

11226  
34



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN 2 NORESTE D.F.  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 94**

**FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN MUJERES  
ADULTAS EMBARAZADAS Y NO EMBARAZADAS  
ADSCRITAS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR  
NO. 94**

**T E S I S**  
**QUE PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD EN:**  
**M E D I C I N A F A M I L I A R**  
**P R E S E N T A:**  
**SUSANA IGLESIAS CASAS**

**ASESORES:**  
**DRA. PATRICIA OCAMPO**  
**DRA. JUANA NAJERA SOTO**

MÉXICO, D.F.

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 94

2003.



**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

A





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.

  
Dra. Ana María Cortés Aguilera

Directora de UMF 94.

  
Dra. Patricia Ocampo Barrio

Jefe de educación e investigación  
en salud.

Titulo: Una Dirección General de Estadísticas de la  
UNAM a difundir en formato electrónico e impresa el  
contenido de mi trabajo académico

NOMBRE: Susana Iglesias

CARRERA: Casos

FECHA: 29 - Sep - 03

  
Dra. Lidia Bautista Sampaio

Profesora titular de la residencia  
en medicina familiar.

  
Dra. Juana Najera Soto.

Asesor de tesis.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

B

CUERPO DE MEDICINA FAMILIAR N.º 94



SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL  
FACULTAD DE ENSEÑANZA  
E INVESTIGACIÓN

A mi esposo y mi hija quienes representan mi mayor inspiración en la vida. A mis padres Celia y Manuel por haberme inculcado la ética de trabajo y superación ..

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

C

## AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mi esposo quien además de su apoyo incondicional al leer y aportar valiosas sugerencias , me ha exhortado a la superación personal y académica, asimismo agradezco las muchas horas de paciencia que tuvo para la realización del escrito final .

También agradezco a mis padres su apoyo incondicional; así como a todo el personal medico ,asistentes, enfermeras, médicos y asesores a los que gracias a su apoyo fue posible la realización de este estudio.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

D

## ÍNDICE

Concepto de depresión.....	4
Epidemiología.....	5
Causas de depresión.....	6-9
Factores estresantes.....	7
Factores bioquímicos.....	7
Metabolismo de electrolitos.....	8
Psicoanálisis.....	8
Psicobiología del embarazo.....	9-11
Clasificación de depresión según CIE.....	12-13
Defensas psicológicas contra la depresión.....	14-15
Diagnóstico de depresión.....	16-17
Planteamiento del problema.....	18-19
Metodología.....	20-
Hipótesis.....	21-22
Criterios de inclusión y exclusión.....	23
Definición de variables.....	24-25
Muestra y análisis estadístico.....	26
Consideraciones éticas.....	27-28
Resultados.....	29-31
Análisis de los resultados.....	32
Discusión.....	33
Anexos.....	34-37
Cuestionario de Beck.....	34-35
Datos de identificación.....	36
Consentimiento informado.....	37
Bibliografía.....	38-40

1

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## INTRODUCCIÓN:

En México como en otros países se ha documentado la identificación de problemas psiquiátricos como una de las causas principales de incapacidad, dentro de las cuales se encuentra la depresión que ocupa el cuarto lugar a escala mundial siendo más frecuente en las mujeres entre la tercera y cuarta década de vida.

En nuestro país la encuesta nacional de salud mental ha reportado una prevalencia de trastornos depresivos en la mujer de 3.9% sin embargo, no hay datos de depresión en el embarazo; sólo se sabe que afecta de un 20 a 25% a las mujeres embarazadas y que probablemente el 50% de ellas sea vulnerable a presentar depresión posparto.

Por otro lado en ninguna institución se tienen estadísticas sobre embarazadas con depresión, lo cual es importante debido a que en el curso del embarazo la mujer comienza una simbiosis constituida por dos polos opuestos, uno originado en la función procreativa y el otro constituido por un desequilibrio emocional originado por las tensiones en el embarazo y los peligros en el parto, además influenciado tanto por características socioeconómicas (ocupación, edad, paridad, estado civil, etc), como por psicológicas (regresión a la fase oral en la mujer, formulación psicoanalítica, personalidad con rasgos obsesivos rígidos, perfeccionistas y rasgos de pasividad y necesidad excesiva de depender de los demás). Es importante recordar que también intervienen otras alteraciones como factores etiopatogénicos de estados depresivos: alteraciones del sistema serotoninérgico, trastornos en la concentración de sodio y el estrés.

Es decir la depresión será vista como un trastorno emocional global que implica afectación en la salud mental con disfunción en la esfera afectiva, cognitiva y somática donde los principales síntomas son el abatimiento del humor, aflicción, pesimismo, desesperanza, angustia, tendencia exagerada a la autocrítica como pérdida del apetito, perturbación del sueño, los cuales a largo plazo ocasionan alteraciones en los roles familiares, provocando o siendo resultado la disfunción familiar motivo por el cual es necesario su estudio y su frecuencia en la embarazada.

## Antecedentes

La depresión es uno de los padecimientos mentales frecuentes a nivel nacional; el riesgo de padecerlo por lo menos en una ocasión es de 20%. De acuerdo a las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS); 50 a 60% son diagnosticados y se ha reportado en estudios epidemiológicos realizados en México, Europa y Estados Unidos, que el riesgo de padecerla es de 6% en hombre y 12% en mujeres (1,2).

La mayor incidencia y prevalencia ocurre entre 25 y 45 años de edad, ya que se ha observado que el patrón depresivo parece estar decreciendo en las personas de mayor edad, independientemente de los factores culturales y sociales (1,2).

A nivel mundial la depresión ocupa el cuarto lugar en cuanto al peso de enfermedad medida en DALYS (años de vida perdidos ajustados por discapacidad), y es responsable de uno de cada 10 años de vida perdidos. En el caso de las mujeres es la causa primordial de peso por enfermedad y para el año 2020 la depresión ocupará el segundo lugar en este grupo, después de los problemas cardíacos (2,9).

Tanto en los países industrializados como en vías de desarrollo la depresión ocupa un lugar importante dentro de las 10 principales causas de muerte(11).

Se tiene notificación de la tasa de suicidio por cada 100 000 habitantes en América, en 1985; la cual fue de 3.9 en comparación con la tasa del 2000 que fue de 4.1. Sin embargo en la literatura revisada no hay notificación de tasas de suicidio en embarazadas con depresión (11).

La salud mental y la salud pública han sido históricamente, áreas de trabajo distintas, y la parcialización del conocimiento que esta división implica, ha creado barreras en la comprensión de fenómenos psicopatológicos por su etiología. En la actualidad las necesidades de salud de una población no se pueden evaluar en forma aislada, es necesario hacerlo en un contexto

multidisciplinario que permita la incorporación de variables para medir aspectos de salud- enfermedad mental ( como la depresión).

La mayoría de los miembros de una comunidad dada, ya sea urbana o rural , llegan a presentar en algún momento de su vida sintomatología que oriente hacia la depresión. En la comunidad rural solo 9% a 20% de la población manifiesta los suficientes síntomas que los sitúen en los grupos de alto riesgo de padecer una depresión clínica a comparación de poblaciones urbanas donde este porcentaje es mas alto (3). Sin embargo las cifras epidemiológicas reales de trastornos del estado de animo y de la sicopatología en general son difíciles de estimar. Por subgrupos diagnósticos, la alteración mas frecuente en la mujer es la depresión unipolar en un 90%. La tasa de incidencia anual es de 100 casos por cada 100 mil habitantes en hombres y de 250 casos por cada 100 000 habitantes en mujeres(4).

