



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 94

**“PERCEPCIÓN DE APOYO BRINDADO POR LA PAREJA Y DESEO DE
GESTACION EN EMBARAZADAS CON Y SIN DEPRESIÓN”**

TESIS

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

DRA. MARIANA LIRA BORJA

**TUTOR DE TESIS
Dra. Patricia Ocampo Barrio**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 94

**“PERCEPCIÓN DE APOYO BRINDADO POR LA PAREJA Y DESEO DE
GESTACION EN EMBARAZADAS CON Y SIN DEPRESIÓN”**

TESIS

**PARA OBTENER EL DIPOLMA DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

DRA. MARIANA LIRA BORJA

**TUTOR DE TESIS
Dra. Patricia Ocampo Barrio**

México, D.F.

2009

Autorizaciones

Proyecto autorizado por el Comité Local de Investigación (3515) de la Unidad de Medicina Familiar No. 94 con registro institucional R-2008-3515- 12

DRA. AGUSTINA ELENA VILCHIS GUIZAR
Coordinador Delegacional de Investigación en Salud

DRA. YOLANDA SOTO GONZÁLEZ
Coordinador Delegacional de Educación en Salud

DR. MARCO ANTONIO PAGOLA MARTÍNEZ
Director UMF No 94 del IMSS

DRA. PATRICIA OCAMPO BARRIO
Coord. Clínico Educación e Investigación en Salud
Unidad Medicina Familiar No. 94 de IMSS

Agradecimientos

A DIOS:
Por estar conmigo en cada momento

A MIS PADRES:
Por estar conmigo los 365 días del año.

A MIS HERMANOS Y SOBRINOS:
Por ser parte de mi vida.

A MIS AMIGOS:
Por apoyarme en los días negros.

A MIS PROFESORES:
Por brindarme su tiempo, enseñanza y apoyo.

GRACIAS:
DRA OCAMPO, DRA BAUTISTA, DR ARRIETA

INDICE

	Pagina
Marco teórico	1
Antecedentes científicos	15
Planteamiento del problema	17
Objetivos del estudio	18
Hipótesis del estudio	19
Identificación de variables del estudio	19
Diseño del estudio	19
Universo de trabajo	19
Población de estudio	19
Muestra de estudio	19
Determinación estadística del tamaño de la muestra	20
Tipo de muestreo	20
Criterios de selección de la muestra	20
Procedimiento para integrar la muestra	20
Procedimiento para integrar la información	21
Descripción del instrumento	21
Análisis estadístico de la información	22
Consideraciones éticas	22
Resultados	23
Análisis de resultados	27
Conclusiones	29
Sugerencias	29
Bibliografía	30
Anexos	32
Definición conceptual y operacional de las variables del estudio	33
Escala de beck	36
Inventario de apoyo a la pareja	39
Consentimiento informado	42

Percepción de apoyo brindado por la pareja y deseo de gestación en embarazadas con y sin depresión

Ocampo Barrio P¹, Lira Borja M²

Antecedentes: En el embarazo se presentan conflictos de intereses entre las necesidades, aspiraciones individuales y asumir una nueva responsabilidad, presentando mayor vulnerabilidad para la aparición de depresión, alterando la percepción del apoyo de la pareja y el deseo de gestación, poniendo en juego las capacidades de adaptación tanto individual, como familiar.

Objetivo: Comparar la percepción de apoyo brindado por la pareja y deseo de gestación entre embarazadas con depresión y sin depresión.

Material y Métodos: Se realizó un estudio Observacional, comparativo, analítico, transversal y prolectivo; en 155 pacientes embarazadas en la UMF 94, bajo consentimiento informado, obteniéndose dos grupos. Se aplicó la Escala de Depresión de Beck para identificar presencia de depresión, el Inventario de Percepción de Apoyo para la pareja para la percepción del apoyo. El análisis se realizó con estadística inferencial, para la influencia de variables utilizando Chi-cuadrada y t de Student, como prueba de hipótesis se utilizó Chi-cuadrada y Kruskal Wallis.

Resultados: En ambos grupos embarazadas con y sin depresión se encontró con mayor frecuencia ser casada, nivel escolar bachillerato, paridad 1 hijo, trimestre de gestación segundo, la percepción del apoyo negativo de la pareja, presente el deseo de gestación. En relación con las variables de estudio se encontró una $p > 0.05$.

Conclusiones: Se logró identificar en ambos grupos el tipo de percepción de apoyo de pareja como negativo y presente el deseo de gestación. Dentro de las variables de intervención se puede resaltar la influencia de la escolaridad sobre la presencia de depresión.

Palabras Clave: Embarazo, depresión, percepción del apoyo de la pareja, deseo de gestación.

Lugar donde se realizó el estudio. Unidad de Medicina Familiar No 94 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

1. Jefe de enseñanza UMF 94 IMSS. 2. Residente del Curso de Especialización en Medicina Familiar de la UMF 94 IMSS.

Marco teórico

La palabra depresión deriva del latín *depressus*, que significa "abatido" ó "derribado". La depresión es un trastorno somático-afectivo en el cual se pierde la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, con una disminución de la vitalidad acompañado de tristeza, inseguridad y cansancio exagerado; suelen aparecer sentimientos de culpa, visión muy sombría del futuro, además existen alteraciones en el sueño, el apetito y el deseo sexual.^{1,2,3}

El DSM IV ubica a la depresión dentro de los trastornos del estado de ánimo, cuya característica principal es la alteración del humor. Esta puede manifestarse en dos categorías: como episodio depresivo y como trastorno depresivo. Los tres tipos de Depresión más comunes son: depresión mayor, distimia y el trastorno bipolar. En cada uno de estos tres tipos de depresión, el número, la gravedad y la persistencia de los síntomas varían.¹

Criterios diagnósticos para el Episodio Depresivo Mayor con base al DSM IV:

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej. se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej. llanto)
2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás)
3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso, o pérdida o aumento del apetito casi cada día
4. Insomnio o hipersomnia casi a diario
5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás).
6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día
7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi a diario.
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)
9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse

B. Cuando los síntomas no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

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

D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o una enfermedad médica.

E. Los síntomas se explican por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido).

Para dar cuenta de la gravedad del episodio depresivo se clasifica como 0 en caso de trastorno es leve; 1 cuando es moderado; 2 severo y 3 cuando además se presentan síntomas psicóticos.⁴

Distimia, un tipo de depresión menos grave, incluye síntomas crónicos que no incapacitan tanto, pero interfieren con el funcionamiento y el bienestar de la persona. Muchas de las personas portadoras de esta patología, también pueden padecer de episodios depresivos mayores en algún momento de su vida. El otro tipo de depresión es el trastorno bipolar, llamado también enfermedad maníaco-depresiva. Éste no es tan frecuente como los otros trastornos depresivos. Se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo: fases de ánimo elevado o eufórico (manía) y fases de ánimo bajo (depresión).¹

El cuadro clínico de la depresión incluye:⁵

Alteraciones emocionales

- ❖ Estado de ánimo triste, ansioso o "vacío" en forma persistente.
- ❖ Sentimientos de desesperanza y pesimismo.
- ❖ Sentimientos de culpa, inutilidad y desamparo.
- ❖ Pérdida de interés o placer en pasatiempos y actividades que antes se disfrutaban, incluyendo la actividad sexual.
- ❖ Sensación de estar en un "hoyo" o un "callejón sin salida".

Alteraciones somáticas

- ❖ Disminución de energía, fatiga, agotamiento, sensación de estar "en cámara lenta."
- ❖ Dificultad para concentrarse, recordar y tomar decisiones.
- ❖ Insomnio, despertarse más temprano o dormir más de la cuenta.
- ❖ Pérdida de peso, apetito o ambos, o por el contrario comer más de la cuenta y aumento de peso.
- ❖ Pensamientos de muerte o suicidio; intentos de suicidio.
- ❖ Inquietud, irritabilidad.
- ❖ Síntomas físicos persistentes que no responden al tratamiento médico, como dolores de cabeza, trastornos digestivos, ritmo cardiaco, sensación de pérdida de control de algunas partes del cuerpo y otros dolores crónicos.

