



**Universidad Nacional Autónoma de México  
Facultad de Medicina**

**División de Estudios de Posgrado**

**Instituto Mexicano de Seguro Social**

**Delegación Norte, Distrito Federal**

**Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud**

**Unidad de Medicina Familiar N° 33 “El Rosario”**



## **TESIS DE POSGRADO**

**Frecuencia de depresión en embarazadas  
derechohabientes de la UMF # 33 El Rosario**

Para obtener el título en la especialidad de:

**MEDICINA FAMILIAR**

Presenta:

**Dr. Julio Antonio Concha Salgado Médico**

Residente de tercer Año de la especialidad en Medicina Familiar

Asesores:

**Dra. Mónica Sánchez Corona**

Médica Especialista en Medicina Familiar

Profesora Titular de la Especialidad en Medicina Familiar

Encargada de la Coordinación Clínica de Educación e Investigación en  
Salud UMF33.

**Dr. Rodolfo Arvizu Iglesias**

Médico Especialista en Medicina Familiar, Ex Coordinador Clínico de  
Educación e Investigación en Salud UMF33.

México D.F.

Agosto 2013



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.

## AUTORIZACIONES

---

**Dra. Mónica Sánchez Corona**

Medica Especialista en Medicina Familiar  
Profesora Titular de la Especialidad en Medicina Familiar  
Encargada de la Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud  
Unidad de Medicina Familiar # 33.

---

**Dra. Haydee Alejandra Martini Blanquel**

Medica Especialista en Medicina Familiar  
Profesora Adjunta de la Especialidad en Medicina Familiar  
Unidad de Medicina Familiar # 33.

---

**Dra. Mónica Catalina Osorio Granjeno**

Medica Especialista en Medicina Familiar  
Profesora Adjunta de la Especialidad en Medicina Familiar  
Unidad de Medicina Familiar # 33.

## **ASESORES**

---

**Dra. Mónica Sánchez Corona**

**ASESOR DE TESIS**

Medica Especialista en Medicina Familiar  
Profesora Titular de la Especialidad en Medicina Familiar  
Encargada de la Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud  
Unidad de Medicina Familiar # 33.

---

**Dr. Rodolfo Arvizu Iglesias**

**ASESOR DE TESIS**

Médico Especialista en Medicina Familiar  
Ex Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud UMF No. 33

---

**Dr. Julio Antonio Concha Salgado**

Médico Residente de la Especialidad en Medicina Familiar  
Unidad de Medicina Familiar No. 33

## AGRADECIMIENTOS

Primeramente quiero agradecer a Dios quien me ha bendecido con la vida y la salud así como por darme la fuerza para llegar hasta este punto tan decisivo de la vida. Y porque hiciste realidad este sueño tan anhelado. Por darme a mis padres, a mis hermanos, a mi esposa e hijos. Gracias señor.

Quiero agradecer a mi hermosa familia, empezando por mi esposa Adriana Rocha quien es el amor de mi vida; quien me ha brindado su apoyo y me ha soportado durante estos tres años de residencia, los desvelos, las ausencias, el cansancio que he tenido y es a quien le debo este gran esfuerzo. A mis hijos Manuel David Concha y Jorge Alejandro Concha a quienes amo con toda el alma, ellos son luceros en mi vida y quienes me guían. Por quien tengo que esforzarme más y quienes han aguantado mis regaños y mi falta de tiempo para estar con ellos. Gracias mi amada y hermosa familia.

A mis padres; Carlos Concha† quien lamentablemente no alcanzo a ver completo este gran logro mío, él es quien me enseñó que hay que trabajar duro para lograr las metas propuestas y que la familia es primero. A mi madre Magdalena Salgado quien toda la vida me ha apoyado y quien me ha enseñado que la fe es importante en la vida así como que siempre hay que luchar en la vida por lo que uno quiere.

A mis compañeros y amigos de generación, con los cuales compartí parte de mi vida en estos tres años, en especial a mis compañeros y amigos de guardia Linda, Magali, Edwin, Gilberto. Con quienes he compartido cumpleaños, días festivos estando de guardia o los interminables fines de semana, y con quienes compartí el trabajo en equipo, el compañerismo y la amistad. Agradezco que dios los pusiera en mi camino de la residencia médica.

A las profesoras de enseñaza Dra. Mónica Sánchez CCEIS quien además es mi asesora de tesis y que este trabajo no estaría lista sin sus conocimientos y experiencia; a la Dra. Alejandra Martini Profesora adjunta y la Dra. Mónica Osorio Profesora adjunta quienes se esforzaron para que un servidor aprendiera y fuera un mejor Medico Familiar. También hacer mención de la Dra. Mónica Enríquez Ex CCEIS. Al Dr. Rodolfo Arvizu quien también fue mi asesor de tesis, gran maestro.

A todos aquellos médicos Familiares, Urgenciólogos, Internistas, Pediatras, Ginecólogos y demás especialistas quienes nos brindaron su conocimiento, sus ganas de enseñarnos, también no queda más que agradecerles ya que también son parte de este gran esfuerzo. Al personal de enfermería y administrativo que colaboro con nosotros.

Hay tantas personas a las que hay que agradecer sin embargo no están aquí no porque no tengan importancia sino porque son demasiadas, a todos ellos gracias. Y porque no también agradecer a todas aquellas personas quienes nos pusieron trabas, quienes nos trataron mal, quienes nos hicieron sufrir y llorar; gracias porque también nos han dejado un aprendizaje.

Muchas gracias y que Dios los bendiga.

## CONTENIDO

Resumen	6
Introducción	7
Marco teórico	8
Planteamiento del problema	14
Objetivos	15
Objetivos generales	15
Objetivos específicos	15
Material y método	16
Resultados	17
Tablas y Graficas	20
Discusión	34
Conclusiones	36
Bibliografía	37
Anexos	39
Anexo 1. Instrumento	39
Anexo 2. Carta de consentimiento informado	40

## **Frecuencia de Depresión en embarazadas derechohabientes de la UMF 33 el Rosario. México D.F., Agosto 2013.**

Concha Salgado Julio Antonio <sup>1</sup>, Sánchez Corona Monica<sup>2</sup> Arvizu Iglesias Rodolfo<sup>3</sup>.

**Introducción.**La depresión tiene un fuerte impacto en la vida de los individuos y la familia. La falta de atención de ésta entidad durante el embarazo pone en gran riesgo el futuro desarrollo tanto de la madre como del hijo. **Objetivo.**Conocer la frecuencia de depresión que se presenta en embarazadas adscritas a la UMF#33. **Material y métodos.**Estudio de tipo Descriptivo, Prospectivo y Transversal, mediante muestreo no probabilístico por conveniencia. En éste estudio se utilizó la Escala de Depresión Perinatal de Edimburg el cual es un instrumento para evaluar específicamente la sintomatología depresiva a partir de la semana 10 del embarazo. **Resultados.**De las 105 pacientes, el 19% presentan depresión, 13% de ellas están en riesgo de depresión y 69% sin depresión. De las pacientes con pareja 18% tienen depresión y 13% tienen riesgo de depresión; de las pacientes sin pareja 22% tienen depresión y 13% tienen riesgo de depresión. **Conclusiones.**A nivel internacional, el 21% de las embarazadas presenta depresión, el presente estudio reporta el 19%, lo cual también es inferior a lo reportado a nivel nacional (entre el 21 y 22%). Sin embargo, la frecuencia es mayor a lo reportado en 1982 (6.5% de depresión). Lo anterior orienta a impulsar acciones de detección oportuna de depresión en este grupo de pacientes, conllevando al binomio a una mejor calidad de vida.

**Palabras clave:** embarazadas, depresión, Escala de evaluación de Edimburg

<sup>1</sup> MED.RESID.3ER.AÑO

<sup>2</sup> MF.CCEIS.UMF33

<sup>3</sup> MF.EX-CCEIS.UMF3

## INTRODUCCION

La depresión en el embarazo tiene consecuencias serias en diversos ámbitos: lleva a conductas poco saludables, tales como no buscar atención prenatal temprana o mantener actividades de riesgo para esta condición, preeclampsia, partos prematuros, bebés de menor tamaño y un incremento significativo de depresión en el posparto.

A nivel Internacional se reporta una prevalencia de depresión de hasta el 22% en México y que afecta entre un 10 y 15 % de las mujeres embarazadas, que puede complicarse con depresión postparto lo que afectaría la relación madre-hijo con lo que quedaría vulnerable nuestra población infantil. En esta unidad se cuenta con un antecedente que reporta de 6%, notándose un incremento en aproximadamente de 19% años en 25. El reconocimiento precoz resulta fundamental para evitar problemas posteriores en la relación del ámbito materno-filial y en el desarrollo físico y emocional del niño, lo que tendría consecuencia en una población enferma. Entre los pocos estudios realizados en México informan una prevalencia de 22% con base en una escala de auto reporte, y 62.2% en el Cuestionario General de Salud.

Debido a las consecuencias que tiene la depresión sobre el proceso del embarazo y a los pocos estudios que existen en nuestro país y en nuestra unidad a este respecto, se decidió la realización del presente trabajo con el objetivo de investigar la prevalencia de depresión en mujeres embarazadas. En el presente estudio se utilizó la Escala de Depresión Perinatal de Edimburg el cual es un instrumento para evaluar específicamente la sintomatología depresiva a partir de la semana 10 del embarazo. La escala de depresión perinatal de Edimburg se ubica dentro de las escalas de auto reporte y comprende 10 preguntas que exploran los síntomas de depresión. En el año 2000, la Escala de Depresión Perinatal de Edinburg fue validada para población mexicana con un estudio realizado en el Instituto Nacional de Perinatología (INPer).

Se realizó un estudio apegado conforme a los lineamientos establecidos por el instituto con un Diseño de tipo Encuesta transversal. El cálculo de la muestra no se realizó por formulación se optó por un muestreo no probabilístico. A todas las pacientes se les solicitó autorización firmada. Y se aplicó la encuesta realizada ex profeso. El manejo de la información se realizó de manera confidencial como lo solicitan los estatutos actuales, además de que al resultar positivas para depresión se canalizaron con su Médico Familiar.

En el presente estudio se logró cumplir con el objetivo que fue el identificar la frecuencia de Depresión en mujeres embarazadas. Donde se reporta una frecuencia del 19%, esto es concordante con los datos que se dan a nivel internacional y nacional. Así como lograr identificar algunas variables asociadas a la depresión y el embarazo, que sin embargo no se profundizó pueden ser datos importantes a identificar a futuro y así lograr una comparación con datos a nivel nacional e internacional. Lo que nos ofrecería el tener una mejor comprensión sobre esta patología y sobre los puntos que influyen como factores de riesgo para que se presente.