Entonces la depresión será vista como una alteración en la esfera afectiva, cognitiva y somática; dentro de las alteraciones afectivas: abatimiento del humor, aflicción, pesimismo, desesperanza, inhibición de las motivaciones, perdida de intereses, angustia; en el aspecto cognitivo sobresale: la fijación de la atención en la vivencia dolorosa y la transformación negativa, de la imagen de uno mismo, tendencia exagerada a la autocrítica y auto devaluación; en la esfera somática, están presentes: perdida del apetito, disminución de peso y perturbación del sueño (5,6). En el caso de mujeres la edad de la menarquia representa un factor de vulnerabilidad para la morbilidad psiquiátrica. Los factores biológicos desempeñan un papel importante en problemas afectivos de la mujer, entre ellos la producción de esteroides gónadales que caracteriza el brote púberal en jóvenes, puede ser un factor modulador de neurotransmisores que tienen relación directa con el afecto y el estado de animo(7).

En la mujer en edad reproductiva con diagnóstico de síndrome premenstrual la disminución en la producción de estrógenos y el exceso de progesterona y sus metabolitos (pregnenolona y alopregnenolona) ó la elevación y supresión de estas hormonas tienen efectos modulares sobre los neurotransmisores centrales de la serotonina, la noradrenalina, y el GABA que entre otros intervienen en las alteraciones afectivas de estas paciente (8). Es entonces que a la mujer se ha considerado como un grupo particular en riesgo.

La depresión entendida como estado de animo, presencia de síntomas y trastorno clínico ha sido reconocida en países con diversas culturas como la más prevaleciente entre las mujeres, los datos epidemiológicos coinciden en señalar que quizás su frecuencia se debe a que la pobreza afecta mas a las mujeres ellas son mas afectadas por: violencia doméstica, adicción a sustancias de alguno de los miembros de la familia, presencia de ancianos, enfermos crónicos, y casi siempre son el sostén de la familia; en cuanto al tratamiento son las mujeres las que reciben tratamiento farmacológico en mayor número que los hombres, y entre ellas las mas pobres y de menor escolaridad reciben mayor prescripciones que generalmente no se llevan a cabo, por el poco interés de la paciente (6,9,10).

#### CAUSAS DE DEPRESIÓN

Las causas de la depresión son múltiples y muy complejas. Por una parte están los factores intrínsecos ó biológicos, en los que intervienen neurotransmisores y procesos neuroquímicos cerebrales y, por la otra, los de tipo psicosocial (estrés, formulaciones psicoanalistas, indefensión aprendida y modelo cognitivo de Beck). Dentro del aspecto biológico y neuroquímico (alteraciones bioquímicas y alteraciones en el metabolismo de los electrolitos): las primeras hipótesis sobre la depresión desde el punto de vista bioquímico fueron presentadas a partir de 1960, explicaban que durante la depresión se encuentran diferentes alteraciones:

Las concentraciones de ácido 5-hidroxi-indolacético(5-IM) están mas bajas en el líquido cefalorraquídeo de pacientes con conducta suicida y agresividad impulsiva, también se encuentran alteraciones en la concentración baja de 3-metoxi-5 hidroxi-fenilglicol que es un metabolito urinario de la NA, en los pacientes bipolares durante la fase depresiva (12).

Durante los últimos años se ha dado mayor importancia a alteraciones del sistema serotoninérgico como factor etiopatogénico de estado depresivos también se cuenta con modelos semejantes para otros sistemas de neurotransmisión como el de la NA, de la DA de la acetilcolina, y ácido gama acetil butírico. Durante la depresión disminuyen los neurotransmisores de la serotonina y de su precursor el aminoácido triptofano .

Estos hallazgos se apoyan en una serie de estudios que indican la disminución de los transportadores a la 5-HT en las plaquetas de pacientes con depresión , proceso que es semejante, a los del sistema nerviosos central ya que las estructuras de ambos comparten sus precursores embriológicos (12).

La serotonina es otra amina biógena ampliamente estudiada en enfermos con trastornos afectivos, origina un metabolito, el ácido 5-hidroxi-indolacético(A5HIA), del cual se han reportado concentraciones bajas en líquido cefalorraquídeo (12,13).

#### Metabolismo de electrolitos:

Estudios iniciales con técnicas radioisotópicas sensibles para evaluar el metabolismo del sodio, han demostrado que la cantidad del mismo permutable es mayor en enfermos deprimidos y que disminuye después de su restablecimiento (13).

### **Modelo biopsicosocial:**

La teoría biosocial de la personalidad, propuesta por Cloninger, proporciona un marco de referencia para analizar estas variables predictoras, en los casos de depresión sobresale el perfil de personalidad donde existe la búsqueda de gratificación (11).

En los humanos dos tipos de rasgos de carácter son vinculados con la propensión a la depresión: rasgos obsesivos, rígidos, perfeccionistas y rasgos de pasividad y necesidad excesiva de depender de los demás.

La pérdida de un objeto de amor, o bien la ruptura de ligas de apego precede a la iniciación de estados depresivos particularmente de la forma monopolar. Los objetos, son personas, posesiones, posiciones, adhesiones, expectativas (6,11).

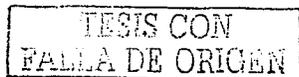
### **La participación del estrés:**

La hipótesis de que un estado estresante puede generar un cuadro mental es antigua. Se ha intentado medir y estimar el efecto de sucesos estresantes sobre la salud mental en niños y adultos.

El termino de estrés se ha utilizado en diferentes formas:

- 1.- Para referirse a ciertas características del medio ambiente que ejercen presión sobre el individuo .
- 2.-Para referirse a la respuesta del organismo ante uno ó varios factores generadores de tensión.
3. Para referirse a la interacción entre la percepción de un factor de tensión y la respuesta de aquel.

Ciertos factores ambientales, como la muerte de un familiar, una enfermedad, física, separación del cónyuge, pérdida de trabajo, cambio de casa, aunados a un trastorno de personalidad premorbida, son elementos que pueden contribuir a que se presente una enfermedad depresiva. En realidad la depresión suele tener una causa multifactorial en la cual tanto los factores genéticos como los



biológicos, así como los estresores ambientales desempeñan un papel importante y hasta el momento es imposible separarlos individualmente (11).

En el caso de las mujeres, el aspecto psicosocial tiene un papel importante refiriéndose a efectos depresogénicos de socialización del papel femenino, como son: la pasividad, abnegación que deben mostrar las mujeres, el poco valor que les atribuye la sociedad; las vivencias tradicionales de ciertos papeles (madre, esposa y ama de casa) con mayor responsabilidad que se les asigna desde la niñez, todos ellos han sido factores desencadenantes en un momento dado de la depresión en mujeres (9).

#### Formulación psicoanalítica:

Una de las primeras formulaciones psicológicas sobre la depresión es de Freud quien explica la depresión a causa de un super-ego excesivamente exigente, es decir, un excesivo sentir del deber y la obligación. Para el psicoanálisis todos los conflictos surgen de la infancia (4).

#### Indefensión aprendida.

Según Seligman, el individuo experimenta hechos desesperantes, estas intentan darse una explicación sobre su causa, y si de esa explicación surge un estado de desesperanza la reacción depresiva resultaría inevitable (4).

#### Modelo cognitivo de Beck:

Propuesto por Beck en los 80s, las alteraciones emocionales surgen en aquellos individuos que poseen una visión deformada y errónea de la realidad, es decir estas personas poseen esquemas distorsionados de la realidad que se basa en una serie de actitudes disfuncionales que impregnan y condicionan su percepción de la realidad, generando lo que se denomina la tríada cognitiva negativa, es decir una visión negativa de sí mismo, del mundo, del futuro, y en consecuencia producen emociones indeseables (4).

## LA PSICOBIOLOGÍA DEL EMBARAZO:

El embarazo es una fase crítica en la vida de la mujer, requiere ajustes fisiológicos y adaptaciones psicológicas para conducir a un nivel de integración que, normalmente, representa desarrollo.

