

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
LICENCIATURA DE MÉDICO CIRUJANO
DEPARTAMENTO DE EVALUACION PROFESIONAL**



**“DEPRESIÓN Y SU RELACIÓN CON EL TRIMESTRE DE EMBARAZO Y EL
POSPARTO EN MUJERES QUE ACUDEN A LA CLÍNICA “SAGRADO CORAZÓN DE
JESÚS” DEL MUNICIPIO DE XONACATLÁN, ESTADO DE MÉXICO 2012”.**

**TESIS
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO**

**PRESENTA
M.P.S.S. ALEJANDRO ORTIZ SÁNCHEZ**

**DIRECTOR DE TESIS
PH. D. MARIO ENRIQUE ARCEO GUZMÁN**

REVISORES DE TESIS

M. EN ED. MIGUEL FERNANDEZ LOPEZ.

E. EN S.P. JAVIER CONTRERAS DUARTE.

E. EN S.P. NANCY CEDILLO VILLAVICENCIO.

E. EN S.P. JACQUELINE MIRIAM REYES DELGADO.

TOLUCA, ESTADO DE MEXICO, 2013

**“DEPRESIÓN Y SU RELACIÓN CON EL TRIMESTRE DE EMBARAZO Y EL
POSPARTO EN MUJERES QUE ACUDEN A LA CLÍNICA “SAGRADO CORAZÓN DE
JESÚS” DEL MUNICIPIO DE XONACATLÁN, ESTADO DE MÉXICO 2012”.**

ÍNDICE

Cap.	Pág.
I.-MARCOTÉORICO.....	1
I.1 Depresión.....	1
I.2 Embarazo.....	19
I.2.1 Posparto.....	32
I.3 Generalidades de la Clínica Sagrado Corazón de Jesús.....	37
II.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	38
II.1 Argumentación.....	38
II.2 Pregunta de investigación.....	38
III.-JUSTIFICACIONES.....	39
III.1 Académica.....	39
III.2 Científica.....	39
III.3 Epidemiológica.....	39
IV.-HIPÓTESIS.....	40
IV.1 Elementos de la Hipótesis.....	40
IV.1.1 Unidades de observación.....	40
IV.1.2 Variables.....	40
IV.1.2.1 Dependiente.....	40
IV.1.2.2 Independientes.....	40
IV.1.3 Elementos lógicos o de relación.....	40
V.-OBJETIVOS.....	41
V.1 General.....	41
V.2 Específicos.....	41
VI.-MÉTODO.....	42
VI.1 Tipo de estudio.....	42
VI.2 Diseño de estudio.....	42
VI.3 Operacionalización de variables.....	42
VI.4 Universo de Trabajo.....	44
VI.4.1 Criterios de inclusión.....	44
VI.4.2 Criterios de exclusión.....	44
VI.4.3 Criterios de eliminación.....	44
VI.5 Instrumento de investigación.....	44
VI.5.1 Descripción.....	44
VI.5.2 Validación.....	44
VI.5.3 Aplicación.....	45
VI.6 Desarrollo del proyecto.....	45
VI.7 Límite de espacio.....	45
VI.8 Límite de tiempo.....	45
VI.9 Diseño de análisis.....	45
VII.-IMPLICACIONES ÉTICAS.....	45
VIII.-ORGANIZACIÓN.....	45
IX.- RESULTADOS.....	46
X.- CUADROS Y GRÁFICOS.....	47
XI.- CONCLUSIONES.....	53
XII.- RECOMENDACIONES.....	54
XIII.- BIBLIOGRAFÍA.....	55
XIV.- ANEXOS.....	57

I.- MARCO TEÓRICO

I.1.-DEPRESIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión afecta en el mundo a unos 121 millones de personas, de los que menos del 25% tienen acceso a tratamientos efectivos y advierte que una de cada cinco personas llegará a desarrollar un cuadro depresivo en su vida, aumentando este número si concurren otros factores como enfermedades médicas o situaciones de estrés.(1) Además, es previsible que en el año 2020, la depresión pase a convertirse en la segunda causa más común de discapacidad, después de las enfermedades cardiovasculares (2).

Estudios realizados en la capital del país, muestran que el 9% de la población adulta entre 18 y 65 años, presenta trastornos afectivos, 7.8% corresponden a episodios de depresión mayor, con una tasa de 2.5 mujeres por cada varón; 1.5% distimia con una proporción hombre/mujer similar, 2.6 varones por cada mujer y una tasa inferior de episodios maniacos con pocas diferencias por sexo 1.2:1 (3).

Definición

Los trastornos depresivos corresponden a una categoría taxonómica de los trastornos afectivos. A su vez, se subdividen en tres grupos: trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno depresivo no especificado (4). De éstos, la depresión mayor (también llamada depresión unipolar) y la distimia son las categorías más frecuentes (5).

Depresión mayor (unipolar)

El DSM define al trastorno depresivo mayor por la presencia de uno o más episodios depresivos mayores sin historia de episodios maniacos, mixtos o hipomaníacos. Un episodio depresivo mayor debe durar al menos dos semanas, y

se caracteriza por la aparición de síntomas como estado de ánimo decaído la mayor parte del día o casi todos los días; disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en casi todas las actividades; alteraciones de peso (pérdida o aumento del mismo); alteraciones del sueño (insomnio o hipersomnias); fatiga o pérdida de energía; agitación o enlentecimiento psicomotores; sentimientos de minusvalía y/o de culpa excesivos; disminución de la capacidad para pensar o concentrarse; pensamientos de muerte o ideación suicida recurrente. Estos indicios provocan deterioro social y laboral y no se explican mejor por la presencia de un duelo, ni son debidos al consumo de sustancias o a una enfermedad médica (6).

Trastorno distímico

La característica esencial del trastorno distímico es un estado de ánimo crónicamente depresivo que está presente la mayor parte del día de la mayoría de los días durante al menos 2 años. Los sujetos con trastorno distímico describen su estado de ánimo como triste o «desanimado». En los niños, el estado de ánimo puede ser irritable más que depresivo y la duración mínima exigida es sólo de 1 año. Durante los períodos de estado de ánimo depresivo hay al menos otros dos síntomas de entre los siguientes: pérdida o aumento de apetito, insomnio o hipersomnias, falta de energía o fatiga, baja autoestima, dificultades para concentrarse o para tomar decisiones y sentimientos de desesperanza. Los sujetos pueden señalar pérdida de intereses y aumento de la autocrítica, viéndose a menudo a sí mismos como poco interesantes o inútiles. Puesto que estos síntomas se convierten en gran medida en una parte de la experiencia cotidiana (p. ej., «yo siempre he sido así», «esta es mi forma de ser»). A lo largo del período de 2 años (1 año en niños y adolescentes), los intervalos libres de síntomas no son superiores a 2 meses (Criterio C). Sólo se puede realizar el diagnóstico de trastorno distímico si no ha habido episodios depresivos mayores antes de aparecer los síntomas distímicos. No se establece el diagnóstico de trastorno distímico si el sujeto ha presentado alguna vez un episodio maníaco, un episodio

mixto o un episodio hipomaníaco o si alguna vez se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico. Los síntomas deben provocar un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral (o escolar) o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. (6)

El trastorno depresivo no especificado

Se incluye para codificar los trastornos con características depresivas que no cumplen los criterios para un trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo (o síntomas depresivos sobre los que hay una información inadecuada o contradictoria)(6).

ETIOLOGIA

En los trastornos depresivos se consideran tres tipos de factores etiopatogénicos: genéticos, biológicos y sociales (7).

Factores Genéticos

Diferentes estudios sobre la incidencia de la depresión en gemelos y familias han demostrado una clara base genética en algunos tipos de depresión, de hecho, desde este tipo de investigación, es desde donde se ha podido proporcionar mayor evidencia sobre los factores hereditarios de los trastornos afectivos. Se afirma que los familiares de sujetos con depresión mayor tienen mayor grado de incidencia que la población normal, aportando cifras del 10 al 20 % de familiares de primer grado afectados y en el caso de los gemelos monocigóticos con tasas de concordancia entorno al 65 y 75 % (8)

Progresivamente se ha producido un mayor perfeccionamiento en el método de investigación genética, tanto por estudios de gemelos y complejos estudios de

familias, como por el avance espectacular que ha supuesto poder observar directamente el material genético, es decir, el ADN. Sin embargo, detectar cuál es el defecto genético es una tarea muy difícil, ya que los patrones de herencia no se ajustan a modelos mendelianos sencillos, sino que se trata de una situación compleja y multifactorial (9).

Factores Biológicos

Actualmente existe un mayor conocimiento de los factores biológicos, debido al avance de las investigaciones sobre esta área.

La Hipótesis de las Aminas Biógenas

En la década de los 60, investigadores de Estados Unidos y Europa, virtualmente en forma simultánea, propusieron la hipótesis de las aminas biógenas de la depresión. Esta hipótesis sostenía que la depresión era causada por una deficiencia en la catecolamina norepinefrina (NE), y/o la indolamina serotonina (5HT). Implicaba que las alteraciones bioquímicas de estos sistemas de monoaminas estaban genéticamente determinadas, minimizando así cualquier influencia ambiental posible (10).

Serotonina

La serotonina ejerce importante acción en el talante, conducta, movimiento, apreciación del dolor, actividad sexual, apetito, secreciones endocrinas, funciones cardíacas y el ciclo de sueño-vigilia. La mayoría de la serotonina cerebral se genera en los núcleos del rafe, principalmente en el noveno núcleo del rafe, que se localiza encordado entre la línea media del puente y el bulbo raquídeo, estructuras que forman parte del tallo cerebral (11)

Noradrenalina

El Locus coeruleus (LC) es el núcleo del encéfalo, en el tallo cerebral, que genera la noradrenalina (NA); las neuronas del LC envían sus axones principalmente a las estructuras límbicas, que incluyen la amígdala, la formación hipocámpica y la corteza prefrontal. El Locus coeruleus, estructura que forma parte de la formación reticular, posee actividad tónica como marcapaso. La actividad de las neuronas del LC aumenta significativamente en la vigilia y en episodios de estrés, en los cuales su actividad neuronal alcanza niveles de intensidad máxima, y de ese modo contribuye a alertar el organismo lo necesario para sobrevivir.(12) Es lógico aceptar que el estrés crónico genera depresión reactiva, como se observa en los modelos animales de depresión, y que las reservas de NA en el LC obviamente tienden a depletarse, lo que conduce a mantener el estado de depresión reactiva; en el caso de individuos con depresión secundaria al estrés crónico ocurre un fenómeno fisiológico similar.