## MARCO TEORICO

### ANTECEDENTES EMPIRICOS.

La depresión es una alteración patológica del estado de ánimo con descenso del humor en el que predominan los síntomas afectivos como son la Disforia, Ansiedad, comportamiento suicida o ideación suicida, sentimiento de culpa, dificultad para concentrarse por lo que es considerada una afección global de la vida psíquica. Tiene un fuerte impacto en la vida de los individuos, la familia y la sociedad en conjunto; los trastornos afectivos son la segunda alteración más común. <sup>1</sup>

En atención primaria existe sub diagnóstico y retraso en la identificación de la depresión, por lo que, desde el inicio del tratamiento, impacta negativamente en el bienestar de los individuos, en la salud pública y en los costos directos e indirectos de los servicios sanitarios. Es frecuente que el médico de atención primaria considere como "causa" de la depresión las quejas de la vida cotidiana, la incapacidad para hacer frente al estrés familiar, el aislamiento social o el cambio de roles y los problemas financieros; por lo tanto la considera "justificada" y evita proporcionar tratamiento, cuando en realidad esta incapacidad suele ser ocasionada por la misma depresión. La depresión es uno de los padecimientos más frecuentes y en México su prevalencia global es de 9.5% en mujeres y 5% en hombres. <sup>2</sup>

Existen cambios psicológicos normales que se presentan en el embarazo. Durante el Primer Trimestre: modificación de intereses, vuelco al "embarazo" y temor a la pérdida. En el Segundo Trimestre: inicio de la relación "madre-hijo". Y, en el Tercer Trimestre: inicio de "ansiedad" por el parto y preparación para la separación del posparto. Contrariamente a lo que tradicionalmente se sostenía que el embarazo se asociaba habitualmente a un estado de bienestar emocional en la mujer, alrededor de un 30% a un 40% de las gestantes presentan síntomas ansioso depresivos, durante el embarazo; y el riesgo de hospitalización psiquiátrica, es casi 7 veces mayor durante los 30 días posteriores al parto que antes de embarazarse. Así, la depresión y el embarazo son entidades que pueden presentar una estrecha relación. <sup>3</sup>

El embarazo es una crisis familiar normativa sin embargo puede generar toda clase de temores, la mayoría de los cuales son básicamente temores a crecer y hacerse adulto. El más común quizá sea el de asemejarnos a nuestros padres, poniendo súbitamente de manifiesto las deficiencias parentales que tanto resentimiento nos causaron en nuestra infancia. Las mujeres temerán perder sus atractivos físicos, los hombres temerán ser desplazados. Tanto ellas como ellos temerán con razón perder su movilidad profesional y social. Pero el miedo más grande es el de convertir el matrimonio en algo permanente. Las embarazadas reciben un alto grado de apoyo de sus familiares y amigos, mientras tanto el padre se siente engañado y excluido mientras dura el proceso. Constituye una amenaza contra el narcisismo del hombre y su sentimiento de ser el centro del universo. No es raro que durante un embarazo, el futuro padre se involucre en una relación extramarital, proyecte divorciarse o desaparezca.

Todas estas situaciones si no son resueltas a tiempo van a generar depresión durante el embarazo.<sup>4</sup>

Llama la atención el hecho de que la depresión sea habitualmente sub diagnosticada en centros de atención materno-infantil, pese a que su prevalencia supera la correspondiente a otras patologías obstétricas tales como preeclampsia, parto prematuro y diabetes gestacional, entre otras entidades. En este sentido, Evans y cols., expresan que la mayoría de las mujeres que experimentan depresión durante el embarazo no tienen ayuda profesional, aún más, casi el 50% no tiene ayuda desde los familiares ni de los amigos. Por otro lado, las mujeres que tienen contacto con profesionales de la salud en sus controles posteriores al parto, no están dispuestas a manifestar sus problemas emocionales, en especial la depresión.<sup>5</sup>

La depresión es una condición frecuente en el embarazo, por lo menos tan frecuente como en las mujeres que no están embarazadas. Estudios sobre su prevalencia por medio de entrevistas estructuradas muestran tasas de dos a 21% de depresión mayor y las escalas de síntomas arrojan cifras de entre ocho y 31%. En México la prevalencia se ha estimado en 22% con base en una escala de auto reporte. Entre los factores de riesgo de depresión en el embarazo se encuentran ser madre soltera y baja escolaridad entre otros. La depresión en el embarazo tiene consecuencias serias en diversos ámbitos: lleva a conductas poco saludables, tales como no buscar atención prenatal temprana; conductas de riesgo, preeclampsia, partos prematuros, bebés de menor tamaño y un incremento significativo de depresión en el posparto, entre otras.<sup>6</sup>

La depresión incrementa en forma importante la morbilidad y mortalidad tanto para la madre como para el fruto del embarazo, se asocia a conductas poco saludables como el omitir la atención prenatal o el uso de sustancias nocivas (tabaco, alcohol, sustancias ilegales). Es un factor de riesgo para intentos de suicidio y suicidio consumado. Y se observa que las madres con un menor apego a los hijos son aquellas que informaron más síntomas depresivos y de ansiedad durante el embarazo.<sup>7</sup>

Los síntomas pueden ser más frecuentes durante el embarazo que en el período posparto. La depresión prenatal no es necesariamente benigna; se ha asociado con escaso aumento de peso materno, aumento de la frecuencia de consumo de cigarrillos, alcohol y otras sustancias y ambivalencia durante el embarazo.<sup>8</sup>

El embarazo y el ejercicio de la maternidad es un ciclo en la vida de la mujer, que implica cambios en su vida, en la de la pareja y en las personas que la rodean. Por consiguiente, algunos autores llegan a considerarla como una crisis maduracional, ya que pone en juego la estabilidad emocional de la mujer, su capacidad para adaptarse a tales demandas, además de que reviven conflictos de fases psicológicas previas al embarazo. El período perinatal es en sí mismo un período de crisis en el desarrollo de la mujer, por las eventuales complicaciones que pueden ocurrir en el curso del embarazo y en los primeros años de vida que enfrentan a la mujer y el recién nacido con la posibilidad de enfermedad o muerte.<sup>9</sup>

En un estudio realizado por Sánchez y colaboradores en la universidad de Granada-España, en el año 1997 sobre los efectos del estado de gestación en el estado de

ánimo, sus resultados indicaron que el estado emocional de la mujer varía en función del periodo de gestación. Durante los tres primeros y los tres últimos meses de gestación, los niveles de depresión fueron más bajos que durante el segundo trimestre de gestación. <sup>10</sup>

Aunque se han desarrollado guías de consenso para instruir a médicos acerca de las ventajas relativas de las alternativas terapéuticas, el mejor modo de tratar la depresión durante el embarazo sigue siendo motivo de debate. La seguridad del uso de antidepresivos durante el embarazo ha sido cuestionada debido a que potencialmente los medicamentos pueden tener efectos teratógenos. No obstante, dos estudios han demostrado que las mujeres que están recibiendo antidepresivos y dejan de hacerlo o reducen la dosis durante el embarazo para disminuir al mínimo la exposición fetal a los medicamentos tienen riesgo de sufrir una recaída de la depresión. <sup>8</sup>

El instrumento más usado para medir Depresión durante el embarazo corresponde a la Escala de Depresión Posnatal de Edimburg, validada en múltiples países e idiomas, incluido Chile. Originalmente concebida para ser utilizada en el puerperio, en muchos países su uso se ha extendido al periodo prenatal y también a la evaluación de los padres. <sup>11</sup>

En un estudio publicado por la revista de obstetricia y ginecología de Venezuela en 2007 realizado por Pérez VR y cols. Recomiendan que la Escala de Edimburg es un buen método de pesquisa precoz de la depresión posparto, puesto que todas las madres con test positivos (EPDS +), al aplicárseles la Encuesta Diagnóstica para Depresión CIE-10, se confirmó el cuadro depresivo posparto, por lo que la escala de Edimburg para depresión en el embarazo, debe ser incluida en la atención del control del mismo ya que es de fácil y rápida aplicación, de manera que se podría revertir el subdiagnóstico de esta patología que afecta una etapa tan importante de la vida de la mujer. <sup>12</sup>

La escala de depresión perinatal de Edimburg se ubica dentro de las escalas de autor reporte y comprende 10 preguntas que exploran los síntomas comunes de un episodio o trastorno depresivo mayor o menor. Cada pregunta o reactivo se califica en un intervalo de 0 a 3 puntos de acuerdo con la severidad o duración, requiere únicamente de 5 minutos para ser respondida y ha sido ampliamente aceptada por las mujeres en diversos ámbitos, ya sea el hogar, en estudios de comunidad, clínicas y hospitales. <sup>1</sup>

En el año 2000, la Escala de Depresión Perinatal de Edinburg fue validada para población mexicana con un estudio realizado en el Instituto Nacional de Perinatología (INPer). En el año 2004, Tophil y cols. Sugirieron el empleo de la Escala de Depresión Perinatal de Edinburg para tamizaje en busca de depresión perinatal, describiendo la prueba como un instrumento “ampliamente utilizado, bien validado, corto, de fácil aplicación, objetivo, con sensibilidad y especificidad satisfactorias. Se trata del único instrumento validado para uso pre y postnatal”. En 2004 se llevó a cabo un nuevo estudio en el INPer, que buscó la calibración del punto de corte de la Escala de Depresión Perinatal de Edinburg, para obtener el punto de mejor equilibrio entre sensibilidad y especificidad. Entre los resultados encontrados se determinó que con un

punto de corte de 14 se alcanzaron valores de 0.74 para la sensibilidad y 0.83 para la especificidad, siendo éste el punto de mejor equilibrio entre ambas. <sup>9</sup>

En el estudio de 2006 de Oquendo y cols. Realizado en el INPer sobre la escala de depresión de Edimburg cuenta con una Sensibilidad: 90%, es decir, 90 de cada 100 pacientes con depresión perinatal serán correctamente detectadas como positivas. Especificidad: 82%, es decir, 82 de cada 100 pacientes sin depresión perinatal serán correctamente detectadas como negativas. Valor predictivo positivo: 77%, es decir, 77 de cada 100 pacientes que resultaron “positivo” presentarán depresión perinatal. Valor predictivo negativo: 94%, es decir, 94 de cada 100 pacientes que resultaron “negativo” no presentarán depresión perinatal. <sup>9</sup>

## **ANTECEDENTES CIENTIFICOS.**

Los trastornos del estado de ánimo afectan hasta al doble de mujeres que a varones, aparecen con frecuencia durante los años fértiles y, como ha sugerido un gran estudio de cohortes realizado por Evans et al. <sup>8</sup>

Las cifras reportadas de depresión en mujeres por diversos autores en occidente oscilan entre 10 y 15 %, mientras que las reportadas por Gubash y Abou-Saleh (1997) oscilan entre en 15.8 % en mujeres árabes; en tanto que Nhiwatiwa (1998) ha informado que 16 % de las mujeres de Zimbawe tienen dicho padecimiento. Cooper (1999) por su parte refiere una prevalencia de 34.7 % en las mujeres sudafricanas. En tanto que Lee (2001) refiere una cifra de 11.2 % en mujeres chinas; Yoshida (2002) informa una prevalencia de 17 % en mujeres Japonesas y Patel (2002) en Goa India informa una prevalencia de depresión de 23 %. Para el caso mexicano la prevalencia de depresión en mujeres informada es de 4.1 % (Berenzon y col. 1998). <sup>1</sup>

