



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE POSGRADO
HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"**

**PREVALENCIA E INCIDENCIA DE DEPRESIÓN
EN PACIENTES EMBARAZADAS DE LA CONSULTA
EXTERNA DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL
"DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"**

TESIS

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

PRESENTA:

DR. VÍCTOR SÁNCHEZ GARCÍA

ASESOR DE TESIS: DR. NORBERTO REYES PAREDES



AGOSTO 2007



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

DR. ALFONSO GALVAN MONTAÑO
DIRECTOR DE INVESTIGACIÓN

DR. OCTAVIO SIERRA MARTÍNEZ
DIRECTOR DE ENSEÑANZA

DRA. RITA VALENZUELA ROMERO
JEFA DE LA DIVISIÓN DE ENSEÑANZA DE PREGRADO Y POSGRADO

DR. GERARDO LARA FIGUEROA
SUBDIRECTOR DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

DR. NORBERTO REYES PAREDES
ASESOR DE TESIS

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar a mis padres Benito y María Luisa, por la infinita paciencia, apoyo y ejemplo que durante toda la vida me han brindado, ya que sin el no hubiera llegado a ser lo que ahora soy. También a mis hermanos Alfredo y Sergio que me han acompañado y son un ejemplo a seguir.

Para Fátima que ha estado ahí siempre para apoyarme, ser mi confidente y amiga y ha soportado la distancia y los obstáculos, y por iluminarnos la vida con nuestro hijo Fernando que es mi estímulo de cada día para seguir adelante.

A todos mis maestros que me enseñaron todo lo que se de la ginecología, y no solo de eso, también me han enseñado de la vida y formaron en mí una mejor persona.

A todos mis amigos residentes que me enseñaron tantas cosas pero lo principal, que una amistad es algo que debe cultivarse y cuidarse todos los días. En particular a mis compañeros de guardia que hicieron más pasaderas las jornadas de trabajo, y que son excelentes médicos y mejor personas.

INDICE

	Página.
RESUMEN	1
ANTECEDENTES	3
MARCO DE REFERENCIA	14
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	19
JUSTIFICACIÓN	19
OBJETIVO	20
HIPÓTESIS	21
DISEÑO	22
MATERIALES Y MÉTODO	23
VALIDACIÓN DE DATOS	32
RESULTADOS	33
DISCUSIÓN	35
CONCLUSIÓN	36
GRÁFICAS	37
TABLAS	42
CONSIDERACIONES ÉTICAS	43
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	44
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46

RESUMEN

Objetivo.

Conocer la incidencia y prevalencia de la depresión durante el embarazo en cada uno de los trimestres en las pacientes que acuden al servicio de obstetricia del hospital.

Materiales y Método.

Se realizó un estudio descriptivo, abierto, observacional, prospectivo y longitudinal.

Se incluyeron 95 pacientes que acudieron a consulta de primera vez al servicio de obstetricia del Hospital General "Dr. Manuel Gea González" de marzo a julio de 2007. A todas se les aplicó la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo (EPDS), la cual llenaban personalmente, puntaje mayor de 10 se consideró como sospecha de depresión. También se les aplicaron los Criterios Diagnósticos de Trastorno Depresivo Mayor, M.I.N.I. (Minientrevista Neuropsiquiátrica Internacional), con puntajes iguales o mayores de 5 se consideró diagnóstico de depresión. Y a las que resultaron con diagnóstico de depresión se les aplicó la Escala de Hamilton para clasificar el estado depresivo en leve, moderado o severo.

Resultados.

Se incluyeron 96 pacientes que acudieron por primera vez a la consulta de obstetricia, se excluyó una por tener ya diagnóstico de depresión y estar bajo tratamiento, por lo que se conservaron un total de 95 pacientes para el estudio.

El promedio de edad fue de 24.27 años, El estado civil de las pacientes fue: solteras 22 (23%), casadas 25 (26%), en unión libre 47 (50%), divorciada 1 (1%). Aunque para fines estadísticos se agruparon en casadas que incluyeron aquellas en unión libre y solteras que incluyó la paciente divorciada, de esta forma 73 tenían pareja y 22 no. La escolaridad fue primaria o menos en 17 casos (17.9%), secundaria en 55 (57.9%), preparatoria o más 23 (24.2%). La ocupación se clasificó como dedicadas a labores del hogar que fueron 81 (85.3%), y las que se dedican a otros trabajos (estudiantes, comerciantes, empleadas y profesionistas) que fueron 14 (14.7%). Cursaban su primer embarazo en 38 casos (40%), y con uno o más embarazos previos en 57 casos (60%). El nivel socioeconómico se clasificó en tres categorías, 9 paciente con nivel 1 10, (58%) con nivel 2 (61%) y 28 con nivel 3 (29%). Una presentó nivel 0 pero se incluyó en el nivel 1 y una tuvo nivel 6 y se incluyó en el nivel 3. Distribución por trimestres: 8 (8.4%) se encontraban en el primer trimestre al momento de la encuesta, 59 (62.1%) en el segundo y 28 (29.5%) en el tercero. De ellas 84 (88.4%) se encontraban sanas y 11 (11.6%) tenían una enfermedad agregada (epilepsia, hipertensión, hipertiroidismo, diabetes gestacional, etc.). En cuanto a la escala de Edimburgo: 62 (65.3%) tuvieron puntajes menores de 10 y 33 (34.7%) puntajes mayores de 10, por lo que estas últimas entraban en la categoría de sospecha de depresión 19 pacientes tuvieron diagnóstico de depresión con puntajes iguales o mayores de 5 en los criterios del MINI. De las cuales 11 (58%) tenía Depresión Leve, 7 (37%) Depresión Moderada y 1 (5%) padecía Depresión Severa.

Todas fueron enviadas al hacer el diagnóstico al servicio de psiquiatría para seguimiento.

Con los datos anteriores, se buscó una relación entre la depresión el grupo de edad, el estado civil, escolaridad, ocupación, la gestación y el nivel socioeconómico, comparando todos estos factores con las pacientes sanas. No se encontró una relación estadísticamente significativa, por lo que las pacientes tienen un 20% de riesgo de depresión en el embarazo independientemente de todas estas variables. Ninguna de las pacientes que se siguieron durante los trimestres posteriores desarrolló depresión.

Discusión.

La depresión posparto ocurre entre el 10% y el 15% de las madres, y es, por consiguiente, la complicación más frecuente de la maternidad. Se encontró un 20% de prevalencia de depresión en el embarazo lo cual incluso rebasa lo reportado en la literatura. Una vez realizado el diagnóstico en cualquier momento del embarazo se vio que las pacientes que no la tuvieron no la desarrollaron en trimestres posteriores.

Con estos datos es necesario ampliar el tamaño de la muestra para encontrar una relación entre estas diversas variables y la depresión ya que de lo contrario se podría pensar que el solo hecho de estar embarazada le confiere un 20% de riesgo de depresión, los estudios mencionados señalan que la edad menor de 17 años, baja escolaridad, el encontrarse sin pareja, el tener una enfermedad asociada pueden contribuir a presentar depresión en el embarazo.

Como instrumento es posible utilizar la Escala MINI, y de Edimburgo ya que presentaron una sensibilidad del 100 y 95% respectivamente.

Conclusión

El solo hecho de estar embarazada independientemente de los factores ambientales o las circunstancias en que se dio este embarazo le confiere a la mujer un grado de estrés que puede desencadenar un episodio depresivo. Así mismo la preocupación del estado de su hijo y si serán buenas madres puede contribuir a la presencia de esta enfermedad. Los cambios hormonales propios de la gestación la vuelven más vulnerable al estado depresivo, independientemente de los factores asociados.

ANTECEDENTES.

Cada año, el 9.5% de la población estadounidense (aproximadamente 18.8 millones de adultos) padece de enfermedades depresivas. El costo en términos económico es alto, pero el costo en términos de sufrimiento es incalculable. Los trastornos depresivos interfieren con el funcionamiento cotidiano del paciente. Ellos causan dolor y sufrimiento no sólo a quienes de ellos padecen, sino también a sus seres queridos. La depresión severa puede destruir tanto la vida de la persona enferma como la de su familia. Sin embargo, en gran parte, este sufrimiento se puede evitar.

La mayoría de las personas deprimidas no buscan tratamiento. Aún cuando la gran mayoría (incluso quienes sufren de depresión severa) podría recibir ayuda. Gracias a años de investigación, hoy se sabe que ciertos medicamentos y psicoterapias son eficaces para la depresión. Estas psicoterapias son conocidas por los nombres de terapia cognitivo-conductual, terapia interpersonal y terapia de apoyo (tratamiento de conversación o plática). Estos tratamientos alivian el sufrimiento de la depresión.

¿Qué es un trastorno depresivo?

El trastorno depresivo es una enfermedad que afecta el organismo (cerebro), el ánimo, y la manera de pensar. Afecta la forma en que una persona come y duerme. Afecta cómo uno se valora a sí mismo (autoestima) y la forma en que uno piensa. Un trastorno depresivo no es lo mismo que un estado pasajero de tristeza. No indica debilidad personal. No es una condición de la cual uno puede liberarse a voluntad. Las personas que padecen de un trastorno depresivo no pueden decir simplemente "ya basta, me voy a poner bien". Sin tratamiento, los síntomas pueden durar semanas, meses e incluso años. Sin embargo, la mayoría de las personas que padecen de depresión puede mejorar con un tratamiento adecuado.

Tipos de depresión

Al igual que en otras enfermedades, por ejemplo las enfermedades del corazón, existen varios tipos de trastornos depresivos: depresión severa, la distimia y el trastorno bipolar. En cada uno de estos tres tipos de depresión, el número, la gravedad y la persistencia de los síntomas varían.

La **depresión severa** se manifiesta por una combinación de síntomas (vea la lista de síntomas) que interfieren con la capacidad para trabajar, estudiar, dormir, comer y disfrutar de actividades que antes eran placenteras. Un episodio de depresión muy incapacitante puede ocurrir sólo una vez en la vida, pero por lo general ocurre varias veces en el curso de la vida.

La **distimia**, un tipo de depresión menos grave, incluye síntomas crónicos (a largo plazo) que no incapacitan tanto, pero sin embargo interfieren con el funcionamiento y el bienestar de la persona. Muchas personas con distimia también pueden padecer de episodios depresivos severos en algún momento de su vida.

El **trastorno bipolar**, llamado también enfermedad maníaco-depresiva. Éste no es tan frecuente como los otros trastornos depresivos. El trastorno bipolar

se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo: fases de ánimo elevado o eufórico (manía) y fases de ánimo bajo (depresión). Los cambios de estado de ánimo pueden ser dramáticos y rápidos, pero más a menudo son graduales.

Cuando una persona está en la fase depresiva del ciclo, puede padecer de uno, de varios o de todos los síntomas del trastorno depresivo. Cuando está en la fase maníaca, la persona puede estar hiperactiva, hablar excesivamente y tener una gran cantidad de energía. La manía a menudo afecta la manera de pensar, el juicio y la manera de comportarse con relación a los otros. Puede llevar a que el paciente se meta en graves problemas y situaciones embarazosas. Por ejemplo, en la fase maníaca la persona puede sentirse feliz o eufórica, tener proyectos grandiosos, tomar decisiones de negocios descabelladas, e involucrarse en aventuras o fantasías románticas. Si la manía se deja sin tratar puede empeorar y convertirse en un estado sicótico (el paciente pierde temporalmente la razón).

Síntomas de depresión y manía

No todas las personas que están en fases depresivas o maníacas padecen de todos los síntomas. Algunas padecen de unos pocos síntomas, otras tienen muchos. La gravedad de los síntomas varía según la persona y también puede variar con el tiempo.

Depresión

- Estado de ánimo triste, ansioso o "vacío" en forma persistente.
- Sentimientos de desesperanza y pesimismo.
- Sentimientos de culpa, inutilidad y desamparo.
- Pérdida de interés o placer en pasatiempos y actividades que antes se disfrutaban, incluyendo la actividad sexual.
- Disminución de energía, fatiga, agotamiento, sensación de estar "en cámara lenta."
- Dificultad para concentrarse, recordar y tomar decisiones.
- Insomnio, despertarse más temprano o dormir más de la cuenta.
- Pérdida de peso, apetito o ambos, o por el contrario comer más de la cuenta y aumento de peso.
- Pensamientos de muerte o suicidio; intentos de suicidio.
- Inquietud, irritabilidad.
- Síntomas físicos persistentes que no responden al tratamiento médico, como dolores de cabeza, trastornos digestivos y otros dolores crónicos.

Manía

- Euforia anormal o excesiva.
- Irritabilidad inusual.
- Disminución de la necesidad de dormir.
- Ideas de grandeza.
- Conversación excesiva.
- Pensamientos acelerados.
- Aumento del deseo sexual.
- Energía excesivamente incrementada.

- Falta de juicio.
- Comportarse en forma inapropiada en situaciones sociales.

Causas de la depresión.

Algunos tipos de depresión tienden a afectar miembros de la misma familia, lo cual sugeriría que se puede heredar una predisposición biológica. Esto parece darse en el caso del trastorno bipolar. Los estudios de familias con miembros que padecen del trastorno bipolar en cada generación, han encontrado que aquellos que se enferman tienen una constitución genética algo diferente de quienes no se enferman. Sin embargo, no todos los que tienen la predisposición genética para el trastorno bipolar lo padecen. Al parecer, hay otros factores adicionales que contribuyen a que se desencadene la enfermedad: posiblemente tensiones en la vida, problemas de familia, trabajo o estudio.

