



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR  
SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO DE GUERRERO



**GUERRERO**  
NOS NECESITA A TODOS  
SECRETARÍA DE SALUD

UNIDAD ACADÉMICA

**HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE ZUMPANGO DEL RÍO, GUERRERO**

**Prevalencia de Depresión en Embarazadas Atendidas en El Centro De Salud  
Las Palmas de Chilpancingo Guerrero en el Periodo del Mes de Julio a  
octubre 2016**

TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR

PRESENTA:  
**DR. VICTOR HUGO SALGADO ESPÍRITU**  
**SEMIS 21131016**

ASESORES  
DRA. OLGA BALTAZAR JUÁREZ  
DRA. GABRIELA GARCÍA MORALES

**ZUMPANGO DEL RÍO, GUERRERO, FEBRERO 2018**



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.

**Prevalencia de Depresión en Embarazadas Atendidas en El Centro De Salud  
Las Palmas de Chilpancingo Guerrero en el Periodo del Mes de Julio a  
octubre 2016**

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

**PRESENTA:**

**DR. VICTOR HUGO SALGADO ESPÍRITU**

**A U T O R I Z A C I O N E S:**

**DRA. MARÍA PATRICIA ÁLVAREZ GONZÁLEZ**  
PROFESOR TITULAR

**DRA. OLGA BALTAZAR JUÁREZ**  
ASESORA METODOLOGICA

**DRA. GABRIELA GARCÍA MORALES**  
ASESORA ESTADÍSTICA

**DRA. MÓNICA EVELMIRA PIEDRA MENDOZA**  
COORDINADOR DE MEDICINA FAMILIAR SSA GUERRERO

**DRA. RUBÍ ÁLVAREZ NAVA**  
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN EN SALUD Y FORMACIÓN DE  
RECURSOS HUMANOS

**DRA. MARIBEL OROZCO FIGUEROA**  
SUBDIRECTORA DE EDUCACIÓN MÉDICA E INVESTIGACION EN SALUD

**ZUMPANGO DEL RÍO, GUERRERO, FEBRERO 2018**

**Prevalencia de Depresión en Embarazadas Atendidas en El Centro De Salud  
Las Palmas de Chilpancingo Guerrero en el Periodo del Mes de Julio a  
octubre 2016**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR  
PRESENTA:

**DR. VICTOR HUGO SALGADO ESPÍRITU**

**A U T O R I Z A C I O N E S**

**Dr. JUAN JOSÉ MAZON RAMÍREZ**  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

**Dr. GEOVANI LÓPEZ ORTÍZ**  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN  
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES**  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

**ZUMPANGO DEL RÍO, GUERRERO, FEBRERO 2018**

## RESUMEN

### INTRODUCCIÓN

La OMS estima que para el 2020, la depresión será la segunda causa de discapacidad en el mundo, se considera que la mujer es más susceptible a padecer trastornos emocionales, los cuales afectan tanto al producto como a la madre, estos trastornos mentales tienen un fuerte impacto negativo en la vida de los individuos, su familia y la sociedad en conjunto, nace entonces la importancia de investigar la depresión en las mujeres embarazadas.

### OBJETIVOS

Determinar la prevalencia de la depresión y otros factores de riesgo asociados a esta última en las mujeres embarazadas y en puerperio del Centro de Salud Las Palmas de Chilpancingo Guerrero.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, transversal, y comparativo a 99 pacientes embarazadas o en puerperio, que aceptaron realizar el estudio según los criterios de inclusión; se aplicó cuestionario de depresión de Edimburgo, evaluación del subsistema conyugal de Víctor Chávez Aguilar, así como una ficha de identificación con otras variables.

Para evaluar la asociación se realizó mediante el coeficiente de contingencia (C), donde la hipótesis es  $H_0: C = 0$ , y el estadístico es se rechaza  $H_0$  si  $C \geq X^2$  de las tabla , o si  $p\text{-valor} \leq \alpha$ , para  $\alpha = 0.05$

### RESULTADOS

De las pacientes con depresión estas se encontraron en el rubro de edad de 20 a 44 años, baja escolaridad, subsistema conyugal disfuncional, sin guardar relación con el nivel socioeconómico ni con el hecho de tener pareja o ser madre soltera.

### CONCLUSIÓN

La prevalencia de depresión fue de 20%, observándose relación con subsistema conyugal disfuncional.

**Palabras clave:** Prevalencia, depresión, embarazadas.

## SUMMARY

### INTRODUCTION

The WHO estimates that by 2020, depression will be the second cause of disability in the world, women are considered more susceptible to emotional disorders, which affect both the product and the mother, these mental disorders have a strong negative impact on the lives of individuals, their family and society as a whole, is born the importance of investigating depression in pregnant women.

### OBJECTIVES

To determine the prevalence of depression and other risk factors associated with the latter in pregnant women and in the puerperium of the Las Palmas Health Center in Chilpancingo Guerrero.

### MATERIAL AND METHODS

An observational, transversal, and comparative study was performed on 99 pregnant or postpartum patients, who agreed to perform the study according to the inclusion criteria; Edinburgh depression questionnaire, Víctor Chávez Aguilar's conjugal subsystem evaluation, as well as an identification card with other variables were applied.

To evaluate the association, the contingency coefficient (C) was used, where the hypothesis is  $H_0: C = 0$ , and the statistic is rejected  $H_0$  if  $C \geq X^2$  of the table, or if  $p\text{-value} \leq \alpha$ , for  $\alpha = 0.05$ .

### RESULTS

Of the patients with depression these were found in the age group of 20 to 44 years, low schooling, dysfunctional conjugal subsystem, without being related to the socioeconomic level or to having a partner or single mother.

### CONCLUSION

The prevalence of depression was of 20%, being observed relationship with dysfunctional conjugal subsystem.

**Key words:** Prevalence, depression, pregnant women.

Al Gran Creador de todo por darme vida y salud para iniciar y culminar este largo camino de la especialidad que me ha dado muchas satisfacciones. A Georgina mi gran amor que me ha sabido comprender apoyar, amar y tener mucha paciencia y de la mano juntos recorrimos muchas aventuras para recordar el resto de nuestras vidas, te amo.

A mis padres que con su apoyo incondicional nos dieron cobijo y tranquilidad para el cuidado de la más pequeña de nuestras hijas coquita, sin ella saberlo le dio a mi vida fuerza nueva siendo un impulso más para seguir avanzando en esas noches de desvelos y angustias deseando con todas mi alma llegar a casa por solo ver sus ojos y su sonrisa, a mis hijas e hijastra Dafne, Grecia y Karen por estar ahí compartiendo esos momentos de cansancio y también los de alegría cuando salíamos a divertirnos, siendo motivo para ir a Acapulco y disfrutar de su presencia y amor, aguantando la falta de mi por la ausencia de las guardias, al nuevo (a) integrante de la familia que como toda buena sorpresa se hace presente cuando no lo esperábamos y vuelve a alegrar nuestros corazones, a mis hermanos Ale y Josué y sus esposas por su compañía fiel siempre sin importar distancias, por su apoyo y asesoría las 24 horas, a mis familiares de parte de los salgado y espíritu que tantas veces falté a eventos y fiestas teniendo siempre su comprensión y apoyo, mis amigos médicos familiares de la tercera generación sin orden de importancia porque todos dieron de si para mi formación como persona y especialista, a mis maestros todos por su luz y conocimientos, apoyo y guía a seguir, Dras. Paty, Mónica, Olga, Dr. Carlos sin orden de importancia porque todos son para mi personas que llevo de manera muy especial en mi corazón.

A mis suegros y sus parejas, a los pacheco y los reyes siempre por su apoyo y consejos, sus fiestas y grandes comidas. A todos lo que dieron algo de si en este largo camino con sus consejos camaradería y trabajo , me refiero a los trabajadores del Hospital General de Chilpancingo, ISSSTE Chilpancingo y Hospital de la Madre y el Niño Guerrerense.

A la UNAM y SSA por tener a bien darme acceso a la posibilidad y realización de esta gran especialidad.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**  
**DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**  
**COORDINACIÓN DE DOCENCIA**

**Índice**

1. Marco teórico .....	1
2. Planteamiento del problema .....	9
3. Justificación.....	12
4. Objetivos.....	13
- General	
- Específicos	
5. Hipótesis .....	15
6. Metodología.....	16
- Tipo de estudio	
- Población, lugar y tiempo de estudio	
- Tipo de muestra y tamaño de la muestra	
- Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación	
- Método o procedimiento para captar la información	
- Análisis Estadístico	
- Información a recolectar	
- Consideraciones éticas	
7. Resultados.....	20
8. Discusión .....	28
9. Conclusiones.....	30
10.Referencias bibliográficas.....	31
11.Anexos.....	33



## 1. Marco teórico

La depresión es un importante problema de salud pública por su elevada prevalencia, impacto en la calidad de vida, la marcada discapacidad que produce y el incremento en el uso de los servicios de salud. Además la depresión tiene la particularidad de afectar en forma negativa la salud del paciente y aumenta el riesgo de intento de suicidio (1)

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, la depresión se define como un trastorno del estado de ánimo en el que predomina el humor disfórico, con presencia de síntomas físicos, afectivos y emocionales como insomnio, falta de concentración, irritabilidad y pérdida de interés o insatisfacción en todas o en casi todas las actividades(2).

Hoy se considera que la mujer es más susceptible a padecer trastornos emocionales, en gran parte debido a los cambios hormonales durante el ciclo menstrual y con más fuerza en el embarazo, por esto es lógico pensar que la ansiedad y la depresión podrían ser trastornos presentes de manera frecuente en las embarazadas. Debe señalarse que, además de los problemas inherentes a estos trastornos, todos los sentimientos y emociones desencadenados son capaces de afectar tanto a la madre como a su hijo.(3)

La comorbilidad entre depresión y enfermedades médicas es muy frecuente y esta asociación es bidireccional, de forma que la depresión puede ser causa o consecuencia de las mismas. Los posibles mediadores de esta relación van desde factores biológicos (por ejemplo, inmunes, neuroendocrinos o inflamatorios) a determinados estilos de vida (por ejemplo, sedentarismo o una dieta inadecuada). Existen, además, factores determinantes comunes que podrían incrementar el riesgo de aparición de depresión y comorbilidad médica. Entre estos últimos se encuentran el nivel socioeconómico, problemas psicosociales, traumas infantiles, determinados rasgos psicológicos o características genéticas.(4).