En febrero de 2005 The Safe Motherhood Group y la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), publicaron un Reporte de Evidencias en el que se definió como depresión perinatal a la “presencia de episodios depresivos durante el embarazo y los primeros 12 meses de vida”. <sup>8</sup>

En el embarazo, la prevalencia de depresión es de 10 a 25 % y la de la ansiedad de 10 %; éstas, junto con el estrés, son condiciones biopsicológicas que afectan al binomio madre-hijo y se asocian con parto pretérmino, bajo peso al nacimiento, preeclampsia, tristeza, conflictos familiares, sociales o laborales. <sup>13</sup>

Revisiones de los estudios publicados sobre su prevalencia muestran, cuando se usan entrevistas estructuradas, tasas de 2 a 21% de depresión mayor que llegan a 38% en mujeres de bajo nivel socioeconómico y de 8.5 a 11% de depresión mayor y menor. Las estimaciones derivadas de escalas de síntomas varían entre 8 y 31% y de 20 a 51% en mujeres de bajo nivel socioeconómico. Entre los pocos estudios realizados en México, Ortega y colaboradores informan una prevalencia de 22% con base en una escala de auto reporte, y Morales y colaboradores de 62.2% de “casos probables” en el Cuestionario General de Salud. <sup>2</sup>

En 1996 O'Hara y Swain publicaron un meta análisis sobre prevalencia de depresión posparto constituido por un documento clásico de referencia, en el cual los autores

encuentran 59 estudios (entre cuyos instrumentos se encuentra la Escala de Depresión Perinatal de Edinburg con un punto de corte de 13). En conjunto evalúan 12,810 mujeres reportando una prevalencia promedio de 13% (95% CI 12.3-13.4%). The Safe Motherhood Group y la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) publicaron en febrero de 2005 un estudio sobre la prevalencia de depresión perinatal entre cuyos hallazgos reportaron: Basados en 30 estudios sobre prevalencia de depresión perinatal, 13 ofrecen incidencias estimadas de dicho desorden, encontrando que estos oscilan entre 8.5 y 11.0% en diferentes etapas del embarazo y de 6.5 a 12.9% durante el primer año de posparto. En el análisis por periodos encontraron que hasta 19.2% de las pacientes presentaron un episodio depresivo en los primeros tres meses posteriores a la resolución del embarazo. En el año 2000, Ortega, Lartigue y Figueroa determinaron la prevalencia de depresión en el último trimestre de embarazo en un grupo de pacientes del INPer. Las autoras citadas tomaron una muestra de 360 mujeres con 28 a 34 semanas de embarazo y se les aplicó una batería de pruebas, incluyendo la Escala de Depresión Perinatal de Edinburg, con un punto de corte de 12. Los resultados encontrados en dicho estudio demostraron una prevalencia de 21.7%. La diferencia encontrada en la incidencia con estudios previos, radica en el punto de corte empleado, ya que con un punto de corte de 13 se obtuvo una incidencia de 16.6%.<sup>9</sup>

En el estudio publicado en 2010 realizado en el IMSS por Ceballos-Martínez y cols. Se encontró que 6.4 % de las encuestadas presentó depresión de acuerdo con la escala de Edimburg. Las características generales de la población fueron edad promedio de 26 años (intervalo de 16 a 42), 7.7 % fue adolescente, la escolaridad más frecuente fue preparatoria, con 43.2 %. La ocupación predominante fue ama de casa en 37.7 %, empleada en 19.5 % y secretaria en 6.8 %. El nivel socioeconómico más frecuente fue el medio bajo, con 51.8 %; el estrato alto representó 2.7 %. En cuanto al estado civil, 90 % de las pacientes indicó vivir en pareja (69.5 % casadas y 20.5 % en unión libre). Respecto los antecedentes familiares con depresión, 10.9 % refirió tenerlos y 3.6 % recibió tratamiento antidepressivo en algún momento antes del embarazo. En cuanto a los antecedentes ginecoobstétricos, el promedio de semanas de gestación cuando se inició el control prenatal fue de ocho semanas (rango de 2 a 31); la edad promedio del primer embarazo fue a los 22 años (rango de 5 a 37 años). En 40 % de las mujeres se trataba del primer embarazo, 33.6 % con antecedente de parto vaginal, 21.8 % con antecedente de cesárea, 20.9 % con antecedente de aborto. El 1.8 % presentó antecedentes de muerte perinatal, 2.3 % hijos previos con bajo peso al nacer y 5 % había tenido parto pretérmino. De las mujeres con un evento de muerte perinatal, 25 % presentó depresión a diferencia de 6 % sin este antecedente y que cursaba con depresión. El 40 % de las deprimidas había tenido previamente hijos con peso bajo al nacimiento. El 57.3 % de las pacientes usó algún método anticonceptivo previo al embarazo actual; de éstas 6.3 % tuvo depresión y 6.4 % no. El grupo etario de adolescentes presentó 17.6 % depresión; las adultas, 5.4 %. El 71.4 % con nivel socioeconómico medio bajo cursó con depresión. De las deprimidas, 50 % tenía escolaridad de secundaria y de éstas 50 % se dedicaba al hogar. El 5.6 % de las que tenían pareja presentó depresión, a diferencia de 13.6 % sin pareja. En cuanto al antecedente de eventos depresivos en algún miembro de la familia, se encontró que 20.8 % de las que cursaban con depresión tenía antecedente positivo, a diferencia de 4.6 % sin este antecedente ( $p = 0.002$ ).<sup>13</sup>

La escala de depresión de Edimburg ha sido previamente traducido validado y confiabilizado en la población del INPer en un estudio realizado en 2003. Aplicado desde la semana 13 del embarazo; y donde este instrumento reporto elevados niveles de confiabilidad en la población de esa institución que oscila entre 0.70 y 0.73 del alfa de Cronbach y la consistencia interna calculada a través del coeficiente de alfa se reporta en 0.818 y con la prueba de X2 se obtuvo una sensibilidad de 0.75 y una especificidad de 0.84.<sup>1</sup>

Dentro de los antecedentes que se encuentran de estudios similares en la Unidad de Medicina Familiar No. 33, se identifica el realizado por Castro Figueroa (1982) en la donde pretenden identificar depresión en el embarazo, utilizando un cuestionario diseñado *ex profeso*, en donde se obtuvieron los siguientes resultados: el 77.5% eran mujeres casadas, el 51.5% se dedicaban al hogar, el 63.5 no fumaba cigarrillo, el 48% no tenía etilismo. El 53.5 deseaban el embarazo. Y se encontró depresión en solo 6.5% y 59% con probable depresión.<sup>14</sup>

Oliver OE y Arvizu IR en 2006 realizan un estudio con el objetivo fue determinar depresión postparto en mujeres usuarias de la UMF#33, utilizando la escala de Depresión de Edimburg obteniendo los siguientes resultados: de 196 mujeres encuestadas se observó que la depresión postparto se presentó en un 11.73 %, los síntomas que predominaron son los reproches pasados, disminución en el estado de ánimo y nerviosismo, la edad de aparición es a los 30 años de edad (30.43%) de acuerdo al estado civil la unión libre con un 52.17% y se observó que la semana en que mayormente aparece es a la quinta semana con un 26.08%.<sup>15</sup>

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el embarazo, la prevalencia de depresión es de 10 a 25% y la de la ansiedad de 10%; éstas, junto con el estrés, son condiciones biopsicológicas que afectan al binomio madre-hijo y se asocian con parto pretérmino, bajo peso al nacimiento, preeclampsia, tristeza, conflictos familiares, sociales o laborales. Los trastornos depresivos representan un problema importante de salud pública. Estos se observan con mayor frecuencia en la población femenina que en la masculina. La frecuencia de estos trastornos parece ser mayor durante el embarazo y el puerperio que durante otras épocas del ciclo vital, especialmente en embarazadas de bajos ingresos económicos.<sup>7</sup>

En el embarazo, los factores asociados a la depresión son depresión previa, abandono o suspensión del tratamiento antidepressivo, adolescencia, menor escolaridad, nivel socioeconómico bajo, ser ama de casa de tiempo completo, disfunción familiar, madre soltera, embarazo no deseado y falta de apoyo social. De la misma forma, el trastorno depresivo mayor en gestantes es un factor de riesgo para intentos de suicidios y suicidio consumados. Así mismo, la presencia de este trastorno en el embarazo aumenta el riesgo de presentar preeclampsia, partos prematuros y productos de bajo peso al nacer.<sup>7</sup>

La depresión en el embarazo sin tratamiento es factor de riesgo para depresión posparto en 50 a 65 % y reacción depresiva puerperal hasta en 80 %, por lo que es importante la detección oportuna de la depresión en la atención primaria. El embarazo y el ejercicio de la maternidad es un ciclo en la vida de la mujer, que implica cambios en su vida, en la de la pareja y en las personas que la rodean. Por consiguiente, se considera como una crisis maduracional, ya que pone en juego la estabilidad emocional de la mujer, su capacidad para adaptarse a tales demandas, además de que reviven conflictos de fases psicológicas previas al embarazo.<sup>13</sup>

El instrumento más usado para medir Depresión durante el embarazo corresponde a la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo, realizada en Reino Unido pero ya validada en múltiples países de Latinoamérica como Venezuela, Chile y Colombia. Originalmente concebida para ser utilizada en el puerperio, en muchos países su uso se ha extendido al periodo prenatal y también a la evaluación de los padres<sup>(13)</sup>. La escala ya ha sido previamente validado y confiabilizado para la población mexicana, en la población del INPer en un estudio realizado en 2003. Aplicado desde la semana 13 del embarazo; y donde este instrumento reporto elevados niveles de confiabilidad al tener una sensibilidad de 0.75 y una especificidad de 0.84.<sup>1</sup>

Llama la atención el hecho de que la depresión durante el embarazo sea habitualmente sub diagnosticada en centros de atención materno-infantil y en unidades de primer nivel, pese a que su prevalencia supera la correspondiente a otras patologías obstétricas tales como preeclampsia, parto prematuro y diabetes gestacional, entre otras entidades.<sup>7</sup>

**¿Cuál es la frecuencia de depresión en embarazadas derechohabientes de la UMF #33, El Rosario?**

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Determinar la frecuencia de depresión en embarazadas derechohabientes de la UMF #33, El Rosario

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Determinar la frecuencia probable riesgo de depresión en embarazadas derechohabientes de la UMF #33, El Rosario.

Determinar la frecuencia de no riesgo de depresión en embarazadas derechohabientes de la UMF #33, El Rosario.

Determinar las características socio demográficas como los son la edad, el estado civil la escolaridad y la ocupación de las embarazadas derechohabientes de la UMF #33, El Rosario.

## MATERIAL Y METODOS

El estudio se realizó en la Unidad de Medicina Familiar #33 “El Rosario” del Instituto Mexicano del Seguro Social, perteneciente a la Delegación 1 Norte del Distrito Federal.