Alteraciones sociales

I. Relaciones interpersonales conflictivas

La depresión tiende a ser más común en mujeres que en hombres 2:1, se estima que la depresión mayor tiene una prevalencia en el curso de la vida alrededor del 17-26% en población en general, en tanto que se considera que el 75-80% de las veces tiende a ser recidivantes. Algunos otros autores señalan que el 15-20% de los pacientes con depresión desarrollan cronicidad y el 10-20% se suicidan.⁶ Los trastornos afectivos constituyen, en todo el mundo, la segunda alteración más común entre las enfermedades mentales. Para el año 2020 la depresión será, según el estudio de Carga global de la enfermedad (OMS/Banco Mundial), la segunda causa general de discapacidad.⁷

Como anteriormente se menciona las perturbaciones depresivas son más frecuentes en la mujer y han sido asociados con diferentes eventos vitales,

incluido el parto.⁸ Según la Organización Mundial de la Salud para el año 2007, la depresión afectó a más del 15 % de la población y a aproximadamente el 22 % en de las mujeres en edad fértil. Esto ha llevado a que cada vez se de mayor importancia a los aspectos psicológicos y psiquiátricos durante el proceso grávido-puerperal. Se ha señalado que esta etapa corresponde a un cambio vital trascendente para la vida de la mujer y de su grupo familiar donde se produce un alto estrés que pone en juego las capacidades de adaptación individuales y grupales.^{9,10}

En México, el cuestionario general de salud del año 2006, reportó una prevalencia de depresión en el embarazo de 22%; en América Latina se reporta una prevalencia de 29% y en población latina que vive en los Estados Unidos de América de 51%.

Dentro de las teorías etiopatogenias más actuales sobre Depresión tenemos las siguientes:

- 1. Psicodinámica.** Esta postula que los diversos conflictos intrapsíquicos son las causas de los trastornos afectivos.
- 2. Aprendizaje-conductual.** Asume que el pensamiento y los sentimientos son conductas aprendidas y que un reforzamiento negativo provocaría los trastornos afectivos.
- 3. Psicobiológica.** Considera que por lo menos los casos más graves de los trastornos afectivos son causados por factores biológicos. Sin embargo esta hipótesis acepta que la participación conjunta de las siguientes condiciones determina los estados afectivos. 1 Vulnerabilidad biológica, 2 Historia personal del paciente, 3 Desencadenantes psicosociales, 4 Condición fisiológica general, 5 Rasgos y organización de la personalidad.^{6, 11} Según esta teoría la depresión se originada por un desequilibrio de los neurotransmisores, las primeras hipótesis biológicas valorables fueron la de la deficiencia catecolamínica, la hipótesis de deficiencia catecolamínica se basaba en la observación de que muchos fármacos con efecto estimulante-antidepresivo (DOPA, anfetaminas, salbutamol, antidepresivos tricíclicos) tenían un efecto activador de la noradrenalina y aumentaban la concentración sináptica de este neurotransmisor, mientras que otras sustancias que producían depleción de noradrenalina (reserpina, alfametildopa, propanolol, alfametilparatirostina) producían síntomas depression-like. Esta hipótesis postulaba, en síntesis, que la depresión sería el resultado de un déficit central de noradrenalina, y que la manía podría deberse a un exceso cerebral de este neurotransmisor. Años más adelante la hipótesis indolamínica refería que el déficit cerebral de serotonina (5-HT) era responsable de la enfermedad depresiva, basándose en el hallazgo de que la utilización como antihipertensivo de la reserpina, alcaloide que vacía los depósitos intraneuronales de 5-HT, provocaba depresión en un porcentaje elevado de pacientes hipertensos; por otro lado, fármacos que aumentaban la 5-HT sináptica, como la 5-hidroxitriptamina (5-HTP), el l-triptófano (TRP) o algunos antidepresivos tricíclicos y los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) mejoraban la sintomatología depresiva.^{12, 13} En los últimos años, la

investigación científica ha demostrado que algunas enfermedades físicas pueden acarrear problemas mentales. Enfermedades tales como los accidentes cerebro vasculares, los ataques del corazón, el cáncer, la enfermedad de Parkinson y los trastornos hormonales, pueden llevar a una enfermedad depresiva.⁴

Los Factores de Riesgo para depresión se subdividen en biológicos, psicológicos y sociales:

Biológicos:

- Antecedentes psiquiátricos o de enfermedades crónicas, graves ó terminales
- Muerte
- Complicaciones gineco-obstétricas previas.

Psicológico:

- Abandono temprano de los padres o de figuras significativas,
- No desear el embarazo.
- Percepción de falta de apoyo de la pareja.
- Antecedentes de violencia o ataque sexual

Sociales:

- Estatus social
- Ocupación
- Escolaridad (sabe leer y escribir, primaria, secundaria, bachillerato, universidad)
- Estado civil (casada, soltera, divorciada, unión libre, viuda)
- Posición y estabilidad económica (adquirir deudas o pérdida de alguna propiedad)
- Cultural
- Cambio de domicilio (de ella o algún familiar)
- Eventos laborales (cambio de empleo, despido o pérdida del empleo)
- Redes de apoyo social (contar con la ayuda de familiares cercanos).^{14, 15}

Se sabe que la depresión afecta a la mujer en una frecuencia casi al doble que en el hombre, los factores hormonales han sido las condiciones que explican este comportamiento.^{16, 17} En particular, los cambios del ciclo menstrual, el embarazo, el puerperio, la premenopausia y la menopausia. En realidad, aún no se conocen con exactitud las causas de la depresión por las diversas etapas de vida de la mujer, sin embargo hasta el momento la mayoría de los estudios señalan una estrecha relación entre los aspectos psicodinámicos, de aprendizaje-conductual y psicobiológicos antes señalados.¹⁵

Es así como la presión cultura que se asigna a la mujer en múltiple roles: madre, esposa, hija, trabajadora, proveedora, cuidadora, etc., algunas mujeres tienen una mayor carga de responsabilidad por ser madres solteras. Ahora bien el aspecto hormonal tiene también una importancia indiscutible, las variaciones del carácter en la mujer suelen tener relación con el ciclo hormonal menstrual, cuando los niveles de estrógenos están más elevados, la mujer se encuentra mucho mejor física y anímicamente, así como sexualmente más receptiva. Sin embargo en los días siguientes a la ovulación y anteriores a la menstruación (cuando los niveles

estrógenos descenden) experimenta una serie de cambios contrarios a los antes señalados. Un estudio reciente del Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH por su sigla en inglés) demostró que las mujeres predispuestas a padecer del síndrome premenstrual severo se alivian de sus síntomas físicos y anímicos (por ejemplo depresión) cuando se les suprime sus hormonas sexuales con una medicación. Si se deja de dar dicha medicación, las hormonas se reactivan y al poco tiempo los síntomas vuelven. Por otro lado, las mujeres que no presentan síndrome premenstrual, la supresión temporal de las hormonas no les produce ningún efecto.^{18, 19}

Antiguamente se pensaba que el embarazo, protegía a mujeres contra la depresión,²⁰ sin embargo los estudios de psicopatología prenatal han determinado que la depresión prenatal es un predictor de depresión posparto, encontrado que en el 23 % de las mujeres con depresión posparto había iniciado sus síntomas durante el embarazo.²¹

El DSM IV señala algunas circunstancias que provocan una experiencia estresantes, entre estas se encuentra la gestación, debido a que la mujer se ve expuesta a una serie de molestias causadas por los cambios biológicos propios del embarazo (nauseas, vértigo, alteraciones en el apetito, incremento del peso y deformación maternal), sociales al verse en la necesidad de modificar su modo de vida cotidiano ya que requiere asistir periódicamente al médico, sufrir exploraciones y realizarse pruebas y psicológicas al tener la responsabilidad de ser responsable de un nuevo ser en formación. Todo esto incrementa la tensión emocional, sobre todo en aquellas mujeres que trabajan o realizan otras actividades sociales y familiares.^{20, 24}

Desde el punto de vista hormonal la fisiopatología de la depresión durante el embarazo, también involucra las variaciones hormonales, de manera normal el eje hipófisis-hipotálamo-gonadal es el encargado de producir hormonas liberadoras de gonadotropinas (FSH y LH), las cuales actúan a nivel gonadal (ovarios). Sin embargo durante el embarazo este eje sigue produciendo FSH y LH, las cuales encuentran bloqueado su órgano blanco (ovario). Lo que provoca que estimulen otros tejidos tanto adenohipofisarios como extrahipofisarios, lo que estimula la producción de neurotransmisores (adrenalina, noradrenalina, serotonina, dopamina), el desequilibrio de estos es lo que explica la mayor vulnerabilidad de alteraciones a nivel emocionales en la mujer embarazada.¹⁰

La depresión en el embarazo tiene consecuencias serias en diversos ámbitos, ya que conlleva a conductas poco saludables, tales como no buscar atención prenatal temprana, conductas de riesgo como mayor tendencia a fumar, ingerir alcohol y otras sustancias de abuso ó bien presentar una excesiva preocupación por el embarazo y por su capacidad para realizar el papel de madre. Todas ellas son distorsiones cognitivas que afectan la capacidad de toma de decisiones y llevan a la toma de comportamientos impulsivos y de riesgo de auto agresión.^{14, 20, 22, 23}

En el posparto el nivel de estrógenos también descende considerablemente, lo que explica la frecuente depresión que muchas mujeres presentan después del nacimiento de un bebé. Diferentes estudios han demostrado que en el puerperio

se producen también situaciones de hipotiroidismo o hipertiroidismo, que pudieran explicar la sintomatología depresiva. Sin embargo la presencia de otras exigencias sociales y personales están involucradas, como podría ser la responsabilidad de cuidar de una nueva vida, los cambios y malestar físico, pasar a un segundo plano en la relación familiar, etc. pueden llevar a una depresión de posparto. Esto explica que las madres comúnmente presenten periodos pasajeros de tristeza, pero se debe tener en cuenta que un episodio depresivo severo no es normal y requiere tratamiento.