En algunas familias la depresión severa se presenta generación tras generación. Sin embargo, la depresión severa también puede afectar a personas que no tienen una historia familiar de depresión. Sea hereditario o no, el trastorno depresivo severo está a menudo asociado con cambios en las estructuras o funciones cerebrales.

Las personas con poca autoestima se perciben a sí mismas y perciben al mundo en forma pesimista. Las personas con poca autoestima y que se abrumen fácilmente por el estrés están predispuestas a la depresión. No se sabe con certeza si esto representa una predisposición psicológica o una etapa temprana de la enfermedad.

En los últimos años, la investigación científica ha demostrado que algunas enfermedades físicas pueden acarrear problemas mentales. Enfermedades tales como los accidentes cerebro-vasculares, los ataques del corazón, el cáncer, la enfermedad de Parkinson y los trastornos hormonales, pueden llevar a una enfermedad depresiva. La persona enferma y deprimida se siente apática y sin deseos de atender a sus propias necesidades físicas, lo cual prolonga el periodo de recuperación. La pérdida de un ser querido, los problemas en una relación personal, los problemas económicos, o cualquier situación estresante en la vida (situaciones deseadas o no deseadas) también pueden precipitar un episodio depresivo. Las causas de los trastornos depresivos generalmente incluyen una combinación de factores genéticos, psicológicos y ambientales. Después del episodio inicial, otros episodios depresivos casi siempre son desencadenados por un estrés leve, e incluso pueden ocurrir sin que haya una situación de estrés.

La depresión en la mujer.

La depresión se da en la mujer con una frecuencia casi el doble de la del hombre.¹ Factores hormonales podrían contribuir a la tasa más alta de depresión en la mujer. En particular, los cambios del ciclo menstrual, el embarazo, el aborto, el periodo de posparto, la premenopausia y la menopausia. Muchas mujeres tienen más estrés por las responsabilidades del cuidado de niños, el mantenimiento del hogar y un empleo. Algunas mujeres tienen una mayor carga de responsabilidad por ser madres solteras o por asumir el cuidado de padres ancianos.

Un estudio reciente del Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH por su sigla en inglés) demostró que las mujeres predispuestas a padecer del síndrome premenstrual (SPM) severo se alivian de sus síntomas físicos y anímicos (por ejemplo depresión) cuando se les suprimen sus hormonas sexuales con una medicación. Si se deja de dar dicha medicación, las hormonas se reactivan y al poco tiempo los síntomas vuelven. Por otro lado, a las mujeres sin SPM, la supresión temporal de las hormonas no les produce ningún efecto.

Muchas mujeres tienen un riesgo alto de deprimirse después del nacimiento de un bebé. En algunas mujeres los cambios hormonales y físicos, así como la responsabilidad de una nueva vida, pueden llevar a una depresión de posparto.

Aunque las madres nuevas comúnmente tienen periodos pasajeros de tristeza, un episodio depresivo severo no es normal y requiere tratamiento. El tratamiento por un médico sensible, y el apoyo emocional de la familia son de importancia vital para que la nueva madre recupere su bienestar físico y mental. El tratamiento devuelve la capacidad para cuidar y disfrutar el niño.

Depresión en el hombre

Aunque el hombre tiene menos probabilidad de sufrir depresiones que la mujer, de tres a cuatro millones de hombres en los Estados Unidos son afectados. El hombre tiende a ser más reacio para admitir que tiene depresión. Por lo tanto, el diagnóstico de depresión puede ser más difícil de hacer. El hombre es diagnosticado menos que la mujer. La tasa de suicidio en el hombre es cuatro veces más alta que en la mujer. Sin embargo, los intentos de suicidio son más comunes en la mujer que en el hombre. A partir de los 70 años de edad, la tasa de suicidio en el hombre aumenta, alcanzando el nivel máximo después de los 85 años.

La depresión también puede afectar la salud física del hombre, aunque en una forma diferente a la de la mujer. Un estudio reciente indicó que la depresión se asocia con un riesgo elevado de enfermedad coronaria (infartos de corazón) en ambos sexos. Sin embargo, sólo el hombre tiene una tasa alta de muerte debida a una enfermedad coronaria que se da junto con un trastorno depresivo.

El alcohol y las drogas enmascaran la depresión en el hombre más comúnmente que en la mujer. Igualmente, el hábito socialmente aceptable de trabajar en exceso, puede enmascarar una depresión. En el hombre, no es raro que la depresión se manifieste con irritabilidad, ira y desaliento, en lugar de sentimientos de desesperanza o desamparo. Por lo tanto, puede ser difícil de reconocer. Incluso cuando el hombre se da cuenta de que está deprimido, comparado con la mujer, tiende menos a buscar ayuda. El apoyo familiar generalmente es una ayuda importante. Algunas compañías ofrecen programas de salud mental para sus empleados. Estos pueden ser de gran ayuda para el hombre. Es importante que el hombre deprimido entienda y acepte la idea que la depresión es una enfermedad real que requiere tratamiento.

La depresión en la vejez

Es erróneo creer que es normal que los ancianos se depriman. Por el contrario, la mayoría de las personas de edad se sienten satisfechas con sus vidas. Cuando un anciano se deprime, a veces su depresión se considera

erróneamente un aspecto normal de la vejez. La depresión en los ancianos, si no se diagnostica ni se trata, causa un sufrimiento innecesario para el anciano y para su familia. Con un tratamiento adecuado, el anciano tendría una vida placentera. Cuando la persona de edad va al médico, puede solo describir síntomas físicos. Esto pasa por que el anciano puede ser reacio a hablar de su desesperanza y tristeza. La persona mayor puede no querer hablar de su falta de interés en las actividades normalmente placenteras, o de su pena después de la muerte de un ser querido, incluso cuando el duelo se prolonga por mucho tiempo.

Las depresiones subyacentes en los ancianos son cada vez más identificadas y tratadas por los profesionales de salud mental. Los profesionales van reconociendo que los síntomas depresivos en los ancianos se pueden pasar por alto fácilmente. También los profesionales detectan mejor los síntomas depresivos que se deben a efectos secundarios de medicamentos que el anciano está tomando, o debidos a una enfermedad física concomitante. Si se hace el diagnóstico de depresión, el tratamiento con medicamentos o psicoterapia ayuda a que la persona deprimida recupere su capacidad para tener una vida feliz y satisfactoria. La investigación científica reciente indica que la psicoterapia breve (terapia a través de pláticas que ayudan a la persona en sus relaciones cotidianas, y ayudan a aprender a combatir los pensamientos distorsionados negativamente que generalmente acompañan a la depresión), es efectiva para reducir a corto plazo los síntomas de la depresión en personas mayores. La psicoterapia también es útil cuando los pacientes ancianos no pueden o no quieren tomar medicamentos. Estudios de la eficacia de la psicoterapia demuestran que la depresión en la vejez puede tratarse eficazmente con psicoterapia.

El mejor reconocimiento y tratamiento de la depresión en la vejez hará que este periodo de la vida sea más placentero para el anciano deprimido, para su familia y para quienes le cuidan.

La depresión en la niñez.

La depresión en la niñez se empezó a reconocer solo hace dos décadas. El niño deprimido puede simular estar enfermo, rehusar a ir a la escuela, no querer separarse de los padres o tener miedo a que uno de los padres se muera. El niño más grande puede ponerse de mal humor, meterse en problemas en el colegio, comportarse como un niño travieso o indisciplinado, estar malhumorado o sentirse incomprendido. Dado que los comportamientos normales varían de una etapa de la niñez a la otra, es a veces difícil establecer si un niño está simplemente pasando por una fase de su desarrollo o si está verdaderamente padeciendo de depresión. A veces el niño tiene un cambio de comportamiento marcado que preocupa a los padres, o el maestro menciona que el "niño no parece ser él mismo". En tal caso, después de descartar problemas físicos, el pediatra puede sugerir que el niño sea evaluado, preferiblemente por un psiquiatra especializado en niños. De ser necesario un tratamiento, el médico puede sugerir psicoterapia, generalmente hecha por otro profesional, como un trabajador social o un psicólogo, mientras él receta medicamentos si son necesarios. Los padres no deben tener miedo de hacer preguntas: ¿Está capacitado el profesional que va a llevar a cabo la psicoterapia? ¿Qué tipo de psicoterapia recibirá el niño? ¿La

familia deberá participar en la terapia? ¿Será el niño tratado con antidepresivos? De ser así, ¿cuáles podrían ser los efectos secundarios?

El Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) ha identificado el uso de medicamentos para la depresión en niños como un área importante de investigación. Las Unidades de Investigación en Psicofarmacología Pediátrica (*Research Units on Pediatric Psychopharmacology, RUPP*), respaldadas y financiadas por el NIMH, conforman una red de siete centros de investigación donde se llevan a cabo estudios clínicos. Estos investigan la eficacia de medicamentos usados para tratar varios trastornos mentales en niños y adolescentes. Entre los medicamentos en estudio, se cuentan algunos antidepresivos que han demostrado ser efectivos en el tratamiento de niños con depresión, cuando el médico los receta y supervisa correctamente.

Evaluación diagnóstica y tratamiento.

El primer paso para recibir un tratamiento adecuado para la depresión consiste en un examen médico. Ciertos medicamentos, así como algunas enfermedades, por ejemplo infecciones vitales, pueden producir los mismos síntomas que la depresión. El médico debe descartar esas posibilidades por medio de un examen físico, entrevista del paciente y análisis de laboratorio. Si causas físicas son descartadas, el médico debe realizar una evaluación psicológica o dirigir a el paciente a un psiquiatra o psicólogo.

Una buena evaluación diagnóstica debe incluir una historia médica completa. ¿Cuándo comenzaron los síntomas, cuánto han durado, qué tan serios son? Si el paciente los ha tenido antes, el médico debe averiguar si los síntomas fueron tratados y qué tratamiento se dio. El médico también debe preguntar acerca del uso de alcohol y drogas, y si el paciente tiene pensamientos de muerte o suicidio. Además, la entrevista debe incluir preguntas sobre otros miembros de la familia. ¿Algún pariente ha tenido depresión y si fue tratado, qué tratamientos recibió y qué tratamientos fueron efectivos?

Por último, una evaluación diagnóstica debe incluir un examen del estado mental para determinar si los patrones de habla, pensamiento o memoria se han afectado, como pasa algunas veces en el caso de enfermedad depresiva o maníaco-depresiva.

La selección del tratamiento dependerá del resultado de la evaluación. Existe una gran variedad de medicamentos antidepresivos y psicoterapias que se pueden utilizar para tratar los trastornos depresivos. La psicoterapia sola es efectiva en algunas personas con formas más leves de depresión. Las personas con depresión moderada o severa más a menudo mejoran con antidepresivos. La mayoría obtienen un resultado óptimo con un tratamiento combinado de medicamentos para obtener un alivio relativamente rápido de los síntomas y psicoterapia para aprender a enfrentar mejor los problemas de la vida, incluyendo la depresión. El psiquiatra puede recetar medicamentos y una de las diversas formas de psicoterapia que han mostrado ser efectivas para la depresión, o ambos, dependiendo del diagnóstico del paciente y de la seriedad de los síntomas.

La terapia electro-convulsiva (TEC o "Electro-shock") es útil, especialmente para los pacientes cuya depresión es severa o pone su vida en

peligro y para los pacientes que no pueden tomar antidepresivos. La TEC es a menudo efectiva en casos en que los medicamentos antidepresivos no proporcionan un alivio suficiente. En los últimos años la TEC se ha perfeccionado mucho. Antes de administrar el tratamiento, que se hace bajo anestesia de duración breve, se administra un relajante muscular. Se colocan electrodos en sitios precisos de la cabeza, para enviar impulsos eléctricos. La estimulación ocasiona una convulsión breve (aproximadamente 30 segundos) dentro del cerebro. La persona que recibe TEC no percibe conscientemente el estímulo eléctrico. Para obtener el máximo beneficio terapéutico se requieren varias sesiones de TEC, usualmente programadas con un promedio de tres por semana.

Medicamentos

Hay varios tipos de medicamentos antidepresivos utilizados para tratar trastornos depresivos. Estos incluyen los "inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina"(ISRS) que son medicamentos nuevos, los tricíclicos y los "inhibidores de la monoaminoxidasa" (IMAO). Los ISRS y otros medicamentos aún más nuevos que afectan los neurotransmisores como la dopamina o la noradrenalina, generalmente tienen menos efectos secundarios que los tricíclicos. Algunas veces el médico prueba una variedad de antidepresivos antes de encontrarse el medicamento o combinación de medicamentos más efectiva. Generalmente la dosis se debe ir aumentando hasta que la medicación es efectiva. Por lo general, el efecto terapéutico completo de los medicamentos antidepresivos no se observa inmediatamente. Hay que tomarlo en dosis adecuadas por 3 ó 4 semanas, y en algunos casos lleva hasta 8 semanas, para que se produzca el efecto completo. Sin embargo a veces se empiezan a ver mejorías en las primeras semanas.