El Diseño del estudio fue de Encuesta transversal y tipo de estudio fue descriptivo, prospectivo, transversal y observacional. Se realizó a las mujeres embarazadas del turno matutino, de acuerdo al censo actual de las mismas, siendo **105 pacientes**, utilizando un **muestreo no probabilístico por conveniencia**. No se incluyeron Mujeres embarazadas que no desearon participar en el estudio, no existió la necesidad de eliminar alguna de ellas.

Previa **consentimiento informado** el cual se entregó para revisión por parte de las pacientes, se aplicó una encuesta realizada ex profeso que consta de un rubro donde tuvo que asentar su edad y 13 preguntas de las cuales las preguntas 1 a la 3 son para determinar las características sociodemográficas: estado civil, escolaridad y ocupación. De la pregunta 4 a la 13 abarca la Escala de Depresión Perinatal de Edimburg la cual explora los síntomas comunes de Depresión y según los resultados obtenidos a las pacientes se les puede clasificar en tres grupos: menos de 10 puntos: sin riesgo de depresión; de 10 a 12 puntos: límite para riesgo de depresión y mayor o igual a 13 puntos: depresión. Posterior al llenado de las encuestas se realizó el concentrado de los datos en programa de datos Excel. Para el análisis estadístico se utilizó estadística descriptiva calculando medidas de tendencia central: de frecuencias y porcentajes, posteriormente se generaron las gráficas de resultados. Todas las pacientes que resultaron positivas para Depresión se canalizaron a su consultorio de Medicina Familiar.

Este estudio se realizó bajo los lineamientos vigentes normativos de investigación en salud en seres humanos. Por lo que nunca se dañó la integridad de las pacientes, considerando la privacidad de los datos obtenidos.

## RESULTADOS

Durante la realización del presente estudio se aplicaron 105 encuestas a mujeres embarazadas las cuales son derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar # 33 El Rosario, en donde se identificaron los siguientes datos:

**Factores sociodemográficos:** para la variable de edad, se muestra la frecuencia de las edades de las pacientes de estudio las cuales para un mejor manejo de los datos se agruparon por rangos de 5 años. (**cuadro 1** y la **gráfica 1**). De las 105 pacientes el 15% corresponde al rango de edad entre 15 a 20 años (16/105), 30% corresponde al rango de 21 a 25 años (32/105), 17% corresponde al rango de 26 a 30 años (18/105), 24% corresponde al rango de 31 a 35 años (25/105), 11% corresponde a las mujeres de 36 a 40 años (12/105) y por último con un 2% a las mujeres mayores de 40 años. Para la variable de Estado Civil, (**cuadro 2** y la **gráfica 2**) se identificó que de las pacientes embarazadas derechohabientes de la UMF # 33, el 13% son Solteras (14/105), el 27% de ellas viven en Unión Libre (28/105), el 56% de las pacientes es Casada (59/105) y solamente el 4% de ellas es Viuda (4/105). La frecuencia del grado de escolaridad de las pacientes al momento del estudio de acuerdo a la encuesta aplicada se muestra en el **cuadro 3** y la **gráfica 3**: del total de las pacientes el 7% de ellas solo curso algunos grados de primaria por lo que se colocaron en el rubro de que solamente saben leer y escribir (7/105), el 5% de las pacientes cuenta con la primaria completa (5/105), el 27% de las pacientes cuenta con secundaria completa (28/105), 9% de las pacientes tiene nivel técnico (9/105), a nivel de bachillerato (medio superior) el 35% de las pacientes cuenta con el (37/105), y por último el 18% de las pacientes cuenta con un nivel de educación superior (licenciatura) (19/100).

La distribución de la ocupación que desempeñaban las pacientes es la siguiente: el 39% es Ama de Casa (41/105), el 6% de las pacientes se desempeña como comerciante (sin especificar más datos) (6/105), el siguiente punto se refiere a empleada (tampoco se solicitó ramo o actividad específica) al que corresponde el 45% de ellas (47/105) y por último se encuentra el rubro de profesionista del cual el 10% de las pacientes corresponde a este (11/105) (**cuadro 4** y la **gráfica 4**). Más adelante para mejor manejo de datos la población de estudio se agrupó en dos rubros; pacientes no trabajan (ama de casa) y pacientes que trabajan (comerciantes, empleadas y profesionistas).

**Factor Depresión:** más adelante tenemos los datos que nuestro estudio aqueja que fue identificar la frecuencia de depresión en mujeres embarazadas derechohabientes de la UMF #33 El Rosario. Del total de nuestras 105 pacientes el 68% de ellas de acuerdo a la escala de Edimburg no tiene Depresión (71/105), el 13% de ellas se encuentra en riesgo de presentar Depresión (14/105) y el 19% de nuestras pacientes presenta Depresión (20/105) (**cuadro 5** y la **gráfica 5**). En tablas siguientes solo se analizan aquellos datos donde si hay depresión de acuerdo a la escala de Edimburg.

Para entender un poco más la presentación de Depresión en nuestras pacientes, las colocamos en rangos de 10 años; por lo que tenemos tres grupos de edad: de 15 a 25 años, de 26 a 35 años y más de 36 años. Encontrando que el 25% de las pacientes que tienen depresión en nuestro estudio se encuentran entre los 15 y 25 años (5/20), el 65% de nuestras pacientes que tienen depresión se encuentran entre los 26 y 36 años de edad (13/20), y solamente el 10% de nuestras pacientes de más de 36 años tiene depresión (2/20). (**Cuadro 6** y la **gráfica 6**).

La correspondencia de las pacientes embarazadas que tienen pareja refiriéndonos a aquellas que en el cuestionario contestaron que son casadas o que viven en unión libre. (**cuadro 7** y la **gráfica 7**). Encontramos que el 69% de las pacientes con pareja no presentan depresión (60/87), el 13% de nuestras pacientes con pareja se encuentran en riesgo de presentar depresión (11/87) y el 18% de nuestras pacientes con pareja presentan depresión de acuerdo a la escala de Edimburg (16/87). Las pacientes embarazadas que se encontraron sin pareja (refiriéndose a aquellas que en el cuestionario contestaron que son solteras y que son viudas); se reportó que el 61% de las pacientes sin pareja no presentan depresión (11/18), el 17% de las pacientes sin pareja se encuentran en riesgo de presentar depresión (3/18) y el 22% de las pacientes sin pareja presentan depresión de acuerdo a la escala de Edimburg (4/18) (**cuadro 8** y la **gráfica 8**).

La escolaridad se analiza en el **cuadro 9** y la **gráfica 9** donde se enfoca a aquellas pacientes que tienen un nivel de escolaridad Licenciatura, donde se reportó que 84% de ellas se encuentran sin depresión (16/19), 11% de ellas se encuentran con riesgo de sufrir Depresión (2/19) y el 5% presenta depresión de acuerdo a la escala de Depresión de Edimburg (1/19). En el **cuadro 10** y la **gráfica 10** se observa a aquellas que tienen un nivel de escolaridad Medio Superior (pacientes que cuentan con Bachillerato y Carrera Técnica); donde se reporta que el 85% de ellas se encuentran sin depresión (39/46), 9% de ellas se encuentran con riesgo de sufrir Depresión (4/46) y el 7% presenta depresión de acuerdo a la escala de Depresión de Edimburg (3/46). En el **cuadro 11** y la **gráfica 11** se observa a aquellas que tienen un nivel de escolaridad Básico (pacientes que cuentan con Primaria y Secundaria) y se reporta que un 38% de ellas se encuentran sin depresión (14/33), 19% de ellas se encuentran con riesgo de sufrir Depresión (7/33) y el 32% presenta depresión de acuerdo a la escala de Depresión de Edimburg (12/33). Y por último para el rubro de escolaridad se reportó en el **cuadro 12** y la **gráfica 12** a aquellas que solo Saben Leer y Escribir (pacientes que cursaron algunos años de Primaria o que aprendieron por su cuenta). Del total de pacientes que solo saben Leer y Escribir 29% de ellas se encuentran sin depresión (2/7), 14% de ellas se encuentran con riesgo de sufrir Depresión (1/7) y el 57% presenta depresión de acuerdo a la escala de Depresión de Edimburg (4/7).

Otro de los factores que se valoró con respecto a la depresión en mujeres embarazadas, fue la Ocupación que tuvieron las pacientes. Para un mejor manejo de la información se agruparon a las pacientes en dos rubros aquellas que trabajan (comerciantes, empleadas y profesionista) y las que no trabajan (amas de casa). Para las que No tienen Trabajo (**cuadro 13** y la **gráfica 13**) el 68% de ellas se encuentran sin depresión (28/41), 7% de ellas se encuentran con riesgo de sufrir Depresión (3/41) y

el 24% de ellas presenta Depresión de acuerdo a la escala de Depresión de Edimburg (10/41). En el **cuadro 14** y la **gráfica 14** observa el comportamiento en las pacientes que tienen Trabajo. Del total de pacientes que tienen Trabajo 67% de ellas se encuentran sin depresión (43/64), 17% de ellas se encuentran con riesgo de sufrir Depresión (11/64) y el 16% de ellas presenta Depresión de acuerdo a la escala de Depresión de Edimburg (10/64).

## TABLAS Y GRAFICAS

Cuadro 1

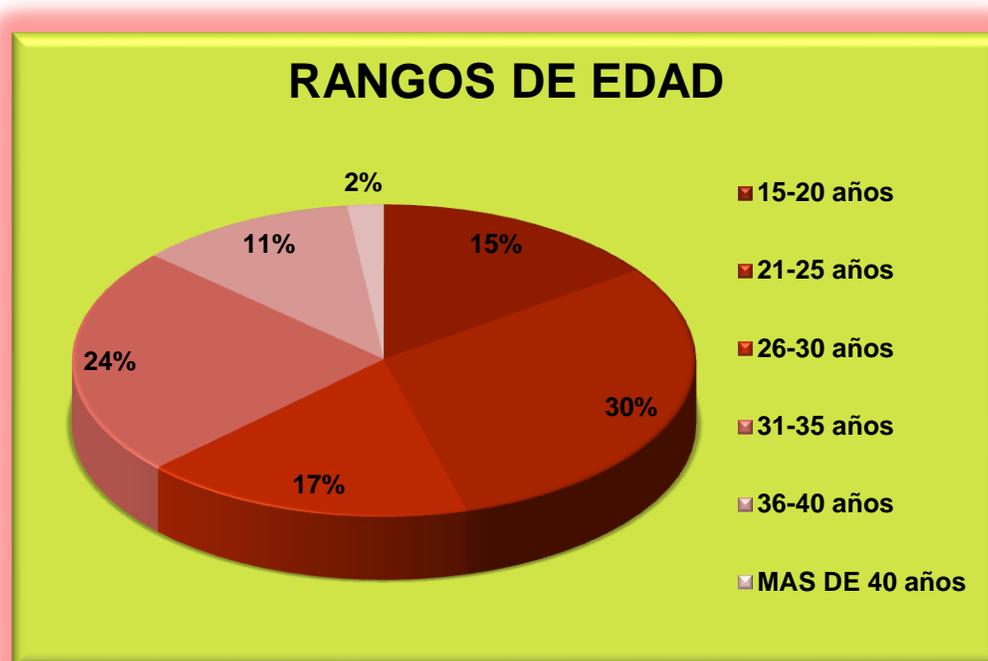
Frecuencia de rangos de edad de las pacientes embarazadas derechohabientes de la UMF #33 El Rosario

RANGOS DE EDAD	PORCENTAJE	FRECUENCIA
15-20 años	15%	16
21-25 años	30%	32
26-30 años	17%	18
31-35 años	24%	25
36-40 años	11%	12
MAS DE 40 años	2%	2
	100%	105

Fuente: "Cuestionario ex profeso para determinar la frecuencia de depresión en embarazadas derechohabientes de la UMF # 33 El Rosario".