Los trastornos mentales tienen un fuerte impacto en la vida de los individuos, la familia y la sociedad en conjunto; los trastornos afectivos son la segunda alteración más común de las enfermedades mentales a nivel mundial, entre las que destaca la depresión. La OMS estima que para el 2020, la depresión será la segunda causa de discapacidad en el mundo. En el embarazo, la prevalencia de depresión es de 10 a 25 % y la de la ansiedad de 10 %; éstas, junto con el estrés, son condiciones biopsicológicas que afectan al binomio madre-hijo y se asocian con parto pretérmino, bajo peso al nacimiento, preeclampsia, tristeza, conflictos familiares, sociales o laborales(5).

De las pacientes que presentaron signos de depresión, cerca del 20% tienen depresión severa o muy severa, un porcentaje preocupante que llama la atención, ya que podría implicar que un gran número de estas embarazadas ha considerado suicidarse, quienes afirman que la depresión mayor es un trastorno frecuente en las embarazadas, predicho principalmente por una inestabilidad en la relación con su esposo y antecedentes de depresión. Por otra parte, se detectó que las pacientes con relación de pareja inestable tienden a generar mayores síntomas depresivos, así Rojas et al. Destacan que la calidad de la relación de pareja influye directamente sobre la presencia de la depresión, evidenciándose así, que no solo la ausencia de la pareja puede actuar como un disparador de los síntomas depresivos, sino que influye fundamentalmente sobre la calidad de la misma.(6)

El trastorno depresivo se manifiesta como una falta de ánimo para sobrellevar el embarazo o para enfrentar el cuidado del recién nacido, con lo que este sufre los inconvenientes de la indisposición de la madre para ocuparse de él y sus necesidades. También se ha informado sobre un aumento de la incidencia durante la adolescencia. Por tanto, la edad adolescente (según la OMS, comprendida entre 10 y 19 años) se considera como un factor de riesgo para desarrollar depresión posparto. La depresión posparto se presenta con un rango entre 30 a 200 casos por cada 1 000 nacimientos y tiene una tasa estimada de recurrencia entre 10 % y 35 %; es un importante trastorno de la salud mental en la mujer, con una prevalencia tres veces más alta en los países en desarrollo en comparación

con los desarrollados, y es más frecuente en las mujeres de nivel socioeconómico bajo. A pesar de su elevada prevalencia, a menudo, la depresión posparto no se diagnostica en forma adecuada ni oportunamente. Se ha observado que, la depresión posparto es más frecuente en las puérperas cuyo embarazo, parto, o cesárea, tuvo alguna complicación, como son parto pretérmino, bajo peso al nacimiento, preeclampsia; situaciones de conflicto familiar, social o laboral; o de bajos ingresos económicos; y sobre todo, durante la edad adolescente(7).

En el siguiente estudio transversal se realizó una encuesta descriptiva en mujeres en periodo posparto identificadas en cinco hospitales públicos del estado de Durango, México, entre enero y agosto de 2008. Uno de los hospitales participantes se localizó en el área urbana (ciudad de Durango) y cuatro en áreas rurales (Vicente Guerrero, Rodeo, Guadalupe Victoria y Santiago Papasquiari), para determinar la prevalencia de depresión posnatal y las características epidemiológicas a un número de 178 mujeres con una a 13 semanas posparto. Se les aplicó la Escala de Depresión Posnatal de Edinburgh, y la depresión se evaluó utilizando los criterios del DSM-IV. Además, se obtuvieron datos sociodemográficos, clínicos y psicosociales de las participantes con un resultado más alto de lo esperado e informado en el mundo con un porcentaje de (32.6 %) es decir, 58 se encontraban deprimidas a comparación con las mujeres de Estados Unidos (11.7 a 20.4 %), América del sur (20.7 %), Europa (6.1 a 16.8 %) y África (13.2 %).

En Durango se observaron frecuencias significativamente mayores de depresión en mujeres con escasa escolaridad, con más de tres años de vida con su pareja, no aseguradas y residentes del medio rural. El análisis multivariado mostró que la depresión posnatal se asoció significativamente con depresión previa, antecedente de depresión posnatal, depresión, ansiedad y estrés durante el embarazo, estrés después del embarazo, trauma, mala relación o abandono de la pareja, embarazo no deseado, problemas familiares, y vivir sin la pareja, aunque se cuenta con poca información al respecto por falta de estudios realizados en México se propone su continuación. (8).

Los principales factores de riesgo para DPP son: ansiedad prenatal, escaso apoyo social, eventos estresantes recientes, experiencias traumáticas, baja autoestima, conflictos de pareja, factores obstétricos, nivel socioeconómico, escolaridad y antecedentes familiares de depresión.(9)

## Marco referencial

Entre los variados estudios sobre depresión a la mujer embarazada este artículo en lo particular concluye que existe 8,5 veces mayor riesgo de padecer ansiedad y 6,5 veces de padecer depresión cuando las embarazadas tienen una relación de pareja inestable y 66,1% algún nivel de depresión, siendo alarmante que 19,4% de estas últimas presentaron un cuadro de depresión severa o muy severa, lo cual refleja una tendencia al deterioro de la salud mental de las gestantes estudiadas(3)

Con el objeto de determinar la prevalencia de depresión antes y después del parto, se llevó a cabo una investigación en el Instituto Nacional de Perinatología en una muestra de mujeres mexicanas, durante su último trimestre de embarazo con la Escala de Depresión Perinatal de Edimburgo concluyendo que el 21.7% de mujeres presentan sintomatología depresiva durante la gestación, sugiriendo su diagnóstico en consulta externa de hospitales públicos y de sector privado.(10)

En otro estudio se logró determinar la prevalencia de factores de riesgo para depresión en embarazadas del Hospital Niño Jesús, en Barranquilla, en el primer semestre de 2012. Los objetivos específicos fueron: presentar la población de embarazadas en estudio según: características sociodemográficas: edad, escolaridad, estado civil, ocupación, lugar de residencia, estrato socioeconómico y acceso y tipo de seguridad social; antecedentes psicológicos: apoyo social y funcionalidad familiar; antecedentes psiquiátricos: depresión previa, patología psiquiátrica familiar; antecedentes gineco obstétricas: edad gestacional, hijos previos con bajo peso al nacimiento, antecedente de mortinato, embarazo planeado, primigestante. Además, mostrar la prevalencia de depresión en las mujeres embarazadas y establecer posible asociación entre la depresión en mujeres embarazadas, según las variables en estudio. Se espera que los resultados de este estudio se constituyan en una línea de base sobre el tema, que contribuya a la implementación de un programa de vigilancia epidemiológica de la depresión prenatal dentro del programa de control prenatal, a fin de que se realice

la detección precoz de la citada depresión y la intervención oportuna de la misma, con el propósito de controlar los desenlaces negativos de la patología sobre el binomio madre/niño.(11)

En Chile alrededor del 30% de las embarazadas sufre síntomas inespecíficos de depresión y/o ansiedad. En cambio, si se consideran únicamente los trastornos depresivos que satisfacen criterios más estrictos, la prevalencia de depresión en este período es cercana al 10%, cifra similar a la encontrada en otros países. La investigación actual sugiere que la depresión materna afecta negativamente el desarrollo del feto. Se cuenta con varios estudios que muestran una asociación entre la depresión materna y factores que predicen pobres desenlaces neonatales, los que incluyen el embarazo de pretérmino, pesos de nacimiento menores, circunferencias craneales más pequeñas y puntajes APGAR más bajos. Con todo, en lo que atañe a los embarazos de pretérmino, los recién nacidos de PEG o de peso bajo, la evidencia actual no permite apoyar ni refutar la validez de estas asociaciones específicas.(12)

Se identificó la prevalencia de depresión de 23.3% como un problema presente en las embarazadas de UMF 171 del IMSS. Nuestro estudio arrojó como resultado que la depresión durante el embarazo es subdiagnosticada, y existen muchos factores de riesgo involucrados. Lo más importante es saber que la depresión durante el embarazo existe y está presente con una prevalencia alta por lo tanto es importante tenerla en cuenta en la consulta, realizar intencionalmente nuestra búsqueda de estos síntomas y realizar diagnósticos oportunos. Debemos concientizar a los médicos de primer contacto, que generalmente son los médicos que llevan a cabo el control prenatal, quienes deben estar debidamente capacitados para diagnosticar la enfermedad y otorgar de manera oportuna la terapéutica adecuada en cada paciente, para lograr así un desarrollo del embarazo armonioso y reduciendo la depresión postparto, además de evitar alteración de la funcionalidad familiar o alguna otra complicación a futuro y de esta forma asegurarnos que las pacientes estén al cuidado de sus hijos de forma adecuada y evitar alguna repercusión en el desarrollo integral de sus hijos.(13)

La depresión posparto (DPP) no es muy diferente de la depresión en otro momento de la vida. De acuerdo con el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV), es similar a la depresión mayor, pero con manifestaciones de ansiedad intensa, e incluso crisis de angustia, así como una preocupación excesiva por el bebé. Su importancia radica en que en este momento de la vida tiene consecuencias muy negativas sobre la salud y el desempeño de la madre y sobre el desarrollo cognitivo, conductual y emocional del infante. De 5 a 25% de las mujeres padecen DPP y se le considera la causa principal de enfermedad relacionada con discapacidad en mujeres, así como la complicación más común y más seria del parto. En México ha sido poco estudiada, pero datos recientes informan de una prevalencia de 32.6% (14.1% depresión mayor y 18.5% depresión menor. (9)

Aunque los estudios antes mencionados coinciden en la que faltan estudios complementarios, si ratifican que la depresión es una realidad en las embarazadas y en puerperio o posparto y que dejando a un lado por el momento la diversidad de los factores que la ocasionan, no se puede negar que repercute de manera importante en la mala calidad de los pacientes y en sus hijos, por lo que requiere detección e intervención en el primer nivel de atención.

## Marco conceptual

La Organización Mundial de la Salud (OMS) hace referencia al a Depresión como segunda causa de discapacidad en el año 2020 a nivel mundial, a su vez la define como un 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.

La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente, y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional.

La depresión es un trastorno que se puede diagnosticar de forma fiable y que puede ser tratado por no especialistas en el ámbito de la atención primaria.

