



HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 1 IMSS
CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

**NIVEL DE DEPRESIÓN EN EMBARAZADAS
ADSCRITAS A LA UMF NO. 9 DEL IMSS DELEGACIÓN
AGUASCALIENTES
TESIS**

PRESENTADA POR

Lucia Cervantes Ramírez

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

ASESOR

Dra. Ana Laura Sagaón Téllez

Aguascalientes, Ags., diciembre de 2018



AGUASCALIENTES, AGS. A DICIEMBRE 2018

CARTA DE APROBACION DE TRABAJO DE TESIS

**COMITÉ DE INVESTIGACION Y ETICA EN INVESTIGACION EN SALUD 101
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 1, AGUSACALIENTES**

**DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACION EN SALUD
P R E S E N T E**

Por medio de la presente le informo que el Residente de la Especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes:

DRA. LUCIA CERVANTES RAMIREZ

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

**“NIVEL DE DEPRESION EN EMBARAZADAS ADSCRITAS A LA UMF NO. 9
DEL IMSS DELEGACIÓN AGUASCALIENTES”**

Número de Registro: **R-2018-101-003** del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 101.

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: **TESIS**

La Dra. Lucia Cervantes Ramírez asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, por lo que no tengo inconvenientes para que proceda a la impresión definitiva ante el comité que usted preside, para que sean realizados los trámites correspondientes a su especialidad. Sin otro particular, agradezco la atención que sirva a la presente, quedando a sus órdenes para cualquier aclaración.

ATENTAMENTE:


Dra. Ana Laura Sagaón Téllez



AGUASCALIENTES, AGS. A DICIEMBRE 2018

DR. JORGE PRIETO MACIAS
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD
P R E S E N T E

Por medio de la presente le informo que el Residente de la Especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes:

DRA. LUCIA CERVANTES RAMIREZ

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

**“NIVEL DE DEPRESION EN EMBARAZADAS ADSCRITAS A LA UMF NO. 9
DEL IMSS DELEGACIÓN AGUASCALIENTES”**

Número de Registro: **R-2018-101-003** del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 101.

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: **TESIS**

La Dra. Lucia Cervantes Ramírez asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, cumpliendo con la normatividad de investigación vigente en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Sin otro particular, agradezco a usted su atención, enviándole un cordial saludo.

ATENTAMENTE:

DR CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACION EN SALUD



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES

LUCIA CERVANTES RAMÍREZ
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T E

Por medio de la presente se le informa que en cumplimiento de lo establecido en el Reglamento General de Docencia en el Capítulo XVI y una vez que su trabajo de tesis titulado:

**“NIVEL DE DEPRESIÓN EN EMBARAZADAS ADSCRITAS A LA UMF NO. 9 DEL IMSS
DELEGACIÓN AGUASCALIENTES”**

Ha sido revisado y aprobado por su tutor y consejo académico, se autoriza continuar con los trámites de titulación para obtener el grado de:
Especialista en Medicina Familiar

Sin otro particular por el momento me despido enviando a usted un cordial saludo.

**ATENTAMENTE
“SE LUMEN PROFERRE”**

Aguascalientes, Ags., a 10 de Diciembre de 2018.

**DR. JORGE PRIETO MACÍAS
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD**

c.c.p. M. en C. E. A. Imelda Jiménez García / Jefa de Departamento de Control Escolar
c.c.p. Archivo

AGRADECIMIENTOS

"El que da, no debe volver a acordarse; pero el que recibe nunca debe olvidar."

A Dios por darme todo.

A mis padres Ma. Dolores y Francisco Javier por ser mi pilar y darme las bases para ser lo que ahora soy. Los quiero mucho.

A mis hermanos Javier, Conchis y Frank por ayudarme de una u otra forma y apoyarme en todo.

A mi pequeña familia, José por tu apoyo incondicional y sobre todo a Lucia Itzae por ser mi pequeña inspiración, son mi todo.

A todas las personas que de una u otra forma estuvieron ahí, y nos brindaron ayuda.

A mis compañeros que hicieron que estos 3 años fueran más amenos.

A mi asesora Dra. Ana Laura gracias, por la paciencia, y apoyo,

A la Dra. Evelyn por sus palabras de aliento.

A todos y cada uno de los médicos que me enseñaron algo me llevo lo mejor de cada uno.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

DEDICATORIA

A Lucia Itzae por enseñarme la profesión más difícil, por darme tu tiempo para poder superarme y los por los sacrificios que hiciste. Eres lo más importante en mi vida...



TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

ÍNDICE GENERAL

Índice de tablas	iii
Resumen.....	v
Abstract.....	vi
Introducción	1
Marco teórico	2
Antecedentes Científicos	2
Modelos y teorías que fundamentan las variables	7
Depresión.....	7
Depresión como enfermedad	9
Teorías y modelos explicativos de la depresión	9
Teorías conductuales de la depresión	10
Entrenamiento en autocontrol.....	12
El modelo de Nezu	12
Las teorías cognitivas de la depresión	13
La teoría cognitiva de Beck.....	14
Otras teorías psicológicas.....	17
Teorías biológicas de la depresión	18
Clasificación de depresión	19
Depresión Perinatal	20
Episodio depresivo leve.....	21
Episodio depresivo moderado	22
Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos	22
Identificación de los signos y síntomas de la depresión	22
Diagnóstico de depresión perinatal	24
Herramientas de evaluación para los trastornos depresivos (MOH Clinical Practice Guidelines 6/2011)	25
Tratamiento.....	26
El manejo farmacológico en el embarazo	26
Embarazo.....	27
Justificación	28

Plantamiento del problema.....	29
Características socioeconómicas y culturales de la población en estudio	29
Panorama del estado de salud	30
Panorama de los sistemas de salud	31
Naturaleza del problema.....	35
Distribución del problema	37
Gravedad del problema	38
Factores más importantes que pueden influir en el problema	39
Tipo de información que se deseó obtener	41
Pregunta de investigación	41
Objetivos	41
Objetivo general	41
Objetivos específicos.....	41
Hipotesis	42
Hipótesis Verdadera	42
Hipótesis nula	42
Materiales y método	42
Tipo de estudio.....	42
Universo de estudio	42
Muestra	42
Tamaño de la muestra	42
Criterios de inclusión	43
Criterios de no inclusión.....	43
Plan de recolección de la información.....	43
Validez de instrumento.....	44
Logística.....	46
Plan de análisis	47

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Aspectos éticos	47
Recursos financieros y factibilidad	48
Resultados	49
Discusión	60
Conclusiones.....	63
Recomendaciones	64
Bibliografía	65
Anexos.....	68
Anexo A. Carta de consentimiento informado	68
Anexo B. Operacionalización de las variables	69
Operacionalización del instrumento Inventario de depresión de Beck.....	71
Anexo C. Instrumento	72
Anexo D. Cronograma de actividades.....	75

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Descriptivos e índice de homogeneidad de los ítems en población mexicana	46
Tabla 2. Características socio-laborales de las mujeres embarazadas.....	49
Tabla 3. Características obstétricas de las mujeres embarazadas	50
Tabla 4. Nivel de depresión en las mujeres embarazadas.....	51
Tabla 5. Factores cognitivo-afectivos de depresión	52
Tabla 6. Factores somáticos-motivacionales de depresión.....	52
Tabla 7. Nivel de depresión por grupo de edad	53
Tabla 8. Nivel de depresión de acuerdo con la escolaridad.....	54
Tabla 9. Nivel de depresión y estado civil.....	55
Tabla 10. Nivel de depresión y ocupación	55

Tabla 11. Nivel de depresión y horas de trabajo.....56

Tabla 12. Nivel de depresión y turno laboral.....56

Tabla 13. Nivel de depresión y número de hijos57

Tabla 14. Nivel de depresión y edad del hijo menor57

Tabla 15. Nivel de depresión y semanas de embarazo58

Tabla 16. Nivel de depresión y antecedente de aborto59

Tabla 17. Frecuencia de depresión y método de planificación familiar59



RESUMEN

Antecedentes. La depresión 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, puede llegar a ser crónica y dificultar la capacidad para afrontar la vida diaria. Puede conducir al suicidio. Según el DSM-V, la depresión perinatal es similar a un episodio de depresión mayor. Lara y Cols mencionan que la sintomatología depresiva prenatal, por su alta prevalencia 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. Hay bajas tasas de detección y atención de depresión; está asociada a factores de riesgo que ameritan prevención, así como detección y atención oportuna en los distintos niveles de atención. Objetivo. identificar el nivel de depresión en embarazadas adscritas a la UMF no.9. Material y Método. Realizamos un estudio observacional descriptivo, el universo de estudio fueron pacientes de la UMF 9, mediante un muestro aleatorio simple. Con una muestra de 274 embarazadas. Resultados. Se encontró que el 69% de las mujeres presentan un nivel de depresión mínimo, el 15% presentaron depresión leve, el 9.5% depresión moderada y el 6,5% depresión severa. Conclusión. Los médicos familiares al ser el primer contacto para su atención y que llevan el seguimiento de su embarazo deben tomar en cuenta el aplicar algún instrumento para la realización del diagnóstico oportuno de depresión, con la finalidad de que reciban el tratamiento adecuado y minimizar todos los riesgos que este padecimiento conlleva. Palabras claves. Nivel depresión/depresión embarazo/inventario de depresión de Beck.

ABSTRACT

Background. Depression is characterized by the presence of sadness, loss of interest or pleasure, feelings of guilt or lack of self-esteem, sleep or appetite disorders, feeling tired and lack of concentration, can become chronic and hinder the ability to face daily life. It can lead to suicide. According to the DSM-V, perinatal depression is similar to an episode of major depression. Lara and Cols mention that prenatal depressive symptomatology, due to its high prevalence and negative consequences on the health of the mother, the product and the course of pregnancy, requires timely detection to provide adequate support and treatment. There are low detection and attention rates of depression; It is associated with risk factors that warrant prevention, as well as detection and timely attention at the different levels of care. Objective. to identify the level of depression in pregnant women assigned to the UMF no.9. Material and Method. We conducted a descriptive observational study, the universe of study were patients of the UMF no. 9, by means of a simple random sampling. With a sample of 274 pregnant women. Results. It was found that 69% of women had a minimum level of depression, 15% had mild depression, 9.5% had moderate depression and 6.5% had severe depression. Conclusion. Family doctor, being the first contact for their care and who follow their pregnancy, must take into account the application of an instrument for the timely diagnosis of depression, in order to receive the appropriate treatment and minimize all risks that this condition entails. Keywords. Depression / depression level pregnancy / Beck depression inventory.

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con el DSM-IV, la depresión perinatal es similar a un episodio de depresión mayor con respecto a la sintomatología, lo que la hace particular es sólo el periodo en que aparece, es decir, en el embarazo o en las primeras cuatro semanas posnatales. No obstante, para fines de investigación y atención, se incluye dentro de este periodo desde el inicio de la gestación hasta el primer año posparto. Es muy frecuente que la depresión perinatal se vea acompañada de ansiedad extrema, de sentimientos de culpa y preocupación por el bebé y conflicto con respecto a las expectativas sociales que se tienen sobre cómo debería sentirse y actuar una mujer embarazada o que recién es madre.

La depresión prenatal es un factor de riesgo para depresión posparto, y muchos casos de depresión detectados en el posparto pueden haber comenzado en el período antenatal. Algunos estudios que utilizan cuestionarios de autoinforme sugieren una asociación entre la depresión prenatal y la depresión durante la adolescencia en los hijos. También se están desarrollando pruebas sobre una asociación entre la depresión prenatal y los malos resultados del comportamiento en los hijos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) recomiendan mejorar la salud materno-infantil, lo que incluye reducir los factores asociados con la depresión y sintomatología depresiva materna, así como promover intervenciones de bajo costo para mejorar la salud mental materna. Como todas las enfermedades la depresión es prevenible, detectable y tratable, y en su tratamiento es posible minimizar sus efectos negativos a corto y largo plazo. La depresión es la principal amenaza a la salud mental de las mujeres en edad reproductiva y tiene una contribución importante en la carga de morbilidad sobre todo en contextos de vulnerabilidad socioeconómica y marginación.

Por las características socioeconómicas y culturales de su población se escogió la UMF 9 para la realización del estudio ya que se encuentra en el área oriente de Aguascalientes la cual cuenta según el censo de población y vivienda del INEGI con las áreas de mayor pobreza y conflictos sociales.

Ya que la depresión no es como tal un problema de mortalidad materna si lo es para el bienestar materno-fetal, ya que como se ha expuesto en puntos anteriores nos afecta en el proceso de la gestación, el nacimiento y posteriormente en la niñez del producto. Dado que el embarazo y los niños menores de 5 años están dentro de las directrices de los programas prioritarios en el panorama de salud de nuestro País es fundamental darles la atención correcta para realizar un diagnóstico oportuno y dar un tratamiento eficaz, así poder limitar daños al binomio materno-fetal y materno-infantil.

De diciembre 2016 a diciembre de 2017 el total de reporte de consultas por embarazo fueron un total de 735 de los cuales 191 1era vez y 544 subsecuentes.

La mayoría se encuentran en el grupo de edad de 20-29 años con total de 464.

MARCO TEÓRICO

Antecedentes Científicos

Ortega y Cols (2001) en su estudio observación transversal descriptivo llamado Prevalencia de depresión, a través de la Escala de Depresión Perinatal de Edimburgo, en una muestra de mujeres mexicanas embarazadas. Donde el objetivo era medir la Prevalencia de depresión, a través de la escala de depresión perinatal de Edimburgo en una muestra de 360 mujeres mexicanas embarazadas entre las 24 y 38 semanas. El estudio se realizó en el instituto nacional de perinatología en la consulta externa y se encontró que solo en 21.7% de las mujeres presentaban puntaje para "caso probable de depresión".¹

Aceves y Cols (2009) en su estudio llamado Ansiedad y depresión en pacientes embarazadas. Con el objetivo de estimar la prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes embarazadas de diferentes grupos etarios. Realizo un estudio descriptivo, donde se evaluó ansiedad y depresión mediante la escala de Goldberg de noviembre de 2009 a agosto de 2010 en la consulta externa de la UMF 57 del IMSS en Guadalajara Jalisco; se estudiaron 103 embarazadas, con un promedio de edad de 27.7 años la escolaridad de predominio fue secundaria, casadas y trabajadoras, de forma global se encontró ansiedad en 50.5% y depresión en 67%, encontrando como resultado alta prevalencia de ansiedad y depresión, con una mayor prevalencia de depresión en el grupo de 12 – 19 años en comparación con otros grupos etarios.²

Ceballos Martínez y Cols (2010) en su estudio Depresión en el embarazo epidemiología en mujeres mexicanas donde el objetivo fue estimar la frecuencia de depresión en mujeres embarazadas, las características epidemiológicas y factores asociados, en una unidad de primer nivel de atención médica. Realizo un estudio transversal comparativo con una muestra de 220 embarazadas de 18 a 32 semanas de gestación. Se excluyeron aquellas con tratamiento psiquiátrico o depresivo en los seis meses previos al embarazo actual. Se aplicó la escala de depresión de Edimburgo y se recabó información de los antecedentes ginecoobstétricos, como edad gestacional al inicio del control prenatal del actual embarazo, gestaciones previas, antecedentes de parto vía vaginal o cesárea, productos con muerte perinatal o peso bajo al nacimiento, antecedentes heredofamiliares y sociodemográficos. Obtuvo los siguientes resultados: 6.4 % presentó depresión, una media de 26 años de edad y 21.4 % fue adolescente. La escolaridad máxima fue secundaria en 50 %, 71.4 % con nivel socioeconómico medio bajo, 21.4 % sin pareja, 35.7 % con depresión en la familia y 28.6 % con historia de tratamiento antidepresivo previo. En la población estudiada no existieron factores de riesgo como en una unidad de alta especialidad con servicio de perinatología, la frecuencia fue alta en comparación con población abierta, por lo que es importante realizar la búsqueda intencionada, principalmente en las mujeres que han cursado con algún evento depresivo que ameritara tratamiento, en las

adolescentes embarazadas o con antecedente de hijos previos con peso bajo al nacer.³

Corona y Cols (2012) en su estudio Frecuencia de depresión en adolescentes embarazadas en la UMF 92 en el periodo enero a diciembre de 2012 de tipo observacional, descriptivo, prospectivo y transversal. Donde el objetivo general fue determinar la frecuencia de depresión en adolescentes embarazadas, se aplicó la escala de depresión de Zung se estudió una población de 78 pacientes Se estudió a una población de 76 pacientes, de acuerdo a los datos obtenidos un 68.4% cursan sin depresión, 22% con depresión leve y 9% con depresión moderada, de las cuales 42% son amas de casa, 47.9% son solteras y 39.5% casadas llevan una buena relación de pareja un 52%, el mayor índice de depresión lo encontramos en la semana 27 a 40, entre la edad de 17 años con un porcentaje de 23.8%. Podemos decir que las adolescentes embarazadas que presentan el mayor número de depresión son las de 17 años, las cuales se encuentran en el segundo trimestre de gestación, presentando en mayor promedio depresión leve, con una relación de pareja buena, con estado civil soltera.⁴

Rivera y Cols (2012) en su tesis Manifestaciones emocionales de depresión en adolescentes embarazadas atendidas en un hospital público de la ciudad de México, una aplicación del test de Edimburgo, con el objetivo de conocer emociones de depresión en embarazadas, realizó un estudio observacional descriptivo a 86 mujeres embarazadas menores de 20 años que acudían a su control prenatal al Hospital Regional General de Iztapalapa aplicando la escala de Edimburgo en donde encontró los siguientes resultados de que 15.1% de las embarazadas presentan manifestaciones emociones de probable depresión. A la aplicación del test el 46.51% de las adolescentes embarazadas cursan con más de 35 semanas de gestación y el 5.81% se encontraban en las semanas de la 20-24.⁵

Lara y Cols (2012) mencionan en su trabajo Detección de depresión en mujeres embarazadas mexicanas con la CES-D que 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,