Grafica 1

Rangos de edad en porcentaje de las pacientes embarazadas derechohabientes de la UMF #33 El Rosario



Fuente: "Cuestionario ex profeso para determinar la frecuencia de depresión en embarazadas derechohabientes de la UMF # 33 El Rosario".

Cuadro 2

Frecuencia de estado civil de las pacientes embarazadas derechohabientes de la UMF #33 El Rosario

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SOLTERA	14	13%
UNION LIBRE	28	27%
CASADA	59	56%
VIUDA	4	4%
	105	100%

Fuente: "Cuestionario ex profeso para determinar la frecuencia de depresión en embarazadas derechohabientes de la UMF # 33 El Rosario".

Grafica 2

Frecuencia del estado civil en porcentaje de las pacientes embarazadas derechohabientes de la UMF #33 El Rosario



Fuente: "Cuestionario ex profeso para determinar la frecuencia de depresión en embarazadas derechohabientes de la UMF # 33 El Rosario".

Cuadro 3

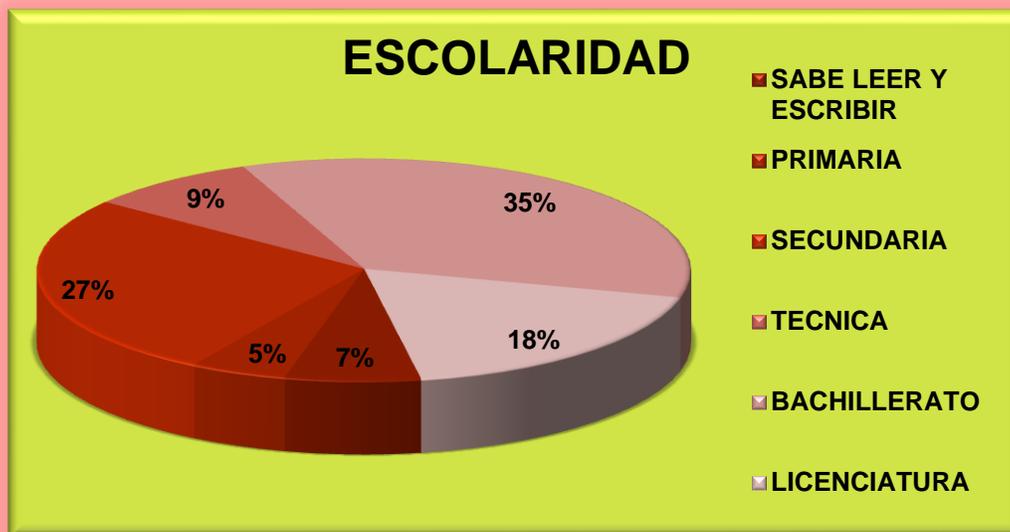
Frecuencia de la escolaridad de las pacientes embarazadas derechohabientes de la UMF #33 El Rosario

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SABE LEER Y ESCRIBIR	7	7%
PRIMARIA	5	5%
SECUNDARIA	28	27%
TECNICA	9	9%
BACHILLERATO	37	35%
LICENCIATURA	19	18%
	105	100%

Fuente: "Cuestionario ex profeso para determinar la frecuencia de depresión en embarazadas derechohabientes de la UMF # 33 El Rosario".

Grafica 3

Frecuencia del grado de escolaridad de las pacientes embarazadas derechohabientes de la UMF #33 El Rosario



Fuente: "Cuestionario ex profeso para determinar la frecuencia de depresión en embarazadas derechohabientes de la UMF # 33 El Rosario".

Cuadro 4

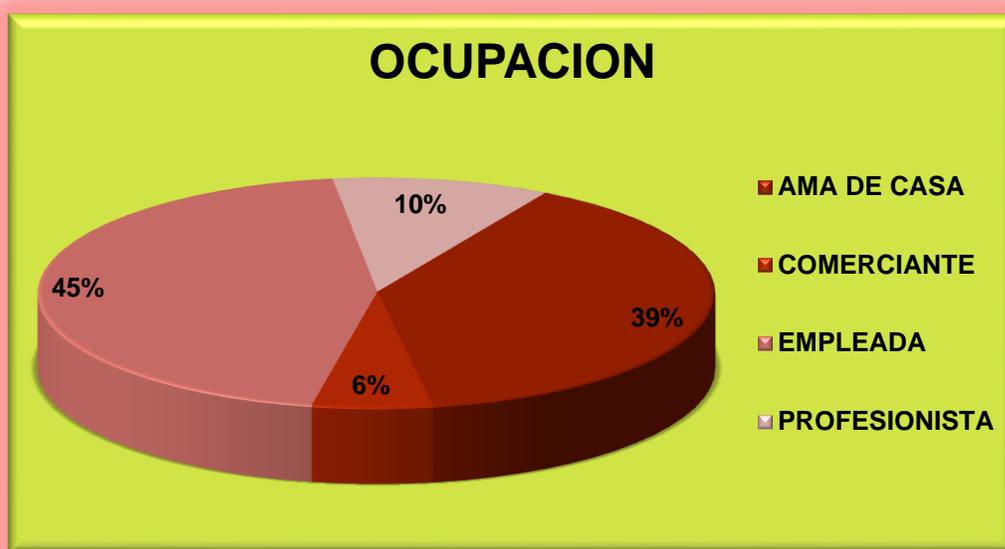
Frecuencia de la ocupación de las pacientes embarazadas derechohabientes de la UMF #33 El Rosario

OCUPACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
AMA DE CASA	41	39%
COMERCIANTE	6	6%
EMPLEADA	47	45%
PROFESIONISTA	11	10%
	105	107%

Fuente: "Cuestionario ex profeso para determinar la frecuencia de depresión en embarazadas derechohabientes de la UMF # 33 El Rosario".

Grafica 4

Frecuencia de la ocupación de las pacientes embarazadas derechohabientes de la UMF #33 El Rosario



Fuente: "Cuestionario ex profeso para determinar la frecuencia de depresión en embarazadas derechohabientes de la UMF # 33 El Rosario".

Cuadro 5

Frecuencia de depresión, con riesgo de depresión y sin depresión de las pacientes embarazadas derechohabientes de la UMF #33 El Rosario

DEPRESION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIN DEPRESION	71	68%
EN RIESGO DE DEPRESION	14	13%
DEPRESION	20	19%
	105	100%

Fuente:

ex profeso para determinar la frecuencia de depresión en derechohabientes de la UMF # 33 El Rosario”.

“Cuestionario embarazadas

Grafica 5

Frecuencia de depresión con riesgo de depresión y sin depresión de las pacientes embarazadas derechohabientes de la UMF #33 El Rosario



Fuente: “Cuestionario ex profeso para determinar la frecuencia de depresión en embarazadas derechohabientes de la UMF # 33 El Rosario”.

Cuadro 6

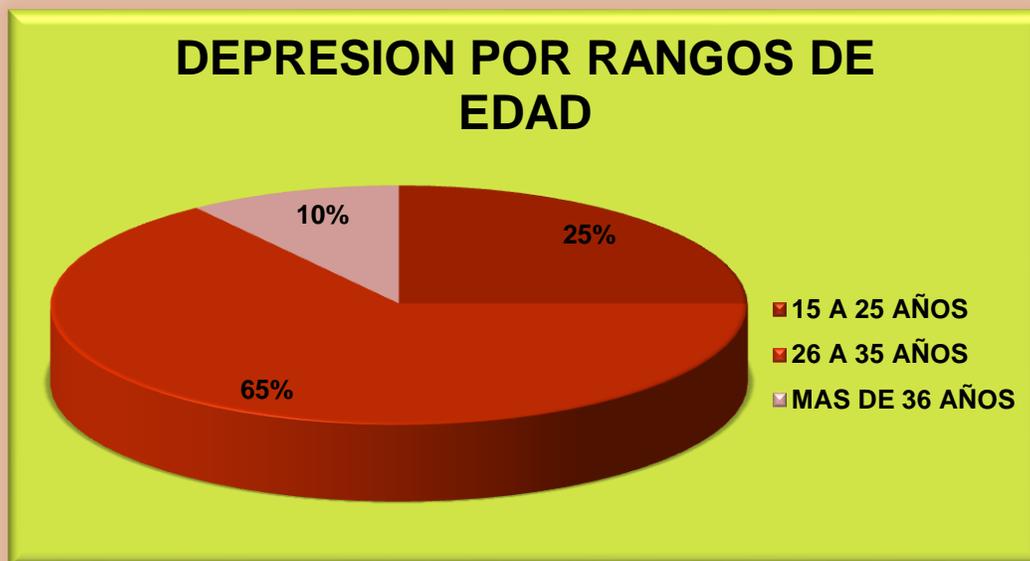
Frecuencia de Depresión por Rangos de Edad de las pacientes embarazadas derechohabientes de la UMF #33 El Rosario

DEPRESION POR RANGOS DE EDAD	PORCENTAJE	FRECUENCIA
15 A 25 AÑOS	25%	5
26 A 35 AÑOS	65%	13
MAS DE 36 AÑOS	10%	2
	100%	20

Fuente: "Cuestionario ex profeso para determinar la frecuencia de depresión en embarazadas derechohabientes de la UMF # 33 El Rosario".

Grafica 6

Frecuencia de Depresión por Rangos de Edad de las pacientes embarazadas derechohabientes de la UMF #33 El Rosario



Fuente: "Cuestionario ex profeso para determinar la frecuencia de depresión en embarazadas derechohabientes de la UMF # 33 El Rosario".

Tabla 7

Frecuencia de depresión en pacientes que tienen pareja de las embarazadas derechohabientes de la UMF #33 El Rosario

PACIENTES CON PAREJA	PORCENTAJE	FRECUENCIA
SIN DEPRESION	69%	60
CON RIESGO DE DEPRESION	13%	11
CON DEPRESION	18%	16
	100%	87

Fuente: "Cuestionario ex profeso para determinar la frecuencia de depresión en embarazadas derechohabientes de la UMF # 33 El Rosario".

Grafica 7

Frecuencia de depresión en pacientes que tienen pareja de las embarazadas derechohabientes de la UMF #33 El Rosario



Fuente: "Cuestionario ex profeso para determinar la frecuencia de depresión en embarazadas derechohabientes de la UMF # 33 El Rosario".

