



---

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO SUBDIVISION  
DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MEXICO Y MUNICIPIOS  
UNIDAD ACADEMICA  
HOSPITAL MATERNO INFANTIL. TOLUCA, ESTADO DE MEXICO

FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES EMBARAZADAS ADSCRITAS  
DE LA CLINICA REGIONAL ISSEMYM TEJUPILCO PERIODO DE  
ENERO A MAYO 2013

TRABAJO  
PARA OBTENER EL TITULO DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
PRESENTA:  
DRA DELGADO ECHEVERRIA MARY TOÑA

TOLUCA, ESTADO DE MEXICO 2013



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.

**FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES EMBARAZADAS ADSCRITAS DE LA CLINICA  
REGIONAL ISSEMYM TEJUPILCO PERIODO DE  
ENERO A MAYO 2013**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR**

**DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓNEZ CLAVELINA**

**PRESENTA**  
JEFE DE LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR  
COMISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

**DRA. MARY TOÑA DELGADO ECHEVERRIA**

**DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA**

**AUTORIZACIONES**  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN  
DE LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
UNAM

*M. Berenice Hernandez*

**DRA. MARTHA BERENICE HERNANDEZ MIRANDA**  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN  
EN MEDICINA FAMILIAR EN TOLUCA, EDO. DE MEXICO

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
UNAM

*C. M. Cruz Fierro*

**DR. CLAUDIO M. CRUZ FIERRO**  
DIRECTOR DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD DEL ISSEMYM



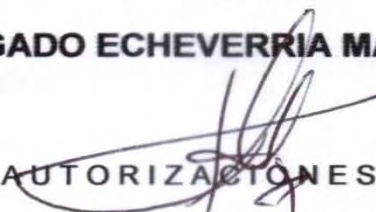
**ISSEMYM**  
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN  
E INVESTIGACIÓN EN SALUD

FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES EMBARAZADAS ADSCRITAS DE LA CLINICA  
REGIONAL ISSEMYM TEJUPILCO PERIODO DE  
ENERO A MAYO 2013

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

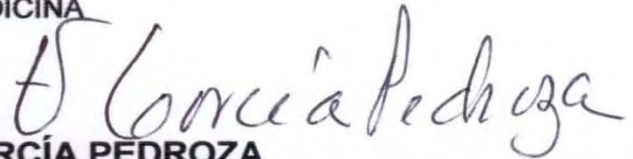
PRESENTA:

**DRA. DELGADO ECHEVERRIA MARY TOÑA**

  
AUTORIZACIONES

**DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA**

JEFE DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.



**DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA**

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN  
DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES**

COORDINADOR DE DOCENCIA  
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

## DEDICATORIAS

### A DIOS:

Por qué siempre ha escuchado mis suplicas, me ha demostrado que nada es difícil junto contigo, porque todo viene de ti señor.

### A MIS PADRES:

ESTANISLAO Y MARIA DEL CARMEN que siempre han estado conmigo a pesar de la distancia de los las gracias.

### A MI ESPOSO E HIJOS:

ENRIQUE, EMMANUEL, IZAYADETH Y SADRAC Por cada palabra de aliento, por su cariño infinito, tiempo de espera, así como su apoyo y comprensión por estos tres años de distancia, los amo, Muchas gracias.

### A MIS HERMANOS:

JUAN JOSE, MA.HOMELISA, CRUZ MANUEL, MARIA DEL CARMEN, MISAEL, ROCIO DEL CARMEN Y DULCE SELENE, por su oraciones u buenos deseos. JOSE ESTANISLAO aunque no esté conmigo físicamente.

### A MIS ASESORES:

M.ESP. M.F.DANIEL Y M.ESP.M.F BERENICE, por su gran paciencia y ayuda en este trabajo, por sus consejos, pero sobre todo su gran profesionalismo.

### A MIS AMIGOS:

Que estuvieron conmigo y que confiaron en mí.

### AL INSTITUTO DE SEGURO SOCIAL DEL ESTADO DE MEXICO Y MUNICIPIOS:

Por ser una institución que siempre está a la vanguardia en el servicio y atención de la salud.

## ÍNDICE GENERAL

NUMERO	TITULO	PAGINA
1	MARCO TEÓRICO	1
1.1.	Depresión	1
1.1.1.	Definición	1
1.1.2.	Epidemiología	2
1.1.3.	Causas De La Depresión	2
1.1.4.	Cuadro Clínico	3
1.1.5.	Clasificación	4
1.1.6.	Diagnóstico Diferencial	4
1.1.7.	Diagnostico	5
1.1.8.	Según Los Criterios De Depresión	9
1.1.9.	Tratamiento Farmacológico De La Depresión	10
1.2.	DEPRESIÓN EN EL EMBARAZO	12
1.2.1.	Definición	12
1.2.2.	Epidemiología	12
1.2.3.	Sintomatología	12
1.2.4.	Causa De La Depresión	14
1.2.5.	Factores De Riesgo	14
1.2.6.	Cuadro Clínico	15
1.2.7.	Diagnostico	15
1.2.8.	Tratamiento	16
1.3.	ESCALA DE ZUNG	19
1.4.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	21
1.5.	JUSTIFICACIÓN	22
1.6.	OBJETIVOS	23

1.6.1.	Objetivo General	23
1.6.2.	Objetivos Específicos	23
2.	MATERIAL Y MÉTODOS	23
2.1.	Tipo De Estudio	23
2.2.	Diseño De La Investigación	24
2.3.	Población, Lugar Y Tiempo	24
2.4.	Muestra	25
2.5.	Criterios	25
2.5.1.	Criterios de inclusión	25
2.5.2.	Criterios de exclusión	25
2.5.3.	Criterios de eliminación	25
2.6.	Variables	25
2.7.	Definición conceptual y operativa de las variables	25
2.8.	Diseño estadístico	26
2.8.1.	El Propósito Estadístico De La Investigación	26
2.8.2.	Grupos De Estudio	26
2.8.3.	Mediciones	26
2.8.4.	Tipo De Muestra	27
2.9.	Instrumento De Recolección De Datos	27
2.10.	Método De Recolección De Datos	27
2.11.	Maniobras Para Evitar Y Controlar Sesgos	28
2.11.1	Sesgos De Información	28
2.11.2	Sesgos De Selección	28
2.11.3	Sesgos De Medición	28
2.11.4	Sesgos De Análisis E Interpretación	28
2.12.	Procedimientos Estadísticos De La Investigación	28
2.13	Diseño Y Construcción De Bases De Datos	28

2.14.	Análisis Estadísticos	28
2.15.	Cronograma	29
2.16.	Recursos Humanos, Materiales, Físicos Y Financiamiento Del Estudio	29
2.17.	Consideraciones Éticas	29
3.	Resultados	31
3.1	Edad	31
3.2	Estado Civil	32
3.3	Religión	32
3.4	Escolaridad	32
3.5	Ocupación	33
3.6	Gesta	33
3.7	Parto	34
3.8	Cesárea	34
3.9	Aborto	34
3.10	Trimestre De Embarazo	35
3.11	Complicaciones Durante El Embarazo	35
3.12	Complicaciones Que Cursan Durante El Embarazo	35
3.13	Tipología Familiar	36
3.14	En Cuanto A Su Desarrollo	36
3.15	En Cuanto A Su Integración De Familia	36
3.16	En Cuanto A Su Demografía	37
3.17	En Cuanto A Su Ocupación La Familia Es	37
3.18	En Cuanto A Su Etapa De Ciclo De Vital	37
3.19	Escala de Zung	38
4.	DISCUSIÓN	39
5.	CONCLUSIONES	39
6.	PROPUESTA	42



7.	ANEXOS	44
7.1.	CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	
7.2.	FICHA DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	45
7.3. (SDS)	ESCALA DE AUTO EVALUACIÓN PARA LA DEPRESIÓN DE ZUNG	46
7. 4.	CRONOGRAMA	47
8.	BIBLIOGRAFIA	48

## INTRODUCCIÓN

La depresión se caracteriza por una combinación de tristeza, desinterés por las actividades y merma de la energía. Otros síntomas son pérdida de la confianza y la autoestima, sentimiento injustificado de culpabilidad, ideas de muerte y suicidio, menor capacidad de concentración, y la aparición de trastornos del sueño y la alimentación. Puede haber síntomas somáticos.<sup>2</sup>

Según la carga mundial de morbilidad 2009 se estima que la prevalencia es de 1.9% masculina, 3.2% femenina, y que 5.8% hombres y 9.5% de las mujeres experimentan un episodio depresivo en un periodo de 12 meses.

De acuerdo con la organización mundial de la salud (OMS), los trastornos mentales y del comportamiento representan cinco de las diez principales cargas de mortalidad en personas de 14 a 44 años de edad. Ocupa actualmente el primer lugar en el índice de años perdidos por discapacidad (APD) y el segundo en el de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD).<sup>1</sup>

El programa nacional de salud 2007.2012 describe que la depresión es la principal causa de daños generados por problemas de salud que no llevan a la muerte en mujeres, superando, incluso a enfermedades como la diabetes mellitus, afecciones originadas en el período perinatal, anomalías congénitas y las enfermedades isquémicas del corazón. En hombres ocupa el noveno lugar.

La depresión en el embarazo es un trastorno psiquiátrico que afecta una de cada 10 mujeres embarazadas. Hay estudios recientes donde se ha comprobado que la depresión es más común durante el embarazo que después del mismo. Otros han demostrado que las mujeres que sufren de depresión durante el embarazo, desarrollarán depresión postparto.

La investigación que realizamos utiliza estadística descriptiva para saber la frecuencia de depresión en pacientes embarazadas de la Clínica Regional Tejupilco del ISSEMyM en el periodo de enero a mayo 2013.

Por lo que es importante en la consulta externa se debe capacitar a todo personal médico para detectar y diagnosticar a toda mujer embarazadas en fase temprana. Así como tomar medidas pertinentes en toda mujer embarazadas en una atención integral de control prenatal.

## 1. MARCO TEORICO

### 1.1. DEPRESIÓN.

#### 1.1.1. ANTECEDENTES

La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a unos 350 millones de personas. Es distinta a las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. Puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, puede causar gran sufrimiento alterando las actividades laborales, escolares y familiares. En el peor de los casos puede llevar al suicidio, que es la causa de aproximadamente 1 millón de muertes anuales.

Aunque hay tratamientos eficaces para la depresión, más de la mitad de los afectados en todo el mundo (y más del 90% en algunos países) no reciben esos tratamientos. Entre los obstáculos a una atención eficaz se encuentran la falta de recursos y de personal sanitario capacitados, además de la estigmatización de los trastornos mentales y la evaluación clínica inexacta. Las personas con depresión no siempre se diagnostican correctamente, ni siquiera en algunos países de ingresos elevados, mientras que otras que en realidad no la padecen son diagnosticadas erróneamente y tratadas con antidepresivos.

La carga mundial de depresión y de otros trastornos mentales está en aumento. En una resolución de la Asamblea Mundial de la Salud de mayo de 2012 se abogó por una respuesta integral y coordinada de los países al problema de los trastornos mentales.

#### 1.1.2. DEFINICIÓN

Proviene (del latín depressus, que significa "abatido", "derribado")

Trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. <sup>1</sup>

Trastorno emocional que se presenta como un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente donde predominan los síntomas afectivos (tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de

la vida) aunque en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático.<sup>2</sup>

### 1.1.3. EPIDEMIOLOGIA

Los trastornos del ánimo son el segundo trastorno mental más común (5.1%) en mayores de 18 años en EEUU.