Es aquí donde la teoría psicoanalítica ha revelado dos polos opuestos en el embarazo: Uno se origina en la organización pulsional de la función procreativa femenina; el otro, en el desequilibrio emocional causado por las tensiones del embarazo y los peligros del parto.

El embarazo es un período biológicamente normal pero a la vez excepcional en la vida de la mujer. Con la concepción comienza una simbiosis que guía a la mujer hacia el feliz cumplimiento de su destino biológico evitando sus amenazadores fracasos. A medida que procesos metabólicos y emocionales satisfacen los anhelos de la mujer grávida, este suministro de narcisismo primario se convierte en fuente de su cualidad maternal, aunque parezca centrado en sí mismo, aumenta su placer en portar al hijo, estimula sus esperanzadas fantasías, disminuye su ansiedad. No obstante se pueden observar diferencias reacciones en mujeres ante el embarazo. Si la mujer se adapta con éxito a las influencias hormonales del embarazo, disminuye su fatiga inicial, somnolencia y algunas de sus reacciones físicas tales como el vértigo ó el malestar matinal (14).

Así las mujeres son capaces de responder a su bienestar físico y emocional expandiendo sus actividades y gozando de ellas, al ver acrecentada su capacidad para amar y cuidar a su hijo, la mujer experimenta una mejoría general en su estado afectivo. Muchas mujeres neuróticas que sufren de graves estados de angustia se ven liberadas de ellos durante el embarazo, otras a pesar del malestar matinal ó de las preocupaciones reales causadas por el embarazo, se sienten estables y tienen sus mejores épocas mientras dura aquel. Por otro lado el embarazo pone a prueba reservas fisiológicas y psicológicas de la mujer, temores reales, inseguridades motivadas por la concepción fuera del

matrimonio , preocupaciones económicas, vida conyugal desdichada, hacen más ardua la prueba y evitan la adaptación de la mujer a su nuevo estado, siendo esta situación predictor de depresión (12,14) .

Esta elaboración de un nuevo equilibrio narcisístico pone en juego identificaciones anteriores, en particular a su propia madre .

La preocupación maternal primaria lleva a un estado regresivo de simbiosis con el niño que va a nacer incluyendo al mismo tiempo una gran agudeza de percepción de las necesidades del niño y una disociación que anula en gran parte la carga afectiva del mundo exterior (15).

Dado que los complejos pasos que llevan hacia la madurez, la maternidad y la cualidad maternal comienzan en la infancia, los procesos psicodinámicos del embarazo normal y patológico pueden analizarse en términos de la fase de dependencia oral del desarrollo de la madre. Una vez reavivadas las necesidades receptivo-retentivas, la mujer embarazada próspera gracias a que siente que es capaz de cuidar a un nuevo ser. Sin embargo en otros casos cuando los procesos psicodinámicos inherentes al embarazo son responsables de la ambivalencia infantil hacia la madre y la maternidad, reactivan ansiedades, frustraciones y pesares que remiten a la infancia de la embarazada, a su fase oral de desarrollo. En 1911 Karl Abraham, sentó bases teóricas de la patogénesis de la depresión en el embarazo, desde entonces ha sido un concepto psicoanalítico bien establecido que la regresión a la fase oral del desarrollo es la condición psicodinámico de depresión en embarazada (16).

Esta regresión a la fase oral en la mujer, ocasiona que se sienta autodirigida, por un impulso regresivo que trae aparejados cambios de talante, desde la calma eufórica del estado narcisista hasta la angustia depresiva de una inseguridad profunda (14).

En algunos casos la tarea adaptativa se presenta mayor en el primer bebé cuando la mujer experimenta algo completamente nuevo, la maduración fisiológica y emocional del primer embarazo hace por lo común que la maternidad sea mas fácil en el segundo y tercer embarazo. No obstante también ocurre que mujeres fatigadas por incesante trabajo materno, temerosas de la carga de otro

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

hijo experimentan regresiones patogénicas durante los embarazos posteriores y casi siempre esta aunado a un apoyo deficiente de su pareja lo que puede ocasionar el rechazo de su embarazo acompañándose de hostilidad hacia sí, misma; en otros casos la seguridad del matrimonio, consideración afectuosa de un buen marido, el placer que brindan los hijos y el apoyo de su familia de origen suministran la realimentación que ayuda a mantener el equilibrio emocional en el hogar. De no ser así, la mujer como niño enojado, frustrado, no puede hallar gratificación en el embarazo y entonces se siente incapaz de amar y satisfacer a su hijo neonato; llegando a la depresión. En conclusión tenemos que el embarazo constituye una etapa singular de la existencia de la mujer y solo si la organización psicosexual de la mujer está abrumada por conflictos vinculados con la maternidad pueden activar conflictos mas profundos y perturbar el equilibrio psicofisiológico del embarazo (14).

Es importante considerar que en las pacientes embarazadas, uno de los desordenes mas frecuentes es la depresión presentándose en 25% de las mujeres embarazadas de las cuales un 7 a 14% presenta depresión postparto (17,18).

Por otro lado se sabe que de no atenderse la depresión ya sea leve, moderada y grave; la paciente puede llegar al suicidio, (sin embargo en la literatura revisada no hay datos sobre el suicidio secundario a depresión en embarazadas) se han encontrado factores de riesgo: la soltería, y la pobreza, situaciones tensas repetidas, por ejemplo: conflictos familiares(alcoholismo en familiares, como el padre ó el cónyuge y la violencia de que es víctima desde su infancia (9,18).

Además de la sintomatología en la embarazada con depresión, y de que se sabe que es riesgo para presentar depresión post-parto ó bien suicidio; también se ha observado que durante el curso de la depresión; es víctima de ingesta incontrolable de drogas (benzodiacepinas) u otras sustancias tabaco, alcohol), además de complicaciones como: parto pretérmino, bajo peso al nacer, hiperemesis gravídica (16,19,31,32).

Es importante hacer hincapié que la depresión en embarazadas como diagnóstico no aparece en la clasificación de CIE 10 DE LOS TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO, solo se encuentra la depresión como tal F32.0 depresión leve, F32.1 depresión moderada y F32.2 depresión grave sin síntomas sicóticos y F32.3 con síntomas sicóticos (20,25).

Depresión leve:

I.-Presencia de por lo menos dos de los 3 síntomas siguientes:

- 1) Humor depresivo hasta un grado claramente anormal para el individuo persistente durante al menos dos semanas.
- 2) Pérdida de interés o de la capacidad de disfrutar en actividades que normalmente eran placenteras
- 3) Disminución de la energía ó aumentó de la fatigabilidad.

II.-Además debe estar presente uno ó mas de los siguientes síntomas:

- 1) Pérdida de confianza ó disminución de la autoestima.  
Sentimiento no razonables de auto reproche ó de culpa excesiva Inapropiada.
- 2) Pensamientos recurrentes de muerte ó suicidio
- 3) Quejas ó pruebas de disminución en la capacidad de pensar ó concentrarse tales como indecisión ó vacilación. Cambio en la actividad psicomotriz con agitación ó entretencimiento
- 4) Cualquier tipo de alteración del sueño
- 5) Cambio en el apetito aumento o disminución.

Depresión moderada:

- 1) presencia de dos de los tres primeros síntomas descritos.
- 2) Presencia de síntomas adicionales del criterio II, hasta sumar al menos 6 síntomas

**Episodio de depresión grave sin síntomas sicóticos:**

1) presencia de los tres síntomas del criterio I

3) presencia de síntomas adicionales del criterio II, hasta un total de al menos 8

4) ausencia de alucinaciones, ideas delirantes o estupor depresivo

episodio depresivo con síntomas psicóticos: existen alucinaciones, e ideas delirantes, estupor depresivo.