Tabla 8

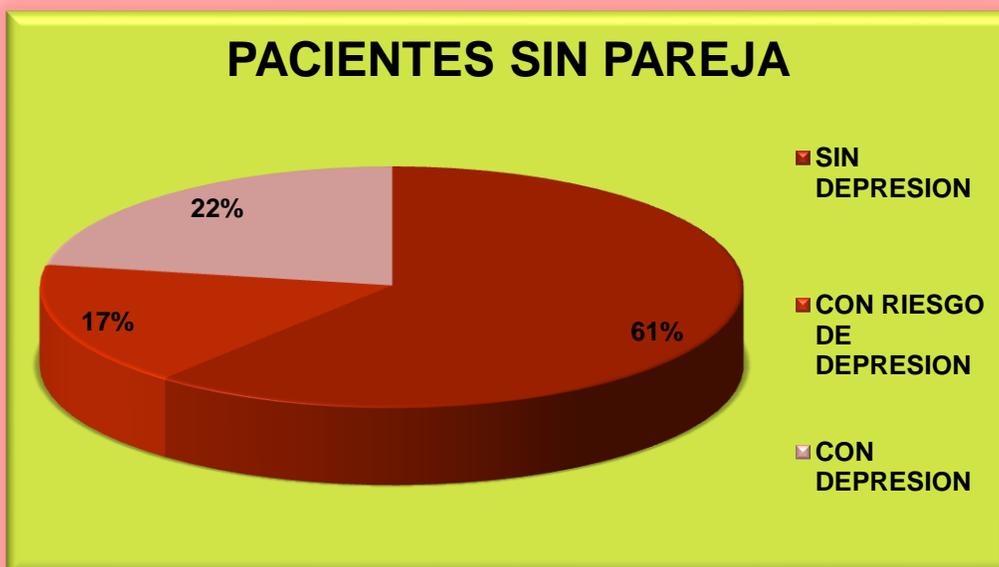
Frecuencia de depresión en pacientes Sin pareja de las embarazadas derechohabientes de la UMF #33 El Rosario

PACIENTES SIN PAREJA	PORCENTAJE	FRECUENCIA
SIN DEPRESION	61%	11
CON RIESGO DE DEPRESION	17%	3
CON DEPRESION	22%	4
	100%	18

Fuente: "Cuestionario ex profeso para determinar la frecuencia de depresión en embarazadas derechohabientes de la UMF # 33 El Rosario".

Grafica 8

Frecuencia de depresión en pacientes Sin pareja de las embarazadas derechohabientes de la UMF #33 El Rosario



Fuente: "Cuestionario ex profeso para determinar la frecuencia de depresión en embarazadas derechohabientes de la UMF # 33 El Rosario".

Tabla 9

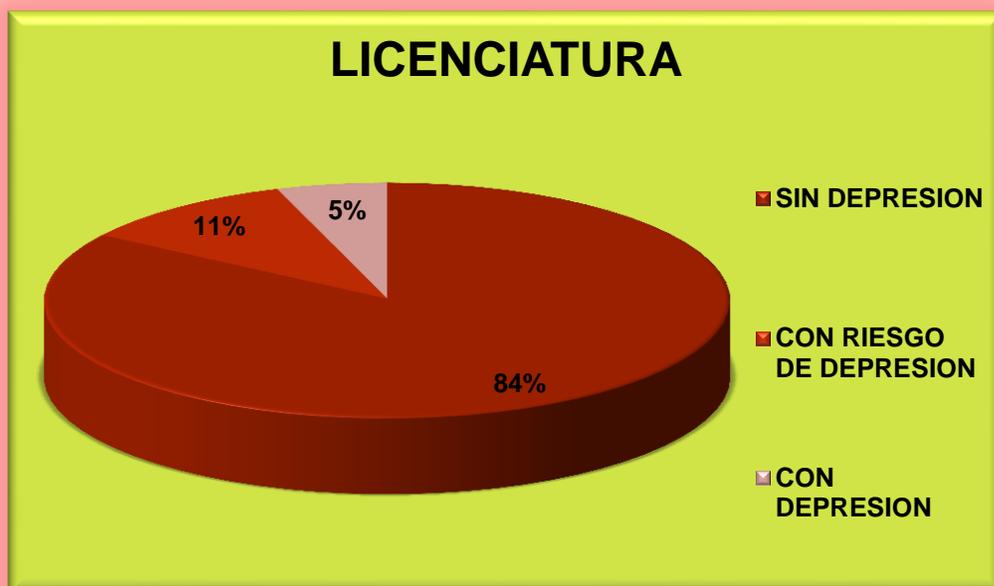
Frecuencia de Depresión en embarazadas derechohabientes de la UMF #33 El Rosario, quienes cuentan con nivel de escolaridad Licenciatura

LICENCIATURA	PORCENTAJE	FRECUENCIA
SIN DEPRESION	84%	16
CON RIESGO DE DEPRESION	11%	2
CON DEPRESION	5%	1
	100%	19

Fuente: "Cuestionario ex profeso para determinar la frecuencia de depresión en embarazadas derechohabientes de la UMF # 33 El Rosario".

Grafica 9

Frecuencia de Depresión en embarazadas derechohabientes de la UMF #33 El Rosario, quienes cuentan con nivel de escolaridad Licenciatura



Fuente: "Cuestionario ex profeso para determinar la frecuencia de depresión en embarazadas derechohabientes de la UMF # 33 El Rosario".

Tabla 10

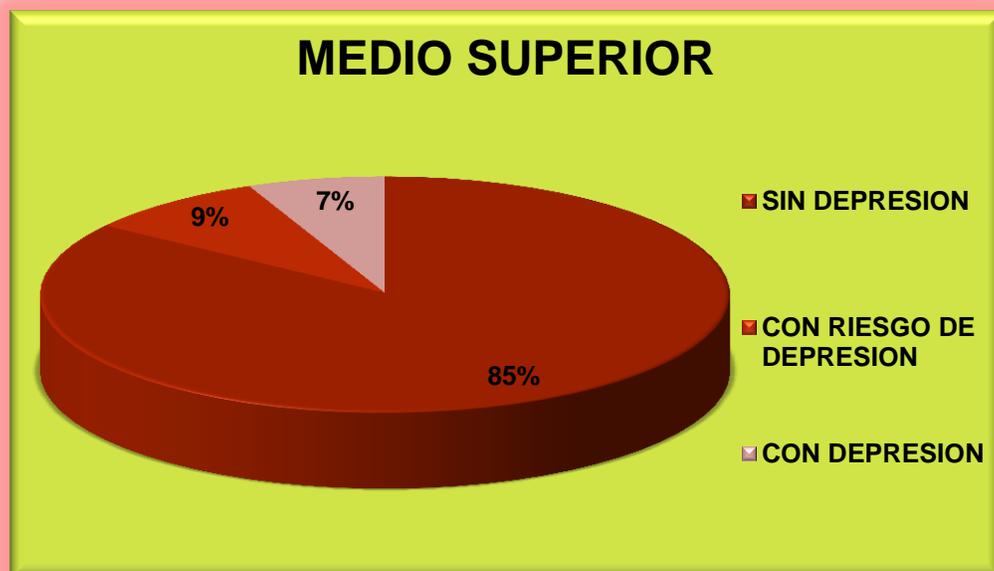
Frecuencia de Depresión en embarazadas derechohabientes de la UMF #33 El Rosario, quienes cuentan con nivel de escolaridad Medio Superior

MEDIO SUPERIOR	PORCENTAJE	FRECUENCIA
SIN DEPRESION	85%	39
CON RIESGO DE DEPRESION	9%	4
CON DEPRESION	7%	3
	100%	46

Fuente: "Cuestionario ex profeso para determinar la frecuencia de depresión en embarazadas derechohabientes de la UMF # 33 El Rosario".

Grafica 10

Frecuencia de Depresión en embarazadas derechohabientes de la UMF #33 El Rosario, quienes cuentan con nivel de escolaridad Medio Superior



Fuente: "Cuestionario ex profeso para determinar la frecuencia de depresión en embarazadas derechohabientes de la UMF # 33 El Rosario".

Tabla 11

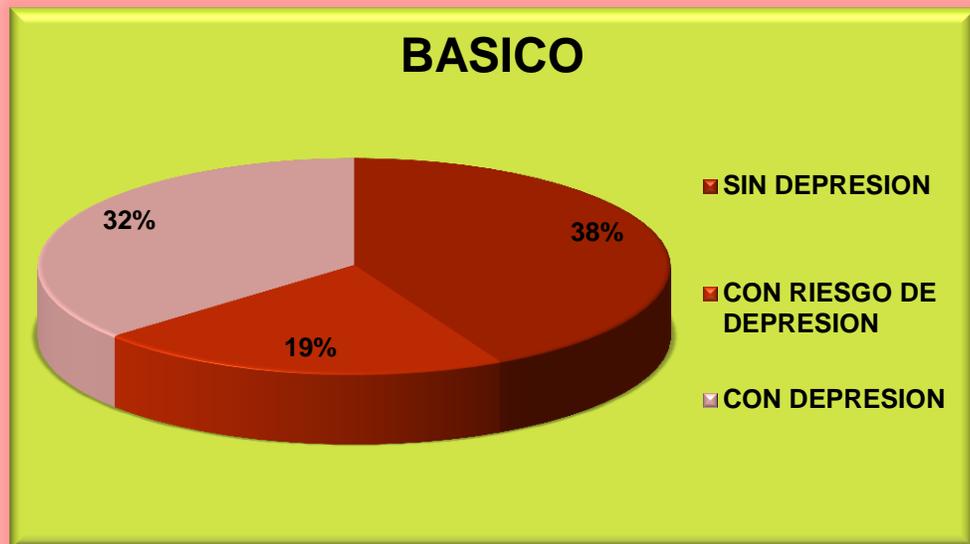
Frecuencia de Depresión en embarazadas derechohabientes de la UMF #33 El Rosario, quienes cuentan con nivel de escolaridad Básico

BASICO	PORCENTAJE	FRECUENCIA
SIN DEPRESION	38%	14
CON RIESGO DE DEPRESION	19%	7
CON DEPRESION	32%	12
	89%	33

Fuente: "Cuestionario ex profeso para determinar la frecuencia de depresión en embarazadas derechohabientes de la UMF # 33 El Rosario".

Grafica 11

Frecuencia de Depresión en embarazadas derechohabientes de la UMF #33 El Rosario, quienes cuentan con nivel de escolaridad Básico



Fuente: "Cuestionario ex profeso para determinar la frecuencia de depresión en embarazadas derechohabientes de la UMF # 33 El Rosario".

Tabla 12

Frecuencia de Depresión en embarazadas derechohabientes de la UMF #33 El Rosario, quienes solo saben Leer y Escribir

SABE LEER Y ESCRIBIR	PORCENTAJE	FRECUENCIA
SIN DEPRESION	29%	2
CON RIESGO DE DEPRESION	14%	1
CON DEPRESION	57%	4
	100%	7

Fuente: "Cuestionario ex profeso para determinar la frecuencia de depresión en embarazadas derechohabientes de la UMF # 33 El Rosario".