La prevalencia del trastorno depresivo mayor es de 2.2 %. , la prevalencia del trastorno depresivo mayor en pacientes ambulatorios en atención primaria es de 4.8 a 8.6% constituyendo la cuarta queja más común en México.

La OMS (Organización Mundial de la Salud) estima que en todo el mundo hay más de 150 millones de personas con depresión; en México, la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) estimó que 8.8% de la población ha sufrido, según los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV, por sus siglas en inglés), un episodio de depresión mayor alguna vez en la vida con una media de edad de inicio de 24 años. La Ciudad de México concentra el 9.3% de la población del país y más de la mitad tiene entre 0 y 29 años (el 58.8%). Se ha identificado un 15.4% de malestar depresivo, siendo mayor la prevalencia en mujeres que en hombres.<sup>3</sup>

La depresión en México es la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, también conocida como la Encuesta Nacional de Comorbilidad en México, realizada entre 2001 y 2002.<sup>1</sup> Se trata de una encuesta con una muestra probabilística y representativa de la población urbana entre 18 y 65 años de edad, que incluyó a 5 782 participantes. Se encontró que el sexo, La edad y el nivel educativo se asocian con la prevalencia de depresión en el «último año»<sup>4</sup>

### 1.1.4. CAUSAS DE LA DEPRESIÓN.

**FACTORES GENÉTICOS:** En el ámbito familiar cercano (padres y hermanos) incrementa un 25-30% la probabilidad de sufrir depresión, se ha determinado que en los gemelos monocigóticos hay un 50% más de probabilidades de que uno de los hermanos padezca depresión en el caso de existir precedentes en el otro, este porcentaje se reduce al 25% en el caso de gemelos dicigóticos.<sup>5</sup>

**FACTORES FISIOLÓGICOS:** la aparición y cronificación de la depresión se ha relacionado especialmente con un descenso de los niveles de serotonina a nivel de las uniones neuronales.<sup>3</sup>

Por este motivo, en el tratamiento de la depresión se emplea en ocasiones un grupo de fármacos, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, cuya función consiste precisamente en

modificar los niveles de serotonina que se encuentran alterados en estos pacientes. Existe, un grupo de enfermedades estrechamente ligadas a la aparición de depresión, la mayoría de ellas relacionadas con alteraciones endocrinas:

- migraña.
- diabetes.
- hipertiroidismo.
- síndrome de Cushing.
- enfermedad de Addison.
- amenorrea Hiperprolactinémica.

FACTORES PERSONALES: La edad también es un factor influyente, entre los 35 y los 45 años es la de mayor incidencia de depresiones. El embarazo y el posparto son etapas vitales de la mujer con un mayor riesgo de aparición de depresión debido a las alteraciones hormonales sufridas.

FACTORES AMBIENTALES: se consideran factores potenciadores de la aparición de este trastorno todos aquellos que son negativos para el sujeto (estrés, ansiedad, incapacidad de encauzar los problemas) en cualquiera de sus ámbitos personales (laboral, familiar), en especial si el sujeto se encuentra además en una situación de dependencia o consumo habitual de alcohol, tabaco, drogas. Una situación de escasas o nulas relaciones interpersonales potencia especialmente estos factores.

FACTORES DE RIESGO: La depresión mayor es un proceso multifactorial y complejo la probabilidad de su desarrollo depende de un amplio grupo de factores de riesgo, sin que hasta el momento haya sido posible establecer su totalidad ni las múltiples interacciones existentes entre ellos.

ANTECEDENTES FAMILIARES: Distimia, rasgos de personalidad neurótica, circunstancias laborales (desempleo, discapacidad, maternidad. enfermedades endocrinas (diabetes mellitus, híper o hipotiroidismo, síndrome de Cushing, enfermedad de Addison), polimorfismo de gen (transporte de serotonina), migraña y edad menor de 40 años<sup>5</sup>

TRASTORNOS DE ANSIEDAD: alcohol y tabaco, cardiopatías, pobreza, estrés crónico, otras enfermedades crónicas (físicas y mentales), sexo femenino, parto.<sup>5</sup>

#### 1.1.5.-CUADRO CLÍNICO

Se puede dividir en:

- a) emocionales: disforia, irritabilidad, Anhedonia, retraimiento social

b) cognitivos: autocrítica, sentimiento de inutilidad o culpabilidad, desesperanza, falta de concentración, dificultades de memoria, indecisión.

c) vegetativos: fatiga, reducción de la energía, insomnio, hipersomnia, anorexia, retraso o agitación psicomotrices, deterioro de la libido.

d) rasgos psicóticos; delirio de persecución, hipocondría, alucinaciones auditivas, visuales.

#### **1.1.6. CLASIFICACION.**

##### **CIE-10**

Episodio maníaco

Trastorno bipolar

Episodio depresivo

Leve

Moderado

Grave sin síntomas psicóticos

Con síntomas psicóticos

Otros episodios depresivos

Trastorno depresivo recurrente

Trastornos del humor persistentes

Ciclotimia

Distimia

Otros

Otros trastornos del humor

Trastornos del humor sin especificar.

##### **DSM-IV-TR**

Trastornos depresivos:

Trastorno depresivo mayor, episodio único

Trastorno depresivo mayor, recurrente

Trastorno distímico:

Trastornos bipolares

Bipolar I, episodio maníaco único

Bipolar I, episodio hipomaníaco actual

Bipolar I, Episodio maníaco actual

Bipolar I, episodio mixto actual

Bipolar I, episodio depresivo actual

Bipolar II

Trastorno ciclotímico

Bipolar no especificado

#### **1.1.7. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL**

Tristeza normal

Neurosis-angustia

Psicosis exógenas

Psicosis esquizofrénicas

Demencias.

### 1.1.8. DIAGNOSTICO.

El diagnóstico de la depresión es clínico estableciendo una historia médica completa, evaluar síntomas, inicio, duración, presentación, recurrencia, tratamiento o no de los mismos; pensamientos de muerte o suicidio. Además establecer trastornos depresivos en familiares.

Descartar causas orgánicas, medicamentosas o tóxicas compatibles con un cuadro similar. Existen también varios cuestionarios estandarizados que pueden ayudar a discriminar si existe o no un trastorno depresivo: como la escala de depresión de Yesavage; la escala de depresión de Zung; el inventario de depresión de Beck; el test de depresión de Goldberg o el test de depresión de Hamilton. Criterios diagnósticos según la DSM-IV-TR

#### CRITERIOS DIAGNÓSTICOS EPISODIO DEPRESIVO MAYOR SEGÚN DSM-IV-TR

A: Cinco (o más) de los síntomas siguientes durante el mismo período de 2 semanas y representan un cambio respecto del desempeño previo; por lo menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o placer.

(1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días, indicado por el relato subjetivo o por observación de otro.

(2) Marcada disminución del interés o del placer en todas, o casi todas, las actividades durante la mayor parte del día, casi todos los días.

(3) Pérdida de peso sin estar a dieta o aumento significativo, o disminución o aumento del apetito casi todos los días.

(4) Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

(5) Agitación o retraso psicomotores casi todos los días.

(6) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

(7) Sentimientos de desvalorización o de culpa excesiva o inapropiada (que pueden ser delirantes) casi todos los días (no simplemente autorreproches o culpa por estar enfermo).

(8) Menor capacidad de pensar o concentrarse, o indecisión casi todos los días (indicada por el relato subjetivo o por observación de otros).

(9) Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor de morir), ideación suicida recurrente sin plan específico o un intento de suicidio o un plan de suicidio específico.

B los síntomas no cumplen los criterios de un episodio mixto

C Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro del funcionamiento social, laboral o en otras esferas importantes.

D: Los síntomas no obedecen a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, una droga de abuso, una medicación), ni a una enfermedad médica general (por ejemplo hipotiroidismo).

E: Los síntomas no son mejor explicados por duelo, es decir que tras la pérdida de un ser querido, los síntomas persisten por más de 2 meses o se caracterizan por visible deterioro funcional, preocupación mórbida con desvalorización, ideación suicida, síntomas psicóticos o retraso psicomotor.<sup>4</sup>

Fuente: American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV. Barcelona: Masson 2003.

Criterios Especificadores de gravedad/ características psicóticas/ remisión del episodio depresivo mayor actual (o más reciente) del DSM-IV-TR

Leve, moderado, grave sin características psicóticas y graves con características psicóticas se pueden aplicar sólo si actualmente se cumplen los criterios de episodio depresivo mayor. En remisión parcial y en remisión completa se pueden aplicar al episodio depresivo mayor más reciente del trastorno depresivo mayor, y a un episodio depresivo mayor del trastorno bipolar I o II, sólo si éste es el tipo más reciente de episodio de estado de ánimo

Leve: Pocos síntomas, o ninguno, aparte de los requeridos para arribar al diagnóstico, y los síntomas provocan sólo deterioro menor del desempeño laboral o de las actividades sociales habituales o de las relaciones con los demás.

Moderado: Síntomas o deterioro funcional entre “leve” y “grave

Grave sin características psicóticas: Varios síntomas aparte de los requeridos para arribar al diagnóstico, y síntomas que interfieren notoriamente con el desempeño laboral, o las actividades sociales habituales o las relaciones con los demás.

Grave con características psicóticas: Ideas delirantes o alucinaciones. Si es posible, especificar si las características psicóticas son congruentes o incongruentes con el estado de ánimo.

a) Características psicóticas congruentes con el estado de ánimo: Ideas delirantes o alucinaciones cuyo contenido es completamente compatible con los temas depresivos habituales de inadecuación personal, culpa, enfermedad, muerte, nihilismo o castigo merecido.



b) Características psicóticas incongruentes con el estado de ánimo: Ideas delirantes o alucinaciones cuyo contenido no corresponde a los temas depresivos habituales de inadecuación personal, culpa, enfermedad, muerte, nihilismo o castigo merecido. Se incluyen síntomas, como ideas delirantes de persecución (no directamente relacionados con temas depresivos), inserción del pensamiento, transmisión del pensamiento e ideas delirantes de control.

En remisión parcial: Hay síntomas de un episodio depresivo mayor, pero no se cumplen los criterios completos, o hay un período sin ningún síntoma significativo de episodio depresivo mayor que dura menos de 2 meses tras el final del episodio depresivo mayor. (Si el episodio depresivo mayor se sobre agregó a trastorno distímico, se efectúa el diagnóstico de trastorno distímico solo, una vez que ya no se cumplen los criterios completos de episodio depresivo mayor).

Fuente: American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV. Barcelona: Masson 2003.

Criterios diagnósticos del trastorno depresivo mayor, episodio único, del DSM-I

A. Un solo episodio depresivo mayor.

B. El episodio depresivo mayor no es mejor explicado por trastorno esquizoafectivo, y no se sobre agrega a esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, ni trastorno psicótico sin otra especificación.

C. Nunca ha habido un episodio maníaco, un episodio mixto, ni un episodio hipomaníaco. Nota: Esta exclusión no se aplica si todos los episodios tipo maníaco, tipo mixto o tipo hipomaníaco son inducidos por sustancias o tratamiento, o se deben a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica general. Si actualmente se cumplen los criterios completos de un episodio depresivo mayor, especificar su estado clínico y/o características actuales:

- Leve, moderado, grave sin características psicóticas/grave con características psicóticas
- Crónico
- Con características catatónicas
- Con características melancólicas
- Con características atípicas

- Con inicio posparto

Si actualmente no se cumplen los criterios completos de un episodio depresivo mayor, especificar el estado clínico actual del trastorno depresivo mayor o las características del episodio más reciente:

- En remisión parcial, en remisión completa
- Crónico
- Con características catatónicas
- Con características melancólicas
- Con características atípicas
- Con inicio posparto.<sup>6</sup>

Fuente: American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV. Barcelona: Masson 2003.