La carencia de este neurotransmisor o su desequilibrio con la serotonina puede ser la causa de psicosis depresiva unipolar o bipolar; los medicamentos antidepresivos específicos están dirigidos a mejorar actividad de la noradrenalina en la sinapsis.(11)

Dopamina

La dopamina es una catecolamina que se genera por las neuronas pigmentadas en la pars compacta del Locus níger; y en neuronas de la parte ventral del tegmentomesencefálico; de aquí se origina la vía que existe entre la substantianigra y el cuerpo estriado (vía nigroestriada), la vía que va del área tegmental ventral del mesencéfalo hacia el nucleus accumbens del sistema límbico y a la corteza prefrontal (vía mesolímbicocortical). Una tercera vía dopaminérgica se origina de neuronas del túbulo de la hipófisis a la adenohipófisis (vía tuberohipofisaria), aunque esta última solamente participa en la síntesis de

prolactina. La dopamina es principalmente un neurotransmisor inhibitorio. Este neurotransmisor, en las vías mesocortical y mesolímbica, participa en el mantenimiento del estado de alerta. Se deriva del aminoácido tirosina y la síntesis es por la misma vía que para la noradrenalina. (11)

La serotonina y la noradrenalina tienen fuerte influencia en patrones de conducta y función mental, mientras que la dopamina está involucrada en la función motriz. Estas tres sustancias son sin duda fundamentales para un funcionamiento normal del cerebro; por esta razón, dichos neurotransmisores han sido el centro de estudios neurocientíficos durante muchos años. (11)

También se ha pretendido darle una localización neuroanatómica a la depresión. Así, los estudios de tomografía por emisión de positrones (PET) y de resonancia magnética funcional (RMf) han determinado una posible alteración anatómica en la corteza prefrontal ventral a la rodilla del cuerpo calloso, alterada en los casos de depresión unipolar. Durante la fase depresiva de la enfermedad, la actividad en esta región disminuye. Esta disminución parece explicarse en gran parte por la reducción del volumen (45% aprox.) de la sustancia gris de esta zona de la corteza prefrontal(13).

Esta región de la corteza prefrontal tiene extensas conexiones con otras regiones involucradas en la conducta emocional, como el núcleo amigdalino, el hipotálamo lateral, el núcleo accumbens y los sistemas noradrenérgicos, serotoninérgicos y dopaminérgicos del tronco encefálico. Las personas con lesiones en estas áreas presentan dificultades para experimentar las emociones (13).

Factores sociales

No menos importantes son los factores psicosociales en la expresión de la enfermedad. En este sentido, se ha observado que los primeros episodios depresivos aparecen luego de algún acontecimiento estresante, y el estrés que

acompaña al primer episodio produce cambios a largo plazo en la biología cerebral. Estos cambios de larga duración pueden producir variaciones en el funcionamiento de diferentes neurotransmisores y sistemas de señales intraneuronales, variaciones que implican pérdidas neuronales y disminución de conexiones sinápticas. Como consecuencia, la persona resulta más vulnerable para sufrir episodios depresivos posteriores, incluso sin factores estresantes externos (14).

Los acontecimientos vitales desempeñan un papel esencial o primario en la depresión. Estas situaciones comprenden la muerte de un familiar próximo o de un amigo, alguna enfermedad crónica en el mismo paciente o en un familiar, problemas interpersonales, dificultades financieras, divorcio, entre otras (15).

En resumen, la etiología de la depresión demuestra la intervención de múltiples factores, como los genéticos, biológicos y psicosociales, lo que hace de esta enfermedad una patología compleja.

Por lo tanto, su tratamiento deberá basarse en la comprensión de su etiología, integrando para ello la farmacoterapia y las intervenciones psicoterapéuticas. La farmacoterapia se basa en el uso de antidepresivos, entre los cuales encontramos principalmente a los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, los antidepresivos tricíclicos (ATC) y a los inhibidores de la monoamino oxidasa (IMAO). En la actualidad, los más utilizados pertenecen al primer grupo, debido a su alta eficacia y a sus bajos efectos colaterales.

Diagnóstico

Depresión Mayor:

Es un trastorno caracterizado por una agrupación de síntomas afectivos donde predominan el ánimo deprimido y la anhedonia , también pueden estar presentes

síntomas de tipo cognitivo y algunos somáticos, por lo que podría considerarse que existe un compromiso general de la psiquis. La clave para diferenciar estas alteraciones afectivas del estado de ánimo basal de un individuo, se daría por la persistencia y la severidad de los síntomas depresivos, y la alteración producida por ellos en las esferas social, laboral y personal del funcionamiento del individuo. Para realizar el diagnóstico de Depresión Mayor, según los criterios diagnósticos del DSM IV TR debe observarse un cambio frente a la actividad previa del paciente y al menos uno de los síntomas presentados debe corresponder al estado de ánimo depresivo, o a la pérdida del interés o de la capacidad para el placer (6)

Criterios diagnósticos del Episodio Depresivo Mayor.

A. Presencia de por lo menos 5 o más de los siguientes síntomas durante un período de por lo menos 2 semanas.

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día.
2. Disminución del interés, o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades.
3. Pérdida o aumento de peso o del apetito.
4. Presencia de insomnio o hipersomnia cada día.
5. Agitación o enlentecimiento psicomotor.
6. Fatiga o pérdida de energía.
7. Sentimientos de inutilidad o de culpa inapropiados.
8. Disminución en la capacidad para pensar o concentrarse.
9. Pensamientos recurrentes de muerte.

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

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

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

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo.

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

Criterios para el diagnóstico de Trastorno distímico.

A. Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos 2 años. Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser de al menos 1 año.

B. Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas:

- (1) pérdida o aumento de apetito
- (2) insomnio o hipersomnia
- (3) falta de energía o fatiga
- (4) baja autoestima
- (5) dificultades para concentrarse o para tomar decisiones
- (6) sentimientos de desesperanza

C. Durante el período de 2 años (1 año en niños y adolescentes) de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los Criterios A y B durante más de 2 meses seguidos.

D. No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los primeros 2 años de la alteración (1 año para niños y adolescentes); por ejemplo, la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico o un trastorno depresivo mayor, en remisión parcial.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

F. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como son la esquizofrenia o el trastorno delirante.

G. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

H. Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

Inicio temprano: si el inicio es antes de los 21 años

Inicio tardío: si el inicio se produce a los 21 años o con posterioridad

Especificar (para los últimos 2 años del trastorno distímico): Con síntomas atípicos

Nota:

Antes de la aparición del episodio distímico pudo haber un episodio depresivo mayor previo que ha remitido totalmente (ningún signo o síntoma significativos durante 2 meses). Además, tras los primeros 2 años (1 año en niños y adolescentes) de trastorno distímico, puede haber episodios de trastorno depresivo mayor superpuestos, en cuyo caso cabe realizar ambos diagnósticos si se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

Los ejemplos del trastorno depresivo no especificado incluyen:

1. Trastorno disfórico premenstrual: los síntomas (p. ej., estado de ánimo acusadamente deprimido, ansiedad importante, marcada labilidad afectiva,

pérdida de interés en las actividades) se presentaron con regularidad durante la última semana de la fase luteínica (y remitieron a los pocos días del inicio de las menstruaciones) en la mayoría de los ciclos menstruales del último año. Estos síntomas tienen que ser de la suficiente gravedad como para interferir notablemente en el trabajo, los estudios o las actividades habituales y estar completamente ausentes durante al menos 1 semana después de las menstruaciones.

2. Trastorno depresivo menor: episodios de al menos 2 semanas de síntomas depresivos, pero con menos de los cinco ítems exigidos para el trastorno depresivo mayor.

3. Trastorno depresivo breve recidivante: episodios depresivos con una duración de 2 días a 2 semanas, que se presentan al menos una vez al mes durante 12 meses (no asociados con los ciclos menstruales).

4. Trastorno depresivo postpsicótico en la esquizofrenia: un episodio depresivo mayor que se presenta durante la fase residual en la esquizofrenia.

5. Un episodio depresivo mayor superpuesto a un trastorno delirante, a un trastorno psicótico no especificado o a la fase activa de la esquizofrenia.

6. Casos en los que el clínico ha llegado a la conclusión de que hay un trastorno depresivo, pero es incapaz de determinar si es primario, debido a enfermedad médica o inducido por sustancia.

*Adaptado del DSM IV TR, 2003

TRATAMIENTO

Fases del tratamiento

El tratamiento de los trastornos depresivos se suelen distinguir tres fases: aguda, continuación y mantenimiento (16).

Aguda:

Su objetivo es suprimir todos los signos y síntomas del episodio en curso, restaurando la funcionalidad psicosocial y ocupacional (17). Esta fase abarca las primeras semanas de tratamiento, hasta que el paciente alcanza una respuesta clínica significativa, que usualmente es de al menos un 40-60% de mejora en los síntomas (18). Se considera que existe respuesta cuando el paciente mejora significativamente, si bien no hay una remisión total. Cuando los síntomas reaparecen y son suficientemente graves en los 6 meses siguientes a la remisión, se considera que se ha producido una recaída (16).

Continuación:

Persigue prevenir las recaídas consolidando la respuesta inicial. Se considera al paciente recuperado cuando ha permanecido asintomático durante al menos 4 a 9 meses tras el episodio depresivo. Una vez alcanzada la recuperación, el tratamiento de continuación puede interrumpirse (16); no debiendo retirarlo si aún persisten los síntomas (17). Sin embargo, en los casos de depresión recurrente, puede aparecer un nuevo episodio meses o años después (16).

Mantenimiento:

Se encamina a prevenir un nuevo episodio de depresión. Su duración podría oscilar desde un año a toda la vida del sujeto, dependiendo de la probabilidad de recurrencias (16). Aunque no existe acuerdo definido, la decisión de instaurar un tratamiento de mantenimiento debe tomarse de acuerdo con criterios clínicos; entre los cuales se considera clave el número de episodios previos. Se considera razonable el tratamiento de mantenimiento en pacientes que han presentado dos

episodios depresivos graves en los cinco años precedentes. Estos pacientes precisarían asistencia especializada (17).