El tratamiento de la depresión requiere no solo un médico sensible, sino además el apoyo emocional de la familia son de importancia vital para que la nueva madre recupere su bienestar físico y mental.

El embarazo supone un proceso de adaptación que pondrá a prueba las capacidades de la mujer con implicación de factores biológicos, psicológicos, culturales y psicosociales. Es una etapa en la que hay un conflicto de intereses entre las necesidades y aspiraciones individuales y la obligación de asumir una nueva responsabilidad, que en principio deteriora esos deseos. Igualmente, pueden surgir dudas sobre la capacidad personal para ejercer los cuidados que el recién nacido necesita, por lo que hay una mayor predisposición para producir estrés psicológico, lo que a su vez determina que sea una etapa de mayor vulnerabilidad para la posible aparición de ansiedad y depresión. En la sociedad actual, los diferentes papeles de la mujer con una mayor exigencia en el mercado laboral, que en muchas ocasiones no incluyen la perspectiva de ser madre, pueden facilitar una sobrecarga psicológica. A veces, la vivencia del papel de madre como único posible predispone a estrés, debido al miedo a la pérdida del hijo. Los embarazos no deseados suponen un riesgo elevado de complicaciones, por lo que precisarán un seguimiento especial, incluso en el posparto, ya que puede ser necesaria una valoración psiquiátrica, así como un seguimiento de tipo social preventivo.

La depresión es más frecuente en el tercer trimestre ya que es aquí es donde se presenta una mayor elevación de los niveles plasmáticos de hormonas, alcanzando su punto máximo antes del trabajo de parto, estas fluctuaciones se asocian con ideas delirantes y suicidas. Es motivo de ingreso hospitalario, incluso involuntario, por riesgo para la madre. Si se ha presentado depresión anteriormente, el riesgo de desarrollar un trastorno depresivo mayor a lo largo de la gestación se encuentra entre el entre el 25-50%.²⁰

La depresión materna no tratada se ha relacionado aunque no de manera causal directa con: aborto espontáneo, perímetro cefálico bajo, bajo puntaje de APGAR al nacimiento y mayor necesidad de cuidado neonatal especial, retardo en el crecimiento intrauterino, hipertensión arterial gestacional, preeclampsia, partos prematuros.^{20, 23}

Aproximadamente el 15% de la población en general experimenta un episodio de depresión mayor en algún momento de su vida. La depresión es frecuentemente

subdiagnosticada y frecuentemente es tratada inadecuadamente. Alrededor de 15% de pacientes cuya depresión no ha sido tratada cometerá suicidio, la mayoría de estos paciente habrá solicitado ayuda médica apenas un mes previo a su muerte. La edad de la gestante, la existencia de antecedentes personales, familiares, el escaso o limitado apoyo social y tener más hijos son factores de riesgo para desarrollar mayor depresión y resistencia al tratamiento.

La sintomatología depresiva ha sido tamizada a través del uso de diversas escalas: escala de depresión postnatal de Edimburgo, inventario de depresión de Beck, escala de tamizaje de depresión posparto y escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos. Todas estas escalas han mostrado una alta especificidad en cuanto al diagnóstico de depresión mayor en mujeres embarazadas, la sintomatología depresiva que miden estas escalas tienen un significado clínico evidente cuando se considera el grado de peso de enfermedad que representa y los problemas de salud que se asocia.¹⁴

Uno de los instrumentos más empleados para la evaluación de los síntomas depresivos es la Escala de Depresión de Beck. Una de sus ventajas es su tiempo de aplicación de 5-8 minutos, es una escala tipo likert integrada por 21 reactivos, cada uno tiene la posibilidad de cuatro posibles afirmaciones, de las cuales solo una tienen que ser seleccionada, en relación a la forma en la que se ha sentido el paciente en la última semana. Estas afirmaciones reflejan la severidad del malestar producido por los síntomas depresivos y se califican de 0 (mínimo) a 4 (severo). La puntuación total de la escala se obtiene sumando los 21 reactivos, siendo 0 la mínima puntuación y 64 la máxima a obtener. Obteniendo una puntuación de 0-9 refleja la ausencia; de 10-16 indica depresión media; de 17-29 refleja depresión moderada y puntuaciones de 30-63 indican depresión severa. Sus contenidos exploran los componentes cognitivos de la depresión, ya que estos síntomas representan el 50 % de la puntuación total del cuestionario. Los síntomas de tipo somático/ vegetativo son los contenidos que ocupan el segundo bloque de mayor peso. De los 21 ítems, 15 hacen referencia a síntomas psicológico-cognitivos y los 6 restantes a síntomas somático-vegetativos.²⁵

La consistencia interna de esta escala fue elevada (alfa de Cronbach= 0.87), resultado que es congruente con lo reportado en otros estudios realizados con muestras de sujetos no psiquiátricos en Norteamérica y Europa (rango de 0.73 a 0.92). Se obtuvo la validez concurrente correlacionando las puntuaciones obtenidas en la Escala de Depresión de Beck y las puntuaciones de la subescala de depresión del SCL-90. La correlación entre estos dos instrumentos fue significativa ($r=0.68$ y $p < 0.000$).²⁵

Ser pareja es crear una relación vincular que permita a cada uno seguir siendo uno, pero al mismo tiempo dejar un espacio para permitir la entrada de otro, el cual es tan diferente de sí mismo y por esta razón se aprecia como valioso. La unión de cada pareja es con la intención de construir una familia y perdurar en el tiempo, la cual posee funciones y tareas específicas y vitales para el funcionamiento adecuado de esta nueva familia. Dentro de las características más

importantes en la formación de una pareja requiere de la complementariedad, la cual hace referencia a que cada miembro de la pareja debe desarrollar pautas que apunten la acción del otro haciendo que sus acciones se complementen y la acomodación mutua en donde cada uno debe de ceder parte de su individualidad para ganar pertenencia.

La llegada de un hijo en la mayoría de las parejas produce cambios, pero se notan más cuando es el primer hijo, ya que modifica tiempos y horarios de las actividades como, hora de alimentos, horas de descanso, tiempo de trabajo, tiempo de compartir con la pareja. Ante la llegada del primer hijo transforma a la gente en egoísta la cual no está dispuesta en compartir con un extraño lo que ha conseguido. Con el nacimiento del primer hijo, la pareja alcanza un nivel más complejo de funcionamiento familiar.²⁶

El apoyo que se percibe entre uno y otro miembro de la pareja, es una variable que tiene un papel positivo sobre el ajuste del cuidado de la salud, tanto personal como en la vinculación con los demás en este sentido su análisis cobra importancia en el estudio de las relaciones interpersonales y sobre todo en la relación de pareja por ser esta, el pilar de la familia. Pese a su gran importancia como un aspecto de salud mental, psicológica y emocional, su estudio es relativamente reciente. El vínculo que existe entre apoyo y necesidad emocional da la impresión de ser la dinámica que se juega en toda relación de pareja. En esta las emociones que la invaden generan y un involucramiento que promueve un deseo interno y voluntario encaminado a buscar la protección del otro; además, con esa relación sentimental, ambos miembros contribuyen al bienestar y desarrollo del otro (Montagu, 1975), tanto física, emocional, espiritual y social como cognoscitivamente (Díaz-Guerrero, 1994), mediante la expresión física de afectos y cuidados (Sánchez, 1995).

De tal modo, el apoyo entre esposos guía la satisfacción de necesidades y permite responder mejor hacia los eventos estresantes de la vida; lo que a su vez puede contribuir a mejorar la intimidad y la cercanía entre los miembros de la pareja. Saitzyk (1997) define el apoyo como aquellas conductas entre los miembros de una relación que intentan promover o mejorar la competencia adaptativa del cónyuge que necesita o solicita ayuda, ya sea en un periodo corto, mientras dura una crisis, o cambios de vida o los estresores a largo plazo. Díaz-Guerrero (1986) señala que, cuando un individuo percibe cierto grado de dificultad para afrontar obstáculos (como crisis, problemas laborales o en relación con el cónyuge) busca en general apoyo emocional en el seno familiar y sobre todo en aquella persona que para él desempeña un papel significativo desde su escala de valores y nivel de confianza.