Grafica 12

Frecuencia de Depresión en embarazadas derechohabientes de la UMF #33 El Rosario, quienes solo saben Leer y Escribir



Fuente: "Cuestionario ex profeso para determinar la frecuencia de depresión en embarazadas derechohabientes de la UMF # 33 El Rosario".

Tabla 13

Frecuencia de Depresión en embarazadas derechohabientes de la UMF #33 El Rosario, que NO Trabajan (amas de casa)

AMA DE CASA	PORCENTAJE	FRECUENCIA
SIN DEPRESION	74%	28
CON RIESGO DE DEPRESION	8%	3
CON DEPRESION	26%	10
	108%	41

Fuente: "Cuestionario ex profeso para determinar la frecuencia de depresión en embarazadas derechohabientes de la UMF # 33 El Rosario".

Grafica 13

Frecuencia de Depresión en embarazadas derechohabientes de la UMF #33 El Rosario, que NO Trabajan (amas de casa)



Fuente: "Cuestionario ex profeso para determinar la frecuencia de depresión en embarazadas derechohabientes de la UMF # 33 El Rosario".

Tabla 14

Frecuencia de Depresión en embarazadas derechohabientes de la UMF #33 El Rosario, que cuentan con Trabajo

CON TRABAJO	PORCENTAJE	FRECUENCIA
SIN DEPRESION	67%	43
CON RIESGO DE DEPRESION	17%	11
CON DEPRESION	16%	10
	100%	64

Fuente: "Cuestionario ex profeso para determinar la frecuencia de depresión en embarazadas derechohabientes de la UMF # 33 El Rosario".

Grafica 14

Frecuencia de Depresión en embarazadas derechohabientes de la UMF #33 El Rosario, que cuentan con Trabajo



Fuente: "Cuestionario ex profeso para determinar la frecuencia de depresión en embarazadas derechohabientes de la UMF # 33 El Rosario".

## DISCUSION

Estudios sobre su prevalencia por medio de entrevistas estructuradas muestran una frecuencia del 2 al 21% de depresión mayor y las escalas de síntomas arrojan cifras de entre 8 y 31%. En México la prevalencia se ha estimado en 22% con base en una escala de auto reporte. **Para el presente estudio se encontró una prevalencia de depresión en mujeres embarazadas del 19%, lo que concuerda con la estadística internacional y nacional.**

Revisiones de los estudios publicados sobre su prevalencia muestran, cuando se usan entrevistas estructuradas, es del 2 al 21% de depresión y que puede llegar al 38% en mujeres de bajo nivel socioeconómico. Las estimaciones derivadas de escalas de síntomas varían entre 8 y 31% y de 20 a 51% en mujeres de bajo nivel socioeconómico. Entre los pocos estudios realizados en México, Ortega y colaboradores informan una prevalencia de 22% con base en una escala de auto reporte, y Morales y colaboradores de 62.2% de “casos probables” en el Cuestionario General de Salud<sup>2</sup>. **Contrastando contra el presente estudio donde encuentra que la prevalencia al aplicar una encuesta estructurada como lo es la escala de Depresión de Edimburg encontramos un 19%, cifra que se encuentra dentro de lo reportado a nivel internacional y nacional. Sin embargo no contamos con el dato de nivel socioeconómico, pero encontramos que las pacientes que están sin trabajo presentan mayor depresión contra las que cuentan con trabajo. Amas de casa (sin trabajo) el 24% de ellas presenta Depresión (10/41) contra el 16% de depresión en las que tienen Trabajo (comerciantes, empleadas y profesionistas) presenta Depresión (10/64).**

En el año 2000, Ortega, Lartigue y Figueroa determinaron la prevalencia de depresión en el último trimestre de embarazo en un grupo de pacientes del INPer. Las autoras citadas tomaron una muestra de 360 mujeres con 28 a 34 semanas de embarazo y se les aplicó una batería de pruebas, incluyendo la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh, con un punto de corte de 12. Los resultados encontrados en dicho estudio demostraron una prevalencia de 21.7%. **En el presente se utilizó la misma escala de Depresión de Edimburg con una población de 105 pacientes embarazadas en cualquier etapa del embarazo encontrando que el 19% de las pacientes presenta Depresión (20/105), de estas el 40% se encuentran en el tercer trimestre (8 de 20). Lo que podemos concluir que en su estudio se presentó un 2.7% más que en este sin embargo su estudio se enfocó solamente al tercer trimestre, si hacemos la comparación contra las pacientes de tercer trimestre del presente estudio tenemos que la prevalencia es del 40% lo que significa un 12.9% más que el estudio de Ortega.**

En el estudio publicado en 2010 realizado en el IMSS por Ceballos-Martínez y cols. Se encontró que 6.4 % de las encuestadas presentó depresión de acuerdo con la escala de Edimburg. Las características generales de la población fueron edad promedio de 26 años (intervalo de 16 a 42), 7.7% fue adolescente, la escolaridad más frecuente fue preparatoria, con 43.2%. La ocupación predominante fue ama de casa en 37.7%,

empleada en 19.5% y secretaria en 6.8%. En cuanto al estado civil, 90% de las pacientes indicó vivir en pareja (69.5% casadas y 20.5% en unión libre). En cuanto a los antecedentes ginecoobstétricos, el promedio de semanas de gestación cuando se inició el control prenatal fue de ocho semanas (rango de 2 a 31) **Para el presente estudio se utilizó la misma escala de Edimburg donde se reportaron como características generales una edad promedio 27 años (intervalo de 15 a 42 años), 15% fueron adolescentes, la escolaridad más frecuente fue bachillerato (preparatoria o equivalente) con 35%. La ocupación predominante en nuestro estudio fue empleada con 45%, ama de casa 39% y profesionista 10%. En cuanto al estado civil, 83% de las pacientes indico vivir en pareja (casadas 56% y unión libre 27%). En cuanto los antecedentes ginecoobstétricos el promedio de semanas de gestación cuando se aplicó la encuesta fue de 25 SDG. El grupo de adolescentes presentó 17.6 % depresión; las adultas, 5.4 %. De las pacientes con depresión 50 % tenía escolaridad de secundaria y de éstas 50 % se dedicaba al hogar. El 5.6 % de las que tenían pareja presentó depresión a diferencia de 13.6 % sin pareja. De las que presentaron Depresión 60% tenía escolaridad secundaria 20% solo saben Leer y Escribir. A lo que se resume que el grupo de adolescentes en un 7.3% más grande, el nivel de escolaridad es el mismo de bachillerato pero con un 8.2% menos, su grupo de ocupación más grande es el de ama de casa y el de este estudio fue empleada. Del grupo de embarazadas con pareja se cuenta con un 7% menos que ellos.**

Dentro de los antecedentes de estudios similares en la Unidad de Medicina Familiar #No. 33, se identificó el realizado por Castro Figueroa (1982) en la donde identificó la depresión en el embarazo, utilizando un cuestionario diseñado *ex profeso*, en donde se obtuvo que el 77.5% fueron mujeres casadas, el 51.5% se dedicaban al hogar. Y se reportó una frecuencia de depresión en solo 6.5% y 59% con probable depresión. <sup>14</sup>. **Cifra por debajo de lo reportado en el presente estudio que también se realizó en la UMF 33 donde se utilizó un instrumento ya validado a nivel internacional y nacional donde se obtuvo identifica que 56% eran casadas un 4.5%, el 45% eran empleadas y 39% eran amas de casa un 12.5% menos que el estudio de Castro Figueroa, lo que significa que el número de embarazadas que trabajan ha ido en aumento esto 31 años. Se reportó en el presente estudio el 19% con depresión cifra 12.5% más que hace 31 años y 13% con riesgo de presentar depresión.**

Oliver OE y Arvizu IR en 2006 realizaron un estudio con el objetivo fue determinar depresión postparto en mujeres usuarias de la UMF#33, utilizando la escala de Depresión de Edimburg y donde se obtuvo que de 196 mujeres encuestadas se observó que la depresión postparto se presentó en un 11.73 %, **contra un 19% de depresión en embarazadas utilizando la misma escala de Depresión de Edimburg.**

## CONCLUSIONES

La mayoría de las mujeres que experimentan depresión durante el embarazo no tienen ayuda profesional. Por otro lado, las mujeres que tienen contacto con profesionales de la salud en sus controles, no están dispuestas a manifestar sus problemas emocionales, en especial la depresión. La depresión es una condición frecuente en el embarazo, por lo menos tan frecuente como en las mujeres que no están embarazadas. La depresión en el embarazo tiene consecuencias serias en diversos ámbitos: lleva a conductas poco saludables, tales como no buscar atención prenatal temprana; conductas de riesgo, preeclampsia, partos prematuros, bebés de menor tamaño y un incremento significativo de depresión en el posparto, entre otras. La depresión incrementa en forma importante la morbilidad y mortalidad tanto para la madre como para el fruto del embarazo, se asocia a conductas poco saludables como el omitir la atención prenatal o el uso de sustancias nocivas (tabaco, alcohol, sustancias ilegales). Es un factor de riesgo para intentos de suicidio y suicidio consumado. Se observa que las madres con un menor apego a los hijos son aquellas que informaron más síntomas depresivos y de ansiedad durante el embarazo. Esta es la importancia de la realización del presente estudio, ya que la salud materno fetal es una de las grandes prioridades institucionales, y que también sirve como indicador de salud poblacional. El conocimiento de la frecuencia de la depresión durante el embarazo no llevara a concientizarnos y poner más atención en nuestras pacientes, con la implementación de la escala de Edimburg para ser aplicada en estas pacientes, la cual es una prueba sencilla y rápida con lo cual podemos identificar oportunamente este tipo de psicopatología y así lograr un gran impacto en la población de mujeres embarazadas, al iniciar un tratamiento oportuno.

En el presente estudio se logró cumplir con el objetivo que fue el identificar la frecuencia de Depresión en mujeres embarazadas derechohabientes de la UMF #33 El Rosario. Encontrando que del total de pacientes el 19% presentó Depresión, así como se identificaron algunas variables que pueden asociarse a depresión y el embarazo, con una posible orientación de factores de riesgo. Sin embargo sería importante que se realicen estudios futuros sobre el mismo tema, considerando algunas otras variables que en el presente estudio no se tomaron en cuenta y que en otros estudios a nivel internacional o nacional se valoran; como lo es el estatus socioeconómico, antecedentes ginecoobstétricos, funcionalidad familiar, lo que conllevaría a considerar otros aspectos que pueden influir en la presencia de depresión. Además, tendría una mayor validez el llevarlo a cabo en la totalidad de las pacientes bajo esa condición; o comparar escalas de evaluación de Depresión durante el embarazo como se ha hecho a nivel nacional e internacional.

Como médicos familiares, se adquiere la responsabilidad de otorgar atención preventiva a la población, por lo que resulta importante llevar a cabo acciones de detección oportuna, en este caso de depresión o alguna otra psicopatología, mediante escalas confiables y válidas como la de Edimburg, lo que permitirá iniciar un manejo integral en pro del trinomio madre-hijo- familia.