Formas de tratamiento

La decisión de instaurar un tratamiento antidepresivo debería realizarse en función de los síntomas, del grado de disfunción, y de los episodios previos depresivos que presenta el paciente. No debería verse influenciada por la existencia de una explicación razonable para el episodio depresivo, tal como un evento vital estresante. En el tratamiento de la depresión mayor se utiliza la farmacoterapia, psicoterapia o ambas. También se utilizan la terapia electroconvulsiva (electroshock) y la luminoterapia(16).

Los antidepresivos tricíclicos (ATC) y heterocíclicos (AHC) actúan principalmente aumentando la concentración de los neurotransmisores a nivel de la sinapsis, por inhibición de la recaptaciónpresináptica de norepinefrina y serotonina.

Asímismodisminuyen la sensibilidad de los receptores postsinápticos, si bien existen notables diferencias en cuanto a la especificidad y el nivel íntimo de actuación entre los distintos agentes (18). Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), como su nombre indica, actúan inhibiendo selectivamente la recaptación de la serotonina, aumentando la disponibilidad de serotonina en los receptores postsinápticos (18)

Los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAOs) tradicionales (no selectivos) aumentan la concentración sináptica de norepinefrina, serotonina y dopamina, por inhibición de la MAO en sus formas A o B (19). La moclobemidaes un IMAO reversible y selectivo de la monoaminoxidasa A, no relacionado químicamente con los IMAOs tradicionales (19).

Nefazodona y trazodona presentan una acción mixta sobre la transmisión serotoninérgica, con una escasa afinidad por los demás receptores (18).

La reboxetina actúa preferentemente aumentando la norepinefrina postsináptica teniendo escaso o nulo efecto sobre la recaptación de serotonina o de la dopamina (19).

La venlafaxina, al igual que los ATC, es un potente inhibidor de la recaptación de serotonina y norepinefrina y un inhibidor débil de la recaptación de dopamina; presentando a diferencia de aquellos, una escasa afinidad por los receptores muscarínicos, histaminérgicos y alfa1- adrenérgicos (19).

En la actualidad, parece que los ISRS son más utilizados como primera elección para tratar la depresión en pacientes psiquiátricos, mientras que los ATC son aún comúnmente utilizados en atención primaria (19).

DEPRESION EN EL EMBARAZO Y POSPARTO.

Hasta mediados de la década del 80 del siglo pasado, prevaleció la idea de que la maternidad, particularmente el embarazo, se asociaba casi invariablemente a un estado de bienestar emocional y ausencia de patología mental. Se sabía, por supuesto, que las enfermas psiquiátricas se podían embarazar y que las puérperas eran algo más vulnerables, pero predominaba el concepto de que la gestante no padecía de afecciones psíquicas (20).

La embarazada experimenta un periodo crítico durante esta etapa en su vida al verse en la necesidad de llevar a cabo una serie de ajustes, los cuales culminan idealmente con una relación positiva madre hijo. Sin embargo, el embarazo representa un factor importante en el descontrol o aparición de diversos padecimientos, entre ellos los psiquiátricos, que generalmente se exacerban (21).

Desde el punto de vista psicológico, el embarazo genera una serie de adaptaciones y ajustes, entre los que se observan la expectativa y fantasías respecto al género del producto, los temores en relación a la salud del mismo y los ajustes psicológicos debido a las modificaciones en la estructura corporal y la readaptación del esquema corporal, sin dejar de mencionar las modificaciones hormonales, inmunológicas y mecánicas que requieren de la capacidad de ajuste del organismo para mantener la homeostasis (21).

De estos trastornos, son fundamentalmente los cuadros depresivos los que concitan mayor atención, tanto de parte de profesionales de la salud mental como de especialistas en ginecoobstetricia y pediatría. Entre otras razones, esto obedece a la prevalencia actual de la depresión. El interés actual por familiarizarse con el diagnóstico y tratamiento esta patología se explica también por la constatación creciente de que el no tratar la depresión materna tiene efectos deletéreos en el desarrollo del feto, del lactante e incluso de los hijo(a)s en épocas más tardías de la vida (22).

Todo profesional de la salud debe tener en cuenta la posibilidad de que una mujer presente en la etapa perinatal un cuadro de depresión, es decir, durante el embarazo y el posparto, esto debido a que se considera un fenómeno con una frecuencia relativamente alta (23).

Las características clínicas de la depresión mayor del embarazo son, en lo fundamental, similares a las observadas en los episodios depresivos que se presentan en otras épocas de la vida. (23)

Sin embargo, la mayoría de las mujeres que están deprimidas en la etapa perinatal no buscan ni reciben un tratamiento específico. Es necesario que el clínico/a esté familiarizado con su fenomenología y que aprenda a reconocer el cuadro y que entienda sus causas, así como las estrategias de ayuda que se pueden implementar. Asimismo, es necesario señalar la importancia que puede

tener una intervención temprana para la nueva madre, su bebé, su esposo o compañero y el resto de la familia. (23)

Se debe tener presente que algunas molestias propias de la gravidez, como por ejemplo la astenia, la labilidad emocional y las alteraciones del sueño y del apetito, suelen encontrarse durante la depresión. (24)

PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO.

Se ha estimado que el 5% de las mujeres embarazadas en Estados Unidos de América (EUA) sufre de depresión mayor. (25)

Otro estudio epidemiológico realizado en el mismo país, encontró una prevalencia de 10% de depresión mayor en mujeres durante la gestación. La frecuencia de depresión puede ser mucho mayor en mujeres que están expuestas a más factores de riesgo, como por ejemplo: vivir en condiciones de pobreza, cuidar de otros hijos pequeños en casa y ser madres solteras. Lo mismo se ha encontrado en países del “tercer mundo”, donde hay una prevalencia endémicamente alta de pobreza y muchos otros factores de riesgo adicionales. (26)

En México, la prevalencia de depresión (probable episodio depresivo) en dos muestras distintas de embarazadas que acudieron a su control prenatal al Instituto Nacional de Perinatología (INPer), fue de alrededor de 17%. (27)

La prevalencia de depresión fue aún mayor, cuando la evaluación se realizó mediante una entrevista clínica estructurada (como el SCIDI) con el fin de confirmar el diagnóstico de trastorno depresivo. (27)

La depresión posparto también es frecuente y ocurre entre 10 y 20% de las mujeres en etapa postnatal.

Una revisión sistemática publicada en 2004 mostró que la prevalencia de depresión en el embarazo es del 7% en el primer trimestre, en el cual prima la incertidumbre y la adaptación a los cambios fisiológicos de la gestación y al nuevo rol de madre; 12,8% en el segundo trimestre donde se realiza la internalización del feto y estructuración del vínculo emocional madre-hijo y del 12% en el tercer trimestre, caracterizado por la concentración de afectos, intereses y emociones en el niño y temores sobre el momento del parto. (28)

Existe evidencia que muestra una continuidad del trastorno depresivo mayor del embarazo hacia el postparto sobre todo si el embarazo es de alto riesgo. (29)

La depresión tiende a coexistir también con síntomas de un trastorno de ansiedad. Al principio, o cuando la depresión no es grave, puede ser difícil distinguir los síntomas depresivos de las quejas comunes durante el embarazo o puerperio (como cansancio, dolores vagos, falta de energía, dificultades para dormir). (29)

En la mujer embarazada, la depresión se asocia con una peor alimentación y menos búsqueda de cuidados prenatales. También, la mujer tenderá a fumar y a usar alcohol con mayor frecuencia y tendrá peor higiene. Entre más deprimida está la mujer, la naturaleza del problema hace que precisamente busque menos ayuda y no busque servicios para mejorarla. (29)

Entre las barreras para detectar la depresión está la concepción generalizada de que el embarazo y el puerperio deben ser etapas llenas de felicidad y que no debe haber lugar para la tristeza. Esto puede hacer que la o el clínico sólo “quiera oír” pensamientos optimistas y, sin darse cuenta, transmita este mensaje a la mujer. Otra barrera está en la misma mujer, que puede sentirse culpable de que no está enteramente feliz ante la situación actual (embarazo o posparto) pues “debería estar contenta”.

También, la familia puede presionarla para que no verbalice sentimientos negativos que de hecho tiene. (29)

Manifestaciones clínicas

Las más comunes son: sentirse triste la mayor parte del tiempo, tener pensamientos pesimistas sobre el futuro (“todo irá mal, tengo mala suerte, seguramente habrá complicaciones, no seré una buena madre”, etc.). Puede tener también pensamientos de autoreproche (“debería ser mejor madre, trabajar más duro, hacerlo todo en la casa, no sentirme cansada, atender mejor al marido”, etc.). La mujer puede expresar sentirse abrumada por su situación presente, por ejemplo, no poder llevar a cabo el embarazo o no poder cuidar al bebé. Ocasionalmente siente que no podrá hacer frente a todas estas nuevas responsabilidades y se siente aterrada de estar sola con el niño en la casa, temiendo no poder satisfacer sus necesidades (amamantarlo, bañarlo, cambiarlo, etc.) y se siente paralizada. (30)

A veces, en vez de tristeza y llanto fácil, hay marcada irritabilidad hacia el marido, el bebé y otros parientes. La mujer puede sentirse fácilmente exasperada y al borde de perder la paciencia ante pequeñas frustraciones.

Puede también tener pensamientos negativos sobre el bebé, que la aterran, como temer que podría dañarlo, tirarlo, sofocarlo u olvidarse de él o ella.

En la depresión posparto puede haber algunas manifestaciones adicionales. Cuando la depresión es grave, puede tener una sensación de futilidad y sentir que no vale la pena vivir, y que por lo tanto, ayudaría a su niño si éste muriera junto con ella. Puede pensar que no valió la pena traerlo al mundo a sufrir. (30)

Otro problema es la baja ingestión de alimentos y el consecuente poco aumento de peso, que también puede tener consecuencias desfavorables para el bebé y su

crecimiento in útero. Cuando una mujer ya ha tenido un episodio de depresión mayor posparto, tiene un riesgo de aproximadamente 25% de sufrir una recurrencia en un parto subsecuente. (31)

Manifestaciones clínicas de la tristeza posparto (blues).