Es posible que el paciente se sienta tentado a dejar de tomar el medicamento prematuramente. Él puede sentirse mejor y pensar que ya no lo necesita. O puede pensar que el medicamento no le está ayudando en absoluto. Es importante seguir tomando el medicamento hasta que éste tenga oportunidad de actuar en el organismo. Algunos efectos secundarios (vea la sección Efectos Secundarios, página 13) pueden aparecer incluso antes de que se produzca el efecto antidepresivo. Una vez que el paciente se sienta mejor, es importante continuar el medicamento por 4 a 9 meses para prevenir una recaída de la depresión. Algunos medicamentos deben dejar de tomarse gradualmente (es decir reduciendo la dosis poco a poco) para dar tiempo a que el organismo se adapte y para prevenir síntomas de abstinencia, los que se producen cuando algunos medicamentos se descontinúan abruptamente. En los casos de trastorno bipolar y depresión severa crónica o recurrente, es posible que el paciente tenga que tomar el medicamento por un tiempo indefinido.

Hay un pequeño grupo de personas que no responden a los antidepresivos usados más comúnmente (tricíclicos, ISRS y otros antidepresivos nuevos) y para las cuales los IMAO son el mejor tratamiento. Las personas que están tomando esta clase de antidepresivos debe evitar determinados alimentos. Ciertos alimentos contienen niveles elevados de la sustancia llamada tiramina (la que

normalmente se encuentra en quesos fermentados, vinos y encurtidos o alimentos en conserva de vinagre). Cuando el paciente toma un IMAO, estos alimentos deben ser estrictamente evitados, al igual que algunos medicamentos como los descongestionantes que se toman para los resfríos y algunas alergias. La interacción de la tiramina con los IMAO puede ocasionar una crisis hipertensiva (subida brusca y extrema de la presión arterial) que puede llevar a la ruptura de una arteria en el cerebro, es decir un accidente cerebro-vascular. El médico debe proporcionar al paciente una lista completa de los alimentos prohibidos. El paciente debe llevar la lista consigo en todo momento. Las otras clases de antidepresivos (tricíclicos, ISRS y otros antidepresivos nuevos) no requieren restricciones alimenticias.

El litio ha sido por muchos años el tratamiento de elección para el trastorno bipolar por su efectividad para prevenir los extremos del estado de ánimo comunes en este trastorno. Su uso debe ser supervisado cuidadosamente por el médico, ya que hay poca diferencia entre las dosis efectivas y las tóxicas. Si una persona tiene un trastorno preexistente de tiroides, renal, cardíaco o epilepsia, el litio puede no ser recomendable. Afortunadamente, otros medicamentos han demostrado ser útiles para controlar cambios de ánimo extremos. Entre estos se encuentran dos anticonvulsivos: la carbamazepina (Tegretol®) y el ácido valproico (Depakote®). Ambos medicamentos han tenido una aceptación amplia en la práctica clínica. El ácido valproico ha sido aprobado por la Administración de Alimentos y Drogas de los EE.UU. (Food and Drug Administration, FDA) como un tratamiento de primera línea para la manía aguda. Otros anticonvulsivos que se empezaron a utilizar más recientemente son la lamotrigina (Lamictal®) y la gabapentina (Neurontin®). Se está estudiando qué tan eficaces son éstos para el tratamiento del trastorno bipolar.

Efectos secundarios.

En algunas personas, los antidepresivos pueden causar efectos secundarios que generalmente son leves y temporales (conocidos a veces como efectos adversos). Por lo general son molestos, pero no graves. Sin embargo si se presenta una reacción o efecto secundario que es inusual o que interfiere con el funcionamiento normal, el médico debe ser notificado de inmediato. Estos son los efectos secundarios más comunes de los antidepresivos y las formas de manejarlos:

- **Boca seca:** es útil tomar sorbos de agua, masticar goma de mascar, cepillar los dientes diariamente.
- **Estreñimiento:** la dieta debe incluir cereales con contenido alto de fibra, ciruelas, frutas y vegetales.
- **Dificultad al orinar:** vaciar la vejiga puede ser difícil y el chorro de orina puede no ser tan fuerte como de costumbre; debe notificarse al médico si hay dificultad seria o dolor.
- **Problemas sexuales:** el funcionamiento sexual puede alterarse; si se vuelve preocupante, debe conversarse con el médico.
- **Visión borrosa:** esto generalmente pasa pronto y no se requieren lentes nuevos.
- **Mareos:** conviene levantarse lentamente de la cama o de la silla.

- **Somnolencia o modorra diurna:** esto generalmente pasa pronto. Una persona que se sienta somnolienta o sedada no debe conducir ni operar máquinas o vehículos. Los antidepresivos más sedantes se toman generalmente al acostarse, para ayudar a dormir y minimizar la somnolencia diurna.

Los antidepresivos más nuevos tienen diferentes tipos de efectos secundarios:

- **Dolor de cabeza:** generalmente se pasa.
- **Náusea:** también es pasajera, incluso cuando la sensación de náusea ocurre después de cada dosis, es solo por un rato.
- **Nerviosismo e insomnio (dificultad para dormirse o despertar a menudo durante la noche):** estos pueden ocurrir durante las primeras semanas; usualmente se resuelven con el tiempo o tomando una dosis más pequeña.
- **Agitación (sentirse inquieto, tembloroso o nervioso):** si esto pasa por primera vez después de tomar el medicamento y es persistente, el médico debe ser notificado.
- **Problemas sexuales:** el médico debería ser consultado si el problema es persistente o preocupante.

Terapia naturista.

En los últimos años, el uso de hierbas para el tratamiento tanto de la depresión como de la ansiedad ha generado un gran interés. La yerba de San Juan o Corazoncillo (St. John's wort o *Hypericum perforatum*), que es una hierba muy utilizada en Europa para el tratamiento de la depresión moderada, ha captado recientemente la atención de los estadounidenses. La yerba de San Juan, una planta muy bonita y de crecimiento lento que se cubre de flores amarillas en el verano, ha sido usada durante siglos en muchos remedios naturales y populares. En Alemania, el *Hypericum* se utiliza actualmente para el tratamiento de la depresión más que cualquier otro antidepresivo. Sin embargo, la eficacia de esta hierba no se ha aclarado por que los estudios científicos que se han llevado a cabo fueron a corto plazo y utilizaron varias dosis diferentes.

Dado al enorme interés en la yerba de San Juan, los Institutos Nacionales de Salud (National Institutes of Health, NIH) están llevando a cabo un estudio de tres años, auspiciados por tres integrantes del NIH: el Instituto Nacional de Salud Mental (National Institute of Mental Health), el Centro Nacional para Medicina Complementaria y Alternativa (National Center for Complementary and Alternative Medicine) y la Oficina de Suplementos Dietéticos (Office of Dietary Supplements). El estudio está diseñado para incluir 336 pacientes con depresión severa, los que son asignados al azar a uno de tres tratamientos de 8 semanas de duración. Una tercera parte de los pacientes recibirá una dosis uniforme de yerba de San Juan, una tercera parte recibirá un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS) que se receta frecuentemente para depresión y la tercera parte recibirá un placebo (una píldora que parece exactamente igual al ISRS o a la yerba de San Juan, pero que no tiene ingredientes activos). Los participantes del estudio que tengan una mejoría continuarán el tratamiento por 18 semanas adicionales. Después de completar este estudio de tres años, se analizarán y publicarán los resultados.

La FDA hizo un anuncio oficial para la salud pública el 10 de febrero del 2000. En este se afirma que la yerba de San Juan parece utilizar una de los procesos metabólicos usados por muchos otros medicamentos. Por ejemplo varios de los medicamentos que se recetan para tratar problemas tales como las enfermedades del corazón, la depresión, las convulsiones, ciertos cánceres y para prevenir los rechazos de transplantes. Por lo tanto, los médicos deben alertar a sus pacientes acerca de estas posibles interacciones farmacológicas. Cualquier suplemento naturista se debe tomar únicamente después de consultar con el médico u otro profesional de salud capacitado.

Psicoterapias

Muchas formas de psicoterapia, incluso algunas terapias a corto plazo (10-20 semanas), pueden ser útiles para los pacientes deprimidos. Las terapias "de conversación" ayudan a los pacientes a analizar sus problemas y a resolverlos, a través de un intercambio verbal con el terapeuta. Algunas veces estas pláticas se combinan con "tareas para hacer en casa" entre una sesión y otra. Los profesionales de la psicoterapia que utilizan una terapia "de comportamiento" procuran ayudar a que el paciente encuentre la forma de obtener más satisfacción a través de sus propias acciones. También guían al paciente para que abandone patrones de conducta que contribuyen a su depresión o que son consecuencia de su depresión.

Estudios de investigación han comprobado que dos psicoterapias a corto plazo son útiles para algunas formas de depresión. Se trata de la terapia interpersonal y de la cognitiva-conductual. Los terapeutas interpersonales se concentran en los problemas en las relaciones con los otros que causan y agravan la depresión. Los terapeutas cognitivo-conductuales ayudan a los pacientes a cambiar los estilos negativos de pensamiento y comportamiento que se asocian con la depresión.

Las terapias dinámicas o "de insight", que se usan en ocasiones para tratar personas deprimidas, apuntan a ayudar al paciente a resolver sus conflictos. Estas terapias a menudo se reservan para casos en que los síntomas depresivos han mejorado bastante. Para obtener mejores resultados, los cuadros depresivos severos (en especial los que son recurrentes) por lo general requieren medicamentos (o ECT bajo condiciones especiales), junto con, o antes de, una psicoterapia.

La depresión en el embarazo tiene serias consecuencias al impedir la búsqueda de atención prenatal temprana y ser un factor para desarrollar preeclampsia, partos prematuros y bebés de menor tamaño, así como incrementar el riesgo de depresión posparto, entre otras. Por ello, es necesario que las mujeres estén conscientes que pueden presentar este problema y soliciten atención especializada.

En México se estima que 22% de las mujeres embarazadas sufren depresión durante este periodo, en mayor o menor grado, debido en la mayoría de los casos a factores de riesgo como historia previa de esta enfermedad,

separación de los padres en la infancia, ser madre soltera, no desear el embarazo, falta de apoyo social y baja escolaridad.

En un artículo publicado en la revista Salud Mental, del Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente", de la Secretaría de Salud, los doctores María Asunción Lara, Claudia Navarro, Laura Navarrete, Alejandra Cabrera, Jesús Almanza, Francisco Morales y Francisco Juárez, señalan que la depresión es una condición frecuente en el embarazo.

Por lo general, no se le da la debida importancia, a pesar de que puede producir algún grado de discapacidad, pues de acuerdo con el trabajo de investigación al respecto, una quinta parte de las mujeres mencionó que debido a esta causa no pudo realizar sus actividades cotidianas, durante varios días en el último mes.

En el artículo titulado Síntomas Depresivos en el Embarazo y Factores Asociados, los autores detallaron los resultados de un trabajo de investigación en pacientes de tres instituciones de la Ciudad de México, en el cual encontraron que casi una tercera parte de las 300 mujeres embarazadas entrevistadas mostró sintomatología depresiva significativa y 59% mencionó haberla padecido en el pasado.

La ideación suicida en el último mes casi no está presente, por lo que las conductas auto lesivas y el intento de suicidio son muy bajas en mujeres gestantes. En cambio, tienden mucho a pensar en la muerte, debido posiblemente a la preocupación por su salud y la de su bebé y los temores alrededor del parto.

En cuanto a la historia psiquiátrica, 59% consideró que ha padecido síntomas de depresión en el pasado además de ideación suicida en diversos grados, de las cuales 8% tuvo un intento previo de suicidio. Estas mujeres también presentaron mayores niveles de depresión durante el embarazo. Al comparar la población que asistió a dos de las instituciones, la media más alta de los síntomas de depresión se observó entre quienes asisten al centro de salud y la más baja en las de la clínica de especialidades, debido al tipo de población y las particularidades del sistema de atención a la salud en cada institución.

Además, las mujeres en el centro de salud fueron más jóvenes y en mayor porcentaje solteras o en unión libre, lo que puede significar menor madurez y estabilidad en la relación de pareja e incidir en el incremento en la sintomatología depresiva.

Finalmente, los autores precisan que existen similitudes en la depresión durante el embarazo y en otros momentos de la vida, pero en este periodo tiene particular importancia debido a las nuevas demandas que enfrenta en ese momento y a los efectos adversos que la depresión tiene sobre el desarrollo del embarazo, así como al elevado riesgo de presentar depresión en el posparto.

MARCO DE REFERENCIA.

La depresión posparto ocurre entre el 10% y el 15% de las madres¹, y es, por consiguiente, la complicación más frecuente de la maternidad. La morbilidad de esta enfermedad para la madre y sus efectos potencialmente negativos sobre el desarrollo neonatal y del niño pequeño, y sobre los otros miembros de la familia, son bien conocidos^{2, 3, 4}. El período prenatal y el puerperio temprano son teóricamente los momentos propicios para la prevención de la depresión posparto debido al frecuente contacto con los profesionales de la salud. También se reconoce, cada vez con mayor frecuencia, que algunas mujeres que se deprimen luego del parto, retrospectivamente presentaron depresión durante el período prenatal^{5, 6}; por lo tanto, es importante detectar y tratar los síntomas de la depresión antes del parto para reducir la incidencia de la depresión después del mismo.