Las guías de práctica clínica (GPC) Mexicanas actualización 2015, diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto evidencias y recomendaciones catálogo maestro de guías de práctica clínica: imss-161-09 en su concepto refiere que la depresión es una alteración patológica del estado de ánimo con descenso del humor en el que predominan los síntomas afectivos (sentimientos de dolor profundo, de culpa, de soledad, tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, desesperanza, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) además, en mayor o menor grado, están presentes síntomas de tipo cognitivo (baja atención, concentración y memoria, pensamientos de muerte o ideación suicida), volitivo (apatía, anhedonia, retardo psicomotor, descuido en sus labores cotidianas) y somático (cefalea, fatiga, dolores, alteraciones del sueño, somatizaciones, propensión a infecciones, etc.), por lo que es una afectación global de la vida psíquica(14)



La depresión constituye un problema importante de salud pública. En el mundo, representa la cuarta causa de discapacidad en cuanto a la pérdida de años de vida saludables. En México ocupa el primer lugar de discapacidad para las mujeres y el noveno para los hombres. La depresión tiene una alta co-ocurrencia con otros trastornos como la ansiedad, el consumo de sustancias, la diabetes y las enfermedades cardíacas. Pese al impacto que tiene este trastorno, una gran proporción de personas no acude a tratamiento, retrasa mucho la búsqueda de ayuda, o bien no recibe la asistencia adecuada. (9)

## Marco legal

Artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. El cual establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud.

Ley General de Salud. Establece las normas para brindar salud en nuestro país indicando la prevención y promoción a la salud como herramientas principales, además de evitar complicaciones tardías, logrando una buena calidad de vida para los individuos y en todo el territorio Nacional.

Norma oficial mexicana nom-025-ssa2-1994, para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica

CIE-10: f 32 episodio depresivo f33 trastorno depresivo recurrente f34 distimia (depresión persistente) GPC: diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto catálogo maestro: imss-161-09 coordinación, autoría y validación 2015

## **2. Planteamiento del problema**

La depresión contribuye de manera significativa a la carga global de enfermedad; es una de las principales causas de discapacidad y se estima que afecta a 350 millones de personas en el mundo, con prevalencias que oscilan entre 3.3 y 21.4%.<sup>2</sup> Este trastorno generalmente comienza en edades tempranas, reduce sustancialmente el funcionamiento de las personas, es un padecimiento recurrente y tiene importantes costos económicos y sociales. Es por ello que la depresión se encuentra entre los primeros lugares de la lista de enfermedades incapacitantes y se ha convertido en un objetivo prioritario de atención en todo el mundo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que los trastornos neuropsiquiátricos representan un total del 28% del global de las enfermedades, de éste, más de un tercio es causado por el trastorno depresivo, y estableció que la depresión afecta a unos 350 millones de personas en el mundo de acuerdo a la encuesta Internacional de Salud Mental 2012, con una prevalencia que oscila entre 3.3 al 21.4% y menos del 25% tienen acceso a tratamientos; advierte que una de cada cinco personas llegará a desarrollar un cuadro depresivo en su vida, aumentando este número si concurren otros factores como comorbilidad o situaciones de estrés. En los estudios en gemelos reportan una heredabilidad de hasta el 40%, con un incremento de 2-3 veces el riesgo de presentar depresión en familiares de primer grado. La prevalencia de depresión es variable según el país y de acuerdo a la Encuesta Nacional de Comorbilidades de nuestro país, observó que un 16,2% de las personas presentan depresión mayor en algún momento de su vida y un 6,6% en los últimos 12 meses. La prevalencia calculada de trastorno depresivo mayor o distimia a lo largo de toda la vida es del 4.2-17% (media ponderada: 12,1%). En el 2010 publica una prevalencia de 7.9. Complementario a lo anterior, en la Encuesta Nacional de Comorbilidad 2005 se reporta una Prevalencia General de 7.2%, de acuerdo a los publicado en México por la Secretaría de Salud en diciembre de 2015.

Aunque la depresión es una enfermedad conocida, no es diagnosticada en el momento adecuado, es decir en sus inicios, la falta experiencia y entrenamiento del médico para su cumplimiento, lo limita contribuir a garantizar la evolución favorable y satisfactoria del embarazo.

La mujer vive la maternidad como un proceso de continuo cambio y adaptación, debido a modificaciones en los aspectos físicos y hormonales que le acontecen. A nivel fisiológico se crean nuevas neurohormonas, con el objetivo de que, tras el parto, la madre adquiera un estado de sensibilidad que la permita atender a las demandas del recién nacido, sobre todo hacia el final del embarazo, en el postparto se produce un descenso brusco de estas hormonas sexuales, como los estrógenos y la progesterona que, asociado a una modificación de los niveles de cortisol en sangre, que desencadena cambios en el estado de ánimo de las madres por la falta de adaptación del SNC ante esta caída brusca hormonal, se desencadenan síntomas que si se asocian a factores psicosociales como son: el bajo ingreso económico, el desempleo, predisposición genética, experiencias de la infancia de abuso sexual, rasgos de personalidad: baja autoestima y personalidad neurótica, antecedente de trastornos de ansiedad o alguna patología de tipo psiquiátrico, deficiente apoyo social, abortos previos, altos niveles de estrés antes o durante el embarazo, mal estado de salud de la madre y conflictos con la pareja, ser mujer, jefa de familia, ocupaciones exclusivas del hogar, experiencias de violencia, consumir sustancias adictivas, la migración, inseguridad, bajo nivel de escolaridad.

Uno de los grandes enemigos de la depresión en el embarazo es su infravaloración por el médico tratante y la paciente, al no saber identificar una depresión atribuyéndola a factores que consideran normales, por lo que existe la necesidad de que la consulta de control prenatal deberían prestar más atención al aspecto psicológico de la embarazada e identificar cuando la paciente necesita ayuda psicología e incluso por psiquiatría. Detectar posibles trastornos mentales como la depresión podría mejorar la salud biopsicosocial de la paciente en gestación y al producto evitando complicaciones futuras asociada a este cuadro.

Por lo que surge la pregunta: **¿Cuál es la prevalencia de depresión en las embarazadas atendidas en el Centro de Salud las Palmas de Chilpancingo Guerrero?**

## **Justificación**

La mujer es pilar y un miembro fundador de la familia, su participación activa contribuye en la dinámica de las familias funcionales donde juega varios roles positivos, madre, esposa, administradora, cuidadora, mediadora, consejera, fuente principal de afecto y en algunas crisis para normativas como jefa de familia y proveedora directa al sufrir la familia alteraciones del desarrollo como son en las familias contraídas o interrumpidas, y en otras por el desarrollo tecnológico y social le han permitido a la mujer alternar diferentes roles, como son madre, esposa, ejecutiva, empleada y ama de casa etc., La mujer tiene un papel angular en el desarrollo de las familias su presencia favorece a mantener familias funcionales integradas.

La mujer durante su gestación y puerperio presenta múltiples cambios físicos y hormonales, y un proceso de adaptación fisiológico y psicosocial, con la aparición de manifestaciones emocionales y psicológicas, que podrían denominarse normales o fisiológicas. La gravedad de estas alteraciones aparece cuando se tornan patológicas. De esta manera el embarazo y el puerperio pueden actuar como desencadenantes o detonantes de reacciones psicológicas que varían desde el estrés emocional leve hasta trastornos psiquiátricos más graves, como es la depresión mayor

Los trastornos mentales como la depresión son frecuentes en México y pueden provocar discapacidad a un individuo. La Depresión es un trastorno del estado de ánimo con presencia de síntomas físicos, afectivos y emocionales, el embarazo requiere una preparación física y psicológica, para recibir a un nuevo individuo, mientras que la depresión durante el embarazo, que es muy común, ha recibido menos atención. Siendo que deberían las mujeres en puerperio y embarazo gozar de alegría. Padecen depresión mayor durante la gestación de 2% a 21% y hasta 38% entre quienes tienen bajo nivel socioeconómico, y sintomatología depresiva, de 8% a 31%, y entre los menos favorecidos de 20% a 51%. En México los síntomas de depresión se observan en 22% a 37% de las gestantes. Es la segunda causa más común de enfermedad mental en el mundo, ocasionando

alrededor de 850.000 suicidios anualmente. En el Estado de Guerrero no hay estudios que documenten la frecuencia de depresión en mujeres puérperas ni en embarazadas.

El personal médico durante el control prenatal está en contacto con la mujer en gestación y el puerperio, creando una oportunidad para realizar el diagnóstico de depresión en el primer nivel de atención. Por lo que considero que es fundamental para éstos profesionales conocer la importancia de la salud psicosocial y no solo el enfoque biológico. Es importante determinar la Prevalencia de depresión de las mujeres embarazadas con herramientas probadas, como el cuestionario de depresión de Edimburgo el cual es un apoyo en el diagnóstico de depresión. Obteniendo resultados que beneficien a las mujeres embarazadas Guerrerenses de la región centro en el centro de salud las palmas de Chilpancingo y a la institución al disminuir los costos.

No existe el modo de impedir totalmente la aparición de todas estas complicaciones, sin embargo, desde la Atención Primaria se pueden detectar factores de riesgo en el momento del diagnóstico del embarazo, y capacitar a las mujeres a la identificación temprana de signos de depresión, y en caso necesario medidas que pueden mejorar la calidad de vida del binomio y evitar un diagnóstico tardío

#### **4. Objetivos**

Objetivo general:

Determinar la prevalencia de depresión en embarazadas atendidas en el Centro de Salud

Objetivos específicos:

Determinar la prevalencia de la depresión y de factores de riesgo en las embarazadas adolescentes y adultas asignadas al Centro de Salud.

Determinar la relación de la depresión con la edad, escolaridad, el subsistema conyugal, la percepción de un salario, grado de funcionalidad del subsistema conyugal, ocupación.



## **5. Hipótesis**

H1. La prevalencia de Depresión en Embarazadas y en Puerperio es del 25%

H0. La prevalencia de Depresión en Embarazadas y en Puerperio No es del 25%

## **6. Metodología**

Tipo de estudio: observacional, transversal y comparativo

Población, lugar y tiempo de estudio. Todas las mujeres embarazadas y en puerperio que pertenezcan al Módulo uno del Centro de Salud las palmas de Chilpancingo Guerrero, en el período del 1 de Julio del 2016 al 31 de Octubre del año 2016.

Tipo de muestra y tamaño de la muestra. Se obtuvieron por medio no probabilístico por conveniencia con un total de 99 pacientes por conveniencia a todas aquellas mujeres embarazadas que acudan a consulta

Criterios de inclusión exclusión y eliminación.

Criterios de inclusión: Embarazo confirmado cualquier edad en el periodo de Julio a Octubre 2016 y que acepten la hoja de consentimiento informado y que conteste los cuestionarios de depresión.

Criterios de exclusión: Padecer de las siguientes patologías de base: Diabetes mellitus tipo 1 y 2, diabetes gestacional, hipertensión arterial sistémica, hipertensión arterial inducida por el embarazo, enfermedades inmunológicas, cáncer, síndrome de Down e infecciones de transmisión sexual, Pacientes con discapacidad: Sordera, ceguera, mudez, hemiplejia, paraplejia, amputadas. Pacientes con discapacidad mental, pacientes que no acepten realizar la encuesta de depresión, Diagnóstico anterior de depresión o ansiedad. Sufrir enfermedad psiquiátrica previamente diagnosticada.

Criterios de eliminación: que no concluyan los cuestionarios de diagnóstico de depresión o no deseen participar en la encuesta.

Método o procedimiento para captar la información: Se seleccionó a pacientes embarazadas que acudieron a consulta al centro de salud de las Palmas, se explicó ampliamente el procedimiento a realizar, previa firma de consentimiento informado se procedió a realizar la recolección de los datos, de la ficha de identificación, posteriormente se aplicó el cuestionario de depresión de Edimburgo, evaluación del subsistema conyugal y escala de Graffar-Méndez para valorar nivel socioeconómico, se aplicó autoadministrado o mediante entrevista a las que no sabían leer y escribir, debido al largo tiempo que debía emplearse para responder la entrevista en algunos casos la paciente autorizó se realizará la entrevista en su domicilio, para lo cual se capacitó a una persona, con conocimientos en salud, durante la realización de la entrevista en todo momento se aclararon las dudas al momento de responder.

#### Análisis estadístico

Se procesó en el paquete estadístico social Windows SPSS TM versión 18. En la descripción de las variables del estudio, se utilizó estadística de tipo descriptivo y para las variables categóricas (nominales u ordinales) mediante distribución de frecuencias y porcentuales, en las variables categóricas se evaluaron los factores asociados al depresión en mujeres embarazadas o puérperas y la asociación entre función en el subsistema conyugal, edad, escolaridad, vivir o no con pareja y nivel socioeconómico mediante la prueba de asociación Chi-cuadrada sin corrección de Pearson. Posteriormente realizamos las gráficas estadísticas en programa Excel según los datos obtenidos.

#### Variables

Variable dependiente: edad, percepción de un salario o ingreso económico, vida en pareja, ocupación, escolaridad, funcionalidad del subsistema conyugal.

Variable independiente: depresión embarazo

## Tabla de variables

Nombre de la variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Indicador
Depresión	Trastorno mental frecuente, caracterizado 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. OMS	Trastorno mental frecuente, caracterizado 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. OMS	Cualitativa	1.Sin Depresión (menor de 9 puntos)  2.Probable Depresión (más de 10 puntos)
Edad	Tiempo trascurrido entre el día, mes y año a momento de del estudio	Edad en años cumplidos para clasificar mujer adolescente: edad menor de 19 años y mujer adulta mayo de 19 años.	Cualitativa	1. Adolescente  2. Adulto
Escolaridad	Ultimo grado aprobado de instrucción más avanzado que declara haber cursado la paciente	Grado de estudio que tiene la paciente al momento de la encuesta	Cualitativa	1.Primaria completa  2.Secundaria completa 3.Bachillerato  4.Licenciatura  5.Sabe leer y escribir  6.Analfabeta
Subsistema conyugal	Vínculo sentimental de tipo romántico que une a dos personas. Dentro de lo que se entiende por relación de <b>pareja</b> para lograr una relación funcional. gráfica de Víctor Chávez Aguilar	Si tiene el apoyo de una pareja	Cualitativa	1.Con pareja (2,3)  2. Sin pareja (1,4,5)
Nivel socioeconómico	Escala de Graffar-Méndez Castellanos: Es un método utilizado para clasificar socioeconómicament	Escala de Graffar-Méndez Castellanos: Es un método utilizado para clasificar socioeconómicament	cuantitativa	1. 04-06 Estrato alto  2. 07-09 Estrato medio alto 3. 10-12 Estrato medio bajo

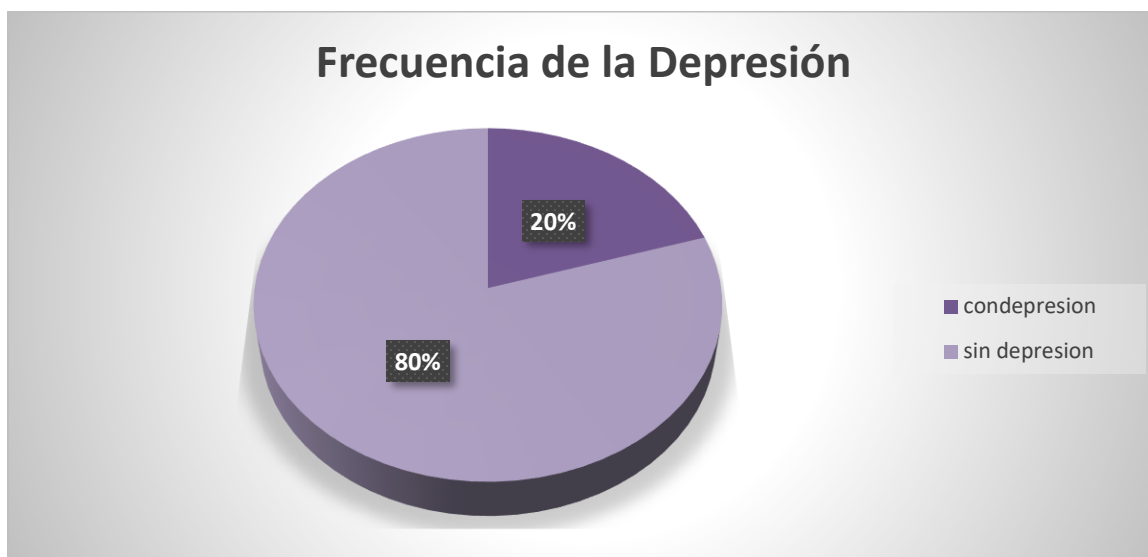
	e a la población.	e a la población.		4. 13-16 Estrato obrero 5.17-20 Estrato marginal
Percepción de salario o ingreso económico	Actividad laboral que permite percibir un salario	Actividad laboral que permite percibir un salario	Cualitativa	1.Si 2.No
Grado de funcionalidad del subsistema conyugal	Evaluación de factores que intervienen en la elección en la pareja, así como algunos psicodinamismos de interacción y funciones principales para lograr una relación funcional. gráfica de Víctor Chávez Aguilar	Evaluación de factores que intervienen en la elección en la pareja, así como algunos psicodinamismos de interacción y funciones principales para lograr una relación funcional. gráfica de Víctor Chávez Aguilar	cuantitativa	1: 00 – 40 pareja severamente disfuncional  2:41 – 70 pareja moderadamente disfuncional  3:71 – 100 pareja funcional

### Consideraciones éticas

Se aplicará el cuestionario de auto administrado a los pacientes que sepan leer y escribir o hetero administrado a los que no sepan leer ni escribir, previo consentimiento informado, en donde se explicará que la información obtenida es confidencial y uso exclusivo del investigador que en ningún momento ni bajo ninguna circunstancia se proporcionara la información obtenida a ninguna otra persona. Las personas que así lo consideren podrán retirarse del estudio en el momento que lo soliciten. No se incluyen procedimientos experimentales que causen daño físico ni de otra índole a los participantes.

## 7. Resultados

La prevalencia de depresión encontrada en mujeres gestantes fue del 20%, contra un 80% que no lo presentó. <sup>Grafica 1</sup>



Fuente: Encuestas realizadas a pacientes embarazadas.

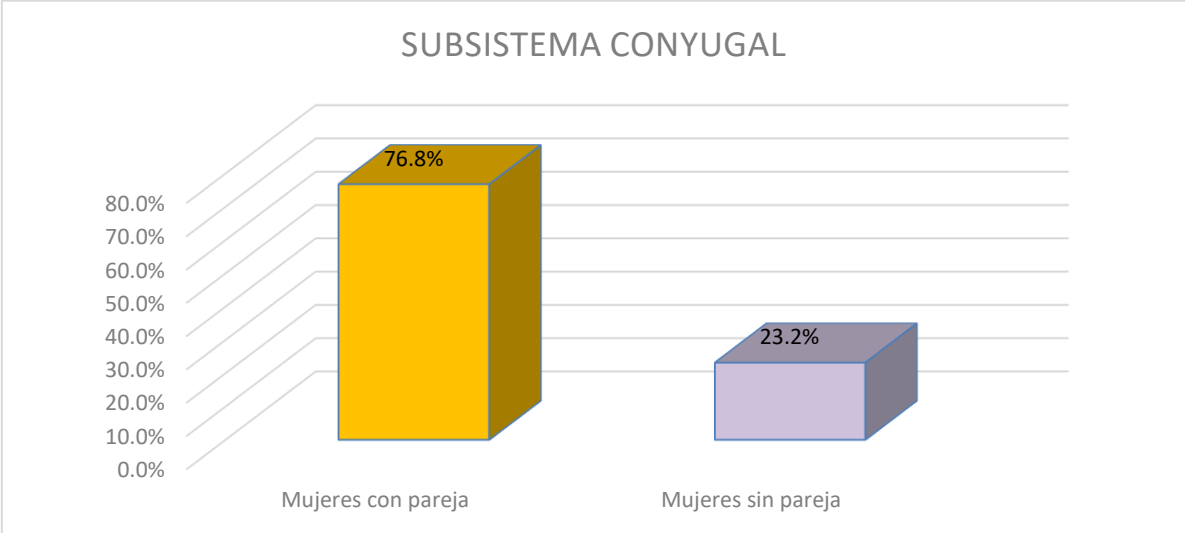
Al analizar el total de pacientes encuestadas de acuerdo a la edad la edad mínima fue de 14 años y la edad máxima 39 años, con un rango de edad media 23.17 años, y una moda de 21 años.

De acuerdo al grado de escolaridad el 46% (n=46), cuentan con un grado de estudios de Secundaria. <sup>Tabla 1</sup>

Variable	Frecuencia	Porcentaje
PRIMARIA	18	18.2
<b>SECUNDARIA</b>	<b>45</b>	<b>45.5</b>
BACHILLERATO	19	19.2
LICENCIATURA	15	15.2
ANALFABETA	2	2.0
Total	99	100.0

Fuente: Encuestas realizadas a pacientes embarazadas.

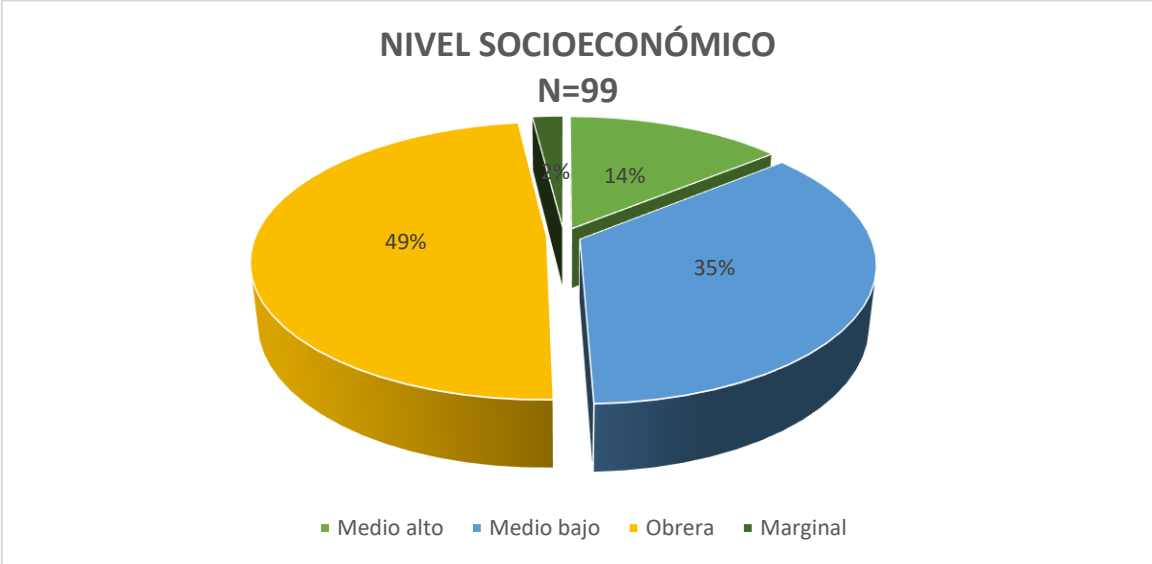
Se clasificaron dos grupos para un grupo con pareja en unión libre o casada y un segundo grupo sin pareja, para obtener la prevalencia de las pacientes que tiene un sistema conyugal con apoyo, el 76.8 (n=76) del total de la población se encontró con el apoyo de una pareja. Grafica 2



Fuente: Encuestas realizadas a pacientes embarazadas.

A la población encuestada se le aplicó cuestionario Escala de Graffar-Méndez para conocer el nivel socioeconómico, el 48.50% (n=48) cuentan con un nivel socio económico obrero, le sigue en orden de importancia el medio bajo con un 35.40%.

Grafica



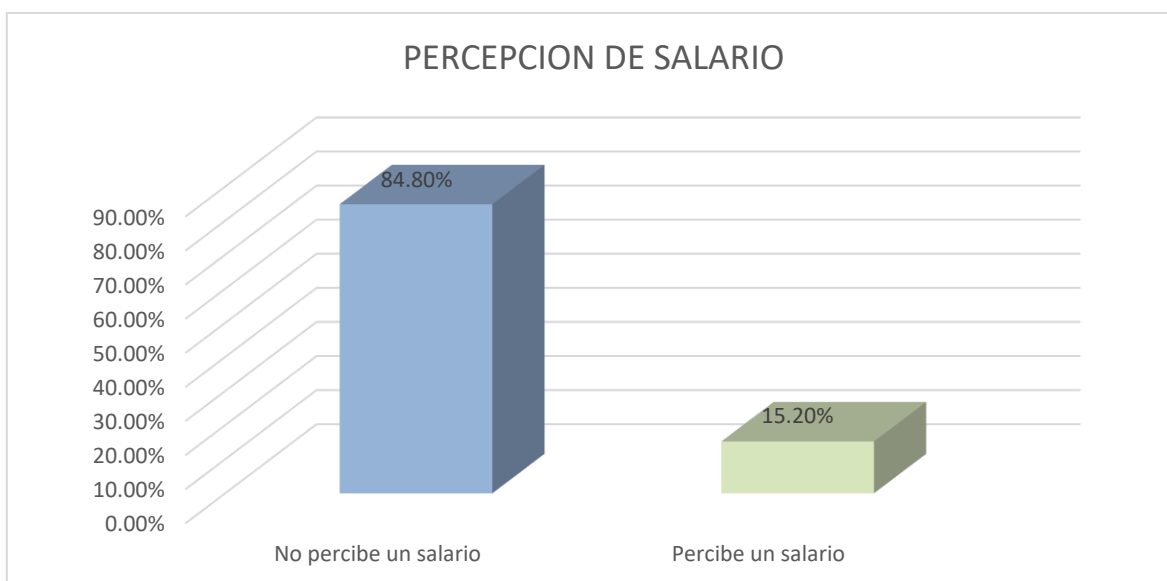
Fuente: Encuestas realizadas a pacientes embarazadas.

En lo que se refiere a la ocupación la actividad que predominó con un 63.6 % (n=63) actividades del hogar. Tabla 2

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	<b>AMA DE CASA</b>	<b>63</b>	<b>63.6</b>
	OBRERA	16	16.2
	NO TRABAJA	6	6.1
	ESTUDIANTE	13	13.1
	OTRO	1	1.0
	Total	99	100.0

Fuente: Encuestas realizadas a pacientes embarazadas.

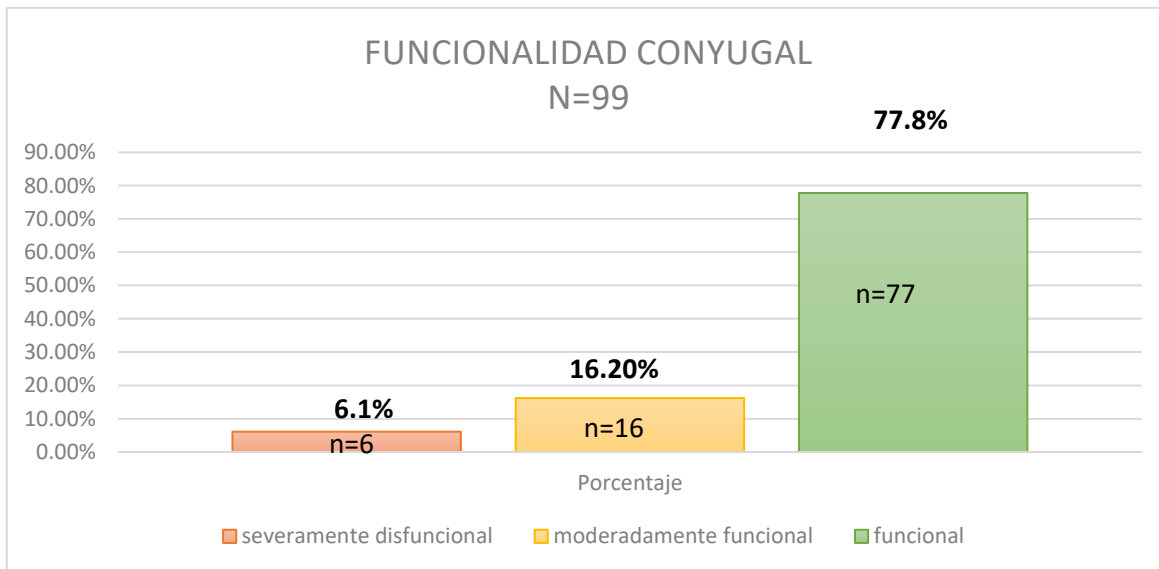
EL 15.20 % (n=15) de pacientes que tenían una retribución salarial. Grafica 4



Fuente: Encuestas realizadas a pacientes embarazadas.



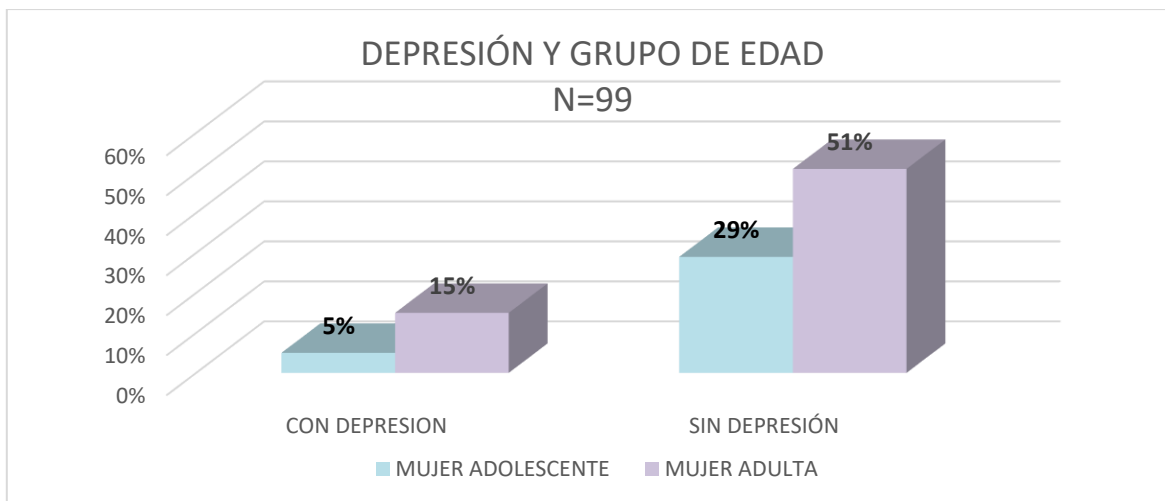
En la encuesta de funcionalidad conyugal se encontró que el 77.80% (n=77), son funcionales a nivel Conyugal, el 16.20% son moderadamente funcional y solo un pequeño porcentaje de 6.10% fue severamente disfuncional con depresión. Grafica 5



Fuente: Encuestas realizadas a pacientes embarazadas.

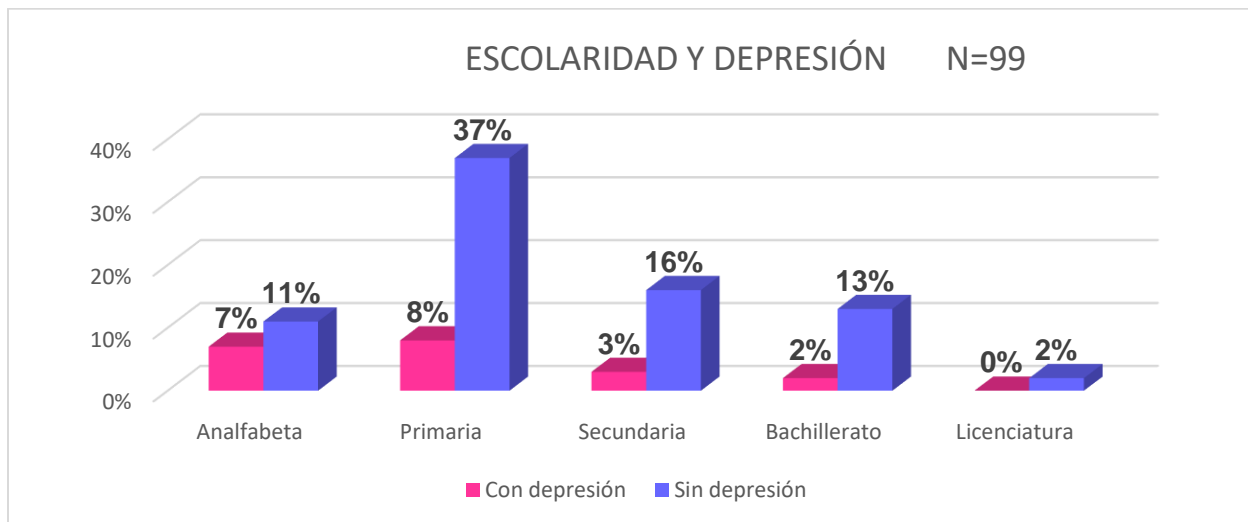
### Tablas cruzadas

La Depresión se presentó en mayor proporción en el grupo de edad de 20 a 44 años denominado mujer adulta con un 15% (n=15) en comparación al resto con 5% de 14 a 19 años. Grafica 6



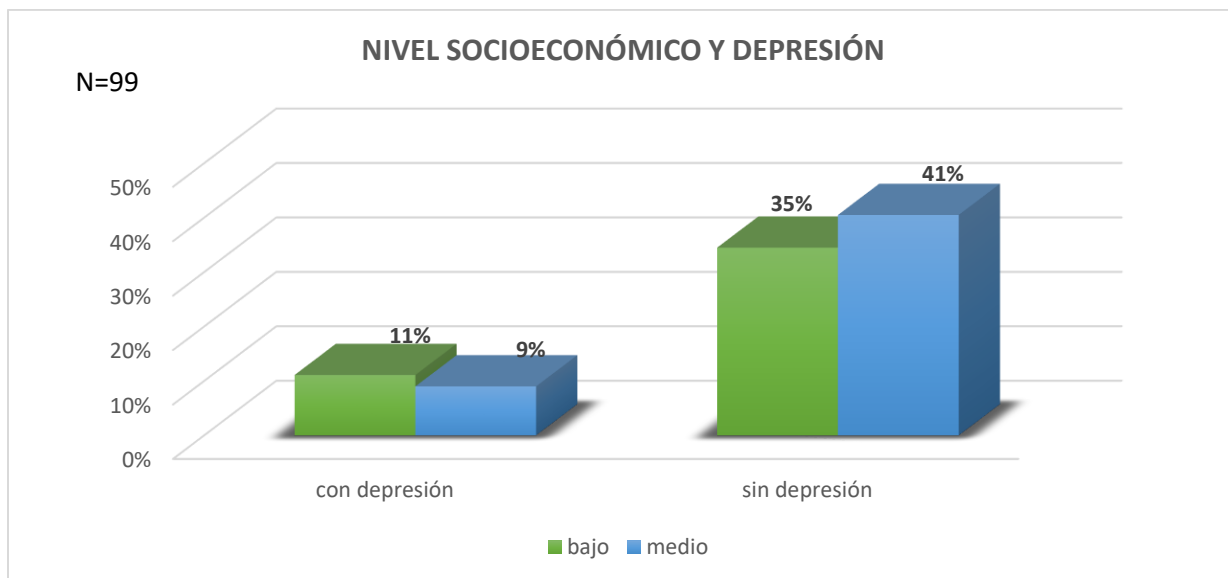
Fuente: Encuestas realizadas a pacientes embarazadas.

La Depresión se logró observar el mayor porcentaje en un 8% de pacientes con escolaridad primaria, seguido de un 7% en mujeres analfabetas, un 3% en secundaria y 2% en pacientes con bachillerato, por lo que se concluye a menor escolaridad mayor es el porcentaje de Depresión. Grafica 7



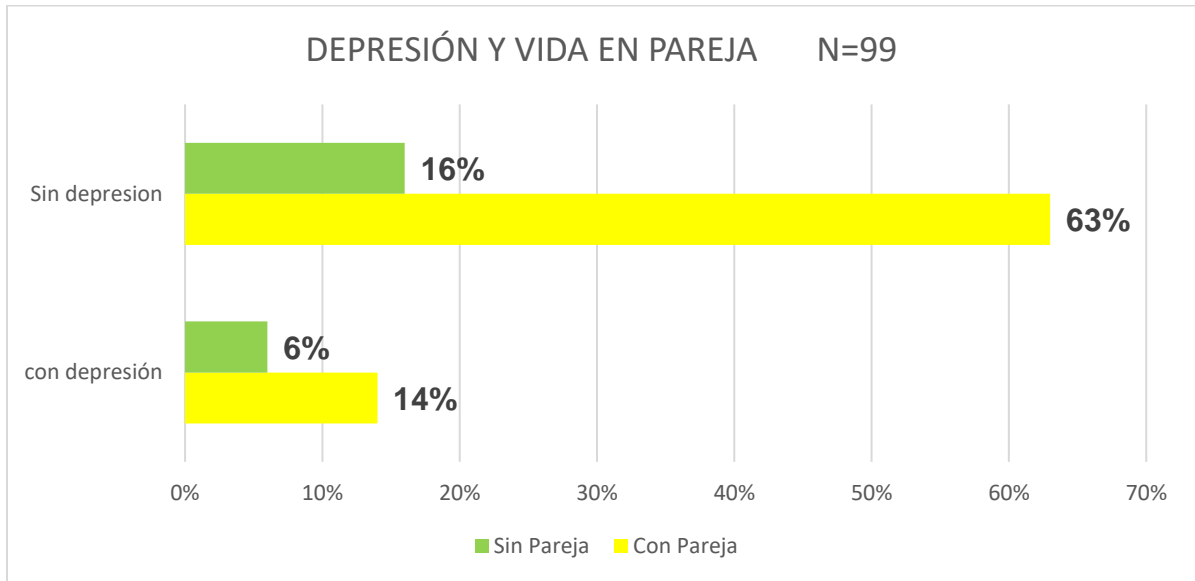
Fuente: Encuestas realizadas a pacientes embarazadas.

Un porcentaje de 35% (n=39) de pacientes con nivel socioeconómico bajo se encontró sin depresión, similar al número de pacientes con nivel medio 41% (n=40). Grafica 8



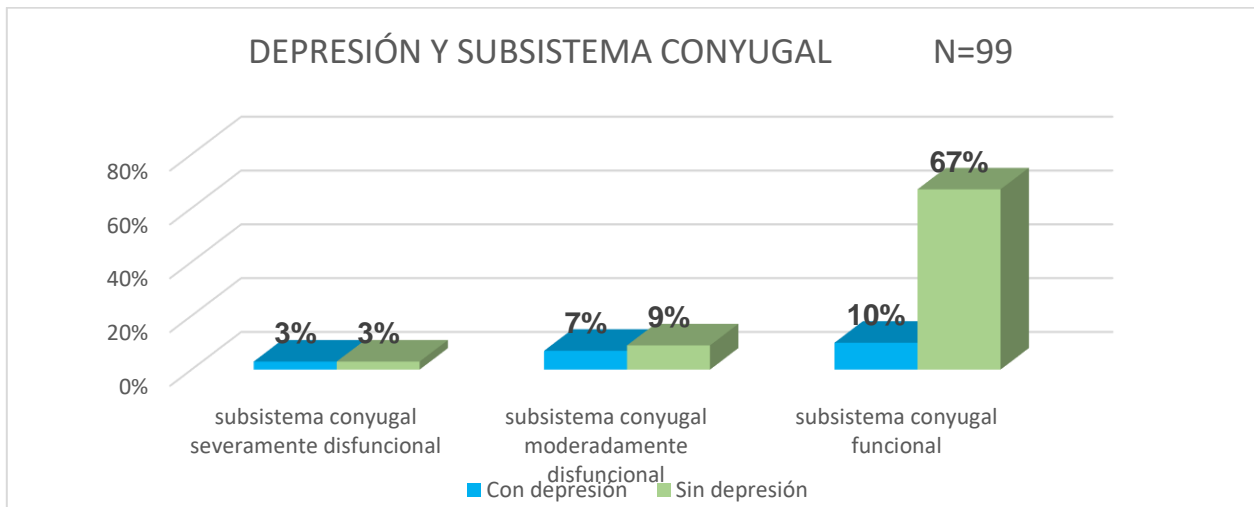
Fuente: Encuestas realizadas a pacientes embarazadas.

La frecuencia de depresión y vida en pareja se observó con mayor frecuencia en pacientes con pareja, algo parecido con el grupo sin depresión ya que fue similar la proporción de vida en pareja o sin ella Grafica <sup>9</sup>



Fuente: Encuestas realizadas a pacientes embarazadas.

El presente estudio arrojo resultados en cuanto a depresión y subsistema conyugal, en donde podemos observar que en las pacientes con un subsistema conyugal funcional no presenta depresión. Gráfica <sup>10</sup>



Fuente: Encuestas realizadas a pacientes embarazadas.

## Análisis bivariados

### Factores de riesgo asociados a depresión

Variables	RM	IC 95%	P	INTERPRETACION
Edad:adolescente /adulta	.408	.125-1.337	.130	Cursar con embarazo o puerperio en una edad clasificada como adolescente o adulto no es un factor de riesgo ni de protección, estadísticamente no significativo.
Vida en pareja	.593	.197-1.97	.349	Tener pareja parece ser un factor protector para depresión sin embargo el índice de confianza inferior es menor a la unidad y el índice de confianza superior es mayor a la unidad por lo que no es un factor protector ni de riesgo.
Percepción salarial	2.96	.923-9.467	.060	El tener o no tener o no una percepción no es un factor de riesgo ni de protección para depresión, estadísticamente no significativa
Funcionalidad	5.58	1.914-16.284	.001	Tener una familia disfuncional tiene 5.58 veces más probabilidad de riesgo de presentar depresión. Con un valor estadísticamente significativo para aceptar la funcionalidad familiar influye con la aparición de la depresión de la paciente.

## 8. Discusión

De las 99 pacientes embarazadas encuestadas, se encontró que el 46% tenía escolaridad de secundaria terminada o incompleta, es posible que el motivo sea porque la mayoría de las pacientes incluidas en el estudio pertenecen a familias tradicionales con pobreza además de contar con diferentes factores de riesgo para presentar depresión, como el maltrato infantil, abusos, violencia familiar entre otros, por lo que pierden su proyecto de vida abandonando tempranamente la escuela y sus estudios.

Un artículo de Berenzon S, et al, (9) sobre la población adolescente muestran que, entre los trastornos más frecuentes en esa etapa de la vida, se encuentran los depresivos; 7.8% de los jóvenes cumplieron con los criterios diagnósticos de depresión mayor, generando discapacidad ya que pueden interferir en su desarrollo y limitarlos en la toma de decisiones importantes en su vida, que llevara también sus consecuencias psicosociales a mediano plazo como los embarazos adolescentes terminando por abandonar sus estudios para integrarse a ser madres de familia, truncando sus proyectos y perpetuando la pobreza.

La incidencia de depresión fue similar en comparación con otros estudios realizados, con un resultado de incidencia del 20% para este trabajo de tesis, Berenzon S, et al. (9) refiere que en México estos síntomas depresivos se observan en 22 a 37% de las gestantes, un 19.2% que refiere en su artículo Mariela Borda Pérez et al(19) con una población encuestada de 151 embarazadas, por otro lado Lucía Ortega et al. (10) reporta un probable episodio depresivo en 360 mujeres embarazadas que estudiaron con un porcentaje de 21.7%, José Urdaneta M, (18) et al en su artículo encuestó a 100 puérperas encontrando un porcentaje de 22% de depresión confirmada.

Al realizar los cruces de variables se encontró que la depresión se presenta a mayor edad, época en la que quizá se terminan los pensamientos fantasiosos tal y como lo menciona Baeza B. et al(16) en su investigación respecto al embarazo en adolescentes cuando dice que las jóvenes idealizan a la pareja y son en efecto

fantasiosas, sin embargo, a mayor edad se enfrenta a la realidad, donde está por concluir o llegó a su término la adolescencia pasando a la etapa de adulto y con esto las reflexiones de sus actos y consecuencias recordando planes no realizados y pocas oportunidades económicas, laborales y hasta sociales, así a más baja escolaridad mayor prevalencia de depresión tal y como lo menciona José Urdaneta M, et al, (18) donde un factor de riesgo para presentar depresión es contar con un nivel educativo primario o inferior, por el contrario con las pacientes que presentan un nivel educativo superior se considera un factor protector, sin embargo, no se encontró relación con el nivel socioeconómico debido posiblemente a que las familias se adaptan a vivir con los ingresos acostumbrados.

En lo que respecta al subsistema familiar conyugal, José Urdaneta M, et al (18) hace referencia a que un factor para depresión es no contar con el apoyo familiar o de su pareja, donde posiblemente las pacientes pueden sentirse desamparadas y vulnerables posiblemente pensando en la responsabilidad de ser madre y atender sola esta próxima etapa en su vida ya sea con un hijo o más, es posible que la falta de comunicación con su pareja, afecto, insatisfacción sexual y falta de acuerdos entre otros factores, lleven a la paciente a este punto de reflexión, sin aparente salida, presentando síntomas de ansiedad y depresión. Mercado Rivas et.al.,(17) hace énfasis que la depresión se atañe con una mala relación conyugal principalmente cuando la mujer percibe desarmonía conyugal de los padres, en nuestra investigación las mujeres con depresión perciben una buena relación conyugal.

El tener una vida con pareja o estado civil casada o soltera podría pensarse que es un factor protector para evitar la depresión sin embargo en la presente investigación no se encontró significancia en relación a vivir con pareja o no ya que la depresión se presenta en porcentajes similares tanto en madres solteras como en las que tienen pareja, tal y como José Urdaneta M, et al,(18) lo refiere en la discusión de su artículo donde encuestó a 100 puérperas.

## **9. Conclusiones**

En 3 años aproximadamente según la OMS la depresión ocupará la segunda causa de discapacidad en el mundo en este estudio la prevalencia que se obtuvo es muy similar al reportado en la literatura mundial con un 20 % por la OMS y 20.2% en nuestra investigación, también se observó que a mayor disfunción familiar mayor prevalencia de depresión, por lo contrario a mayor funcionalidad familiar menor depresión por lo que puede considerarse como un factor protector, la ocupación poco remunerada como el campesino tuvo también importante prevalencia de este trastorno. Se deberá enfocar la detección y prevención en primer nivel para evitar la depresión o tratarla y referir en tiempo y forma, mejorando así la funcionalidad familiar y lograr romper con el círculo de pobreza lo que mejorará su calidad de vida sustantivamente.

## 10. Referencias bibliográficas

1. Clara S, Clara V, Polifenoles TÉ, La YPA. Artículo de revisión. Historia Natural de la Depresión. Rev Peru Epidemiol. 2010;6(4):1–5.
2. López MV, Fuentes NIGAL, Palos PA, Oudhof H. Depresión en adolescentes: El papel de los sucesos vitales estresantes. (Spanish). Salud Ment [Internet]. 2012;35(1):37–43. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=74483751&lang=es&site=ehost-live>
3. Diaz M, Amato R, Chávez JG, Ramirez M, Rangel S, Rivera L, et al. Depresión y ansiedad en embarazadas. Salus. 2013;17(2):32–40.
4. Giner J, Saiz J, Bobes J, Zamorano E, López F, Hernando T, et al. Consenso español de salud física del paciente con depresión. 2014;7(4).
5. Ceballos-martínez I, Sandoval-jurado L, Jaimes-mundo E, Medina-peralta G, Madera-gamboa J. Depresión durante el embarazo . 2010;48(1).
6. Martínez J, Rolo M, Osorio L, Pulido N, Blanco Z, Moreno N. Salus online Salus online. Salus Online [Internet]. 2013;12(Sup.1):233–41. Available from: [salus-online.fcs.uc.edu.ve/contrib\\_ucna\\_diag\\_molec.pdf](http://salus-online.fcs.uc.edu.ve/contrib_ucna_diag_molec.pdf)
7. Johalys D, Fernández K, Teresa A, Natale I, Merlo JT. Depresión posparto valorada mediante la escala de Edimburgo. 2014;74(4):229–43.
8. Alvarado-Esquivel C, Sifuentes-Álvarez A, Estrada-Martínez S, Salas-Martínez C, Hernández-Alvarado AB, Ortiz-Rocha SG, et al. Prevalencia de depresión posnatal en mujeres atendidas en hospitales públicos de Durango, México. Gac Med Mex. 2010;146(1):1–9.



9. Berenzon S, Psic D, Lara MA, Cs D, Robles R, Medina-mora ME. Depresión : estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Publica Mex.* 2013;55(1):74–80.
10. Ortega L, Lartigue T, Figueroa M. Prevalencia de depresion, atravez de la escala de depresion perinatal de Edinburgh. 2001;15(1):11–20.
11. Pérez MB, Forero C, Cabarcas NA, Hinestrosa C, Lobo SP, Garavito MS, et al. Depresión y factores de riesgos asociados en embarazadas de 18 a 45 años asistentes al Hospital Niño Jesús en Barranquilla ( Colombia ). *Salud Uninorte.* 2013;29(3):394–404.
12. Enrique Jadresic M. Depresión perinatal: Detección y tratamiento. *Rev Médica Clínica Las Condes* [Internet]. Elsevier; 2014;25(6):1019–28. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0716864014706510>
13. Ibarra-Hernandez M, Jimenez Alvarado P, Albarran Lopez P BRS. Md 2015. *Rev Medica Md.* 2015;5(3):119–25pp.
14. Velasco GR, Manuel J, Legaspi O, Juan J, Cerda O. Diagnóstico y tratamiento. *Medgraphic.* 2012;(4):200–6.
15. Lara M, Navarrete L. Detección de depresión en mujeres embarazadas mexicanas con la CES-D. *Inst Nac Psiquiatr Ramón la Fuente Muñiz México* Dispon. 2012;35(1):57–62.
16. Bernardita Baeza W., Ana María Póo F., Olga Vásquez P., Sergio Muñoz N., Carlos Vallejos . Identificación de factores de riesgo y factores protectores del embarazo en adolescentes de la novena región, revista chile de obstetricia ginecológial 2007; 72(2):76-81.
17. Martha Xitlali Mercado Rivas, Lucía Pérez Sánchez y Irene Margarita Espinosa Parra, pautas de relación en familias con Miembro diagnosticado con Depresión posparto, *Revista Electrónica de Psicología Iztacala.* 14, (1), 2011.

18. José Urdaneta M, Ana Rivera S, José García I, Mery Guerra V, Nasser Baabel Z, Factores de riesgo de depresión post parto en puérperas venezolanas valoradas por medio de la escala de Edimburgo, Revista de Chile Obstetricia y Ginecología 2011;76(2): 102-112.

19. Mariela Borda Pérez, Claudia Forero, Nassin Ahcar Cabarcas, camila Hinestrosa, Silvana Pololobo, Depresión y factores de riesgo asociados en embarazadas de 18 a 45 años asistentes al hospital niño Jesús en Barranquilla Colombia, Artículo original, Salud Unimorte barranquilla (Col), 2013; 29(3):394-404.