## BIBLIOGRAFIA

1. Espíndola J, Morales F, Mota C, Díaz E, Meza P, Rodríguez L. Calibración del punto de corte para la escala de depresión perinatal de Edimburg, en pacientes obstétricas del Instituto Nacional de Perinatología. *Perinatol Reprod Hum* 2004; 18; pp. 179-186.
2. Espinosa A, Caraveo J, Zamora M, Arronte A, Krug E, Olivares R y cols. Guía de práctica clínica para el diagnóstico clínico y tratamiento de depresión en los adultos mayores. *Salud Mental* 2007; 30 (6); pp. 69-80
3. Barra F, Barra L, Solís Jaime. Depresión postparto, hacia un tratamiento integral. Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa, Facultad de Medicina y Odontología Universidad de Antofagasta Octubre 2008, Vol. I, pp. 77 – 88.
4. Pittman L. Momentos decisivos. Tratamiento de familias en situaciones de crisis. Edit. Paidós. Buenos Aires, 1990; pp. 203-225.
5. Urdaneta MJ, Rivera SA, García IJ, Guerra VM, Baabel ZN, Contreras BA. Prevalencia de depresión posparto en primigestas y multíparas valoradas por la escala de Edimburgo. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2010; 75(5): pp. 312 – 320.
6. Lara MA, Navarro C, Navarrete L, Cabrera A, Almanza J, Morales F. Síntomas depresivos en el embarazo y factores asociados, en pacientes de tres instituciones de salud de la ciudad de México. *Salud Mental* 2006, 29:4; pp. 55-62.
7. Campo A, Ayola C, Peinado H, Amor M, Cogollo Z. Escala de Edimburg para depresión postparto: consistencia interna y estructura factorial en mujeres embarazadas de Cartagena, Colombia. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* 2007; 58 (4); pp. 277-283.
8. Suri R, Altshuler L, Hellemann G, Burt V, Aquino A, Mintz J. Efectos de la depresión prenatal y el tratamiento antidepressivo sobre la edad gestacional al nacer y el riesgo de parto prematuro. *Am J Psychiatry* 2001; 10 (10); pp. 609-616.
9. Oquendo M, Lartigue T, González I, Méndez S. Validez y seguridad de la escala de depresión perinatal de Edimburg como prueba tamiz para detectar depresión perinatal. *Perniatol Reprod Hum* 2008; 22; pp. 195-202.
10. Silva E, Díaz V, Mejía MA. Ansiedad y depresión durante el embarazo. *Informe Médico* 2007; 9(9); pp. 457-464.
11. Wolff CL, Valenzuela PX, Esteffan KS, Zapata DB. Depresión posparto en el embarazo adolescente: analisis del problema y sus consecuencias. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2009; 74(3): pp. 151 – 158.
12. Pérez VR, Sáez CK, Alarcón BL, Avilés AV, Braganza UI, Coleman RJ. Variables posiblemente asociadas a depresión posparto, según escala Edimburgo. *Rev Obstet Ginecol Venez* 2007; 67(3): pp. 187-191.
13. Ceballos-Martínez I, Sandoval- Jurado L, Jaimes-Mundo E, Medina- Peralta G, Madera-Gamboa J, Fernández-Arias Y. Depresión durante el embarazo. Epidemiología en mujeres embarazadas. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2010; 48 (1); pp. 71-74.
14. Castro FI. Embarazo y Depresión. Tesis de Posgrado. México, D.F. IMSS; 1982.

15. Oliver OE, Arvizu IR. Depresión postparto en mujeres usuarias de la unidad de medicina familiar número 33 “El Rosario” del instituto mexicano de seguro social. Tesis de Posgrado. México D.F. IMSS; 2006.
16. Código de Núremberg. Experimentos médicos permisibles, punto 1. 1946.
17. El informe Belmont. Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación. Comisión Nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y del comportamiento. Observatori de bioètica i dret. Parc científic de Barcelona. Abril 18 de 1979.
18. Declaración de Helsinki de la asociación médica mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio 1964 y enmendada por la 59ª Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008.
19. Manual de Organización de la Jefatura de los Servicios de Enseñanza e Investigación. Acuerdo No 15; del Honorable Consejo Técnico. México D.F. Junio de 1984. P 6 - 84
20. Cox J, Holden J, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edimburg postnatal depression scale. British Journal of Psychiatry 1987; 150; pp. 782-786.

## ANEXOS.

### Anexo 1.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACION 1 NORTE  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR # 33  
"EL ROSARIO"

Fecha:

Nombre de la Clínica/Número: UMF 33

"CUESTIONARIO PARA DETERMINAR LA  
FRECUENCIA DE DEPRESION EN  
EMBARAZADAS DERECHOHABIENTES DE LA  
UMF 33 EL ROSARIO"

Su Edad:

**INTRUCCIONES:** La encuesta consta de 13 preguntas de opción múltiple, favor de contestar circulando o tachando la respuesta que más le quede o le parezca más correcta para usted, sin dejar de contestar ninguna de ellas y lo hará como se realiza en el siguiente ejemplo: ¿Qué edad tiene usted? 28 30 32 34 **36**

**1.- ¿Cuál es su estado civil?**

Soltera casada unión libre  
Viuda otro

No, la mayoría de las veces he podido  
Sobre llevarlas bastante bien \_\_\_\_\_ 1  
No, he podido sobrellevarlas tan bien como  
Lo hecho siempre \_\_\_\_\_ 0

**2.- ¿Qué escolaridad tiene?**

Analfabeta Sabe leer y escribir  
Primaria incompleta primaria completa  
Secundaria incompleta secundaria completa  
Bachillerato trunco bachillerato completo  
Técnica Universidad

**10.- Me he sentido tan infeliz, que he tenido dificultad  
Para dormir:**  
Sí, casi siempre \_\_\_\_\_ 3  
Sí, a veces \_\_\_\_\_ 2  
No muy a menudo \_\_\_\_\_ 1  
No, en absoluto \_\_\_\_\_ 0

**3.- ¿A qué se dedica (ocupación)?**

Ama de casa comerciante  
Empleada profesionista

**11.- Me he sentido triste y desgraciada:**  
Sí, casi siempre \_\_\_\_\_ 3  
Sí, bastante a menudo \_\_\_\_\_ 2  
No muy a menudo \_\_\_\_\_ 1  
No, en absoluto \_\_\_\_\_ 0

**ESCALA DE DEPRESION DE EDIMBURG**

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

Tanto como siempre he podido hacerlo \_\_\_\_\_ 0  
No tanto ahora \_\_\_\_\_ 1  
Sin duda, mucho menos ahora \_\_\_\_\_ 2  
No, en absoluto \_\_\_\_\_ 3

**12.- Me he sentido tan infeliz que he estado llorando:**  
Sí, casi siempre \_\_\_\_\_ 3  
Sí, bastante a menudo \_\_\_\_\_ 2  
Ocasionalmente \_\_\_\_\_ 1  
No, nunca \_\_\_\_\_ 0

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

Tanto como siempre \_\_\_\_\_ 0  
Algo menos de lo que solía hacerlo \_\_\_\_\_ 1  
Definitivamente menos de lo que solía hacerlo \_\_\_\_\_ 2  
Prácticamente nunca \_\_\_\_\_ 3

**13.- He pensado en hacerme daño:**  
Sí, bastante a menudo \_\_\_\_\_ 3  
A veces \_\_\_\_\_ 2  
Casi nunca \_\_\_\_\_ 1  
No, nunca \_\_\_\_\_ 0

**6.- Me he culpado sin necesidad cuando las cosas  
Marchaban mal:**

Sí, casi siempre \_\_\_\_\_ 3  
Sí, algunas veces \_\_\_\_\_ 2  
No muy a menudo \_\_\_\_\_ 1  
No, nunca \_\_\_\_\_ 0

ESTIMADA PACIENTE LE AGRADECEMOS DE  
ANTEMANO SU PARTICIPACION EN LA REALIZACION  
DE ESTE CUESTIONARIO. ASI MISMO LE HACEMOS DE  
SU CONOCIMIENTO QUE TODA INFORMACION AQUÍ  
EXPRESADA SERA UTILIZADA DE MANERA  
CONFIDENCIAL.

**7.- He estado ansiosa y preocupada sin motivo alguno:**

No, en absoluto \_\_\_\_\_ 0  
Casi nada \_\_\_\_\_ 1  
Sí, a veces \_\_\_\_\_ 2  
Sí, muy a menudo \_\_\_\_\_ 3

**PARA SER CONTESTADO SOLO POR EL  
INVESTIGADOR:**

**Puntuación Según los resultados obtenidos la paciente  
puede ser clasificada en tres grupos:**

**8.- He sentido miedo o pánico sin motivo alguno:**  
Sí, bastante \_\_\_\_\_ 3  
Sí, a veces \_\_\_\_\_ 2  
No, no mucho \_\_\_\_\_ 1  
No, en absoluto \_\_\_\_\_ 0

-menos de 10 puntos: \_\_\_\_\_  
-de 10 a 12 puntos: \_\_\_\_\_  
-mayor o igual a 13 puntos: \_\_\_\_\_

**9.- Las cosas me oprimen o agobian:**

Sí, la mayor parte del tiempo no he podido  
Sobrellevarlas \_\_\_\_\_ 3  
Sí, a veces no he podido sobrellevarlas de  
La manera \_\_\_\_\_ 2

**Anexo 2.**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN  
Y POLITICAS DE SALUD  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD  
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO  
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	<b>Frecuencia de Depresión en embarazadas de la UMF #33</b>
Patrocinador externo (si aplica):	<b>Ninguno.</b>
Lugar y fecha:	<b>UMF #33 IMSS. Azcapotzalco, México, D.F. Junio 2013</b>
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	<b>Determinar la frecuencia de depresión en embarazadas derechohabientes de la UMF 33, El Rosario</b>
Procedimientos:	<b>Mediante la aplicación del instrumento diseñado exprofeso que incluye la "Escala de Depresión de Edimburg</b>
Posibles riesgos y molestias:	<b>Ninguno</b>
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	<b>Detección oportuna de síntomas depresivos para inicio de tratamiento oportuno</b>
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	<b>Sí. En caso de presentar síntomas de depresión se avisara a su MF</b>
Participación o retiro:	<b>Si</b>
Privacidad y confidencialidad:	<b>Si</b>
En caso de colección de material biológico (si aplica):	
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	<b>Si</b>
Beneficios al término del estudio:	<b>Arriba mencionados</b>
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	<b>Dra. Mónica Sánchez Corona Matricula 99352132</b>
Colaboradores:	<b>Dr. Julio Antonio Concha Salgado Médico Residente de tercer año</b>
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: <a href="mailto:comision.etica@imss.gob.mx">comision.etica@imss.gob.mx</a>	

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del sujeto  
Testigo 1

\_\_\_\_\_  
Nombre, dirección, relación y firma

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento  
Testigo 2

**DR. JULIO ANTONIO CONCHA SALGADO R3MF**  
**UMF 33 EL ROSARIO**  
Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

**Clave: 2810-009-013**