Las mujeres con depresión prenatal no son necesariamente la misma cohorte de mujeres que desarrollan depresión posparto. Es posible ofrecer estrategias de prevención a la población entera potencialmente en riesgo o sólo a quienes presenten mayor riesgo, por ej., mujeres con depresión posparto previa, quienes pueden encontrarse más motivadas para aceptar intervenciones preventivas y pueden tener mayores probabilidades de beneficiarse con ellas. La estrategia centrada en los grupos de alto riesgo puede no tener mucha repercusión sobre la incidencia de la depresión posparto en la población⁷, pero puede ser el único abordaje realista, en particular cuando se consideran los efectos adversos potenciales de la profilaxis con antidepresivos, que puede ser necesario iniciar durante el embarazo, y por consiguiente, tener algún efecto sobre el feto además de la madre. No obstante, la identificación de los factores que definen a las mujeres con alto riesgo de depresión posparto ha resultado decepcionante^{8,9}, con bajas fracciones de la población a quienes pueden atribuirse factores de riesgo independientes, como el embarazo no planificado y el desempleo de la madre o del jefe del hogar (0,14 y 0,24/0,25 respectivamente)¹⁰. Cooper en 1996 validó un índice de predicción para las mujeres embarazadas, pero se esperaba que sólo el 35% de las mujeres con alto riesgo identificadas mediante este índice, desarrolle depresión en el contexto de la atención primaria. En un metaanálisis, encontró que el antecedente de psicopatología produce el efecto más consistente y de mayor tamaño. Sin embargo, de las mujeres identificadas como de alto riesgo, incluidas aquellas con antecedente de trastorno bipolar, la mayoría no desarrollará depresión y, por lo tanto, no puede justificarse la prevención farmacológica para todas las mujeres con alto riesgo.

Las decisiones en cuanto al uso de fármacos profilácticos durante el embarazo deben considerar su efecto potencial sobre el feto. Existe información limitada sobre los riesgos inmediatos de los antidepresivos para el feto, y se conoce muy poco acerca de los riesgos potenciales a largo plazo. Sin embargo, no hay pruebas de que los antidepresivos tricíclicos (ATC) y los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) frecuentemente utilizados sean teratogénicos, aunque estos datos provienen de estudios pequeños y de reportes de eventos adversos farmacológicos a los servicios de información sobre teratología¹¹. Se han reportado síntomas de abstinencia neonatal en los bebés

nacidos de madres que tomaban antidepresivos^{12, 13, 14, 15}, aunque se desconoce la incidencia de tales complicaciones^{16,17, 18}. La profilaxis podría comenzar, de manera alternativa, después relacionadas con la lactancia materna. Hay pocos datos acerca de la seguridad de la lactancia materna para el niño cuando la madre toma antidepresivos. Los hallazgos hasta la fecha sugieren que los beneficios de la lactancia durante la toma de antidepresivos superan los riesgos en las mujeres que necesitan tratamiento para la depresión¹⁹. La ecuación riesgo-beneficio resulta mucho menos clara para las mujeres a quienes se les ofreció un tratamiento profiláctico de la depresión posparto. En vista de los efectos adversos de la medicación, las intervenciones preventivas psicosociales pueden resultar más apropiadas para prevenir la depresión posparto.

Las diferencias de género en los trastornos de talante, que se repiten en grandes estudios clínicos epidemiológicos señalan que la depresión tiene prevalencia doble en las mujeres respecto a los varones^{20,21}. Se han propuesto varias hipótesis para este predominio de género. Alguna vez considerado como debido a factores psicosociales, genéticos o ambos, hoy se propone que tal predominio tiene una causa neurohormonal²². Datos epidemiológicos indican que la depresión es dos veces mayor en mujeres que en hombres, y de inicio principalmente durante los primeros años de un parto.

El embarazo y el periodo posparto pueden provocar cambios en la salud mental. Aproximadamente 10-15% de las mujeres sufren depresión durante el embarazo o en el primer año posparto, aunque puede variar de 5 a 25%^{23,24,25}. Los desordenes afectivos ocurren con frecuencia en el periodo posparto²⁶.

La depresión perinatal se ha asociado con baja calidad en la interacción entre la madre y el hijo mal desarrollo pediátrico y elevado uso de servicios pediátricos de urgencia, niveles elevados de disturbios psiquiátricos entre los niños que además demuestran gran inseguridad en las relaciones interpersonales²⁷. La depresión posparto es frecuentemente precedida por depresión y ansiedad anteparto. Probablemente no esté asociada con efectos obstétricos o neonatales adversos. Aunque estos problemas tanto antes como después del parto representan un riesgo separado de problemas emocionales y de comportamiento en el infante o niño en desarrollo²⁸. Puede tener efectos negativos en su ajuste social y personal, con su pareja y en la relación madre-hijo.

En casi todas las culturas se acepta que la menopausia es un estado fisiológico normal caracterizado por cifras séricas altas de las hormonas luteinizante (LH) y estimulante del folículo (FSH), con concentraciones disminuidas de estrógenos, y progesterona circulante. Esta bien demostrada la hipótesis biológica centrada en la relación entre las cifras decrecientes de hormonas gonadales y la depresión del talante. Algunas mujeres experimentan vulnerabilidad anormal a ese flujo hormonal²⁹, que se manifiesta como susceptibilidad a los cambios de talante durante variaciones rápidas en las hormonas de la reproducción. El periodo premenstrual, el posparto y la perimenopausia son fases del ciclo de vida femenino que muestran esa susceptibilidad.

La depresión es un cambio de estado caracterizado por un talante de abatimiento o irritabilidad vinculado con síntomas neurovegetativos de aumento o disminución de apetito, el peso o el sueño, síntomas como llanto fácil, pérdida de interés en las actividades, y cambios cognoscitivos, como la pérdida de memoria y

concentración³⁰. Estos últimos síntomas pueden simular la demencia temprana y significan para el médico un fácil diagnóstico diferencial.

PREVALENCIA.

En un estudio se vio una prevalencia en el primer trimestre del 11%, que baja a 8.5% en el segundo y tercer trimestre. Después del parto la prevalencia de depresión mayor o menor alcanzó un máximo a los 3 meses de 12.9%, del 4º al 7º mes declinó a 9.9-10.6%, y posteriormente al 6.5%²⁷.

INCIDENCIA.

Se sugiere que el 14.5% presentan un cuadro de depresión mayor o menor durante el embarazo, y el 14.5% tendrán un nuevo episodio en los primeros tres meses del posparto. Considerando solamente la depresión mayor el 7.5% pueden presentar un nuevo cuadro durante el embarazo y 6.5% durante los primeros tres meses posparto²⁷.

La Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS).

La depresión post parto es la complicación más común de la maternidad. La escala EPDS fue diseñada por Cox *et al.* (1987) en Edimburgo³¹, específicamente para detectar estados depresivos en el período postnatal. Es un instrumento específico muy utilizado en estudios actuales, en el ámbito de la salud materno-infantil. Ha demostrado ser de especial utilidad tanto en la clínica como en la investigación, habiéndose probado su eficacia para detectar estados depresivos en ámbitos hospitalarios y de atención primaria y en los propios hogares de las madres. Además que ha demostrado ser reproducible en la mujer mexicana³². Con una sensibilidad del 75% (95% CI: 63.8–86.2), y una especificidad del 93% (95% CI: 84.6–100), un valor predictivo positivo del 50%, y valor predictivo negativo de 97.6%.

Las preguntas del Cuestionario Sobre la Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) son una manera valiosa y eficiente de identificar a pacientes en riesgo de depresión perinatal. El EPDS es fácil de administrar y se ha comprobado como una herramienta efectiva de evaluación.

Puntuación

La escala EPDS contiene 10 ítems con cuatro posibles alternativas de respuesta de acuerdo a la severidad de los síntomas durante la última semana, puntuados de 0 a 3. El rango total va de 0 a 30.

PREGUNTAS 1, 2, & 4 (sin un asterisco *) se califica de 0, 1, 2 o 3, dándole la puntuación de 0 a la primera línea y la última línea 3.

PREGUNTAS 3, 5, 6, 7, 8, 9 & 10 (marcadas con un asterisco*) son calificadas al inverso, se califica de 0, 1, 2 o 3, dándole la puntuación de 3 a la primera línea y la última línea 0.

Puntuación máxima: 30

Posible Depresión: 10 o mayor

Los autores proponen el punto de corte 9-10 para la clasificación de estado depresivo. Las madres que obtienen una puntuación más alta de 13 pudieran estar sufriendo de una enfermedad depresiva severa variada. La puntuación EPDS no

debe reemplazar el diagnóstico clínico. Una evaluación clínica detallada se deberá llevar a cabo para confirmar el diagnóstico. El cuestionario indica cómo la madre se ha sentido durante la semana previa. En casos dudosos puede ser útil repetir la herramienta después de 2 semanas. El cuestionario no podrá detectar a madres con neurosis, fobias ni trastornos de la personalidad.

Instrucciones para el uso del Cuestionario sobre Depresión Postnatal de Edimburgo.

1. Se le pregunta a la madre que marque la respuesta mas allegada a como se ha sentido en los últimos 7 días.
2. Todas las preguntas se deben completar.
3. Se debe tomar la precaución de evitar la posibilidad de que la madre discuta las respuestas con otros. (Las respuestas vienen de la madre o mujer embarazada)
4. La madre debe completar el cuestionario por sí sola, a menos que tenga dificultad con la lectura.
5. El Cuestionario puede ser utilizado de seis a ocho semanas después del parto. El ámbito hospitalario y de atención primaria, en el examen postnatal, así como los propios hogares de las madres pueden ser oportunidades útiles para completarlo.

Los usuarios pueden reproducir el cuestionario sin permiso adicional proveyendo que se respeten los derechos reservados y se mencionen los nombres de los autores, título y la fuente del documento en todas las reproducciones.

Criterios para el episodio depresivo mayor

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser 1 estado de ánimo depresivo o 2 pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

Nota: No se incluyen los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable
2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás)
3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables

4. Insomnio o hipersomnia casi cada día
5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)
6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día
7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)
9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

En este caso se utilizarán los criterios de Trastorno Depresivo Mayor M.I.N.I. (Minientrevista Neuropsiquiátrica Internacional) que ya ha sido avalada para población mexicana en 1992 con una sensibilidad del 86% y una especificidad del 95%.³³.

Escala de Depresión de Hamilton.

Para calibrar la gravedad de la depresión en pacientes ya diagnosticados, se llena un cuestionario. A mayor puntuación, mayor depresión^{34, 35, 36}. Se llena el cuestionario que aparece en el apartado de la hoja de captura de datos

Si la suma total de esta Escala es igual o mayor a 8 puntos es recomendable que consulte a un profesional ya que puede estar sufriendo un Trastorno Depresivo.

Menor de 7 puntos – Normal.

8 a 12 puntos – Depresión leve.

13 a 17 puntos – Depresión moderada.

18 o más puntos – Depresión severa.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

¿Las pacientes vistas en la consulta externa de obstetricia presentan la misma incidencia y prevalencia de depresión reportados en la literatura?

JUSTIFICACIÓN.

Se sugiere que el 14.5% presentan un cuadro de depresión mayor o menor durante el embarazo, y el 14.5% tendrán un nuevo episodio en los primeros tres meses del posparto. Considerando solamente la depresión mayor el 7.5% pueden presentar un nuevo cuadro durante el embarazo y 6.5% durante los primeros tres meses posparto.

La depresión perinatal se ha asociado con baja calidad en la interacción entre la madre y el hijo mal desarrollo pediátrico y elevado uso de servicios pediátricos de urgencia, niveles elevados de disturbios psiquiátricos entre los niños que además demuestran gran inseguridad en las relaciones interpersonales.

La depresión posparto es frecuentemente precedida por depresión y ansiedad anteparto. Probablemente no esté asociada con efectos obstétricos o neonatales adversos. Aunque estos problemas tanto antes como después del parto representan un riesgo separado de problemas emocionales y de comportamiento en el infante o niño en desarrollo. Puede tener efectos negativos en su ajuste social y personal, con su pareja y en la relación madre-hijo.

La depresión es una de las principales complicaciones en el periodo prenatal y en el posparto. En nuestro hospital no se identifica de rutina la presencia de depresión en la mujer embarazada, a pesar de los altos índices de prevalencia e incidencia.

La detección oportuna podría prevenir la presencia de complicaciones posparto.

OBJETIVO.

Conocer la incidencia y prevalencia de la depresión durante el embarazo en cada uno de los trimestres en las pacientes que acuden al servicio de obstetricia del hospital.

HIPÓTESIS.

Si la incidencia reportada de depresión en el embarazo es de aproximadamente 10-15%, aunque puede variar de 5 a 25% de acuerdo a la población estudiada (nivel socioeconómico, paridad, escolaridad, etc.), entonces en nuestras pacientes de la consulta de obstetricia es la misma incidencia y prevalencia.

DISEÑO.

Número de muestras a estudiar

a) Descriptivo.

Conocimiento que tienen los investigadores de los factores del estudio.

a) Abierto.

Participación del investigador.

a) Observacional

Tiempo en que suceden los eventos.

b) Prospectivo.

Relación que guardan entre sí los datos.

a) Longitudinal.

MATERIALES Y MÉTODO.

Universo de estudio.

Pacientes embarazadas de cualquier edad gestacional que acuden por primera vez a la consulta externa del servicio de Obstetricia del Hospital General "Dr. Manuel Gea González".

Tamaño de la muestra.

Para un tamizaje de pacientes embarazadas que acuden por primera vez a la unidad de ginecología y obstetricia que se estima ser un total de 135 en un trimestre y encontrar una frecuencia de depresión de 15% con una precisión del 5% y un nivel de confiabilidad, se requieren un total de 80 pacientes a ser incluidas al estudio. Pero considerando un 15% de bajas por cualquier índole, el tamaño total de la muestra será de 95 pacientes. Mismo que se espera obtener en el lapso de 3 a 4 meses.