La familia constituye un punto de referencia de identificación y de apoyo (Ackerman 1969). Beavers y Hampson (1995) refieren que, como nacemos y vivimos en un grupo social-la familia-, esta es el soporte emocional y social de un individuo (Espejel 1996). Cuando no se tienen este soporte, el ser humano tiende a enfermarse emocionalmente, así como al vaciamiento y distanciamiento social.

Para Cohen y Wills (1985) existen cuatro tipos de apoyo que se brinda una pareja: el apoyo puramente informacional, el apoyo instrumental, el apoyo de compañía y el apoyo moral (de estima), de los cuales los dos primeros son estilos de apoyo instrumental porque proporcionan conocimiento. En cambio, los dos últimos estilos de apoyo son de tipo emocional porque le proporcionan confort y tranquilidad a la persona que solicita o necesita el apoyo.

Algunos investigadores-por ejemplo: Newcombs (1990), Saranson y Shearin (1986), y Siegler (1997)-piensan que la influencia de la personalidad del esposo y la esposa son determinantes en las interacciones del apoyo social marital. Recientemente, estos investigadores han destacado que la red de apoyo social no emerge independientemente del individuo y sus alrededores.

El inventario de percepción de apoyo en las parejas, es un instrumento tipo lickert conformado por 59 reactivos, de los cuales 36 se refieren al apoyo positivo, 15 al apoyo expresado y 8 al apoyo negativo o no apoyo. Los contenidos del inventario son los siguientes:

Apoyo positivo: Alude aquellas conductas destinadas a dar soporte emocional al otro miembro de la relación cercana, a través de proporcionarle protección, brindarle seguridad, afecto y amor cuando este se encuentre en momentos difíciles, aumentando con esto la comunicación entre ellos.

Apoyo expresado: Se refiere a aquellas conductas destinadas a ayudar al otro miembro de la relación cercana a buscar solución a sus conflictos, expresándole directamente su afecto, amor, seguridad y soporte, mejorando con esto la comunicación entre ellos.

Apoyo negativo: Se refiere a aquellas conductas destinadas a no apoyar al otro miembro de la relación cercana, cuando este atraviere por momentos difíciles, por medio de comunicarse con su pareja hostilmente, enjuiciamiento, crítica, dureza, evitación, rechazo y/o indiferencia.

Para su validación se realizó un análisis factorial de componentes principales de donde se obtuvieron 3 factores con valor Eigen o propio mayor que 1. Para el primer factor, denominado apoyo positivo, resulto de 22.574; para el segundo, apoyo expresado, fue de 7.618, y para el tercero, apoyo negativo, fue de 6.400. La varianza acumulada fue de 56.28. Las dimensiones obtenidas mostraron coeficientes de confiabilidad alfa de Cronbach robustos. Para apoyo positivo (apoyo que me da mi pareja) fue de 0.9712, para apoyo expresado fue de 0.9637 y para apoyo negativo fue de 0.8211, que confirman la estabilidad teórica y empírica de los elementos que componen el "apoyo".²⁷

Antecedentes científicos

La palabra melancolía era conocida por los griegos, quienes pensaban que la presencia de la bilis negra la causaba. Los romanos usaban el vocablo latino tristitia como su equivalente. Los escritores cristianos de la Edad Media distinguían dos tipos de desesperación, aquella que proviene de Dios y la que es causada por el mundo. Pinel en 1801 realizó una descripción detallada del melancólico.

En 1845 Griesinger fue el primero que llevó una detallada descripción de la depresión, observó las vagas manifestaciones tempranas y el papel que estas juegan en el desarrollo de otras formas de enfermedad mental. Kraepelin (1925) separó los diferentes complejos sintomáticos y redujo la psicosis a dos divisiones a enfermedades maniacas depresivas y demencia precoz. Lange (1928), fue el primero que llamó la atención sobre las depresiones que se desarrollan como resultado de la angustia de vivir. El término depresión neurótica fue adoptado por Guillespie.

A partir de entonces comenzó a utilizarse la designación de depresión endógena. En 1917 Freud publicó unos trabajos escritos “duelo y melancolía” en el cual señala que la depresión es el modo de reaccionar a la pérdida de un objeto ambivalente y su introyección, la parte hostil se manifiesta en el odio y el sadismo entra en contra del yo. Es importante hacer notar que la mayoría de los autores pensaban en la depresión como cuadro clínico, pero Melanie Klein (1921-1945) al tomar un nuevo enfoque teórico y crea la posición depresiva como esencial en el desarrollo del ser humano²⁸. En el 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”.

La depresión es una condición frecuente en el embarazo, por lo menos tan frecuente como en las mujeres que no están embarazadas. En revisiones de estudios publicados sobre su prevalencia muestran, por medio de entrevistas estructuradas, tasas de 2 a 21% de depresión mayor que llegan a 38% en mujeres de bajo nivel socioeconómico y las escalas de síntomas varían entre 8 y 31%.¹⁴

Cantoral y colaboradores realizaron un estudio en la UMF 21 donde se utilizó la escala de Depresión de Beck encontrando que el 34% correspondió a la depresión media seguido de un 9% la depresión moderada y un 5% de la severa, el 52% restante se señala sin depresión. Con una frecuencia estimada del 48% con depresión en los diversos grados presentada. En cuanto a la edad promedio de las mujeres incluidas en el estudio fue de 28 años, siendo la menor de las participantes de 18 años y la mayor de 38 años. En cuanto a las semanas de gestación se observó un promedio de 21.5 semanas de gestación siendo la menor de 4 semanas y la mayor de 39 semanas. Antes de las 18 semanas se observó una depresión del 36 % y del 64 % posterior a las 18 SDG.

En base a lo reportado por Ortega y Morales, Lara y colaboradores realizaron un estudio en México a 300 mujeres embarazadas, a través de la aplicación de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos, en la cual

encontraron que 30.7% de ellas presentaban sintomatología depresiva y 59% menciono haber padecido estos síntomas en el pasado. Respecto a las variables de intervención se encontró nivel de escolaridad de primaria (14.67%), secundaria (31.67%), preparatoria (35.66%) y licenciatura (18%). Referente al estado civil se encontraron casadas (52.67%), Unión libre (31.33%), soltera (15%), Divorciada)1%). En relación a la ocupación señalaron desarrollar actividades fuera del hogar (35%) y dentro del hogar (65%). Con respecto al número de embarazo eran primigesta (48.7%) y tenían más de un embarazo (51.3%). En cuanto a la edad de gestación 5% cursaban el primer trimestre, 31.67% el segundo y 63.3% el tercero. El 51% de las embarazadas estudiadas refirieron haber planeado el embarazo y solo 49% señalaron no haber planeado el embarazo. ¹⁴

Planteamiento del problema

Justificación.

Sin duda alguna podemos afirmar que la depresión es un problema de salud pública mundial, cuyo diagnóstico con demasiada frecuencia pasa desapercibido, tanto en la población general como por grupos específicos de edad.

Situación que es más aparente durante el embarazo, etapa fisiológica de la mujer, que tradicionalmente y de manera errónea había sido considerada como una fase que le ofrece protección ante las perturbaciones emocionales.

Esta idea directamente ha provocado que el personal de atención a la salud, no tenga el cuidado de realizar la búsqueda intencionada de esta patología en las embarazadas a su cargo, lo que retrasa no solo su diagnóstico, sino de manera más grave su manejo.

La evidencia científica señala que los estados depresivos durante el embarazo tienen una elevada relación con los cambios hormonales y las condiciones culturales, que conducen a la mujer a tener un menor cuidado de su salud, así mismo se ha relacionado con la aparición de complicaciones prenatales y postnatales.

En la actualidad, se ha identificado que las principales causas de morbilidad y mortalidad materno infantil son prevenibles a través de la atención prenatal temprana, que permita identificar los principales riesgos de tipo obstétrico y perinatal, así como la detección oportuna de las complicaciones para un adecuado tratamiento o referencia oportuna.

Durante el embarazo se ha detectado que las mujeres están en riesgo de padecer depresión principalmente en el primer trimestre de gestación, desafortunadamente en la UMF 94, el 49% de las embarazadas acuden a control prenatal en el tercer del trimestre, el 31% durante el segundo trimestre y el 20% durante el primer trimestre, condición que dificulta la detección oportuna e imposibilita brindar una atención de calidad.

Planteamiento de la pregunta de investigación.

Sin embargo no se han identificado las causas que originan que la embarazada demande atención prenatal de manera tardía. Considerando la evidencia científica suponemos que es posible que la depresión pudiera estar condicionando este comportamiento.

Así mismo se reporta que el deseo previo de embarazo y la percepción de apoyo brindado por la pareja, pudieran influir sobre el estado emocional de la embarazada. Ante la situación y con el propósito de incrementar la calidad de la atención prenatal surge la siguiente pregunta de investigación

¿Es diferente la percepción de apoyo brindado por la pareja y el deseo de gestación expresado por embarazadas con depresión y sin depresión?