#### Criterios Diagnósticos de trastorno depresivo mayor recurrente del DSM-IV-TR

A. Dos o más episodios depresivos mayores.

Nota: para ser considerados episodios separados, debe haber un intervalo de, por lo menos 2 meses consecutivos en los que no se cumplen los criterios de episodio depresivo mayor.

B. Los episodios depresivos mayores no son mejor explicados por trastorno esquizoafectivo, y no se sobre agregan a esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, ni trastorno psicótico sin otra especificación.

C. Nunca ha habido un episodio maníaco, un episodio mixto, ni un episodio hipomaníaco. Nota: esta exclusión no se aplica si todos los episodios tipo maníaco, tipo mixto o tipo hipomaníaco son inducidos por sustancias o tratamiento, o se deben a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica general. Si actualmente se cumplen los criterios completos de un episodio depresivo mayor, especificar su estado clínico y/o características actuales:

- Leve, moderado, grave sin características psicóticas/grave con características psicóticas
- Crónico

- Con características catatónicas
- Con características melancólicas
- Con características atípica
- Con inicio posparto

Si actualmente no se cumplen los criterios completos de un episodio depresivo mayor, especificar el estado clínico actual del trastorno depresivo mayor o las características del episodio más reciente:

- En remisión parcial, en remisión completa
- Crónico
- Con características catatónicas
- Con características melancólicas
- Con características atípicas
- Con inicio posparto<sup>4</sup>

Fuente: American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV. Barcelona: Masson 2003.

#### 1.1.9. SEGÚN LOS CRITERIOS LA DEPRESIÓN

Puede dividirse en:

##### TRASTORNO DEPRESIVO LEVE

Es frecuente, produce un síndrome crónico desagradable e incapacitante, están presentes 2 ó 3 síntomas del criterio B, sus características son las siguientes:

Síntomas persistentes. El humor del paciente y su conducta son distintas de su carácter y conducta normales según refieren otros.

Depresión. Síntomas de ansiedad. Dificultades con el sueño. Empeoramiento por la tarde. Pesimismo, pero no tiene ideas de suicidio. Falta de energía y de disfrute.

##### TRASTORNO DEPRESIVO MODERADO:

Su intensidad es moderada, están presentes al menos 2 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C hasta sumar un mínimo de 6 síntomas; e incluye las siguientes características:

Aspecto: Aspecto triste. Inhibición psicomotora. Humor depresivo: En la fase inicial del tratamiento es útil el contacto médico permanente con la familia. Tristeza y desánimo. Variación diurna:

empeoramiento matutino. Ansiedad, irritabilidad, agitación. Falta de interés y de disfrute. Reducción de la energía. Falta de concentración. Mala memoria subjetiva. Pensamiento pesimista: Pensamientos pesimistas y de culpa. Ideas de fracaso personal. Desesperanza. Ideas suicidas. Autoacusaciones. Ideas hipocondriacas.

Síntomas biológicos: Despertar precoz y otras alteraciones del sueño. Pérdida de peso. Disminución del apetito. Reducción del deseo sexual.

Otros síntomas: Síntomas obsesivos, Despersonalización, Fobias, Síntomas conversivos.

#### TRASTORNO DEPRESIVO GRAVE.

Se hacen más severas las características descritas aumentando su intensidad, deben existir los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de 8 síntomas; además de incluirse síntomas adicionales como: Delirios de (minusvalía, culpa, enfermedad, pobreza, negación, persecución). Alucinaciones (auditivas y rara vez visuales)

#### TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN

Una vez diagnosticada la depresión, el paciente debe iniciar el tratamiento, siendo en casi todos los casos una acción combinada de terapia farmacológica con apoyo psicológico. Es muy importante que antes de que el paciente inicie cualquier terapia, sea informado por su médico de la duración del tratamiento de la depresión, los beneficios que se van a intentar alcanzar, y los efectos secundarios que se pueden desarrollar a lo largo del tratamiento.

##### 1.1.10. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA DEPRESIÓN.

El tratamiento farmacológico de la depresión se suele limitar a los cuadros depresivos moderados o graves. En los pacientes diagnosticados de depresión leve no se suele recurrir a terapia farmacológica, debido a su estrecho perfil beneficio-riesgo. Únicamente se recomienda en caso de fracaso de otras terapias, problemas médicos o psicológicos asociados, o historial previo de depresión moderada o grave.<sup>7</sup>

En los pacientes con depresión moderada o grave, la terapia farmacológica se considera un tratamiento de primera línea, aunque existe un 38% de pacientes que al cabo de 6-12 semanas no presentan respuesta al tratamiento instaurado, y en un 54% de los pacientes no existe remisión de los síntomas.

Tricíclicos y Tetracíclicos: Amitriptilina, Clomipramina, Doxepina, Imipramina, Maprotilina, Mianserina, tiene efectos anticolinérgicos, su efectos secundarios sequedad de boca, visión borrosa, retención urinaria, constipación. Utilizar con precaución en pacientes con glaucoma, puede aumentar intervalo QT.<sup>8</sup>

Inhibidores Selectivos de la Recaptura de la Serotonina (ISRS): Citalopram, escitalopram, fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina, sertralina. La mayoría inhibe a las isoenzimas P-450, son mejor tolerados que los tricíclicos, mejor tolerados en sobre dosis, valorar la presencia de insomnio/sedación para determinar el horario de ingesta.

Inhibidores De Recaptura De Dopamina/Norepinefrina (IRDN): Bupropion demostrado cierta efectividad en el trastorno de la dependencia a nicotina.<sup>8</sup>

Inhibidores de la Recaptura de Serotonina/Norepinefrina (IRSN): Duloxetina, Venlafaxina en dosis altas puede generar hipertensión

Moduladores de serotonina: trazodona efectividad en el trastorno de dependencia a la nicotina.

Modulador NE-Serotonina: Mirtazapina es un potencial sedante.

Inhibidores de la mono-aminoxidasa (IMAO): Moclobemida el uso concomitante con otros antidepresivos puede generar toxicidad.<sup>8</sup>

Inhibidores selectivos de la recaptura de noradrenalina (ISRN): Reboxetina cuenta con potencial activante, riesgo de desencadenar síntomas ansiosos.<sup>8</sup>

#### 1.1.10.1. TRATAMIENTO PSICOTERAPEUTICO DE LA DEPRESIÓN.

Las terapias psicológicas más empleadas por su carácter específico son la terapia cognitivo-conductual (TCC) y la psicoterapia interpersonal (TIP).

La terapia cognitivo-conductual se ha mostrado tan efectiva como la psicoterapia interpersonal (más lenta en lograr los objetivos que la TCC y la farmacoterapia) y la terapia farmacológica, lo que la ha convertido en la terapia psicoterapéutica de elección en el abordaje de la depresión moderada, grave o resistente.<sup>13</sup>

La duración de la terapia variará en función del tipo de depresión diagnosticada, la situación personal del paciente y la evolución de este. En pacientes con depresión grave o crónica, si la terapia psicoterápica se asocia a tratamiento farmacológico la efectividad siempre será superior a cualquiera de estas terapias por separado.

La terapia cognitivo-conductual, asociada al tratamiento de mantenimiento, contribuye a incrementar la efectividad del mismo para evitar la aparición de recaídas. Esto es especialmente beneficioso para aquellos pacientes con antecedentes de recaídas, o que presentan síntomas residuales, ya que son los que tienen un mayor riesgo de sufrir de nuevo episodios depresivos.

## 1.2 .DEPRESIÓN EN EL EMBARAZO

### 1.2.1. DEPRESIÓN

Es un trastorno psiquiátrico frecuente y un factor de riesgo para trastornos del humor.

### 1.2.2.- EPIDEMIOLOGÍA

La depresión en el embarazo es un problema de salud pública que afecta 2 al 10 embarazadas, su prevalencia en la OMS 15%, México 22%.

A nivel mundial se estima que para el 2020 será la segunda causa de discapacidad, su prevalencia es de 10 a 25% de depresión y el 50% de las mujeres que sufren de depresión durante el embarazo desarrollarán depresión postparto, pero este número se reduce a menos del 2% si se efectúa un tratamiento psicoterapéutico adecuado durante este período.<sup>10</sup>

La depresión en el embarazo es del 7% en el primer trimestre, 12,8% en el segundo trimestre y del 12% en el tercer trimestre.<sup>11</sup>

Chile desde la década de los 90, se publicaron estudios nacionales que es cercana del 10%, mostrando que alrededor del 30% de las embarazadas presenta síntomas inespecíficos de depresión y/o ansiedad.

Según Polaino-Lorente (1995), 10% de las mujeres embarazadas sufren de depresión, especialmente entre la sexta y décima semanas del embarazo y durante el tercer trimestre.<sup>11</sup>

**Los** factores asociados son depresión previa, abandono o suspensión del tratamiento depresivo, adolescencia, menor escolaridad, nivel socioeconómico bajo, ser ama de casa de tiempo completo, disfunción familiar, madre soltera, embarazo no deseado y falta de apoyo social.<sup>9</sup>

### 1.2.3. SINTOMATOLOGIA

El trastorno depresivo mayor es un disturbio en el ánimo. El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) clasifica a la depresión dentro de los trastorno del ánimo, cuya característica específica es la alteración del humor y se caracteriza por la presencia de uno o más episodios depresivos mayores.

**EPISODIO DEPRESIVO MAYOR:** La alteración del humor durante el periodo de al menos 2 semanas consecutivas durante el cual hay pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. También debe experimentar al menos otros cuatro síntomas como cambios en el apetito, en el peso, en el sueño y en la actividad psicomotora, falta de energía, sentimientos de infravaloración o culpa, dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o planes o intentos de suicidio. El episodio puede acompañarse de un malestar clínico significativo: constipación o diarrea, dolor de cabeza y nual, deterioro social o laboral o de atrás áreas importantes de la actividad del individuo.<sup>13</sup>

Episodio depresivo mayor:

**TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR**, episodio único o recidivante:

- Trastorno depresivo mayor, episodio único o recidivante:
- Los criterios que establecen para el trastorno depresivo mayor son:
- Criterio A: La presencia de por lo menos cinco de los síntomas siguientes, durante al menos dos semanas:
- Estado de ánimo triste, histórico o irritable durante la mayor parte del día y durante la mayor parte de los días
- Anhedonia o disminución de la capacidad para disfrutar o mostrar interés y/o placer en las actividades habituales
- Disminución o aumento del peso o del apetito
- Insomnio o hipersomnio (es decir, dificultades para descansar, ya sea porque se duerme menos de lo que se acostumbraba o porque se duerme más; véanse los trastornos en el sueño)
- Enlentecimiento o agitación psicomotriz,
- Astenia (sensación de debilidad física)
- Sentimientos recurrentes de inutilidad o culpa
- Disminución de la capacidad intelectual
- Pensamientos recurrentes de muerte o ideas suicidas
- Criterio B: No deben existir signos o criterios de trastornos afectivos mixtos (síntomas maníacos y depresivos), trastornos esquizoafectivos o trastornos esquizofrénicos.
- Criterio C: El cuadro repercute negativamente en la esfera social, laboral o en otras áreas vitales del paciente.
- Criterio D: Los síntomas no se explican por el consumo de sustancias tóxicas o medicamentos, ni tampoco por una patología orgánica.
- Criterio E: No se explica por una reacción de duelo ante la pérdida de una persona importante para el paciente. <sup>13</sup>

❖ **Trastorno distímico:**

- Los criterios para este tipo de trastorno depresivo son:
- Criterio A: Situación anímica crónicamente depresiva o triste durante la mayor parte del día y durante la mayor parte de los días, durante un mínimo de dos años.
- Criterio B: Deben aparecer dos o más de estos síntomas:
- Variaciones del apetito (trastornos en la alimentación)

- Insomnio o hipersomnio (es decir, dificultades para descansar, ya sea porque se duerme menos de lo que se acostumbraba o porque se duermen más).
- Astenia
- Baja autoestima
- Pérdida de la capacidad de concentración
- Sentimiento recurrente de desánimo o desesperanza
- Criterio C: Si hay periodos libres de los síntomas señalados en A y B durante los dos años requeridos, no constituyen más de dos meses seguidos.
- Criterio D: No existen antecedentes de episodios depresivos mayores durante los dos primeros años de la enfermedad. Si antes de la aparición de la Distimia se dio un episodio depresivo mayor, éste tendría que haber remitido por completo, con un periodo posterior al mismo, mayor de dos meses, libre de síntomas, antes del inicio de la Distimia propiamente dicha.
- Criterio E: No existen antecedentes de episodios maníacos, hipomaniacos o mixtos, ni se presentan tampoco los criterios para un trastorno bipolar.
- Criterio F: No hay criterios de esquizofrenia, de trastorno delirante o consumo de sustancias tóxicas.
- Criterio G: No hay criterios de enfermedades orgánicas.
- Criterio H: Los síntomas originan malestar y deterioro de las capacidades sociales, laborales o en otras áreas del funcionamiento del paciente.