El tamaño de la muestra para el seguimiento de las embarazadas va a ser de índole convencional, en vista de que a las embarazadas detectadas en el tamizaje serán descartadas para realizar esta actividad.

Criterios de selección:

Criterios de Inclusión.

Todas las pacientes que acudan al servicio de consulta externa de obstetricia por primera vez en cualquier trimestre de la gestación. Para el seguimiento se incluirán aquellas que en el tamizaje hayan resultado sin depresión.

Criterios de exclusión.

Pacientes con depresión previa al embarazo durante los 6 meses anteriores.

Criterios de eliminación.

Pacientes que ya no acudan a sus consultas subsecuentes y no se les haya diagnosticado depresión, o tengan información incompleta o dudosa.

Definición de variables

Independientes. (CAUSA)		Dependientes. (EFECTO)	
Variable	Escala (intervalo, ordinal, nominal)	Variable	Escala (intervalo, ordinal, nominal)
Edad.	Intervalo.	Puntuación de la Escala de Edimburgo menor de 10 (S/N)	Nominal
Paridad (0 o > 1).	Intervalo.		
Estado marital (Casada, Soltera, Unión Libre, Viuda, Divorciada).	Nominal.	Puntuación de la Escala de Edimburgo mayor de 10 (S/N)	Nominal
Grupo socioeconómico (Nivel 1, 2, 3, 4 o 5).	Ordinal.	M.I.N.I. Menor de 5 puntos (S/N)	Nominal
Comorbilidad durante el seguimiento (S/N).	Nominal.	M.I.N.I. Mayor de 5 puntos	Nominal
Edad gestacional.	Intervalo.	Presencia de depresión (S/N)	Nominal
		Escala de Hamilton menor de 7 puntos (S/N)	Nominal
		Escala de Hamilton de 8 a 12 puntos (S/N).	Nominal
		Escala de Hamilton de 13 a 17 puntos (S/N).	Nominal
		Escala de Hamilton igual o mayor de 18 puntos (S/N)	Nominal

Descripción de procedimientos.

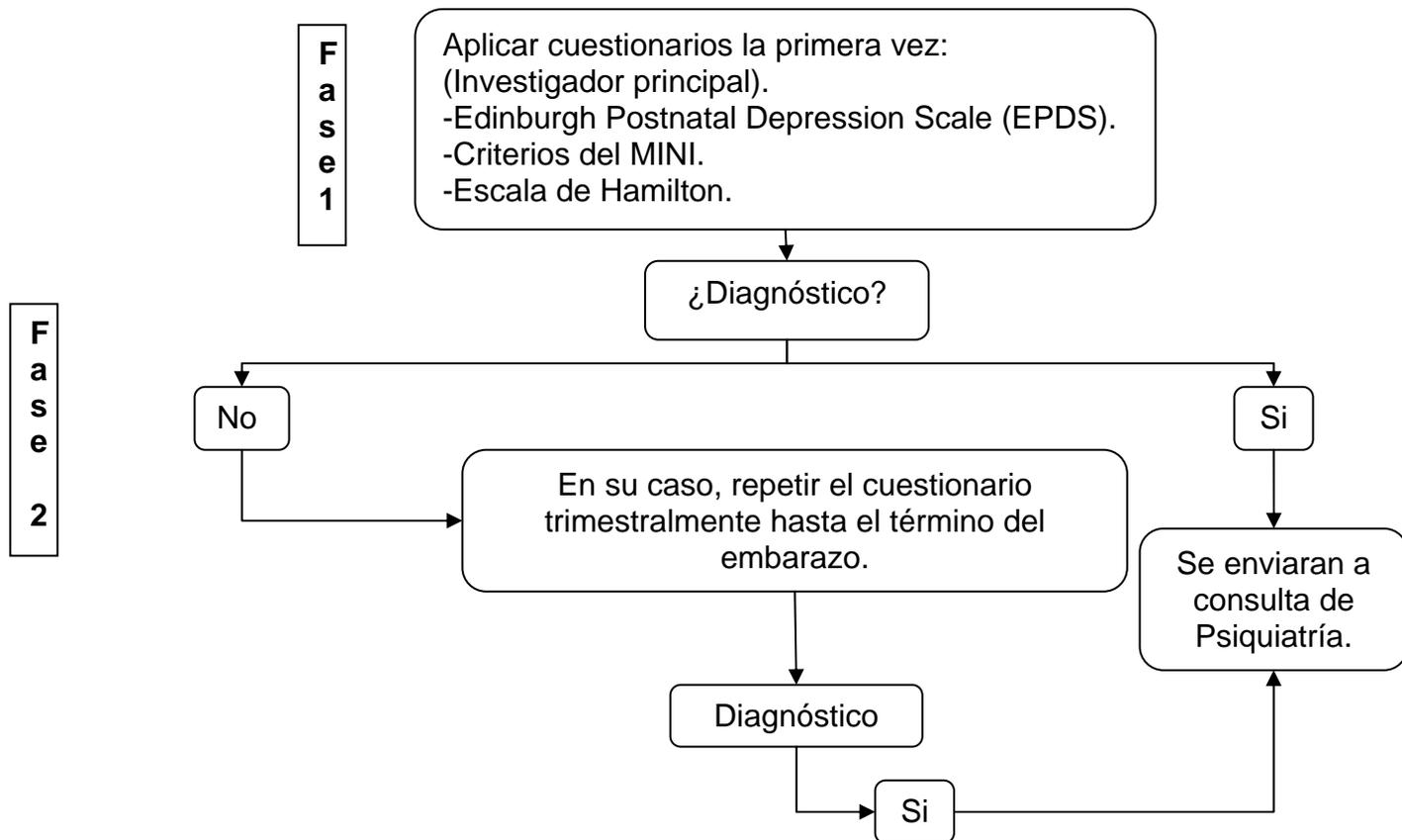
Fase 1: Tamizaje de pacientes.

A todas las embarazadas de primera vez se les aplicaran los siguientes cuestionarios para el tamizaje:

1. Edinburg Postnatal Depression Scale (EPDS).
2. Se interrogará sobre los Criterios Diagnósticos de Depresión Mayor del MINI
3. Una vez hecho el diagnóstico se realizará la Escala de Depresión de Hamilton.
4. Las pacientes sin depresión, se incluirán a grupo de seguimiento para observar el desarrollo de depresión en la evolución de su embarazo, hasta el término del tercer trimestre. Citas trimestrales, con anotación del número telefónico y dirección para no perder a las pacientes.

Fase 2: Grupo de seguimiento.

Si la paciente se capta en el primer o segundo trimestre de la gestación, se repetirá el cuestionario en una ocasión cada trimestre.



Hoja de captura de datos.

Cuestionario Sobre Depresión Postnatal Edimburgo (EPDS).

Nombre: _____ Registro _____
Edad: _____ Estado Civil: _____
Escolaridad: _____ Ocupación: _____
Dirección: _____
Su fecha de Nacimiento: _____
Gesta _____. Partos _____. Cesáreas _____. Abortos _____.
Teléfono: _____. Nivel Socio-Económico en el Carnet de Citas: _____.

Queremos saber cómo se siente en el embarazo.

Por favor marque la respuesta que más se acerque a cómo se ha sentido en LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, no solamente cómo se sienta hoy.

Este es un ejemplo ya completado.

Me he sentido feliz:

Sí, todo el tiempo -----

Sí, la mayor parte del tiempo ---X---

No, no tan frecuente -----

No, para nada -----

Esto significaría: Me he sentido feliz la mayor parte del tiempo durante la pasada semana.

Por favor complete las otras preguntas de la misma manera.

En los Últimos siete días:

1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas

Tanto como siempre

No tanto ahora

Mucho menos

No, no he podido

2. He mirado el futuro con placer

Tanto como siempre

Algo menos de lo que solía hacer

Definitivamente menos

No, nada

***3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien**

Sí, la mayoría de las veces

Sí, algunas veces

No muy a menudo

No, nunca

4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo

No, para nada

Casi nada

Sí, a veces

Sí, a menudo

***5 He sentido miedo y pánico sin motivo alguno**

Sí, bastante

Sí, a veces

No, no mucho

No, nada

***6. Las cosas me superaban, me sobrepasaban**

Sí, la mayor parte de las veces

Sí, a veces

No, casi nunca

No, nada

***7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir**

Sí, la mayoría de las veces

Sí, a veces

No muy a menudo

No, nada

***8 Me he sentido triste y desgraciada**

Sí, casi siempre

Sí, bastante a menudo

No muy a menudo

No, nada

***9 He sido tan infeliz que he estado llorando**

Sí, casi siempre

Sí, bastante a menudo

Sólo en ocasiones

No, nunca

***10 He pensado en hacerme daño a mí misma**

Sí, bastante a menudo

A veces

Casi nunca

No, nunca

Administrado / revisado por: _____

Fecha: _____

Criterios Diagnósticos de Trastorno Depresivo Mayor. M.I.N.I. (Minientrevista Neuropsiquiátrica Internacional). Con 5 o más respuestas afirmativas se hace el diagnóstico de Depresión Mayor

A1 ¿Ha experimentado depresión o estado de ánimo bajo, de manera constante, la mayor parte del día, casi todos los días en las últimas dos semanas?

No _____ Si _____

A2 En las últimas dos semanas ¿ha sentido mucho menos interés en la mayoría de las cosas o ha tenido mucha menor capacidad de disfrutar las cosas que antes disfrutaba la mayor parte del tiempo?

No _____ Si _____

¿Se codificó A1 o A2 como sí?

A3 En las dos últimas semanas, cuando se sintió deprimido o desinteresado:

a. ¿Disminuyó o aumentó su apetito casi todos los días? ¿Aumentó o disminuyó su peso sin que usted lo intentara intencionalmente (es decir, \pm 5% de peso corporal o \pm 3.5 kg. Para una persona de 70 kg., al mes)?

SI RESPONDE SI A CUALQUIERA DE ELLAS CODIFICAR COMO SI.

No _____ Si _____

b. ¿Tuvo problemas para conciliar el sueño casi todas las noches (dificultad para dormirse, despertar a media noche, o despertar muy temprano por la mañana o dormir con exceso)?

No _____ Si _____

c. ¿Habló o se movió más lentamente de lo normal, o se sintió inquieto, intranquilo o tuvo problemas para estar sentado con tranquilidad casi todos los días?

No _____ Si _____

d. ¿Se sintió cansado o sin energía casi todos los días?.

No _____ Si _____

e. ¿Tuvo sensación de baja autoestima o culpa casi todos los días?

No _____ Si _____

f. ¿Tuvo dificultad para concentrarse o tomar decisiones casi todos los días?

No _____ Si _____

g. ¿Pensó de manera repetida en lastimarse a si mismo, tuvo ideas suicidas o deseó morir?

No _____ Si _____

¿HAY MAS DE 5 RESPUESTAS (A1-A3) codificadas como si?

No	Si
EPISODIO DE DEPRESIÓN MAYOR ACTUAL	

SI LA PACIENTE PRESENTA EPISODIO DE DEPRESIÓN MAYOR ACTUAL, CONTINUAR A A4:

A4 a. Durante toda su vida ¿ha tenido periodos de dos semanas o más en las cuales se haya sentido deprimido o sin interés en la mayoría de las cosas o ha experimentado la mayoría de los problemas que acabamos de mencionar?

No _____ Si _____

b. ¿Ha experimentado alguna vez un intervalo de por lo menos dos meses sin ninguna depresión y ninguna pérdida de interés entre dos episodios de depresión?

No	Si
TRASTORNO DE DEPRESIÓN MAYOR, RECURRENTE.	

Escala de Depresión de Hamilton.

1. HUMOR DEPRESIVO (Tristeza, desesperanza, indefensión, inutilidad)

- 0 = ausente
- 1 = solo se perciben estos sentimientos al ser interrogado el paciente
- 2 = estos sentimientos son manifestados espontáneamente
- 3 = manifiesta estos sentimientos de forma no verbal, a través de expresiones faciales, posturas, voz y tendencia al llanto
- 4 = el paciente manifiesta estos sentimientos SOLO VIRTUALMENTE, mediante comunicaciones verbales y no verbales

2. SENTIMIENTOS DE CULPABILIDAD

- 0 = Ausente
- 1 = Se culpa a si mismo, cree haber decepcionado a la gente
- 2 = Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones
- 3 = Siente que la enfermedad actual es un castigo
- 4 = Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras

3. SUICIDIO

- 0 = Ausente
- 1 = Le parece que la vida no vale la pena ser vivida
- 2 = Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir
- 3 = Ideas de suicidio o amenazas
- 4 = Intentos de suicidio (cualquier intento serio)

4. INSOMNIO PRECOZ

- 0 = No tiene dificultad
- 1 = Dificultad ocasional para dormir, por ejemplo le toma más de media hora el conciliar el sueño
- 2 = Dificultad para dormir cada noche.

5. INSOMNIO INTERMEDIO

- 0 = No hay dificultad
- 1 = Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche
- 2 = Esta despierto durante la noche, se levanta de la cama en más de 2 ocasiones (excepto por motivos de evacuar)

6. INSOMNIO TARDÍO

- 0 = No hay dificultad
- 1 = Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir
- 2 = No puede volver a dormirse si se levanta de la cama

7. TRABAJO Y ACTIVIDADES

- 0 = No hay dificultad
- 1 = Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)
- 2 = Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación)

- 3 = Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad
- 4 = Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda.