La tristeza posparto no es realmente un trastorno per se. Es un problema pasajero, que se estima ocurre hasta en 50 a 60% de mujeres.

Consiste en labilidad emocional, tristeza, sentimientos de temor hacia el futuro, dudas sobre su competencia como madre, y llanto fácil.

No es un trastorno grave y cede por sí solo en unas cuantas semanas. La tristeza posparto sólo requiere de tranquilizar a la madre y a quienes la rodean. Suele aparecer hacia el 4o o 5o día posparto.

Se ha sugerido que algunos factores que predisponen a la aparición de estos sentimientos, son el antecedente de tener síndrome de tensión premenstrual, el aumento de peso durante el embarazo y la supresión súbita de progesterona después del parto. (31)

I.2. EMBARAZO

El embarazo se define como el periodo de tiempo comprendido desde la fecundación del óvulo hasta el parto, su duración aproximada es de 280 días, (de 37 a 40 semanas).

Además de las modificaciones que experimentan la estructura y el metabolismo de la madre. También se producen cambios biológicos hormonales y psicológicos, lo que puede provocar en las gestantes diferentes alteraciones en el organismo, para poder afrontarlos, la mujer presentan cambios y adaptaciones importantes

influenciados en gran medida por hormonas y otros se originan por factores relacionados con el crecimiento del feto dentro del útero.(32)

Edad gestacional

Por protocolo médico, se considera como fecha de concepción al primer día de la última menstruación de la mujer (FUM) Es así porque no se puede tener con exactitud el día de la concepción.

Como se dividen los trimestres del embarazo:

•1° Trimestre: Desde la FUM (fecha última menstruación) hasta la semana 13

•2° Trimestre: Desde la semana 14 hasta la semana 27

•3° Trimestre: Desde la semana 28 hasta la FPP (fecha probable de parto)

El primer y el tercer trimestre constan de 13 semanas, mientras que el segundo tiene 14 semanas.

Los cambios principales:

Biológicos

Los eventos biológicos van desde cambios en el aspecto físico de la mujer como es el progresivo aumento de peso y de volumen sanguíneo, alteración en la coloración de la piel y en las mucosas genitales, hiperflexibilidad de las articulaciones, hasta cambios fisiológicos mayores como son los ocurridos en el sistema cardiovascular, urinario, digestivo, respiratorio, de coagulación, y órganos reproductivos. Las hormonas sexuales aumentan su producción en el organismo y

la mujer entra en desbalance inmunológico que la hace susceptible de agresiones a la salud, respecto de la mujer no grávida. (33)

La duración del embarazo (alrededor de 40 semanas), denominado período gestacional, se divide en tres segmentos de tres meses cada uno denominados trimestres. Durante las ocho primeras semanas el bebé que se está desarrollando recibe el nombre de embrión, después se le denomina feto. Durante el primer trimestre se produce la histogénesis, es decir, formación de los distintos tipos de tejidos, que cuando estos se agrupan para formar los órganos se denomina organogénesis (34). En dicho período es muy importante la calidad de la dieta debido a que es el momento en que ocurren las malformaciones relacionadas con la nutrición. En esta etapa, las embarazadas comienzan a aumentar de peso, los senos aumentan de volumen y se vuelven delicados (35).

También es frecuente que se presenten náuseas y vómitos, que en algunas ocasiones se deriva a hiperémesis gravídica, presencia de náuseas y vómitos en forma prolongada, que puede llegar a situaciones peligrosas por pérdida de líquidos y electrolitos. En estos casos, suele estar indicada la hospitalización, y se requiere la restitución de dichas pérdidas por vía intravenosa para evitar las complicaciones de la deshidratación. Sin embargo es más frecuente que los vómitos remitan hacia la mitad del día, por lo que se aconseja concentrar la mayor parte de las comidas por la tarde y la noche. En el segundo trimestre: el feto tiene ya una apariencia humana reconocible, y crece con rapidez. El embarazo de la madre es evidente, tanto externa como internamente. Su ritmo cardiaco y presión sanguínea aumentan para adaptarse a las necesidades del feto. En el tercer trimestre: los órganos de éste maduran. La mujer embarazada tiende a sentir calor e incomodidades durante este periodo, y su sueño, puede verse alterado (35).

CAMBIOS EN COMPOSICIÓN CORPORAL Y GANANCIA DE PESO

Se ha estudiado que el promedio de peso ganado durante el embarazo es de 12.5 Kg.; este nivel de ganancia está asociado con óptimo resultado reproductivo en mujeres saludables. Aproximadamente el 5% del total de peso ganado ocurre en las 10-13 semanas de embarazo, el resto es ganado a lo largo del segundo y tercer trimestre con una tasa promedio de 0.450 Kg. por semana (35).

La Organización Mundial de la Salud en un estudio sobre antropometría materna y resultado del embarazo; concluyó que el peso al nacer de 3.1– 3.6 Kg. (media de 3.3 Kg.) estuvo asociado a un óptimo resultado fetal y materno. El rango de peso materno ganado asociado con óptimo peso al nacer fue de 10-14 Kg. con un promedio de 12 Kg. (36).

En casos de embarazo múltiple, el incremento es diferente y la ganancia ocurre desde el primer trimestre. La ganancia excesiva de peso durante el embarazo está asociada a complicaciones, como hipertensión arterial y riesgo de diabetes gestacional. La ganancia escasa de peso por la madre se asocia a recién nacido de peso bajo (37).

Cambios sistema cardiocirculatorio.

Normalmente en el 1º y 2º trimestre, la presión disminuye porque existe una disminución de las resistencias periféricas la finalidad es mejorar la perfusión en la placenta. De este modo, si administramos una sustancia como por ejemplo angiotensina necesitamos más cantidad de la normal. En el 3º trimestre va a recuperarse esta presión. (38)

-Volemia: aumento 25-45% por que está muy incrementado el paso de sangre a la unidad fetoplacentaria. Esta volemia es por aumento del plasma por lo que hay una Hemodilución.

-Trabajo cardíaco: aumentado:

-Embarazo: incremento del vol./ min 25-50%. Cuando más sube es la 32-34 semana.

-Parto: incremento del vol./min 10% (más), al contraerse el útero hace que salga más sangre.

- En una mujer con una pequeña cardiopatía es fácil que se descompense.

-Estática corazón: La progesterona relaja todos los músculos y con ellos el diafragma lo que hace que se desplace el corazón: rotación del eje eléctrico y horizontalización de este corazón. (38)

-Presión venosa: la situada por encima del útero queda en valores normales, la de por debajo aumenta: presentan varices, hemorroides, edemas pretibiales. Este aumento se notará sobre todo en decúbito supino menos cuando está en decúbito lateral izquierdo (y esta es la postura que debería adquirir durante la noche).

Síndrome de decúbito-supino: pérdida de conciencia y disminución de la postcarga, llega menos sangre al feto: hipoxia fetal. Cuando la mujer está de parto se trata que esté en decúbito lateral y en el alumbramiento la mesa se vascula para poder simular la postura (38).

Riego sanguíneo Regional: aumentado en el útero, riñón y piel (es muy frecuente que tenga más calor, con manos sudorosas y rojas).En gestaciones múltiples, el gasto cardiaco materno es mayor en 20% sobre el incremento normal; la volemia y el volumen plasmático se incrementan hasta 45% y 55%, respectivamente, al final del embarazo. (38)

Estas modificaciones tienen implicaciones farmacológicas, ya que el aumento del volumen plasmático y gasto cardiaco incrementan el volumen de distribución de medicamentos, sobre todo los hidrosolubles. (39)

CAMBIOS DE LA FUNCIÓN PULMONAR EN EL ORGANISMO MATERNO:

Se producen precozmente a partir de la octava semana modificaciones en las capacidades, volúmenes y ventilaciones pulmonares, por efecto hormonal y modificaciones mecánicas y anatómicas:

Por efectos hormonales: dilatación de la vía aérea, disminución de la resistencia pulmonar hasta en 50% (por acción de la progesterona, cortisol y relaxina). Además, se presenta ingurgitación de la mucosa nasal, orofaríngea y laríngea, proporcionando mayor vascularidad, razón por la cual habría una mayor absorción de medicamentos y riesgo de epistaxis. (37)

Aumento del volumen respiratorio circulante > Mayor ventilación pulmonar > volumen aire inspirado o expirado en cada respiración

Aumento de la capacidad inspiratoria

Incremento del consumo de O₂

- Hiperventilación
- Descenso de la PCO₂ puede originar cierta alcalosis respiratoria
- Frecuencia disnea
- Congestión nasal, edematización de la zona con incluso disfonía.

CAMBIO DEL APARATO URINARIO EN EL ORGANISMO MATERNO:

Se produce dilatación de la pelvis renal, cálices y los uréteres, provocando aumento del espacio muerto urinario. El incremento del espacio muerto urinario unido al crecimiento de la vascularización renal y el mayor volumen intersticial ocasionan aumento en la longitud del riñón, de aproximadamente 1 a 1.5 cm, en comparación con el riñón de la mujer no gestante. La hidronefrosis e hidrouréter se inician precozmente desde la sexta semana de gestación y el 90% de los embarazos presenta estas modificaciones alrededor de la semana 28 produciendo un incremento de infecciones urinarias. (39)

Cambios estática vésciculo-uretral. Por el desplazamiento de la vejiga que tendrá menos capacidad de la misma: incontinencia urinaria y polaquiuria

Cambios funcionales:

- Aumento del flujo plasmático renal (más en decúbito lateral) aumento de la diuresis en dicha postura.
- Aumento del filtrado glomerular: La función renal se altera también durante el embarazo; así, el flujo sanguíneo renal (FSR) y la tasa de filtración glomerular (TGF) se incrementan en 50 a 60%; la reabsorción de agua y electrolitos también están elevada, manteniéndose normales el balance hídrico y electrolítico.
- Aumento de la renina, AT y aldosterona: pero no hay HT por reactividad vascular.
- Aumento de la volemia (más la plasmenia que la citemia) Hemodilución

CAMBIOS HEMATOLÓGICOS EN EL ORGANISMO MATERNO:

- Hto: 32%
- Hb:11-12 gr /100mm²
- Incremento de leucocitos:Embarazo: 6000 – 10,000 mm³. Durante el parto alcanzar 15,000 – 20,000 leucocitos es normal.
- VSG: <50 mm 1^a hora es normal.
- Incremento de los factores de coagulación: favorece la hemostasia: fibrinógeno, I, III, V, VII, VII; IX y X.