**En cuanto a la clasificación de las depresiones:**

1.- Las depresiones relacionadas con la esquizofrenia comprenden la esquizofrenia con depresión

2.- psicosis maniaco depresiva, el paciente suele presentar:

a) Retraso psicomotor.

b) Antecedentes de episodio maniaco.

c) Antecedentes familiares de psicosis maniaco depresivas.

d) Aparición de la primera depresión en la etapa adulta inicial.

e) Un curso clínico discontinuo, con periodos de remisión completa entremezclada con hipomanía y depresión grave.

f) Antecedentes de depresión postparto

3.-La depresión unipolar es la mas variada de las tres categorías puede englobar:

a). Depresiones situacionales ó reactivas que por lo general no requieren medicamentos antidepressivos y en las que los fármacos pueden ser nocivos, esta representada por la tristeza, que sigue a la perdida del hogar. Responden a una Alteración ambiental y no originan un estado de animo tan monocromático, y aquí englobamos a la depresión en el embarazo (21).

b). La depresión caracterológica crónica implica un patrón vitalicio de mala adaptación e infelicidad. Típicamente estos pacientes no presentan los signos somáticos de las depresiones biológicas.

En la depresión unipolar que responde a tricíclicos no existen antecedentes personales ni familiares de conducta maniaca, con frecuencia son recidivantes. Dentro de este tipo de depresión encontramos a las depresiones involutivas en las que es muy probable la aparición de agitación, pensamientos paranoides, cronicidad, síntomas somáticos y psicosis.

Para Bemporad, el estado depresivo se puede identificar gracias a tres elementos importantes descritos por Beck en 1967, esto es: visión negativa del mundo, de la propia persona, y del futuro (22).

Finalmente nos ocuparemos ahora de la depresión como tal ya que ha sido objeto de mucha atención en la bibliografía psiquiátrica, y sin embargo no ha sido estudiada en las embarazadas, tanto; que no existe un reporte de frecuencia de suicidio secundario a depresión en embarazadas.

Una vez que se presenta el acontecimiento desencadenante, precipita una perturbación del equilibrio psíquico interno, esta perturbación pone en movimiento una secuencia de acontecimientos muchos de los cuales son conocidos, aunque su papel y su relación causal recíproca no estén bien establecidos. Entre ellos hay que mencionar un aumento de la ambivalencia y una disminución de la autoestima. Lo cual hace que el sujeto presente estados defensivos como: hipermotivación, apego y repliegue airado (23,24).

Los primeros intentos de combatir la depresión incipiente toman a menudo la forma de un aumento de la actividad que suele proporcionar una poderosa estimulación o gratificación sensual. El deseo de obtener este estímulo es el motivo por el cual algunos jóvenes provocan y alientan enfrentamientos con la autoridad, en donde el estímulo de los enfrentamientos tenía la virtud de reavivar sus deseos libidinosos que habían suprimido una tendencia depresiva subyacente; otro ejemplo; es el abuso de drogas, el intento suicida con medicamentos, el trabajo excesivo, ya que el hecho de estar siempre ocupado en el trabajo y obtener logros puede utilizarse también como mecanismo de defensa contra una depresión (24).

La manía es el ejemplo por excelencia de la hipermotivación paradójica y en tal sentido puede ser considerada la primera fase del proceso que concluye finalmente con la depresión defensiva.

Otra fase importante dentro de los mecanismos de defensa es el apego. Que es un intento de reforzar la relación anaclítica con el objeto de amor primario ó con su representación.

El apego puede mostrarse en las exigencias insaciables de proximidad física, de manifestación de afecto y de gratificación sexual frecuentes, en la petición de regalos, de dinero, de admiración y aumento del apetito.

puede que la maniobra del apego no logre contener la depresión porque la sobrecarga patógena sea demasiado grande o porque el objeto anaclítico se vuelva intolerante ó pierda interés. Cuando se intensifica la amenaza depresiva, entonces el paciente, se desprende de la relación anaclítica de una manera radical y se sume en la soledad. Muestra una irritabilidad general de una manera espectacular y airada repudia al objeto del que ha dependido. El repliegue airado ayuda a defenderse de la depresión porque alienta a exteriorizar la agresión. Sin embargo el recurso ocasional al suicidio demuestra que no toda la agresión ha sido exteriorizada.

La fase de repliegue airado la ejemplifica las personas que muestran irritabilidad, como rasgo permanente de su carácter. Esta actitud representa un intento por fortalecer la autoestima que se encuentra amenazada tanto por la tendencia depresiva como por la defensiva primaria a apegarse (24).

## **DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN:**

### **Métodos integrales de diagnóstico:**

La mayor parte de los estudios demuestra que se reduce la actividad neuronal sobre todo en las regiones prefrontal cortical izquierda y en las áreas límbicas. Esta reducción en la actividad neuronal se demuestran por la disminución del flujo sanguíneo y la utilización de glucosa en estas áreas neuroanatómicas. En pacientes con depresión unipolar( que es el grupo donde encontraríamos a las embarazadas), hay un predominio de la actividad prefrontal (26).

Para el diagnóstico en forma integral de la depresión se realiza mediante ELECTROENCEFALOGRAMA (principalmente existen alteraciones en la latencia del sueño), diferentes escalas entre las cuales destacan: la escala de Hamilton, escala de melancolía de Bech-Rafaelsen, Mongomer y Asberg y el inventario de depresión de Beck (26,27,28).

### **Inventario de depresión de Beck (BDI):**

Es un instrumento de 21 ítems que evalúa un amplio espectro de síntomas depresivos (Beck, et. al, 1961, 1980, 1987). Aunque se diseñó con la idea de que no estuviese ligado a ninguna teoría en particular, el BDI se caracteriza por cubrir más síntomas cognitivos(desesperanza, pérdida de autoestima, falta de concentración ), que otros instrumentos, cada ítem está compuesto por cuatro alternativas, ordenadas de menor a mayor gravedad(0 a 3 puntos), y la tarea del sujeto es elegir aquella frase que se aproximé más a como se ha sentido durante la última semana (27).

El porcentaje con el que contribuye a la puntuación teórica total de síntomas con respecto a la escala de Beck, es el siguiente:  
Estado de ánimo 9%,síntomas vegetativos 29%, síntomas motores 0%, síntomas sociales 5%, síntomas cognitivos 52%, ansiedad ó irritabilidad 5% (28).

**Estado de ánimo:** incluye tristeza, falta de alegría, cualidad distinta del estado de ánimo, lloro y variación diurna.  
**vegetativos:** incluye trastorno de sueño, cambio en apetito, cambio de peso, pérdida de libido, estreñimiento y fatiga.

**Motores:** incluye agitación retardo e inquietud motora.

**Sociales:** incluye aislamiento, apartamiento e incapacidad de funcionar en el trabajo ó en otras tareas.

**Cognitivos:** incluye pensamientos de desesperanza e indefensión, de suicidio, de

enfermedad, de culpa, así como falta de conciencia de enfermedad e indecisión.

**Ansiedad:** incluye ansiedad psíquica, somática y fóbica.

**Irritabilidad:** incluye tanto hostilidad dirigida hacia uno mismo como hacia los demás.

Los puntos de corte mas utilizados en la escala es depresión leve de 10 a 15

puntos, depresión moderada de 16-23, depresión grave de 24-63.

En cuanto a su validez el BDI es muy utilizado para evaluar cambio terapéutico y se ha juzgado por expertos alrededor de 80 (27,28).

En conclusión es importante determinar o detectar en un momento dado la depresión ya que la paciente que experimente este cuadro puede presentar al igual una conducta suicida, la cual debe valorarse y enviar al psiquiatra cuando la paciente presente los siguientes datos: riesgo significativo de suicidio, antecedentes sugerentes de psicosis maníaco depresiva, depresiones recurrentes múltiples, depresión psicótica o relacionada con esquizofrenia (29,30,31).