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

requiere de detección oportuna para proporcionar apoyo y tratamiento adecuados. El objetivo del trabajo fue analizar la validez y confiabilidad de la CES-D en mujeres mexicanas embarazadas, así como la sensibilidad, especificidad y valores predictivos usando el SCD como estándar de oro. El estudio se basó en un análisis secundario de datos. Se obtuvo una muestra de 98 mujeres embarazadas en la sala de espera de un centro de salud que proporcionaba atención prenatal. Las participantes tenían una media de edad de 24.1 (DS=5.0) años, 10.4 (DS=2.3) años de escolaridad e ingreso mensual familiar de \$3,371 (DS=2,463) pesos; 76.4% tenía pareja y 38.8% eran primíparas. La media de la CES-D fue de 24.13 (DS=5.02). Como puede observarse, los reactivos con medias más elevadas fueron: se sintió deprimida, se sintió triste, no durmió bien, no tuvo ganas de hacer nada y no se sintió con ganas de comer, y los que tuvieron las medias más bajas: su vida había sido un fracaso, no le caía bien a la gente, la gente no era amable, platicó menos de lo normal y dificultad en mantener la mente en lo que estaba haciendo. Respecto a la SCID, a quince mujeres (18.3%) se les diagnosticó depresión mayor. La consistencia interna de la CES-D fue de $\alpha=0.81$. El análisis factorial, que valoró la validez de constructo, mostró que cuatro factores pudieron ser interpretados (afecto depresivo, falta de energía/síntomas somáticos, relaciones interpersonales y afecto positivo), que explicaron 49.10% de la varianza. En el análisis de la curva COR, se obtuvo un ABC de 0.81; para punto de corte ≥ 16 , mostró 100% de sensibilidad y 20.9% de especificidad y para la puntuación ≥ 28 , sensibilidad de 80.0% y especificidad de 76.1%.⁶

Concha y Cols (2013) en su tesis de posgrado Frecuencia de depresión en embarazadas derechohabientes de la UMF 33 El Rosario, realizó un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo, trasversal aplicando el test de Edimburgo a 105 pacientes adolescentes embarazadas. El objetivo fue conocer la frecuencia de depresión que se presenta en embarazadas adscritas a la UMF #33. De las 105 pacientes, el 19% presenta depresión, 13% de ellas están en riesgo de depresión y 69% sin depresión. De las pacientes con pareja 18% tienen depresión y 13% tienen riesgo depresión, de las pacientes sin pareja 22% tienen depresión y 13% tienen riesgo de depresión.⁷

Rodríguez Baeza y Cols (2014) en su estudio Prevalencia y factores asociados a depresión prenatal en una institución de salud. Donde el objetivo fue estimar la prevalencia y los factores asociados a depresión prenatal, en pacientes de una institución en Mérida, Yucatán. Realizo un estudio cuantitativo, transversal, en el periodo de agosto 2014 y noviembre del 2015 en una institución del IMSS de Medida Yucatán, se aplicó el test de Edimburgo a 258 mujeres que acudieron a su control prenatal obteniendo los siguientes resultados La prevalencia puntual de depresión fue del 16.66%, caso en el que la media de puntuación fue de 15.02 ± 1.97 con un mínimo de 14 y un máximo de 24 puntos. La prevalencia de depresión por trimestres fue superior en el segundo periodo (13-28 semanas de gestación) con un 42% (18), seguido del tercer trimestre (29-40 semanas de gestación) con un 35% (15) y el primer trimestre (1-12 semanas de gestación) con un 23% (10).⁸

De Castro y Cols (2015) en su estudio Sintomatología depresiva materna en México: prevalencia nacional, atención y perfiles poblacionales de riesgo con el Objetivo de Estimar la prevalencia de sintomatología depresiva (SD) en madres de menores de cinco años, tasas de detección y atención y probabilidades de presentar SD de acuerdo con perfiles de riesgo específicos. En una muestra de 7 187 mujeres con hijos menores de cinco años, proveniente de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) 2012. La sintomatología depresiva se midió con la escala CESD-7. Obtuvo que la prevalencia de SD es de 19.91%, lo que implica que 4.6 millones de menores viven con madres que podrán sufrir depresión moderada o grave. Hay bajas tasas de detección (17.06%) y atención (15.19%) de depresión. La SD se asocia con violencia, tener más de cuatro hijos, sexo femenino del menor, mayor edad del último hijo, bajo peso al nacer, inseguridad alimentaria y haber iniciado vida sexual antes de los 15 años. La probabilidad acumulada de SD, si se consideran todos los factores de riesgo, es de 69.76%; se podría reducir a 13.21% con medidas preventivas enfocadas en eliminar la violencia, la inseguridad alimentaria, las valoraciones inequitativas de género y el bajo peso al nacer. Concluyo que la SD es un problema relevante de salud pública en México; está asociada con un conjunto bien determinado de factores de riesgo que ameritan prevención, así como detección y atención oportuna en los distintos niveles de atención.⁹

Modelos y teorías que fundamentan las variables

Depresión

La historia terminológico-conceptual de la depresión está jalonada, fundamentalmente, por tres vocablos: Melancolía, Acedia, Depresión, que representan las tres perspectivas culturales de la filosofía occidental: cosmológica, teológica y logológica.¹⁰

La Melaina chole (atra bilis, bilis negra) o melancolía provenía de la alteración del equilibrio humoral. De acuerdo con la idea hipocrática (siglos V y IV aJC), la alteración cuantitativa y cualitativa (discrasia) de la "bilis negra" (uno de los cuatro humores corporales) produciría el estado patológico melancólico depresivo. Aunque la concepción hipocrática adscribe, etiológicamente, la melancolía a un origen "natural" (léase, hereditario y orgánico), existen en la antigüedad clásica greco-romana, posturas eclécticas y aun propiamente psicológico-religiosas en orden a la explicación de la melancolía. Así, Celso (c.50 pJC), Sorano de Éfeso (siglo II pJC), y otros, siguen las enseñanzas hipocráticas, pero introducen factores psico religiosos.¹⁰

Después de la invasión bárbara, la cultura se refugia en los monasterios y en las catedrales. Y es, principalmente, en el ámbito del monacato, donde se comienza a hablar de Acedia (accedia, acedia, accidia, acidia), un síndrome de tristeza y dejadez, de inhibición y apatía, de angustia y pereza.¹⁰

El término griego akédeia, akedía (a--kédos = sin cuidado), es traducido al latín por acedia (en autores como Casiano, Alcuino, Jonas de Orleans), por acidia (Hugo de S. Víctor, Otón de Luques, S. Buenaventura), por accidia (S. Isidoro de Sevilla, S. Tomás de Aquino, R. Lulio), y por taedium vitae (biblia Vulgata, Casiano).¹⁰

El Renacimiento supuso una "vuelta" a las ideas de Rufo de Éfeso y de Galeno de Pérgamo. Así, Paracelso (1567) habla de cuatro clases de melancólicos; Th. Elyot (1530) hace referencia al temperamento melancólico y T. Bright (1586) publica un Tratado sobre la melancolía, en el que se desmarca de la etiología pecaminosa de la depresión, constituyendo este libro la primera monografía específica sobre la depresión. En la misma línea están, el médico español F.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Vallés (1524-1592), A. du Laurens (1560-1601) y F. Platter (1536-1614). Pero es el "depresivo" clérigo y filósofo inglés R. Burton, el que publica, en 1621, La anatomía de la melancolía, dando un paso adelante respecto a la teoría humoral, teniendo en cuenta los factores psicológicos y distinguiendo entre los estados de hipertimia y distimia.¹⁰

En el Renacimiento se recupera, pues, la terminología clásica de la melancolía, junto con otros términos similares, como atra bilis (estado atrabiliar, cólera negra), pero se introduce, más allá de la teoría humoral, el concepto psicológico de "temperamento melancólico", concepto que dará lugar, sobre todo en el Romanticismo, a toda una gama de expresiones literarias y populares sobre la melancolía: descontento, abatimiento, soledad, desesperanza, malhumor etc.¹⁰

Se puede decir, pues, que es a partir de la obra de R. Burton cuando comienza la nueva concepción "nerviosa" o "mental" de la depresión. El término "depresión" se fragua a partir de la Ilustración. R. Blackmore habla ya en 1725 de "depresión", R. Whytt (1764) habla de "depresión mental" al referirse a la melancolía, Ph. Pinel (1801) alude a la "depresión de espíritu" (abattement), S. Tuke (1813) se refiere a la "depresión de la mente" y G. M. Beard (1869) habla de "agotamiento del sistema nervioso".¹⁰

A mediados del siglo XIX, W. Griesinger introduce la expresión "die psychischen Depressionzustände" como sinónimo de melancolía, E. Kraepelin habla de "depressive Wahnsinn" y Esquirol propone el término "lipemanie" en lugar de melancolía.¹⁰

Conceptualmente, el término se transforma al tener que expresar la bipolaridad de euforia-disforia. Así J.P. Falret (1854) tematiza esta bipolaridad depresiva hablando de "folie circulaire" y Baillarguer alude a la "folie à double forme", mientras E. Kraepelin (1896) habla ya de "locura maníaco - depresiva" como entidad nosológica independiente.¹⁰

Hoy, el término "depresión", utilizado por geógrafos, economistas, sociólogos, psicoanalistas etc., se refiere predominantemente, al síndrome de "hundimiento vital" que estamos estudiando, debido a la grave incidencia epidemiológica de

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

esta enfermedad que padece una gran parte de la humanidad. Es tal su importancia que infunde enorme respeto, porque comporta un enorme sufrimiento y porque se la ubica como en el fondo de un enorme pozo o en la oscuridad de un túnel del que no se alcanza a ver la salida.¹⁰

La depresión ha tenido pues, a lo largo del tiempo, tres principales nombres, melancolía, acedia y depresión, que significaban una misma realidad: el abatimiento, la postración, el hundimiento, la distonía, el descenso a la oscuridad vital y a la muerte.¹⁰

Depresión como enfermedad

La depresión es 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.¹¹

En la guía de práctica clínica IMSS 161-09 define a la depresión como una alteración patológica del estado de ánimo con descenso del humor en el que predominan los síntomas afectivos (tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, 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, volitivo y somático, por lo que es una afectación global de la vida psíquica.¹²

Teorías y modelos explicativos de la depresión

Winokur (1997) ha propuesto que la depresión unipolar desde la perspectiva clínica es un trastorno homogéneo, pero etiológicamente es heterogéneo. La

depresión es un problema de múltiples facetas caracterizado por un amplio número de síntomas que pueden, o no, estar presentes en cada paciente en particular. No todas las depresiones obedecen a las mismas causas. Por ello, en la actualidad hay un amplio número de teorías que intentan explicar la etiología de la depresión.¹³

Teorías conductuales de la depresión

El modelo conductual sugiere que la depresión unipolar es fundamentalmente un fenómeno aprendido relacionado con interacciones negativas entre la persona y su entorno (p.ej., relaciones sociales negativas o baja tasa de refuerzo). Estas interacciones con el entorno pueden influenciar y ser influidas por las cogniciones, las conductas y las emociones, y las relaciones entre estos factores se entienden como recíprocas. Las estrategias conductuales se utilizan para cambiar los patrones poco adaptativos de conducta, cognición y emoción (Antonuccio et al., 1989).¹³

En la actualidad hay varios modelos conductuales de la depresión: la disminución del refuerzo positivo (Lewinsohn, 1974, 1975) y su reformulación (Lewinsohn, Hoberman, Teri y Hautzinger, 1985), el modelo de McLean (1982), el de Rehm (1977), el de Wolpe (1979), el de Bellack, Hersen y Himmelhoch (1981) y el de Nezu (1987). Dado el amplio número de enfoques conductuales expondremos brevemente los más relevantes.¹³

La disminución del refuerzo positivo Para Lewinsohn (1975), Lewinsohn, Youngren y Grosscup (1979) y Lewinsohn, Muñoz, Youngren y Zeiss (1986), la depresión puede ser el resultado de la reducción del refuerzo positivo contingente a las conductas del paciente. El total de refuerzo positivo que consigue un sujeto es función de: 1) el número de acontecimientos que son potencialmente reforzadores para la persona; 2) el número de Depresión: Diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX 423 hechos potencialmente reforzadores que tienen lugar; y 3) el conjunto de habilidades que posee una persona (p.ej., habilidades sociales) para provocar refuerzo para sus conductas proveniente del entorno. Los aspectos cognitivos de la depresión tales como baja autoestima, culpabilidad, pesimismo, etc., son el

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

resultado de las atribuciones que hace el sujeto acerca de su sentimiento de disforia. Los planteamientos iniciales de Lewinsohn fueron posteriormente reformulados (Lewinsohn et al., 1985). Para Lewinsohn y colaboradores las teorías conductuales y cognitivas de la depresión habían sido hasta entonces demasiado limitadas y simples.¹³

Ellos proponen un modelo en el que se plantea que la ocurrencia de la depresión se considera como un producto de factores tanto ambientales como disposicionales; la depresión se conceptualiza como el resultado final de cambios iniciados por el ambiente en la conducta, el afecto y las cogniciones. En la reformulación de la teoría de la reducción del refuerzo positivo se incluye el fenómeno de la secuenciación de conexiones causales, que comienza cuando surge un acontecimiento potencialmente evocador de depresión, el cual interrumpe los patrones de conducta automáticos del sujeto, produciendo todo ello una disminución de la tasa de refuerzo positivo y/o un número elevado de experiencias aversivas. Como consecuencia de todo ello, se produce un aumento de la conciencia de uno mismo (estado en el que la atención se dirige a uno mismo), la autocrítica y las expectativas negativas, traduciéndose todo ello en un aumento de la disforia con consecuencias de todo tipo conductuales, cognitivas, interpersonales, etc. Lewinsohn et al. (1985) propusieron varios factores que incrementarían la probabilidad de depresión (factores de vulnerabilidad): ser mujer, tener una edad entre 20 y 40 años, historia previa de depresión, susceptibilidad frente a acontecimientos aversivos, bajo estatus socioeconómico, baja autoestima y tener hijos con edades inferiores a 7 años. A su vez, Lewinsohn et al. (1985) también plantearon una serie de factores de protección frente a la depresión (inmunógenos): capacidad de iniciativa, competencia social autopercebida, exposición a una frecuencia elevada de acontecimientos positivos (ya sean aquellos producidos en la mente del individuo, o en el medio ambiente) y un grado elevado de apoyo social. Lewinsohn et al. (1985) indican que ambos tipos de factores ya sean los de vulnerabilidad o los inmunógenos, podrían afectar a distintas conexiones causales en el modelo general.¹³

Entrenamiento en autocontrol

Rehm (1977) propuso un modelo de autocontrol para la depresión en el que intentó integrar los aspectos cognitivos y conductuales del trastorno. La teoría del autocontrol se centra en la contribución del individuo a esta relación negativa a través de las respuestas conductuales y cognitivas. Se teoriza que los individuos deprimidos tienen una tendencia perfeccionista, pretenden metas inalcanzables, se centran en los aspectos negativos de su entorno y se aplican pocos refuerzos mientras que la tasa de autocastigo es elevada. Esta teoría no intenta minimizar el papel de los factores ambientales, sino que considera que los acontecimientos positivos ocurren con una baja frecuencia a causa de sesgos cognitivos disfuncionales y déficit de estrategias de autocontrol. A través de una regulación errónea de las expectativas y de las estrategias de autoevaluación, por su codificación selectiva y procesamiento y recuperación de los acontecimientos negativos, la persona deprimida tiene un mayor riesgo de autocastigarse.¹³

El modelo de Nezu

Nezu y sus colaboradores (Nezu, 1987; Nezu, Nezu y Perri, 1989) desarrollaron una formulación de la depresión donde la cuestión central para el comienzo y el mantenimiento de la depresión en un individuo son los déficits o la ineficacia de sus habilidades de solución de problemas. Nezu apuntó que había varios trabajos en los que se demostraba una asociación entre tener déficits en la solución de problemas y la sintomatología depresiva, tanto en los niños como en los adultos. Dada esta asociación Nezu y Ronan (1985) sugirieron que las habilidades de solución de problemas podían moderar la relación entre el estrés y la depresión. Hipotetizaron que la capacidad eficaz de solucionar los problemas podía actuar como un amortiguador de los efectos de las experiencias de vida negativas. Por otra parte, Nezu también indicó que la habilidad en la solución de problemas podía moderar la asociación entre un estilo atribucional negativo y la depresión. De acuerdo con la formulación de Nezu (1987), los pacientes que tengan un déficit en habilidades de solución de

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

problemas tendrán un mayor riesgo para desarrollar un episodio depresivo. De modo más específico, Nezu señaló que la depresión podía ser el resultado de carencias en alguno de los cinco componentes de la estrategia de solución de problemas: 1) orientación hacia el problema; 2) definición y formulación del problema; 3) generación de soluciones alternativas; 4) toma de decisiones; y 5) puesta en práctica de la solución y verificación. Nezu (1987) indicó que el comienzo de la depresión ocurre cuando el individuo tiene que hacer frente a una situación difícil. Si no se resuelve esta situación problemática, es probable que se produzcan consecuencias negativas, lo cual se traduce a su vez en una disminución en el refuerzo de la conducta del sujeto.¹³

Las teorías cognitivas de la depresión

Las teorías cognitivas hacen énfasis en que la percepción errónea de uno mismo, de los otros y de los sucesos puede dar lugar a un trastorno depresivo. La investigación apoya que los sujetos depresivos tienen una tendencia a evaluar negativamente, afectando a un amplio rango de procesos cognitivos (p.ej., auto concepto, atribuciones). Este estilo cognitivo tiene una relación recíproca con las respuestas motivacionales y afectivas que se asocian con la depresión.¹³

La reformulación atribucional del modelo de indefensión aprendida (Abramson, Seligman y Teasdale, 1978) y la teoría cognitiva de Beck (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979) son las dos teorías cognitivas que tienen el mayor apoyo empírico entre los modelos cognitivos contemporáneos de la depresión. La teoría de la indefensión aprendida y su reformulación Seligman (1975) hipotetizó que la depresión se produce cuando el sujeto no es capaz de discriminar la relación (contingencia) entre su comportamiento y las consecuencias que le siguen, ya sean positivas o negativas. Como consecuencia de ello se produciría lo que Seligman denominó indefensión aprendida. Este término se refiere al estado de pasividad, así como a otras actitudes que se generan en el sujeto cuando se ha expuesto a un proceso en el que no existe contingencia entre la conducta y las consecuencias de esta.¹³