8. INHIBICIÓN PSICOMOTORA (lentitud de pensamiento y palabra, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora)

- 0 = Palabra y pensamiento normales
- 1 = Ligeramente retraso en el habla
- 2 = Evidente retraso en el habla
- 3 = Dificultad para expresarse
- 4 = Incapacidad para expresarse

9. AGITACION PSICOMOTORA

- 0 = Ninguna
- 1 = Juega con sus dedos
- 2 = Juega con sus manos, cabello, etc.
- 3 = No puede quedarse quieto ni permanecer sentado
- 4 = Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios

10. ANSIEDAD PSÍQUICA

- 0 = No hay dificultad
- 1 = Tensión subjetiva e irritabilidad
- 2 = Preocupación por pequeñas cosas
- 3 = Actitud aprensiva en la expresión o en el habla
- 4 = Expresa sus temores sin que le pregunten

11. ANSIEDAD SOMÁTICA (Signos físicos concomitantes de ansiedad tales como: Gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, etc. Cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas. Respiratorios: hiperventilación, suspiros. Frecuencia de micción incrementada. Transpiración):

- 0 = Ausente
- 1 = Ligera
- 2 = Moderada
- 3 = Severa
- 4 = Incapacitante

12. SÍNTOMAS SOMÁTICOS GASTROINTESTINALES

- 0 = Ninguno
- 1 = Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen
- 2 = Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales

13. SÍNTOMAS SOMÁTICOS GENERALES

- 0 = Ninguno
- 1 = Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad.
- 2 = Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2.

14. SÍNTOMAS SEXUALES (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales):

- 0 = Ausente

- 1 = Débil
- 2 = Grave

15. HIPOCONDRIA

- 0 = Ausente
- 1 = Preocupado de si mismo (corporalmente)
- 2 = Preocupado por su salud
- 3 = Se lamenta constantemente, solicita ayuda

16. PÉRDIDA DE PESO

- 0 = Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana
- 1 = Pérdida de más de 500 gr. en una semana
- 2 = Pérdida de más de 1 Kg. en una semana

17. PERSPICACIA

- 0 = Se da cuenta que esta deprimido y enfermo
- 1 = Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.
- 3 = No se da cuenta que está enfermo

18. VARIACIONES DIURNAS

A. Comprobar si los síntomas son mayores por la mañana o por la tarde. Si no hay cambios, puntuar 2

- 0 = no hay variación
- 1 = empeora por la mañana
- 2 = empeora por la tarde

B. Cuando haya variaciones, anotar su intensidad. Si no hay variación puntuar 0

- 0 = no hay variación
- 1 = ligera
- 2 = intensa

19. DESPERSONALIZACIÓN (Sentido de irrealidad, ideas nihilísticas)

- 0 = ausente
- 1 = ligera
- 2 = moderada
- 3 = grave

20. SÍNTOMAS PARANOICOS

- 0 = ninguno
- 1 = sospecha de algún síntoma
- 2 = ideas de referencia
- 3 = desilusiones y manía persecutoria

21. SÍNTOMAS OBSESIVOS Y COMPULSIVOS

- 0 = ninguno
- 1 = ligeros
- 2 = graves

VALIDACIÓN DE DATOS.

I) Se utilizará estadística descriptiva: proporciones o porcentajes.

II) Por que se tiene pensado la conformación de grupos de comparación para prevalencia e incidencia de depresión se utilizará estadística inferencial. Para variables con escala nominal y ordinal que se utilizan en este estudio se realizará comparación de proporciones mediante Prueba de Chi Cuadrada. Grupos de comparación: Grupo socioeconómico, comorbilidad, edad, paridad, edad gestacional.

RESULTADOS.

Descripción general.

Se incluyeron 96 pacientes que acudieron por primera vez a la consulta de obstetricia, se excluyó una por tener ya diagnóstico de depresión y estar bajo tratamiento, por lo que se conservaron un total de 95 pacientes para el estudio.

De la totalidad de la muestra, el promedio de edad fue de 24.27 años, con un rango de 14 a 44 años. 36 estuvieron entre los 14 y 20 años, 50 en el grupo de 21 a 35 años, y 9 en el de 36 o más. (Gráfica.1)

El estado civil de las pacientes fue: solteras 22 (23%), casadas 25 (26%), en unión libre 47 (50%), divorciada 1 (1%). Aunque para fines estadísticos se agruparon en casadas que incluyeron aquellas en unión libre y solteras que incluyó la paciente divorciada, de esta forma 73 tenían pareja y 22 no. (Gráfica 2).

En cuanto a la escolaridad en las pacientes fue primaria o menos en 17 casos (17.9%), secundaria en 55 (57.9%), preparatoria o más 23 (24.2%). Se incluyó a las analfabetas, a las que no terminaron la primaria y a las que no terminaron la secundaria con las de primaria o menos, a las que no terminaron la preparatoria se les incluyó con las de secundaria y a las realizaron estudios mayores a preparatoria se les colocó con las de preparatoria o más. (Gráfica 3)

La ocupación de las pacientes se clasificó como dedicadas a labores del hogar que fueron 81 (85.3%), y las que se dedican a otros trabajos (estudiantes, comerciantes, empleadas y profesionistas) que fueron 14 (14.7%). (Gráfica 4)

Se trató de pacientes que cursaban su primer embarazo en 38 casos (40%), y con uno o más embarazos previos en 57 casos (60%). (Gráfica 5)

El nivel socioeconómico se clasificó en tres categorías, 9 paciente con nivel 1 (10%), 58 con nivel 2 (61%) y 28 con nivel 3 (29%). Una presentó nivel 0 pero se incluyó en el nivel 1 y una tuvo nivel 6 y se incluyó en el nivel 3. (Gráfica 6)

Del total de las pacientes 8 (8.4%) se encontraban en el primer trimestre al momento de la encuesta, 59 (62.1%) en el segundo y 28 (29.5%) en el tercero. De ellas 84 (88.4%) se encontraban sanas y 11 (11.6%) tenían una enfermedad agregada (epilepsia, hipertensión, hipertiroidismo, diabetes gestacional, etc.). (Gráfica 7).

Al momento de aplicar las encuestas, se tuvo que en la de Edimburgo 62 (65.3%) tuvieron puntajes menores de 10 y 33 (34.7%) puntajes mayores de 10, por lo que estas últimas entraban en la categoría de sospecha de depresión (Gráfica 8).

En la encuesta de diagnóstico de depresión o MINI 76 (80%) tuvieron puntajes menores de 5, y 19 (20%) tuvieron puntajes de 5 o mayores, con lo que se les realizó el diagnóstico de depresión (Gráfica 9).

Con lo anteriormente descrito en la primer entrevista se tuvo una prevalencia del 20% (n=19).

Una vez realizado el diagnóstico de depresión se evaluó el grado de ésta mediante la escala de Hamilton. Se encontró que 11 (58%) tenía Depresión Leve, 7 (37%) Depresión Moderada y 1 (5%) padecía Depresión Severa (Gráfica 10).

Todas fueron enviadas al hacer el diagnóstico al servicio de psiquiatría para seguimiento.

Con los datos anteriores, se buscó una relación entre la depresión el grupo de edad, el estado civil, escolaridad, ocupación, la gestación y el nivel socioeconómico, comparando todos estos factores con las pacientes sanas. No se encontró una relación estadísticamente significativa, por lo que las pacientes tienen un 20% de riesgo de depresión en el embarazo independientemente de todas estas variables. (Tablas 1-6).

Ninguna de las pacientes que se siguieron durante los trimestres posteriores desarrolló depresión.

DISCUSIÓN

La depresión posparto ocurre entre el 10% y el 15% de los embarazos¹, y es, por consiguiente, la complicación más frecuente de la gestación. En este estudio se encontró un 20% de prevalencia de depresión en el embarazo lo cual incluso rebasa lo reportado en la literatura. En nuestro servicio de obstetricia no se realiza rutinariamente un tamiz de depresión por lo que estas pacientes permanecen sin diagnóstico y por consiguiente están en riesgo de presentar todas las complicaciones tanto durante como posterior al embarazo.

Una vez realizado el diagnóstico en cualquier momento del embarazo se vio que las pacientes que no la tuvieron no la desarrollaron en trimestres posteriores. Este dato es importante ya que pone de manifiesto que es necesario realizar un diagnóstico oportuno una sola vez en durante la gestación y no es necesario repetir la encuesta de detección.

Affonso et al encontraron que las pacientes con pareja tenían menos incidencia de depresión³⁷. En este estudio no se encontró diferencia entre las pacientes con y sin pareja. Lo anterior posiblemente se deba al tamaño de muestra utilizado.

Campbell y Cohn demostraron que las pacientes primíparas con embarazos a término, con feto único, sin complicaciones, casadas, mayores de 17 años, con escolaridad mínima de preparatoria tenían consistentemente menos índices de depresión que lo reportado en otros estudios.³⁸ En este estudio no se encontraron las mismas conclusiones, y puede ser debido al tamaño de muestra utilizado.

Dos estudios demostraron que el bajo nivel socioeconómico provoca altos niveles de prevalencia e incidencia de depresión.^{39, 40}

En este estudio se concluye que el solo hecho de estar embarazada le confiere a la paciente un 20% de riesgo de presentar depresión. No se encontró la asociación con ninguna de las variables estudiadas ni con otra que se haya descrito en estudios previos. Esto puede explicarse por el tamaño de la muestra que fue un grupo pequeño, para poder sustentar estos hallazgos se tendría que ampliar el tamaño de la misma.

Es conveniente utilizar la Escala MINI y de Edimburgo como instrumento de detección tomando en cuenta que la sensibilidad fue del 100 y 95% respectivamente.

CONCLUSIÓN.

El solo hecho de estar embarazada independientemente de los factores ambientales o las circunstancias en que se dio este embarazo le confiere a la mujer un grado de estrés que puede desencadenar un episodio depresivo.

Así mismo la preocupación del estado de su hijo y si serán buenas madres puede contribuir a la presencia de esta enfermedad.

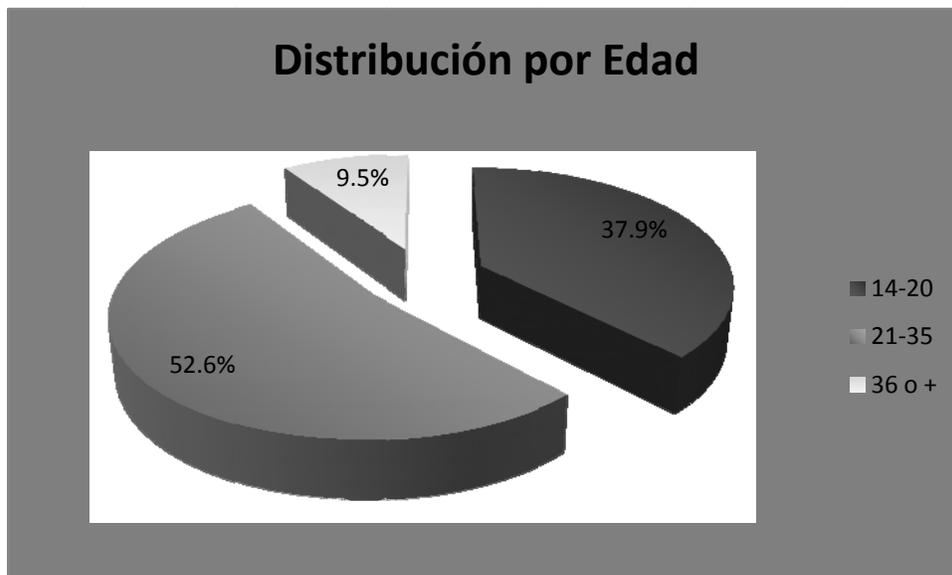
Los cambios hormonales propios de la gestación la vuelven más vulnerable al estado depresivo, independientemente de los factores asociados.

Dado que en este estudio no se encontró asociación con otras variables, consideramos que es necesario ampliar la muestra para definir con precisión que es lo que provoca esta alta prevalencia de depresión en el embarazo, en nuestras pacientes. Con lo que se justifica realizar un tamiz en todas las pacientes de nuestra consulta.

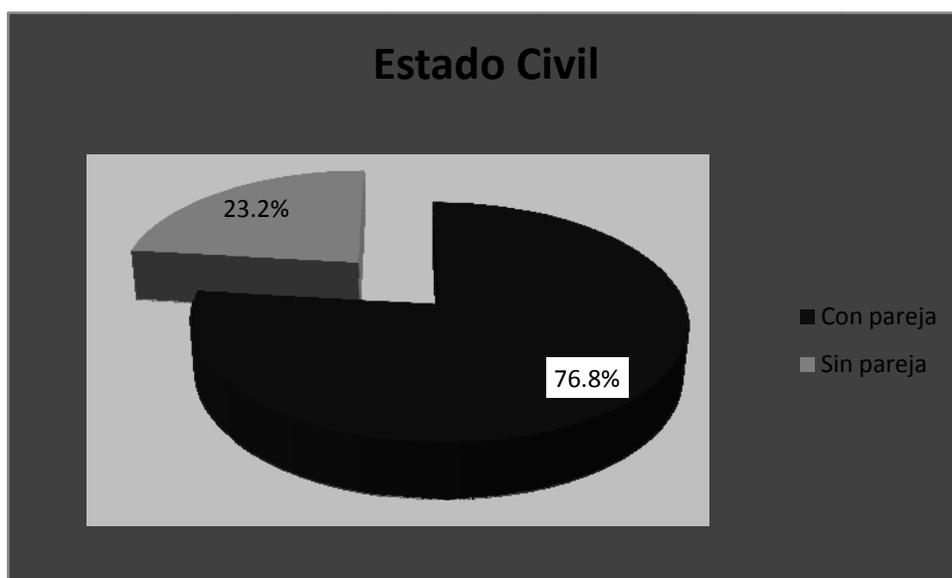
Finalmente, algunos autores precisan que existen similitudes en la depresión durante el embarazo y en otros momentos de la vida, pero en este periodo tiene particular importancia debido a las nuevas demandas que enfrenta en ese momento y a los efectos adversos que la depresión tiene sobre el desarrollo del embarazo, así como al elevado riesgo de presentarla en el posparto.