#### **1.2.4. CAUSAS DE LA DEPRESIÓN**

La depresión en el embarazo tiene diversas causas que son

- Alteraciones hormonales, propias del embarazo: el rápido aumento de los niveles hormonales al principio del embarazo pueden cambiar la química cerebral y llevar a la depresión

#### **1.2.5. FACTORES DE RIESGO**

A).-psicosociales:

- adolescencia.
- Falta de apoyo social
- Ausencia de pareja.
- Conflictos o escasa contención de la pareja
- Enfermedades graves



- Pérdidas de progenitores u otros seres amados.<sup>14</sup>

B).- demográficos:

- muy bajos recursos

C.- obstétricos:

- complicaciones en gestaciones anteriores
- cesáreas previas.

D).- psiquiátricos:

- Antecedentes personales psiquiátricos.

### **1.2.6. CUADRO CLÍNICO**

El cuadro que comúnmente presenta la depresión en la población general es la misma que se presenta en la depresión de mujeres embarazadas. Que clínicamente muestran

- tristeza sin explicación
- decaimiento
- dificultad para dormir
- falta de interés
- sentimientos de culpabilidad
- pérdida de energía
- dificultad para concentrarse
- bajo apetito
- cansancio o movimientos lentos.<sup>11</sup>

### **1.2.7. DIAGNÓSTICO**

El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV) clasifica la depresión dentro de los trastornos del ánimo por la presencia de uno o más episodios depresivos mayores.<sup>14</sup>

Hay herramientas de uso más específico para detectar los primeros síntomas presuntivos de la mujer embarazada durante el control prenatal los cuales son por cuestionarios auto administrados nos permite identificar síntomas de depresión y a su vez realizar oportunamente su interconsulta con el especialista. Aproximadamente sólo el 18% de las mujeres con criterios para episodio depresivo mayor (DSM-IV) recibieron tratamiento.

### 1.2.8. TRATAMIENTO

Es mantener o mejorar la salud mental de la mujer, minimizando los riesgos para el embrión/feto en desarrollo. Se debe recomendar interrumpir el consumo de cafeína, nicotina y alcohol. Al mismo tiempo, debe intentarse maximizar las posibilidades de descanso:

Intervenciones psicoterapéuticas:

Con depresión leve a moderada pueden ser tratadas exclusivamente con psicoterapia. Tanto las técnicas de relajación, la terapia cognitivo-conductual, como la psicoterapia de apoyo pueden ser muy útiles para tratar la ansiedad que frecuentemente acompaña a la depresión. Para los síntomas anímicos siempre que no sean intensos, suele preferirse la terapia cognitivo-conductual (TCC) o la psicoterapia interpersonal (PIP)

#### FARMACOTERAPIA

Se debe considerar su uso en embarazadas con depresiones moderadas a severas o cuando hay una alta probabilidad de recidiva. Sigue siendo válida la recomendación de evitar en lo posible el uso de psicofármacos durante las primeras doce semanas de gestación (período de organogénesis), debido al riesgo de malformaciones. Al respecto, es útil conocer la clasificación del riesgo que representan los fármacos para el feto según la Food and Drug Administration (FDA) de los EEUU.<sup>15</sup>

**Tabla 2. Grado de riesgo que representa para el feto el uso de fármacos durante el embarazo\***

<b>Categoría</b>	<b>Interpretación</b>
A	Estudios controlados revelan que no hay riesgo fetal
B	No hay evidencia de riesgo en humanos
C	No se puede excluir eventual riesgo fetal
D	Existe evidencia positiva de riesgo, aunque los beneficios potenciales pueden superar los eventuales riesgos
X	Contraindicación absoluta en el embarazo

\* Según la Food and Drug Administration (FDA) de los Estados Unidos de América.

La mayor cantidad de datos relacionados con los antidepresivos y el período grávido proviene del uso de los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS), especialmente fluoxetina, sertralina, Citalopram. En general, el conjunto de los datos reunidos hasta ahora muestra escasa

evidencia de teratogénesis derivada del uso de antidepresivos durante la gestación o de efectos adversos asociados a la exposición durante la lactancia.<sup>15</sup>

Los ISRS son una buena opción terapéutica y suele preferirse durante la gestación/posparto; representan una alternativa segura, incluso en el primer trimestre del embarazo.

La paroxetina no se utiliza durante el embarazo porque se asocia a síndrome de discontinuación.<sup>14</sup>

### **Antidepresivos tricíclicos (ADT)**

La nortriptilina puede considerarse el de elección durante el embarazo, por varios motivos:

1. ha sido utilizada con éxito durante décadas
2. presenta pocos efectos anticolinérgicos en comparación con otros tricíclicos
3. la relación entre su concentración en plasma y sus efectos terapéuticos está bien estudiada
4. su mayor potencia antidepresiva reduce otras complicaciones orgánicas al requerirse menores dosis.

### **Antidepresivos inhibidores de la mono-aminooxidasa**

Durante el embarazo sólo deben ser considerados si se han agotado las demás posibilidades terapéuticas, asumiendo que es un tratamiento de alto riesgo.<sup>16</sup>

### **Litio.**

Las malformaciones cardíacas, particularmente el síndrome de Ebstein, aparecen con mayor proporción en los fetos expuestos a litio. Por lo tanto, el litio está contraindicado en el primer trimestre del embarazo.

### **Carbamazepina y valproato.**

Estas sustancias anticonvulsivas se utilizan como timolépticos en cuadros resistentes al tratamiento y en trastornos bipolares, especialmente en los de ciclos rápidos. Las dos sustancias presentan un alto índice teratógeno y de toxicidad fetal. Se han descrito malformaciones congénitas en niños, cuyas madres habían estado sometidas a tratamiento con estas sustancias, como labio leporino, malformaciones cardíacas o espina bífida. El riesgo de esta última se estima en el 0,5- 1 % con Carbamazepina y del 1-5 % con valproato. La incidencia de abortos y de partos prematuros también ha resultado ser significativamente más elevada que en grupos control. Por lo tanto, en la mujer embarazada estas sustancias están absolutamente contraindicadas.

**Benzodiacepinas.** Se considera que el clordiazepóxido resulta teratógeno sobre todo en los 42 primeros días del embarazo pues la proporción de malformaciones severas, cuando las madres tomaron la sustancia en este periodo, es 3 veces mayor que en la población general.<sup>16</sup>

Diazepam se ha asociado con aumento en el riesgo de labios leporinos, con o sin alteraciones del paladar.

Lorazepam es la de elección durante la gestación dado que: 1) se asocia a menor concentración placentaria que diazepam, 2) carece de metabolitos activos y c) su potencia es alta y tiene una buena absorción.

Sin embargo, como los resultados valorables de su uso en mujeres embarazadas son escasos, las normas a seguir para su utilización serán las mismas que para otras benzodiazepinas, es decir, dosis no elevadas y durante el mínimo tiempo posible.

### **Neurolépticos.**

Datos de varios estudios realizados en mujeres que durante el embarazo estuvieron sometidas a tratamiento con antipsicóticos como clorpromacina, perfenacina, haloperidol, etc., revelan que éstos no provocaron una proporción de malformaciones diferenciable de la población general y tampoco se han identificado. Se pueden utilizar en el primer trimestre. En periodo de tiempo largos

16

Intervenciones Psicoterapéuticas:

Con depresión levé a moderada pueden ser tratadas exclusivamente con psicoterapia. Tanto las técnicas de relajación, la terapia cognitivo-conductual, como la psicoterapia de apoyo pueden ser muy útiles para tratar la ansiedad que frecuentemente acompaña a la depresión. Para los síntomas anímicos siempre que no sean intensos, suele preferirse la terapia cognitivo-conductual (TCC) o la psicoterapia interpersonal (PIP)

### **RIESGOS DE LA DEPRESIÓN NO TRATADA DURANTE EL EMBARAZO:**

- Cuidado prenatal inadecuado
- Pre eclampsia, un tipo de alta presión arterial que ocurre durante el embarazo
- Bajo peso de la madre.
- Hábitos alimenticios inadecuados
- Uso de drogas o alcohol para auto medicarse
- Suicidio

Los riesgos de no tratar la depresión materna durante ese periodo se debe a cambios conductuales como el abandono de los controles prenatales, el deterioro del autocuidado que requiere la gravidez, la mala adherencia a las indicaciones médicas y el abuso de tabaco, alcohol y drogas, todo lo cual puede afectar el desenlace obstétrico. El suicidio, o los intentos de suicidio, no son tan infrecuentes en las gestantes deprimidas. <sup>15</sup>

### 1.3. ESCALA ZUNG:

**La Escala Autoaplicada de Depresión de Zung (Self-Rating Depression Scale, SDS), desarrollada por Zung en 1965, es una escala de cuantificación de síntomas de base empírica y derivada en cierto modo de la escala de depresión de Hamilton, ya que al igual que ella da mayor peso al componente somático-conductual del trastorno depresivo.<sup>17</sup>**

Fué probablemente una de las primeras en validarse en nuestro país (Conde y cols. 1970) y ha tenido una amplia difusión.

Es una escala Autoaplicada formada por 20 frases relacionadas con la depresión, formuladas la mitad en términos positivos y la otra mitad en términos negativos. Tienen gran peso los síntomas somáticos y los cognitivos, con 8 ítems para cada grupo, completándose la escala con dos ítems referentes al estado de ánimo y otros dos a síntomas psicomotores.

#### Fiabilidad:

Los índices de fiabilidad son buenos (índices de 0,70-0,80 en la fiabilidad dos mitades, índice a de Cron Bach entre 0,79 y 0,92) 6,20.

#### Validez:

Los índices de correlación con otras escalas (escala de depresión de Hamilton, inventario de depresión de Beck) y con el juicio clínico global oscilan entre 0.50 y 0.80 3, 6, 18,20. Informa sobre la presencia y severidad de la sintomatología depresiva, y es sensible a los cambios en el estado clínico 3,21. La puntuación total no correlaciona significativamente con edad, sexo, estado civil, nivel educacional, económico ni inteligencia.

Si bien esta escala no fue diseñada para cribaje, si muestra unos aceptables índices de sensibilidad (85 %) y especificidad (75%) cuando se aplica para detección de casos en población clínica o en población general 1, y ha sido ampliamente utilizada con esta finalidad.