Posteriormente, Abramson et al. (1978) reformularon la teoría de Seligman, haciendo énfasis en el tipo de atribuciones que el sujeto hace sobre la causa de su indefensión. Para Abramson et al. (1978) estas atribuciones pueden variar en alguna de las siguientes dimensiones: interna-externa, global-específica y estable-inestable. Por ejemplo, si un sujeto va a una entrevista de trabajo y no lo consigue, y atribuye el fracaso a su baja capacidad, estaría haciendo una atribución de tipo interno, estable y global. Si por el contrario, lo atribuye a que este tipo de trabajo no era adecuado para él, la atribución sería de tipo externa, específica e inestable. Estas tres dimensiones determinan el efecto sobre la autoestima, la cronicidad y la generalidad de la indefensión y la depresión (Abramson et al., 1978).¹³

Se ha demostrado que es más probable que los individuos predispuestos a la depresión atribuyan los acontecimientos negativos a factores internos (es decir, a uno mismo), estables (es decir, irreversibles) y globales (es decir, que lo abarcan todo) (Peterson, Maier y Seligman, 1993). El patrón opuesto en las atribuciones sería el que se basa en hechos positivos. Abramson et al. (1978) también señalan que algunas de las características de la depresión vienen determinadas por el estilo atribucional de cada sujeto, como por ejemplo la presencia de una baja autoestima como resultado de una atribución personal.¹³

La teoría cognitiva de Beck

Actualmente la mayoría de los trabajos empíricos sobre la depresión se basan en la teoría cognitiva que propusieron Beck et al. (1979), según la cual la depresión es en gran medida el resultado de una interpretación errónea de los acontecimientos y situaciones que tiene que afrontar el sujeto.¹³

Esta formulación teórica gira en torno a tres conceptos básicos: la cognición, el contenido cognitivo y los esquemas. La cognición se refiere al contenido, proceso y estructura de la percepción, del pensamiento y de las representaciones mentales. El contenido cognitivo es el significado que el sujeto da a los pensamientos e imágenes que tiene en su mente; para los terapeutas cognitivos la interpretación que haga el sujeto sobre un hecho (contenido cognitivo) tendrá una influencia importante en lo que siente.¹³

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Los esquemas son creencias centrales que se constituyen en los principios directrices que sirven para procesar la información procedente del medio. Aunque no se especifica claramente el origen de los esquemas erróneos, parece sugerirse que podrían ser el resultado del aprendizaje a través de la exposición a acontecimientos y situaciones anteriores, jugando un importante papel las experiencias tempranas y la identificación con otras personas significativas. Los esquemas depresivos tienen que ver con acontecimientos tales como la desaprobación o la pérdida de los padres. De ello se deduce, que muy probablemente aquellos individuos que padecen una depresión episódica presentan esquemas menos patológicos o con menos áreas claves de vulnerabilidad (p.ej., confianza, seguridad, amor) que aquellos con depresión crónica.¹³

La teoría cognitiva considera que hay cuatro elementos cognitivos clave que explican la depresión (Perris, 1989): 1) la tríada cognitiva, formada por una visión negativa sobre uno mismo, el mundo y el futuro; 2) los pensamientos automáticos negativos; 3) errores en la percepción y en el procesamiento de información; y 4) disfunción en los esquemas.¹³

La tríada cognitiva (Beck, 1967) se refiere a que el contenido cognitivo de un sujeto deprimido acerca de sí mismo, su mundo y su futuro es disfuncional y negativo.¹³

El paciente deprimido se ve a sí mismo como indigno, incapaz e indeseable, el mundo lo ve lleno de obstáculos y de problemas insolubles y el futuro lo contempla como totalmente desesperanzador.¹³

Los pensamientos automáticos negativos son aquellas cogniciones negativas específicas que desencadenan la activación emocional característica del paciente depresivo. Son pensamientos automáticos (el paciente no se da cuenta del mismo o de su proceso de interpretación), repetitivos, involuntarios e incontrolables. Entre el 60-80% de los pensamientos automáticos tienen un valor negativo (Friedman y Thase, 1995). Aunque todas las personas tienen pensamientos negativos de vez en cuando, en personas con un problema de

depresión grave estos pensamientos ya no son irrelevantes, sino que predominan en su conocimiento consciente (Beck, 1991).¹³

El pensamiento perturbado de la depresión es consecuencia del procesamiento erróneo o sesgado de la información que nos llega de nuestro medio (Beck, 1976; Haaga, Dick y Ernst, 1991). Los errores más importantes que se producen en el procesamiento de información de los individuos deprimidos son (Beck et al., 1979): la inferencia arbitraria (llegar a una conclusión en ausencia de evidencia que la apoye); la abstracción selectiva (extraer una conclusión basándose en un fragmento sesgado de información); la sobre generalización (elaborar una regla general a partir de uno o varios hechos aislados); la magnificación y la minimización (sobreestimar o infra Depresión: valorar la significación de un acontecimiento); la personalización (atribuirse a uno mismo fenómenos externos sin disponer de evidencia para ello); y el pensamiento absolutista dicotómico (tendencia a valorar los hechos en función de dos categorías opuestas).¹³

Estos errores, que se producen en el procesamiento de la información de las personas deprimidas, son un reflejo de la actividad de los esquemas cognitivos disfuncionales, que como ya indicamos anteriormente toman la forma de creencias centrales o «asunciones silenciosas» (Beck et al., 1979). Los esquemas son teorías o hipótesis simples que dirigen el proceso por medio del cual una persona organiza y estructura la información sobre el mundo (Freeman y Oster, 1997); determinan qué situaciones son consideradas como importantes para el sujeto y qué aspectos de la experiencia son importantes para la toma de decisiones (Freeman y Oster, 1997).¹³

Ejemplos de estas creencias son: «yo no puedo ser feliz si la mayoría de la gente que conozco no me admira», «si yo fracaso en mi trabajo, entonces yo soy un fracaso como persona». Por tanto, los esquemas son estructuras cognitivas que subyacen a la vulnerabilidad depresiva, a través de las cuales se procesan los acontecimientos del medio y la disfuncionalidad de los mismos causa errores en el procesamiento de información. A su vez, estas distorsiones cognitivas facilitan que se mantengan los esquemas disfuncionales, produciéndose finalmente la depresión (el paciente depresivo espera fracaso,

rechazo e insatisfacción, y percibe que la mayoría de las experiencias confirman sus expectativas negativas).¹³

La teoría cognitiva de la depresión también propone un modelo de diátesisestrés. Se hipotetiza que la predisposición a la depresión se adquiere a través de las experiencias tempranas, las cuales van modelando esquemas potencialmente depresógenos (es decir, los esquemas con contenido negativo constituyen la diátesis cognitiva). Estos esquemas cognitivos disfuncionales permanecerán latentes hasta que son activados por un estímulo estresante (factores precipitantes, como, por ejemplo, la ruptura de una relación amorosa) para el cual el individuo está sensibilizado.¹³

Los esquemas depresógenos pueden permanecer en reposo e inactivos durante mucho tiempo o toda la vida si el sujeto no está expuesto a situaciones de riesgo; por consiguiente, el sujeto tendrá pocos pensamientos negativos (Eaves y Rush, 1984). No todos los aspectos del modelo cognitivo de la depresión han recibido un apoyo empírico firme (Coyne y Gotlib, 1986; Segal y Shaw, 1986a; 1986b; Haagaet al., 1991). Las hipótesis relativas a la vulnerabilidad de los esquemas y el papel de las cogniciones en la etiología de la depresión son los aspectos que han recibido menor apoyo, además de ser los más difíciles de comprobar (Segal, 1988; Thase y Beck, 1992).¹³

Otras teorías psicológicas

La teoría interpersonal de Sullivan (1953) y la teoría psicobiológica de Meyer (1957), con su énfasis en la relación recíproca entre factores biológicos y psicosociales de la psicopatología.¹³

Aunque el modelo de la terapia interpersonal «no hace asunciones acerca de las causas de la depresión» (Klerman y Weissman, 1993, p. 6), sugiere que las relaciones interpersonales de los sujetos pueden jugar un papel significativo tanto en el comienzo como en el mantenimiento de la depresión. Sin embargo, existen diferencias de conceptualización muy importantes entre las distintas teorías interpersonales que se han formulado para explicar la depresión (Vázquez y Sanz, 1995). Por ejemplo, la teoría de Klerman, Weissman,

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Rounsaville y Chevron (1984) parte de la tradición psicoanalítica, mientras que las de Coyne (1976), Coates y Wortman (1980) y Gotlib (Gotlib y Colby, 1987; Gotlib y Hammen, 1992) provienen de los enfoques cognitivo-conductuales.¹³

Teorías biológicas de la depresión

A pesar de la gran cantidad de investigación que se ha realizado en las últimas décadas acerca de la biología de la depresión, todavía es escaso el conocimiento sobre el papel de los factores biológicos en la etiología y patogénesis de la depresión mayor (Thase y Howland, 1995). La mayoría de las teorías de la depresión hipotetizan alteraciones en uno o más de los sistemas neuroquímicos del cerebro. La investigación se centra fundamentalmente en el papel que juegan varios neurotransmisores del sistema nervioso central; en concreto, en las catecolaminas noradrenalina y dopamina, la indolamina serotonina y la acetilcolina (véase Friedman y Thase, 1995; Thase y Howland, 1995). Friedman y Thase (1995) plantean que la depresión, desde el punto de vista biológico, puede entenderse como una anomalía en la regulación en uno o más de los siguientes sistemas neuroconductuales:¹³

- 1) facilitación conductual
- 2) inhibición conductual
- 3) grado de respuesta al estrés
- 4) ritmos biológicos
- 5) procesamiento ejecutivo cortical de la información.¹³

Los déficits en estos sistemas podrían ser heredados o adquiridos. Incluso, una explicación más plausible, sería que las anomalías en alguno de estos sistemas que pueda generar depresión en un individuo se produjesen como consecuencia de la interacción entre los sucesos estresantes que experimenta dicho sujeto y su vulnerabilidad biológica (Post, 1992; Thase y Howland, 1995).¹³

CLASIFICACIÓN DE DEPRESIÓN

Existen varios tipos de trastornos depresivos. Los más comunes son el trastorno depresivo grave y el trastorno distímico. El trastorno depresivo grave, también llamado depresión grave, se caracteriza por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer, y disfrutar de las actividades que antes resultaban placenteras. La depresión grave incapacita a la persona y le impide desenvolverse con normalidad. Un episodio de depresión grave puede ocurrir solo una vez en el curso de vida de una persona, pero mayormente, recurre durante toda su vida.¹⁴

El trastorno distímico, también llamado distimia, se caracteriza por sus síntomas de larga duración (dos años o más), aunque menos graves, pueden no incapacitar a una persona, pero sí impedirle desarrollar una vida normal o sentirse bien. Las personas con distimia también pueden padecer uno o más episodios de depresión grave a lo largo de sus vidas. Algunas formas de trastorno depresivo muestran características levemente diferentes a las descritas anteriormente o pueden desarrollarse bajo circunstancias únicas. Sin embargo, no todos los científicos están de acuerdo en cómo caracterizar y definir estas formas de depresión. Estas incluyen: Depresión psicótica, que ocurre cuando una enfermedad depresiva grave está acompañada por alguna forma de psicosis, tal como ruptura con la realidad, alucinaciones, y delirios. Depresión posparto, la cual se diagnostica si una mujer que ha dado a luz recientemente sufre un episodio de depresión grave dentro del primer mes después del parto. Se calcula que del 10 al 15 por ciento de las mujeres padecen depresión posparto luego de dar a luz. El trastorno afectivo estacional, se caracteriza por la aparición de una enfermedad depresiva durante los meses del invierno, cuando disminuyen las horas de luz solar. La depresión generalmente desaparece durante la primavera y el verano. El trastorno afectivo estacional puede tratarse eficazmente con terapia de luz, pero aproximadamente el 50% de las personas con trastorno afectivo estacional no responden solamente a la terapia de luz. Los medicamentos antidepresivos y la

psicoterapia pueden reducir los síntomas del trastorno afectivo estacional, ya sea de forma independiente o combinados con la terapia de luz.¹⁴

Depresión Perinatal

De acuerdo con el DSM-IV, la depresión perinatal es similar a un episodio de depresión mayor con respecto a la sintomatología, lo que la hace particular es sólo el periodo en que aparece, es decir, en el embarazo o en las primeras cuatro semanas posnatales. No obstante, para fines de investigación y atención, se incluye dentro de este periodo desde el inicio de la gestación hasta el primer año posparto. Es muy frecuente que la depresión perinatal se vea acompañada de ansiedad extrema, de sentimientos de culpa y preocupación por el bebé y conflicto con respecto a las expectativas sociales que se tienen sobre cómo debería sentirse y actuar una mujer embarazada o que recién es madre.¹⁵

La depresión a menudo coexiste con otras enfermedades. Tales enfermedades pueden presentarse antes de la depresión, causarla, y/o ser el resultado de esta. Es probable que la mecánica detrás de este cruce entre la depresión y otras enfermedades difiera según las personas y las situaciones. No obstante, estas otras enfermedades concurrentes deben ser diagnosticadas y tratadas. Los trastornos de ansiedad, tales como el trastorno de estrés postraumático, el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno de pánico, la fobia social, y el trastorno de ansiedad generalizada, acompañan frecuentemente a la depresión. Las personas que padecen trastorno de estrés postraumático están especialmente predispuestas a tener depresión concurrente. El trastorno de estrés postraumático es una enfermedad debilitante que puede aparecer como resultado de una experiencia aterradora o muy difícil, tal como un ataque violento, un desastre natural, un accidente, un ataque terrorista, o un combate militar.¹⁴

La depresión hace referencia a una amplia gama de problemas de salud mental caracterizados por la ausencia de afectividad positiva (una pérdida de interés o de la capacidad de disfrutar en actividades que normalmente eran placenteras), bajo estado de ánimo y una serie de síntomas emocionales, cognitivos, físicos

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

y de conducta asociados. Continúa siendo problemático distinguir los grados de humor, desde el estado depresivo clínicamente significativo (por ejemplo, depresión mayor) a aquellos estados depresivos “normales”, pues no existe ningún punto de corte claro entre ellos, por lo que se debería considerar los síntomas de depresión cuando aparecen de manera continua y severa. El embarazo y el parto son momentos críticos en la adaptación psicológica de las mujeres y suelen ir acompañados de trastornos del sueño, cansancio, pérdida de la libido y pensamientos ansiosos sobre el bebé. En este contexto, algunos cambios en el estado mental y el funcionamiento pueden ser considerados como una parte normal del proceso. Sin embargo, estos acontecimientos significativos y estresantes de la vida pueden incrementar el riesgo de un trastorno mental y de una nueva recaída precipitando un trastorno preexistente, en particular en las mujeres con otros factores de riesgo conocidos. Además, las mujeres que están embarazadas o en el puerperio pueden desarrollar o tener los mismos problemas de salud mental que otros adultos.¹⁶

La depresión prenatal es un factor de riesgo para depresión posparto, y muchos casos de depresión detectados en el posparto pueden haber comenzado en el período antenatal. Algunos estudios que utilizan cuestionarios de autoinforme sugieren una asociación entre la depresión prenatal y la depresión durante la adolescencia en los hijos. También se están desarrollando pruebas sobre una asociación entre la depresión prenatal y los malos resultados del comportamiento en los hijos.¹⁶

Episodio depresivo leve

Los síntomas más característicos son: 1. Animo depresivo, 2. Disminución de interés y la capacidad de disfrutar 3. Aumento de la fatigabilidad. Al menos dos de estos tres deben estar presentes para hacer un diagnóstico definitivo, ninguno de los síntomas debe estar presente en un grado intenso. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.¹⁷

Episodio depresivo moderado

Debe estar presente al menos dos de los tres síntomas más típicos descritos para episodio depresivo leve, así como al menos tres (y preferiblemente cuatro) de los demás síntomas. Es probable que varios de los síntomas se presenten en grado intenso, aunque esto no es esencial si son muchos los síntomas presentes. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas. Una persona con episodio depresivo moderado tiene grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica.¹⁷

Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos

Durante un episodio depresivo grave, la enferma tiene suele presentar una considerable angustia o agitación, a menos que la inhibición sea una característica marcada. Es probable que la pérdida de estimación de sí mismo, los sentimientos de inutilidad o de culpa sean importantes, y el riesgo de suicidio es alto en los casos particularmente graves. Se presupone que los síntomas somáticos están presentes casi siempre durante un episodio grave.¹⁷

Identificación de los signos y síntomas de la depresión

Estado de ánimo: este se encuentra bajo, el enfermo puede darse cuenta de esto, aunque es frecuente que los familiares cercanos, lo hayan notado. El paciente es visto como más callado, distante serio aislado o irritable. Esto último puede ser un dato significativo del cambio en el carácter del paciente. Estar poco tolerante y sentir que solo a ella le ocurren todas las cosas malas o es la que las provoca. El estado de ánimo puede variar a lo largo del día. La paciente deprimida nota que hay una parte del día en que se siente más triste. Puede haber llanto, con frecuencia, puede presentarse al recordar experiencias negativas en la vida reciente o remota.¹⁸

Perdida del interés: por situaciones o actividades que antes le producían placer, esta es otra manifestación cardinal de la depresión. La paciente ya no se interesa por las actividades que antes le gustaba realizar.¹⁸

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Sentimientos de culpa: este tipo de síntomas es muy frecuente en la deprimida. Puede pensar que están deprimidos por cosas o situaciones que hicieron o dejaron de hacer en el pasado.¹⁸

Ideación suicida: los enfermos con depresión se suicidan con una alta frecuencia. El médico puede tener miedo de preguntarlo, porque puede "despertar" la ideación suicida. Pero el enfermo ya lo ha pensado y, es más, el desea que se le pregunte, porque desea y necesita que lo ayuden.¹⁸

Insomnio y otros trastornos del sueño: el insomnio es la manifestación de sueño insuficiente o poco reparador. En el caso de los enfermos deprimidos, la forma más típica, es el insomnio de la última parte de la noche, despertar una hora antes de su horario habitual es considerado como despertar matutino prematuro o insomnio terminal.¹⁸

Disminución de energía: la paciente refiere que tiene gran dificultad para moverse, para arreglarse, para iniciar labores mínimas o que requiera de gran esfuerzo, pueden llegar a un tipo de estupor, que dificulta mucho la entrevista clínica con una gran lentitud para responder, o solo lo hacen con movimiento de cabeza.¹⁸

Agitación psicomotriz y ansiedad psíquica. Estos son dos manifestaciones que se pueden presentar en depresión, en donde hay un componente ansioso importante.¹⁸

Malestares físicos: es común que el paciente con depresión presente una serie de malestares poco sistematizados, pero que pueden ser severos: cefalea, dispepsia, boca seca, náusea, suspiros excesivos, sensación de respiraciones que no son suficientes, malestares musculares.¹⁸

Alteraciones gastrointestinales y pérdida de peso: es frecuente que los pacientes con depresión presenten baja en su apetito, con una disminución significativa de su peso corporal.¹⁸

Disminución del deseo sexual: se ha notado una baja en el deseo sexual o anorgasmia en los pacientes deprimidos.¹⁸

Manifestaciones diversas: estas pueden ser de tipo hipocondriaco, estar buscando explicaciones en el funcionamiento de sus diferentes órganos y sistemas. También puede haber datos obsesivos compulsivos.¹⁸

Diagnóstico de depresión perinatal

La evaluación básica de la depresión incluye la historia, el examen del estado mental y el examen físico.¹⁶

- * Tomar una historia detallada de los síntomas que se presentan y determinar la gravedad y la duración del episodio depresivo.¹⁶
- * Establecer una historia de episodios previos, episodios maníacos o hipomaníacos anteriores, abuso de sustancias y otras enfermedades psiquiátricas.¹⁶
- * Buscar la coexistencia de otras condiciones médicas. Comprobar si hay antecedentes familiares de trastornos mentales, depresión y suicidio.¹⁶
- * Establecer los antecedentes personales y los apoyos y recursos disponibles.¹⁶
- * Evaluar el deterioro funcional y determinar los acontecimientos de vida y factores de estrés.¹⁶
- * Hacer un examen del estado mental. Esto incluye evaluación de la gravedad de los síntomas, psicóticos o no.¹⁶
- * Todas las evaluaciones de la depresión deben incluir una evaluación del riesgo de suicidio, de autolesiones y del riesgo de daño a otros.¹⁶
- * Realizar un examen físico para excluir condiciones médicas o quirúrgicas.¹⁶
- * Las pruebas de laboratorio pueden estar indicadas si existe necesidad de descartar condiciones médicas que pueden causar síntomas similares.¹⁶

Tan temprano como sea práctico durante el embarazo de las 6 a 12 semanas después de un parto, todas las mujeres deben ser cuestionadas en torno a sus ámbitos psicosociales, como parte de la atención normal. Si una mujer afirma la

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

presencia de factores psicosociales, se debe preguntar si le gustaría obtener ayuda con cualquiera de estos temas.¹⁶

Herramientas de evaluación para los trastornos depresivos (MOH Clinical Practice Guidelines 6/2011)

1. *Escala de depresión de Hamilton (Hamilton Depression Rating Scale -HAM-D-)* Esta herramienta se utiliza en pacientes ya diagnosticados con depresión y tiene su fuerza en la evaluación y la cartografía de la gravedad de la enfermedad. Su longitud lo hace menos práctico en entornos clínicos. La versión comúnmente utilizada tiene 17 artículos e incluye muchos síntomas somáticos, como disminución del apetito, pérdida de peso, fatiga, ansiedad e insomnio. La HAM-D es gratuita y se puede encontrar y descargar de Internet para su uso.¹⁶

2. *Escala hospitalaria de ansiedad y depresión (Hospital Anxiety and Depression Scale - HADS-)* Esta sencilla escala de percepción abarca a la depresión (siete preguntas) y a la ansiedad (siete preguntas). Ha sido desarrollada para su uso en pacientes de medicina general y no se centra en los síntomas somáticos que son comunes entre los pacientes médicos. La HADS se puede comprar en el sitio Web de los proveedores en: www.gi-assessment.co.uk/.¹⁶

3. *Escala de depresión de Montgomery-Asberg (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale -MADRS-)* Esta es una escala de clasificación clínica de 10 ítems que incluye síntomas somáticos. Se utiliza para medir la gravedad de los episodios depresivos. La MADRS está disponible en Internet y puede ser reproducida por investigadores individuales o por los médicos para su propio uso sin pedir permiso; sin embargo, la escala debe ser copiada en su totalidad y todas las copias deben reconocer las siguientes fuentes: Montgomery SA, Åsberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. Br J Psychiatry 1979;134:382-9.¹⁶

4. *Inventario de depresión de Beck (Beck Depression Inventory -BDI-)* Esta es una escala subjetiva que debe ser completada por el paciente. Tiene ítems que

se centran en la cognición depresiva del paciente. El BDI se puede comprar en el sitio Web del proveedor en www.pearsonassessments.com.¹⁶

5. Cuestionario de salud del paciente (Patient Health Questionnaire-9 -PHQ-9-)

El PHQ-9 es un instrumento breve y útil en la atención primaria. Se puede autoadministrar y se utiliza para la detección y el seguimiento, así como para evaluar el diagnóstico y la gravedad de la depresión. El PHQ-9 es gratuito y se puede encontrar y descargar de la Internet para su uso.¹⁶

Tratamiento

Para el manejo de las pacientes con depresión es importante el asesoramiento general en un estilo de vida saludable. Los consejos deberían abordar:¹⁶

- * Uso de alcohol y drogas¹⁶
- * Dieta y comportamientos alimentarios¹⁶
- * Mantenimiento de las redes sociales y las actividades personalmente significativas¹⁶
- * Problemas de sueño Existen diversas técnicas de manejo de la depresión, a saber: Manejo psicosocial (terapias psicosociales, de soporte, intervenciones de pareja, intervenciones madre-infante, actividad física), terapias farmacológicas (que varían durante el embarazo, el puerperio y la lactancia), terapia electroconvulsiva (TEC) y terapias complementarias y alternativas.¹⁶

El manejo farmacológico en el embarazo

Los siguientes medicamentos están contraindicados en el primer trimestre del embarazo: paroxetina, benzodiazepinas, litio, carbamazepina y ácido valproico en vista de la asociación con daños para el feto y el recién nacido, la paroxetina generalmente no debe iniciarse como terapia de primera línea en el embarazo. Para las mujeres que ya toman paroxetina debe llevarse a cabo una evaluación de los riesgos y beneficios individuales antes de que se tome una decisión para continuar el uso o cambiar a otro antidepresivo.¹⁶

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Iniciar con opciones terapéuticas no farmacológicas (intervenciones ambientales y psicoterapia).¹⁶

Evitar en lo posible el uso de antidepresivos durante las primeras 12 semanas de gestación ñ Indicar ISRS (excepto la paroxetina), cuando sea necesario incluir farmacoterapia en el tratamiento de la depresión durante el embarazo y lactancia Es preferible el uso de un solo medicamento en una dosis más alta, que el uso de múltiples medicamentos para el tratamiento de las enfermedades psiquiátricas durante el embarazo. Cuando se decida interrumpir los antidepresivos, éstos deben disminuirse gradualmente en vez de hacerlo repentinamente, para reducir los efectos secundarios de la interrupción.¹⁶

Embarazo

El embarazo es el estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto y el nacimiento del producto a término.¹⁹

La mujer embarazada sufre profundos cambios anatómicos y fisiológicos en casi todos los sistemas de órganos. Estas adaptaciones al estado de gestación comienzan justo después de la concepción y evolucionan a través del parto, después de lo cual regresan casi completamente al estado no gestante en un período de semanas. El propósito de estas alteraciones es acomodar las necesidades de la unidad materno-fetal.²⁰

La Norma Oficial Mexicana define al embarazo normal como el estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto y el nacimiento del producto a término. Así mismo a el embarazo de alto riesgo como aquel en el que se tiene la certeza o la probabilidad de estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto, que aumentan los peligros para la salud de la madre o del producto, o bien, cuando la madre procede de un medio socioeconómico precario.^{15,21}

JUSTIFICACIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) recomiendan mejorar la salud materno-infantil, lo que incluye reducir los factores asociados con la depresión y sintomatología depresiva materna, así como promover intervenciones de bajo costo para mejorar la salud mental materna. Como todas las enfermedades la depresión es prevenible, detectable y tratable, y en su tratamiento es posible minimizar sus efectos negativos a corto y largo plazo. La depresión es la principal amenaza a la salud mental de las mujeres en edad reproductiva y tiene una contribución importante en la carga de morbilidad sobre todo en contextos de vulnerabilidad socioeconómica y marginación.

Se planea la realización de este estudio para identificar el nivel de depresión en embarazadas y sirva posteriormente para proponer una terapia y diagnóstico a tiempo y así prevenir otras patologías psiquiátricas como depresión postparto y suicidio.

Por las características socioeconómicas y culturales de su población se escogió la UMF 9 para la realización del estudio ya que se encuentra en el área oriente de Aguascalientes la cual cuenta según el censo de población y vivienda del INEGI con las áreas de mayor pobreza y conflictos sociales.

La depresión de la embarazada puede traducirse en cambios conductuales como el abandono de los controles prenatales parte más importante de la atención médica en el embarazo la cual implica no solo revisión de la paciente y el producto sino también medidas preventivas como aplicación de vacunas, consejería de lactancia materna, etc, el deterioro del autocuidado que requiere la gravidez, la mala adherencia a las indicaciones médicas y el abuso de tabaco, alcohol y drogas, todo lo cual puede afectar el desenlace obstétrico. El suicidio, o los intentos de suicidio, son infrecuentes en las gestantes deprimidas. Por otra parte, algunos síntomas propios de la depresión, como la inapetencia, pueden alterar algunos aspectos del embarazo, tales como el aumento de peso, y así contribuir a resultados adversos.

El programa específico de salud materna y perinatal 2013-2018 en su guía para el cuidado prenatal señala que en la primera visita dentro de las semanas 6 y 8 de gestación, en la semana 28 que corresponde a las 5ta visita se debe realizar maniobras para la detección de depresión entre otras.

Ya que la depresión no es como tal un problema de mortalidad materna si lo es para el bienestar materno-fetal, ya que como se ha expuesto en puntos anteriores nos afecta en el proceso de la gestación, el nacimiento y posteriormente en la niñez del producto. Dado que el embarazo y los niños menores de 5 años están dentro de las directrices de los programas prioritarios en el panorama de salud de nuestro País es fundamental darles la atención correcta para realizar un diagnóstico oportuno y dar un tratamiento eficaz, así poder limitar daños al binomio materno-fetal y materno-infantil.

PLANTAMIENTO DEL PROBLEMA

Características socioeconómicas y culturales de la población en estudio Población adscrita a la UMF 9

La población adscrita a la Unidad de Medicina Familiar No. 9 del Instituto Mexicano del Seguro Social es de 93,584, de los cuales 86, 317 son adscritos a Medicina Familiar (Acceso a Derechohabientes, 2016); mismos que se distribuyen en 28 consultorios, organizados de forma equitativa en dos turnos, matutino y vespertino 42,951 y 43,366 derechohabientes respectivamente.²²

De los 43,366 derechohabientes que corresponden al turno vespertino 17,621 son trabajadores asegurados, 10,990 son beneficiarios y 14,755 son menores.²²

De acuerdo con la pirámide poblacional de la Unidad de Medicina Familiar No. 9, se observa que los grupos etarios con mayor volumen corresponden al grupo de 10-14 podemos observar que el grupo de edad con mayor población es el de 10 a 14 años con predominio en mujeres y de 20 a 24 años con predominio

en los hombres. Se observa además un menor volumen en los extremos de la vida.²²

Población total de embarazadas en la UMF 9

De diciembre 2016 a diciembre de 2017 el total de reporte de consultas por embarazo fueron un total de 735 de los cuales 191 1era vez y 544 subsecuentes. La mayoría se encuentran en el grupo de edad de 20-29 años con total de 464.²²

Panorama del estado de salud

Según la encuesta intercensal del INEGI (2015) En 2010, la población del Estado de México alcanzó casi 15.18 millones de habitantes, de los cuales poco más de la mitad era mujer (51.3%). A pesar de que el volumen actual de la población estatal representa 54.6 por ciento más del observado en 1990 (9.82 millones), la velocidad a la que crece disminuye lentamente. Un aspecto de suma relevancia para el análisis de la fecundidad y la salud reproductiva es el comportamiento demográfico de la población femenina, en particular de aquella en edades fértiles, convencionalmente consideradas entre los 15 y 49 años. Los cambios en el volumen y estructura por edad de esta población pueden afectar y ser afectados por transformaciones en la nupcialidad, la prevalencia del uso de métodos anticonceptivos, y el número y espaciamiento entre los hijos, entre otros.²³

Así, en 2010, en el Estado de México hay poco más de 4.34 millones de mujeres en edad fértil (MEF), que representan al 55.8 por ciento de la población femenina total. En 1990 eran 2.63 millones, 52.7 por ciento del total de mujeres. Es decir, en los últimos 20 años la población femenina en edades fértiles creció 65.3 por ciento, aunque su volumen se incrementa a velocidades cada vez menores, como ocurre en el conjunto de la población. Entre 1990 y 2000 el grupo de las MEF ascendió a una tasa de 3.6 por cada cien, mientras que en la última década lo hizo a razón de 1.5 por cada cien.²⁴

De acuerdo con el conteo de población del 2015 (INEGI) y las últimas proyecciones del CONAPO; en Aguascalientes para 2017 hubo 656 mil 60

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

hombres y 690 mil 271 mujeres, lo que confirma que el índice de masculinidad seguirá siendo bajo, de 105 mujeres por cada cien varones.²⁵

A nivel mundial se estima que la prevalencia de la depresión postnatal es del 13% en países con ingresos altos, mientras que en países con ingresos bajos y medios es del 20%, en los que se calcula que las mujeres embarazadas o con hijos son tres veces más susceptibles de presentar depresión que en otra etapa de su vida. No obstante, en este último grupo de países las tasas de detección y atención en los servicios de salud son bajas, como lo reconoce la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde 2009 debido principalmente a la falta de estudios y a la disparidad en los protocolos de levantamiento de datos, por lo que el conocimiento del comportamiento de la depresión en los países de ingresos medios y bajos no es completo. Sin embargo, en los últimos años se han llevado a cabo investigaciones encaminadas a resolver este vacío y a brindar recomendaciones para hacerle frente a este padecimiento.²⁶

En México se estima que para el 2020 será la segunda causa de discapacidad. 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.³

A nivel estado e institucional no se encontró información, detalla ni que haga mención de tal diagnóstico.

Panorama de los sistemas de salud

Para la OMS en los países de altos ingresos, 1 de cada 10 mujeres desarrolla depresión perinatal mientras que en 1 de cada 5 mujeres en los países en desarrollo. La depresión es una enfermedad que se caracteriza por una tristeza persistente y por la pérdida de interés en las actividades con las que normalmente se disfruta, así como por la incapacidad para llevar a cabo las actividades cotidianas, durante al menos dos semanas.¹¹

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

El artículo 4o., de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece los derechos humanos de toda persona a la salud y a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos. La Ley General de Salud en su artículo 3o., fracción IV, define la atención materno-infantil como materia de salubridad general, y el artículo 61, del mismo ordenamiento jurídico, reconoce su carácter prioritario mediante acciones específicas para la atención de la mujer durante su embarazo, parto y puerperio, así como de la persona recién nacida y etapas posteriores, vigilando su crecimiento y desarrollo.²⁷

La salud materno-infantil constituye un objetivo básico de los pueblos porque en ella descansa la reproducción biológica y social del ser humano; es condición esencial del bienestar de las familias, y constituye un elemento clave para reducir las desigualdades y la pobreza. Por ello se busca contribuir al cumplimiento de dos de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio que el Gobierno de México hizo suyos, junto con 189 países más, al adoptar la Declaración del Milenio en el año 2000, hasta el 2015 la atención materna y perinatal basada en el objetivo 4, que corresponde a disminuir la mortalidad de los niños menores de cinco años, en dos terceras partes entre 1990 y 2015, y el 5 que es "Mejorar la Salud Materna", con el 5.A, que se refiere a reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes entre 1990 y 2015, y lograr la cobertura universal de asistencia al parto, actualmente orientamos las acciones a la nueva Estrategia Mundial para la salud de la Mujer, la Niñez y la adolescencia 2016-2030, que tiene como objetivo lograr el más alto nivel de salud para todas la mujeres, los niños y adolescentes transformar el futuro y garantizar que cada recién nacido, la madre y el niño no sólo sobreviva, sino que prospere. La estrategia se basa en el éxito de la estrategia 2010, lo que ayudó a acelerar el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud.²⁷

El Programa Sectorial de Salud 2013-2018, en concordancia con el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, establece seis objetivos asociados a las Metas Nacionales: México en Paz, México Incluyente, México con Educación de Calidad, México Próspero y México con Responsabilidad Global y a las tres

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

estrategias transversales: Democratizar la Productividad, Gobierno Cercano y Moderno, así como Perspectiva de Género.²⁷

Estos seis objetivos se refieren a: 1. Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades; 2. Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad; 3. Reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida; 4. Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país; 5. Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud, y 6. Avanzar en la construcción del Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud.²⁷

El Plan Sectorial de Salud 2013-2018, destaca los logros sustantivos en diversos indicadores, como el aumento en la esperanza de vida y la disminución de la mortalidad infantil en el país. Sin embargo, queda pendiente avanzar en algunos indicadores clave de salud. Por ejemplo, la mortalidad materna que se redujo a menos de la mitad entre 1990 y 2011 (al pasar de 89 a 43 defunciones de mujeres por cada 100,000 nacidos vivos). No obstante, este indicador se encuentra lejos de alcanzar la meta de 22 defunciones propuesta para 2015, como parte de los Objetivos de Desarrollo del Milenio que fueron pactados con los países miembros de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), para alcanzar una mejor calidad de vida de la población, razón por la cual el Plan Sectorial de Salud 2013-2018, contempla estrategias y líneas de acción específicas para atender esta situación prioritaria.²⁷

La Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. Publicada en el diario oficial de la federación el 07 de abril de 2016 refiere en su apartado 5.2.1.8 Identificar datos de depresión o cualquier otro trastorno en relación con la salud mental durante el embarazo, parto y puerperio.²¹

En la consulta prenatal efectiva y periódica, los prestadores de servicios de salud deben brindar a la embarazada, información clara, veraz y basada en evidencia científica, sobre diferentes aspectos de salud en el embarazo, con el fin de que conozca sobre los factores de riesgo, estilos de vida saludable,

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

aspectos nutricionales que la mejoren, lactancia materna exclusiva y planificación familiar. Resaltar la atención ante posibles complicaciones que pueden poner en riesgo su vida y la de la persona recién nacida y que debe estar alerta ante los primeros signos y síntomas para buscar atención médica inmediata. La consulta prenatal debe ofrecer la oportunidad de aclarar dudas a la embarazada, especialmente para aquéllas que cursan su primer embarazo; durante todo el embarazo se deben efectuar acciones para prevenir o detectar la presencia de enfermedades preexistentes o subclínicas, diabetes gestacional, infecciones de vías urinarias, infecciones periodontales y preeclampsia; además de promover el autocuidado y la preparación para el nacimiento, quedando registrado en el expediente clínico.²¹

La Guía de práctica clínica del IMSS-028-08 del control prenatal con enfoque de riesgo Evidencia y recomendaciones refiere que se ha encontrado asociación entre depresión prenatal y depresión postparto.²⁸

La Guía de Práctica Clínica IMSS-028-08 de evidencias y recomendaciones del control prenatal con atención centrada en la paciente en su última actualización en 2017 refiere en evidencia que en un meta-análisis que evaluó el desarrollo de la depresión en el embarazo, encontró los siguientes factores de riesgo para su presentación: ansiedad materna: alta asociación, acontecimientos vitales estresantes: alta asociación, antecedentes personales de depresión: alta asociación; falta de apoyo social, especialmente la de la pareja: asociación media; violencia domestica: mediana asociación; embarazo no deseado: baja asociación; relación de pareja: asociación media entre el no vivir con pareja.¹⁹

Como evidencia refiere que la depresión prenatal es un factor de riesgo para la depresión posparto y muchos de los casos detectados en el puerperio, en realidad comienza en la gestación. Recomienda identificar a madres en riesgo de depresión postparto, es recomendable también fomentar en la pareja de la persona embarazada su participación y que otorga apoyo emocional durante la gestación, ya que contribuye a que la mujer se adapte satisfactoriamente al embarazo y se asocia con una experiencia más positiva.¹⁹

Organización estatal de Instituto Mexicano del Seguro Social

El IMSS constituye uno de los pilares fundamentales del desarrollo biopsicosocial de la población mexicana, donde el primer nivel de atención se lleva a cabo en las unidades de medicina familiar (UMF), en las cuales el médico familiar es la piedra angular de la atención al derechohabiente. En cuanto a atención primaria a la salud, el estado de Aguascalientes cuenta con un total de 6 Unidades de Medicina Familiar urbanas (UMF 1, UMF7, UMF 8, UMF 9, UMF 10 y UMF 11), que brindan atención a 186.8 derechohabientes por cada médico familiar, donde se resuelven el 80% de los problemas de salud. En dicha Delegación se brindaron 1'477,681 consultas de medicina familiar en 2015, correspondientes a 2,133 consultas de medicina familiar por cada 1000 derechohabientes adscritos a consultorio (Médico Familiar).²²

La población adscrita a la Unidad de Medicina Familiar No. 9 del Instituto Mexicano del Seguro Social es de 93,584, de los cuales 86, 317 son adscritos a Medicina Familiar (Acceso a Derechohabientes, 2016); mismos que se distribuyen en 28 consultorios, organizados de forma equitativa en dos turnos, matutino y vespertino 42,951 y 43,366 derechohabientes respectivamente.²²

De los 43,366 derechohabientes que corresponden al turno vespertino 17,621 son trabajadores asegurados, 10,990 son beneficiarios y 14,755 son menores.²²

Naturaleza del problema

La depresión perinatal ha sido muy estudiada, a nivel nacional contamos con los estudios realizados en México sin embargo por la naturaleza del padecimiento no se han visto estadísticas significativas, además por el tipo de sintomatologías muchos autores correlacionan los síntomas de depresión con los propios de embarazos.²⁶

El médico familiar juega un papel muy importante llevando el control prenatal, en donde debe realizar acciones para identificar entre otras patologías la depresión oportunamente. El embarazo se considera una crisis maduracional ya que pone en juego la estabilidad emocional de la mujer y su capacidad para

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

adaptarse a tales demandas, además de que reviven conflictos de fases psicológicas previas al embarazo. La depresión es una condición frecuente en el embarazo, por lo menos tan frecuente como en las mujeres que no están embarazadas y sin tratamiento es factor de riesgo para depresión posparto en 50 a 65% de ellas.²⁶

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.²⁶

Se reconoce que la depresión posparto tiene un efecto negativo impacto en el desarrollo infantil y las interacciones madre-hijo. Por ejemplo, un metaanálisis reciente de Goodman et al. Demostraron una asociación pequeña pero significativa entre la depresión materna y una variedad de problemas infantiles incluyendo psicopatología internalizante y externalizante y emocionalidad negativa y positiva. Un metaanálisis por Beck también demostró un efecto pequeño y significativo de la depresión posparto en los niños cognitivos y emocionales desarrollo. Algunas investigaciones han sugerido que la depresión materna crónica y / o recurrente puede ser más perjudicial que la depresión que ocurre solo en el período posparto.²⁹

Es necesario que los formuladores de políticas apoyen acciones que prioricen la atención de las mujeres con depresión fijando pautas de práctica clínica dirigidas específicamente a los problemas de la salud mental materna. Existe evidencia de que los beneficios de identificar y atender un caso de depresión son mayores a los gastos asociados y que la detección, diagnóstico y tratamiento de la depresión materna mejoran la salud de las mujeres y de sus hijos a corto y largo plazo.⁹

Como observamos en los antecedentes a nivel internacional se estima según El American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) (2013, 2015) que la depresión perinatal afecta a una de cada siete mujeres, en los artículos encontrados a nivel nación según nuestros antecedentes encontramos una discrepancia según resultados vemos prevalencias desde 67% máximo y 6.4% mínimo. Aguascalientes tiene un lugar no muy privilegiado en cuanto a salud mental ya que a nivel nacional es uno de los principales estados con suicidios por lo que es fundamental detectar pacientes con depresión o riesgo, como hemos mencionado anteriormente la depresión materna puede ser factor de riesgo para depresión en el menor así como otros trastornos mentales, además de que un diagnóstico oportuno y tratamiento eficaz nos ayudaría a llevar un mejor control prenatal y por lo tanto evitar posibles complicaciones derivadas del embarazo, y llevar una mejor conclusión del embarazo y puerperio, ya que como vimos en la definición la depresión perinatal no solo es en el embarazo sino que para fines de investigación se toma también las primeras 4 a 5 semanas postparto. Y recordar que como médicos familiares nuestro fin es dar un enfoque holístico a los pacientes y no solo encargarnos del bienestar físico sino también mental.²⁹

Distribución del problema

En el mundo actual, México no es la excepción, las enfermedades mentales ocupan los primeros lugares en la carga de enfermedad, son responsables de 7.5% de la carga global, lo que representa 15 millones de días perdidos por mortalidad prematura o por discapacidad; ocupan en el mundo el lugar 11 de 88 condiciones analizadas, con un avance de cuatro lugares si se le compara con el lugar 15 que ocupaban en 1990, en la región de América Latina Central, en donde México ocupa el quinto lugar. Se ha observado que, a nivel mundial, la depresión es la principal causa de años de vida vividos con discapacidad y ocupa el cuarto lugar de años de vida ajustados por discapacidad, medida que considera la mortalidad prematura.¹⁵

La depresión perinatal ha recibido atención considerable durante las últimas tres décadas, en particular en países de altos ingresos. En México, apenas

comienza a estudiarse y los resultados aún no se ven reflejados en una mayor conciencia de los profesionales de la salud ni de la población ni en políticas públicas que atiendan la salud mental materna. Entre los factores más frecuentemente relacionados con la depresión en el embarazo, se encuentra tener historia de depresión y/o de pensamientos suicidas alguna vez en la vida, así como tener antecedentes de abortos, ser multípara, soltera, con escaso apoyo social y no haber planeado o deseado el embarazo.^{3,9} Factores de riesgo muy similares –como historia de depresión e ideación suicida, ser multípara, no haber deseado el embarazo y no contar con apoyo– también se han identificado en madres mexicanas, así como vivir en unión libre versus estar casada.¹⁵

Gravedad del problema

Estudios internacionales indican que la sintomatología depresiva afecta negativamente las vidas de las mujeres, sus hijos y sus familias. Las mujeres deprimidas presentan dificultades laborales relacionadas con conseguir y mantener un empleo, prevalencias más elevadas de enfermedad cardiovascular, derrame cerebral y diabetes tipo 2. La sintomatología depresiva, que incluye tristeza, miedo, ansiedad, hipersomnolia o insomnio, hace que las madres deprimidas tengan poca energía para cuidar de sí mismas y para atender y cuidar a un bebé o a un hijo pequeño. En mujeres mexicanas la depresión se ha asociado con la falta de autoeficacia materna y con un aumento en las atribuciones negativas hacia el comportamiento del bebé, lo que compromete la capacidad de la madre para interpretar y responder adecuadamente a las necesidades del bebé.⁹

Lara y Cols en (2009) realizó un estudio llamado Ideación y comportamiento suicida en embarazadas con el objetivo de investigar la ocurrencia de ideación y comportamiento suicida en embarazadas que acuden a atención prenatal y analizar los motivos de las conductas, mencionando que hay pocos estudios que evalúen prevalencia del fenómeno suicida en el embarazo, entrevistado a 120 embarazadas que acudieron a control prenatal utilizó un cuestionario estructurado con indicadores de ideación y comportamiento suicida ¿ha

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

pensado mucho en la muerte, ya sea en la suya, en la alguien más o en la muerte en general?, ¿ha deseado morir?, ¿ha estado a punto de quitarse la vida? y ¿alguna vez, a propósito, se ha herido, cortado, intoxicado o hecho daño con el fin de quitarse la vida?, en su estudio llama la atención la persistencia de pensar mucho en la muerte con un 37.6%, en cuanto a intención suicida 2.6% de las embarazadas lo presentaron , y el intento suicida se presentó en 0.9% de las embarazadas. En suma, tratan de mostrar que la ideación y el comportamiento suicida acontecen aun que, con menor frecuencia, en el embarazo. Los motivos expresados para ello son muy diversos, pero ciertamente los conflictos con la pareja son los que llevan a respuestas más extremas.³⁰

Las entidades federativas que tuvieron mayores tasas de suicidio, por cada 100 000 habitantes, fueron Chihuahua (11.4), Aguascalientes (9.9), Campeche (9.1) y Quintana Roo (9.1).³⁰

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera el suicidio como un problema grave de salud pública, cada año, a nivel mundial, aproximadamente 800 000 personas se quitan la vida. Para el año 2015 se colocó al suicidio como la segunda causa de defunción en el grupo de 15 a 29 años. Dentro de las causas que lo provocan, se indican diversos factores biológicos, psicológicos, sociales, ambientales y culturales. Entre ellos, destacan “las enfermedades mentales, principalmente la depresión y los trastornos por consumo de alcohol, el abuso de sustancias, la violencia, las sensaciones de pérdida y diversos entornos culturales y sociales.”³¹

Factores más importantes que pueden influir en el problema

El estado de ánimo es uno de los factores que determinan cómo se relacionan las personas con la familia, los compañeros de trabajo y los amigos, la etapa del embarazo corresponde a un cambio vital trascendente para la vida de la mujer y de su grupo familiar, en la cual se produce un alto estrés que pone en juego las capacidades de adaptación individual y grupal.²

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que, para 2020, la depresión será la primera causa de incapacidad laboral y tercera causa de morbilidad, y se estima que actualmente hay 340 millones de personas con depresión. Las mujeres son más propensas a presentar depresión en cualquier periodo de su vida, en una proporción 2:1 con los hombres, siendo una de las principales causas de enfermedad en mujeres de 15-44 años en todo el mundo.²

Cuando la afección mental se encuentra en el contexto del embarazo o durante el postparto, se tiene una afección, tanto en la madre como en producto. Merece destacar que las intervenciones adecuadas a mujeres que sufren de problemas como la depresión en periodos críticos como el embarazo o el posparto siempre favorecen la salud del recién nacido y la protección del vínculo madre-hijo.³²

El número de mujeres que sufren de depresión grave y distimia es el doble que el de los hombres, debido a las diferencias biológicas entre ambos, los cambios hormonales tales como secreción de estrógenos y progesterona parecen tener un efecto importante en el estado de ánimo de las mujeres.⁵

En la mujer, las etapas del desarrollo y en específico la reproducción, influyen notablemente sobre su rol, biología y status social. Son múltiples las circunstancias que rodean los eventos reproductivos y las reacciones que la mujer puede presentar durante el embarazo. La gestante puede ser más difícil de manejar si presenta alteraciones emocionales, más aún, si el médico desconoce cómo enfrentarlas: tal es el caso de la ansiedad y la depresión.³³

Los proveedores de salud y los pacientes pueden tener dificultades para reconocer la depresión durante el embarazo, debido a que sus síntomas, tales como cansancio, problemas para dormir, cambios emocionales y aumento de peso, pueden confundirse con el propio embarazo.²

El Comité Latinoamericano de Perinatología plantea la importancia de los cuidados preconceptionales enfocados en el asesoramiento a las futuras madres e identificación de los factores de riesgo del proceso reproductivo, con el objetivo de reducirlos a través del control prenatal, sin embargo, en muchas

comunidades, más de la mitad de los embarazos no son programados y estas mujeres no pueden acceder a una orientación preconcepcional adecuada que les permita afrontar el embarazo en las mejores condiciones.²⁹

Tipo de información que se deseó obtener

El presente estudio pretendió buscar presencia de depresión en mujeres embarazadas de bajo riesgo con el fin de detectar a tiempo factores de riesgo y proponer que se realice ordinariamente un instrumento para la detección de enfermedades de este tipo. Como toda enfermedad las enfermedades mentales merecen un diagnóstico oportuno y tratamiento eficaz. En nuestra población, no se cuenta con estudios similares y debido a la controversia existente en los antecedentes, se planteó la siguiente pregunta.

PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuál es el nivel de depresión en embarazadas adscritas a la UMF no 9 del IMSS Delegación Aguascalientes?

OBJETIVOS

Objetivo general

Identificar el nivel de depresión en embarazadas adscritas a la UMF no. 9 del IMSS delegación Aguascalientes

Objetivos específicos

1. Caracterizar a las pacientes embarazadas (edad, escolaridad, estado civil, ocupación, horario de trabajo, turno de trabajo, hijos previos, edad de hijos menores, semanas de gestación de embarazo actual, antecedentes de abortos y uso de método de planificación familiar)
2. Medir factores cognitivo-afectivos de depresión en embarazadas adscritas a la UMF no. 9 del IMSS delegación Aguascalientes

3. Medir factores somáticos de depresión en embarazadas adscritas a la UMF no. 9 delegación Aguascalientes

HIPOTESIS

Hipótesis Verdadera

Las embarazadas de la UMF no. 9 del IMSS presentan depresión en un nivel severo

Hipótesis nula

Las embarazadas de la UMF no. 9 del IMSS presentan depresión en un nivel mínimo

MATERIALES Y METODO

1. Tipo de estudio.

Observacional descriptivo de tipo transversal simple

2. Universo de estudio

Pacientes embarazadas de la UMF 9

3. Muestra

Muestreo aleatorio simple

4. Tamaño de la muestra *se realizará por medio de la fórmula para muestreo aleatorio simple Tamaño de la muestra 274*

En donde:

Error = 5% = 0.5

Confiabilidad = 95%

P=0.5

N= población 735

n= tamaño de la muestra

q= (1-0.5) = 0.5

$$n_0 = \frac{z^2 \times Pq}{e^2}$$

$$n_0 = \frac{(196)^2(0.5 \times 0.5)}{(0.05)^2} = \frac{3.84 \times 0.25}{0.0025} = \frac{0.96}{0.0025} = 436$$

$$n1 = \frac{n_0}{1 + \frac{(n_0 - 1)}{N}} = \frac{436}{1 + \frac{436 - 1}{735}} = \frac{436}{1 + \frac{435}{735}} = \frac{436}{1 + 0.591} = \frac{436}{1.591} = 274$$

Criterios de inclusión

Paciente embarazada de cualquier edad gestacional

Pacientes embarazadas de cualquier edad

Ser adscrita a la UMF no 9

Aceptar participar en el estudio

Criterios de no inclusión

Contar con embarazo de alto riesgo

No aceptar participar en el estudio

Criterios de exclusión

Todas aquellas encuestas que no estén contestadas o que respondan menos del 80%

Plan de recolección de la información

Se acudirá a la sesión mensual de la UMF no. 9 que trabajo social tiene con las embarazadas y se explicara el fin del estudio, y sus implicaciones. A quien acepte participar previo consentimiento informado en físico se aplicará el

instrumento auto aplicable y el cuestionario de características sociodemográficas.

Validez de instrumento

El Inventario de Depresión de Beck ([BDI]; Beck, Steer, & Brown, 1996) ha sido ampliamente utilizado, tanto en investigación psicológica como en evaluación clínica de la intensidad de los síntomas depresivos, siendo replicado y adaptado a numerosas lenguas y culturas (Beck, Steer, & Brown, 1996; Byrne, Stewart, & Lee, 2004; Canel-Çinarbas, Cui, & Lauridsen, 2011; Campos & Gonçalves, 2012; Dozois, Dobson, & Ahnberg, 1998; Jakšić, Ivezić, Jokić-Begić, Surányi, & Stojanović-Špehar, 2013; Kojima et al., 2002; Song, Lee, Kim, & Lee, 2012; Steer & Clark, 1997; Whisman, Perez, & Ramel, 2000). A diferencia de otros instrumentos, el BDI ha sido revisado en tres ocasiones para adaptarlo a los sucesivos cambios introducidos en el diagnóstico del trastorno depresivo mayor. Las revisiones del DSM-III y del DSM-IV (American Psychiatric Association [APA], 1987, 1994) llevaron a Beck y sus colegas a realizar cambios en los contenidos de la primera versión (BDI-I) para adaptarlo a los nuevos criterios diagnósticos. La primera revisión dio lugar al BDI-IA (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979; Beck & Steer, 1993; Beck, Steer, Ball, & Ranieri, 1996). Esta segunda versión revisada en 1978 (BDI-IA) fue una de las más utilizadas, tanto en pacientes psiquiátricos como en población general (Archer, Maruish, Imhof, & Piotrowski, 1991; Piotrowski & Keller, 1992; Piotrowski, Sherry, & Keller, 1985).³⁴

La valoración de los ítems se realiza a partir del estado de ánimo de los últimos 15 días, incluyendo el día en que se responde. El rango de edad de su aplicación es de 13 a 65 años. La puntuación total en la escala oscila entre 0 (puntuación mínima) y 63 (puntuación máxima). La escala evalúa una dimensión general integrada por todos los ítems y contiene dos dimensiones altamente correlacionadas: (a) dimensión cognitivo-afectiva de 12 ítems (1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13 y 17) y (b) dimensión somático motivacional de 7 ítems (4, 12, 15, 16, 18, 20 y 21).³⁴

Los valores de la puntuación total en la escala (factor general) oscilaron en la población mexicana entre 0 y 52 puntos, con media igual a 9.18 (9.3 para estudiantes y 9.1 para población general) y desviación típica igual a 8.29 (7.8 para estudiantes y 8.7 para población general). Conforme a lo esperado en muestras no clínicas, la distribución resultó leptocúrtica ($K = +4.08$) indicando mayor concentración de puntuaciones en un rango de valores más restringido y asimétrica positiva ($As = +1.739$), indicando frecuencias altas en los valores bajos del rango de respuesta. Descriptivos y homogeneidad de los ítems Siguiendo las recomendaciones sobre el uso del BDI-II en investigación, se ofrecen datos sobre las propiedades de los ítems. Las puntuaciones medias oscilaron entre 0.17 (ítem 9: pensamientos de suicidio) y 0.85 (ítem 16: cambios en el sueño). El carácter no clínico de las muestras afecta, como era de esperar, a la simetría y curtosis de la práctica totalidad de los ítems. Se obtiene asimetría positiva y leptocurtosis para la mayoría de los ítems, ya que la sintomatología depresiva se concentra en valores mínimos o leves (asimetría positiva) con poca variabilidad y apuntamiento de las distribuciones (leptocurtosis). Todos los ítems mostraron buenos índices de homogeneidad corregida, por lo que su discriminación puede considerarse satisfactoria.³⁴

Consistencia interna

La consistencia interna en la muestra total mexicana resultó satisfactoria, tanto para el factor general ($\alpha = 0.9$), como para cada uno de los factores: 0.85 en la dimensión cognitivo-afectiva y 0.78 en la dimensión somático-motivacional. Los índices obtenidos, diferenciando población de estudiantes y población general, resultaron satisfactorios.³⁴

	Media	Desviación estándar	Asimetría	Curtosis	Homogen, corregida
1. Triste	0.38	0.723	1.762	2.036	0.592
2. Pesimista	0.29	0.63	2.514	6.522	0.506
3. Fracaso	0.24	0.528	2.326	5.567	0.545
4. Perdida de placer	0.42	0.639	1.393	1.37	0.553
5. Culpa	0.44	0.592	1.33	2.552	0.539

6. Castigo	0.36	0.723	2.387	5.563	0.448
7. Insatisfecho	0.37	0.712	2.016	3.538	0.574
8. Autocritica	0.66	0.784	1.067	0.627	0.555
9. Pensamiento de suicidio	0.17	0.433	2.881	9.944	0.485
10. Llanto	0.49	0.879	1.788	2.156	0.549
11. Agitación	0.46	0.737	1.828	3.281	0.473
12. Perdida de interés	0.4	0.634	1.74	3.388	0.564
13. Indecisión	0.39	0.714	2.088	4.245	0.517
14. Inutilidad	0.26	0.584	2.367	5.182	0.54
15. Débil, flojo	0.55	0.642	0.906	0.4	0.561
16. Cambios en el sueño	0.85	0.763	0.793	0.57	0.433
17. Irritabilidad	0.37	0.629	1.921	4.215	0.569
18. Cambios en apetito	0.65	0.781	1.257	1.411	0.501
19. Dificultad concentración	0.64	0.748	0.949	0.23	0.578
20. Cansancio o fatiga	0.54	0.691	1.218	1.365	0.578
21. Perdida de interés sexo	0.25	0.6	2.653	6.953	0.393

Tabla 1. Descriptivos e índice de homogeneidad de los ítems en población mexicana³⁴

LOGÍSTICA

Contando con la previa autorización del comité local de investigación y ética en investigación en salud, se solicitó autorización a la dirección de la UMF 9 para la realización del trabajo de campo del presente estudio. Se realizo convenio con el departamento de trabajo social quienes mensualmente realizan una sesión para embarazadas en ambos turnos con una asistencia hasta el momento reportada de aproximadamente 50 paciente por turno. Se presento el objetivo del estudio a las mismas por parte del tesista, y el objetivo de la realización del mismo. Se solicito la firma de la carta de consentimiento informado y se procederá a la aplicación del instrumento de Beck en dicha reunión. Todas a la vez, para poder resolver dudas. Posteriormente los datos

serán vaciados en una base de Excel y trabajados con el apoyo del programa SPSS V.22.

Plan de análisis

Se realizo a través de estadística descriptiva medidas de frecuencia absoluta y relativa, así como media, como medida de tendencia central y desviación estándar como medida de dispersión.

ASPECTOS ÉTICOS

De acuerdo con la naturaleza del estudio y considerando las variables a determinar, en este caso la determinación de depresión, el estudio será rigurosamente confidencial y apegado a los principios morales propios de cada paciente, así como de ética y profesionalismo médico.

La solicitud de consentimiento informado, así como la aplicación del instrumento de investigación se realizará de manera personal, y privada siempre considerando la integridad física, psicología y moral cada paciente.

De acuerdo a los lineamientos de la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos en materia de Investigación para la Salud, vigente en nuestro país, el presente trabajo se pretende realizar conforme al título segundo capítulo 1, artículo 17, categoría "I" que dice: "Investigación si riesgo son estudios que emplean técnica y métodos de investigación documental y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas, y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se pueden considerar: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos, y otros en los que no se identifique no se traten aspectos sensitivos de su conducta, lo cual no provoca ningún daño. Así mismo la investigación no viola ninguna recomendación, y esta participan seres humanos contenida en la declaración de Helsinki, enmendada en la 41° Asamblea Mundial en Hong Kong en

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

septiembre de 1989 y Edimburgo, Escocia, octubre 2000 y la Nota de clasificación del párrafo 29, agregada a la Asamblea General de la AMM, Washington 2002.

El proyecto se apegó a lo dispuesto en la Ley Federal de Salud en materia de investigación para la salud. El criterio que prevalecerá será el que respecta a la Dignidad y Protección de los derechos y el bienestar de los participantes, se evitará hacer juicios o comentarios acerca de las respuestas vertidas en los cuestionarios y asegurará la confiabilidad de dichos artículos (artículo 13). La participación será voluntaria como antes se mencionó con previa firma de consentimiento informado y se protegerán los principios de individualidad y anonimato de los sujetos de investigación (artículo 14, fracción V). Esta investigación se considera sin riesgo para el sujeto de estudio ya que no habrá procedimientos invasivos (artículo 17, fracción 11)

En los casos donde se encuentren según el instrumento algún grado de depresión se orientará al paciente a la paciente y se sugerirá la atención oportuna e inmediata mediante el servicio de medicina familiar y/o psicología de la unidad.

RECURSOS FINANCIEROS Y FACTIBILIDAD

Recursos humanos

1. Investigador
2. Asesor
3. Pacientes embarazadas de la UMF 9

Recursos físicos y materiales

1. Computadora personal
2. Instrumento inventario de depresión de Beck

Recursos estadísticos

1. Programas de informática Office
2. Paquete estadístico para las ciencias sociales (SPSS)

RESULTADOS

Se realizó un total de 274 entrevistas a mujeres embarazadas de la UMF No. 9. Se encontró que la mayoría se encuentran en un rango de edad de 20 a 29 años (47.1%), seguido de mujeres de 30 a 34 años (23%) y adolescentes de 15 a 19 años (21.9%). El nivel de escolaridad predominante fue de secundaria (39.4%), seguido de preparatoria (25.9%) y de licenciatura (19%). La mayoría son casadas (52.9%), seguido de unión libre (31.4%) y solteras (13.5%). El 64.2% son amas de casa y el 34.3% mencionaron tener un empleo. De las mujeres empleadas, el 83.3% trabajan más de 8 horas al día; el 65.6% laboran en el turno matutino, el 31.2% en el turno vespertino y el resto en el turno nocturno. Tabla 2.

Tabla 2. Características socio-laborales de las mujeres embarazadas

		FA	%
Edad	15 a 19 años	60	21,9
	20 a 29 años	129	47,1
	30 a 34 años	63	23,0
	35 años o más	21	7,7
	NC	1	,3
Escolaridad	ninguna	1	,4
	sabe leer y escribir	1	,4
	primaria	40	14,6
	secundaria	108	39,4
	preparatoria	71	25,9
	licenciatura	52	19,0
Estado civil	soltera	37	13,5
	unión libre	86	31,4
	casada	145	52,9

	divorciada	2	,7
	separada	3	1,1
	viuda	1	,4
Ocupación	ama de casa	176	64,2
	empleada	94	34,3
	NC	4	1,5
Horas de trabajo	menos de 8 horas	16	16,7
(mujeres empleadas)	Más de 8 horas	80	83,3
n=96			
Turno laboral	matutino	63	65,6
(mujeres empleadas)	vespertino	30	31,2
n=96	nocturno	3	3,2

FA Frecuencia absoluta

% porcentaje

Fuente: encuesta aplicada a mujeres embarazadas de UMF 9

NC no contestó

En cuanto a las características obstétricas de las mujeres embarazadas se encontró que la mayoría no tienen hijos (44.9%), seguido de aquellas que tienen 2 a 4 hijos (29.2%) y de las que tienen 5 hijos o más (25.9%); el hijo menor del 83.6% de las mujeres embarazadas tiene más de dos años, seguido del 13% cuyo hijo menor tiene entre 1 y 2 años. La mayoría de las mujeres (53.6%) tienen un embarazo de entre 13 a 27 semanas (segundo trimestre de gestación), seguidos de aquellas que se encuentran en el tercer trimestre (28.8%) y un 17% que se encuentran en el primer trimestre de gestación. El 87% de las mujeres mencionaron que no han tenido abortos. Por último, se observó un porcentaje similar entre mujeres que usan y que no usan algún método de planificación familiar (51.8% vs 48.2% respectivamente). Tabla 3.

Tabla 3. Características obstétricas de las mujeres embarazadas

		FA	%
	ninguno	123	44,9
Número de hijos	2 a 4 hijos	80	29,2
	5 o más hijos	71	25,9

Edad del hijo menor	< 1 año	5	3,3
	1 a 2 años	20	13,1
	> de 2 años	128	83,6
Semanas de embarazo	< 12	48	17,5
	13 a 27	147	53,6
	28 a 40	79	28,8
Abortos	no	240	87,6
	sí	34	12,4
Método de planificación familiar	sí	142	51,8
	no	132	48,2

FA Frecuencia absoluta
 % porcentaje
 Fuente: encuesta aplicada a mujeres embarazadas de UMF 9

Se encontró que el 69% de las mujeres embarazadas presentan un nivel de depresión mínimo o ausente, el 15% presentaron depresión leve, el 9.5% depresión moderada y el 6,5% depresión severa. Tabla 4. El total de mujeres que presentaron depresión leve, moderada y severa fue de 31%.

Tabla 4. Nivel de depresión en las mujeres embarazadas

Nivel de depresión	Frecuencia absoluta	Porcentaje
	n 274	%
Mínima o ausente	190	69
Leve	41	15
Moderada	26	9.5
Severa	17	6.5

Fuente: encuesta aplicada a mujeres embarazadas de UMF 9

Se midieron los factores cognitivo-afectivos de depresión, obteniendo la media más baja en el impulso suicida (0.27) y la más alta en irritabilidad (0.76). Tabla 5.

Tabla 5. Factores cognitivo-afectivos de depresión

	Media	Desviación estándar
Estado de ánimo	0.55	0.79
Pesimismo	0.54	0.79
Sentimiento de fracaso	0.59	0.83
Culpa	0.30	0.67
Autocastigo	0.40	0.68
Odio a sí mismo	0.51	0.73
Autoacusación	0.56	0.75
Impulso suicida	0.27	0.62
Periodo de llanto	0.61	0.77
Irritabilidad	0.76	0.92
Indecisión	0.34	0.71
Cansancio	0.64	0.72

Fuente: encuesta aplicada a mujeres embarazadas de UMF 9

En los factores somáticos de depresión, la media más baja fue en la insatisfacción (0.43) y la más alta en hipocondría (1.01). Tabla 6.

Tabla 6. Factores somáticos-motivacionales de depresión

	Media	Desviación estándar
Insatisfacción	0.43	0.69
Aislamiento social	0.59	0.80

Imagen corporal	0.57	0.93
capacidad laboral	0.58	0.81
Trastornos del sueño	0.75	0.88
Pérdida del apetito	0.67	0.87
Pérdida de peso	0.48	0.72
Hipocondría	1.01	1.09
libido	0.94	1.03

Fuente: encuesta aplicada a mujeres embarazadas de UMF 9

Nivel de depresión en mujeres embarazadas de acuerdo a sus características socio-laborales

1. **Nivel de depresión por grupo de edad:** el grupo de edad en el que se presenta más depresión es el de 20 a 29 años (46.9%), mismo en el cual se presenta el mayor porcentaje de depresión severa junto con el grupo de 15 a 19 años. El grupo de ≥ 35 años fue el que presentó el menor porcentaje de depresión. Tabla 7.

Tabla 7. Nivel de depresión por grupo de edad

Edad	depresión leve FA (%)	depresión moderada FA (%)	depresión severa FA (%)	Total FA (%)
15 - 19	11 (13.2)	4 (4.8)	6 (7.2)	21 (25.4)
20 - 29	24 (28.9)	9 (10.8)	6 (7.2)	39 (46.9)
30 - 34	6 (7.2)	10 (12)	2 (2.4)	18 (21.7)
≥ 35	0	2 (2.4)	3 (3.6)	5 (6)
Total	41(49.3)	25 (30.1)	17 (20.5)	83 (100)

FA Frecuencia absoluta

% porcentaje

Fuente: encuesta aplicada a mujeres embarazadas de UMF 9

2. **Nivel de depresión de acuerdo con la escolaridad:** se encontró que las mujeres que tienen educación secundaria son las que presentan mayor frecuencia de depresión (42.1%) mientras que las que no tienen escolaridad y las que solo saben leer y escribir no presentan ningún nivel de depresión. Las mujeres embarazadas que tienen escolaridad primaria y secundaria son las que presentan el porcentaje más alto de depresión severa (7.2%). Tabla 8.

Tabla 8. Nivel de depresión de acuerdo con la escolaridad

Escolaridad	depresión leve	depresión moderada	depresión severa	Total
	FA (%)	FA (%)	FA (%)	FA (%)
Ninguna	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Sabe leer y escribir	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Primaria	3 (3.6)	4 (4.8)	6 (7.2)	13 (15.6)
Secundaria	23 (27.8)	6 (7.2)	6 (7.2)	35 (42.1)
Preparatoria	9 (10.8)	9 (10.8)	3 (3.6)	21 (25.2)
Licenciatura	6 (7.2)	6 (7.2)	2 (2.5)	14 (16.9)
Total	41 (49.5)	25 (30)	17 (20.5)	83 (100)

FA Frecuencia absoluta

% porcentaje

Fuente: encuesta aplicada a mujeres embarazadas de UMF 9

2. **Nivel de depresión y estado civil:** las mujeres embarazadas que están casadas son las que presentan la frecuencia más alta de depresión (60.7%), mientras que, en las mujeres separadas o viudas se presenta en un 1.2%. El estado civil casada, fue el que presentó la frecuencia más alta de depresión severa (11.9%). Tabla 9.

Tabla 9. Nivel de depresión y estado civil

Estado civil	depresión leve FA (%)	depresión moderada FA (%)	depresión severa FA (%)	Total FA (%)
Soltera	7 (8.3)	3 (3.6)	1 (1.2)	11 (13.1)
Unión libre	9 (10.7)	5 (6)	4 (4.8)	18 (21.4)
Casadas	23 (27.4)	18 (21.4)	10 (11.9)	51 (60.7)
Divorciadas	0 (0)	0 (0)	2 (2.4)	2 (2.4)
Separadas	1 (1.2)	0 (0)	0 (0)	1 (1.2)
Viudas	1 (1.2)	0 (0)	0 (0)	1 (1.2)
Total	41 (48.8)	26 (31)	17 (20.2)	84 (100)

FA Frecuencia absoluta

% porcentaje

Fuente: encuesta aplicada a mujeres embarazadas de UMF 9

3. Nivel de depresión y ocupación: las mujeres embarazadas que presentan más depresión son las amas de casa (69%) y además son las que presentan con mayor frecuencia depresión severa (13.1%). Tabla 10.

Tabla 10. Nivel de depresión y ocupación

Ocupación	depresión leve FA (%)	depresión moderada FA (%)	depresión severa FA (%)	Total FA (%)
Ama de casa	30 (35.7)	17 (20.2)	11 (13.1)	58 (69)
Empleada	10 (11.9)	7 (8.3)	5 (6)	22 (26.2)
No contestó	1 (1.2)	2 (2.4)	1 (1.2)	4 (4.8)
Total	41 (48.8)	26 (31)	17 (20.2)	84 (100)

FA Frecuencia absoluta

% porcentaje

Fuente: encuesta aplicada a mujeres embarazadas de UMF 9

4. **Nivel de depresión y horas de trabajo:** de las mujeres que trabajan, se presenta mayor depresión en las que su jornada laboral dura más de 8 horas (73.1%), así mismo, son las que presentan mayor porcentaje de depresión severa (19.2%). Tabla 11.

Tabla 11. Nivel de depresión y horas de trabajo

Horas laboradas	depresión leve	depresión moderada	depresión severa	Total
	FA (%)	FA (%)	FA (%)	FA (%)
< 8 horas	1 (3.8)	5 (19.2)	1 (3.8)	7 (26.9)
> 8 horas	10 (38.5)	4 (15.4)	5 (19.2)	19 (73.1)
	41 (42.3)	26 (34.6)	17 (23.1)	26 (100)

FA Frecuencia absoluta
% porcentaje
Fuente: encuesta aplicada a mujeres embarazadas de UMF 9

5. **Nivel de depresión y turno laboral:** Las mujeres embarazadas que trabajan en el turno matutino son las que presentan la mayor frecuencia de depresión (65.4%) y aquellas que trabajan en el turno vespertino son las que presentan mayor frecuencia de depresión severa. Tabla 12.

Tabla 12. Nivel de depresión y turno laboral

Turno	depresión leve	depresión moderada	depresión severa	Total
	FA (%)	FA (%)	FA (%)	FA (%)
Matutino	8 (30.8)	7 (26.9)	2 (7.7)	17 (65.4)
Vespertino	2 (7.7)	2 (7.7)	4 (15.4)	8 (30.8)
Nocturno	1 (3.8)	0 (0)	0 (0)	1 (3.8)
Total	11 (42.3)	9 (34.6)	6 (23.1)	26 (100)

FA Frecuencia absoluta
% porcentaje
Fuente: encuesta aplicada a mujeres embarazadas de UMF 9

Nivel de depresión en mujeres embarazadas de acuerdo a sus características obstétricas

1. **Nivel de depresión y número de hijos:** Las mujeres embarazadas que no tienen hijos son las que presentan la frecuencia más alta de depresión (47.6%), sin embargo, aquellas que tienen de 2 a 4 hijos son las que presentan la frecuencia más alta de depresión severa (9.5%). Tabla 13.

Tabla 13. Nivel de depresión y número de hijos

Número de hijos	depresión leve	depresión moderada	depresión severa	Total
	FA (%)	FA (%)	FA (%)	FA (%)
Ninguno	26 (31)	9 (10.7)	5 (6)	40 (47.6)
2 a 4	10 (11.9)	5 (6)	8 (9.5)	23 (27.4)
5 o más	5 (6)	12 (14.3)	4 (4.8)	21 (25)
Total	41 (48.8)	26 (31)	17 (20.2)	84 (100)

FA Frecuencia absoluta

% porcentaje

Fuente: encuesta aplicada a mujeres embarazadas de UMF 9

2. **Nivel de depresión y edad del hijo menor:** las mujeres embarazadas cuyo hijo menor es mayor de 2 años, son las que presentan el porcentaje más alto de depresión (71.1%), de igual manera, son las que presentan el porcentaje más alto de depresión severa (13.3%). Tabla 14.

Tabla 14. Nivel de depresión y edad del hijo menor

Edad del hijo menor	depresión leve	depresión moderada	depresión severa	Total
	FA (%)	FA (%)	FA (%)	FA (%)
< 1 año	0 (0)	2 (4.4)	1 (2.2)	3 (6.7)

1 a 2 años	0 (0)	5 (11.1)	5 (11.1)	10 (22.2)
> 2 años	16 (35.6)	10 (22.2)	6 (13.3)	32 (71.1)
Total	16 (35.6)	17 (37.8)	12 (26.7)	45 (100)

FA Frecuencia absoluta

% porcentaje

Fuente: encuesta aplicada a mujeres embarazadas de UMF 9

3. Nivel de depresión y semanas de embarazo: las mujeres que se encuentran en el segundo trimestre de embarazo, con 13 a 27 semanas de gestación, son las que presentan mayor frecuencia de depresión (57.1%) y las que presentan también la mayor frecuencia de depresión severa (11.9%). Tabla 15.

Tabla 15. Nivel de depresión y semanas de embarazo

Semanas de embarazo	depresión leve FA (%)	depresión moderada FA (%)	depresión severa FA (%)	Total FA (%)
< 12 semanas	8 (9.5)	2 (2.4)	3 (3.6)	13 (15.5)
13-27 semanas	19 (22.6)	19 (22.6)	10 (11.9)	48 (57.1)
28-40 semanas	14 (16.7)	5 (6)	4 (4.8)	23 (27.4)
Total	41 (48.8)	26 (31)	17 (20.2)	84 (100)

FA Frecuencia absoluta

% porcentaje

Fuente: encuesta aplicada a mujeres embarazadas de UMF 9

4. Nivel de depresión y antecedente de aborto (n=84): Las mujeres embarazadas que han tenido abortos presentan la frecuencia más alta de depresión (83.3%), así como la frecuencia más alta de depresión severa (15.5%). Tabla 16

Tabla 16. Nivel de depresión y antecedente de aborto

Abortos	depresión leve	depresión moderada	depresión severa	Total
	FA (%)	FA (%)	FA (%)	FA (%)
Sí	32 (38.1)	25 (29.8)	13 (15.5)	70 (83.3)
No	9 (10.7)	1 (1.2)	4 (4.8)	14 (16.7)
Total	41 (48.8)	26 (31)	17 (20.2)	84 (100)

FA Frecuencia absoluta
% porcentaje
Fuente: encuesta aplicada a mujeres embarazadas de UMF 9

5. **Nivel de depresión y método de planificación familiar:** el mayor porcentaje de mujeres con depresión (53.6%), así como de depresión severa (13.1%), se encontró en aquellas que no utilizan método de planificación familiar. Tabla 17.

Tabla 17. Frecuencia de depresión y método de planificación familiar

Uso de método de planificación familiar	depresión leve	depresión moderada	depresión severa	Total
	FA (%)	FA (%)	FA (%)	FA (%)
Sí	17 (20.2)	16 (19)	6 (7.1)	39 (46.4)
No	24 (28.6)	10 (11.9)	11 (13.1)	45 (53.6)
Total	41 (48.8)	26 (31)	17 (20.2)	84 (100)

FA Frecuencia absoluta
% porcentaje
Fuente: encuesta aplicada a mujeres embarazadas de UMF 9

DISCUSIÓN

El objetivo general del proyecto se cumplió, ya que se logró identificar el nivel de depresión en embarazadas adscritas a la UMF no. 9 del IMSS delegación Aguascalientes mediante la aplicación del inventario de depresión de Beck.

El grupo de edad con mayor frecuencia en nuestro estudio fue el de 20 a 29 años, similar a lo encontrado por Aceves², Ortega¹, Ceballos-Martínez³ y Lara⁶, quienes encontraron un promedio de edad 27.7, 28.1, 26 y 24.1 años respectivamente. El resultado obtenido se debe a que la mayor tasa de fecundidad en nuestro país, reportada por el INEGI, se encuentra entre los 20 y 24 años de edad.²³

El porcentaje de adolescentes embarazadas (15 a 19 años) fue mayor con respecto a otros estudios, Ortega¹ 13.6%, Rodríguez-Baeza⁸ 12% y Ceballos-Martínez³ 7.7%. De acuerdo con la OMS, el 11% de los nacimientos son de madres adolescentes. En Aguascalientes, el número de adolescentes embarazadas ha incrementado desde el 2012, encontrándose en 6º lugar en el 2014 de acuerdo con la CONAPO.²⁵

El grado de escolaridad con mayor frecuencia encontrado fue el de secundaria, similar a lo reportado por el INEGI, que reporta 9.2 grados de escolaridad en Aguascalientes, lo que equivale a secundaria terminada y el inicio de bachillerato.²³

El estado civil más frecuente en nuestro estudio fue casadas, las cuales, junto con las mujeres que viven en unión libre suman 83.3%, similar a lo reportado por otros estudios con 90%³ y 89%⁸.

La ocupación ama de casa se encontró en un porcentaje alto (64.2%), mayor al encontrado por Rodríguez-Baeza⁸ 48% y por Ceballos-Martínez³ 37.7%; sin embargo, es similar a las cifras que reportó el INEGI en el 2015, con sólo un 33% de mujeres con algún empleo y 67% dedicadas al hogar.²³

Ceballos-Martínez³ reportó que el 40% de las mujeres de su estudio cursaba su primer embarazo, similar a lo encontrado en nuestro estudio (mujeres sin hijos

44.9%); debido a que, como ya se había mencionado anteriormente, la mayoría de las mujeres se embarazan entre los 20 y 24 años.²³

Con respecto al número de abortos, solo el 12.4% de las mujeres refirieron haber tenido al menos un aborto, mientras que Ortega¹ y Ceballos- Martínez³ reportan una frecuencia mayor, con 29.1%, 20.9% respectivamente.

El porcentaje de mujeres que utilizaron un método de planificación familiar antes de su embarazo actual fue de 51.8%, similar al encontrado por otros autores 57.3%.³ El conocimiento y uso de métodos anticonceptivos ha incrementado en las últimas décadas, encontrando que, en 2009, su uso en la primera relación sexual fue de 19.5% y para el 2014 aumentó a 34.3%.²⁵

Encontramos un 69% de mujeres embarazadas que no tienen depresión o la presentan en un nivel mínimo de acuerdo con el inventario de depresión de Beck, 15% la presentan en un nivel leve, 9.5% moderada y 6.5% severa. En resumen, podemos decir que se encontró depresión en el 30% de las mujeres encuestadas, porcentaje mayor a lo encontrado por De Castro⁹ en cifras de la ENSANUT 2012, quien encontró un porcentaje de depresión de 19.91%, pero muy inferior al reportado por Aceves² con un 67% identificada con el instrumento de ansiedad y depresión de Goldberg. En México, la depresión en mujeres en edad reproductiva representa una amenaza para su salud mental, ya que tiene una contribución importante en la carga de morbilidad en la vulnerabilidad socioeconómica y la marginación,²³ siendo muy importante el diagnóstico oportuno, ya que solo el 17% de las mujeres le han referido al médico que tienen depresión y un porcentaje aún menor son las que reciben tratamiento.⁹

El grupo de edad con mayor frecuencia de depresión fue el de 20 a 29 años (46.29%), seguido del grupo de adolescentes (25.4%), porcentajes que, a pesar de ser altos, son superados por los encontrados en el estudio de Aceves², encontrando un 74 y 75% de depresión en ambos grupos respectivamente. Si bien la mayoría de los embarazos ocurren entre los 20 a 29 años de edad, en la adolescencia existe 3.35 veces más riesgo (IC 95% 1.46-7.64) para presentar depresión con respecto a la etapa adulta² lo que se

refleja en el 7.2%, que fue el mayor porcentaje de depresión severa encontrada en ambos grupos de edad en nuestro estudio.

En el nivel de depresión por grado de escolaridad, se encontró que la depresión severa es más frecuente en mujeres con primaria y secundaria (7.2%), con un porcentaje de depresión global de 42% en mujeres con educación secundaria, porcentaje similar al 50% encontrado por Ceballos-Martínez³ y superior al encontrado en el estudio de Aceves² que reporta un 14.3% de depresión en mujeres embarazadas con nivel de escolaridad básico. En el estudio realizado por De Castro⁹ no se encontró una asociación significativa entre la depresión y el grado de escolaridad.

El mayor porcentaje de depresión se encontró en las mujeres casadas (60.7%), de igual forma, la frecuencia más alta de depresión severa (11.9%) se encontró en mujeres con dicho estado civil. El porcentaje encontrado en nuestro estudio fueron superior al encontrado por Rodríguez-Baeza⁸ 13.7% y Ceballos-Martínez³ 5.6%. Vivir con la pareja puede representar un factor de riesgo por la violencia ejercida por la pareja, el abuso emocional, físico o sexual,⁹ influyendo también los conflictos sobre la tenencia de bienes materiales y planeación sobre el futuro, lo que puede llevar a los síntomas depresivos por la carga emocional implicada en dichos factores.⁸

En nuestro estudio, las amas de casa son las que presentan mayor frecuencia de depresión (69%), así mismo, son las que presentan con mayor frecuencia depresión severa (13.1%). No se encontraron estudios que reportaran la frecuencia o el nivel de depresión con respecto a la ocupación en las mujeres embarazadas.

Se encontró en nuestro estudio, que no tener ningún hijo incrementa el porcentaje de mujeres con depresión (47.6%) y tener de 2 a 4 representa con mayor frecuencia la depresión severa (9.5%). De Castro⁹ reporta que tener más de 4 hijos se asocia con los síntomas depresivos en mujeres embarazadas (RM 1.54 IC 95% 1.12 – 2.00), lo que refleja vulnerabilidad que puede ser efecto o causa de los problemas de salud mental.

La mayor frecuencia de depresión se encontró en el segundo trimestre del embarazo (57.1%), así como la depresión severa (11.9%). Rodríguez-Baeza⁸ reportó que, al igual que en nuestro estudio, la depresión se presenta con mayor frecuencia en el segundo trimestre de gestación (13 a 28 semanas).

El antecedente de haber tenido algún aborto incrementó la frecuencia de depresión en las mujeres embarazadas (83.3%), así como en la depresión severa (15.5%), porcentaje similar al 13% encontrado por Ceballos-Martínez³ y al 14.6% encontrado por Rodríguez-Baeza⁸ la carga emocional condicionada por pérdidas previas condiciona la sintomatología depresiva.

CONCLUSIONES

Las mujeres embarazadas en la UMF No. 9 presentan depresión en alguno de sus niveles en un 30%, presentando depresión severa 6.5 de cada 100 embarazadas, situación de suma importancia por los riesgos que este nivel de depresión conlleva.

Los factores sociolaborales en los que se presentó la frecuencia más alta de depresión fueron: mujeres de 20 a 29 años, de escolaridad secundaria, casadas, dedicadas al hogar y con antecedentes obstétricos como no tener hijos o en aquellas que los tienen, que el hijo menor tenga entre 1 y 2 años, así como en las que han tenido algún aborto.

Es de suma importancia la identificación de los síntomas de depresión en las mujeres embarazadas, los médicos familiares son el primer contacto para su atención y los que llevan el seguimiento de su embarazo hasta antes del parto, por lo que se debe tomar en cuenta que debe aplicarse algún instrumento para la realización del diagnóstico oportuno de depresión, con la finalidad de que reciban el tratamiento adecuado y minimizar todos los riesgos que este padecimiento conlleva al binomio madre-hijo, a corto y largo plazo.

RECOMENDACIONES

Realizar una evaluación integral a nuestras pacientes embarazadas cumplir con nuestro rol de médicos familiares y ver a los pacientes en todo su entorno, aunque el tiempo en ocasiones no es suficiente para una consulta integral aplicar algún instrumento de detección según marca la NOM 007 y poder canalizar a tiempo a las pacientes, así como poder tal vez romper una cadena de enfermedades mentales, que tanto aquejan a nuestro entorno hoy en día.



BIBLIOGRAFIA

1. Ortega L, Lartigue T, Figueroa M. Prevalencia de depresión, a través de a Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh (EPDS), en una muestra de mujeres mexicanas embarazadas. *Medigraphic*. 2001;15(1 Enero-Marzo):11-20.
2. Sainz Aceves, K., Chávez Ureña, B., Díaz Contreras, M., Sandoval Magaña, M. and Robles Romero, M. (2013). Ansiedad y depresión en pacientes embarazadas. *Atención Familiar*, 20(1), pp.25-27.
3. Ceballos Martínez, I., Sandoval Jurado, L., Jaimes Mundo, E., Medina Peralta, G., Madera Gamboa, J., & Fernández Arias, Y. (2010). Depresión durante el embarazo, *Epidemiología en mujeres mexicanas*. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, (48), 71-74.
4. Corona Báez J, Reyes Jiménez O. Frecuencia de Depresión en Adolescentes Embarazada en la UMF 92 en el Periodo Enero a Diciembre 2012 [Posgrado en Medicina Familiar]. Universidad Autónoma del Estado de México; 2014.
5. Rivera Santiago, A., & Martínez García, I. (2012). Manifestaciones Emocionales de Depresión en adolescentes embarazadas atendidas en un hospital público de la ciudad de México, una aplicación del test de edimburgo (Licenciatura en Enfermería y Obstetricia). UNAM.
6. Lara, M., & Navarrete, L. (2012). Detección de depresión en mujeres embarazadas mexicanas con la CES-D. *Salud Mental*, (35), 57-62.
7. Concha Salgado, J., Sánchez Corona, M., & Arvizu Iglesias, R. (2013). Frecuencia de depresión en embarazadas derechohabientes de la UMF # 33 El Rosario (Especialidad Medicina Familiar). UNAM.
8. Rodríguez Baeza, A., May Novelo, L., Carrillo Basulto, M., & Rosado Alcocer, L. (2017). Prevalencia y factores asociados a depresión prenatal en una institución de salud. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*, 25(3), 181-188.

9. De Castro F, Place JM, Villalobos A, Allen-Leigh B. Sintomatología depresiva materna en México: prevalencia nacional, atención y perfiles poblacionales de riesgo. *Salud Publica Mex* 2015;57:144-154
10. Aguirre Baztán Á. Antropología de la depresión. *Rev Ma-estar e Subjetivida de Fortaleza*. 2008;VIII(2):563-601
11. Depresión. (2018). Organización Mundial de la Salud. Retrieved 23 January 2018, from <http://www.who.int/topics/depression/es/>
12. Guía de práctica clínica Diagnóstico y Tratamiento del trastorno depresivo en el adulto IMSS -161-09
13. Vázquez F, Muñoz R, Becoña E. Depresión: Diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX. *Psicología Conductual*. 2000;(8):417-449.
14. https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depression/depression_38791.pdf
15. Medina Mora M, Sarti Gutierrez E, Real Quintanar T. La Depresión y otros trastornos psiquiátricos. *Academia Nacional de Medicina México*. 2015;:81-85.
16. Guía de práctica clínica Prevención, Diagnóstico y Manejo de la depresión prenatal y posparto en el Primero y Segundo Niveles de Atención SSA-666-14
17. Judd LL, Solomon DA, Keller MB, Leon Ac, Mueller TI, Lavori PW, Sehan MT, Coryell W, Warshaw M, Turvey C, Maser JD, Can Prous A, Orduño F, Multiple recurrences of major depressive disorder. *Medicine Baltimore*, 201;10(84)
18. Q MR, V. HH, Niveles de depresión y ansiedad en estudiantes Universitarios de Lima Metropolitana. *Rev Investig en Psicol* 2007; 10:91-102
19. Guía de práctica clínica Control prenatal con atención centrada en la paciente evidencias y recomendaciones IMSS-028-08
20. Felice P, Donato D. Maternal adaptations to pregnancy: Endocrine and metabolic changes. *UpToDate*. Charles J Lockwood; 2017. p. 1.
21. Norma oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016 Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido.

22. Diagnóstico de sectorial de Salud 2016 Unidad de Medicina Familiar No.9
23. Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Encuesta intercensal 2015
24. Villagómez Ornelas P, Valencia Rodríguez J, Mendoza Victorino D. Perfiles de salud reproductiva. 1st ed. México: Concejo Nacional de Población; 2011.
25. Instituto Nacional de Estadística y Geografía Encuesta Intercensal 2015, CONAPO. Proyecciones de la población 2010-2050.
26. Delgado Quiñonez E, López Trejo L, Mariscal Rivera C, Hernández Rivera L, Orozco Sandoval R. Prevalencia de depresión en embarazadas en primer nivel de atención de la Unidad de Medicina Familiar 171 del Instituto Mexicano del Seguro Social. Revista Médica. 2015;6(4):237-241.
27. Programa de Acción Especifico, salud materna y perinatal (2013-2018), programa sectorial de salud, México
28. Guía de práctica clínica Control Prenatal con Enfoque de Riesgo Evidencias y recomendaciones, IMSS-028-08
29. Stuart-Parrigon K, Stuart S. Perinatal Depression: An Update and Overview. Current Psychiatry Reports. 2014;16(9).
30. Lara M, Letechipía G. Ideación y comportamiento suicida en embarazadas. Salud Mental. 2009;32:281-287.
31. Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio, septiembre 2017. Aguascalientes, Ags
32. Flores Ramos M. La salud mental en la mujer embarazada. Medigraphic. 2013;(27):143-144.
33. S. Kendig, J.P. Keats, M.C. Hoffman, L.B. Kay, E.S. Miller, T.A. Moore Simas, L.A. Lemieux Consensus Bundle on Maternal Mental Health: Perinatal Depression and Anxiety. JOGNN Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing, 46 (2017), pp. 272-281
34. Estrada, B. D., Delgado, C., Landero, R., & González, M. T. (2015). Propiedades psicométricas del modelo bifactorial del BDI-II (versión

española) en muestras mexicanas de población general y estudiantes universitarios. Universitas Psychologica,14(1)

ANEXOS

ANEXO A. Carta de consentimiento informado

		INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)	
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN		NIVEL DE DEPRESION EN EMBARAZADAS ADSCRITAS A LA UMF NO. 9 DEL IMSS DELEGACIÓN AGUASCALIENTES	
Nombre del estudio:		NIVEL DE DEPRESION EN EMBARAZADAS ADSCRITAS A LA UMF NO. 9 DEL IMSS DELEGACIÓN AGUASCALIENTES	
Patrocinador externo (si aplica): *		No aplica	
Lugar y fecha:		UMF No.9 Aguascalientes, Ags. A de del 2018	
Número de registro:		R-2018-101-03	
Justificación y objetivo del estudio:		Identificar el nivel de depresión en embarazadas adscritas a la umf no. 9 del imss delegación aguascalientes Se planea la realización de este estudio para ver el nivel de depresión en embarazadas para proponer una terapia y diagnostico a tiempo y así prevenir otras patologías psiquiátricas como depresión postparto y suicidio.	
Procedimientos:		Declaro que se me ha informado ampliamente en que consiste esta investigación, así como los inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el proyecto de investigación. Se utilizará la técnica de cuestionario auto administrado como el inventario de depresión de Beck, y preguntas de carácter sociodemográfico	
Posibles riesgos y molestias:		No existen riesgos potenciales.	
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:		Los beneficios serán obtenidos de manera indirecta al generar conocimientos que ayuden a dirigir las estrategias en materia de depresión en embarazadas.	
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:		El investigador responsable se ha comprometido en darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mí en la atención de los pacientes, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaran a cabo, los riesgos, beneficios, o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.	
Participación o retiro:		Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo desee conveniente.	
Privacidad y confidencialidad:		El investigador responsable me ha dado seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con la privacidad serán tratados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme información actualizada que se tenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.	
En caso de colección de material biológico (si aplica)			
<input type="checkbox"/> No autorizo que se tome la muestra <input type="checkbox"/> Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio <input type="checkbox"/> Su autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros			
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):		Conocer el nivel de depresión en embarazadas de la UMF 9	
Beneficios al término del estudio:			
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:			
Investigador Responsable:		Nombre: Ana Laura Saqaón Téllez Lugar de trabajo: Unidad de Medicina Familiar No. 9 Lugar de Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 9 Domicilio: Blvd. Siglo XXI No. 301 Fracc. Ojocaliente CP. 20196 Teléfono: 4491692288 Email. laurasagaon@gmail.com	
Colaboradores:		Nombre: Lucia Cervantes Ramírez Médico residente Lugar de trabajo: Unidad de Medicina Familiar No. 1 Lugar de Adscripción: Hospital General de Zona No.1 Domicilio: José Ma. Chávez Esq. Jardín del Estudiante Fracc. Linda Vista Telefono: 4499087786 Email. lucia_cer_ram@hotmail.com	
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx			
_____ Nombre y firma del sujeto		_____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento	
_____ Testigo 1		_____ Testigo 2	
_____ Nombre, dirección, relación y firma		_____ Nombre, dirección, relación y firma	
Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio. *En caso de contar con patrocinador externo, el protocolo deberá ser evaluado por la Comisión Nacional de Investigación científica.			
Clave: 2810-009-013			

ANEXO B. Operacionalización de las variables

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Variables	Indicador	Tipo de variable	Ítems	Índices
Características sociodemográficas	Conjunto de características biológicas, socioeconómicas y culturales que están presentes en la población de estudio	Características sociales: relaciones definidas entre los individuos que las componen	Edad: años cumplidos que tiene una persona desde la fecha de nacimiento hasta la fecha de la entrevista	Número de años cumplidos al momento del estudio	Cuantitativa	Edad	a) 15-19 b) 20-29 c) 30-34 d) 35 y más
			Escolaridad: grado de estudio que la población de 5 y más años aprobó en el nivel más avanzado al que haya asistido dentro del sistema educativo nacional	Grado de estudios realizado	Cualitativa nominal	Escolaridad	a) Ninguno b) Se leer y escribir c) Primaria d) Secundaria e) Preparatoria f) Licenciatura
			Estado conyugal: condición de unión o matrimonio En el momento de la entrevista personas de 12 y más años de edad, de acuerdo con las costumbres y leyes del país	Condición de pareja del paciente	Cualitativa nominal	Estado civil	a) Soltera b) Unión libre c) Casada d) Divorciada e) Separada f) Viuda
			Ocupación: Clase o tipo de trabajo desarrollado durante la semana natural anterior a la entrevista, con especificación del puesto de trabajo desempeña	Condición de labores del paciente	Cualitativa	Ocupación	a) Ama de casa b) Empleada

			do				
			Jornada laboral: hace referencia al número de horas que el empleado debe realizar de trabajo efectivo donde prestará su servicio a cambio de un salario	Condición de labores del paciente	Cualitativa	Cuántas horas trabaja	<ul style="list-style-type: none"> a) Menos de 8 hrs b) Más de 8 horas
			Turno laboral: se desarrolla en la empresa a través de la sucesión de equipos de trabajo para completar la jornada laboral completa, ya sean de 16 o 24 horas.	Condiciones laborales del paciente	cualitativa	Que turno trabaja	<ul style="list-style-type: none"> a) Turno matutino b) Turno vespertino c) Turno nocturno
			Número de hijos		Cualitativa	Cuántos hijos tiene	<ul style="list-style-type: none"> a) ninguno b) 1 c) 2 -4 d) 5 y mas
			Edad de hijo menor		Cualitativa	En caso de tener hijos previos, ¿Qué edad tiene en menor?	<ul style="list-style-type: none"> a) Menos de 1 año b) De 1 a 2 años c) Mayor de 2 años
			Semanas de gestación		Cualitativa	¿Cuántas semanas tiene de embarazo?	<ul style="list-style-type: none"> a) Menos de 12 semanas b) 13- 27 semanas c) De 27-40 semanas
			Abortos: es la interrupción y finalización prematura del embarazo de forma natural o voluntaria		Cualitativa	Ha tenido abortos	<ul style="list-style-type: none"> a) No b) Si
			Método de planificación familiar:		Cualitativa	¿antes de embaraz	<ul style="list-style-type: none"> a) Si b) No

			engloba a todo el conjunto de prácticas utilizadas por una pareja, mujer u hombre que tienen como objetivo controlar la reproducción y la descendencia de estos mismos			¿utilizo algún método de planificación familiar?	
--	--	--	--	--	--	--	--

Operacionalización del instrumento Inventario de depresión de Beck

Variable	Concepto	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Índices
Depresión en el embarazo	La depresión 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 en las pacientes embarazadas. 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.	Cognitivo afectivo	Estado de ánimo Pésimo Sentimiento de fracaso Insatisfacción Sentimiento de culpa Sentimientos de castigo Auto acusación Impulso suicida Periodos de llanto Imagen corporal Irritabilidad Aislamiento social Indecisión Capacidad	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 14	En general requiere de entre 5 a 10 minutos para ser completado. Las instrucciones para el BDI-II solicitan a la persona evaluada que elija las afirmaciones más características que cubren el marco temporal de las últimas dos semanas incluido el día de hoy, para ser consistentes con los criterios del DSM-V para la depresión mayor. Cada ítem se responde en una escala de 4 puntos, de 0 a 3, excepto de los ítems 16 cambios en el patrón del sueño y 18 cambios en el apetito que contienen 7 categorías. Si una persona ha elegido varias categorías de respuesta en un ítem se toma la categoría más alta. Las puntuaciones mínima y máxima en el test son 0 y 63. Se han establecido puntos de cohorte que permitan clasificar a los evaluados en uno de los siguientes cuatro grupos 0-13 mínima depresión, 14-19 depresión

		Somático-motivacional	laboral Trastorno del sueño Cansancio Perdida del apetito Perdida del peso Hipocondría Libido	15, 16, 17, 8, 19, 20, 21	leve, 20-28 depresión moderada, 29-63 depresión grave
--	--	-----------------------	---	---------------------------	---

ANEXO C. Instrumento

INSTRUCCIONES: Seleccione la respuesta que usted considera sea su caso:

I. FICHA DE IDENTIFICACION:

1. Nombre: _____
2. Edad:
 - a) 15-19 b) 20-29 c) 30-34 d) 35 y mas
3. Escolaridad:
 - a) Ninguno b) Se leer y escribir c) Primaria c) Secundaria
 - d) Preparatoria e) Licenciatura
4. Estado civil:
 - a) soltera b) unión libre c) casada d) divorciada e) separada
 - f) viuda
5. Ocupación:
 - a) Ama de casa b) empleada
6. Si usted trabaja ¿cuántas horas trabaja durante su jornada?
 - a) Menos de 8 horas b) más de 8 horas
7. Si usted trabaja ¿En qué turno trabaja?
 - a) turno matutino b) turno vespertino c) turno nocturno
8. ¿Cuántos hijos tiene?
 - a) Ninguno b) 1 c) 2-4 d) 5 ó más
9. En caso de tener hijos previos ¿Qué edad tiene el menor?
 - a) Menor de 1 año b) de 1 – 2 años c) mayor de 2 años
10. ¿Cuántas semanas tiene de embarazo?
 - a) Menos de 12 semanas b) 13- 27 semanas c) 28 a 40 semanas
11. ¿Usted ha tenido algún aborto?
 - a) no b) si
12. ¿Antes de embarazarse utilizo algún método de planificación familiar?
 - a) Si b) no

Inventario de depresión de Beck

A CONTINUACION SE EXPRESAN VARIAS RESPUESTAS POSIBLES A CADA UNO DE LOS 21 APARTADOS. DELANTE DE CADA FRASE MARQUE CON UNA CRUZ EL CIRCULO QUE MEJOR REFLEJE SU SITUACION ACTUAL

1. Estado de animo

- Esta tristeza me produce verdadero sufrimiento
 - No me encuentro triste
 - Me siento algo triste y deprimido
 - Ya no puedo soportar esta pena
 - Tengo siempre como una pena encima que no me la puedo quitar
2. Pesimismo
- Me siento desanimado cuando pienso en el futuro
 - Creo que nunca me recuperare de mis penas
 - No soy especialmente pesimista, ni creo que las cosas me vayan a ir mal
 - No espero nada bueno de la vida
 - No espero nada, esto no tiene remedio
3. Sentimiento de fracaso
- He fracasado totalmente como persona (madre, esposa, hija, profesionista, estudiante)
 - He tendí más fracasos que la mayoría de la gente
 - Siento que he hecho pocas cosas que valga la pena
 - No me considero fracasado
 - Veo mi vida llena de fracasos
4. Insatisfacción
- Ya nada me llena
 - Me encuentro insatisfecho conmigo mismo
 - Ya no me divierte lo que antes me divertía
 - No estoy especialmente insatisfecho
 - Estoy harta de todo
5. Sentimientos de culpa
- A veces me siento despreciable y mala persona
 - Me siento bastante culpable
 - Me siento prácticamente todo el tiempo mala persona y despreciable
 - Me siento muy infame (perversa, canalla) y despreciable
 - No me siento culpable
6. Sentimiento de autocastigo
- Presiento que algo malo me puede suceder
 - Siento que merezco ser castigado
 - No pienso que este siendo castigado
 - Siento que me están castigando o castigaran
 - Quiero que me castiguen
7. Odio a si mismo
- Estoy descontento conmigo mismo
 - No me aprecio
 - Me odio (me desprecio)
 - Estoy asqueado de mi
 - Estoy satisfecho de mí mismo
8. Autoacusación
- No creo ser peor que otros
 - Me acuso a mí mismo de todo lo que va mal
 - Me siento culpable de todo lo malo que ocurre
 - Siento que tengo muchos y muy graves defectos
 - Me critico mucho a causa de mis debilidades y errores
9. Impulsos suicidas

- Tengo pensamientos de hacerme daño, pero no llegaría a hacerlo
 - Siento que estaría mejor muerto
 - Siento que mi familia estaría mejor si yo muriera, tengo planes decididos de suicidarme
 - Me mataría si pudiera
 - No tengo pensamiento de hacerme daño
10. Periodos de llanto
- No lloro más de lo habitual
 - Antes podía llorar, ahora no lloro ni aun queriéndolo
 - Ahora lloro continuamente
 - No puedo evitarlo
 - Ahora lloro más de lo normal
11. Irritabilidad
- No estoy más irritable que normalmente
 - Me irrito con más facilidad que antes
 - Me siento irritado todo el tiempo
 - Ya no me irrita ni lo que antes me irritaba
12. Aislamiento social
- He perdido todo el interés por los demás y no me importa en absoluto
 - Me intereso por la gente menos que antes
 - No he perdido mi interés por los demás
 - He perdido casi todo mi interés por los demás y apenas tengo sentimientos hacia ellos
13. Indecisión
- Ahora estoy insegura de mi misma y procuro evitar tomar decisiones
 - Tomo mis decisiones como siempre
 - Ya no puedo tomar decisiones en absoluto
 - Ya no puedo tomar decisiones sin ayuda
14. Imagen corporal
- Estoy preocupada porque me veo más vieja y desmejorada
 - Me siento fea y repulsiva
 - No me siento con peor aspecto que antes
 - Siento que hay cambios en mi aspecto físico que me hacen parecer desagradable (o menos atractivo)
15. Capacidad laboral
- Puedo trabajar tan bien como antes
 - Tengo que esforzarme mucho para hacer cualquier cosa
 - No puedo trabajar en nada
 - Necesito un esfuerzo extra para empezar a hacer algo
 - No trabajo tan bien como lo hacía antes
16. Trastorno del sueño
- Duermo tan bien como antes
 - Me despierto más cansado por la mañana
 - Me despierto unas 2 horas antes de lo normal y me resulta difícil volver a dormir
 - Tardo 1 o 2 horas en dormir por la noche
 - Me despierto sin motivo en mitad de la noche y tardo en volver a dormirme
 - Me despierto temprano todos los días y no duermo más de 5 horas
 - Tardo más de 2 horas en dormirme y no duermo más de 5 horas

- No logro dormir más de 3 o 4 horas seguidas
- 17. Cansancio
 - Me canso más fácilmente que antes
 - Cualquier cosa que hago me fatiga
 - No me canso más de lo normal
 - Me canso tanto que no puedo hacer nada
- 18. Pérdida del apetito
 - He perdido totalmente el apetito
 - Mi apetito no es tan bueno como antes
 - Mi apetito es ahora mucho menor
 - Tengo el mismo apetito de siempre
- 19. Pérdida de peso
 - No he perdido peso últimamente
 - He perdido más de 2.5 kg
 - He perdido más de 5 kg
 - He perdido más de 7.5 kg
- 20. Hipocondría
 - Estoy tan preocupado por mi salud que me es difícil pensar en otra cosa
 - Estoy preocupado por dolores y trastornos
 - No me preocupa mi salud más de lo normal
 - Estoy constantemente pendiente de lo que me sucede y de cómo me encuentro
- 21. Libido
 - Estoy menos interesada por el sexo que antes
 - He perdido todo mi interés en el sexo
 - Apenas me siento atraída sexualmente
 - No he notado ningún cambio en mi atracción por el sexo

ANEXO D. Cronograma de actividades

Actividad	Marzo 2017	Abril 2017	Mayo 2017	Junio 2017	Julio 2017	Agosto 2017	Septiembre 2017	Octubre 2017	Diciembre 2017	Enero 2018	Febrero 2018	Marzo 2018	Abril 2018	Mayo 2018	Junio 2018	Julio 2018	Agosto 2018	Septiembre 2018	Octubre 2018	Noviembre 2018	Diciembre 2018	
Búsqueda De información	X	x	x	x	x																	
Elaboración de protocolo de investigación						x	X	X	x	x												
Envío del protocolo al comité local de investigación											X	x	x									