GRÁFICAS

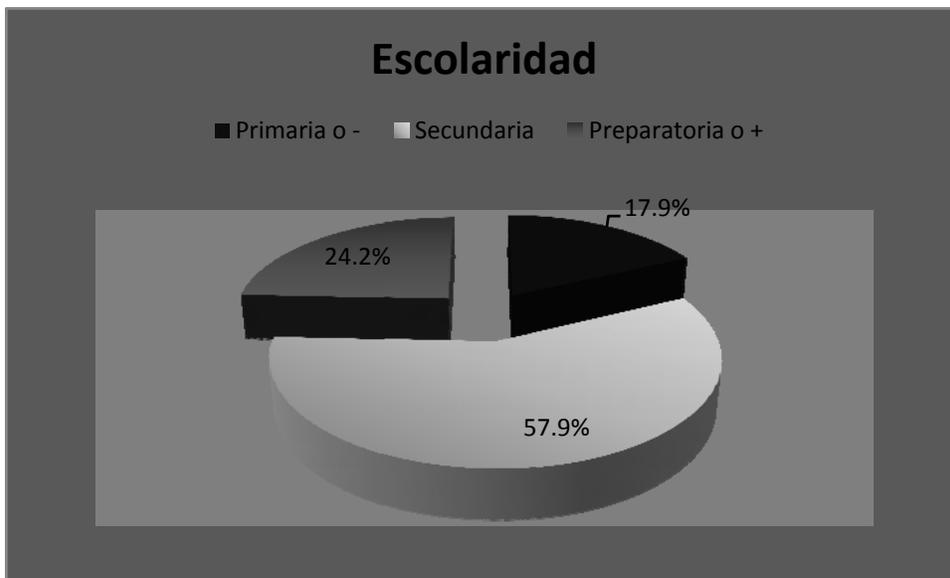
Gráfica 1. Distribución por Edad.



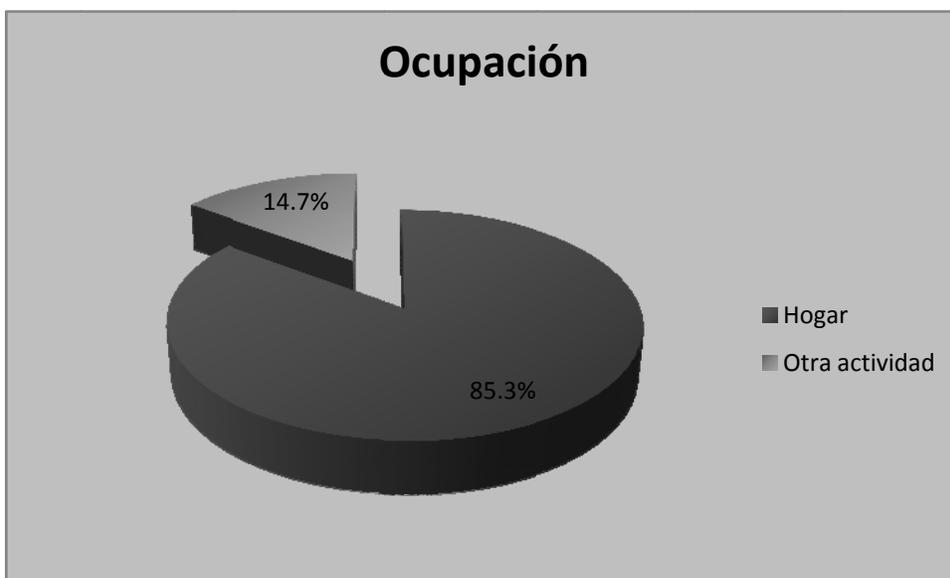
Gráfica 2. Estado Civil.



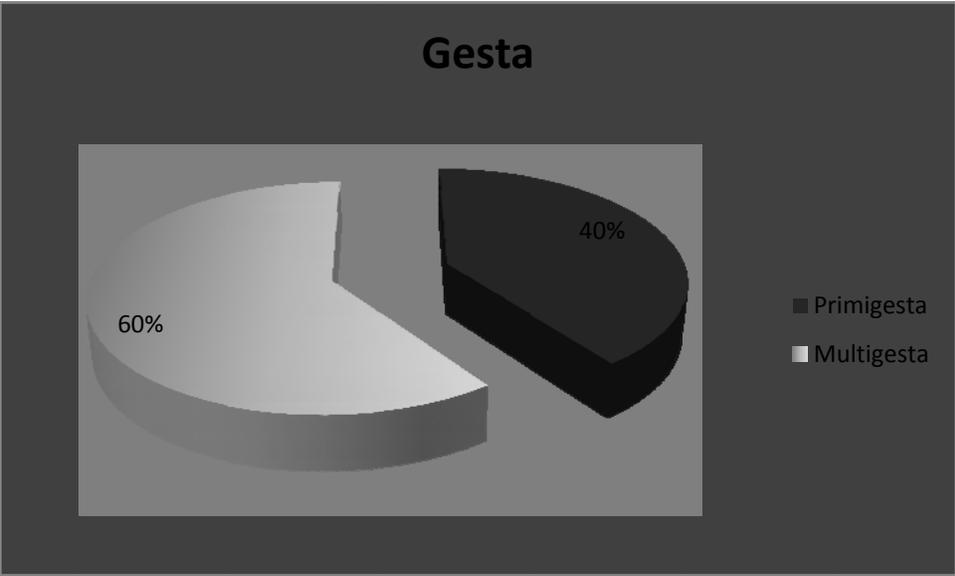
Gráfica 3. Escolaridad.



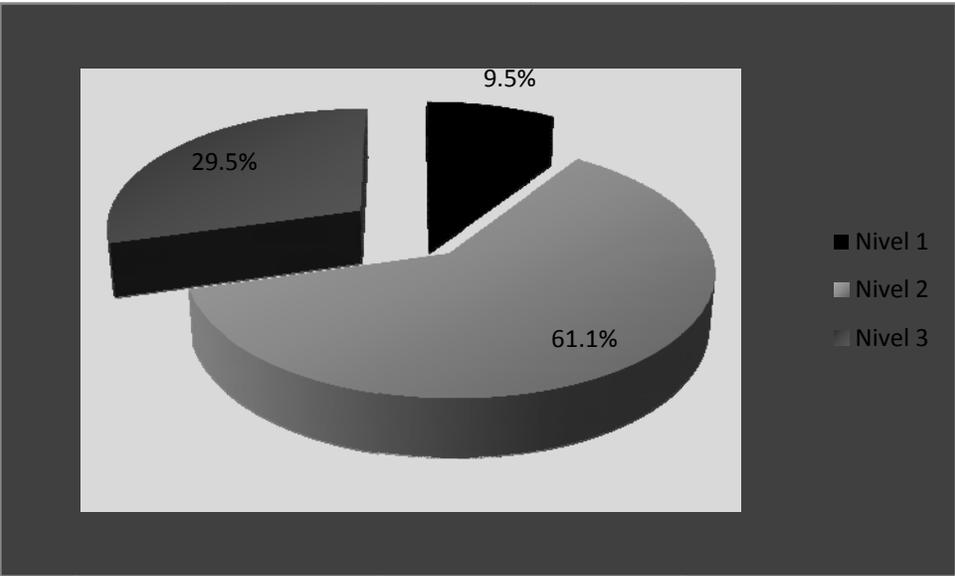
Gráfica 4. Ocupación.



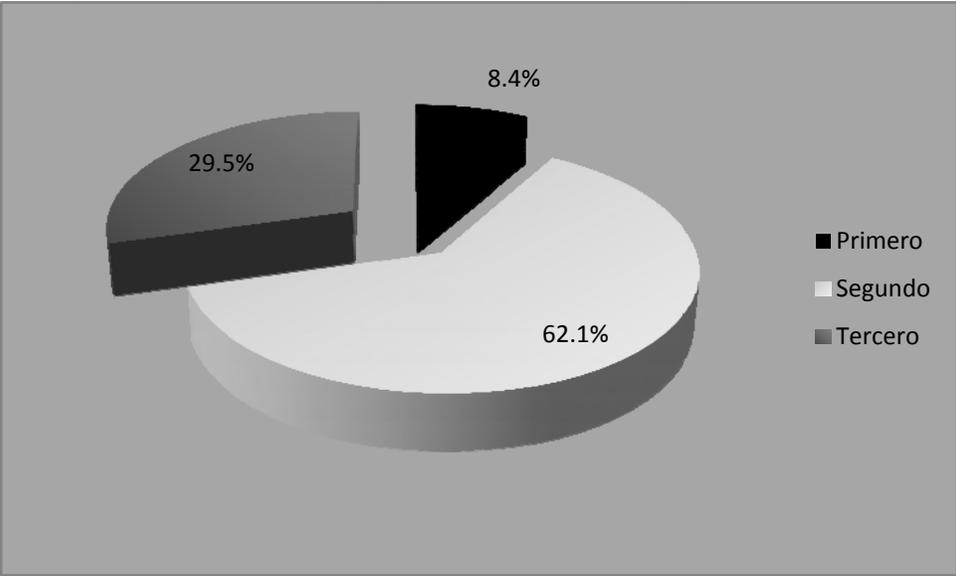
Gráfica 5. Número de Gestas.



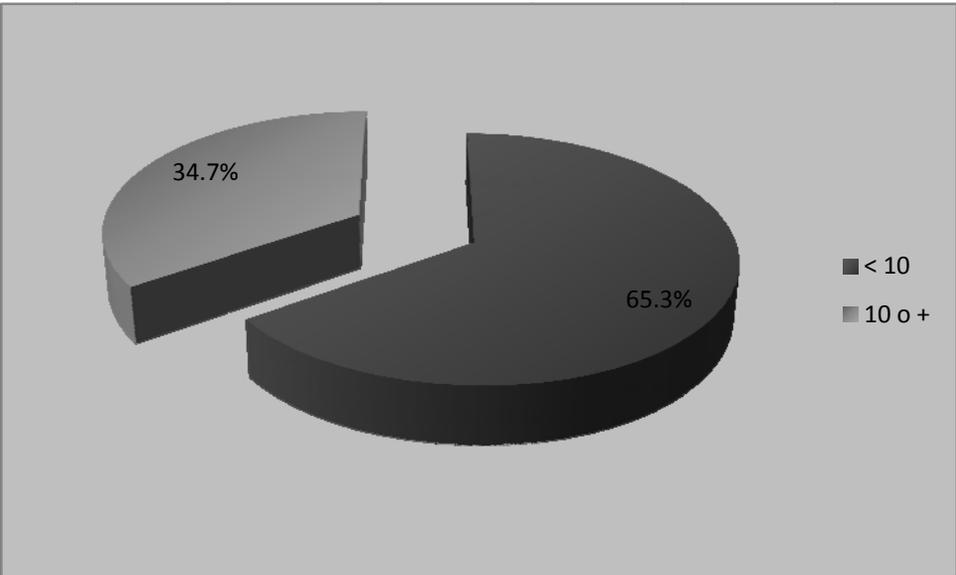
Gráfica 6. Nivel Socioeconómico.



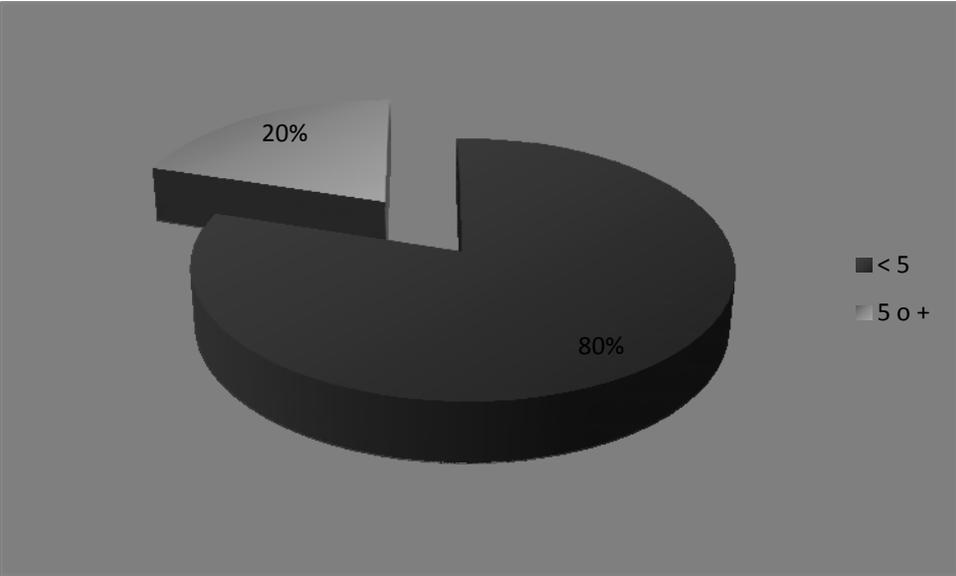
Gráfica 7. Trimestre de la Gestación.