CAMBIOS EL APARATO DIGESTIVO EN EL ORGANISMO MATERNO.

El estómago se modifica debido a factores mecánicos y hormonales; el elemento mecánico es el útero ocupado y el factor hormonal, la progesterona, que disminuye el peristaltismo gástrico e intestinal; como resultado del factor hormonal, se producirá retraso en el vaciamiento gástrico y, en el intestino, una mayor absorción, debido a la lentitud en el tránsito intestinal. (37)

-Náuseas y vómitos matutinos: Emesis se denomina si es por la mañana. Hiperémesis: si son a lo largo del día impidiendo beber y comer, esto ya es patológico. Es conveniente que no huela nada a comida, que el desayuno sea un zumo frío poco a poco, evitar lugares cerrados y disgustos. (37)

-Gingivitis épuilis: hiperemia con pequeñas hemorragias en las encías > higiene apropiada.

-Estreñimiento: hipotono, hipomotilidad: ayuda al desarrollo de las hemorroides.

-Pirosis: reflujo gastro-esofágico. Relajación del cardias y vaciamiento menor. No meterse en la cama directamente

-Descenso de pepsina y HCl: 1º y 2º cuatrimestre: da sensación junto al menor vaciamiento de distensión

-Vesícula biliar atónica y distendida: hipotono, cuando hay muchos embarazos: favorece la litiasis biliar

El hígado no experimenta modificaciones morfológicas y el flujo sanguíneo de la vena porta y el flujo sanguíneo total están incrementados significativamente a partir de las 28 semanas. (37)

Algunas pruebas de la función hepática se alteran durante el embarazo; por ejemplo, la fosfatasa alcalina se eleva casi al doble, mientras que las aminotransferasas, gamma glutamiltranspeptidasa y bilirrubina total muestran concentraciones ligeramente disminuidas. La albúmina sérica disminuye debido al incremento del volumen sanguíneo, pudiendo ser menor la relación albúmina/globulina en comparación a la mujer no embarazada (39).

Páncreas: hiperplasia de islotes de Langerhans: elevación de la insulina basal y sobrecarga de glucosa: ascenso rápido de la insulina. (El feto obtiene principalmente energía de la glucosa). El embarazo tiene una acción diabética: mujer con DM tiene que incrementar su dosis de insulina. Diabetes Gestacional.

Se produce por la acción antiinsulina que tiene hormonas: por ej.: el lactógeno placentario que va a ir aumentando durante el embarazo, cortisol, estrógenos, progesterona.(39)

CAMBIOS EN LA PIEL DEL ORGANISMO MATERNO:

-Prurito: se presenta en 3 a 20% de las embarazadas, puede ser localizado o generalizado y se acentúa conforme avanza la gestación. (40)

-Alteraciones pigmentarias: la más común y que preocupa a la mujer gestante es el cloasma o melasma; esto se debe a que en determinadas áreas de la piel hay mayor cantidad de melanocitos, siendo la única alteración histológica el depósito de melanina, influenciadas por la hormona estimulante de la melanina, factores genéticos, cosméticos y radiación ultravioleta. (41)

-Hiperpigmentación: sobre todo en pacientes de piel oscura: línea alba, pezón, areola mamaria.

-Varices superficiales: piernas, recto, vulva. No hay que tratar.

-Arañas vasculares: brazo, tórax superior, cuello.

-Estrías: frecuente en personas de piel clara, de localización abdominal, alrededor del ombligo y en las mamas; no solo se producen por la distensión de la piel, sino también influirían los factores hormonales. (40)

CAMBIOS EN LAS GLÁNDULAS ENDOCRINAS DEL ORGANISMO MATERNO:

Hipófisis: Hiperplasia e hipertrofia.

- Acusado descenso FSH y LH.

- Elevación de la Prolactina, ACTH y TSH

Suprarrenal:

- Aumento cortisol ligado a transcortina.

- Aumento de Aldosterona.

Tiroides: Hiperplasia: Aumento de T4T3 ligadas TBG. Sobre todo en el primer trimestre por que la gonadotropina tiene acción tirotrópica. Además, por parte de la placenta hay hormona tirotrópica. (37)

Incremento de peso: 1 kg en el primer trimestre y 5 kg en cada uno de los otros dos trimestres. El incremento en calorías ha de ser de 300 kcal / día. Entre el 50-60% de las calorías ingeridas han de ser HC, lo que no se deben de dar son azúcares que se reabsorber rápidamente y elevan la glucemia. Proteínas:25-30%. Grasas: 25-30%. (37)

CAMBIO EN EL METABOLISMO DEL ORGANISMO MATERNO

-Metabolismo Hídrico: retención 7000 ml en el embarazo: Feto, Placenta, Hipervolemia, líquido amniótico, extravascular, extracelular. (37)

-Metabolismo de HC: acción diabetógena favorecedora del transvase de HC al feto. -Aumento de la glucemia basal por incrementar la insulinemia. (37)

-Metabolismo de los lípidos: aumento de los lípidos totales y NEFAS/ fuente de energía materna > ahorro HCl> HPL. (37)

-Metabolismo proteico: incremento de las necesidades proteicas: feto, placenta, útero. -Descenso de las proteínas totales y aminoácidos. Fibrinógeno aumentado. (47)

-Metabolismo electrolitos: descenso de Na y K. (37)

Ovario: ausencia de folículos en maduración. Cuerpo lúteo hasta el 10%. La progesterona provoca la decidualización de la mucosa endometrial. A partir de la 10 semana si se eliminara el cuerpo amarillo no pasaría antes, antes de entonces abortaría. (37)

CAMBIO EN EL APARATO GENITAL:

Cuello:

- Coloración violácea-congestiva.
- Ectopia = prolapso de las cc epiteliales endocérvicas: el epitelio endocervical (cilíndrico) va a cubrir parte del ectocervical (plano). Esto aparece más rojizo a la inspección.
- Tapón mucoso: se elimina poco antes del parto.
- Formación del segmento inferior: istmo útero. El Istmo se va descendiendo, es la zona más adelgazada pro ello las roturas uterinas se producen aquí y las cesáreas se realizan aquí porque tiene menos número de fibras musculares y, por tanto, será una menor cicatriz. (37)

Cuerpo Útero:

- Incremento progresivo del tamaño: hipertrofia e hiperplasia.
- Disposición espiroidea de las fibras mm de la capa intermedia.
- Transformación decidual del endometrio

Mamas:

- Aumento del volumen y consistencia
- Hiperpigmentación del pezón y areola mamaria. Además aparecen unos “granitos” que son los corpúsculos de Montgomery.
- Calostro a partir de la 12-14 semana.

Modificaciones en el sistema nervioso central y periférico

Por resonancia magnética se ha demostrado que el riego sanguíneo cerebral bilateral en las arterias cerebrales media y posterior disminuye progresivamente hasta el tercer trimestre; se desconoce el mecanismo e importancia clínica de esta merma, aunque podría explicar la disminución de la memoria durante el embarazo. (37)

Cambios psicológicos

La transición a la maternidad. La mujer tiene la tarea psicológica de convertirse en madre. Este proceso se ha denominado parentificación o parentalidad. (42)

El apego de la madre hacia el hijo se inicia con la noticia de estar embarazada. En casi toda mujer, habrá algún grado de ambivalencia, aun cuando conscientemente desee al futuro bebé. En 30% de los casos, la gestación no ha sido planeada y puede ocurrir en un momento inoportuno. En cuanto a los cambios psicológicos, estos son más importantes cuanto más condiciones desfavorables rodeen la gestación, el parto y el puerperio. (43)

Cada trimestre de la gestación tiene sus propias características psicosociales:

Es común que en el primer trimestre del embarazo la mujer sienta gran cansancio, somnolencia y náusea, además de vómito matutino. Aproximadamente 80% de las gestantes tendrán náusea y vómito. (43)

Es el trimestre de la concientización de sentimientos latentes de origen infantil y la adopción de conductas de control, y se reactivan las relaciones con la madre.(42)

Además del deseo de ser atendida por otros, la mujer mostrará una mayor dependencia respecto a quienes la rodean. (43)

En el segundo trimestre, el feto comienza a dar señales de vida y la mujer incorpora afectivamente al hijo como parte de sí misma (binding-in).

La gestante puede permitirse fantasear y meditar sobre el bebé que tiene dentro de su cuerpo. Entonces habla con su bebé, se toca el vientre al sentir los movimientos y piensa en cómo va a ser su hijo y cómo será ella como madre. Comúnmente tiene “sueños” o “fantasías” sobre cómo será su bebé, a quién se parecerá, si será niño o niña, los posibles nombres, el color de los ojos y el

carácter del niño o niña. Esto la ayuda a prepararse para el arribo del “bebé real”. (43)

En el tercer trimestre, la madre debe prepararse para el parto. Para el final del embarazo, la madre y su familia tienen perentoriamente la tarea psicológica de “hacer lugar” para su hijo o hija. (43)

Este “hacer lugar” en primer término, se refiere a que la mujer y su compañero se preparan psíquicamente para pensarse, no como individuos, sino como una entidad conjunta con el bebé. Además, se refiere a las tareas que acompañan a este proceso, literalmente creando espacios físicos (además de los psíquicos) para acomodar al recién nacido: haciéndole ropita, adquiriendo una cesta o cuna para que duerma, etc. A esta serie de conductas preparatorias algunos autores las denominan “preparar el nido”. (43)

Se ha propuesto que la mujer embarazada realiza un trabajo psicológico de adaptación en tres etapas. La primera es: “estoy embarazada”, lo que sólo le pasa a ella y a su cuerpo; la segunda es: “estoy esperando un bebé”, lo que incluye a otro ser distinto de ella y que por ahora está dentro de su cuerpo; y, la tercera es: “estoy esperando un bebé de...”, lo que incluye, además del bebé, al padre de éste, lo que da lugar al surgimiento de la noción de paternidad. (43)

Por otra parte, es muy importante tener en cuenta diferentes variables tales como: momento biológico, estado civil, miedo, paridad, etc., que pueden afectar tanto en forma positiva como negativa según la realidad de cada embarazada. Pero más que la edad, el estado civil y la paridad, lo que es verdaderamente importante es si el hijo es planeado y/o deseado. Estas son dos situaciones relacionadas pero que no son idénticas: se llama planeado el embarazo buscado conscientemente, deliberadamente por los padres por el motivo que fuere. El deseado es el que, siendo planeado o no, satisface emocionalmente las aspiraciones de maternidad o

paternidad. Sin embargo, de un embarazo no planeado, puede nacer un niño íntimamente deseado y amado (44).

I.2.1. POSPARTO.

Es el período en el que se producen, transformaciones progresivas de orden anatómico y funcional, que hacen regresar paulatinamente, todas las modificaciones gravídicas, esto se logra mediante un proceso involutivo, que tiene como fin restituir estas modificaciones a su estado pregravido. Debemos destacar que solo la glándula mamaria experimenta un gran desarrollo. (42)

Este período se extiende convencionalmente desde la finalización del período de post alumbramiento (T. de parto) hasta 45-60 días del pos parto. (42)

ETAPAS DEL PUERPERIO

- a) Puerperio Inmediato: comprende las primeras 24 Hs. y se ponen en juego los mecanismos hemostáticos uterinos. (42)
- b) Puerperio Mediato o Propiamente Dicho: abarca del 2do al 10mo día, actuando los mecanismos involutivos, y comienza la lactancia. (42)
- c) Puerperio Alejado: se extiende aproximadamente hasta los 45 días luego del parto, el retorno de la menstruación indica su finalización. (42)
- d) Puerperio Tardío: puede llegar hasta los 6 meses pos parto y se acompaña de una lactancia prolongada y activa. (42)

CAMBIOS ANATÓMICOS EN EL PUERPERIO

Involución del útero

El útero, una vez expulsada la placenta, se contrae y disminuye rápidamente de tamaño. La causa de la involución uterina es un proceso de autólisis (atrofia de tejidos y contracción y retracción del propio útero). (42)

En el proceso normal de la involución, a las doce horas, el útero se desplaza hacia el hipocondrio derecho. A las 24 horas se palpa el fondo del útero a nivel del ombligo descendiendo a través de dedo por día, para llegar al décimo día a nivel del pubis, quedando así escondido detrás de éste.(42)

Los loquios

Exudado uterovaginal, constituido por hematíes, células deciduales y de la capa de descamación del endometrio y del cérvix. Su cantidad, composición y aspecto varía a lo largo del proceso. La evolución de los loquios presenta las siguientes características:

-Lochia rubra: cuatro primeros días. La secreción es predominantemente hemática de color rojo, formada por partículas de desecho celular decidual y trofoblástico.

-Lochia serosa: hacia el décimo día de secreción. La pérdida aparece mezclada con suero volviéndose rosada. Su composición consta de hematíes, tejido necrótico, leucocitos y bacterias.

-Lochia alba: los loquios se transforman en una pérdida entre blanca y amarillenta. Están formados por suero, leucocitos, pequeñas cantidades de moco y bacterias.

Al finalizar la tercera semana desaparecen, aunque puede observarse la persistencia de una secreción de color amarronado.

La observación de los loquios es esencial para identificar un proceso infeccioso o de lentitud en la involución. (42)

Involución del cuello uterino

Inmediatamente después del parto está blando y dilatado. El cuello uterino vuelve a su tamaño anterior después de la primera semana. El orificio cervical interno se cierra, pero el externo presenta una dehiscencia (separación). (42)

Involución de la vagina

La vagina se repliega y vuelven a aparecer las rugosidades. La mucosa vaginal permanece edematosa (acumulación excesiva de líquido en el tejido) con riesgo de sangrado; su elasticidad favorece una rápida recuperación, volviendo a la normalidad la sexta semana y a la octava en las mujeres que lactan. Este retraso es debido a la falta de estrógenos, lo que ocasiona con frecuencia molestias en las relaciones sexuales, por la escasa lubricación vaginal que se recupera una vez iniciada la menstruación. (42)

Involución perineo-vulvar

La vulva permanece edematosa durante unos días posteriores al parto; si se ha practicado episiotomía (incisión en el periné de la mujer) o si se ha producido un desgarró. Si no aparecen complicaciones, cicatriza a los seis o siete días. (42)

Pared abdominal

Permanece blanda y flácida debido a la distensión, paulatinamente se recupera el tono, que dependerá en gran medida de la consistencia muscular previa al embarazo y del ejercicio de recuperación postparto. Los ligamentos y músculos de la pelvis pueden recuperar su posición a las cuatro o seis semanas. (42)

Cambios mamarios

La estructura de la glándula mamaria se vuelve más firme, sensible y dolorosa al tacto y las mamas aumentan su tamaño (ingurgitación mamaria). La producción de leche se inicia en este proceso con la producción del calostro. (42)

Función cardiovascular

El volumen de sangre aumentado durante el periodo del embarazo es de un 35% y se reduce gradualmente hasta alcanzar los volúmenes de normalidad. No obstante, hay un incremento temporal en el volumen circulante a causa del cese de la circulación placentaria y del aumento del retorno venoso. Este hecho incide en el descenso del hematocrito, iniciado con las pérdidas de sangre producidas durante el parto (alrededor de 400 ml en el parto normal). (42)

Función endocrina

Los niveles de estrógenos, progesterona y prolactina disminuyen. Con la lactancia tiene lugar un aumento inicial de prolactina. Se puede producir una recuperación en la producción de estrógenos hasta cifras similares a las previas antes de la gestación y también puede producirse la ovulación. (42)

Función renal

La normalización se produce con la aparición de una micción espontánea, alrededor de cinco horas después del parto. Como consecuencia del parto puede haber una disminución del tono vesical que comporta una disminución del deseo miccional y una mayor capacidad vesical. (42)

Función gastrointestinal

La motilidad y el tono gastrointestinal se restablecen a medida que se incrementa el apetito y la ingestión de líquidos, lo que requiere aproximadamente una semana.

Función tegumentaria

Las estrías cambian de aspecto y son menos visibles por su color blanco nacarado; generalmente no desaparecen por completo. La línea nigra del abdomen (se extiende longitudinalmente desde la sínfisis del pubis al ombligo), el cloasma gravídico (cambio pigmentario de la piel, normalmente se manifiesta como parches de coloración amarilla o marrón) y la pigmentación oscura de las areolas y pezones desaparece en pocos días.(42)

Peso corporal

La pérdida de peso en el puerperio puede hacer que la mujer regrese a su peso anterior (descendiendo hasta entre 10 y 13 kg). Esta pérdida se compone del peso de:

- Feto y placenta.
- Líquido amniótico y pérdida hemática.
- Elevada transpiración durante la primera semana.
- Involución uterina y loquios.
- Poliuria

La mujer que lacta no llega a su peso normal hasta que cesa la lactancia.

Según la cuarta edición revisada del Manual de diagnóstico y estadísticas de los trastornos mentales (DSM-IV TR), el especificador de inicio en el posparto se aplica a los trastornos que se manifiestan durante las cuatro semanas posteriores al parto. Este especificador puede utilizarse en episodios depresivo mayor, maníaco

o mixto, en trastorno depresivo mayor actual (o más reciente), en trastorno bipolar tipo I o trastorno bipolar tipo II o aplicable en un trastorno psicótico breve. (45)

I.3.-Generalidades Clínica Particular Materno Infantil Sagrado Corazón de Jesús

Vicente Guerrero 19-b Xonacatlán

Dueños: Medico G y O José Juan Gómez S.
Medico Anestesiólogo Arturo Zarate

La clínica inicia funciones hace 10 años en el poblado “la capilla” perteneciente al municipio de Xonacatlán, posteriormente es cambiada de ubicación al poblado de Xonacatlán.

Horario: 24 hrs los siete días de la semana.

La clínica ofrece los servicios de Consulta general y especialidades ginecología y obstetricia, pediatría y cirugía general.

Cuenta con 1 consultorio, 8 camas, 1 quirófano/sala de expulsión, 1 equipo de ultrasonido, 1 incubadora.

II.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

I.1 Argumentación

La depresión se está convirtiendo en un problema de salud pública, de acuerdo a sus datos de magnitud, trascendencia y vulnerabilidad, además de que existen varios instrumentos de investigación para su detección, lo que permite ser una patología factible de estudiar.

Siempre se ha relacionado esta patología con las alteraciones hormonales lo que resulta aún mayor en las mujeres embarazadas y en posparto, por lo que es importante su estudio a través de la correcta aplicación del método científico.

De lo anterior surge la siguiente:

II.2 Pregunta de investigación.

¿Cuál es el trimestre de embarazo o el momento del posparto con mayor presencia de depresión y cuál es el tipo que predomina en las mujeres que acuden a la Clínica Sagrado Corazón de Jesús del Municipio de Xonacatlán, Estado de México, 2012?

III.-JUSTIFICACIONES.

III.1 Académica

Es importante aplicar el método científico de manera correcta en cualquier proyecto de investigación, lo que permitirá la obtención del título de médico cirujano

III.2 Científica.

No existen datos actualizados en nuestro medio sobre la presencia de depresión en las embarazadas y en el posparto a pesar de ser un problema cada vez más común.

III.3.- Epidemiológica

Por la importancia de dar cumplimiento a las variables de magnitud, trascendencia, vulnerabilidad y factibilidad.

IV.-HIPÓTESIS.

Las mujeres embarazadas y en posparto que acuden a la clínica Sagrado Corazón de Jesús del Municipio de Xonacatlán presentan depresión en más del 15 por ciento en el tercer trimestre del embarazo en más del 30 por ciento en los primeros 10 días de posparto, predominando la depresión moderada en ambos casos.

IV.1 Elementos de la Hipótesis

IV.1.1 Unidades de observación

Las mujeres embarazadas y en posparto que acuden a la clínica Sagrado Corazón de Jesús del Municipio de Xonacatlán

IV.1.2 Variables.

IV.1.2.1 Dependiente

Depresión

IV.1.2.2 Independientes

Tercer trimestre de embarazo y primera semana de posparto

IV.1.3 Elementos lógicos o de relación

Presentan, en más del 15 por ciento en el, y en más del 30 por ciento en la, predominando la depresión moderada en ambos casos.

V.-OBJETIVOS

V.1 General

- Determinar la presencia de depresión y su relación con el trimestre del embarazo o el posparto

V.2 Específicos

- Describir la depresión por trimestre de embarazo o posparto, por grupo de edad
- Determinar la presencia de depresión por estado civil
- Establecer la depresión por número de gestas
- Determinar la depresión por nivel socioeconómico.

VI.-MÉTODO

VI.1 Tipo de estudio

La investigación realizada fue de tipo prospectiva, transversal, observacional y descriptiva

VI.2 Diseño de estudio

A cada una de las embarazadas o en puerperio que acuden a la unidad se le aplicó el cuestionario de Hamilton, Edimburgo y la cedula de datos socioeconómicos para determinar la depresión. Posteriormente se vaciaron los datos y se elaboraron los cuadros de salida correspondiente a cada uno de los objetivos propuestos.

VI.3 Operacionalización de variables

Variable	Definición teórica	Definición Operacional	Nivel de Medición	Indicador	ITEM
Depresión	Presencia de uno o más episodios depresivos mayores de al menos 2 semanas con síntomas como estado de ánimo decaído la mayor parte del día o casi todos los días que provocan deterioro social y laboral sin la presencia de duelo o debidos al consumo de sustancias o enfermedad médica	Serán los puntajes obtenidos mediante la escala para medir la depresión de Hamilton y la escala para medir la depresión postparto de Edimburgo	Cualitativa ordinal	Hamilton No deprimido: 0-7 Depresión ligera/menor: 8-13 Depresión moderada: 14-18 Depresión severa: 19-22 Depresión muy severa: >23 EPDS >10 probabilidad de una depresión	1-21
Grupo de edad	Población de cada edad o grupo de edad en relación con el total de la Población.	Tiempo transcurrido en la vida de un individuo desde su nacimiento	Cuantitativa continua	15 o menor 16-20 21-25 26-30 31-35 36 o mayor	A

		hasta la fecha en que se inicia la investigación			
Estado civil	El estado civil de las personas es el conjunto de cualidades que distinguen al individuo de la sociedad y en la familia, tales cualidades dependen de hechos o situaciones que son: -Soltero -Matrimonio -Divorcio -Unión Libre	Situación legal que guardaban las mujeres al momento de la Investigación	Cualitativa Nominal	Soltera Casada Divorciada Unión Libre	B
Gestas	Refiere al número de embarazos que ha tenido una mujer.	Número de embarazos que han tenido las mujeres hasta el momento de la investigación	Cuantitativa continua	1 2-3 4-5 6 o mas	C
Nivel socio-económico	Representa la capacidad para acceder a un conjunto de bienes y estilo de vida.	Clasificación en base al Ingreso monetario familiar mensual AMAI, 2005.	Cualitativa Ordinal	Alto) más de 85,000 Medio superior) 35,000 a 84,999 Medio) 11,600 a 34,999 Bajo sup) 6,800 a 11,599 Bajo) 2,700 a 6,799 Pobreza) menos de 2,699	D
Embarazo	Abarca desde el momento de la concepción hasta el nacimiento pasando por la etapa de embrión y feto. En el	Será el trimestre del embarazo en el que se encuentre la paciente	Cuantitativa ordinal	Primer trimestre: de la FUM a la semana 13 Segundo trimestre:	E

	ser humano la duración media es de 269 días			semana 14 a la 27. Tercer trimestre: semana 28 hasta el nacimiento.	
Puerperio o posparto	Este período se extiende convencionalmente desde la finalización del período de post alumbramiento (T. de parto) hasta 45-60 días del pos parto.	Número de días que han pasado desde el alumbramiento .	Cuantitativa ordinal	Puerperio Inmediato: comprende las primeras 24 Hs. Puerperio Mediato o Propiamente Dicho: abarca del 2do al 10mo día.	F

VI.4 Universo de Trabajo

43 Mujeres embarazadas y en posparto

VI.4.1 Criterios de inclusión

Que firmen el consentimiento informado

VI.4.2 Criterios de exclusión

Que no acepten participar

VI.4.3 Criterios de eliminación

Instrumentos incompletos

VI.5 Instrumento de investigación

Cuestionario de Hamilton, Cuestionario de Edimburgo y cédula de datos sociodemográficos.

VI.5.1 Descripción

Cuestionario de Hamilton que consta de 17 preguntas para evaluar la depresión en embarazadas y cuestionario de Edimburgo para evaluar la depresión posparto y cédula con los datos sociodemográficos acordes a los objetivos propuestos.

VI.5.2 Validación

No requiere

VI.5.3 Aplicación

A cargo del tesista

VI.6 Desarrollo del proyecto

Se detectó a las embarazadas y a pacientes en posparto para la aplicación de cada uno de los instrumentos de investigación, para el cumplimiento de los objetivos propuestos.

VI.7 Límite de espacio

Clínica del Sagrado Corazón de Jesús

VI.8 Límite de tiempo

De abril a junio del 2012

VI.9 Diseño de análisis

Obtención de los datos

Revisión y corrección de la información

Clasificación y tabulación de los datos

Elaboración de cuadros y gráficos de salida

Redacción de resultados, conclusiones y recomendaciones

VII.-IMPLICACIONES ÉTICAS

De acuerdo a los criterios de Helsinki

VIII.-ORGANIZACIÓN

Tesista: Alejandro Ortiz Sánchez

Director de tesis:

Ph.D. Mario Enrique Arceo Guzmán

IX.- RESULTADOS

En la depresión por trimestre de embarazo, predominó la depresión ligera con 30.4 en embarazadas en su 2º trimestre, seguidas las embarazadas en su primer trimestre con 11.6 por ciento, las embarazadas en su tercer trimestre con 6.9 por ciento y en posparto mediato el 2.3 por ciento. (Cuadro 1, Gráfico 1)

En la presencia de depresión por edad, la depresión ligera predominó en el grupo de embarazadas de 16 a 20 años con 21 por ciento, las del grupo de 21 a 25 años en segundo lugar con 11.6 por ciento y 1 embarazada del grupo de 36 años o más presentó depresión moderada. (Cuadro 2, Gráfico 2)

Con respecto a la depresión por estado civil, predominó la depresión ligera en las mujeres embarazadas en unión libre con un 34.7 por ciento y en las casadas en un 13.9 por ciento. Solamente una mujer casada presentó depresión moderada y el 44.5 por ciento del total no presentó depresión. (Cuadro 3, Gráfico 3)

La depresión por número de gestas, la presencia de depresión ligera fue mayor en aquellas mujeres en su primer embarazo con el 27.9 por ciento, en segundo lugar las del grupo de 2 a 3 gestas y en último lugar las del grupo de 4 a 5 gestas con 4.6 por ciento y dentro de este mismo grupo 1 embarazada con depresión moderada. (Cuadro 4, Gráfico 4)

De acuerdo a la presencia de depresión por el nivel socioeconómico, la depresión ligera con mayor presencia fue en el grupo de bajo superior (con ingresos de 6,800 a 11,599 pesos) con 20.9%, seguido por el nivel bajo y en pobreza ambas con 14 por ciento y con depresión moderada 1 embarazada de nivel socio económico bajo. (Cuadro 5, Gráfico 5)

X.- CUADROS Y GRÁFICOS

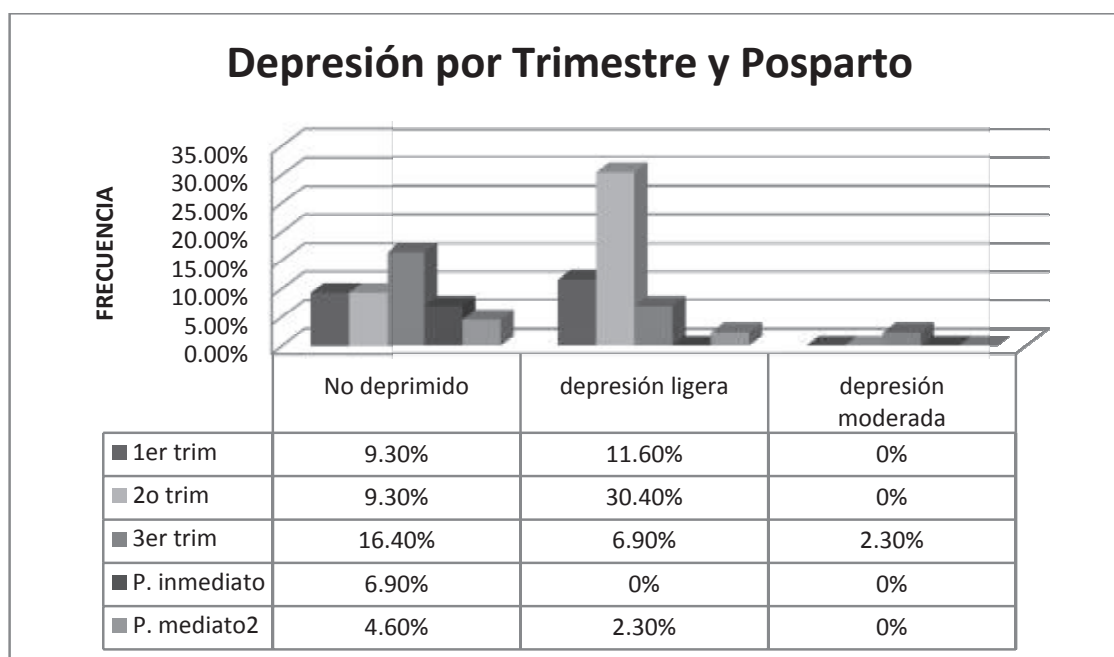
CUADRO 1

DEPRESIÓN POR TRIMESTRE DEL EMBARAZO EN MUJERES EMBARAZADAS Y EN POSPARTO DE LA CLÍNICA SAGRADO CORAZON DE JESÚS, XONACATLÁN, ESTADO DE MÉXICO 2012.