Las pacientes que presenten depresión moderada a severa, con insomnio y riesgo alto de suicidio se debe tratar con farmacoterapia en el embarazo, con el objetivo de prevenir su exacerbación posterior al parto. Y en este caso se utilizarían los antidepresivos tricíclico como la desipramina y nortriptilina ya que no causan hipotensión ortostática (30,32).

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En México como en el resto del mundo la depresión es documentada e identificada como un problema de salud mental grave debido a su alta prevalencia y consecuencias.

Aunque solo existe subnotificación se sabe que ocupa el 4 lugar a nivel mundial y se ha reportado que solo se diagnostica la mitad de casos, de los cuales un 25 % tiene acceso a tratamiento (9).

En nuestro país, la encuesta Nacional de Salud Mental indica que la prevalencia de los trastornos depresivos más severos es de 3.9% en las mujeres y 2.2% en varones, sin embargo no refiere la prevalencia en mujeres embarazadas (3). Lo que es de vital importancia en la salud mental, ya que es causa de uno de cada 10 años de vida perdidos (9), quizás por que culturalmente la mujer juega un rol de madre-esposa, y al embarazarse cursa con sentimiento de ambivalencia hacia su hijo; actualmente ha entrado al terreno laboral, por lo que las exigencias hacia esta se han incrementado, constituyendo un factor de riesgo que predispone a la depresión y con ello, a depresión post-parto y suicidio (1,2,6,11).

Se sabe que es muy pobre su detección, incluso en las unidades de salud no hay registros de detección en la población en general, mucho menos en embarazadas, así como tampoco una estadística de sus complicaciones.

En la Unidad de Medicina Familiar 94 en el 2000 el embarazo ocupó el 24º lugar en causa de demanda de atención, se otorgaron 11 168 consultas, lo que representa el 3.95% de la demanda de atención, de las que el 18.68% (2087) fueron de primera vez y 81.31% (9081) subsecuentes, con un promedio de 5.35 consultas por embarazada.

Dentro de las principales enfermedades observadas en la vigilancia prenatal están: con una tasa por 1000 consultas las infecciones genitourinarias en el embarazo 15.09, el aborto en 11.20, hipertensión en el embarazo 2.44,

complicaciones del puerperio 1.27 y hemorragia obstetricia 0.70. De los 1338 nacimientos asistidos en HGO Tlatelolco , el 94.02% (11258) fueron a término y 5.97% (80) pretérmino, sin reportar como una de las principales causas la depresión, ya que no se diagnostica, tampoco existe codificación en CIE para la depresión en el embarazo.

En la unidad de medicina familiar número 94 se ha registrado a la depresión en base a CIE F32.9 en mujeres, y durante el transcurso de este año se han reportado solo 52 casos de depresión en mujeres mayores de 20 años sin ningún reporte de embarazadas con depresión.

Datos obtenidos de SIMO UMF 94

**Con base a lo anterior se plantea la siguiente pregunta de investigación.**

¿Existe diferencia en la frecuencia de depresión entre la mujer embarazada mayor de 20 años y las no embarazadas?

**Material y métodos**

**OBJETIVO GENERAL:**

Determinar la frecuencia de depresión en las mujeres adultas embarazadas y no embarazadas

**OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

- a).-Identificar la presencia de depresión en las mujeres mayores de 20 años embarazadas y no embarazadas
- b).-Comparar la frecuencia de depresión en embarazadas y no embarazadas mayores de 20 años

## HIPÓTESIS DE TRABAJO

Existe diferencia en la frecuencia de depresión en embarazadas adultas en comparación con las no embarazadas.

### TIPO DE ESTUDIO:

Observacional

Transversal

Prolectivo

Comparativo

**LUGAR:** Unidad de Medicina Familiar No. 94

**POBLACIÓN DE ESTUDIO:** mujeres de 20 y más años con y sin embarazo, derechohabientes de la UMF 94.

### Recursos:

**Materiales:** Lápiz, hojas blancas, un escritorio, silla, expedientes, cuestionarios

**Físicos:** Sala de espera de UMF

**Humanos:** mujeres mayores de 20 años

**Tecnológicos:** programas estadísticos, equipo de computo

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## **PROCEDIMIENTO PARA OBTENER LA MUESTRA.**

El investigador invitará a las mujeres mayores de 20 años que se encuentren en la sala de espera a participar en el estudio, las cuales llenaran el formato de consentimiento informado y contestaran el cuestionario de Beck .

Posteriormente con el fin de determinar a las mujeres con y sin depresión se elegirán aquellas que hallan obtenido 10 puntos ó mas de acuerdo a l cuestionario de Beck y se corrobora en su expediente que la paciente no haya padecido algún trastorno psiquiátrico que comprometa el diagnóstico. En base a lo anterior se seleccionaran 39 pacientes con depresión y 39 sin depresión; de ellos se determinara que mujeres además de estar embarazadas cursaron con depresión. Los datos se capturarán en una base de datos y se procesarán con las pruebas estadísticas correspondientes para terminar el reporte final y la presentación de resultados.

## **CRITERIOS DE SELECCIÓN:**

### **Criterios De Inclusión:**

- embarazadas de 20 y más años de edad, derechohabientes de la UMF 94
- Que acepten participar
- que sepan leer y escribir
- cualquier estado civil,
- cualquier ocupación
- en cualquier trimestre de embarazo
- Que contesten completo el cuestionario

### **NO INCLUSIÓN:**

- Embarazadas con embarazo gemelar, preeclampsia actual , muerte del producto anterior y aborto anterior al embarazo presente.
- Que presenten sangrado en cualquier trimestre.
- Que estén recibiendo terapia individual o de familia.
- Que sean portadoras de trastorno psiquiátrico.

**VARIABLES DE ESTUDIO:** depresión.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

DEFINICIÓN DE VARIABLES:

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	TIPO DE VARIABLE	CATEGORIAS
VARIABLE DE ESTUDIO. (DEPRESIÓN)	TRASTORNO ANIMICO GLOBAL EN DONDE EXISTE ALTERACION DE LAS TRES ESFERAS: SOMATICA PSÍQUICA Y CONDUCTUAL	ALTERACIONES EMOCIONALES COMO DISMINUCIÓN DE PESO, HIPOREXIA, PENSAMIENTOS PESIMISTAS, DISMINUCIÓN DE LA MOTIVACIÓN. LA DIMENSION ES: ALTERACION EMOCIONAL. El indicador es el cuestionario de Beck que consta de 21 preguntas, el tipo de escala es cualitativa	CUALITATIVA	CATEGORICA	POLICOTOMICA	DEPRESION LEVE 10-15 PUNTOS DEPRESION MODERADA 16-23 DEPRESION GRAVE 24-63
OTRAS VARIABLES						
EDAD	EXPRESIÓN EN AÑOS DE VIDA DE UNA PERSONA	TIEMPO DE VIDA EN AÑOS DE UNA PERSONA	CUANTITATIVO	DISCRÉTA	POLICOTOMICA	DE 20-25 años DE 26 A 2630AÑOS DE 31 A 35 AÑOS DE 36 A 40 AÑOS Mas de 40 años
OCCUPACIÓN	ACTIVIDAD QUE DESEMPEÑA UNA PERSONA, QUE PUEDE SER REMUNERADA CON UN PAGO	LA ACTIVIDAD QUE REALIZA LA PERSONA EN SU HOGAR O FUERA DE ÉL	CUALITATIVA	NOMINAL	DICOTOMICA	SI TRABAJA, MO TRABAJA.
ESTADO CIVIL	RELACION SENTIMENTAL ENTRE DOS INDIVIDUOS QUE ES RECONOCIDO POR UNA	RELACION SENTIMENTAL ENTRE DOS INDIVIDUOS QUE ES RECONOCIDO POR UNA	CUALITATIVO	CATEGÓRICA	POLICOTOMICA	SOLTERO CASADO VIUDO UNION LIBRE DIVORCIADO