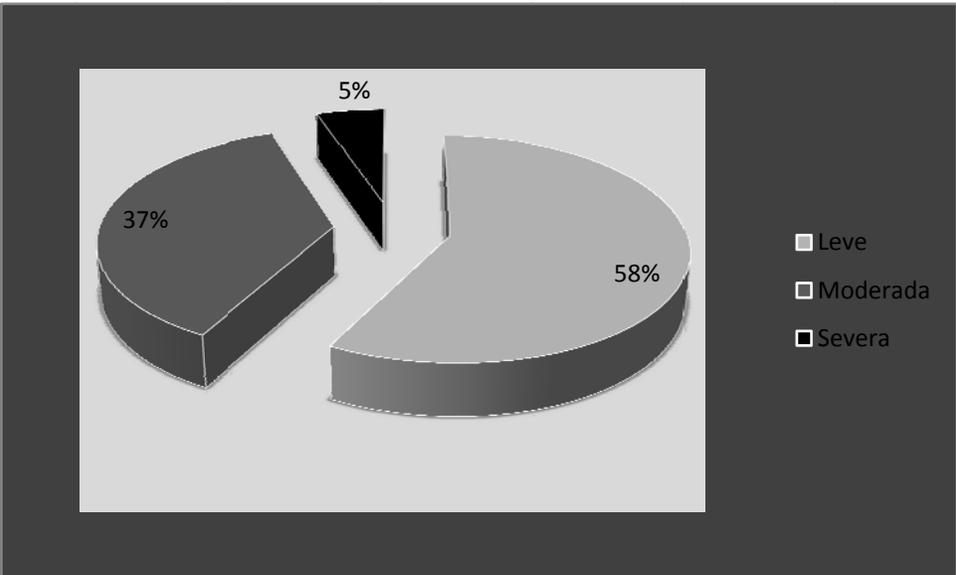
Gráfica 8. Puntaje de la Escala de Edimburgo.



Gráfica 9. Puntaje de la Encuesta MINI. Pacientes Deprimidas.



Gráfica 10. Severidad de la Depresión. Escala de Hamilton.



TABLAS.

Tabla 1.

Grupo de Edad	Sanas	Deprimidas	Chi-Cuadrada
14-20 a.	29 (38.2%)	7(36,8%)	0.576
21-35 a.	39(51,3%)	11(57.9%)	
Mayor de 35 a.	8(10.5%)	1 (5.3%)	

Tabla 2.

Estado Civil	Sanas	Deprimidas	Chi-Cuadrada
Con Pareja	59(77.6%)	14(73.7%)	0.133
Sin pareja	17(22.4%)	5(26.3%)	

Tabla 3.

Escolaridad	Sanas	Deprimidas	Chi-Cuadrada
Primaria o menos	12(15.8%)	5(26.3%)	1,439
Secundaria	46(60.5%)	9(47.4%)	
Prepa o más	18(23.7%)	5(26.3%)	

Tabla 4.

Ocupación	Sanas	Deprimidas	Chi-Cuadrada
Hogar	66(86.8%)	15(78,9)	0.754
Otra actividad	10(13.2%)	4(21.1%)	

Tabla 5.

Gesta	Sanas	Deprimidas	Chi-Cuadrada
Primigesta	31(40.8%)	7(36.8%)	0.099
Multigesta	45(59.2%)	12(63.2%)	

Tabla 6.

Nivel Socio-Económico	Sanas	Deprimidas	Chi-Cuadrada
Nivel 1	6(7.9%)	3(15.8%)	2.16
Nivel 2	49((64.5%)	9(47.4%)	
Nivel 3	21(27.6%)	7(36.8%)	

CONSIDERACIONES ÉTICAS.

"Todos los procedimientos estarán de acuerdo con lo estipulado en el Reglamento de la ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.

Título segundo, capítulo I, Artículo 17, Sección II, investigación con riesgo mínimo, por cuestionar aspectos personales se anexa hoja de consentimiento informado.

Título Segundo, Capítulo III De la investigación en **menores de edad o incapaces**, Artículos 34-39.

Título segundo, Capítulo IV De la investigación en **mujeres en edad fértil, embarazadas**, durante el trabajo de parto, puerperio, lactancia, **recién nacidos**; de la utilización de **embriones**, óbitos y fetos y de la fertilización asistida, Artículos 40-56.

Secretaría de Salud. Hospital General "Dr. Manuel Gea González".

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

De acuerdo con los principios de la Declaración de Helsinki y con La ley General de Salud, Título Segundo. De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos CAPITULO I Disposiciones Comunes. Artículo 13 y 14.- En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. Debido a que esta investigación se consideró como riesgo mínimo o mayor de acuerdo al artículo 17 y en cumplimiento con los siguientes aspectos mencionados con el Artículo 21:

I. Se me ha explicado que se me propone participar en el proyecto de detección de depresión en el embarazo para proporcionarme una atención integral y en caso de detectar dicha enfermedad se me atenderá por el personal médico indicado.

II. Se me ha indicado que se me realizarán preguntas de algunas encuestas para identificar si tengo depresión. Y si se detectara se me enviará con el especialista adecuado para mi atención tanto durante el embarazo como posterior al nacimiento de mi bebé.

III. Se me explicó que los resultados de las encuestas no interferirán con mi control del embarazo en ningún momento.

IV. Los resultados de este estudio ayudarán a mejorar la detección de depresión tanto para mí como para otras pacientes.

V. Se me explicó que si no se me detecta depresión se me realizaran las mismas encuestas cada mes en mi consulta del embarazo.

VI. Se me ha asegurado que puedo preguntar hasta mi complacencia todo lo relacionado con el estudio y mi participación.

VII. Se me aclaró que puedo abandonar el estudio en cuanto yo lo decida, sin que ello afecte mi atención de parte del médico o del hospital.

VIII. Autorizo la publicación de los resultados de mi estudio a condición de que en todo momento se mantendrá el secreto profesional y que no se publicará mi nombre o revelará mi identidad.

IX. En caso de que presente el diagnóstico de depresión se me brindará la atención médica psiquiatría y así recibir la mejor alternativa para mi tratamiento.

Con fecha _____, habiendo comprendido lo anterior y una vez que se me aclararon todas las dudas que surgieron con respecto a mi participación en el proyecto, acepto participar en el estudio titulado:

Prevalencia e incidencia de depresión en pacientes embarazadas de la Consulta Externa de Obstetricia del Hospital General "Dr. Manuel Gea González".

Nombre y firma del paciente o responsable legal

Nombre, y firma del testigo 1

Dirección

Relación que guarda con el paciente

Nombre, y firma del testigo 2

Dirección

Relación que guarda con el paciente

Nombre y firma del Investigador Responsable o Principal

Este documento se extiende por duplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o de su representante legal y el otro en poder del investigador.

Para preguntas o comentarios comunicarse con el Dr. Simón Kawa, presidente de las Comisiones de Ética y de Investigación al (01 55) 5666-6021

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. O'Hara M, Swain AM. Rates and risk of postpartum depression – a meta-analysis. *International Review of Psychiatry* 1996; 8(1):37-54.
2. O'Hara M, Zekoski EM, Philipps LH, Wright EJ. Controlled prospective study of postpartum mood disorders: comparison of childbearing and nonchildbearing women. *Journal of Abnormal Psychology* 1990; 99(1):3-15.
3. Cox J, Connor Y, Kendell. Prospective study of the psychiatric disorders of childbirth. *British Journal of Psychiatry* 1982; 140:111-7.
4. Cooper PJ, Murray L. Postnatal depression. *BMJ* 1998; 316(7148):1884-6.
5. Evans J, Heron J, Francomb H, Oke S, Golding J. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ* 2001; 323(7307):257-60.
6. Kumar R, Robson K. A prospective study of emotional disorders in child bearing women. *British Journal of Psychiatry* 1984; 144:35-47.
7. Rose G. Sick individuals and sick populations. *International Journal of Epidemiology* 1985; 14(1):32-9.
8. Appleby L, Gregoire A, Platz C, Martin P, Kumar R. Screening women for high risk of postnatal depression. *Journal of Psychosomatic Research* 1994; 38:539-45.
9. Austin MP, Lumley J. Antenatal screening for women at risk of post-natal depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2002; 106:1-8.
10. Warner R, Appleby L, Whitton A, Faragher B. Demographic and obstetric risk factors for postnatal psychiatric morbidity. *British Journal of Psychiatry* 1996; 168: 607-11.
11. Heath AC, Yonkers KA. *Management of Psychiatric Disorders in Pregnancy*. London: Arnold, 2001.
12. Costei A, Kozer E, Ho T, Ito S, Koren G. Perinatal outcome following third trimester exposure to paroxetine. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* 2002; 156: 1129-32.
13. Laine K, Heikkinen T, Ekblad U, Kero P. Effects of exposure to selective serotonin reuptake inhibitors during pregnancy on serotonergic symptoms in newborns and cord blood monoamine and prolactin concentrations. *Archives of General Psychiatry* 2003; 60(7): 720-6.
14. Kallen B. Neonate characteristics after maternal use of antidepressants in late pregnancy. *Archives Pediatric Adolescent Medicine* 2004; 158(4): 312-6.
15. Zeskind PS, Stephens LE. Maternal selective serotonin reuptake inhibitor use during pregnancy and newborn neurobehaviour. *Pediatrics* 2004; 113(2): 368-75.
16. Heath AC, Yonkers KA. *Management of Psychiatric Disorders in Pregnancy*. London: Arnold, 2001.
17. Watson JP, Elliot SA, Rugg AJ, Brough DI. Psychiatric disorder in pregnancy and the first postnatal year. *British Journal of Psychiatry* 1984; 144: 453-62.

18. Hoffbrand S, Howard L, Crawley H. Anti-depressant drug treatment for postnatal depression. In: *The Cochrane Library*, 2, 2001. Oxford: Update Software.
19. Yoshida K, Smith B, Kumar R. Psychotropic drugs in mothers' milk: a comprehensive review of assay methods, pharmacokinetics and safety of breastfeeding. *Journal of Psychopharmacology* 1999; 139: 64-80.
20. Robins LN, Helzer JE, Weissman MM, et al. *Arch Gen Psychiatry*. 1984; 41: 949-958.
21. Weissman MM, Olfson M. Depression in women: implications for care research.
22. Larsson C, Sydsjö G, Josefsson A. Health Sociodemographic Data and Pregnancy Outcome in Women With Antepartum Depressive Symptoms. *Am J Obstet Gynecol*. 2004; 104:459.
23. O'Hara MW. *Postpartum depression: Causes and consequences*. New York: Springer-Verlag, 1995.
24. Dobie SA, Walker EA. Depression after childbirth. *Am J Board Fam Pract* 1992; 5: 503-11.
25. Gotlib IH, Whiffen VE, Mount JH, Milne K, Cordy NI. Prevalence rates and demographic characteristics associated with depression in pregnancy and the postpartum. *J Consult Clin Psychol* 1989; 57: 269-74.
26. Store ZN, Nemeroff CB. Women at risk for postpartum-onset major depression. *Am J Obstet Gynecol* 1995; 173: 639-45.
27. Anderson L, Sundström-Poromaa I, Wulff M, Aström M, Bixo M. Implications of Antenatal Depression and Anxiety for Obstetric Outcome. *Obstet Gynecol* 2004; 104: 467-76.
28. Pajer K. *J. Clin Psychiatry*. 1995; 56: 30-37.
29. Charney DA. *Transcultural Psych Res Rev*. 1995; 33: 413-437.
30. American Psychiatric Association. *DSM*. 4th ed. Washington D. C. Psychiatric Press; 1994.
31. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987; 150: 782-6.
32. Alvarado C, Sifuentes A, Salas C, Martínez S. Validation of the Edinburgh postpartum depression scale in a population of puerperal women in Mexico. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health* 2006; 2: 33.
33. Becerra B, Horteaga H, Torres C. *Salud Mental* 1992. 15 (4): 41-45.
34. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurgery and Psychiatry* 1960; 23: 56-62.
35. Bech P. *The Bech, Hamilton and Zug Scales for mood disorders* 1996. Springe.
36. H. Masur: *Scales and Scores in Neurology*. 2004. Georg Thieme,
37. Affonso DD, Lovett S, Paul SM, Sheptak S. A standardized interview that differentiates pregnancy and postpartum symptoms from perinatal clinical depression. *Birth* 1990; 17:121-30.
38. Campbell SB, Cohn JF. Prevalence and correlates of postpartum depression in first-time mothers. *J Abnorm Psychol* 1991; 100:594-9.

39. Hobfoll SE, Ritter C, Lavin J, Hulsizer MR, Cameron RP. Depression prevalence and incidence among inner-city pregnant and postpartum women. *J Consult Clin Psychol* 1995;63: 445–53.
40. Yonkers KA, Ramin SM, Rush AJ, Navarrete CA, Carmody T, March D, et al. Onset and persistence of postpartum depression in an inner-city maternal health clinic system. *Am J Psychiatry* 2001;158:1856–63.