Objetivos del estudio

General

Comparar la percepción de apoyo brindado por la pareja y deseo de gestación expresado por embarazadas con depresión y sin depresión.

Específicos

1. Identificar la frecuencia de depresión en embarazadas
2. Determinar la percepción que la embarazada con y sin depresión tiene acerca del apoyo que le brinda su pareja
3. Determinar el deseo de gestación en embarazadas con y sin depresión.

Hipótesis del estudio

Las embarazadas no deprimidas expresan con mayor frecuencia el deseo de gestación y perciben como positivo el apoyo que les brinda su pareja, en comparación con el deseo de gestación expresado y la percepción de apoyo brindado por las parejas de las embarazadas deprimidas.

Identificación de las variables

Variable independiente.- Deseo de gestación y percepción de apoyo brindado por la pareja.

Variable dependiente.- Depresión

Variabes de intervención.- Edad, estado civil, escolaridad, ocupación, paridad y trimestre del embarazo.

Definición conceptual y operacional de las variables Ver anexo 1

Diseño del estudio

Observacional, comparativo, transversal y prolectivo.

Universo de trabajo

Embarazadas

Población de estudio

Embarazadas derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social

Muestra de estudio

Embarazadas derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social adscritas a la UMF 94

Determinación estadística del tamaño de la muestra

Con la ayuda del programa estadístico EPI INFO 6 y considerando una población de 1118 embarazada, una prevalencia esperada para depresión de 30%, nivel de confianza de 99%, poder de 80% y peor esperado de 16.7%, se calcula una muestra de 155 embarazadas.

Tipo de muestreo

Se utilizo muestreo de tipo no probabilístico por conveniencia

Criterios de selección de la muestra

Inclusión

- Mujeres con diagnóstico de embarazo y pareja actual
- Acepten participar bajo consentimiento informado
- Sepan leer y escribir
- Se encuentren en cualquier trimestre del embarazo
- Contesten completamente el cuestionario
- Sin enfermedades crónico-degenerativas o enfermedades terminales
- Sin antecedentes previos de aborto, embarazo ectópico, óbito, productos prematuros o de bajo peso y muerte perinatal
- Sin antecedentes previos de trastornos psiquiátricos.

No inclusión: No aplican

Procedimiento para integrar la muestra

El investigador responsable acudió a las pláticas de trabajo social e invito de forma personalizada a participar a todas las embarazadas usuarias que se encontraban en las pláticas de Trabajo Social de la UMF 94, durante los meses de marzo a julio, se les explico el objetivo del estudio y la importancia de su participación. A quienes aceptaron a participar se les expidió su aprobación a través del consentimiento informado.

Procedimiento para recolectar la información

Una vez que aceptaron se les explico la forma de responder a la escala de Beck y el inventario de apoyo percibido por la pareja, al principio de estos instrumentos se incluyo una serie de preguntas cerradas que identifican las variables universales e intervinientes. En caso de duda el investigador brindo asesoría individual e inmediata. Se informo el resultado de estas encuestas en el caso que presento depresión severa de forma personalizada, marcando al número telefónico proporcionado por la participante.

Descripción de los instrumentos

Los instrumentos utilizados en nuestro estudio fueron mencionados previamente en el marco teórico son:

Inventario de Depresión de Beck Ver anexo 2

Es un instrumento de auto aplicación, que consta de 21 ítems con 4 alternativas de respuesta para cada uno de ellos. La puntuación total de la escala se obtiene sumando los 21 reactivos, siendo 0 la mínima puntuación y 64 la máxima. Puntuación de 0-9 indica ausencia de depresión, 10-16 depresión media, de 17-29 depresión moderada y de 30-63 depresión severa.

Inventario de apoyo percibido por la pareja (IAPP) Ver anexo 3

Es un instrumento de auto aplicación, tipo Lickert con cinco alternativas de respuestas. Consta de 59 reactivos (36 exploran el componente de apoyo positivo, 15 al componente del apoyo expresado y 8 al componente del apoyo negativo). El punto de corte para cada componente es diferente en cada componente; se obtiene al multiplicar el número total de reactivos por 3.

- ✓ Apoyo positivo se explora a través de las preguntas 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 28, 29, 31, 32, 33, 34, 36, 37, 40, 41, 42, 43 y 44, lo que da un total de 36 reactivos que multiplicados por 3 dan 108, de tal manera que puntuaciones por arriba de esta cifra indican que el apoyo positivo satisfactorio y por debajo que el apoyo positivo es insatisfactorio.
- ✓ Apoyo negativo, se investiga a través de las preguntas: 9, 14, 19, 27, 30, 35, 38, 39. En total son 8 reactivos $8 \times 3 = 24$ puntajes por arriba de 24 puntos indica apoyo negativo disfuncional y por debajo funcional.

- ✓ Apoyo expresado, representado en los reactivos que van del número 45 al 59, en total son $15 \times 3 = 45$; puntajes por arriba de 45 puntos indica que el apoyo expresado es funcional y por debajo que este apoyo es disfuncional.

Análisis estadístico de la información

Hi: Las embarazadas no deprimidas expresan con mayor frecuencia el deseo de gestación y perciben como positivo el apoyo que les brinda su pareja, en comparación con el deseo de gestación expresado y la percepción de apoyo brindado por las parejas de las embarazadas deprimidas.

Ha: Las embarazadas no deprimidas expresan con menor frecuencia el deseo de gestación y perciben como positivo el apoyo que les brinda su pareja, en comparación con el deseo de gestación expresado y la percepción de apoyo brindado por las parejas de las embarazadas deprimidas.

Ho: Las embarazadas no deprimidas expresan con igual frecuencia el deseo de gestación y perciben que el apoyo que les brinda su pareja es igual al brindado por las parejas de las embarazadas deprimidas.

Elección de prueba estadística: Se utilizó estadística inferencial para identificar la influencia de las variables independientes sobre la variable dependiente. De acuerdo al tipo de estudio, se utilizó para la variable independiente de tipo nominal chi-cuadrado y para la variable independiente de tipo ordinal utilizó Kruskal Wallis.

Decisión estadística: La Ho fue aceptada ya que la p experimental obtenida mediante estas pruebas fue mayor de 0.05.

Consideraciones éticas

Nuestra investigación tomó en consideración la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos leyes y los lineamientos del Instituto Mexicano del Seguro Social en material de investigación.

Resultados

La muestra se conformo por 155 embarazadas derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar 94. Posterior a la aplicación del instrumento de Beck la muestra se subdividió en 2 grupos: embarazadas con depresión 39 (25%) y sin depresión 116 (75%).

La edad promedio de las embarazadas con depresión fue de 27.5 años (d.s \pm 5.98 y rango de 16-38), en tanto que el promedio de las embarazadas sin depresión fue de 26.7 años (d.s. \pm 6.29 y rango de 15-42). Al aplicar la prueba t de Student no se encontró que esta variable presentará significancia estadística (p0.71) sobre la presencia de depresión.

El *cuadro I* muestra el comportamiento de las variables intervención en relación a la presencia o no de depresión. En ambos grupos el estado civil de casada fue el más frecuente, llama la atención el alto porcentaje de mujeres sin depresión que refirieron unión libre. Al realizar la prueba de Chi cuadrada esta variable no resulto significativa (p0.64).

El nivel de escolaridad referida bachillerato fue el más frecuente en ambos grupos. Al emplear la prueba de Chi cuadrada esta variable resulto significativa (p0.008).

En lo referente a la ocupación que desempeña en la actualidad en el grupo de embarazadas con depresión destaco el hogar, en el grupo de embarazadas sin depresión predomino ser empleada. Al utilizar la prueba de Chi cuadrada esta variable no resulto significativa (p0.22).

CUADRO I. Comportamiento variables de intervención y depresión durante el embarazo.

Variables		Embarazadas			
		Con depresión n= 39		Sin depresión n= 116	
		n	%	n	%
Estado civil ¹	Soltera	5	12.82	17	14.66
	Casada	19	48.72	59	50.86
	Unión libre	15	38.46	40	34.48
Escolaridad ²	Primaria	5	12.82	3	2.59
	Secundaria	12	30.77	27	23.28
	Bachillerato	13	33.33	37	31.90
	Técnica	3	7.69	16	13.79
	Universidad	6	15.38	33	28.45
Ocupación ³	Hogar	20	51.28	46	39.66
	Comercio	0	0	1	0.86
	Empleada	19	48.72	69	59.48

Fuente: Encuesta a derechohabientes de la UMF 94 Año 2008
Prueba de Chi cuadrada ¹ (p0.64), ² (p0.008), ³ (p0.22)

El *cuadro II* relaciona la paridad con la depresión, en ambos grupos el comportamiento respecto a la paridad de 1 a 2 hijos fue similar, lo que estadísticamente se corroboró estadísticamente con prueba de Chi cuadrada (p0.15).