ESCOLARIDAD	SOCIEDAD GRADO DE PREPARACIÓN ACADEMICA DE UNA PERSONA	SOCIEDAD ULTIMO GRADO ACADEMICO QUE CURSO LA PACIENTE	CUALITATIVA	ORDINAL	POLICOTOMICA	PRIMARIA SECUNDARIA PREPARATORIA PROFESIONAL POSGRADO
PARIDAD	NUMERO DE EMBARAZOS DE UNAMUJER	CLASIFICACIÓN DE UNA MUJER POR EL NUMERO DE HIJOS NACIDOS VIVOS Y FETOS MUERTOS DE MAS DE 28 SEMANAS DE GESTACIÓN QUE HA TENIDO	CUANTITATIVA	DISCRETA	POLICOTOMICA	1-3 4-6 7 O MAS
ABORTO	INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO.	INTERRUPCIÓN ESPONTÁNEA O INDUCIDA DEL EMBARAZO, ANTES DE QUE EL FETO HAYA ALCANZADO UN GRADO SUFICIENTE DE DESARROLLO COMO PARA PODER SOBREVIVIR FUERA DEL UTERO	DISCRETAS	CUANTITATIVA	POLICOTOMICA	0-2 3-5
EMBARAZO PLANEADO	META ALCANZADA DENTRO DE UN PROYECTO DE VIDA Y FUNCIÓN DE UNA PAREJA.	QUE RESPONDA A LA PREGUNTA DE SI FUE PLANEADO O NO EL EMBARAZO ACTUAL	CUALITATIVA	NOMINAL	DICOTOMICA	SI/NO

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

## **TIPO DE MUESTREO:**

El muestreo será de tipo no probabilístico, por conveniencia

## **PROCEDIMIENTO PARA EL CÁLCULO DE LA MUESTRA**

- se calcula una muestra simple para estudio comparativo.
- con un nivel de confianza de 95%
- un poder de 80%
- para una frecuencia de 25% de depresión.
- Tamaño de muestra de 39 para cada uno de los grupos .

## **ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LA INFORMACIÓN**

Se trabajará con variables cualitativas, por lo que se aplicara chi cuadrada para dos grupos independientes. Se considera estadísticamente significativo una p menor de 0.5

### **Hipótesis estadística:**

Ho: No existe diferencia en la frecuencia de depresión en embarazadas adultas comparada con la no embarazada

Hi: Existe diferencia en la frecuencia de depresión en embarazada adulta en comparación con la no embarazada

Se rechaza Ho si la  $p < 0.05$ .

## CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se considera un estudio de bajo riesgo , ya que no se afectara a las personas que participen en el mismo y las que se detecten con depresión se canalizaran para su tratamiento

El estudio respeta las normas éticas internacionales de acuerdo a la declaración de Helsinki, modificada en Tokio.

Se apeg a la Ley General de salud y la normatividad del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Las pacientes que se diagnostiquen con depresión serán canalizadas para su tratamiento.

## DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO

El inventario de depresión de Beck fue traducido por el español Torres Castillo y validado en nuestro país en 1991, es uno de los más utilizados en México, tiene como característica de ser autoaplicable, además de una confiabilidad de 0.89.

Este instrumento consta de 21 preguntas con 4 opciones de respuesta y una amplitud de puntuación en cada reactivo de 0 a 3 y una puntuación global de cero a 63. Para diagnosticar los cuadros depresivos se decidió un valor de corte de 10 puntos que ha sido utilizado como valor limite en otros estudios mexicanos.

Los aspectos que mide la escala de Beck son 1. tristeza, 2.pesimismo, 3.percepción de fracaso, 4.insatisfacción, 5.sensación de culpa, 6.sensación de castigo , 7.autoestima, 8. autocrítica, 9.ideación suicida, 10. tendencia a llorar . 11. irritabilidad, 12. aislamiento, 13. indecisión, 14 interes por las cosas, 15. esfuerzo por hacer las cosas, 16.dificultad para dormir, 17. sensación de cansancio. 18 pérdida del apetito , 19 pérdida de peso,. 20 interes por la salud y 21 disminución de la libido.

En conclusión evalúa síntomas vegetativos, cognitivos, síntomas de irritabilidad y del estado de ánimo.

La puntuación total del BDI consistente simplemente en la suma de los puntos obtenidos en los 21 ítems. El BDI cubre bastante bien el tipo de síntomas descritos en el DSM IV. Nos dará una escala de 10-15 depresión leve, de 16-23 de presión moderada, y de 24-63 depresión grave.

Difusión de los resultados.

Se realizará a través de exposición en sesión general en la UMF 94, participación en exposición del trabajo en cartel y publicación en revista.

## Resultados

El estudio tuvo lugar en la Unidad de Medicina Familiar No. 94 en el período comprendido de marzo a mayo del año 2003. Se aplicó el inventario de depresión Beck (IDB) a 90 mujeres (43 con embarazo y 47 sin embarazo) de estas 12 fueron excluidas del estudio, diez de ellas (6 no embarazadas y 4 embarazadas) por no responder de manera completa el instrumento y 2 no embarazadas por antecedente previo de tipo psiquiátrico.

Quedando finalmente la muestra constituida por 78 pacientes divididas en dos grupos de 39 con embarazo y 39 sin embarazo. En el grupo de mujeres con embarazo un 72% (28) de ellas señalaron estar casadas, un 23% (9) estaban en unión libre y un 5.1% (2) fueron solteras. Con respecto al grado de escolaridad 26% (10) de las embarazadas señalaron tener nivel profesional mientras que el 74% (29) no lo tenían.

Se encontró que el 51% (20) de estas mujeres trabajan y el 49% (19) se dedican al hogar, por otra parte el 46% (18) de las embarazadas sólo tienen un hijo y 54% (21) tienen de dos a más hijos; de ellas 87% (34) si planearon su embarazo y 5 no lo hicieron. En cuanto a la distribución por edades grupo se encontró 43% (17) de 21 a 25 años de edad, 31% (12) de 26 a 30 años, 26% de 31 a 35 años.

De estas embarazadas el 18% (7) se encontraban cursando el primer trimestre de embarazo, 33% (13) en el segundo trimestre y 49% (19) en el tercer trimestre, de las embarazadas el 44% (17) presentó depresión (ver cuadro 1).

En el grupo de mujeres sin embarazo el 85% (33) se encontraron casadas, 8% (3) señalaron que estar en unión libre y 8% (3) eran solteras, el 29% (11) presentaron una escolaridad a nivel profesional, 72% (28) señalaron no tener un nivel profesional; 40% (14) trabajan y 64% (25) no trabajan, 19% (8) sólo refirieron tener un hijo y 85% (31) dos o más hijos, con respecto a la distribución por grupos de edades: 23% (9) fueron entre 21 y 25 años, 18% (7) de 26 a 30 años, 10% (4) de 31 a 35 años, 8% (3) de 36 a 40 años, 31% (12) de 40 a menos de 60 años, 10% (4) entre 60 y más años. En este grupo se encontró depresión en 51% (20) ver cuadro 1. En relación al grado de depresión en ambos grupos se dividió en depresión leve, moderada y severa obteniéndose la siguiente frecuencia ( ver figura 1 )