### INTERPRETACIÓN

La escala de Likert de cada ítem puntúa de 1 a 4 para los de sentido negativo, o de 4 a 1 para los de sentido positivo; el rango de puntuación es de 20 – 80 puntos. El resultado puede presentarse como el sumatorio de estas puntuaciones, o como puntuación normalizada (suma de las puntuaciones de cada ítem expresada como porcentaje de la máxima puntuación posible), oscilando en este caso el rango de valores entre 20 y 100. En la bibliografía anglosajona 1, 4-5 se utiliza la puntuación normalizada, con los siguientes puntos de corte:

No depresión 50 (40 puntos)

Depresión leve 51-59 (41-47 puntos)

Depresión moderada 60-69 (48-55 puntos)

Depresión grave > 69 (> 55 puntos)

En nuestro medio se utilizan de forma indistinta ambos sistemas, el de puntuación normalizada 6-7, y el de puntuación total 2, 8-10, con diferentes propuestas en lo que respecta a los puntos de corte. Conde y cols<sup>2</sup> proponen los siguientes puntos de corte:

No depresión < 35 (< 28 puntos)

Depresión leve 36-51 (28-41 puntos)

Depresión moderada 52-67 (42-53 puntos)

Depresión grave > 68 (> 53 puntos)

Otros autores han utilizado categorizaciones distintas. Así, Seva-Diaz A. (1982) <sup>8</sup>, propone la siguiente categorización:

No depresión < 40 (< 32 puntos)

Depresión leve 41-59 (33-47 puntos)

Depresión moderada-severa <sup>3</sup> 60 (> 47 puntos)

Se ha cuestionado su validez de contenido, por el escaso peso que en la puntuación total tienen los síntomas psicológicos indicativos de alteración del estado de ánimo<sup>11</sup>, y por la inespecificidad y el elevado peso relativo de los ítems de contenido somático<sup>12</sup>. Se ha señalado también su escasa sensibilidad al cambio en relación al tratamiento instaurado <sup>3,13</sup>, así como su inadecuación para valorar cuadros depresivos cuando la intensidad de los síntomas es alta, ya que sólo tiene en cuenta la frecuencia y no la intensidad de los mismos<sup>14</sup>. No se considera una escala adecuada para detección de casos en población geriátrica<sup>15</sup>, en la que la escala de Desavahe<sup>16</sup>, <sup>17</sup>(GDS) ofrece mejores índices psicométricos. El elevado peso que tienen los síntomas somáticos en su puntuación total puede disminuir su capacidad discriminante en pacientes con enfermedad física.<sup>17</sup>

#### 1.4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Hasta mediados de la década del 80 del siglo pasado, prevaleció la idea de que la maternidad, particularmente el embarazo, se asociaba casi invariablemente a un estado de bienestar emocional y ausencia de patología mental. Fue la psiquiatra Gisela B. Oppenheim quien por primera vez hizo un cuestionamiento explícito al mito prevaleciente hasta entonces en un texto inglés de la época, donde empezó a cuestionar los padecimientos psiquiátricos y el embarazo, sin embargo en la actualidad es algo que el médico en primer nivel debe de estar preparado y actualizado para diagnosticar esta enfermedad, porque en México se ha reportado una prevalencia de la depresión posparto del 17-22% y en el mundo dos de cada diez embarazadas y dos de cada 10 tienen síntomas depresivos.<sup>14</sup>

Además el médico familiar debe ser integral y preguntar por el estado de ánimo de la paciente conforme va avanzando el embarazo, se ha observado que la prevalencia de la depresión va cambiando 7% en el primer trimestre ocasionado por la incertidumbre y la adaptación a los cambios fisiológicos del embarazo, y al cambio de roles, en el segundo trimestre 12.8% donde comienza un vínculo emocional más fuerte entre madre-hijo y 12% en el tercer trimestre ocasionado por los temores del parto<sup>10</sup>

Es por eso que se debe de detectar a tiempo la depresión en el embarazo para prevenir complicaciones durante el puerperio y mejorar la calidad de vida de la paciente ya que se reporta en la literatura que esta patología afecta al binomio madre-hijo ocasionando parto pre término, bajo peso al nacer, y conflictos familiares, sociales o laborales y todo esto a su vez puede ocasionar crisis no normativas y como resultado obtener disfunción familiar.

Por lo que surge la pregunta **¿CUÁL ES LA FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES EMBARAZADAS DE LA CLÍNICA REGIONAL TEJUPILCO DEL ISSEMYM QUE ACUDAN A CONSULTA EN EL PERIODO DE ENERO A MAYO DEL 2013?**

## 1.5. JUSTIFICACIÓN

La depresión en el embarazo es un trastorno del estado de ánimo donde se presentan cambios propios durante el embarazo, predisposición genética y condiciones del entorno.<sup>12</sup>

En el año 2008 (Dennis CL), se encontró que los episodios depresivos en el embarazo alcanzaban un 10%. Estos episodios se caracterizan por sentimientos de tristeza, agobio y dolor, tiene una duración de por lo menos dos semanas corridas y ocasionan también cambios en el sueño o en el apetito, cansancio, disminución de la libido y dificultad para concentrarse. Estos síntomas pueden confundirse por sintomatología propia del embarazo, lo que lleva a subdiagnosticar esta patología.<sup>12</sup>

En un estudio en México refiere una prevalencia de episodios depresivos entre 7.4% en el primer trimestre hasta el 12.8% en el segundo trimestre y el 12% en el tercer trimestre.<sup>13</sup>

El 70% de las embarazadas tiene síntomas de depresión, Se ha comprobado que los trastornos psicóticos reaparecen o empeoran durante el embarazo. De acuerdo con el sistema de estadísticas oficiales del Instituto Mexicano del Seguro Social, en los últimos tres años no se encontró registro de este diagnóstico en las unidades de primer nivel ni en las estadísticas delegacionales ni como motivo de consulta o de envío a segundo nivel de atención médica.

Por lo que es importante llevar a cabo la búsqueda intencionada de depresión en el embarazo. En la Clínica Regional Tejupilco Issemym no se ha implementado programas para la detección oportuna de síndrome depresivo en pacientes embarazadas en primer nivel de atención. Este estudio está dirigido para abrir camino en este tema con la ventaja de que no es costoso para la institución, es práctico y se puede aplicar en el consultorio por parte del investigador debido a que se tienen censados 100 pacientes embarazadas y atienden un promedio 398 consultas anuales en la Clínica Regional Tejupilco. Nos permitirá fincar bases para que a través de este estudio surjan alternativas las cuales permitan en un primer nivel de atención médica promover la detección oportuna y precoz del trastorno depresivo por consiguiente mejorando la calidad de vida de los pacientes.



## 1.6. OBJETIVOS

### 1.6.1. OBJETIVOS GENERAL

- Identificar la frecuencia de depresión mediante la aplicación de la Escala Zung en pacientes embarazadas del a Clínica Regional Tejupilco del ISSEMYM en el periodo de enero a mayo 2013

### 1.6.2. Objetivos Específicos

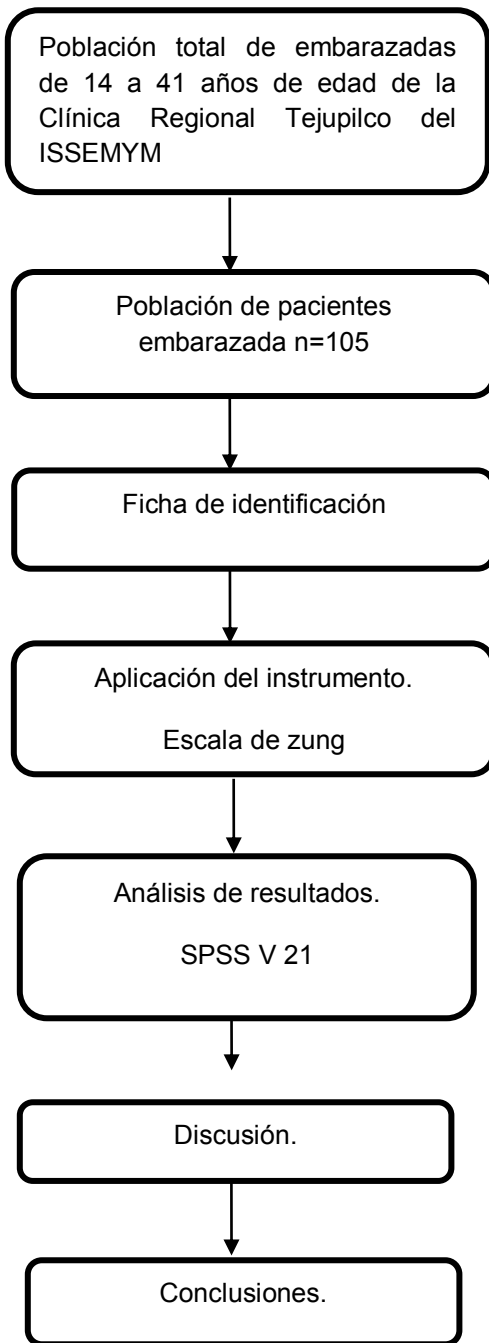
- Identificar el grado de depresión de las pacientes embarazadas en la Clínica Regional Tejupilco
- Identificar el grupo etario de las pacientes con depresión embarazadas en la Clínica Regional Tejupilco.
- Identificar variables socio demográficas como edad , ocupación, escolaridad, en mujeres embarazadas en la Clínica Regional Tejupilco
- Determinar el número total de mujeres embarazadas con depresión.
- Identificar alguna enfermedad asociada a la depresión en las mujeres embarazadas de la clínica regional Tejupilco.

## 2 MATERIAL Y MÉTODOS

### 2.1. Tipo de estudio.

Descriptivo, observacional, transversal

## 2.2. Diseño de investigación



## 2.3. Población, lugar y tiempo

Población de mujeres con diagnóstico de embarazo de 14 a 41 años adscritas de la clínica regional Tejupilco ISSEMyM que acudieron a la consulta externa en el periodo de enero a mayo 2013

## 2.4. Muestra

Se trabajó con un Universo total de población de 105 mujeres embarazadas de la Clínica Regional Tejupilco del ISSEMYM durante la consulta.

## 2.5. CRITERIOS

### 2.5.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Población de mujeres embarazadas de la Clínica Regional de Tejupilco Issemym que firmen el consentimiento de Participación Voluntaria.

### 2.5.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

No ser derechohabiente de la clínica Regional Tejupilco

### 2.5.3. CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

Cuestionarios mal llenados o con letra ilegibles

Quien no acepte participar en el estudio

## 2.6. Variables

2.7. Definición Conceptual y Operativa de las variables

Variable	Tipo y escala	Definición conceptual	Definición operativa
Sexo	Cualitativa	mujeres en proceso de reproducción	Femenina
Edad	Cuantitativa	Lapso de tiempo transcurrido desde su primer embarazo	Números enteros
Escolaridad Ocupación	Cualitativa nominal:	Situación de las personas de acuerdo a su educación	a) Primaria b) Secundaria c) Nivel superior d) licenciatura
Estado civil	Cualitativa nominal:	Situación de las personas físicas determinadas por sus relaciones de familia, movimientos de matrimonio o parentesco que estable ciertos derechos y deberes.	a) Soltera b) Casada c) Unión libre

Control prenatal	Cualitativa	Evalúa el control de la mujeres en su embarazo	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Primer trimestre</li> <li>b) Segundo trimestre</li> <li>c) Tercer trimestre</li> </ul>
Factores de riesgo	Cualitativa	Situación de las mujeres embarazadas con alguna complicación	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Ninguna</li> <li>b) Infección de vías urinarias</li> <li>c) Amenaza de aborto</li> <li>d) Cervico vaginitis</li> <li>e) Hipertensión arterial</li> </ul>
La familia	Cualitativa Nominal	Se refiere en ala vista social de la familia, ciclo vital de los integrantes de la familia	De acuerdo a su tipología familiar, desarrollo, integración, demografía y ciclo vital de la familia según Geyman

## 2.8. Diseño Estadístico.

Se realiza un estadístico de la investigación, con un grupo de estudio, mediciones y un muestreo.