Cuadro II. Número de hijos y presencia de depresión

Paridad ¹	Número de hijos	Embarazadas			
		Con depresión n= 39		Sin depresión n= 116	
		n	%	n	%
	1	15	38.46	60	51.72
	2	15	38.46	36	31.03
	3	5	12.82	14	12.07
	4	3	7.69	4	3.45
	5	1	2.56	2	1.72

Fuente: Encuesta a derechohabientes de la UMF 94 Año 2008 Prueba de Chi-cuadrada ¹ (p0.15)

El *cuadro III* muestra el trimestre de gestación en relación con la presencia de depresión, como puede observarse el mayor porcentaje de las embarazadas incluidas en el estudio cursaban con el 2º trimestre de gestación, no encontrando diferencias estadísticamente significativas al relacionar la edad gestacional con la presencia de depresión (p0.12) con Kruskal Wallis.

Cuadro III. Relación de trimestre de gestación y depresión

Trimestre de gestación ¹		Embarazadas			
		Con depresión n= 39		Sin depresión n= 116	
		n	%	n	%
	Primer	6	15.38	16	13.79
	Segundo	19	48.72	55	47.41
	Tercer	14	35.90	45	38.79

Fuente: Encuesta a derechohabientes de la UMF 94 Año 2008 Prueba Kruskal Wallis ¹ (p0.12)

El *cuadro IV* presenta la percepción que se tiene del apoyo brindado por la pareja entre las embarazadas con y sin depresión. En ambos grupos el apoyo negativo fue el más descrito por las entrevistadas. De la misma manera llama la atención que las embarazadas con depresión refirieron en menor porcentaje percepción de apoyo positivo por parte de su pareja, en tanto que en el grupo de embarazadas sin depresión el menor porcentaje correspondió a la percepción de apoyo expresado. Al emplear la prueba es Kruskal Wallis, esta variable resulto significativa (p0.002).

Cuadro IV. Percepción del apoyo proporcionado por la pareja y depresión

		Embarazadas			
		Con depresión n= 39		Sin depresión n= 116	
		n	%	N	%
Percepción del apoyo de la pareja ¹	Apoyo positivo	9	23.08	46	39.66
	Apoyo expresado	13	33.33	6	5.17
	Apoyo negativo	17	43.59	64	55.17

Fuente: Encuesta a derechohabientes de la UMF 94 Año 2008 Prueba Kruskal Wallis ¹ (p0.002),

El *cuadro V* nos presenta el deseo de gestación expresado por las participantes en el estudio y la presencia de depresión. Porcentualmente se expreso un mayor deseo de embarazo en las mujeres sin depresión, lo que se corroboró con prueba de Chi cuadrada (p0.00).

Cuadro V. Deseo de gestación y depresión

Deseo de gestación		Embarazadas			
		Con depresión n= 39		Sin depresión n= 116	
		n	%	n	%
	Si	28	71.79	105	90.52
	No	11	28.21	11	9.48

Fuente: Encuesta a derechohabientes de la UMF 94 Año 2008 Prueba de Chi-cuadrada ¹ (p0.0)

Análisis de resultados

La edad promedio de las embarazadas incluidas en ambos grupos de estudio, fue similar a la reportada en la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva (ENSAR) 2003, presentándose en la actualidad un promedio alrededor de los 25 años.²⁹

El estado civil casada fue más frecuente en los dos grupos, tal vez debido a las características de la institución donde se realizó el estudio, que exige esta condición social como requisito de aseguramiento de la seguridad social considera a las mujeres principalmente como beneficiarias del trabajador varón a través de comprobar ser esposas o concubinas.³⁰

Es importante resaltar que el nivel de escolaridad referido por las embarazadas, fue superior a la escolaridad reportada a nivel nacional, lo que pudiera indicar que las participantes en nuestro estudio tienen una mayor accesibilidad a los sistemas escolarizados, este mismo comportamiento fue reportado por Lara y cols en un estudio y población similar a la nuestra.^{14,31} El nivel de escolaridad es una variable que se manifiesta de forma significativa en relación con la depresión, lo cual se puede contrastar en los trabajos realizados por Chacón y cols. (2000), Canaval y cols. (2000), donde se pone de manifiesto que a menor nivel de estudios mayor es el índice de depresión.³⁴

Aún cuando la ocupación no pareció influir con la presencia ó no de depresión, llama la atención que un alto porcentaje de embarazadas sin depresión realizaban actividades remuneradas. Resultado que contrasta con lo reportado por Lara y Cols, donde existió un mayor porcentaje de depresión entre mujeres con ocupación fuera del hogar.¹⁴

La paridad promedio encontrada fue de 1-2 hijos, comportamiento acorde a lo reportado por el Consejo Nacional de Población (CONAPO). Instancia que asocia esta situación con factores educativos y de mayor participación económica de la mujer en el mercado laboral.³¹

El mayor porcentaje de depresión se encontró en el segundo trimestre de gestación, tal vez debido a que es el trimestre donde muchas de las expectativas o ilusiones asociadas con la gestación se convierten en realidades expresadas con los cambios biológicos, sociales y afectivos que traen consigo el embarazo. Un comportamiento similar a nuestros resultados fue reportado por Cantoral y colaboradores.¹⁴

La percepción de apoyo brindado por la pareja resulto ser una variable que influyo sobre el desarrollo de depresión. Aún cuando la percepción de apoyo negativo fue la más referida en los grupos. Neff y Karney, señalan que las esposas perciben

más el apoyo negativo de sus conyugues sobre todo cuando se encuentran bajo situaciones de estrés. ³² Tal vez la significancia de esta variable se deba a que las embarazadas sin depresión percibieron más frecuentemente apoyo positivo.

En lo referente al “deseo de gestación” en ambos grupos se registro presente, lo cual se puede contrastar con lo reportado por Langer³³, quien encontró que los embarazos no deseados son especialmente comunes en adolescentes, mujeres solteras y mayores de 40 años, con escasos recursos y bajo nivel educativo, apoyando a lo encontrado en nuestra población de estudio.

CONCLUSIONES.

En base al comportamiento de las variables intervención en relación a la presencia o no de depresión no se encontró diferencias significativas en función de la edad, estado civil, ocupación, paridad y trimestre de gestación.

La presencia o ausencia de depresión en gestantes se encuentra influida por el nivel de escolaridad, ya que aquellas mujeres con estudios primarios presentan mayor índice de depresión.

El apoyo brindado por la pareja, se percibe de forma negativa en aquellas gestantes con depresión.

El deseo de gestación se correlaciona de forma negativa en presencia de depresión.

SUGERENCIAS:

Para poder lograr un óptimo desarrollo en la salud de la mujer gestante, es importante que el médico familiar incluya el área psicológica en busca de trastornos del estado de ánimo, obteniendo un diagnóstico oportuno y así evitar conductas de riesgo durante la gestación.

Este estudio nos permite abrir una línea de investigación acerca de la percepción del apoyo de la pareja, en base a la opinión de ambos géneros durante el embarazo.

BIBLIOGRAFIA:

- 1.- Depresión. Disponible en URL: <http://es.wikipedia.org/wiki/Depresi%C3%B3n>
- 2.- Patiño L. Psiquiatría Clínica. 2º edición; 1990; 173-192.
- 3.- Tierney, J, McPhee S, Papadakis M. Diagnostico clínico y tratamiento 40º, Manual Moderno; 2005; 995-1053.
- 4.- Depresión y subjetividad. Tesis Cabaleiro Ana Paula, Fernández Mugetti Guillermina, Saenz MaríaPaula. Disponible en URL: <http://www.herrerros.com.ar/melanco/tesis8.htm><http://www.herrerros.com.ar/melanco/tesis8.html>
- 5.- Rubistein A, Terrasa S, Durante E, Rubinstein E, Carrete P. Medicina familiar y practica ambulatoria. Editorial Medica Panamericana, 2001; 224-233.
- 6.- Boletín Terapéutico Andaluz. Tratamiento farmacológico de la depresión mayor en atención primaria. 1999; 16; 7-47.
- 7.- Benjet C, Borges G, Medina ME, Fleiz C, Zambrano J. La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. Salud Pública Méx. 2004; 46: 417-424.
- 8.- J.F. Latorre-Latorrea,b, L.M. Contreras-Pezzottic,d y O.F. Herrán-Falla Depresión posparto en una ciudad colombiana. Factores de riesgo. Aten Primaria 2006; 37: 332 - 338
- 9.- Picech AR, Flores LJ, Lanser RA, Elizalde MA. Depresión y Embarazo. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina.2005; 145; 5-8
- 10.- Gómea A. Depresión en el embarazo y el posparto. Síntomas, epidemiología y tratamiento farmacológico. OFFARM 2007; 26
- 11.- Conociendo a la depresión. Ricardo Carmen Manrique. Disponible en URL: <http://www.acosomoral.org/psi17.htm>
- 12.- Causas y frecuencia de depresión post-parto. Alatorre E, Mancilla M, Servin D, Velasco J. Disponible en URL: http://www.medicina.umich.mx/fisio_h/memorias/causas.pdf
- 13.- Depresión biología de los trastornos afectivos. F.A. Pérez Arnau. Disponible en URL: <http://www.herrerros.com.ar/melanco/arnau.htm>
- 14.- Lara M, Navarro C, Navarrete L, Cabrera A, Almanza J, Morales F, y col. Síntomas depresivos en el embarazo y factores asociados en pacientes de tres instituciones de salud en México. Salud Mental 2006; 29; 55-62.
- 15.- Depression during Pregnancy and Early Parenthood Multicultural Health Communication Service. Disponible en URL: <http://mhcs.health.nsw.gov.au>
- 16.- Blehar MD, Oren DA. Gender differences in depression. *Medscape Women's Health*, 1997; 2:3.
- 17.- Revisado de: Women's increased vulnerability to mood disorders: Integrating psychobiology and epidemiology. *Depression*, 1995; 3:3-12
- 18.- Rubinow DR, Schmidt PJ, Roca CA. Estrogen-serotonin interactions: Implications for affective regulation. *Biological Psychiatry*, 1998; 44(9):839-50.
- 19.- Schmidt PJ, Neiman LK, Danaceau MA, Adams LF, Rubinow DR. Differential behavioral effects of gonadal steroids in women with and in those without premenstrual syndrome. *Journal of the American Medical Association*, 1998; 338:209-16.