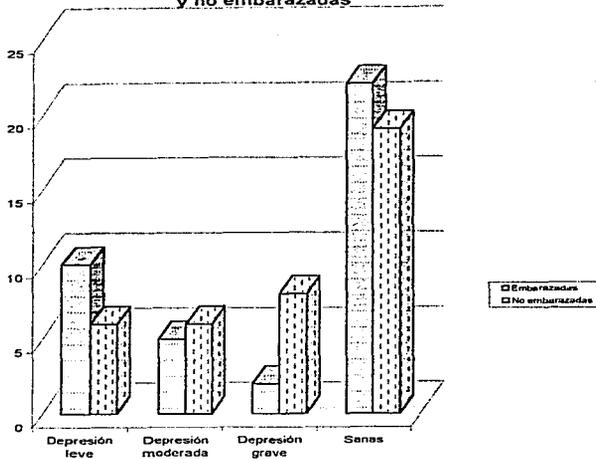
Para determinar la diferencia estadística de depresión y el grado de depresión en ambos grupos, se realizó prueba no paramétrica U de Mann Whitney obteniéndose un valor de P de 0.961 y Chi<sup>2</sup> una P de 0.002

**CUADRO 1.**  
Mujeres embarazadas y no embarazadas con depresión

Características socioeconómicas	Embarazadas con depresión	%	No embarazadas	%
Casadas	13	33	20	51
Escolaridad a nivel profesional	1	3	4	10
Trabajan	11	29	5	12
Dos o más hijos	11	29	17	43
Embarazo no planeado	3	8	0	0

Fuente: Datos recabados en pacientes de UMF

**Figura 1. Grado de depresión en mujeres embarazadas y no embarazadas**



Fuente: Datos obtenidos de la encuesta realizada en la UMF94 del I.M.S.S.  
P= 0.002

## Análisis de resultados.

Del estudio relacionado en el periodo mencionado se observó que la mayoría de las los individuos predomino el estado civil casada lo cual concuerda con Luis Leñero quien en 1994 realizó un Dx de necesidades familiares en el Distrito Federal en donde concluyo que el estado civil que más prevalece es el casado, y además otro elemento que pudo influir en esta situación fueron los criterios de selección establecidos para la muestra; la escolaridad que predomino en ambos grupos fue la de no profesional. En cuanto a la ocupación se observó que tanto embarazadas como no embarazadas están incorporadas en la actividad económica predominando las embarazadas relacionado con una mayor necesidad de obtener ingresos y cubrir necesidades. De acuerdo a la paridad hubo mayor diferencia en el grupo de las no embarazadas probablemente por que la mayoría de las mujeres estuvieron en el grupo de mayor edad, (de 40 A 60 años) lo cual es aún característico del Distrito Federal.

En relación a la planeación del embarazo la mayoría señalo que fue planeado, sin embargo fueron las mujeres que con mayor frecuencia presentaron depresión leve y moderada siendo mayor frecuencia durante el tercer trimestre lo cual se puede relacionar con que conforme avanza el embarazo aumentan las tensiones para la madre, y donde también prevalecen los sentimientos ambivalentes.

Se utilizaron dos pruebas estadísticas,  $\chi^2$  para determinar diferencia entre la frecuencia de depresión en embarazadas y no embarazadas, (p obtenida de 0.002) en la cual existe diferencia en la frecuencia de depresión entre los dos grupos, siendo mayor en el grupo de las no embarazadas.

Para conocer la diferencia entre grados de depresión en ambos grupos se utilizó la prueba no paramétrica U de Mann Whitney; en la cual se obtuvo un valor de 0.961 demuestra que no hay diferencia significativa, en cuanto grados de depresión en ambos grupos.

#### Discusión :

Este estudio prospectivo y comparativo demostró que los factores o características socioeconómicas e incluso el mismo embarazo no influye de manera significativa para que las mujeres presenten depresión. De éste modo se corrobora con lo descrito en la literatura médica en relación a la frecuencia de depresión en mujeres (6,9,10,17), sin embargo se determino que ni el nivel de embarazo, ni estado civil, ocupación, o la planeación del bebe influyen en la presentación de depresión tal y como lo había referido otros autores en estudios prospectivos en México (32)

Lo anterior es importante debido a que en la Unidad de Medicina Familiar número 94 sólo se registraron 56 pacientes con depresión y posterior al estudio se confirman 37 casos de depresión en 3 meses lo cual para una muestra de 78 no es muy significativo probablemente por el instrumento que no especifica para embarazadas, y la muestra que fue tomado por conveniencia es muy pequeña en comparación con la muestra tomada en el estudio prospectivo donde se utilizó la escala de Edinburgo en 1992 (32), pero si coincide con que la mayor frecuencia de depresión en el embarazo es el último trimestre.

## Inventario de depresion de Beck.

NOMBRE \_\_\_\_\_ FILIACION \_\_\_\_\_ CONSULT \_\_\_\_\_

SEMANAS DE EMBARAZO \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

Este cuestionario consta de grupos de afirmaciones; por favor lea cada afirmación cuidadosamente. Escoja entonces una afirmación en cada grupo, aquella que describa de mejor manera cómo se ha sentido.

LA SEMANA PASADA, INCLUSO HOY. Circule el número al lado de la afirmación que escogió

ASEGÚRESE DE LEER TODAS LAS AFIRMACIONES EN CADA GRUPO ANTES DE HACER SU ELECCIÓN.

1. 0 No me siento triste  
2 Estoy triste todo el tiempo  
3 Estoy tan triste o infeliz que no lo puedo soportar
2. 0 No estoy particularmente desilusionado (a) del futuro  
1 Estoy desilusionado (a) del futuro  
2 Siento que no tengo perspectiva de futuro  
3 Siento que el futuro es desesperanzador y que nada cambiará
3. 0 No siento que falle  
1 Siento que fallo más que una persona normal  
2 Siento que existen muchas fallas en mi pasado  
3 Me siento una falla completa como persona
4. 0 Tengo tanta satisfacción de las cosas como siempre  
1 No disfruto de las cosas como antes  
2 No encuentro ya satisfacción real de nada  
3 Estoy insatisfecho(a) o aburrido (a) de todo
5. 0 No me siento particularmente culpable  
1 Me siento culpable buena parte del tiempo  
2 Me siento culpable la mayor parte del tiempo.  
3 Me siento culpable todo el tiempo.
6. 0 No siento que he sido castigado (a)  
1 Siento que podría ser castigado (a)  
2 Espero ser castigado (a)  
3 Siento que he sido castigado (a)
7. 0 No me siento desilusionado (a) de mí  
1 Estoy desilusionado (a) de mí  
2 Estoy disgustado (a) conmigo  
3 Me odio
8. 0 No me siento peor que nadie  
1 Me critico por mi debilidad o por mis errores  
2 Me culpo todo el tiempo por mis fallas  
3 Me culpo por todo lo malo que sucede
9. 0 No tengo pensamientos de suicidarme  
1 Tengo pensamientos de muerte pero no los realizaría  
2 Me gustaría matarme  
3 Me mataría si pudiera