### 2.8.1. El propósito estadístico de la investigación.

Identificar la depresión en los pacientes de 14 a 41 años que no cuenten con este diagnóstico.

-Se investigó un solo grupo (Mujeres)

### 2.8.2.- Grupos de Estudio

Se aplicó un cuestionario (escala de Zung) a los pacientes de 14 a 41 años que no contaran con diagnóstico de depresión en el embarazo.

### 2.8.3. Mediciones

Se realizó una medición en las unidades de muestreo.

#### 2.8.4. Tipo de Muestra

No aleatorio de pacientes de 14 a 41 años que no contaran con diagnóstico de depresión en el embarazo de la Clínica Regional Tejupilco ISSEMYM.

#### 2.9. Instrumento de recolección de datos.

El instrumento constó de 3 secciones, a través de una entrevista directa

Secciones	Nombre	Número de variables
Sección 1	Ficha de identificación	5
Sección 2	Familia	1
Sección 3	Escala Zung	12

#### 2.10. MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- El trabajo fue evaluado y aprobado por los comités tanto de Ética de la Clínica Regional Tejupilco Externa ISSEMYM.
- Se les informo a todas las embarazadas sobre el proyecto a realizar para solicitar su autorización.
- A los que si cumplían con los criterios de inclusión se les leía el consentimiento de participación voluntaria.
- Se aplicó la escala de Zung a pacientes embarazadas en un rango de edad de 14 a 41 años de edad. Los cuestionarios fueron aplicados en la sala de espera de la clínica regional tejupilco, ISSEMyM en el horario de 7:30 a 13:30 de lunes a viernes, durante el periodo de enero a mayo 2013.
- El tiempo de aplicación del instrumento fue aproximadamente de minutos y al terminar del mismo se les dio las gracias.
- El análisis de la información se realizó mediante estadística descriptiva.

## **2.11. MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS.**

### 2.11.1. SESGO DE INFORMACIÓN

Este queda expensas de la honestidad del entrevistado, aun cuando se les comenta que la información es totalmente confidencial y anónima.

### 2.11.2. SEGOS DE SELECCIÓN

La muestra fue a conveniencia del investigador ya que se tomaron todas las mujeres embarazadas de la Clínica Regional Tejupilco ISSEMYM, Estado de México.

### 2.11.3. SEGOS DE MEDICIÓN

De acuerdo al instrumento aplicado (escala de Zung)

### 2.11.4. SEGOS DE ANÁLISIS E INTERPRETACION

Fue el adecuado dado a que solo se realizó análisis de estadística descriptiva, obteniendo medidas de tendencia central y resumen.

## **2. 12. PROCEDIMIENTOS ESTADÍSTICOS DE LA INVESTIGACION**

Se realizó estadística descriptiva tipo encuesta

La captura de los datos fueron en el software estadístico SSPS versión 21 para obtener frecuencia, media, desviación estándar y coeficiente estadístico para obtener gráficas.

### 2.13. DISEÑO Y CONSTRUCCION DE BASE DE DATOS

Los datos se vaciaron en el programa SPSSV21, construyendo dos bases de datos con los resultados obtenidos y dando códigos alfanuméricos para la captura.

### 2.14. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se utilizó el paquete estadístico SSPS versión 21 en el cual se obtuvieron medidas de dispersión y tendencia central<sup>18</sup>

## **2.15. CRONOGRAMA**

Anexo 4

## **2.16. RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FÍSICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO**

RECURSO HUMANOS: la autora de esta investigación.

RECURSOS FISICOS: En la consulta externa de la clínica regional Tejupilco ISSEMyM ESTADO DE MEXICO

RECURSOS MATERIALES: hojas tamaño carta, copias, engrapadora, grapas, lápices, computadora, CD vírgenes, USB portátil apoyo bibliográfico, internet, cartuchos de tinta para impresora, scanner , software de Word, Excel, programa estadístico SPSS versión 21, en sistema operativo de PC.

RECURSOS FINANCIEROS: Aportados por la autora de la presente investigación.

## **2. 17. CONSIDERACIONES ÉTICAS**

A).- Declaración De Helsinki.

La Asociación Médica Mundial ha promulgado la declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos que sirva para orientar a los médicos y a otras personas que realicen investigación médica en seres humanos.

El propósito principal de la investigación médica de los seres humanos es mejorar los procedimientos preventivos, diagnósticos, terapéuticos y también comprende la etiología y patogenia de las enfermedades. Incluso los mejores métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos disponibles deben de ponerse a prueba continua a través de la investigación para que sean eficaces, efectivos, accesibles y de calidad.

b).- Ley General de Salud en Materia de Investigación

Artículo 14: donde se menciona que la investigación contara con un consentimiento informado y por escrito, esto se realizara en el trabajo, se entrega una hoja de consentimiento de participación voluntaria antes de aplicar el instrumento, donde se les explicaba el objetivo del estudio, así como el poder dejar de contestarlo.

Artículo 16. En las investigaciones en los seres humanos se protegerán la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y este lo autorice.

De acuerdo al reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud En su artículo 17 menciona que la investigación sin riesgos son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realizan ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, en los que no se le identifiquen ni se traten aspectos sensitivos de su conducta, el presente estudio entra dentro de este rubro, ya que es un estudio que emplea métodos y técnicas de investigación documental.



### 3.- RESULTADOS

De acuerdo a la estadística descriptiva se considera la frecuencia, la media para determinar con la Escala de Zung el grado de depresión en las pacientes embarazadas en la Clínica Regional Tejupilco ISSEMyM

De las 105 encuestas de pacientes embarazadas de la Consulta Externa De La Clínica Regional Tejupilco los resultados son los siguientes:

#### 3.1.- Edad

Los rangos de edad fueron de los 14 a 41 años de edad, con 12.4% de 25 años, 10.5% de 29 años, el resto se observa en la tabla

**Tabla 1 Edad de las pacientes embarazadas de la Clínica Regional de Tejupilco, ISSEMyM**

Edad	Frecuencia	Porcentaje
14	1	1.0
15	1	1.0
17	1	1.0
19	2	1.9
20	7	6.7
21	1	1.0
23	5	4.8
24	8	7.6
25	13	12.4
26	3	2.9
27	7	6.7
28	3	2.9
29	11	10.5
30	6	5.7
31	3	2.9
32	9	8.6
33	3	2.9
34	3	2.9
35	5	4.8
36	5	4.8
37	2	1.9
38	3	2.9
39	2	1.9
41	1	1.0
Total	105	100.0

Fuente n: 105 cuestionarios aplicados en la Clínica Regional Tejupilco ISSEMyM

### 3.2.- Estado civil

Se encontró el 76.6 % (80) por ciento en casadas, el 17.1 % (18) son de unión libre, el 5.7% (6) por ciento son soltera, el 1% (1) por ciento son divorciadas en la aplicación de la encuestadas

**Tabla 2 Estado Civil de las pacientes embarazadas de la Clínica Regional de Tejupilco, ISSEMyM**

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	6	5.7
Casada	80	76.2
Unión libre	18	17.1
Divorciada	1	1.0
Total	105	100.0

Fuente n=105 Cuestionario aplicado en la Clínica Regional de Tejupilco, Issemym

### 3.3.- Religión

Las pacientes embarazadas el 93.3 % (93) son católicas, el 6.7% (7) por ciento son cristianas.

**Tabla 3. Religión de las pacientes embarazadas de la Clínica Regional de Tejupilco, ISSEMyM**

Religión	Frecuencia	Porcentaje
Católica	98	93.3
Cristiana	7	6.7
Total	105	100.0

Fuente n=105Cuestionario aplicado en la Clínica Regional de Tejupilco, Issemym

### 3.4.- Escolaridad

61% (64) son con licenciatura, 20% (21) es nivel superior, 17.1% (18) corresponde a secundaria el resto como se observa en la tabla 3.

**Tabla 4. Escolaridad de las pacientes embarazadas de la Clínica Regional de Tejupilco, ISSEMyM**

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	2	1.9
Secundaria	18	17.1
nivel superior	21	20.0
Licenciatura	64	61.0
Total	105	100.0

Fuente n=105 Cuestionario aplicado en la Clínica Regional de Tejupilco, ISSEMyM

El 42.9% (45) son maestras, 29.5%(31) ama de casa, 9.5% (10) empleadas, 13.3% (14) estudiantes.

### **3.5.- Ocupación**

### **3.6. Gesta**

El 52.4% (55) su primer embarazo, 21% (22) segundo embarazo, 10.5%(11) tercer embarazo, 13.3% (14) cuarto embarazo, el resto como se observa en la tabla

Tabla 5 Gesta de las pacientes embarazadas de la Clínica Regional Tejupilco ISSEMyM

Gesta	Frecuencia	Porcentaje
1	55	52.4
2	22	21
3	11	10.5
4	14	13.3
5	1	1.0
6	1	1.0
7	1	1.0
Total	105	100.0

Fuente n=105 Cuestionario aplicado en la Clínica Regional de Tejupilco, Issemym

### 3.7. Parto

El 63.8% (67) es su primer parto, 21.9% (23) segundo parto, 7.6% (8) tercer parto, 4.8% (5) cuarto parto, 1.9% (2) quinto parto de las pacientes embarazadas de la Clínica Regional Tejupilco ISSEMyM

### 3.8. Cesárea

El 83.8% (88) su primer cesárea, 8.6%(9) segunda cesárea, 7.6% (8) tercer cesárea de las pacientes embarazadas de la Clínica Regional Tejupilco ISSEMyM

### 3.9. Aborto

El 89.5% (94) cursaron sin ningún aborto, 7.6%(8) un aborto, 1.9% (2) dos abortos, 1.0% (1) tres abortos

**Tabla 6. Aborto en las pacientes embarazadas dela Clínica Regional Tejupilco ISSEMyM.**

Aborto	Frecuencia	Porcentaje
0	94	89.5
1	8	7.6
2	2	1.9
3	1	1.0
Total	105	100.0

Fuente n=105 Cuestionario aplicado en la Clínica Regional de Tejupilco, Issemym

### **3.10.- Trimestre de embarazo**

El 15.2%(16) acuden en el primer trimestre del embarazo, 50.5%(53) segundo trimestre de embarazo, 34.3% (36) tercer trimestre de embarazo en las encuestas

**Tabla 7. Aborto en las pacientes embarazadas dela Clínica Regional Tejupilco ISSEMyM.**

trimestre de embarazo	Frecuencia	Porcentaje
primero trimestre	16	15.2
segundo trimestre	53	50.5
tercer trimestre	36	34.3
Total	105	100.0

Fuente n=105 Cuestionario aplicado en la Clínica Regional de Tejupilco, Issemym

### **3.11. Complicaciones durante el embarazo**

El 74.3%(78) no cursa con complicaciones durante el embarazo, 25.7%(27) si cursa con complicaciones durante el embarazo en las 105 pacientes embarazadas de la Clínica Regional Tejupilco ISSEMyM.

### **3.12. Complicaciones que cursan durante el embarazo**

El 75.2% (79) no presenta ninguna complicación durante el embarazo, 13.3%(14) infección de vías urinarias ,5.7%(6) amenaza de aborto durante el embarazo, el resto como se observa en la tabla 8

**Tabla 8. Complicaciones en las pacientes embarazadas de la Clínica Regional Tejupilco ISSEMyM**

Complicaciones en el embarazo	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	79	75.2
cervico vaginitis	4	3.8
amenaza de aborto	6	5.7
infección de vías urinaria	14	13.3
hipertensión arterial	2	1.9
Total	105	100.0

Fuente n=105 Cuestionario aplicado en la Clínica Regional de Tejupilco, Issemym

### 3.13.-Tipología Familiar

El 88.6%(93) son nuclear, 5.7%(6) nuclear extensa, 2.9%(3) monoparental, el resto se cómo se observa en la tabla 9

**Tabla 9. Composición de la familia en las pacientes embarazadas dela Clínica Regional Tejupilco ISSEMyM**

Composición de la familia	Frecuencia	Porcentaje
Nuclear	93	88.6
nuclear extensa	6	5.7
Monoparental	3	2.9
mixta y reconstituida	3	2.9
Total	105	100.0

Fuente n=105 Cuestionario aplicado en la Clínica Regional de Tejupilco, Issemym

### 3.14.- En cuanto a su desarrollo

El 64.8%(68) son familias modernas, 35,2% (37) tradicionales en cuanto a su desarrollo en las 105 encuestas en la Clínica Regional Tejupilco ISSEMyM

### 3.15.- En cuanto a su integración de familia

El 91.4% (96) son familias integradas, 4.8%(5) desintegradas, 3.8%(4) semiintegradas

**Tabla 10. Desarrollo de la familia en las pacientes embarazadas de la Clínica Regional Tejupilco ISSEMyM.**

Integración	Frecuencia	Porcentaje
Integrada	96	91.4
Semiintegrada	4	3.8
Desintegrada	5	4.8
Total	105	100.0

Fuente n=105 Cuestionario aplicado en la Clínica Regional de Tejupilco, Issemym

**3. 16. En cuanto a su demografía**

El 100% son de área urbana de las 105 pacientes embarazadas de Clínica Regional Tejupilco ISSEMyM

**3.17.- En cuanto a su ocupación la familia es**

El 47.6% (50) profesionales, 37.1% (39) obreras ,15.2% (16) campesinas de las 105 encuestas de las pacientes embarazadas de la Clínica Regional Tejupilco ISSEMyM

**3.18. En cuanto a su etapa de ciclo vital**

El 48.6%(51) en fase de matrimonio, 38.1% (40) dispersión, 12.4% (13) expansión, resto como se ve en le tabla 11

**Tabla 11. Ciclo vital de la familia en las pacientes embarazadas de la Clínica Regional Tejupilco ISSEMyM.**

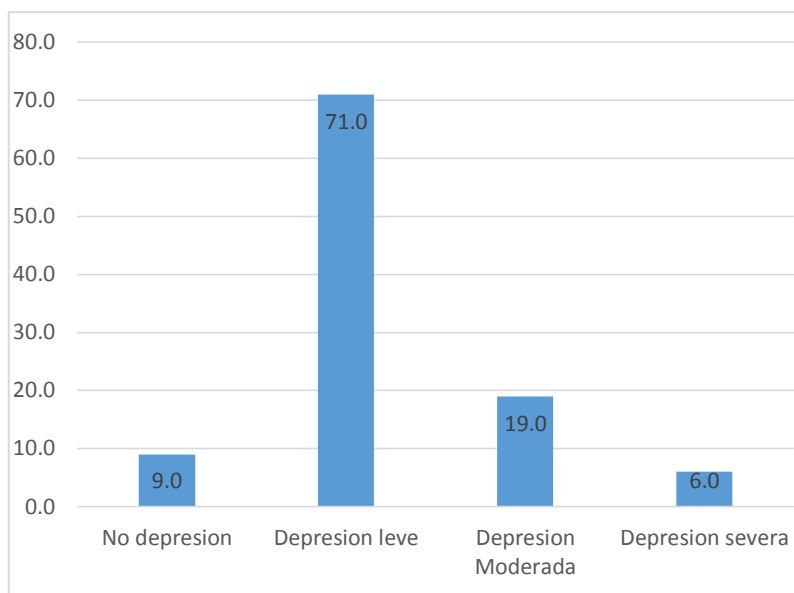
Ciclo Vital	Frecuencia	Porcentaje
Matrimonio	51	48.6
Expansión	13	12.4
Dispersión	40	38.1
Independencia	1	1.0
Total	105	100.0

Fuente n=105 Cuestionario aplicado en la Clínica Regional de Tejupilco, Issemym

### 3.19. Escala Zung

En la Escala Zung se puede apreciar que el 67.6% (71) con depresión en el embarazo, 18.1% (19) depresión moderada, 8.6% (9) no depresión el resto como se observa en el gráfico de las cuales 58 son casadas y 58 licenciatura

**Gráfico 1. Escala Zung en las pacientes embarazadas de la Clínica Regional Tejupilco ISSEMyM.**



Fuente n=105 Datos del Cuestionario aplicado en la Clínica Regional de Tejupilco, Issemym

Se realizó comparación donde se encontró que el 32 de las pacientes embarazadas son maestras, ama de casa las cuales cursaron con depresión leve, además 44 pacientes con una escolaridad de licenciatura. En 64 n=pacientes embarazadas son de religión católica, El 49 de las pacientes embarazadas con depresión leve no presentaron complicaciones, 21 pacientes embarazadas si presentar complicaciones. Además 34 pacientes se encontraron en fase de matrimonio, 28 en dispersión, 9 en expansión.



#### 4.-DISCUSIÓN

En el estudio realizado en Chile con la Escala Zung a pacientes embarazadas, se observa una media de 17 años, y en México se halló un rango de edad de entre 15 y 20 años de edad, en mujeres adultas de 21 a 38 años, a comparación de la clínica regional de Tejupilco en el cual las edades son de 14 a 41 años con una media de 28.<sup>20, 22</sup>

En un estudio en México en pacientes embarazadas el estado civil era unión libre, con una escolaridad de secundaria, en otro estudio se encontró que la probabilidad de cursa con depresión no importaba el estado civil, una escolaridad mayor es menor el riesgo de depresión, en el primer embarazo el riesgo es leve, en el segundo moderado y va aumentando de acuerdo al número de embarazos, en la Clínica Regional De Tejupilco se encontró que son casadas, con licenciatura y cursan su primer embarazo.<sup>11</sup>

Se descubrió que el 56 % en unión libre, 23.1% casadas, 16% solteras, 13.4% tenían más de un embarazo hasta tres partos, 14.7% un aborto en la Clínica Regional Tejupilco 76.6% casadas, 5.7% soltera, 17.1 % unión libre, el 52.4% en su primer embarazo, 63.8% su primer parto.<sup>20</sup>

En un artículo en México se halló depresión en el embarazo entre la sexta y decima semana de embarazo y el tercer trimestre, otros autores comentan que en el segundo trimestre, en la clínica regional tejupilco el 50.5% en su segundo trimestre, el 34.3% en el tercer trimestre.<sup>22</sup>

En Cuba el estudio de los factores de riesgo predominaron mujeres 25-29 años, problemas de cervicitis, modificaciones cervicales y antecedentes obstétricos desfavorables. El 21.6% presento depresión, en la Clínica Regional Tejupilco el 3.8% cursa con problemas cervico vaginitis, el 75.2 no presenta, el 5.7% amenaza de aborto, infección de vías urinarias 13.3%,

En un estudio en México se obtuvo que 22% a 37% mostró síntomas depresión, En el Hospital Luz Castro de Gutiérrez en Colombia se encontró una prevalencia de depresión de 32.8 % en embarazadas.<sup>21</sup> En otra monografía el 64.6% depresión leve, moderada 32.8%, grave 1.2%. En la Clínica Regional Tejupilco el 67.6% con depresión leve en el embarazo, 18.1% depresión moderada en el embarazo, 5.7% depresión severa.<sup>19</sup>

El estudio de frecuencia de depresión en pacientes embarazadas Adscritas a la Clínica Issemym De Tejupilco muestra depresión en mujeres embarazadas por lo tanto debemos capacitar al médico familiar sobre depresión en el embarazo, así como a toda mujer embarazada, para prevenir y coadyuvar este trastorno y dar una la mejor atención de la paciente embarazada y el producto.

El médico familiar debe cumplir sus propósitos de detectar, anticipar y prevenir el riesgo y debe de abrir brechas para explorar la atención de depresión en mujeres embarazadas.

De acuerdo a mi experiencia en la Clínica Regional Tejupilco se ha observado que no hay un buen control en la mujer embarazada, no se valora los factores de riesgo de depresión , ni su entorno familiar, nada más se apegan al problema que presenta la paciente en ese momento. Tanto el médico familiar y el especialista (ginecólogo) se lea ha olvidado que este trastorno depresivo puede presentarlo una de 10 mujeres embarazadas.

## 5. CONCLUSIONES

La depresión es un trastorno mental frecuente que afecta a toda la población, con una frecuencia de 8.8% de la población es más frecuente en mujeres, la cual cursa con diferentes causas para desarrollar un trastorno, con el paso del tiempo desarrolla una sintomatología, donde se tiene que valorar de acuerdo a la clasificación DSM-IV para llegar a un diagnóstico ya que este es clínico. La depresión se clasifica en leve, moderada y grave. Es muy importante detectarla oportunamente para evitar complicaciones.

La depresión en el embarazo es un trastorno psiquiátrico, su frecuencia es una de 10 mujeres embarazadas, se observa más en el segundo trimestre, se diagnostica de acuerdo al DSM-IV. Hay alteraciones hormonales en el embarazo las cuales desarrollan este trastorno, sus factores de riesgo son las fuentes para desarrollar dicho padecimiento, se puede detectar realizan diferentes escalas.

Se alcanzó el objetivo de este estudio ya que al conocer la frecuencia de depresión en el embarazo en la Clínica Regional Tejupilco ISSEMyM abre una brecha inexplorada para tener una visión debido que se reporta en México que 37% de las gestantes padece depresión durante su embarazo, sin embargo en la Clínica Regional el 67.6 % de las pacientes padecen esta enfermedad, por lo que es importante que el médico sepa identificar esta patología, así como los factores de riesgo para evitar las complicaciones como la depresión posparto, consumo de sustancias y bajo peso al nacer del producto

Además que una de las acciones del médico familiar es la prevención para esto es conveniente identificar los factores de riesgo, en varios apartados mencionan que es un nivel socioeconómico bajo, sin pareja, baja escolaridad, amas de casa, y adolescentes son las que presentan depresión en el embarazo. En la Clínica Regional Tejupilco Issemym el panorama es muy diferente es más frecuente en las mujeres que presentan una edad de 27 a 29 años, cursan su primer embarazo, casadas, profesoras, y pertenecen a una familia nuclear, urbana y modernas e integradas. La literatura reporta que es importante identificar la depresión ya que es más frecuente en el sexto y décima semana de embarazo y tercer trimestre, la mayoría de estas pacientes cursan en el segundo trimestre debido a los cambios en las concentraciones hormonales durante el embarazo.

Es importante dirigir acciones a las pacientes embarazadas hacia la educación de cómo transmitir la información ya que el estrés que se está viviendo a nivel familiar, institucional, poblacional, son factores que nos pueden desarrollar una depresión durante el embarazo, el médico general debe ser integral porque a veces las pacientes no llevan un control prenatal porque están en depresión.

## 6. PROPUESTA

La intención de este trabajo es ampliar la investigación del impacto de la depresión que genera durante el embarazo, aunque la magnitud de este problema hace meritorio ampliar la investigación a otras clínicas o consultorios médicos de nuestro instituto, a fin de captar a embarazadas que han tenido depresión y que no tienen seguimiento médico/psicológico o psiquiátrico.

