- 2.- Clasificación de acuerdo a los parámetros estudiados.
- 3.- Resumen de datos.
- 4.- Aplicación de x^2 .

RESULTADOS

El total de la muestra estudiada fué de 68 pacientes, de los cuales 28 correspondieron al grupo de embarazo de alto riesgo, tomado como grupo experimental y los 40 restantes, por pacientes que cursaban con embarazo de evolución normal. El promedio de edad para el grupo de embarazo de alto riesgo fué de 22.5 ± 6.8 , y para el grupo de embarazo de evolución normal de 26.6 ± 5.9 ($t = 2.59$, $df = 66$, $p < 0.001$).

Un total de 136 cuestionarios se aplicaron, de los cuales la mitad correspondió al Inventario de Depresión de Beck (IDB) y la otra a la Escala de Ansiedad y Depresión para Hospital General (HAD). El análisis de los cuestionarios reveló los siguientes datos: La frecuencia de depresión según el IDB en el grupo de embarazo de alto riesgo fué del 60.7% , o sea que 17 pacientes de un total de 28, cursaban con depresión, siendo esta cifra significativa comparada con el 32.5% de casos positivos hallados en el grupo de embarazo de evolución normal, para estos datos el valor de X^2 con un grado de libertad fué de 5.32 y una p significativa (ver cuadro I).

Respecto a la severidad de la depresión según el IDB, se encontró que en el grupo de embarazo de alto riesgo, el 41.1% del total de pacientes deprimidas, cursaba con una depresión leve, el 29.4% con depresión moderada y el 29.4% con depresión severa, porcentajes que contrastan con los obtenidos en el grupo de embarazo de evolución normal en donde el 53.8% de las pacientes deprimidas cursaban con depresión leve, 46.1% con depresión moderada y ningún caso con depresión severa, observándose nuevamente diferencias significativas entre ambos grupos (ver cuadro II)

CUADRO 1
 FRECUENCIA DE DEPRESION EN EL ULTIMO TRIMESTRE DEL
 EMBARAZO DE ALTO RIESGO Y NORMAL SEGUN EL IDB

DEPRESION	EMBARAZO DE ALTO RIESGO		EMBARAZO NORMAL	
	n	%	n	%
PRESENTE *	17	60.7	13	32.5
AUSENTE	11	39.2	27	67.5
TOTAL	28	99.9	40	100.0

* PUNTAJE TOTAL DEL IDB IV 13

$\chi^2 (1q1) = 5.32, p < 0.05$

CUADRO II
SEVERIDAD DE LA DEPRESION EN EL ULTIMO TRIMESTRE DEL
EMBARAZO DE ALTO RIESGO Y NORMAL

DEPRESION	EMBARAZO DE ALTO RIESGO (n=28)		EMBARAZO NORMAL (n=40)	
	n	%	n	%
LEVE IDB= 13-20	7	41.1	7	53.8
MODERADA IDB= 21-30	5	29.4	6	46.1
SEVERA IDB ≥ 31	5	29.4	0	0.0
TOTAL	17	99.9	13	99.9

Determinada por el puntaje en el IDB (ver texto)

$$\chi^2 (3q1) = 4.64, p < 0.1$$

En el cuadro - III, observamos la frecuencia de depresión según la sub-escala de depresión del HAD, donde 13 pacientes o sea el 46.4% del grupo de embarazo de alto riesgo cursaba con depresión, mientras que en el grupo control - sólo el 20.0% cursaba con ella, aquí nuevamente se observó diferencias significativas ($X^2 = 5.38$, $p < 0.05$).

Los datos obtenidos por la sub-escala de ansiedad del HAD, mostraron diferencias significativas entre ambos grupos - de estudio. En el grupo de embarazo de alto riesgo se observó que el 71.4% de las pacientes del grupo, cursaba - con ansiedad, en contraste con el 35.0% de casos detectados en el grupo de embarazo de evolución normal (ver cuadro - IV).

Una vez que se analizaron por separado los resultados tanto de ansiedad como de depresión, se hizo una relación entre ambos, tomando los hallazgos del IDB. En esta relación los resultados fueron los siguientes:

En el grupo de embarazo de alto riesgo, 15 pacientes tuvieron puntajes positivos tanto en el Inventario de Depresión de Beck, como en la sub-escala de ansiedad del HAD, sólo dos en el IDB y cinco solamente en el HAD. En el grupo de embarazo de evolución normal, siete pacientes tuvieron puntajes positivos en ambos cuestionarios, otros siete sólo en el HAD y siete más solamente en el IDB. Haciendo el mismo análisis en el total de la muestra ($n=68$), los resultados quedaron de la siguiente manera: el 32.3% de los casos positivos tuvieron puntajes en los dos cuestionarios, el 17.6% sólo en el HAD y el 13.2% solamente -

CUADRO III
FRECUENCIA DE DEPRESION EN EL ULTIMO TRIMESTRE
DEL EMBARAZO DE ALTO RIESGO Y NORMAL SEGUN EL IAD

DEPRESION	EMBARAZO DE ALTO RIESGO (n=28)		EMBARAZO NORMAL (n=40)	
	n	%	n	%
PRESENTE *	13	46.4	8	20
AUSENTE	15	53.5	32	80
TOTAL	28	100.0	40	100.0

* PUNTAJE TOTAL DEL IAD EN LA SUBESCALA DE DEPRESION ≥ 8

χ^2 (1gl) = 5.38, $p < 0.05$

CUADRO IV
 FRECUENCIA DE ANSIEDAD EN EL ÚLTIMO TRIMESTRE
 DEL EMBARAZO DE ALTO RIESGO Y NORMAL SEGÚN EL HAD

ANSIEDAD	EMBARAZO DE ALTO RIESGO (n=28)		EMBARAZO NORMAL (n=40)	
	n	%	n	%
PRESENTE *	20	71.4	14	35.0
AUSENTE	8	28.5	26	65.0
TOTAL	28	100.0	40	100.0

* PUNTAJE TOTAL DEL HAD EN LA SUBESCALA DE ANSIEDAD ≥ 8

$\chi^2 (1q1) = 0.74, p < 0.004$

en el IDB; el análisis mostró una diferencia bastante significativa ($p < 0.001$) ver cuadro V.

Con el objeto de conocer la concordancia en el diagnóstico de depresión entre el Inventario de depresión de Beck y la sub-escala de depresión del HAD, se tabularon los datos tal y como se muestra en el cuadro VI, en el que se aprecia que en el grupo de embarazo de alto riesgo, 13 pacientes que corresponden a un 72.2% del total de pacientes deprimidas, tuvieron puntajes positivos en ambos cuestionarios, mientras que en el grupo de embarazo normal, ocho pacientes, o sea el 53.3% de 15 pacientes deprimidas tuvieron también puntajes positivos en los dos cuestionario y este mismo análisis en el total de la muestra reflejó que 21 pacientes que corresponden al 63.6% del total de pacientes deprimidas tuvieron concordancia en ambas escalas, mostrando esto que el porcentaje de acuerdos fué de 82.3 y el de desacuerdos de 17.6% vemos pues que la concordancia entre ambos cuestionarios es bastante alta.

En el cuadro VIII, podemos observar que la edad no fué un factor que influyera en la presencia de depresión en ninguno de los grupos estudiados, así tampoco lo fueron las otras variables tales como: la escolaridad, el estado civil o la ocupación, ya que el valor de p no fué significativo.

Con respecto a las variables arriba mencionadas, se encontró que en el grupo de embarazo de alto riesgo el nivel de escolaridad más alto fué el de secundaria con un

CUADRO V
DEPRESION Y ANSIEDAD EN EL ULTIMO TRIMESTRE DEL EMBARAZO

EMBARAZO NORMAL			
		DEPRESION IDB	
		+	-
ANSIEDAD	+	7	7
	-	7	19

EMBARAZO DE ALTO RIESGO			
		DEPRESION IDB	
		+	-
ANSIEDAD	+	15	5
	-	2	6

TOTAL			
		DEPRESION IDB	
		n+	n-
ANSIEDAD	+	22	12
	-	9	25

$\chi^2 = 34.77, p < 0.001$ (ver texto)

CUADRO VI
CONCORDANCIA EN EL DIAGNOSTICO DE DEPRESION ENTRE
EL IDB Y EL HAD

EMBARAZO NORMAL

	DEPRESION IDB		
	+	-	
DEPRESION HAD	+	8	1
	-	6	25

EMBARAZO DE ALTO RIESGO

	DEPRESION IDB		
	+	-	
DEPRESION HAD	+	13	1
	-	4	10

TOTAL

	DEPRESION IDB		
	+	-	
DEPRESION HAD	+	21	2
	-	10	35

% DE ACUERDOS = 82.3

% DE DESACUERDOS = 17.6

CUADRO VII
 CARACTERISTICAS DE LA MUESTRA
EDAD

GRUPO	\bar{X}	de	t (66gl)	P
EMBARAZO DE ALTO RIESGO	22.5	6.8	2.59	0.01
EMBARAZO NORMAL	26.6	5.9		

CUADRO VIII
 INFLUENCIA DE LA EDAD EN LA PRESENCIA DE DEPRESION
 EN EL ULTIMO TRIMESTRE DEL EMBARAZO

EMBARAZO	DEPRESION *	EDAD	t	p
ALTO RIESGO	+	21.9 [±] 5.6	0.77	ns
	-	24.1 [±] 9.2		
NORMAL	+	26.9 [±] 6.0	0.27	ns
	-	26.4 [±] 6.0		

* SEGUN LOS PUNTAJES DE IOB

porcentaje de 35.7, en cuanto a la ocupación, el 89.2% se dedicaba a labores del hogar, en cambio en el grupo de embarazo de evolución normal los porcentajes fueron de la siguiente manera: el 20% tenía educación secundaria y el 85% se dedicaba a labores del hogar (ver cuadros IX, X y XI).

CUADRO 1X
 CARACTERISTICAS DE LA MUESTRA
ESTADO CIVIL

ESTADO CIVIL	EMBARAZO DE ALTO RIESGO		EMBARAZO NORMAL	
	n	%	n	%
CASADAS	10	35.7	21	52.5
SOLTERAS	8	28.5	6	15.0
UNION LIBRE	10	35.7	13	32.5
TOTAL	28	100.0	40	100.0

$\chi^2 = 2.54, \quad p = \text{no}$

CUADRO X
 CARACTERISTICAS DE LA MUESTRA
ESCOLARIDAD

ESCOLARIDAD	EMBARAZO DE ALTO RIESGO		EMBARAZO NORMAL	
	n	%	n	%
PRIMARIA INCOMPLETA	7	25	9	22.5
PRIMARIA COMPLETA	8	28.5	18	45.0
SECUNDARIA	10	35.7	8	20.0
PREPARATORIA	3	10.7	5	12.5
TOTAL	28	100.0	40	100.0

$\chi^2 = 2.47, \quad p = ns$

CUADRO XI
CARACTERISTICAS DE LA MUESTRA
OCUPACION

OCUPACION	EMBARAZO DE ALTO RIESGO		EMBARAZO NORMAL	
	n	%	n	%
HOGAR	25	89.2	34	85.0
OBRERA	1	3.5	2	5.0
EMPLEADAS	2	7.1	3	7.5
PROFESIONISTAS	0	0.0	1	2.5
TOTAL	28	100.0	40	100.0

p= ns

DISCUSION

Por el hecho de haber tomado como grupo experimental al integrado por pacientes que cursaban con embarazo de alto riesgo, esto, por la misma condición del grupo, nos daba una aproximación empírica de lo que los datos reflejarían, sin embargo, el tener los datos apoyados estadísticamente, hacen del estudio una fuente de información - que puede ser de utilidad principalmente en el lugar en donde se realizó la investigación.

Una vez que se analizaron todos los resultados, no es difícil percatarse de la relación altamente significativa entre el grupo integrado por pacientes que cursaban con embarazo de alto riesgo y el grupo con embarazo de evolución normal. Las diferencias encontradas han sido consistentes con investigaciones realizadas anteriormente, o bien con estudios llevados a cabo con muestras muy similares, por citar alguno de ellos tenemos la realizada por Michael W., O'Hara, Phd (1986), quienes encontraron una frecuencia también significativa de depresión en el último trimestre del embarazo.

Los hallazgos de este estudio nos muestra claramente como en el grupo más vulnerable, la depresión, la ansiedad o - ambas tuvieron una frecuencia alta, ratificándose esto - también en la concordancia encontrada entre las dos escalas que miden depresión.

Los resultados también han dejado ver, que tanto el síndrome ansioso como el depresivo se les encuentra en la mayoría de las veces conjugados, o sea que la sintomatología de ellos pueden estar de manera imbricada, esta de-

ducción se extrae fácilmente al analizar los datos del cuadro V, que mostró que el 53.5% del total del grupo experimental, compartía sintomatología significativa, tanto en el rubro de la depresión como en el de ansiedad.

Podríamos ahora preguntarnos - ¿Qué factores coadyuvantes o causales están jugando un papel importante en los hallazgos encontrados? - , indudablemente la respuesta a esta interrogante resulta del todo interesante, pues conocerla nos ayudaría a entender mejor el fenómeno estudiado, así como el plantear lineamientos más adecuados para el abordaje del problema. Otra interrogante que se desprende del estudio es - ¿De qué manera, o que tanto la ansiedad y la depresión están comprometiendo aún más al embarazo, y cómo esta situación puede estar afectando el buen apego y el éxito de un tratamiento? - , existe alguna relación entre la depresión durante el embarazo y la observada en el pos-parto? - , a este respecto, hubiese sido interesante estudiar a la misma muestra durante el puerperio, pero de alguna forma esto da pie a formular otros protocolos de investigación.

CONCLUSIONES

1.- En la muestra estudiada, se ve confirmada la hipótesis planteada.

2.- La depresión y la ansiedad tienen una alta frecuencia en el embarazo de alto riesgo en comparación con el embarazo de evolución normal, por lo que su detección y manejo se hace importante.

3.- Los cuestionarios aplicados, son instrumentos de gran ayuda para la detección del síndrome ansioso y depresivo, en la población del Hospital de la Mujer, confirmándose - una vez más, que dichos cuestionarios tienen una alta utilidad en hospitales generales y de tercer nivel, o sea - que cumplen con su función, ya que fueron diseñados para se utilizados en mencionados lugares.

4.- Los hallazgos obtenidos en la investigación nos hacen ratificar la necesidad que existe, de informar al médico no psiquiatra de las diferentes formas en que la depresión o la ansiedad pueden manifestarse, para con ello establecer un diagnóstico oportuno, mejorar la atención, brindar un tratamiento multidisciplinario y por ende, la tendencia del pronóstico sera mejor.

Con lo anterior, se destaca de sobremanera la importancia que se tiene en profundizar en la investigación de los - procesos emocionales y fisiológicos que acompañan al emba-

razo, tanto en el de evolución normal como en el que no lo es, estableciéndose con ello una meta a seguir, que sería: Conocer de manera integral las vicisitudes del - embarazo.

En este cuestionario hay grupos de oraciones, por favor lea cada grupo cuidadosamente y escoja la oración, de cada grupo, que mejor describa como se ha sentido esta última semana, incluyendo hoy. Marque con una X la oración que haya escogido. Si varias oraciones en el grupo parecen aplicarse a su caso marque sólo una. Asegúrese de leer todas las aseveraciones en cada grupo antes de contestar.

- 1) No me siento triste.
 Me siento triste.
 Me siento triste todo el tiempo y no puedo animarme.
 Me siento tan triste o infeliz que ya no lo soporto.
- 2) No me siento desanimado acerca del futuro.
 Me siento desanimado acerca del futuro.
 Siento que no tengo para que pensar en el porvenir.
 Siento que no hay esperanza para el futuro y que las cosas no pueden mejorar.
- 3) No me siento como un fracasado.
 Siento que he fracasado más que otras personas.
 Conforme veo hacia atrás en mi vida todo lo que puedo ver son muchos fracasos.
 Siento que como persona soy un completo fracaso.
- 4) Obtengo tanta satisfacción de las cosas como siempre.
 No disfruto las cosas como antes.
 Ya no obtengo satisfacción de nada.
 Estoy insatisfecho y molesto con todo.
- 5) No me siento culpable.
 En algunos momentos me siento culpable.
 La mayor parte del tiempo me siento algo culpable.
 Me siento culpable todo el tiempo.
- 6) No siento que seré castigado.
 Siento que puedo ser castigado.
 Creo que seré castigado.
 Siento que estoy siendo castigado.
- 7) No me siento descontento conmigo mismo.
 Me siento descontento conmigo mismo.
 Me siento a disgusto conmigo mismo.
 Me odio a mí mismo.
- 8) No siento que sea peor que otros.
 Me critico a mí mismo por mi debilidad y mis errores.
 Me culpo todo el tiempo por mis errores.
 Me culpo por todo lo malo que sucede.
- 9) No tengo ninguna idea acerca de suicidarme.
 Tengo ideas de suicidarme pero no lo haría.
 Quisiera suicidarme.
 Me suicidaría si tuviera la oportunidad.
- 10) No lloro más que de costumbre.
 Lloro más que antes.
 Lloro todo el tiempo.
 Podía llorar pero ahora no puedo aunque quiera.
- 11) Ahora no estoy mas irritable que antes.
 Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
 Me siento irritado todo el tiempo.
 No me irrito para nada con las cosas que antes me irritaban.
- 12) No he perdido el interés en la gente.
 No me interesa la gente como antes.
 He perdido la mayor parte de mi interés en la gente.
 He perdido todo el interés en la gente.

- 13) ___ Tomo decisiones tan bien como siempre.
___ Pospongo decisiones con más frecuencia que antes.
___ Se me dificulta tomar decisiones.
___ No puedo tomar decisiones en nada.
- 14) ___ No siento que me vea más feo que antes.
___ Me preocupa que me vea viejo y feo.
___ Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que hacen que
___ me vea feo.
___ Creo que me veo horrible.
- 15) ___ Puedo trabajar tan bien como antes.
___ Tengo que hacer un esfuerzo extra para iniciar algo.
___ Tengo que obligarme a hacer cualquier cosa.
___ No puedo trabajar para nada.
- 16) ___ Duermo tan bien como antes.
___ No duermo tan bien como antes.
___ Me despierto 1 ó 2 horas antes de lo acostumbrado y me es difícil
___ volver a dormirme.
___ Me despierto muchas horas antes de mi hora acostumbrada y no puedo
___ volver a dormirme.
- 17) ___ No me canso más de lo habitual.
___ Me canso más fácilmente que antes.
___ Me canso de hacer casi cualquier cosa.
___ Me siento muy cansado de hacer cualquier cosa.
- 18) ___ Mi apetito es igual que siempre.
___ Mi apetito no es tan bueno como antes.
___ Casi no tengo apetito.
___ No tengo apetito en lo absoluto.
- 19) ___ No he perdido peso o casi nada.
___ He perdido más de 2.5 kilos.
___ He perdido más de 5 kilos.
___ He perdido más de 7.5 kilos.
___ (Estoy a dieta SI NO).
- 20) ___ Mi salud no me preocupa más que antes.
___ Me preocupan molestias como dolor de cabeza, malestar estomacal, o
___ estreñimiento.
___ Estoy tan preocupado por mis molestias físicas que es difícil que pueda
___ pensar en otra cosa.
___ Estoy tan preocupado por mis molestias físicas que no puedo pensar
___ en otra cosa.
- 21) ___ Mi interés por el sexo es igual que antes.
___ Estoy menos interesado en el sexo que antes.
___ Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo que antes.
___ He perdido completamente el interés en el sexo.

ESCALA H.A.D.

NOMBRE: _____ FECHA: _____

Los médicos conocen la importancia de los factores emocionales en la mayoría de enfermedades. Si el médico sabe cual es el estado emocional del paciente puede prestarle entonces mayor ayuda.

Este cuestionario ha sido confeccionado para ayudar a que su médico sepa cómo se siente usted afectiva y emocionalmente.

Lea cada pregunta y marque con una "x" la respuesta que usted considere que coincide con su propio estado emocional en la última semana.

No es necesario que piense mucho tiempo cada respuesta; en este cuestionario las respuestas espontáneas tienen mayor valor que las que se piensan mucho.

Me siento tenso/a o nervioso/a:

- Casi todo el día
- Gran parte del día
- De vez en cuando
- Nunca

Sigo disfrutando con las mismas cosas de siempre:

- Definitivamente igual que antes
- No tanto como antes
- Solamente un poco
- Ya no disfruto con nada

Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder:

- Sí y muy intenso
- Sí, pero no muy intenso
- Sí, pero no me preocupa
- No siento nada de eso

Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:

- Igual que siempre
- Actualmente algo menos
- Actualmente mucho menos
- Actualmente en absoluto

Tengo la cabeza llena de preocupaciones:

- Casi todo el día
- Gran parte del día
- De vez en cuando
- Nunca

Me siento alegre:

- Nunca
- Muy pocas veces
- En algunas ocasiones
- Gran parte del día

Soy capaz de permanecer sentado/a tranquila y relajadamente:

- Siempre
- A menudo
- Raras veces
- Nunca

Me siento lento/a y torpe:

- Gran parte del día
- A menudo
- A veces
- Nunca

Experimento una desagradable sensación de "nervios y hormigueos" en el estómago:

- Nunca
- Sólo en algunas ocasiones
- A menudo
- Muy a menudo

He perdido el interés por mi aspecto personal:

- Completamente
- No me cuida como debería hacerlo
- Es posible que no me cuide como debiera
- Me cuida como siempre lo he hecho

Me siento inquieto/a como si no pudiera dejar de moverme:

- Realmente mucho
- Bastante
- No mucho
- No, en lo absoluto

Espero las cosas con ilusión:

- Como siempre
- Algo menos que antes
- Mucho menos que antes
- No, en lo absoluto

Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor:

- Muy a menudo
- Con cierta frecuencia
- Raramente
- Nunca

Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión:

- A menudo
- Algunas veces
- Pocas veces
- Casi nunca

REFERENCIAS

- 1.- Citado en : G. Calderón N.; Depresión; causas, manifestaciones y tratamiento: Editorial Trillas, 1984.
- 2.- Michael W. O'Hara, PhD.
Social Support, Life Events, and Depresión During -
Pregnancy and the Puerperium.
Arch. Gen. Psychiatry.- Vol. 43, June 1986.
- 3.- Pauline S. Powers, Thomas Johnson, Robert Knuppel, -
at col. Psychiatric Disorders in High-Risk Pregnancy.
Comprehensive Psychiatry, Vol. 27, No. 2 (March/April)
1986: 159-164.
- 4.- Brynne Barnett and Gordon Parker.
Possible determinants correlates and consequences of
high levels of anxiety in the pregnancy.
Psychological medicine, 1986, 177-185.
- 5.- E.S. Paykel, et al.
Life events and social support in puerperal depression.
Brit. J. Psych. (1980), 136, 339-346.

- 6.- Ascher, B.H. (1978) .
Maternal anxiety in pregnancy and fetal homeostasis.
Journal of Ostetric, Gynecologic and Neonatal Nurging,
May/june, 18-21.

- 7.- Lederman, R.P., Lederman, E. Nork, B.A. and Mc Cann,
D.S. (1978) .
The relationship of maternal anxiety, plasma catecho-
lamines, and plasma cortisol to progress in labor.
American Journal of Ogstetrics and Gynecology, 132,
495-500.

- 8.- Blomberg, S. (1983).
Influence of maternal distress during pregnancy on -
fetal malformations: Acta Psychiatrica Scandinavica
62, 315-330.

- 9.- Citado en : E.S. Paykel : Life events and Social su-
pport in puerperal depression; Brit. J. Psych. (1980)
136-346.

- 10.- Peláez O., Padilla P.
Detección de trastornos mentales en el primer nivel de
atención médica: Salud Mental, Vol. 8, (3) :
Septiembre 1985.

- 11.- Cavanaugh et al.
Depresión en pacientes hospitalizados con varias enfermedades médicas: *Psycoterapy and Psychosomatics*, 45:97. 101, 1986.

- 12.- Guillermo Calderón Narváez.
Depresión; causas, manifestaciones y tratamiento.
Editorial Trillas, 1984.

- 13.- A.T. Beck. M.D., C.H. Ward, M. Mendelson, J. Mock.:
An Inventory for Measuring Depression.
Arch. of Psychiatry, Vol. 4, June, 1961.

- 14.- Citado en : M. Torres, E. Hernández; Sensibilidad, -
especificidad y confiabilidad del Inventario de Depresión de Beck, en un Hospital de la Ciudad de México (1987).

- 15.- M. Torres, E. Hernández.
Sensibilidad, especificidad y confiabilidad del Inventario de Depresión de Beck, en un Hospital de -
tercer nivel de la Ciudad de México. Tesina realizada en 1987.

- 16.- Zigmond A.S., Snaith R.P.
The Hospital Anxiety and Depression Scale.
Acta Psychiat. Scand. 1983; 67: 361-370.
Citado en (17).
- 17.- P.R. Aylard, J. H., Gooding, P.J. McKenna and R.P. Snaith.
A validation study of three anxiety and depression self-assessment scales.
Journal of Psychosomatic Research Vol. 31, No. 2, 261-273, 1987.
- 18.- J. T. Gordon and T.L. Watson.
The maternity Blues: exploration of a psychological hypothesis.
Acta Psychiat. Scand. 1987: 76: 164-171.

ATTE.

DR. JOSE LUIS ESQUINCA RAMOS.