10. 0 No lloro más de lo usual  
 1 Lloro más que antes  
 2 Lloro ahora todo el tiempo  
 3 Podía llorar antes, pero ahora aunque quiera, no puedo
11. 0 No soy más irritable de lo que era antes  
 1 Me siento molesto (a) o irritado (a) más fácil que antes  
 2 Me siento irritado (a) todo el tiempo  
 3 No me irrito ahora por las cosas que antes sí
12. 0 No he perdido el interés en otra gente  
 1 Estoy menos interesado (a) en otra gente que antes  
 2 He perdido mi interés en otra gente  
 3 He perdido todo mi interés en otra gente
13. 0 Hago decisiones igual que siempre  
 1 Evito hacer decisiones más que antes  
 2 Tengo mayores dificultades para hacer decisiones ahora  
 3 No puedo hacer decisiones por completo
14. 0 No siento que me vea peor que antes  
 1 Me preocupa verme viejo (a) o poco atractivo (a)  
 2 Siento que existen cambios permanentes en mí que me hacen lucir feo (a)  
 3 Creo que me veo feo (a)
15. 0 Puedo trabajar tan bien como antes  
 1 Me cuesta un esfuerzo extra empezar a hacer algo  
 2 Tengo que impulsarme muy fuerte para hacer algo  
 3 No puedo hacer nada
16. 0 Puedo dormir tan bien como siempre  
 1 No duermo tan bien como antes  
 2 Me despierto 1-2 horas más temprano que lo usual y me cuesta trabajo volver a dormir  
 3 Me despierto varias horas más temprano de lo usual y no puedo volver a dormir
17. 0 No me canso más de lo usual  
 1 Me canso más fácilmente que antes  
 2 Me canso de hacer cualquier cosa  
 3 Me siento muy cansado (a) de hacer cualquier cosa
18. 0 Mi apetito es igual que lo usual  
 1 Mi apetito no es tan bueno como antes  
 2 Mi apetito es mucho peor ahora
19. 0 No he perdido peso  
 1 He perdido más de 2.5 Kgs      He intentado perder peso comiendo menos  
 2 He perdido más de 5 Kgs      Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 3 He perdido más de 7.5 Kgs
20. No estoy más preocupado (a) por mi salud que antes  
 1 Estoy preocupado (a) por problemas físicos como dolores y molestias  
 2 Estoy muy preocupado (a) por problemas físicos y es difícil pensar en otras cosas  
 3 Estoy tan preocupado (a) con mis problemas físicos que no puedo pensar en nada más
21. 0 No he notado cambios en mi interés por el sexo  
 1 Estoy menos interesado (a) en el sexo que antes  
 2 Estoy mucho menos interesado (a) en el sexo ahora  
 3 He perdido completamente el interés en el sexo

## ANEXO 2

### I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

FECHA \_\_\_\_\_

1. Número de afiliación \_\_\_\_\_ Consultorio \_\_\_\_\_

2. Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

3. ¿Cuál es su estado civil?

Soltera \_\_\_\_\_ Casada \_\_\_\_\_ Unión libre \_\_\_\_\_ Divorciada \_\_\_\_\_ Viuda \_\_\_\_\_ Separada \_\_\_\_\_

4. ¿Cuál fue el último año que aprobó en la Escuela?

No acudió a la Escuela \_\_\_\_\_ Primaria \_\_\_\_\_ Secundaria \_\_\_\_\_

Preparatoria o Vocacional \_\_\_\_\_ Profesional \_\_\_\_\_ Postgrado \_\_\_\_\_

5. ¿Además del hogar tiene otro trabajo? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

### II. ANTECEDENTES GINECO- OBSTETRICOS

6. ¿Cuántas veces se ha embarazado incluyendo este último embarazo? \_\_\_\_\_

7. ¿Cómo han terminado sus embarazos anteriores?

Parto normal \_\_\_\_\_ aborto \_\_\_\_\_ cesárea \_\_\_\_\_ antes de tiempo \_\_\_\_\_

9.-Planeo su embarazo.

si es un hijo planeado ( )

No es un hijo planeado ( )

## HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estoy de acuerdo en responder todas las preguntas que abarque el cuestionario con el fin de participar en la detección de depresión y que en el futuro esta estadística sea utilizada con fines estrictamente médicos, para el beneficio de la comunidad .

Nombre de la paciente-----

Edad-----

Fecha:-----

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## BIBLIOGRAFÍA

- 1) Heinze G. La depresión un fenómeno universal. Med int Mex.2000; 16: 308-26
- 2) Heinze G. Psiquiatría. "En": Arechiga H, Días E,Guillermo S. editores Programa de actualización continua para médicos generales. 2 edición, México .Interistemas, 2000: libro 8: 14-26.
- 3) Salgado N. Características psicométricas de la escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos en mujeres mexicanas adultas de áreas rurales. Salud publica Méx. 1994; núm. 36. 200-9
- 4) Barnet G. Psicología médica, 3 edición. México: Interamericana, 1998: Vol II:918 -26
- 5) López Guerra A. Depresión . Rev med UNAM . 1999;42: 194-96
- 6) De la Fuente Ramón. Psicología medica. Edición 2. México. Biblioteca de psicología, psiquiatría y psicoanálisis, 1998. 442-447
- 7) Malacara Huerta F. Emociones y experiencia sexual en mujeres. Este país, Tendencias y Opiniones. 86, Mayo, 1998.
- 8) Huerta Raquel M. El estado de ánimo de la mujer durante su ciclo reproductivo. Salud Mental. junio 2000; Vol. 23: 52-61
- 9) Lara Estrada A. Estereotipos sexuales, trabajo extradoméstico y depresión en la mujer. Salud mental.. 1999:121-28.
- 10) James Anthony. Depresión y existencia humana. 3ªed. Edit. Barcelona : Salvat,1996: 8305-308
- 11) Freda L. La salud mental de la mujer de las américas "En": Gómez E., editor Genero, mujer y salud de las Américas 4ª. Edit. Canadá: publicaciones científicas, 1996: 143-148.
- 12) Hyman Nestler S. Initiation and adaptation: a paradigm for understanding psychotropic drug action . Am. J. Psychiatry 1996; 153: 151-62
- 13)Calderón Narváez G. Mecanismos de acción."En: Calderón G.,editor. Depresión. causas manifestaciones y tratamiento. - 3ª.ed. México D.F. Trillas.1990:65-87

- 14) Benedek M. *Psiquiatría* .2ª.ed. México : Salvat. 1994:264
- 15) Mazruk M., Tardiff K, Leon A. Lower risk of suicide during pregnancy. *Am. Journal Psychiatry* 1 1997. 154: 122-24.
- 16) Viguera Cohen L., Risk of recurrence of bipolar disorder pregnant and non – pregnant women after discontinuing lithium maintenance. *Am. Journal Psychiatry*, 2000. 157: 179-84
- 17) Diket Albert. Anxiety and depression. . *Obstetrics and gynecology clinics* . 1997. 24: 282-94
- 18) Kindly P. Williams J . Anxiety and depression . Primary care in gynecology . 1996;325-28
- 19) Schou M. Treating recurrent affective disorders during and after pregnancy. *Drug Safety* . 1998 .18:143-48
- 20) García P, Magariños M. Guía de bolsillo de la clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. España . Panamericana,2000: 99..
- 21) Lewis J. *Psiquiatría en medicina general*. 4ª. Ed México D.F. Salvat, 1996: 472
- 22) Ariety S. *Psicoterapia de la depresión* . México . Paidós,1992:75
- 23) Baz D . La madre deprimida y el niño .México, siglo XXI México ,1992:9-16
- 24) Mortimer O.. *Defensas psicológicas*. 2ª.ed . España. Trillas,1996: 347-356.
- 25) Pichot P. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM IV*. España, Masson. 2001:345-50.
- 26) Angst J, Merikangas K, The depressive spectrum: diagnostic,classification and course. *J. Affect Disord* 1995;45: 32-8
- 27) Roa A. *Evaluación en psicología clínica y de la salud*. Madrid . Ciencias de la educación preescolar y especial. 1995: 181
- 28) Sandoval L, López J, Flores J. La influencia de la personalidad en la valoración de la depresión mediante el cuestionario autoaplicable de Beck. *Psiquiatría*, 1999; 15: 56-9.
- 29) Marcus. S. Treatment Guidelines for depression in pregnancy. *Gynecology and obstetrics*.2001; 71: 64-9

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

ESTRUCUTURA  
DE LA BIBLIOTECA

30) Chinchilla Alfonso. Tratamiento de las depresiones, México D.F, Masson. 2002: 364-368.

31) Spinelli M. Interpersonal psychotherapy for depressed antepartum women: a pilot study. Am J Psychiatry 1997; 154 1028-1030

32).Evans Jonathan. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth, British Medical Journal, Agosto 4, 2001:257-260

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN