



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
ÁREA ACADÉMICA DE MEDICINA**

**SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO DE HIDALGO
HOSPITAL GENERAL DE PACHUCA**

TEMA

**PREVALENCIA DE DEPRESIÓN PREPARTO EN MUJERES EN CONTROL
PRENATAL EN EL HOSPITAL GENERAL DE PACHUCA**

**QUE PRESENTA LA MÉDICO CIRUJANO
SAHRAZADE RUBÍ DE LOS SANTOS GUILLERMO QUIROZ**

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

**DR. GUILLERMO BARRAGÁN RAMÍREZ
MEDICO ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
PROFESOR TITULAR DEL PROGRAMA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

**M en C. SARA QUIROZ OLGUÍN.
ASESORA CLÍNICA**

**DRA. LOURDES CRISTINA CARRILLO ALARCÓN
ASESORA UNIVERSITARIA**

**PERIODO DE LA ESPECIALIDAD
2010-2014**

AGRADECIMIENTO.

Dios;
Que me acompañas en cada respiración,
Que me regalas cada instante de

Mi familia;

Mamá, por tu oración con el corazón,
Papá, que sé estás y estarás ahí,
Hassán, que con tu carácter y fortaleza inspiras,
Dunny, que con tu ternura y cariño apareces.

Siempre
Con su apoyo incondicional, comprensión,
Y todo su Amor.

Infinitas Gracias.

POR LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

**M. C. ESP. JOSÉ MARÍA BUSTO VILLARREAL
DIRECTOR DEL INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA
SALUD DE LA UAEH.**

**DR. LUIS CARLOS ROMERO QUEZADA
JEFE DEL ÁREA ACADÉMICA DE MEDICINA DEL
I.C. Sa.**

**DR. ERNESTO FRANCISCO GONZÁLEZ HERNÁNDEZ
COORDINADOR DE ESPECIALIDADES MÉDICAS**

**DRA. LOURDES CRISTINA CARRILLO ALARCÓN
CATEDRÁTICA TITULAR Y ASESORA EN
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN
ASESORA UNIVERSITARIA.**

**POR EL HOSPITAL GENERAL DE PACHUCA
DE LA SECRETARIA DE SALUD DE HIDALGO**

**DR. FRANCISCO JAVIER CHONG BARREIRO
DIRECTOR DEL HOSPITAL GENERAL DE PACHUCA
DE LA SECRETARÍA DE SALUD DE HIDALGO.**

**DRA. MICAELA MARICELA SOTO RÍOS
SUBDIRECTORA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
DEL HOSPITAL GENERAL DE PACHUCA
DE LA SECRETARÍA DE SALUD DE HIDALGO.**

**DR. GUILLERMO BARRAGÁN RAMÍREZ
MÉDICO ESPECIALISTA DE GINECOLOGÍA
Y OBSTETRICIA
PROFESOR TITULAR DEL PROGRAMA DE
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA.**

**M en C. SARA QUIROZ OLGUIN.
ASESORA CLINICA.**

ÍNDICE.

I.	Objetivos.	2
	I.1. Objetivo General.	2
	I.2. Objetivos Específicos.	2
II.	Antecedentes.	3
III.	Planteamiento del problema.	26
IV.	Justificación.	27
V.	Definición de términos.	28
VI.	Descripción de la metodología.	32
VII.	Material y métodos.	33
	VII.1. Lugar donde se realizará la investigación.	33
	VII.2. Diseño del estudio.	33
	VII.3. Tiempo del estudio.	33
	VII.4. Sujeto del estudio.	33
	VII.5. Selección de la población de estudio.	34
	VII.6. Determinación del tamaño de muestra.	35
	VII.7. Definición operacional de variables.	36
	VII.8. Recolección de datos.	38
	VII.9. Instrumento validado.	38
	VII.10. Aspectos éticos.	39
	VII.11. Recursos humanos, físicos y financieros.	40
VIII.	Hallazgos.	42
IX.	Discusión.	47
X.	Conclusión y recomendaciones.	49
XI.	Anexos.	50
XII.	Referencia bibliográfica.	54

I. Objetivos.

I.1. Objetivo general.

Conocer la prevalencia de la depresión preparto en mujeres en control prenatal.

I.2. Objetivos específicos.

1. Determinar en pacientes obstétricas de la consulta externa del Hospital General de Pachuca, la frecuencia de la sintomatología propia de la depresión preparto.
2. Identificar mediante la escala de Edimburgo a las mujeres embarazadas que presenten sintomatología depresiva.
3. Proponer apoyo psico-emocional a las pacientes detectadas.

II. Antecedentes.

En el mundo hay más de 350 millones de personas con depresión, un trastorno mental que altera sus vidas. Sin embargo, debido a la estigmatización que todavía existe de este trastorno, muchos de los afectados no reconocen su enfermedad y no buscan tratamiento.¹

La depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo, y se caracteriza por una sensación persistente de tristeza durante dos semanas o más, que interfiere con las actividades diarias. Cuanto antes empiece el tratamiento, mayor será su eficacia.¹

Lamentablemente, sólo la mitad de las personas con depresión reciben la atención que necesitan. Las actitudes culturales y la falta de buenos conocimientos sobre esta afección contribuyen a la renuencia a buscar ayuda.¹

Las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud indican que la depresión es frecuente en todas las regiones del mundo. Un estudio reciente respaldado por la OMS reveló que alrededor del 5% de las personas han padecido depresión durante el último año.⁴

La depresión es el resultado de interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos. Hay relaciones entre la depresión y la salud física; así, por ejemplo, las enfermedades cardiovasculares pueden producir depresión, y viceversa. Una de cada cinco parturientas sufre depresión tras el parto.¹

La Federación Mundial de Salud Mental inició en 1992 la celebración del Día Mundial de la Salud Mental, que sirve a muchos países y organizaciones para concientizar a la población de los problemas de salud mental y fomentar un debate abierto sobre los trastornos mentales, así como las inversiones en servicios de prevención, promoción y tratamiento.¹

Los estudios epidemiológicos han demostrado que los trastornos afectivos y de ansiedad son más comunes en las mujeres que en los hombres en una proporción de 2

a 11, lo cual podría deberse a una serie de factores sociales y culturales. En México, la prevalencia reportada de depresión es similar a la encontrada en otros países, observándose por igual que los trastornos afectivos afectan con mayor frecuencia a las mujeres, siendo la razón de morbilidad específica para depresión de 2.5 mujeres por cada hombre. Estos hallazgos son predominantes durante la vida reproductiva de la mujer, y se relacionan de manera directa con los niveles circulantes de estrógenos, por lo que se propone que ésta y otras hormonas gonadales, así como los aspectos psicosociales, pueden ser los causantes de la mayor prevalencia de trastornos afectivos en mujeres.²

La observación de que algunas mujeres son vulnerables a sufrir síntomas psicológicos de intensidad suficiente para considerarse trastornos mentales ante algunos cambios hormonales ha llevado a un grupo de autores a sugerir que podríamos agruparlos como Reproductive-Related Disorders (RRD). Dentro de este grupo se incluyen los trastornos durante el embarazo, trastornos en el puerperio, síndrome premenstrual (SPM) y trastornos durante la perimenopausia.²

Este grupo de trastornos tiene como característica esencial que ocurren en etapas de cambios hormonales importantes; por lo que la hipótesis de que las fluctuaciones hormonales influyen en las vías neuroquímicas ligadas a la depresión se ve fortalecida. Se sabe que existen receptores para hormonas gonadales como los estrógenos y la progesterona en regiones cerebrales involucradas en la regulación del ánimo y la conducta como la corteza pre frontal, el hipocampo, el tálamo y el tallo cerebral; y diversos autores han revisado la influencia que tienen las hormonas gonadales a nivel cerebral, así como las interacciones moleculares de los estrógenos en los sistemas noradrenérgico y serotoninérgico.²

Se considera que la capacidad disminuida para reaccionar y mantener la homeostasis funcional ante cambios en los niveles de estradiol y progesterona predispone a algunas mujeres a sufrir trastornos del ánimo. Asimismo, una vulnerabilidad genética marcada por los eventos de vida y que es empeorada por el

efecto acumulado de los cambios hormonales, los episodios disfóricos, y una mala adaptación a los cambios hormonales.⁵

Algunas mujeres experimentan su primer episodio depresivo durante el embarazo mientras que otras, que cuentan con antecedentes depresivos, están en riesgo incrementado para una recurrencia, continuación o exacerbación de dicho trastorno.⁶

El 25% de mujeres con antecedente de depresión desarrollan una depresión prenatal además de que la depresión del embarazo constituye el mayor factor de riesgo para depresión postparto. Se reporta que 50% de las gestantes con diagnóstico de depresión postparto, presentaban sintomatología depresiva durante el embarazo.²

Si bien se ha estudiado más ampliamente la depresión en el posparto, siendo considerado este un periodo altamente vulnerable para la mujer, en la actualidad se sabe que la depresión durante la gestación es igual e incluso más frecuente que la ocurrida en el posparto.³

La depresión durante la gestación se presenta más frecuentemente en los dos últimos trimestres. La mayoría de ellas no experimenta remisión espontánea de sus síntomas sino que por el contrario, correrá el riesgo de presentar depresión puerperal.³

La importancia del estudio de la prevalencia es que a partir de esto se podrá evaluar el impacto en la calidad de vida de las gestantes y de sus familias, la carga económica asociada a familias individuales, al sistema de salud y además provee de datos epidemiológicos para poder realizar estrategias de manejo de la depresión.³

Epidemiología.

La sintomatología depresiva prenatal, por su alta prevalencia (22% a 37%) y consecuencias negativas sobre la salud de la madre, el producto y el curso del embarazo, requiere de detección oportuna para proporcionar apoyo y tratamiento adecuados.³⁷

Los estudios del trastorno depresivo mayor han indicado un amplio intervalo de valores para la proporción de la población adulta que padece el trastorno. El riesgo para el trastorno depresivo mayor a lo largo de la vida en las muestras de población general ha variado entre el 10 y el 25 % para las mujeres.⁴

La prevalencia puntual del trastorno depresivo mayor en adultos en muestras de población general han variado entre el 5 y el 9 % para las mujeres.⁶

La depresión es el trastorno mental que más afecta a la población en el mundo.⁵

Las cifras internacionales, reportadas por una revisión sistemática, revelan que la prevalencia de la depresión antenatal es 7.4 %, 12.8% y 12% para el primer, segundo y tercer trimestre respectivamente.⁶

Se calcula que el 25% de las personas padecen uno o más trastornos mentales o del comportamiento a lo largo de su vida, representando el 14% de la carga mundial de enfermedades a nivel mundial y el 22% a nivel de América Latina y el Caribe.⁵

Más de 350 millones de personas de todas las edades sufre de depresión globalmente. En América Latina y el Caribe la padece 5% de la población adulta.⁵

Entre 60% y 65% de las personas que necesitan atención por depresión en América Latina y el Caribe no la reciben.⁵

Un millón de personas mueren cada año en el mundo por causa del suicidio; en América alcanzan alrededor de 63.000.⁵

Entre los trastornos mentales en América Latina y el Caribe, la depresión es la más común (5%), seguida por los trastornos de ansiedad (3,4%), la distimia (1,7%), el trastorno obsesivo compulsivo (1,4%), trastorno de pánico y psicosis no afectivas (1% cada una), y trastorno bipolar (0,8%), entre otros. Entre 20% y 40% de las mujeres de los países en desarrollo sufren de depresión durante el embarazo o postparto.⁵

Se cuenta con estadística y estudios nacionales e internacionales al respecto.⁸

En Estados Unidos de América, El 41.2% de las mujeres embarazadas reportaron síntomas depresivos, y un 21.7% reportaron síntomas de depresión mayor durante las etapas tempranas del embarazo, alrededor de las 10 semanas de gestación.⁸

El porcentaje de mujeres con tendencia a la depresión fueron las más jóvenes, solteras, afroamericanas, de menor grado educativo y nivel socioeconómico. Además de contar con el antecedente de tabaquismo, uso de drogas ilícitas y falta de atención prenatal, fueron quienes presentaron en mayor frecuencia y recurrencia de parto pretérmino.⁸

Un estudio realizado en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, en el 2010, que contó con 260 mujeres gestantes, encontró un 40.1% de prevalencia de casos de depresión mayor.⁶ Con antecedente de un estudio realizado en Perú en 2004 donde se encontró una prevalencia de depresión mayor de 13.5% en mujeres con 32 semanas de gestación que vivían en la comunidad. Mientras en otro estudio observacional realizado en una sala de maternidad de Perú, ésta proporción fue de 17.0%. Estos porcentajes son mayores que los informados para la depresión postparto, que van de 8,1% a 9,1%. La prevalencia de depresión mayor en las gestantes estudiadas fue muy elevada.⁷ Se relacionaron significativamente con niveles mayores de sintomatología depresiva: el antecedente de gestación previa, el antecedente de aborto, la no planificación del embarazo y el antecedente de violencia. Presentaron niveles significativamente menores de depresión: el adecuado apoyo emocional, el adecuado nivel de relaciones sociales y el adecuado apoyo afectivo.⁶

El nivel educativo de la gestante también se relacionó significativamente con sintomatología depresiva, presentando mayores niveles de depresión las gestantes con menor nivel educativo; en cuanto al nivel educativo de la pareja, se encontró que aquellas gestantes cuya pareja contaba con estudios superiores presentaban mayores niveles de depresión según la Escala de Depresión Edimburgo. (EPDS) en relación a aquellas gestantes cuya pareja sólo presentaba estudios primarios y/o secundario.³⁸

La convivencia y el estado laboral no se asociaron significativamente con sintomatología depresiva. El análisis según el punto de corte reveló una prevalencia de probables casos de depresión mayor de 34.1%. Dichos casos no presentaron significativas diferencias según edad de la gestante ni edad de la pareja.⁷

En Chile, la prevalencia de la depresión en la mujer es 2.16 veces mayor que en hombres.⁴² La depresión en la mujer chilena es la primera causa de discapacidad desde la década de los 90, se publicaron estudios nacionales que, en resumen, muestran que alrededor del 30% de las embarazadas presenta síntomas inespecíficos de depresión y/o ansiedad. En cambio, si uno se circunscribe a los trastornos depresivos propiamente, la prevalencia de depresión en este período es cercana al 10%¹⁵.

Las características clínicas de la depresión mayor del embarazo son, en lo fundamental, similares a las observadas en los episodios depresivos que se presentan en otras épocas de la vida. Por este motivo, para el no especialista, es útil conocer los síntomas de depresión mayor, según la definición de la Asociación Americana de Psiquiatría⁶.

Descrito que la depresión es más frecuente en el grupo de madres adolescentes respecto a otros grupos de edad. Por otra parte, hay evidencia que muestra una prevalencia de depresión entre las mujeres embarazadas que alcanza el 40.1% en aquellas con embarazos no planeados y complicaciones del embarazo. Aunque existe información sobre la magnitud del problema del embarazo en adolescentes en Colombia, los datos son escasos sobre la frecuencia de la depresión en madres adolescentes en este país.⁷

En Argentina, recientes estudios han demostrado mayores niveles de depresión durante el período prenatal que en el período postnatal, sugiriendo que es importante intervenir durante el período prenatal.^{30, 31} Reportándose una prevalencia de 42 embarazadas (21%) con sintomatología depresiva.³⁰

Resaltamos la importancia de detectar a las embarazadas con alto riesgo de desarrollar patología depresiva para que luego se confirme por medio de la entrevista clínica, la presencia o no del cuadro depresivo, y poder evitar las consecuencias deletéreas al binomio madre-hijo.³²

En México los síntomas de depresión se observan en 22% a 37% de las gestantes.^{10, 38}

Los estados que reportaron mayores prevalencias entre la población femenina, resaltan los estados de Hidalgo, Jalisco, México, Sinaloa, Aguascalientes, Guanajuato y Zacatecas.³⁸

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%.¹⁰

En el año 2008, se publicó en artículo del Instituto Nacional de Perinatología, la prevalencia de depresión en embarazadas que acudieron a su control prenatal al Instituto Nacional de Perinatología (INPer), fue de alrededor de 17%. Estas muestras fueron evaluadas a través de la Escala de Depresión Perinatal de Edimburgo (EPDS por sus siglas en inglés).³⁵

En el año 2009, se publicó en la revista Mexicana de Pediatría, que un 98.2% de las adolescentes embarazadas presentan algún grado de depresión. La depresión fue calificada como leve en 64% y 18.1% mencionaron violencia por su pareja. La depresión fue más frecuente en las de 17 años y las familias de seis o más miembros. Concluyéndose que la frecuencia de la depresión entre las adolescentes embarazadas es alta, la de mayor severidad ocurre en primogénitas que tienen mayor número de miembros en su familia y que refieren violencia de pareja.³⁶

Finalmente en una publicación en el año 2012; en la revista Mexicana Salud Mental, se reportó que 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.^{37, 38}

Historia.

Desde hace más de 3 mil años antes de nuestra era los chinos mencionan en sus papiros una enfermedad ligada a la tristeza y a la melancolía. También se han encontrado descripciones muy extensas sobre la excesiva tristeza en tablillas de la antigua Mesopotamia; en los libros mortuorios de los faraones egipcios existen recetas mágicas para la cura de la infinita tristeza y hasta Homero en la Iliada hace recomendaciones para su cura mediante infusiones de hierbas egipcias.⁵

Actualmente la depresión está considerada como una enfermedad, en la cual hay un desorden del humor y se desarrollan sentimientos negativos y melancólicos permanentes que agobian a las personas, así como una pérdida de interés vital.⁴¹

La depresión antenatal se asociaba con una disminución en la formación de lazos entre madre-hijo y que podía predecir problemas cognitivos, emocionales y comportamentales a los ocho y 11 años, así como depresión a los 16 años (nivel II de evidencia). La investigación acumulada en los últimos 20 años se ha centrado más en la depresión postnatal, relegando a la depresión antenatal como una cuestión secundaria o de menor importancia. De ahí que en el (DSM-IV) se reconozca el inicio en el periodo postnatal de los desórdenes del estado de ánimo pero no se hace referencia alguna a la depresión durante el embarazo, que si bien, no se trata de una entidad nueva ni emergente, está asociada a una serie de comorbilidades que comprometen el bienestar de la madre y su hijo. La evidencia acumulada obliga a cambiar la vieja idea de que el embarazo protege a las mujeres contra los problemas mentales. La detección temprana de la depresión antenatal reviste especial importancia ya que permite un control de los potenciales efectos adversos asociados tanto a la salud materna como al bienestar del ser no nacido. El diagnóstico de depresión, ya en población general como en población obstétrica, está basado en los criterios consignados a dicho trastorno en el DSM-IV. Para ello, es necesaria una entrevista clínico psiquiátrica.⁴²

Conceptualización.

Los trastornos del estado de ánimo, tienen como característica principal una alteración del humor. Están divididos en trastornos depresivos (depresión unipolar), trastornos bipolares y dos trastornos basados en la etiología: trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica y trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias.

Los trastornos depresivos se distinguen de los trastornos bipolares por el hecho de no haber historia previa de episodio maníaco, mixto o hipomaníaco. Los trastornos bipolares (p. ej., trastorno bipolar I, trastorno bipolar II, trastorno ciclotímico y trastorno bipolar no especificado) implican la presencia (o historia) de episodios maníacos, episodios mixtos o episodios hipomaníacos, normalmente acompañados por la presencia (o historia) de episodios depresivos mayores.

El trastorno depresivo mayor se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores (p. ej., al menos 2 semanas de estado de ánimo depresivo o pérdida de interés acompañados por al menos otros cuatro síntomas de depresión).¹²

Características diagnósticas.

La característica esencial de un trastorno depresivo mayor es un curso clínico caracterizado por uno o más episodios depresivos mayores, sin historia de episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos. Para realizar el diagnóstico de un trastorno depresivo mayor no se tienen en cuenta los episodios de trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias (debidos a los efectos fisiológicos directos de una droga, un medicamento o la exposición a un tóxico) ni los trastornos del estado de ánimo debidos a enfermedad médica. Además, los episodios no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizo-afectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.⁴²

Si se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor, se indica la gravedad del episodio como leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos o graves con síntomas psicóticos.⁴⁰

Del mismo modo, si los síntomas maníacos o hipomaníacos se producen como efecto directo de una enfermedad médica, sigue siendo apropiado el diagnóstico de trastorno depresivo mayor y debe anotarse el diagnóstico adicional de trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica, con síntomas maníacos (o con síntomas mixtos).⁴¹ Se pueden utilizar las siguientes especificaciones para describir el episodio depresivo mayor: leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos, grave con síntomas psicóticos, en remisión parcial, en remisión total.¹²

Características descriptivas y trastornos mentales asociados.

El trastorno depresivo mayor está asociado a una mortalidad alta. Los sujetos con trastorno depresivo mayor que mueren por suicidio llegan al 15 %.⁴⁰

De los sujetos que acuden a consulta de medicina general, los que presentan un trastorno depresivo mayor tienen más dolor y más enfermedades físicas y una peor actividad física, social y personal.³⁸ Se presentan a menudo con llanto, irritabilidad, tristeza, rumiaciones obsesivas, ansiedad, fobias, preocupación excesiva por la salud física y quejas de dolor (p. ej., cefaleas o dolores articulares, abdominales o de otro tipo). Durante un episodio depresivo mayor algunos sujetos presentan crisis de angustia con un patrón que cumple los criterios del trastorno de angustia.⁴⁰

Los episodios depresivos mayores a veces van precedidos de algún estrés psicosocial (p. ej., embarazo, la muerte de un ser querido, la separación matrimonial, el divorcio). El parto puede precipitar un episodio depresivo mayor, en cuyo caso se señala la especificación de inicio en el posparto.⁴⁰

Manifestaciones clínicas.

Las más comunes son sentirse triste la mayor parte del tiempo, tener pensamientos pesimistas sobre el futuro o de auto-reproche, puede expresar sentirse abrumada por su situación presente. Ocasionalmente siente que no podrá hacer frente a todas estas nuevas responsabilidades y se siente aterrada de estar sola, temiendo no poder cumplir con las necesidades del recién nacido. La mujer deprimida puede sentirse muy triste, no animada con nada, no tener deseos de salir, ni de arreglarse, tener mucha dificultad

para moverse y salir de la cama, sentirse cansada todo el tiempo y dormir muchas horas. Tristeza y llanto fácil, hay marcada irritabilidad hacia la pareja, el recién nacido. La mujer puede sentirse fácilmente exasperada y al borde de perder la paciencia. Ante pequeñas frustraciones. Puede tener deseos intensos de comer más de lo normal. En caso contrario también es frecuente, que pierda el apetito e insomnio.¹⁴

Se cree que en las culturas menos verbales, donde las personas no están tan acostumbradas a hablar de sus sentimientos, puede no haber manifestaciones como los auto-reproches ni sensación de culpa intensa. Entonces la depresión se puede manifestar más bien por un gran cansancio o sentir agotamiento constante. En algunos grupos sociales se utilizan palabras como agotamiento o estar cansada para indicar el equivalente de un estado depresivo. La mujer más bien siente que con frecuencia le duele la cabeza, la espalda, que no tiene energía y puede haber sentimientos de sospecha y recelo hacia los demás. En el caso de que la familia sea de tipo nuclear, la mujer puede no contar con el apoyo de su pareja. A veces la respuesta es muy positiva y de apoyo. Por desgracia, frecuentemente la pareja no sabe como responder ante estas verbalizaciones de frustración, tristeza o miedo y en vez de escuchar trata de tranquilizarla, indicando que no hay razón para sentirse así y que debería tratar de sentirse mejor. Esto se añade a la frustración que ella ya está sufriendo en primer lugar, pues se siente incomprendida y es incapaz de solo con la fuerza de voluntad no sentirse ya deprimida.¹⁴

Hallazgos de laboratorio.

No se han identificado hallazgos de laboratorio que sean diagnósticos de un episodio depresivo mayor. No obstante, se ha observado que diversos hallazgos de laboratorio son anormales en grupos de sujetos con episodios depresivos mayores, en comparación con sujetos de control. La mayoría de las anomalías de laboratorio son dependientes del estado (p. ej., se afectan según la presencia o ausencia de los síntomas depresivos), Es más frecuente que las pruebas de laboratorio sean anormales en los episodios con síntomas melancólicos o psicóticos y en los sujetos más gravemente deprimidos.²¹

Las alteraciones del EEG del sueño pueden demostrarse en el 40-60 % de los casos ambulatorios y hasta en el 90 % de los pacientes ingresados con un episodio depresivo mayor. Los hallazgos polisomnográficos más frecuentes incluyen: 1) alteraciones de la continuidad del sueño, como una latencia de sueño prolongada, mayor frecuencia de despertares intermitentes y despertar precoz; 2) reducción de los movimientos oculares lentos (NREM. Non-rapid eye movement) en los estadios 3 y 4 del sueño (sueño de ondas lentas), con un cambio de la actividad de ondas lentas más allá del primer período NREM; 3) disminución de la latencia de los movimientos oculares rápidos (REM) (p. ej., acortamiento de la duración del primer período NREM); 4) aumento de la actividad de la fase REM (p. ej., el número de los movimientos oculares verdaderos durante el REM), y 5) aumento de la duración del sueño REM (rapid eye movement) al principio de la noche.²¹

Los neurotransmisores implicados en la fisiopatología de un episodio depresivo mayor incluyen noradrenalina, serotonina, acetilcolina, dopamina y ácido gammaaminobutírico. Los datos que implican a estos neurotransmisores parten de la medición de sus niveles en la sangre, el líquido cefalorraquídeo o la orina y de la actividad de los receptores plaquetarios. Otras pruebas de laboratorio anormales son el test de supresión con dexametasona, pruebas neuroendocrinas, las técnicas funcionales y estructurales de imaginación cerebral, los potenciales evocados y el EEG.²¹

Hallazgos de la exploración física y enfermedades médicas asociadas.

El trastorno depresivo mayor puede asociarse a enfermedades médicas crónicas. Hasta un 20-25 % de los sujetos con determinadas enfermedades médicas (p. ej., diabetes, infarto de miocardio, carcinomas, accidentes vasculares cerebrales) presentarán un trastorno depresivo mayor a lo largo del curso de su enfermedad médica. Si hay un trastorno depresivo mayor, el tratamiento de la enfermedad médica es más complejo y el pronóstico, menos favorable.⁴¹

Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo.

El trastorno depresivo mayor, tanto en adolescentes como en adultos, es dos veces más frecuente en mujeres que en varones. Tanto en varones como en mujeres las tasas son más altas en el grupo de edades comprendidas entre los 25 y los 44 años.³⁸

Si se tienen en cuenta las especificaciones étnicas y culturales que influyen en la presentación de un episodio depresivo mayor, se pueden reducir su infraestimación y los errores diagnósticos. Por ejemplo, en algunas culturas la depresión se experimenta en gran parte en términos somáticos, más que con tristeza o culpabilidad.³⁸

La experiencia depresiva puede expresarse por las quejas de «nervios» y cefaleas (en las culturas latina y mediterránea), de debilidad, cansancio o «falta de equilibrio» (en las culturas china y asiáticas), de problemas en el «corazón» (en las culturas del medio oriente) o de estar «acongojado». Estas presentaciones combinan características de trastornos depresivos, de ansiedad y somatomorfo.³⁸

Las diversas culturas también pueden diferir en la valoración de la importancia de experimentar o expresar disforia. Las experiencias propias de una cultura (p. ej., el miedo de estar hechizado o embrujado, sensaciones de «calor en la cabeza» o sensaciones de hormigueo debidas a gusanos u hormigas o sensaciones intensas de ser visitado por los muertos, deben ser diferenciadas de las alucinaciones o las ideas delirantes reales que pueden formar parte de un episodio depresivo mayor con síntomas psicóticos.³⁸

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10.

Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 mencionan diez síntomas, a diferencia del DSM-IV (donde la pérdida de autoestima constituye un síntoma diferente del sentimiento inapropiado de culpabilidad).¹²

La CIE-10 contiene criterios diagnósticos distintos para cada nivel de gravedad del episodio depresivo mayor: un mínimo de 4 de los 10 síntomas define el nivel leve; de 6 de 10 síntomas, el nivel moderado, y de 8 de 10, el nivel grave.¹²

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

- 1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día.
- 2) Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día.
- 3) Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso, o bien pérdida o aumento del apetito casi cada día.
- 4) Insomnio o hipersomnia casi cada día.
- 5) Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día.
- 6) Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
- 7) Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados.
- 8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión.
- 9) Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

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

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

E. Los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

El trastorno depresivo mayor puede empezar a cualquier edad, y la edad promedio de inicio es la mitad de la tercera década de la vida. Los datos epidemiológicos sugieren que la edad de inicio está disminuyendo.⁴

Aproximadamente, se puede esperar que el 50-60 % de los sujetos con un trastorno depresivo mayor, episodio único, tengan un segundo episodio. Los sujetos que han tenido un segundo episodio tienen un 70 % de posibilidades de tener un tercero y los sujetos que han tenido tres episodios tienen un 90 % de posibilidades de tener el cuarto. Entre el 5 y el 10 % de los sujetos con un trastorno depresivo mayor, episodio único, presentan más tarde un episodio maníaco.⁴

La gravedad del episodio depresivo mayor inicial parece ser predictora de la persistencia del trastorno.⁴¹

Patrón familiar.

El trastorno depresivo mayor es 1.5-3 veces más frecuente en los familiares biológicos de primer grado de las personas con este trastorno que en la población general. Hay pruebas de un mayor riesgo de dependencia del alcohol en familiares biológicos de primer grado adultos y puede haber un aumento de la incidencia de trastorno por déficit de atención con hiperactividad en los hijos de adultos con este trastorno.¹¹

Diagnóstico diferencial.

Los episodios depresivos mayores en un trastorno depresivo mayor deben ser diferenciados de un trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica.⁹

El diagnóstico es trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica si la alteración del estado de ánimo se considera un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica específica. Esta decisión se basa en la historia clínica, los hallazgos de laboratorio y la exploración física. Si se considera que los síntomas depresivos no son la consecuencia fisiológica directa de la enfermedad médica. Debe considerarse si el episodio depresivo mayor es la consecuencia psicológica directa de

tener la enfermedad médica o si no hay relación etiológica entre el episodio depresivo mayor y la enfermedad médica.⁴⁰

El diagnóstico diferencial entre el trastorno distímico y el trastorno depresivo mayor resulta especialmente difícil por el hecho de que los dos trastornos comparten síntomas parecidos y porque sus diferencias en cuanto al inicio, la duración, la persistencia y la gravedad no son fáciles de evaluar retrospectivamente. El trastorno depresivo mayor suele consistir en uno o más episodios depresivos mayores separados, que se pueden distinguir de la actividad normal de la persona, mientras que el trastorno distímico se caracteriza por síntomas depresivos menos graves y crónicos, que se han mantenido durante muchos años. Si en el inicio de la alteración los síntomas depresivos crónicos son de suficiente gravedad y número como para cumplir los criterios para un episodio depresivo mayor.¹²

El trastorno esquizoafectivo difiere del trastorno depresivo mayor, con síntomas psicóticos. En la mayoría de los casos los síntomas depresivos pueden considerarse características asociadas a estos trastornos y no son tributarios de un diagnóstico independiente.¹²

Especificación de inicio en el posparto.

La especificación con inicio en el posparto puede aplicarse al episodio depresivo mayor, maníaco o mixto actual (o más reciente) de un trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar I o II o a un trastorno psicótico breve, si se inicia en las primeras 4 semanas después del alumbramiento.¹

En general, la sintomatología de los episodios depresivos mayores, maníacos o mixtos pospartos no difiere de la sintomatología de los episodios afectivos que no se producen tras el parto y puede incluir la presencia de síntomas psicóticos. En los episodios posparto puede ser más frecuente el curso fluctuante y la labilidad del estado de ánimo. Cuando hay ideas delirantes, es frecuente que se refieran al recién nacido. Tanto en la predestinación psicótica como en la no psicótica, puede haber ideación suicida, pensamientos obsesivos de agresión al niño, falta de concentración y agitación

psicomotora. Es frecuente que las mujeres con episodios depresivos mayores posparto presenten una gran ansiedad, crisis de angustia, llanto espontáneo mucho después de lo que suele durar la tristeza posparto «baby blues», desinterés por el nuevo hijo e insomnio.¹

Muchas mujeres se sienten especialmente culpables por tener sentimientos depresivos cuando creen que deberían estar contentas. Pueden ser reticentes a manifestar sus síntomas o sus sentimientos negativos sobre el niño. El resultado de la enfermedad por sí misma o de la separación del hijo puede dar lugar a una deficiente relación madre-hijo.⁹

El infanticidio se asocia con mayor frecuencia con los episodios psicóticos posparto, que están caracterizados por alucinaciones que ordenan matar al niño o ideas delirantes, pero también puede ocurrir en los episodios afectivos posparto graves, sin estas ideas delirantes o alucinaciones específicas. Los episodios afectivos posparto (depresivos mayores, maníacos o mixtos) con síntomas psicóticos se producen aproximadamente en 1 de cada 500 a 1.000 partos y parecen ser más frecuentes en mujeres primíparas.¹

Una vez que una mujer ha tenido un episodio posparto con síntomas psicóticos, el riesgo de recidiva en cada parto posterior es del 30-50 %. También hay datos que sugieren un aumento del riesgo de episodios afectivos psicóticos posparto en las mujeres con historia de trastorno del estado de ánimo con historia familiar de trastornos bipolares. Los episodios posparto deben diferenciarse del delirium que se presenta en el período posparto, que se caracteriza por un descenso del nivel de alerta o atención.¹

Fisiopatología en el ciclo vital femenino.

Existen bases biológicas de la prevalencia de la depresión en el género femenino.¹⁶

La salud de la mujer está determinada por los diferentes ciclos biológicos que atraviesa, los que están determinados por cambios hormonales y situacionales que en algunos casos alteran su estado de ánimo. La gestación constituye uno de los eventos

que coloca a la mujer en una situación vulnerable; tanto por los cambios hormonales como situacionales.

La vulnerabilidad de la mujer a la depresión está vinculada al ciclo reproductor, reconociendo los siguientes argumentos:

- La depresión es más común durante el periodo reproductivo.
- Depresiones asociadas la fase lútea del ciclo menstrual, al posparto o a la peri menopausia.
- Depresiones asociadas al uso de contraceptivos orales y post-histerectomía.¹⁷

El desarrollo de la depresión es la confluencia de factores neurobiológicos y ambientales combinados con una disposición genética. La evidencia sugiere que el trastorno depresivo está relacionado con la respuesta del cerebro al estrés, donde los niveles de la hormona liberadora de corticotropina se encuentran incrementados. Esta hormona es la principal reguladora del eje sistema límbico-hipotálamo-pituitario-adrenal (LHPA). Disturbios en el sistema serotoninérgico 5HT1a y 5HT2a y en el eje LHPA, identificados como una alteración neurológica más consistente asociada a enfermedades con cambio de humor.¹⁸

Alteraciones en los circuitos cerebrales que transportan señales a través del sistema monoamina, específicamente norepinefrina y serotonina, se sabe que media diversos síntomas. La norepinefrina se cree que inhibe o estimula una variedad de respuestas emocionales tales como la ansiedad, agresividad, estrés y el patrón del sueño. La serotonina está relacionada en la regulación de las emociones y el control de las actividades básicas como comer, dormir, dolor. Se cree que la depleción de estos neurotransmisores lleva a la depresión.¹⁸

La gestación puede ser un gatillo para la recurrencia de síntomas depresivos en mujeres vulnerables, durante la gestación, existen grandes cambios hormonales, los niveles de progesterona, estradiol, hormona liberadora de corticotropina (CRH),

corticotropina y cortisol, se incrementan con la progresión de embarazo. CRH y estrógenos son los principales reguladores del eje límbico-hipotálamo-pituitario-adrenal, que causan incremento de la estimulación de corticotropina y consecuentemente el incremento de la secreción de cortisol y glucocorticoides por la corteza adrenal.¹⁸

Al final del embarazo, los niveles de CRH se incrementan y por este hecho, la secreción placentaria de CRH se eleva en respuesta a la elevación de los niveles de cortisol. Los niveles elevados del cortisol inhiben la síntesis y acciones del estradiol. Los niveles bajos de estradiol del plasma se han asociado a tentativas de suicidio en mujeres no gestantes. Los efectos potencialmente patógenos del incremento hipotalámico de CRH incluyen la depresión melancólica, trastornos alimentarios, y alcoholismo crónico.¹⁸

La presencia de anticuerpos anti-tiroideos pueden contribuir a una baja de la hormona tiroidea en la sangre y en consecuencia, producir una disminución del estado de ánimo, bajo nivel de energía y cansancio.¹⁹

Durante el embarazo existe un aumento en la concentración sérica de globulina ligadora de hormonas y hay un aumento de T3 y T4; después del parto, se presenta un súbito cambio de estas concentraciones. Puede ocurrir que 5% de las mujeres en la etapa posparto sufran de un hipotiroidismo pasajero; se ha demostrado una asociación entre la presencia de anticuerpos anti-tiroideos y depresión postnatal.¹⁹

Por otra parte, los anticuerpos anti-tiroideos se presentan en 10% de las mujeres normales y resultaría fácil el estudiar los anticuerpos anti-tiroideos en la etapa posparto.¹⁹

Factores de riesgo.

Los factores de riesgo asociados a la depresión gestacional pueden ser biológicos o psicosociales. Dentro de los factores biológicos se encuentran los antecedentes por parte de la mujer de desórdenes del estado ánimo, desórdenes de ansiedad, depresión postnatal, desorden disfórico premenstrual y enfermedad psiquiátrica familiar. Dentro de los factores de riesgo psicosociales se encuentran:

historia de abuso durante la infancia, edad temprana del embarazo, embarazo no planificado, ambivalencia de sentimientos en relación al embarazo, maternidad soltera, paridad, limitado apoyo social violencia doméstica o conflictos de pareja, bajos niveles de educación y desempleo, abuso de sustancias y hábito de fumar.⁶

En una muestra de mujeres gestantes sin infecciones de transmisión sexual (ITS) la prevalencia fue de depresión preparto es de 32.5%; mientras que en una muestra de embarazadas con ITS de origen viral (VIH/SIDA o Virus de Papiloma Humano) la cifra se elevó a 39.4%.¹⁹ Identificándose explícitamente.

- Primiparidad.
- Abortos previos.
- Trastorno Disfórico Premenstrual.
- Problemas obstétricos y en el parto.
- Co-morbilidades, por ejemplo: hipotiroidismo, enfermedades crónico degenerativas.²¹

La evidencia más sólida a favor de la importancia de los factores ambientales en la etiología de la depresión proviene de la genética.²¹ La heredabilidad de la depresión es de 31- 42%, estimándose que hay una contribución sustancial del ambiente (58- 67%), la cual es específica para cada individuo.¹⁷

El nivel de estudios de la mujer influye en el estado emocional del proceso de adaptación al embarazo, presentando las mujeres con estudios primarios mayor índice de depresión.¹⁷ La edad tanto de la mujer como de su pareja influye en el estado emocional de la mujer gestante, de ahí que una edad inferior a 25 años en ambos, se encuentra un mayor índice de depresión.²¹

La depresión influye negativamente en la satisfacción marital experimentada y percibida, dificulta la aceptación del embarazo y las relaciones personales e influye negativamente sobre la conducta y salud de la mujer.²¹

La depresión correlaciona negativamente con el estado de energía y sensación de bienestar experimentados por la mujer gestante y positivamente con estrés.²⁰

Repercusión materno-fetal de la depresión preparto.

La depresión antenatal ha sido asociada con: pobres conductas relacionadas al cuidado médico que se traducen en un inicio tardío de los controles prenatales y/o en el abandono de los mismos; comportamientos riesgosos que implican abuso de sustancias y/o hábitos nocivos; pre-eclampsia; malos desenlaces al momento del parto y un incrementado riesgo de progreso a una depresión postparto.²⁵

Se demostró que los factores de estrés psicosocial, de mayor frecuencia fueron la percepción de problemas económicos (56.1%), percepción de insuficiencia de dinero disponible (53.4%), presencia de eventos estresantes y/o depresión (53.4%), presencia de agresión psicológica familiar (45.2%) y presencia de violencia psicológica, física o sexual al interior del hogar (42.4%)²⁸

La presencia de estresores psicosociales se asoció significativamente a un mayor riesgo de presentar enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo y/o parto pre término en el embarazo adolescente.²⁸

La exposición a factores estresantes crónicos inducen a alteraciones a nivel de la microcirculación útero-placentaria y función placentaria que desencadenarían patologías como la preeclampsia.²⁸

La mujer deprimida tendrá un mayor riesgo de abuso de sustancias ilegales, o de alcohol. Otro problema es la baja ingesta de alimentos y el consecuente poco aumento de peso, que también puede tener consecuencias desfavorables para el producto y su crecimiento in útero.¹⁴

La preeclampsia es una de las complicaciones mayores, cuya etiología es en mucho desconocida, los aspectos psicológicos y los relacionados con el sistema nervioso, también debe de ser considerados. La preeclampsia es considerada un padecimiento propio del embarazo, recientemente se ha identificado una sobreactividad

del sistema simpático implicado en el sistema nervioso central y autónomo, contribuyendo como factor de riesgo.²²

La depresión y ansiedad durante el embarazo desencadenan la excreción de hormonas vaso activas y otros neurotransmisores los cuales incrementan el riesgo de hipertensión, es posible que la depresión desencadene cambios vasculares y eventualmente induzca la enfermedad antihipertensiva.²²

Programación fetal.

La exposición prenatal a depresión y ansiedad materna, confieren un riesgo a largo plazo de disturbios en el comportamiento en la niñez y vida adulta del producto, este proceso de programación fetal es en parte producido por el impacto de los efectos adversos sobre el eje hipotálamo-hipofisario-adrenal (HHA). Este eje es un sistema metabólico dinámico que regula la habilidad de homeostasia de estresores y es altamente sensible a lo adverso desde etapas muy tempranas de la vida fetal.²³

En el feto humano, la ansiedad y depresión de la madre se asocian con bajo peso de nacimiento, neuro-comportamiento neonatal alterado, elevados niveles de cortisol y menor cantidad de serotonina, que puede persistir hasta los 6 meses de vida extrauterina.²³

Se han reportado alteraciones en el neurodesarrollo en el feto y el niño con disminución de las capacidades cognitivas y del lenguaje, trastorno en los impulsos, déficit en la atención y comportamientos inadecuados durante la niñez.²³

A los 18 meses el retraso en el desarrollo del niño(a), es más frecuente, en comparación a niño(a) s cuyas madres no se deprimieron en el embarazo. El riesgo de muerte súbita en el niño(a) aumenta en 5 veces.²⁵

Las madres con síntomas depresivos durante el embarazo tienen mayores niveles de cortisol y menores niveles de dopamina y serotonina. Los neonatos de dichas madres obtuvieron menos puntajes en la Escala Neonatal de Brazelton que valora la calidad de respuesta del niño.⁶

En la adolescencia, a los 16 años, el riesgo de deprimirse de los niño(a) s es casi 5 veces mayor, en comparación a los no expuestos a madres gestantes deprimidas.²⁵

Epigenética.

Cada individuo nace con una determinada carga genética y el ADN tiene una secuencia similar en cada célula, pero cada tipo de célula tiene un diferente patrón de expresión de genes, alguno más o menos activos y otros inactivos, estos patrones son establecidos o determinados durante el desarrollo por diferentes vías, y actúan sobre el ADN, modificando su expresión genética, aunque sin alterar su secuencia. Esta particular programación, puede estar modificada por factores ambientales, dietéticos, tóxicos, fármacos e incluso estilos de vida o factores adversos al azar.

Creando una programación celular.²³

Puede entenderse que el periodo perinatal, es particularmente vulnerable a este tipo de cambios, y hay muchos ejemplos de reprogramación epigenética, con efectos a largo plazo, durante la vida adulta.²³

Conclusión.

La depresión materna durante el embarazo es una situación frecuente, y a diferencia de la depresión puerperal, habitualmente está subdiagnosticada. Puede tener efectos potencialmente perjudiciales no solo sobre la mujer, sino también sobre el desarrollo neurológico fetal, con repercusiones a corto, mediano y largo plazo.¹³

La importancia de considerar a la depresión gestacional como lo que es, no un traspie del 'ser psicológico' sino un desorden multicausal, de raigambre eminentemente biológico (epigenética) y social (cinética) y por tanto psíquica consciente, con consecuencias para la madre como para el ser humano en formación. Recordemos que, como plantea la Teoría Psico-biológica Dialéctica, la vida empieza en la concepción y no en el nacimiento, al mismo tiempo que es síntesis de múltiples determinaciones.¹³

III. Planteamiento del problema.

La depresión preparto es una patología no considerada en la atención prenatal para su diagnóstico ni tratamiento, existiendo evidencia de tener repercusiones en el binomio materno-fetal.

En el Hospital General de Pachuca, se lleva control prenatal de mujeres embarazadas con el antecedente o la presencia de alguna complicación prenatal o patología concomitante, y siendo la depresión preparto un factor importante en la salud emocional de la gestante, se considera de importancia conocer la frecuencia con la que se presenta.

Se cuenta con estudios nacionales e internacionales con el objetivo de la detección oportuna de la depresión preparto.⁴ En Estados Unidos de América se reportó una prevalencia de 41.2%⁸, en Perú de 40.1%^{6,7}, en Chile de 30%¹⁵, en Colombia de 40.1%²⁵, en Argentina de 21%³⁰ y en México de 22-37%^{10, 35, 36, 37, 38}.

¿Cuál es la prevalencia de la depresión preparto en mujeres embarazadas con el control prenatal en el Hospital General de Pachuca?

IV. Justificación.

Estudios recientes han demostrado que la alteración del estado de ánimo con síntomas depresivos durante el periodo prenatal está ampliamente asociado a comorbilidades del embarazo^{14, 20, 23}, sin embargo se desconocen las cifras de pacientes con atención prenatal en el Hospital General de Pachuca, que pudiesen estar cursando con depresión preparto, sin atención y probablemente con repercusiones en la evolución y pronóstico de su embarazo.

V. Definición de términos.

Gestante. Mujer cuyo útero es portador de un embrión.

Depresión. Trastorno del estado de ánimo.

Edad materna. Tiempo transcurrido desde el nacimiento del individuo.

Edad gestacional. Tiempo transcurrido desde la fecundación.

Escolaridad. Grado escolar que ha alcanzado una persona.

Estado civil. Situación legal que mantienen dos sujetos.

Ocupación. Oficio que desempeña un individuo.

Escala de la depresión de Edimburgo. Prueba psicológica en mujeres gestantes utilizado como instrumento válido y seguro para detectar depresión perinatal.

Preeclampsia. Elevación de cifras tensionales durante el estado gestacional después de las 20semanas de gestación, acompañándose de alteraciones bioquímicas y hemodinámicas.

Parto prematuro. Resolución de embarazo vía vaginal, antes de las 37sdg.

Diabetes gestacional. Alteración en el metabolismo de los carbohidratos, que se detecta por primera vez durante el embarazo.

Epigenética. Estudio de todos aquellos factores no genéticos que intervienen en la determinación de la ontogenia o desarrollo de un organismo, desde el óvulo fertilizado hasta su senescencia. Es la regulación heredable de la expresión génica sin cambio en la secuencia de nucleótidos

CIE-10. Acrónimo de la Clasificación internacional de enfermedades, décima versión, correspondiente a la versión en español y determina la clasificación y codificación de las enfermedades y una amplia variedad de signos, síntomas, hallazgos anormales, denuncias, circunstancias sociales y causas externas de daños y/o enfermedad.

Salud mental. Estado de equilibrio entre una persona y su entorno socio-cultural, lo que garantiza su participación laboral, intelectual y de relaciones para alcanzar un bienestar y calidad de vida.

Trastorno depresivo mayor. Enfermedad asociada a síntomas de naturaleza emocional, vegetativos y físicos; entre éstos se encuentran los de naturaleza dolorosa.

Trastorno distímico. Trastorno afectivo de carácter depresivo crónico, caracterizado por la baja autoestima y aparición de un estado de ánimo melancólico, triste y apesadumbrado. Se cree que su origen es de tipo genético-hereditario y que en su desarrollo influirían factores psicosociales como el desarraigo, la falta de estímulos en la infancia.

Trastorno disfórico premenstrual. Forma grave del Síndrome Premenstrual en la cual una mujer tiene síntomas de depresión graves, irritabilidad y tensión antes de la menstruación.

Depresión puerperal. Amplia gama de síntomas físicos o emocionales que ocurren de manera característica más o menos de 5 a 10 días antes de que una mujer comience su ciclo menstrual mensual. Estos síntomas generalmente cesan cuando comienza su periodo o poco después.

Depresión postparto. Es una depresión de moderada a intensa en una mujer después de la resolución del embarazo, presentar poco después del parto o hasta un año más tarde.

Neurotransmisores. Es una biomolécula que transmite información de una neurona a otra neurona consecutiva, unidas mediante una sinapsis.

Noradrenalina. Catecolamina con múltiples funciones fisiológicas y homeostáticas que puede actuar como hormona y como neurotransmisor.

Serotonina. Monoamina neurotransmisora sintetizada en el sistema nervoso central y las células enterocromáfines (células de Kulchitsky) en el tracto intestinal de los animales y del ser humano.

Reproductive-Related Disorders. (RRD). Es la sintomatología que presentan algunas mujeres, con afección al estado físico, mental y cognoscitivo, en relación a las etapas o periodos de importantes cambios hormonales, como son embarazo, peri parto, premenstrual, peri y menopausia, tan severos que requieren tratamiento médico.

Síndrome premenstrual. Síntomas anímicos y físicos cíclicos que aparecen en los días que preceden a la menstruación e interfieren en el trabajo o estilo de vida, seguido de un periodo sin síntoma alguno.

Perimenopausia. Irregularidad en el patrón menstrual, que precede a la menopausia, abarcando el cambio de ciclos ovuladores normales al cese de la menstruación.

Menopausia. Periodo en que tiene lugar el cese permanente de la menstruación tras la desaparición de la función ovárica.

Estrógenos. Hormonas sexuales esteroideas, derivadas del ciclopentanoperhidrofenantreno de tipo femenino principalmente, producidos por los ovarios, la placenta durante el embarazo y, en menores cantidades, por las glándulas suprarrenales.

Progesterona. Hormona esteroide C-21 involucrada en el ciclo menstrual, embarazo y embriogénesis. La progesterona pertenece a una clase de hormonas llamadas progestágenos, su fuente principal es el ovario (cuerpo lúteo) y la placenta, la progesterona también puede sintetizarse en las glándulas suprarrenales y en el hígado.

VI. DESCRIPCIÓN DE LA METODOLOGÍA DESARROLLADA.

Se localizó a mujeres gestantes que acudieron a control prenatal al servicio de consulta externa de Ginecología y Obstetricia en el Hospital General de Pachuca en el periodo de tiempo establecido y que cumplieron con los criterios de inclusión establecidos, se les explicó sobre el presente estudio y se propuso la participación en el mismo, con quienes estuvieron de acuerdo se continuó la lectura y firma del consentimiento informado (anexo 3). Se dieron indicaciones sobre el método de auto aplicación de la Escala de Edimburgo.

Durante el transcurso de tiempo en que se resolvió el cuestionario se estuvo presente para aclarar dudas. De esta manera se registró a 115 participantes.

VII. Material y Métodos.

VII.1. Lugar donde se realizará la investigación.

Hospital General de Pachuca; (segundo nivel de atención). Servicio de Ginecología y Obstetricia.

VII.2. Diseño del estudio.

Descriptivo transversal y observacional.

VII.3. Tiempo de estudio.

Marzo - Abril 2013.

VII.4. Sujeto de estudio.

Mujeres gestantes que acuden a control prenatal al servicio de consulta externa de Ginecología y Obstetricia en el Hospital General de Pachuca en el periodo de tiempo establecido y que cumplan con los criterios de inclusión establecidos.

VII.5. Selección de la población de estudio.

Criterios de inclusión.

- Mujer gestante.
- Control prenatal en consulta externa del Hospital General de Pachuca.
- Asistencia a 1 o más consultas prenatales.
- Paciente acepte participar y firme consentimiento informado.

Criterios de no inclusión.

- Desacuerdo de paciente para valoración.
- Diagnóstico previo de patología psiquiátrica.
- Paciente que no hable, escriba o entienda español.
- Paciente con antecedente o comorbilidad crónica diagnosticada.

Criterios de eliminación.

- Paciente que no responda cuestionario de evaluación al 100%.

VII.6. Determinación del tamaño de la muestra.

Utilizando una fórmula de una proporción, se introdujo un 25%^{10, 35, 36}, con un nivel de confianza de 95%, con una precisión de 7 y con un defecto del diseño. El tamaño mínimo necesario para realizar el proyecto será de 115, en base a los estudios de referencia con determinación de prevalencia, donde el tamaño de la población en promedio fue de 97.^{34, 36}

Fórmula.

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q}{E^2}$$

Dónde:

n = Tamaño muestral.

Z² = Intervalo de confianza al 95%.

E² = Nivel de precisión, permite calcular el intervalo donde están los verdaderos valores, generalmente es el 5%. O bien d = rango de IC.

P = Prevalencia de la enfermedad estimada en otros estudios. (Variabilidad del fenómeno estudiado).

$$q = 1 - p = \frac{(1.96)^2 \cdot (.90 \cdot 1)}{(0.7)^2} = 115$$

n = 115 mujeres embarazadas.

VII.7. Variables.

Variable.	Definición conceptual.	Definición operacional.	Escala de medición.	Fuente.
Independiente.				
Gestante.	Mujer cuyo útero es portador de un embrión.	1. Positivo. 2. Negativo.	Cualitativa. Nominal.	Prueba inmunológica de embarazo.
Dependiente.				
Depresión	Trastorno del estado de ánimo.	1. Sí. (Puntaje mayor o igual a 14). 2. No. (Puntaje menor de 14).	Cualitativa. Nominal.	Escala de Edimburgo validada para Gestantes. ⁶

Demográficas.				
Edad materna.	Tiempo transcurrido desde el nacimiento del individuo.	<ol style="list-style-type: none"> 1. 14-17 2. 18-25 3. 26-30 4. 31-35 5. Mayor de 35. 	<p>Cuantitativa.</p> <p>Continua.</p>	Encuesta.
Edad gestacional.	Tiempo transcurrido desde la fecundación.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hasta 11.6sdg. 2. 12-36-6sdg. 3. 37-40sdg. 	<p>Cuantitativa.</p> <p>Continua.</p>	Cálculo a partir de la fecha de última menstruación.
Escolaridad.	Grado escolar que ha alcanzado una persona.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ninguno. 2. Primaria incompleta. 3. Primaria completa. 4. Secundaria incompleta. 5. Secundaria completa. 6. Bachillerato incompleto. 7. Bachillerato completo. 8. Técnico. 9. Universidad. 10. Postgrado. 	<p>Cualitativa.</p> <p>Ordinal.</p>	Encuesta.
Estado civil.	Situación legal que mantienen dos sujetos.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Soltera. 2. Casada. 3. Unión libre. 4. Divorciada. 5. Viuda. 	<p>Cualitativa.</p> <p>Nominal.</p>	Encuesta.
Ocupación.	Oficio que desempeña un individuo.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ama de casa. 2. Otro. 	<p>Cualitativa.</p> <p>Nominal.</p>	Encuesta.

VII.8. Recolección de datos.

En el proceso de atención al embarazo, coincidiendo con una consulta de control prenatal y posterior a una explicación detallada sobre la intensidad y los beneficios del estudio, se entrega a la gestante para su auto-aplicación el cuestionario sociodemográfico ^{anexo 1} y la Escala de la Depresión de Edimburgo; con previa lectura y firma el consentimiento informado.

VII.9. Instrumento validado.

El instrumento de mayor aceptación, por sus características de validez y confiabilidad es la Escala de la Depresión de Edimburgo ^{anexo2} (EPDS, por sus siglas en inglés), diseñado originalmente para el periodo postnatal y luego validado por los mismos autores para mujeres gestantes.

A diferencia de otros instrumentos existentes para la detección de síntomas depresivos, la EPDS sólo evalúa presencia de síntomas cognitivos (psicológicos) y obvia el componente somático (físico) de los cuadros depresivos, ya que estos pueden generar confusión con manifestaciones fisiológicas del embarazo (cambios en el ritmo del sueño y el apetito, disminución de la libido, cansancio y fatiga). Este hecho, ha sido reconocido por varios autores como una de las principales ventajas de la EPDS (nivel I de evidencia).⁶

Se realizó un estudio transversal en el INPer entre enero y diciembre de 2006 con un número total de 209 mujeres que cursaban entre 24 y 34 semanas de embarazo, a quienes se les aplicó como prueba de tamiz la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh. Se estableció como punto de corte una calificación de 14 para agruparse como casos positivos (igual o más de 14) y negativos (menos de 14). Como estándar de oro, ambos grupos fueron evaluados en el Departamento de Investigación Psicosocial del INPer con Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje II del DSM-IV y la Entrevista Internacional Compuesta de Diagnóstico (CIDI), de la Organización Mundial de la Salud para establecer o descartar diagnóstico de depresión.⁴³

Se encontraron 75 verdaderos positivos (36%), 22 falsos positivos (10%), 106 verdaderos negativos (50%) y seis falsos negativos (4%). Usando una tabla de 2 x 2 se determinó que la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh tiene una sensibilidad de 90%, especificidad de 82% y valores predictivos positivos de 77% y negativos de 94%.⁴³

Según los datos obtenidos en el presente estudio la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh es un instrumento válido y seguro para detectar depresión perinatal.⁴³

VII.10. Aspectos éticos.

Siguiendo los lineamientos del Reglamento de La Ley General de Salud en la materia de Investigación para la Salud y acatando los aspectos éticos de la investigación en seres humanos referidos en el Título Segundo; se realizará la investigación prevaleciendo el criterio de respeto a la dignidad de la mujer gestante y protegiendo sus derechos y bienestar según el artículo 13.

Referido en el artículo 16, del mencionado reglamento se establece la protección a la privacidad de la gestante, identificándose solo cuando los resultados lo requieran y ella lo autorice.

Según el artículo 17; del Título Segundo de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, se establece un riesgo de investigación mínimo; al considerarse la aplicación de la Escala de la Depresión de Edimburgo como prueba psicológica en mujeres gestantes en la que no se manipulará la conducta de las mismas.

Normado por el artículo 20 del reglamento referido, se establece el consentimiento informado ^{anexo 3} cumpliendo con los requerimientos éticos e informativos.

VII.11. Recursos humanos.

Departamento de Psicología.

M en C. Sara Quiroz Olguín.

- Entrega a la gestante del consentimiento informado y el cuestionario de auto-aplicación.
- Análisis clínico y estadístico.

Residente de Ginecología y Obstetricia.

Sahrazade Rubí de los Santos Guillermo Quiroz.

- Impresión y distribución a personal médico y de salud copias del cuestionario.
- Verificar la aplicación de los criterios de inclusión
- Aplicación de criterios de inclusión y entrega a la gestante del consentimiento informado y el cuestionario de auto-aplicación.
- Recolección y captura de datos.
- Análisis estadístico.

Recursos físicos.

Consultorio del departamento de Control Prenatal del Servicio de Ginecología y consultorio de Psicología del Hospital General de Pachuca.

Recursos Financieros.

Aportados por tesista;

Sahrazade Rubí de los Santos Guillermo Quiroz.

- Computadora portátil. Hp. Pavillion g4.
- Impresora Hp. 3050.
- 3 paquetes de 300 hojas blancas Xerox.
- 1 paquete de 50 folders amarillos.
- 1 paquete de 10 bolígrafos negros.
- 1 grapadora.
- 1 libreta de 100 hojas.

VIII. HALLAZGOS.

CUADRO No. 1.

DISTRIBUCION POR GRUPOS ETARIOS.

GRUPOS ETARIOS.	NÚMERO	%
< 15	2	1.74
15-19	28	24.35
20-24	28	24.35
25-29	25	21.74
30-34	17	14.78
35-39	11	9.56
40-44	4	3.48
TOTAL	115	100.0

Fuente: Cédula de encuesta directa.

CUADRO No. 2.

DISTRIBUCIÓN POR OCUPACIÓN.

OCUPACIÓN.	NÚMERO	%
Hogar	92	80.00
Empleada	10	8.69
Ejercicio libre	2	1.74
Enfermera	3	2.61
Estudiante	7	6.09
Comerciante	1	0.87
TOTAL	115	100.0

Fuente: Cédula de encuesta directa.

CUADRO No. 3.

DISTRIBUCIÓN POR NIVEL EDUCATIVO.

ESCOLARIDAD.	NÚMERO	%
ANALFABETA	3	2.61
PRIMARIA	33	28.70
SECUNDARIA	43	37.38
BACHILLERATO	20	17.39
TÉCNICA	6	5.22
LICENCIATURA	10	8.70
TOTAL	115	100.0

Fuente: Cédula de encuesta directa.

CUADRO NO 4.

DISTRIBUCION POR ESTADO CIVIL.

ESTADO CIVIL.	NÚMERO	%
SOLTERAS	12	10.43
CASADAS	38	33.05
UNIÓN LIBRE	62	53.91
DIVORCIADAS	3	2.61
TOTAL	115	100.0

Fuente: Cédula de encuesta directa.

CUADRO No 5.

DISTRIBUCION POR NÚMERO DE GESTACIÓN.

EMBARAZOS.	NÚMERO	%
UNO	50	43.47
DOS	32	27.83
TRES	21	18.26
CUATRO	5	4.35
CINCO	3	2.61
SEIS	0	0.0
SIETE	2	1.74
OCHO	2	1.74
TOTAL	115	100.0

Fuente: Cédula de encuesta directa.

CUADRO NO 6.

DISTRIBUCIÓN POR NÚMERO DE PARTOS PREVIOS.

PARTOS PREVIOS.	NÚMERO	%
CERO	68	59.13
UNO	27	23.47
DOS	10	8.70
TRES	3	2.61
CUATRO	3	2.61
CINCO	1	0.87
SEIS	1	0.87
SIETE	2	1.74
TOTAL	115	100.0

Fuente: Cédula de encuesta directa.

CUADRO No. 7.

DISTRIBUCIÓN POR NÚMERO DE CESÁREAS PREVIAS.

CESÁREAS.	NÚMERO	%
CERO	92	80.00
UNA	18	15.65
DOS	5	4.35
TOTAL	115	100.0

Fuente: Cédula de encuesta directa.

CUADRO No. 8.

DISTRIBUCIÓN POR NÚMERO DE ABORTOS PREVIOS.

ABORTOS.	NÚMERO	%
CERO	99	86.09
UNO	12	10.43
DOS	3	2.61
TRES	1	0.87
TOTAL	115	100.0

Fuente: Cédula de encuesta directa.

CUADRO No. 9.

DISTRIBUCIÓN POR EDAD GESTACIONAL.

EDAD GESTACIONAL. (SDG.)	NÚMERO	%
< 10	3	2.61
10-14	8	6.96
15-19	8	6.96
20-24	6	5.22
25-29	5	4.35
30-34	26	22.60
35-39	50	43.47
40-41	9	7.83
TOTAL	115	100.0

Fuente: Cédula de encuesta directa.

CUADRO No. 10.

**PREVALENCIA DE LA DEPRESIÓN PREPARTO
EN LA POBLACIÓN EN ESTUDIO.**

DEPRESIÓN.	NÚMERO	%
SI	63	54.78
NO	52	45.22
TOTAL	115	100.0

Fuente: Cédula de encuesta directa.

IX. DISCUSION.

La escala de depresión preparto de Edimburgo se aplicó a 115 mujeres atendidas en la consulta externa para control prenatal en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de Pachuca; dicha escala considera 10 parámetros para la evaluación de la presencia de sintomatología depresiva de tipo cognitivo-psicológico. Para cada uno de los parámetros, se elaboraron los cuadros correspondientes extrayéndose lo más relevante de acuerdo a la encuesta aplicada a las pacientes, quienes en forma personal respondieron a cada uno de los ítems seleccionados.

El análisis de los datos se realizó utilizando porcentajes, a excepción de las edades, en donde se calcularon además las medidas de tendencia central que resume la serie, así como la desviación estándar que en su conjunto permitieron establecer el intervalo de confianza.

Se determinó la calificación de depresión con base al puntaje obtenido y cuyas calificaciones se encuentran dentro de un rango de 0-30 puntos, considerando a todo puntaje igual o mayor a 14 puntos como un caso de depresión. Cada una de las 10 preguntas auto aplicadas medidas en lo individual hace referencia a como se ha sentido la mujer gestante durante los 7 días anteriores a su aplicación.

Desde una perspectiva más integral y específica podemos apreciar que en las mujeres se conjugan elementos biológicos, sociales, culturales, y económicos que resultan factores de relevancia a la hora de los desencadenantes o constantes de la depresión. Las mujeres están expuestas durante toda la edad fértil a variaciones hormonales, esto traduce entre otras cosas; variaciones de conducta, humor, peso, apetito, libido y temperatura. Todos estos factores e incluso el desconocimiento del estado emocional y el antecedente de eventos depresivos previos mediatos e

inmediatos a la aplicación de nuestra valoración establecerían una limitante de nuestro estudio.

Si bien es cierto que el servicio de control prenatal está agobiado por la fuerte demanda de la población, también es cierto que, a través del contacto directo con las pacientes es posible llegar a conocer su comportamiento y estado general en la salud, por tanto puede en términos específicos otorgar orientación para detección y manejo de la depresión durante la etapa prenatal y con posterioridad al parto, ya que la prevalencia obtenida del 54.78%, así demanda.

Durante el embarazo y el puerperio se suceden una serie de cambios bioquímicos, psicológicos y sociales, que ocasionan una mayor vulnerabilidad para la aparición de trastornos en la esfera psíquica de la mujer ya que es doblemente susceptible a sufrir depresión, y los síntomas generalmente incrementan con la edad. Llama la atención el hecho de que la depresión sea habitualmente subdiagnosticada, en centros de atención materno-infantil a pesar de que su prevalencia supera las expectativas.

En la investigación realizada en el Hospital General de Pachuca, la prevalencia obtenida es del 54.78 %, siendo superior a las cifras internacionales.

X. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se logra establecer la prevalencia de la depresión preparto en la población de gestantes en control prenatal en servicio de Ginecología y Obstetricia en el Hospital General de Pachuca de 54.78%, superior a los porcentajes determinados en literatura internacional. El 48.70% de la población en estudio correspondió a edad de 15 a 24 años, 80% de la totalidad con ocupación en el hogar, y con una escolaridad secundaria en el 38.37% de la población, en un 53.51% se determinó estado civil en unión libre, 43.47% de las gestantes cursando su primer embarazo, estableciéndose una prevalencia de depresión preparto en el primer trimestre de 16.53%, en el segundo trimestre de 9.87% y en el tercer trimestre de 73.9%, del cual el 47.43% fue específicamente entre la 35 y 39 semanas de gestación.

Respondiendo a la pregunta de investigación establecida en el planteamiento del problema y lográndose el objetivo de identificar a las pacientes con sintomatología depresiva y proponer atención y apoyo psico-emocional. Además de a posteriori considerar un programa de atención especializada en colaboración con el servicio de psicología.

VI. ANEXOS.

(Anexo 1.) CUESTIONARIO DEMOGRAFICO.

HOSPITAL GENERAL DE PACHUCA.

Ginecología y Obstetricia.

Nombre Completo: _____

Edad materna: _____ Ocupación: _____

Escolaridad: _____ Estado civil: _____

Núm. embarazo: _____ Partos: _____ Cesáreas: _____ Abortos: _____

Edad gestacional: _____

(Anexo 2.) ESCALA DE DEPRESION DE EDIMBURGO.

Evalúa la presencia de sintomatología depresiva de tipo cognitivo-psicológico.

Posee diez ítems. Cada ítem presenta respuesta de tipo Likert de cuatro opciones: Muy frecuentemente: 3, A veces: 2, Rara vez: 1, Nunca: 0, siendo el puntaje total de 0 a 30.

Se consideró a todo puntaje igual o mayor de 14 como un caso de depresión.⁶

Cada una de las 10 preguntas cortas auto-aplicadas hace referencia a cómo se han sentido la mujer gestante durante los siete días anteriores a su aplicación.

1. He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas.
2. He mirado las cosas con ilusión.
3. Me he culpado innecesariamente cuando las cosas han salido mal.
4. Me he sentido nerviosa o preocupada sin tener motivo.
5. He sentido miedo o he estado asustada sin motivo.
6. Las cosas me han agobiado.
7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultades para dormir.
8. Me he sentido triste o desgraciada.
9. Me he sentido tan infeliz que he estado llorando.
10. He tenido pensamientos de hacerme daño.

Cada una de las respuestas se valora de 0 a 3 puntos, y luego se suman todas las puntuaciones; por tanto, la puntuación máxima es 30.

(Anexo 3.) CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Se le ha preguntado si quiere participar en este estudio de investigación. Su decisión es libre y voluntaria. Si no desea ingresar al estudio, su negativa no le causará consecuencia alguna. La siguiente información le describe el estudio y la forma en que participará como voluntario. Tome el tiempo necesario para hacer preguntas como requiera acerca del estudio, el personal responsable del estudio le podrá contestar cualquier pregunta que tenga respecto a este consentimiento o del estudio mismo. Por favor lea cuidadosamente este documento.

Se trata de la investigación acerca de la Prevalencia de depresión preparto en las mujeres embarazadas con el control prenatal en el Hospital General de Pachuca. Que se llevará a cabo en el departamento de consulta externa de control prenatal del Hospital General de Pachuca.

Los Investigadores a cargo del estudio son:

Dra. Sahrazade Rubí de los Santos Guillermo Quiroz.

M en C. Sara Quiroz Olguín.

El Objetivo del estudio es determinar la prevalencia, es decir a frecuencia de la depresión preparto en las pacientes en control prenatal. Debido a que se desconoce la frecuencia de la depresión preparto y no se cuenta con atención a la salud mental de las mujeres gestantes en nuestra institución.

El número de participantes en este estudio será de 115 mujeres gestantes con buen estado general de salud, independientemente de su edad gestacional. En referencia a las responsabilidades del voluntario se solicita 1) tener disponibilidad para participar en el estudio, 2) cumplir con las indicaciones señaladas por el personal y 3) contestar con la verdad toda la información solicitada. Se llevará a cabo el siguiente procedimiento; 1) Selección de participantes: en la consulta externa de control prenatal, se seleccionará a las pacientes que cumplan con las características de inclusión, durante el periodo de tiempo de marzo y abril 2013. 2) Se realizará la distribución de un cuestionario de auto-aplicación validado para mujeres gestantes (Escala de la Depresión de Edimburgo). Los resultados se le darán a conocer en caso de así solicitarlo. En cuanto a la duración del estudio. La auto-aplicación del cuestionario se realizará en el transcurso de la consulta prenatal, en el periodo de tiempo disponible.

Se informa sobre el riesgo mínimo del estudio, al considerarse según el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, por tratarse de una prueba psicológica; sin embargo no se manipulará la conducta de la gestante.

BENEFICIOS PARA EL VOLUNTARIO.

1. Tener la experiencia de colaborar en el desarrollo científico.
2. Diagnóstico de su estado de salud mental sin costo alguno.
3. Podrá solicitar consejería y apoyo psicológico.

Como voluntario, usted dará inicio al cuestionario de auto-aplicación sin ninguna clase de presión y podrá por su propia voluntad abandonar el mismo en el momento en que lo desee, siendo ésta causa de eliminación de sujeto en estudio así como al no responder los cuestionamientos en su totalidad.

CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN. El equipo investigador guardará con estricta confidencialidad la información médica obtenida en este estudio, incluyendo los datos personales de los voluntarios participantes. Sólo el personal de la Secretaría de Salud de México (SSA) y del Hospital General de Pachuca, en caso de que se requiera, podrán revisar la información obtenida durante el estudio. Si se decide publicar los resultados de este estudio, en todo momento se mantendrá la confidencialidad de sus datos personales.

PREGUNTAS Y ACLARACIONES. Este documento le ha informado de qué se trata el estudio. El personal investigador podrá responder cualquier pregunta que tenga ahora; si tiene alguna duda acerca del estudio para hacerlo en el Departamento de Control Prenatal del Hospital General de Pachuca. Si tiene alguna pregunta acerca de sus derechos como sujeto de estudio, puede llamar al Hospital General de Pachuca y comunicarse con el Presidente de las Comisiones de Ética e Investigación a los teléfonos: 713-72-55 o 713-46-49.

Nombre y firma de la persona que explicó Consentimiento Informado.

Fecha y hora en que se firmó el Consentimiento Informado.

DECLARACIÓN DEL VOLUNTARIO. Estoy enterado de que éste es un estudio de investigación y he realizado todas las preguntas que he querido, se me han aclarado satisfactoriamente y estoy de acuerdo en participar y cooperar con personal del estudio titulado “Prevalencia de depresión preparto en mujeres embarazadas con el control prenatal en el Hospital General de Pachuca”. Manifiesto que lo que he expresado en el interrogatorio es veraz y exento al Hospital General de Pachuca y a su personal de toda responsabilidad legal que surgiera o se ligara a una declaración falsa u omisión por mi parte. Mediante la firma de este consentimiento, estoy autorizando que se dé a conocer mi valoración de salud mental a las autoridades de Salud de México (SSA) y a las Comisiones de Ética e Investigación cuando se requiera.

Nombre y firma del voluntario.

Testigo. Nombre y firma.

Certifico que he revisado estos datos y que el voluntario ha sido adecuadamente informado del estudio aceptando participar en él.

Nombre y firma del Investigador Clínico Principal.

X. Referencias bibliográficas.

1. Saxena S. La depresión es una enfermedad frecuente y las personas que la padecen necesitan apoyo y tratamiento. [www.who.int] Ginebra, 9 Octubre 2012. http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2012/mental_health_day_20121009/es/index.html
2. Jadresic E., Muñoz, 2001; Zelkowitz et al., 2004; Da Costa et al., 2005. Psicopatología en el Ciclo Vital Femenino. [http://www.schilesaludmental.cl] Chile, 3 Junio 2011. http://www.schilesaludmental.cl/2011_junio_3/%282%29%20Psicopatologia%20en%20el%20ciclo%20vital%20femenino%20%28Dr%20%20Jadresic%29.pdf
3. Luna M., Otárola F., Almedras M., Jara L. La depresión no respeta la gestación. Revista de Psiquiatría y Salud Mental. Hermilio Valdizan. 2006, Vol. II: 41-47.
4. Organización Mundial de la Salud. Guía de Salud Mental y Manejo de la Depresión. [new.paho.org] Washington, DC. 2012. [Http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7305%3adia-mundial-de-la-salud-mental-la-depresion-es-el-trastorno-mental-mas-frecuente-&catid=740%3anews-press-releases&itemid=1926&lang=es&itemid=1926](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7305%3adia-mundial-de-la-salud-mental-la-depresion-es-el-trastorno-mental-mas-frecuente-&catid=740%3anews-press-releases&itemid=1926&lang=es&itemid=1926)
5. Flores M. Los trastornos mentales relacionados a la edad reproductiva de la mujer: una nueva propuesta en el campo de la salud mental. Gaceta Médica de México. 2011; Vol. 147: 33-37.
6. Vargas H., Tovar H., Valverde J. Prevalencia y factores asociados con el episodio depresivo en adolescentes de Lima Metropolitana Y Callao. Rev. Perú. Epidemiol. 2010; Vol. 14: 91-98.
7. Luna A., Luna M., Salinas J. Depresión mayor en embarazadas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal en Lima, Perú. Rev. Panam. Salud Pública. 2009; Vol. 26: 310-314.
8. Li D., Liu L., Odouli R. Presence of depressive symptoms during early pregnancy and the risk of preterm delivery: a prospective cohort study. Human Reproduction, 2009; Vol. 24: 146–153.
9. Jadresic E. Depression in pregnancy and the puerperium. Rev. Chil Neuro-Psiquiat, 2010; Vol. 48: 269-278
10. Lara M., Navarrete L. Detección de depresión en mujeres embarazadas mexicanas con la CES-D. Salud Mental, 2012; Vol. 35: 37-43.
11. Veytia M., González N., Palos A. Depresión en adolescentes: el papel de los sucesos vitales estresantes. Salud Mental, 2012; Vol. 35: 28-30.
12. Pichot P., DSM IV. Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales. Paris. 2012.
13. Lam N., Contreras H. Comparación de dos cuestionarios auto-aplicables para la detección de síntomas depresivos en gestantes. *An. Fac. med.* 2009; Vol. 70: 28-32.
14. Brockington I. Problemas de conducta adicionales de la salud perinatal: alcoholismo, adicciones, trastornos de la alimentación y pérdidas perinatales. *Perinatol Reprod Hum.* 2008. Vol. 22: 132-144.

15. Jiménez J., Rojas G. La investigación multidisciplinaria en depresión como campo de diálogo entre las ciencias neuro-cognitivas, la psicología, la psiquiatría y la psicoterapia. *Social science and medicine* 2005; Vol. 60: 169-173.
16. Weismann M., Simonds V. Are gender differences in depression explained by gender differences in co-morbid anxiety? *Journal of Affective Disorders*. 2003. Vol. 77; 197-202.
17. Sullivan P., Neale M., Kendler K. Genetic Epidemiology of Major Depression: review and meta-analysis. *Am J Psychiatry*. 2000; Vol. 157: 1152-1562.
18. Luna M., Otárola F., Almedras M., Jara L. La depresión no respeta la gestación. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. Hermilio Valdizan. 2006, Vol. II: 41-47.
19. Lartigue T., Maldonado M., González I., Saucedo J. Depresión en la etapa perinatal. *Perinatol Reprod Hum*. 2008, Vol. 22: 111-131.
20. Fernández L., Sánchez A. La depresión en la mujer gestante y su influencia en el proceso de vinculación afectiva prenatal. *Revista de Psicoanálisis, Psicoterapia y Salud Mental*. 2001. Vol.1. <http://psi.usal.es/rppsm/PDF/v1n1o1.pdf>
21. Lattimore D. Selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) use during pregnancy and effects on fetus and newborn. A meta-analysis. *Journal of Perinatology*. 2005. Vol. 25; 595-604.
22. ChunfNG q., Sánchez S., Lam N., Garcia P., Williams M. Associations of depression and depressive symptoms with preeclampsia: results from Peruvian case-control study. *BMC Womens Health*. 2007. Vol. 7: 15.
23. Kurki T., Hiilesma V. Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia. *Obstet Gynecol*. 2000. Vol. 95: 487-490.
24. Luján S. Depresión en el embarazo. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires*. 2009. Vol. 88; 234-243.
25. Paolini C., Oiberman A., Balzano S. Psychosocial factors associated to low, medium and high risk of depressive symptoms in the immediate postpartum period. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife*. 2012. Vol. 12: 65-73.
26. Vinaccia S. Sánchez V., Bustamante M. Conducta de enfermedad y niveles de depresión en mujeres embarazadas con diagnóstico de preeclampsia. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2006, Vol. 6: 41-51.
27. Yonkers K., Wisner K., Stewart D. The management of depression during pregnancy: a report from the American Psychiatric Association and the American College of Obstetricians and Gynecologists. *General Hospital Psychiatry*. 2009. Vol. 31; 403-413.
28. Jadresic E. Depression in pregnancy and the puerperium. *Rev. Chil Neuro-Psiquiat*. 2010. Vol. 48; 269-278.
29. Wolff C., Valenzuela P., Esteffan K., Zapata D. Depresión postparto en el embarazo adolescente: análisis de problema y sus consecuencias. *Rev. Chil Obstet Ginecol*. 2009. Vol. 74. 151-158.
30. Gotlib I., Joormann J., Minor K., Hallmayer J. HPA-Axis reactivity: a mechanism underlying the associations among 5-HTTLPR, stress and depression. *J Clin Psychiatry*. 2009; Vol. 63: 847-851.
31. Evans J. Heron J., Francomb H. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *J. British medical journal*. 2001. Vol. 145; 257-260.

32. Zuckerman B., Bauchner H., Parker S., Cabral h. Maternal depressive symptoms during pregnancy and newborn irritability. *Journal of developmental & behavioural pediatrics*. 1990, Vol.11; 190-194.
33. Ortega L., Lartigue T., Figueroa M. Prevalencia de depresión, a través de la Escala de Depresión Perinatal de Edimburgo, en una muestra de mujeres mexicanas embarazadas. *Perinatol Reprod Hum*. 2001. Vol. 15; 11-20.
34. Lara M., Navarro C., Navarrete., Cabrera. Síntomas depresivos en el embarazo y factores asociados, en pacientes de tres instituciones de salud en la Ciudad de México. *Salud Mental*, 2006. Vol. 29; 55-62-
35. Anders S., Tanaka. Kinney D. Depression as an evolutionary strategy for defense against infection. *Brain, Behavior and Immunity*. 2012. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0889159112005326>
36. Trejo H., Torres J., Medina M., Briones C., Meneses J. Depresión en adolescentes embarazadas que acuden a un hospital perinatal. *Revista Mexicana de Pediatría*. 2009. Vol. 76; 9-12.
37. Lara M., Navarrete L. Detección de depresión en mujeres embarazadas mexicanas con CES-D. *Salud Mental*. 2012. Vol. 35; 57-62.
38. Larama S., Hochhausen I. Prenatal depression in Latinas in U. S. and Mexico. *Matern Child Health J*. 2009. Vol. 13; 567-576.
39. Carrascón A., García S., Ceña B., Detección precoz de la depresión durante el embarazo y postparto. *Matronas Prof*. 2006. Vol. 7; 5-11.
40. Bercker, ED. The duration and timing of maternal depression as a moderator of the relationship between dependent interpersonal stress, contextual risk and early child dysregulation. *Psychol Med*. 2012 Vol.6; 1-10.
41. Lyell DJ, Chambers AS, Steidtmann D, Tsai E, Caughey AB, Wong A, Manber R. Antenatal identification of major depressive disorder: a cohort study. *Am J Obstet Gynecol*. 2012; Vol. 6. 1-6.
42. Kianbakht S, Mashhadi E, Jamillian HR, Ghazavi A. Immune Phenomena in Neonates of Women with Depression during Pregnancy: A Case-Control Study. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2012, Vol. 4; 12-23.
43. Oquendo M., Lartigue Teresa., González Itzel. Validez y seguridad de la Escala de Depresión Perinatal de Edimburgo como prueba tamiz para detectar depresión perinatal. *Perinato Reprod Hum*, 2008. Vol. 22; 195-202.