### 2.- Continuar seguimiento conjunto Médico Familiar-Psicólogo-Psiquiatra.

El Médico Familiar como Médico de 1er contacto debe continuar manejo conjunto con psicología para manejo de depresión en el embarazo; así como manejo anticipatorio y continuo de la embarazada. En el caso necesario que la embarazada o algún miembro de la familia que amerite manejo psicológico, psiquiátrico o farmacológico, brindar el apoyo necesario, ya que en muchos casos el paciente o sus familiares deciden interrumpir dicho seguimiento.

### 3.- Estrategias para que la embarazada acuda a consulta de control prenatal.

Sabido es que una gran cantidad de embarazadas evitan acudir a consulta médica, incluso por padecimientos menores, por lo que se hace necesario crear estrategias para que acudan a consulta de primer nivel, donde el Médico Familiar deberá ganarse su confianza. Cuando la paciente embarazada acuda a su consulta prenatal informarle la importancia de su control prenatal durante su embarazo, sus complicaciones, y darle una breve introducción sobre depresión en el embarazo. Brindarle una buena atención dándole saber que es importante para nosotros. Haciéndole tomar consciencia que su embarazo es lo más importante en ese momento.

### 4.- Cuestionarios para identificar depresión

La depresión es mencionada como factor predisponente durante el embarazo, es por ello que sería de vital importancia aplicar cuestionarios de escala de Zung para identificar la presencia de esta patología en embarazada y actuar a tiempo.

### 5.-Cuestionarios para factores de riesgo

Instaurar de manera permanente la aplicación de cuestionario para factores de riesgo, que se aplicarían por el Médico Familiar o en su defecto por personal de enfermería previo a ingreso a consulta, a fin de detectar conductas de riesgo durante el embarazo.

#### 7.- Talleres para embarazadas y sus familias

Es evidente la relevancia del entorno familiar en el embarazo, por tanto es de apreciar que la dinámica de la relación familiar, el desarrollo de vínculos sanos entre los miembros de dicha familia y una comunicación efectiva se pueden trabajar en talleres dirigido a las embarazadas y sus familias sobre la depresión.

Capacitar a los médicos familiares en problemas psicológicos.

#### 8.- solicitar un Psicólogo:

También es importante con este estudio de mostrar que en la Clínica Regional Tejupilco ISSEMyM necesitamos un psicólogo para brindar apoyo, prevenir y detectar complicaciones durante el embarazo y posparto.

## 7. ANEXO

### 7.1. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Usted ha sido invitado a participar en una Investigación sobre Depresión en embarazo en pacientes embarazadas que acuden a solicitar consulta a la Clínica Regional de Tejupilco ISSEMYM. Esta investigación es realizada por la Dra. Delgado Echeverria Mary Toña, residente de la especialidad de Medicina Familiar. Con el propósito es de detectar la depresión que existe en pacientes embarazada. Si acepta participar en esta investigación, se le realizará la aplicación de un cuestionario en el cual se recabaran datos personales así como un test para el diagnóstico de depresión. El participar en este estudio le tomará aproximadamente 20 minutos. Los riesgos asociados con este estudio son nulos y los beneficios esperados de esta investigación es determinar si existe síndrome depresivo y localizar los factores de riesgo de los mismos. La identidad del participante será protegida. Toda información o datos que puedan identificar al participante será manejada confidencialmente. Estos datos serán almacenados por el período que dure el estudio.

Sí ha leído este documento y ha decidido participar, por favor entienda que su participación es completamente voluntaria y que usted tiene derecho a abstenerse de participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin ninguna penalidad.

---

Nombre del participante

---

Firma y Fecha

## 7. 2. FICHA DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Folio: \_\_\_\_\_

### FICHA DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Clave ISSEMYM:

Edad:

Escolaridad:

a).- primaria    b).-secundaria    c).-nivel superior    d).- licenciatura

Estado civil:

a).- soltera    b).- casada    c).- unión libre

Religión: \_\_\_\_\_    Ocupación: \_\_\_\_\_

Numero de gesta:

G: \_\_\_\_    PARTOS:    ABORTOS:    CESAREAS:

En que trimestre cursa:

a).- primer trimestre    b).- segundo trimestre    c).-tercer trimestre

Ha presentado alguna complicación durante el embarazo:

a).- si    b).-no

Como cual: \_\_\_\_\_

II. Favor de completar el siguiente cuadro, de las personas que viven con usted

Parentesco	Escolaridad	Ocupación	Edad

### 7.3. Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung (SDS)

<u>Por favor marque (☐) la columna adecuada</u>		<u>Poco</u>	<u>Algo de</u>	<u>Una buena</u>	<u>La mayor parte</u>
		<u>tiempo</u>	<u>tiempo</u>	<u>parte del</u>	<u>del tiempo</u>
				<u>tiempo</u>	
1.	Me siento decaído y triste.				
2.	Por la mañana es cuando me siento mejor.				
3.	Siento ganas de llorar o irrumpo en llanto.				
4.	Tengo problemas para dormir por la noche.				
5.	Como la misma cantidad de siempre.				
6.	Todavía disfruto el sexo.				
7.	He notado que estoy perdiendo peso.				
8.	Tengo problemas de estreñimiento.				
9.	Mi corazón late más rápido de lo normal.				
10.	Me canso sin razón alguna.				
11.	Mi mente está tan clara como siempre.				
12.	Me es fácil hacer lo que siempre hacía.				
13.	Me siento agitado y no puedo estar quieto.				
14.	Siento esperanza en el futuro.				
15.	Estoy más irritable de lo normal.				
16.	Me es fácil tomar decisiones.				
17.	Siento que soy útil y me necesitan.				
18.	Mi vida es bastante plena.				
19.	Siento que los demás estarían mejor si yo muriera.				
20.	Todavía disfruto de las cosas que disfrutaba antes.				



#### 7.4. Cronograma

Actividades	Meses											
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
<i>Etapa de planeación (trimestres)</i>												
<i>Etapa de planeación proyecto</i>	<sup>2011</sup>	20 11	20 11									
<i>Marco teórico</i>			20 12	20 12								
<i>Material y métodos</i>				20 12	20 12							
<i>Registro y autorización de proyecto</i>					20 11							
<i>Etapa de ejecución proyecto</i>				20 12	20 12	20 12						
<i>Recolección de datos</i>						20 13	20 13					
<i>Almacenamiento de datos</i>								20 13				
<i>Análisis de datos</i>							20 13					
<i>Descripción de los resultados</i>								20 13				
<i>Discusión de los resultados</i>								20 13				
<i>Conclusiones del estudio</i>								20 13				
<i>Integración y revisión final</i>								20 13	20 13	20 13	20 13	

## 8. BIBLIOGRAFIA

1.-Gerhard-Heinze M, Camacho-Segura P. Guías Clínicas Para La Atención De Trastornos Mentales. Guía Clínica Para El Manejo De La Depresión. Instituto Nacional De Psiquiatría Ramón De La Fuente Muñiz, Mexico.2010

2.-Diaz-Villa BA, Gonzalez-gonzalez C. Actualidades en neurobiología de la depresión.Rev.Latinoam Psiquiátrica 2012; 11(3):106-115

3.-Kahwagi-Gastine J, Kahwagi-Macari J, Ortega-Ruiz G.Cronica.com.mx.domingo 12 de marzo, 2013. <http://www.cronica.com.mx/notas/2013/729512.html>

4.-Wagner FA, González C, Sánchez-García C, Gallo JJ. Salud mental. Enfocando la depresión como problema de salud pública en Mexico.2012: enero-febrero.vol 35(1): 1-9

5.-Gonzales-Núñez H.Webconsultas.depresion, 2009-2013.<http://www.webconsultas.com/depresion/causas-de-la-depresion-290>

6.- Guía Práctica Clínica Sobre El Manejo De Depresión Mayor En el adulto mayor. Criterios diagnósticos según DSM-IV  
[www.guiasalud.es/egpc/depresion/completa/documentos/anexos/Anexo\\_7\\_Criterios\\_%20diagnosticos\\_segun\\_la\\_DSM-IV](http://www.guiasalud.es/egpc/depresion/completa/documentos/anexos/Anexo_7_Criterios_%20diagnosticos_segun_la_DSM-IV)

7.-Gonzalez-Ñunez H. Depresión webconsultas.21 noviembre 2013.  
<http://www.webconsultas.com/depresion/tratamiento-de-la-depresion-293>

8.-Heinze MG.Camacho-Segura P. Guías Clínicas Para La Atención De Trastornos Mentales. Instituto .Nacional De Psiquiatría. Ramón De La Fuente Muñiz. Mexico.2010. Página 1-44

9.-Ceballos-Martínez I, Sandoval-Jurado L, Jaimes-Mundo E, Medina-Peralta G, Madera-Gamboa J, Francisco Y, et al. Depresión durante en el embarazo. Epidemiología en mujeres Mexicanas. Rev. Med Inst Mex Seguro Soc. 2010; 48(1):71-74

10-Beltrán NA, Archila DC, Cuadros AE.depresion en embarazo en una paciente con múltiples comorbilidades.med.vis.2008; 21:201-10

11.-Martínez Lanz P, Waysel R. Depresión en adolescentes embarazadas. Enseñanza e investigaciones en psicología Redalyc.org; 2009; julio-diciembre; 14(2).261-274.

12.- depresión en el embarazo.[www.nacemama.com/2013/05/depresión-en-el-embarazo.html](http://www.nacemama.com/2013/05/depresión-en-el-embarazo.html).

13.-Draghi-Lugan S. Depresión en el embarazo. Revista de obstetricia/ginecología de buenos aires.2009; 88(982):234-243

14.-Sainz-Aceves KG, Chávez-Ureña BE, Díaz-Contreras ME, Sandoval-Magaña MA., Robles-Romero MA. Ansiedad /depresión en pacientes embarazadas. Aten Fam. 2013; 20(1):25-27.

15.- Jadresic M E. Depresión En El Embarazo/El Puerperio. Rev. Chi. Neuro-psiquiat.2010.Diciembre (Santiago); 48 (4):269-278.

16.-Constantino-Romero AL. Tratamiento de los trastornos depresivos durante el embarazo <http://www.monografias.com/trabajos16/depresion-embarazo/depresion-embarazo.shtml#ixzz2n4funCxz>

17.- Escala De Evaluación Para La Depression De zung WW. A Self-rating Depression Scale. Arch Gen Psychiatr 1965; 12: 63-70.

18.-IBM SPSS estadístico versión 21.

19-Trejo-Lucero H, Torres –Pérez J, Medina-Jiménez MA, Briones-Garduño JC, Menesses-CalderonJ.Depresión En Adolescentes Embarazadas Que Acuden A Un Hospital Perinatal.2009.Enero-Febrero; 76(1):9-12.

20-Bonilla Sepúlveda OA, M.D. Depresión Y Factores Asociados En Mujeres Adolescentes Embarazadas Y No Embarazadas En Medellín (Colombia) 2009. Revista Colombiana De Obstetricia Y Ginecología 2010:61(3); 207-213.  
<http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2010/im101m.pdf>

21.- Lara MA-Navarrete L. La Detección de Depresión en Mujeres Embarazadas Mexicanas Con La CES-D. Salud Mental. Enero-Febrero 2012:35(1):57-62

22.- Galacia-Moyeda IX, Martinez-Sanchez B, Ordoñez-Cervantes DM, Rosales Vega HA. Relación entre maltrato fetal, violencia y sintomatología depresiva durante el embarazo de adolescentes y adultas: Un Estudio Piloto. Psicología y Salud. Enero-Junio de 2013; 23(1); 83-95.