## 11. Anexos

### Instrumento de Evaluación

#### Instrucciones:

Favor de llenar una lista de cotejo por cada expediente, completando la información que se solicita y/o eligiendo una opción de respuesta. Escriba en el recuadro la respuesta de la opción que corresponda a la cuestión y/o encierre el número de la opción que elija.

FOLIO: \_\_\_\_\_

#### I. Ficha de identificación:

No	PREGUNTA	RESPUESTA		
	Edad:	1.-10 a 13 años 3.-17 a 19 años	2.-14 a 16 años 4.-20 a 44 años	
	Etnia:			
	Estado Civil	1.Casado (a)	2.Viudo (a)	3.Soltero (a)
		1.Con pareja	2.Sin pareja	
	Escolaridad	1.Ninguna 4.Preparatoria	2.Primaria 5.Licenciatura	3.Secundaria 6.No hay información en el expediente
	Ocupación	1.Ama de casa 4.Estudiante	2.Empleada 5.Otra: _____	3.Desempleada 4.No hay información en el expediente
	Desarrollo de la familia	1.Tradicional	2.Moderna	

## Cuestionario Sobre Depresión Postnatal Edimburgo (EPDS)

Su fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Bebé: \_\_\_\_\_

Queremos saber cómo se siente si está embarazada o ha tenido un bebé recientemente.

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

Tanto como siempre

No tanto ahora

Mucho menos

No, no he podido

2. He mirado el futuro con placer

Tanto como siempre

Algo menos de lo que solía hacer

Definitivamente menos

No, nada

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

Sí, la mayoría de las veces

Sí, algunas veces

No muy a menudo

No, nunca

4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo

No, para nada

Casi nada

Sí, a veces

Sí, a menudo

5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno

Sí, bastante

Sí, a veces

No, no mucho

No, nada

6. Las cosas me oprimen o agobian

Sí, la mayor parte de las veces

Sí, a veces

No, casi nunca

No, nada

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

Sí, la mayoría de las veces

Sí, a veces

No muy a menudo

No, nada

8. Me he sentido triste y desgraciada

Sí, casi siempre

Sí, bastante a menudo

No muy a menudo

No, nada

9. He sido tan infeliz que he estado llorando

Sí, casi siempre

Sí, bastante a menudo

Sólo en ocasiones

No, nunca

10. He pensado en hacerme daño a mí misma

Sí, bastante a menudo

A veces

Casi nunca

No, nunca

1.-Sin Depresión

(menor de 9 puntos)

2.-Probable Depresión (más de 10 puntos)

Resultado de la evaluación: \_\_\_\_\_ Interpretación:\_\_\_\_\_

Evaluación del subsistema conyugal ( Víctor Chávez Aguilar)

Funciones Nunca Ocasional Siempre

Comunicación

Se comunica directamente con su pareja 0 5 10

La pareja expresa claramente los mensajes que intercambia 0 5 10

Existe congruencia entre la comunicación verbal y la analógica 0 5 10

Adjudicación y asunción de roles

La pareja cumple los roles que mutuamente se adjudican 0 2.5 5

Son satisfactorios los roles que asume la pareja 0 2.5 5

Satisfacción sexual:

Es satisfacción la frecuencia de las relaciones sexuales 0 5 10

Es satisfactoria la calidad de la actividad sexual 0 5 10

Afecto:

Existen manifestaciones físicas de afecto en la pareja 0 2.5 5

El tiempo que se dedica la pareja es gratificante 0 2.5 5

Se interesan por el desarrollo y superación de la pareja 0 2.5 5

Perciben que son queridos por su pareja 0 2.5 5

Toma de decisiones:

Las decisiones importantes para la pareja se toman

Conjuntamente 0 7.5 15

Calificación:

Sumando el puntaje total, las disfunciones se califican de la siguiente forma:

00 – 40 pareja severamente disfuncional

41 – 70 pareja moderadamente disfuncional

71 – 100 pareja funcional

## Escala de Graffar-Méndez

### Clasificación de estrato Económico

1. Profesión del Jefe de Familia	1	Profesión Universitaria, financistas, banqueros, comerciantes, todos de alta productividad, Oficiales de las Fuerzas Armadas (si tienen un rango de Educación Superior)
	2	Profesión Técnica Superior, medianos comerciantes o productores
	3	Empleados sin profesión universitaria, con técnica media, pequeños comerciantes o productores
	4	Obreros especializados y parte de los trabajadores del sector informal (con primaria completa)
	5	Obreros no especializados y otra parte del sector informal de la economía (sin primaria completa)
2.- Nivel de instrucción de la madre	1	Enseñanza Universitaria o su equivalente
	2	Técnica Superior completa, enseñanza secundaria completa, técnica media.
	3	Enseñanza secundaria incompleta, técnica inferior
	4	Enseñanza primaria, o alfabeta (con algún grado de instrucción primaria)
	5	Analfabeta



3.-Principal fuente de ingreso de la familia	1	Fortuna heredada o adquirida
	2	Ganancias o beneficios, honorarios profesionales
	3	Sueldo mensual
	4	Salario semanal, por día, entrada a destajo
	5	Donaciones de origen público o privado
4.- Condiciones de alojamiento	1	Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes de gran lujo
	2	Viviendas con óptimas condiciones sanitarias en ambientes con lujo sin exceso y suficientes espacios
	3	Viviendas con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos o no, pero siempre menores que en las viviendas 1 y 2
	4	Viviendas con ambientes espaciosos o reducidos y/o con deficiencias en algunas condiciones sanitarias
	5	Rancho o vivienda con condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas

Interpretación del Puntaje obtenido en la Escala de Graffar:

04-06 Estrato alto

07-09 Estrato medio alto

10-12 Estrato medio bajo

13-16 Estrato obrero

17-20 Estrato marginal

## CONSENTIMIENTO INFORMADO.

### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN MÉDICA

TÍTULO: Prevalencia de Depresión en Embarazadas Atendidas en El Centro De Salud Las Palmas de Chilpancingo Guerrero en el Periodo del Mes de Julio a Octubre 2016

NÚMERO DE PROTOCOLO: 21131016

INVESTIGADOR: Víctor Hugo Salgado Espíritu

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

LUGAR: Chilpancingo Guerrero, Centro de Salud Las Palmas

Estas hojas de consentimiento informado pueden contener palabras que usted no sean muy claras. Por favor pregunte a la persona que le está aplicando el cuestionario cualquier información que no se encuentre clara. Usted puede llevarse a su casa una copia de este consentimiento para pensar sobre el estudio o discutirlo con su familia antes de tomar una decisión.

### INTRODUCCIÓN

Usted ha sido invitado a participar en un estudio de investigación. Antes que usted decida participar por favor lea este consentimiento cuidadosamente. Haga todas las preguntas que usted tenga, para asegurarse de que quede claro que el proceso a realizar se trata de un cuestionario en donde la información que proporcione será confidencial, sin existir riesgos sobre su salud, ya que no administrara ningún tipo de fármacos.

### PROPÓSITO DEL ESTUDIO.

Este proyecto consiste en aplicar dos cuestionarios que se forma de 15 preguntas en total, en las cuales no se le solicita el nombre, y en base a los resultados valorar si existe relación entre la depresión en embarazadas con la función familiar. En caso de confirmarse esta teoría dar a conocer a las autoridades para que se trate al paciente con depresión desde la perspectiva familiar.

## PARTICIPANTES DEL ESTUDIO.

Los participantes se elegirán al azar según las embarazadas que acudan al centro de salud Las Palmas en el periodo Julio a Octubre 2016 y cumplan con los criterios de inclusión. Usted puede participar o abandonar el estudio en el momento que así lo decida sin ser amonestado de ninguna manera.

## PROCEDIMIENTO DEL ESTUDIO.

En caso de aceptar a usted se aplicará los cuestionarios que consta de 5 preguntas en total donde se preguntara edad, etnia, estado civil, escolaridad, ocupación, otro de 10 donde se preguntaran. 1 He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas, 2. He mirado el futuro con placer, 3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien, 4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo, 5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno 6. Las cosas me oprimen o agobian, 7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir, 8. Me he sentido triste y desgraciada, 9. He sido tan infeliz que he estado llorando 10. He pensado en hacerme daño a mí misma y los cinco restantes preguntan acerca de cómo se siente respecto al apoyo que su familia le brinda. Los cuestionarios no le solicitaran nombre por lo que la información vertida en este será confidencial, posteriormente se valoraran los resultados y se reportarán.

## RIESGOS ASOCIADOS CON EL ESTUDIO.

No existen riesgos ya que no se realizará ningún estudio de laboratorio, ni se administrará ningún fármaco, el estudio únicamente consiste en aplicar un cuestionario en todo momento con confidencialidad de la información proporcionada la cual solo se utilizará con fines de investigación.

## ACLARACIONES.

- Su decisión de participar en este estudio es completamente voluntaria.
- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted en caso de no aceptar la participación.
- No tendrá que hacer gasto alguno durante la investigación.
- La información obtenida será confidencial y únicamente usada por el investigador.
- Si considera que no hay ninguna duda puede si así lo desea, firmar la carta de consentimiento informado anexa a este documento.

## CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Prevalencia de Depresión en Embarazadas Atendidas en El Centro De Salud Las Palmas de Chilpancingo Guerrero en el Periodo del Mes de Julio a Octubre 2016

Yo \_\_\_\_\_ he leído y comprendido la información anterior y mis dudas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos a través del cuestionario pueden ser publicados o difundidos con fines científicos conservándose siempre mi anonimato. Convengo participar en este estudio de investigación de manera voluntaria. Entiendo que tengo derecho a retirarme de la investigación, sin perder mis derechos como paciente de este centro de salud.

Nombre \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ participante

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Firma del participante \_\_\_\_\_ Fecha  
(Día/Mes/Año) \_\_\_\_\_

Nombre del Testigo \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Firma del Testigo \_\_\_\_\_ Fecha  
(Día/Mes/Año) \_\_\_\_\_

Nombre del Testigo \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Firma del Testigo \_\_\_\_\_ Fecha  
(Día/Mes/Año) \_\_\_\_\_

Nombre y firma de quien solicitó el Consentimiento \_\_\_\_\_