- 20.- Bonari L, Pinto N, Ahn E, Einarson A, Steiner M, Koren G. Perinatal Risks of Untreated Depression During Pregnancy. *Can J Psychiatry*. 2004; 49; 726-735.
- 21.- Evans J, Heron J, Francomb H, Oke S, Golding J, Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ* 2007; 323; 257- 260.
- 22.- Chung T, Franzcog L, Yip A, Chiu H, Lee D. Antepartum Depressive Symptomatology Is Associated With Adverse Obstetric and Neonatal Outcomes. *Psychosomatic Medicine*. 2001; 63: 830 –834.
- 23.- Salazar LF, Rincón DA. Uso de los antidepresivos en el embarazo y lactancia. *Universitas médica* 2006; 47; 177 -188.
- 24.- Vinaccia S, Sanchez MV, Bustamante EM, Cano EJ, Tobon S. Conducta de enfermedad y niveles de depresión en mujeres embarazadas con diagnóstico de preeclampsia. *Int J Clin Health Psicol*. 2006; 41-51
- 25.- Aipiquian R, Fresan A, Nicolini H. Evaluación de la Psicopatología Escalas en Español. *JGH editores*. 2000; 49-59, 162-167.
- 26.- Eguiluz LL. Dinámica de la familia. Un enfoque psicológico sistemático. 1º edición. Editorial Pax México; 2003; 91 -103
- 27.- Arellano LJ, Atri-Zetune R, Calderón E, Cruz OL, Espinoza-Gómez M; Ojeda GA, Pantaleón GLE y Cols. *Terapia Familiar y de Pareja. Instrumentos de evaluación en terapia familiar y de pareja*. México D.F. Pax, 2006; 131-175
- 28.- Guarnier E. *Psicopatología clínica y tratamiento psicoanalítico*. Porrúa. 1984; 86-97.
- 29.- La fecundidad en México. Niveles y tendencias recientes. Maritza Moreno Santillán, Myrna Muñoz del Valle. Disponible en URL: <http://www.conapo.gob.mx>
- 30.- INEGI, STPS. Base de datos de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo, cuarto trimestre 2005. Disponible en URL: <http://www.inegi.gob.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2006/trabajadoras06.pdf>
- 31.- Condiciones sociodemográficas en México. Disponible en URL: http://www.rolandocordera.org.mx/esta_nac/e_nacio.htm
- 32.- Neff L, Karney B. "Gender Differences in Social Support: A Question of Skill or Responsiveness?" *Journal of Personality and Social Psychology*, 2005, Vol. 88, No. 1, 79-90. Disponible en URL: <http://www.cop.es/delegaci/palmas/biblio/social/social19.pdf>
- 33.- El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe. Disponible en URL: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v11n3/9402.pdf>
- 34.- Fernández L.M. y Sánchez A. La depresión en la mujer gestante y su influencia en el proceso de vinculación afectiva prenatal. Disponible en URL: <http://psi.usal.es/rppsm/PDF/v1n1o1.pdf>.

AMERXOS

ANEXO 1 Tabla de variables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicador	Tipo Variable	Escala medición	Categorías
INDEPENDIENTE:						
1. Percepción de apoyo de la pareja	Apreciación de uno de los cónyuges, sobre el apoyo brindado por el otro	Valoración del apoyo brindado por la pareja de la embarazada. Utilizando el instrumento IAPP	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Apoyo instrumental ✓ Apoyo efectivo 	Cualitativa	Ordinal	Apoyo positivo Apoyo expresado Apoyo negativo
2. Deseo de gestación	Aspiración de la mujer con respecto a su función reproductiva	Opinión expresada por la paciente en el instrumento IAPP	Expresión deseo embarazo actual	Cualitativa	Nominal	Si deseado No deseado
DEPENDIENTE						
Depresión	Trastorno anímico global y persistente, que altera los aspectos somáticos y relacionales	Estado anímico identificado a través de la escala de Beck.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Psicológico ✓ Cognitivos ✓ Somático ✓ Vegetativos 	Cualitativa	Ordinal	Sin depresión 0-9 Depresión media 10-16 puntos Depresión moderada 17-29 puntos Depresión grave 30-63 puntos
INTERVINIENTES						
1. Estado civil	Relación legal establecida socialmente entre dos individuos.	Estado civil referido en el instrumento aplicado.	NN	Cualitativa	Nominal Politómica	1. Soltero 2. Casado 3. Viudo 4. Unión libre 5. Divorcio
2. Escolaridad	Grado de preparación académica.	Grado máximo de estudios señalado en el instrumento aplicado.	NN	Cualitativa	Ordinal	1. Primaria 2. Secundaria 3. Preparatoria 4. Universidad 5. Posgrado

3. Ocupación	Actividad que es desempeñada, que puede ser remunerada económicamente	Ocupación señalada en el instrumento aplicado.	NN	Cualitativa	Nominal politomica	1. Hogar 2. Comercio 3. Empleada
4. Edad	Tiempo de vida transcurrido de un individuo a partir de su nacimiento	Años cumplidos hasta la fecha actual del paciente participante	NN	Cuantitativa	Discreta	NN
5. Paridad	Número de veces que se ha estado embarazada.	Número de embarazos señalados en el instrumento aplicado.	NN	Cuantitativa	Discreta	NN
6. Trimestre gestación	Número de semanas trascurridas a partir de la fecha de última menstruación	Fecha de última menstruación señalada en el instrumento.	NN	Cuantitativa	Ordinal	1º trimestre 2º trimestre 3º trimestre

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 94**

Conteste de forma clara y correcta cada pregunta. Si tiene alguna duda pregunte a la persona que esta aplicando este cuestionario, el se la resolverá.

Nombre _____

No. Afiliación _____

No. Telefónico _____

Edad _____

Señale cuando fue la fecha de su última menstruación: _____

Señale el tiempo de convivencia con su pareja actual: _____

Señale su estado civil: Casada (), Unión libre (), Soltera (), Divorciada ()

Señale su escolaridad: Primaria (), Secundaria (), Bachillerato (),
Técnica (), Universidad ()

Su Ocupación actual es: Hogar (), Comercio (), Empleada ()

Señales cuantas veces se ha embarazado: _____

Su actual embarazo fue deseado: si () no ()

ANEXO 2

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 la manera cómo se ha sentido en las últimas 2 semanas. Marque con una "X"

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

1	() No me siento triste	() Me siento triste	() Estoy triste todo el tiempo	() Estoy tan triste o infeliz que no lo puedo soportar
2	() No estoy particularmente desilusionado (a) del futuro	() Estoy desilusionado (a) del futuro	() Siento que no tengo perspectiva de futuro	() Siento que el futuro es desesperanzador y que nada cambiará
3	() No siento que falle	() Siento que fallo más que una persona normal	() Siento que existen muchas fallas en mi pasado	() Me siento una falla completa como persona
4	() Tengo tanta	() No disfruto	() No encuentro	() Estoy

	satisfacción de las cosas como siempre	de las cosas como antes	ya satisfacción real de nada	insatisfecho(a) o aburrido (a) de todo
5	() No me siento particularmente culpable	() Me siento culpable buena parte del tiempo	() Me siento culpable la mayor parte del tiempo	() Me siento culpable todo el tiempo
6	() No siento que he sido castigado (a)	() Siento que podría ser castigado (a)	() Espero ser castigado (a)	() Siento que he sido castigado (a)
7	() No me siento desilusionado (a) de mi	() Estoy desilusionado (a) de mi	() Estoy disgustado (a) conmigo	() Me odio
8	() No me siento peor que nadie	() Me critico por mi debilidad o por mis errores	() Me culpo todo el tiempo por mis faltas	() Me culpo por todo lo malo que sucede
9	() No tengo pensamientos de suicidarme	() Tengo pensamientos de muerte pero no los realizaría	() 2 Me gustaría matarme	() Me mataría si pudiera
10	() No lloro más de lo usual	() Lloro más que antes	() Lloro ahora todo el tiempo	() Podía llorar antes, pero ahora aunque quiera, no puedo
11	() No soy más irritable de lo que era antes	() Me siento molesto (a) o irritado (a) más fácil que antes	() Me siento irritado (a) todo el tiempo	() No me irrito ahora por las cosas que antes sí
12	() No he perdido el interés en otra gente	() Estoy menos interesado (a) en otra gente que antes	() He perdido mi interés en otra gente	() He perdido todo mi interés en otra gente
13	() Hago decisiones igual que siempre	() Evito hacer decisiones más que antes	() Tengo mayores dificultades para hacer decisiones ahora	() No puedo hacer decisiones por completo
14	() No siento que me vea peor que antes	() Me preocupa verme viejo (a) o poco atractivo	() Siento que existen cambios permanentes en mi que me hacen	() Creo que me veo feo (a)

		(a)	lucir feo (a)	
15	() Puedo trabajar tan bien como antes	() Me cuesta un esfuerzo extra empezar a hacer algo	() Tengo que impulsarme muy fuerte para hacer algo	() No puedo hacer nada
16	() Puedo dormir tan bien como siempre	() No duermo tan bien como antes	() Me despierto 1-2 horas más temprano que lo usual y me cuesta trabajo volver a dormir	() Me despierto varias horas más temprano de lo usual y no puedo volver a dormir
17	() No me canso más de lo usual	() Me canso más fácilmente que antes	() Me canso de hacer cualquier cosa	() Me siento muy cansado (a) de hacer cualquier cosa
18	() Mi apetito es igual que lo usual	() Mi apetito no es tan bueno como antes	() Mi apetito es mucho peor ahora	
19	() No he perdido peso	() He perdido más de 2.5 Kgs He intentado perder peso comiendo menos	() He perdido más de 5 Kgs Si ____ No ____	() He perdido más de 7.5 Kgs
20	() No estoy más preocupado (a) por mi salud que antes	() Estoy preocupado (a) por problemas físicos como dolores y molestias	() Estoy muy preocupado (a) por problemas físicos y es difícil pensar en otras cosas	() Estoy tan preocupado (a) con mis problemas físicos que no puedo pensar en nada más
21	() No he notado cambios en mi interés por el sexo	() Estoy menos interesado (a) en el sexo que antes	() Estoy mucho menos interesado (a) en el sexo ahora	() He perdido completamente el interés en el sexo

ANEXO 3

INVENTARIO DE APOYO PARA LA PAREJA

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

		Totalment e de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	En desacuerd o	Totalmente en desacuerdo
1	Mi pareja me da confianza para resolver cualquier problema					
2	Cuando le platico mis problemas a mi pareja, ella o él me aconseja.					
3	Mi pareja me ayuda cuando se lo pido					
4	Cuando tengo un problema, mi pareja me consuela					
5	Mi pareja me da seguridad para resolver cualquier problema					
6	Ante un problema, mi pareja me orienta en su solución					
7	Cuando tengo un problema mi pareja se une a la tarea de buscar la mejor solución					
8	Mi pareja me brinda tranquilidad en momentos difíciles					
9	Ante mis conflictos mi pareja se une a mis preocupaciones					
10	Mi pareja permanece cerca de mí cuando tengo problemas					
11	Cuando tengo un problema, mi pareja me ayuda a buscarle una solución responsable					
12	Ante mis problemas, mi pareja me dice que esta conmigo					
13	Ante un problema mío, mi pareja me apoya cooperando en lo que esta a su alcance					
14	Cuando le platico mis problemas a mi pareja, ella o él me acompaña en mi preocupación					
15	Mi pareja me apoya dándome amor					
16	Ante una dificultad, mi pareja me guía en su solución					
17	Mi pareja es solidario (a) ante cualquier decisión que tome con respecto a mis problemas personales					

18	Mi pareja escucha mis problemas					
19	Ante un problema mi pareja me da soporte emocional					
20	Ante mis problemas personales, mi pareja me orienta					
21	Ante un problema, mi pareja me confirma que me quiere					
22	Ante mis conflictos personales, mi pareja me brinda sostén emocional					
23	Mi pareja me ayuda a solucionar mis problemas					
24	Cuando le platico mis problemas a mi pareja, ella o él me hace ver los pros y los contras de aquellos					
25	Ante mis problemas, mi pareja se muestra comprensivo(a)					
26	Ante mis problemas mi pareja muestra entendimiento					
27	Cuando le platico mis problemas a mi pareja, él o ella se preocupa					
28	Cuando le platico mis problemas a mi pareja, él o ella me dice que debo hacer y que no					
29	Cuando le platico mis problemas a mi pareja, ella o él me dirige en su solución					
30	Mi pareja respalda mis decisiones					
31	Cuando le platico mis problemas a mi pareja, ella participa en una nueva reformulación de solución al conflicto					
32	Cuando le platico mis problemas a mi pareja, ella o él me cree					
33	Mi pareja me apoya protegiéndome ante cualquier dificultad					
34	Ante mis problemas, mi pareja respeta mis decisiones					
35	Mi pareja, con su amistad, me brinda apoyo					
36	Ante una dificultad mi pareja me dice que" yo puedo resolver cualquier problema personal"					
37	Comunico mis problemas a mi pareja					
38	Confío en mi pareja para contarle cualquier preocupación mía					
39	Comparto mis problemas con mi pareja					
40	Comparto mis conflictos con mi					

	pareja					
41	Cuando tengo un problema, directamente pido a mi pareja su opinión					
42	A mi pareja le expreso mi opinión sobre algún conflicto mío					
43	Pido a mi pareja que me ayude a resolver mis conflictos					
44	Ante un conflicto personal, busco el consuelo de mi pareja					
45	Me gusta enterar a mi pareja de mis problemas					
46	Soy capaz de confiarle mis problemas a mi pareja					
47	A mi pareja le hago saber lo bien que me hacen sus palabras					
48	A mi pareja le expreso mi forma de pensar sobre algún problema mío					
49	Prefiero reservarme mis problemas personales que confiárselos a mi pareja					
50	Ante mis problemas, prefiero que mi pareja se mantenga al margen					
51	A mi pareja le agradezco cuando me escucha					
52	Cuando le platico mis problemas a mi pareja, él o ella es duro(a) conmigo					
53	Cuando le platico mis problemas a mi pareja, ella o él me juzga					
54	Cuando le platico mis problemas a mi pareja, él o ella rechaza mi opción de solución					
55	Cuando le platico mis problemas a mi pareja, ella o él me condena					
56	Cuando le platico mis problemas a mi pareja, ella o él me critica					
57	Cuando le platico mis problemas a mi pareja, ella o él me evita					
58	Cuando le platico mis problemas a mi pareja, ella o él se comporta hostil conmigo					
59	Ante mis dificultades, mi pareja prefiere que yo me responsabilice de solucionarlos					

ANEXO 5

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION NORTE DEL DF
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 94
JEFATURA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

LUGAR Y FECHA: ____ de _____ del ____ México DF, Instituto Mexicano del Seguro Social, UMF No 94.

Por medio de la presente acepto participar de manera voluntaria e informada en el proyecto de investigación titulado:

Percepción de apoyo brindado por la pareja y deseo de gestación en embarazadas con y sin depresión

El cual ha sido revisado y aprobado ante el Comité Local de Investigación en Salud con numero R-2008-3515- 12

El objetivo es comparar la percepción de apoyo brindado por la pareja y deseo de embarazo entre embarazadas con depresión y sin depresión.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en contestar un cuestionario, el cual esta dividido en tres partes.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio que son los siguientes: tiempo requerido para contestar el cuestionario, incomodidad para responder algunas preguntas.

El investigador principal se ha comprometido a darme información oportuna acerca de presentar datos de depresión y avisarme de forma personalizada los resultados en caso de presentar datos de depresión, para acudir de forma oportuna a mi unidad de medicina familiar para un diagnostico y tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plante acerca de las preguntas que se realizaran, riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación. Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento que lo considere necesario, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

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

Nombre y Firma del paciente

Nombre y Firma del Investigador

Nombre y Firma de testigo 1

Nombre y Firma de testigo 2

En caso de dudas o preguntas relacionadas con el estudio se puede comunicar:
Email: mlira14@hotmail.com