Trimestre	1º		2º		3º		Posparto inmediato		Posparto mediato		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
No deprimido	4	9.3	4	9.3	7	16.4	3	6.9	2	4.6	20	46.5
Depresión ligera	5	11.6	13	30.4	3	6.9	0	0	1	2.3	22	51.2
Depresión moderada	0	0	0	0	1	2.3	0	0	0	0	1	2.3
Total	9	20.9	17	39.7	11	25.6	3	6.9	3	6.9	43	100

Fuente: Concentrado de datos

Notas Aclaratorias: Frec. Frecuencia, %= Porcentaje



Fuente: Cuadro 1.

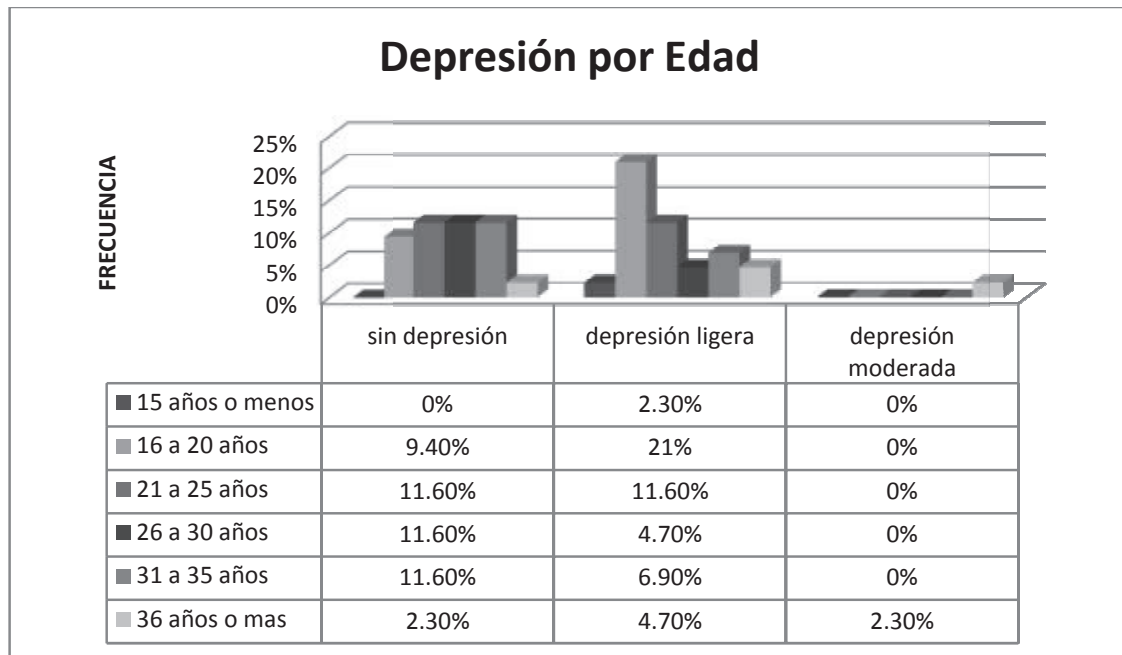
CUADRO 2

DEPRESIÓN POR EDAD EN MUJERES EMBARAZADAS Y EN POSPARTO DE LA CLÍNICA SAGRADO CORAZON DE JESÚS, XONACATLÁN, ESTADO DE MÉXICO 2012.

Edad	15 años o menos		16 a 20 años		21 a 25 años		26 a 30 años		31 a 35 años		36 años o mas		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
No deprimido	0	0	4	9.4	5	11.6	5	11.6	5	11.6	1	2.3	20	46.5
Depresión ligera	1	2.3	9	21	5	11.6	2	4.7	3	6.9	2	4.7	22	51.2
Depresión moderada	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2.3	1	2.3
Total	1	2.3	13	30.4	10	23.2	7	16.3	8	18.5	4	9.3	43	100

Fuente: Concentrado de datos

Notas Aclaratorias: Frec. Frecuencia, %= Porcentaje



Fuente: Cuadro 2.

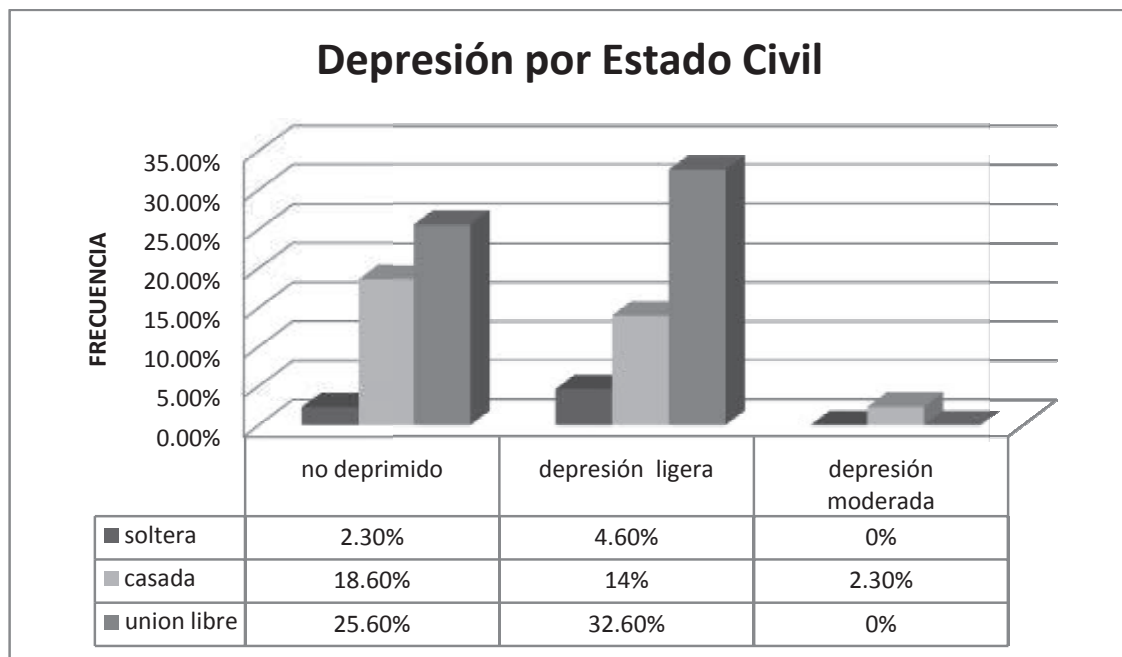
CUADRO 3

DEPRESIÓN POR ESTADO CIVIL EN MUJERES EMBARAZADAS Y EN POSPARTO DE LA CLÍNICA SAGRADO CORAZON DE JESÚS, XONACATLÁN, ESTADO DE MÉXICO 2012.

Edo. Civil Depresión	Soltera		Casada		Unión Libre		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
No deprimido	1	2.3	8	18.6	11	25.6	20	46.5
Depresión ligera	2	4.6	6	14	14	32.6	22	51.2
Depresión moderada	0	0	1	2.3	0	0	1	2.3
Total	3	6.9	15	34.9	25	58.2	43	100

Fuente: Concentrado de datos

Notas Aclaratorias: Frec. Frecuencia, Edo= Estado, %= Porcentaje



Fuente: Cuadro 3.

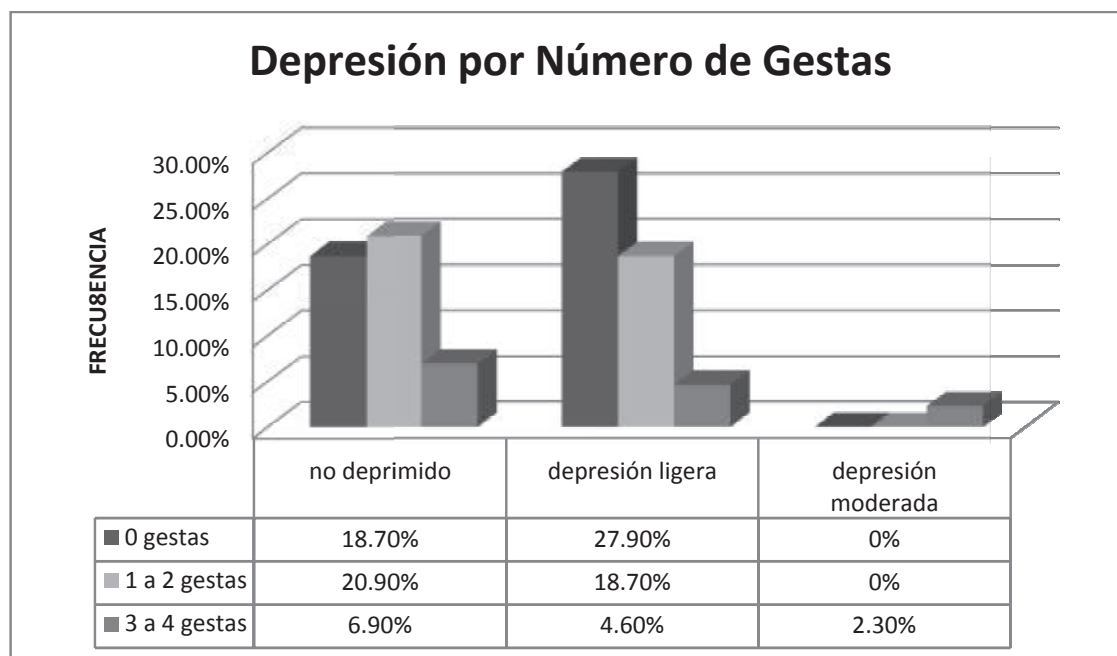
CUADRO 4

DEPRESIÓN POR NÚMERO DE GESTAS EN MUJERES EMBARAZADAS Y EN POSPARTO DE LA CLÍNICA SAGRADO CORAZON DE JESÚS, XONACATLÁN, ESTADO DE MÉXICO 2012.

Gestas	1		2 a 3		4 a 5		6 o mas		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
No deprimido	8	18.7	9	20.9	3	6.9	0	0	20	46.5
Depresión ligera	12	27.9	8	18.7	2	4.6	0	0	22	51.2
Depresión moderada	0	0	0	0	1	2.3	0	0	1	2.3
Total	20	46.6	17	39.6	6	13.8	0	0	43	100

Fuente: Concentrado de datos

Notas Aclaratorias: Frec. Frecuencia, %= Porcentaje



Fuente: Cuadro 4.

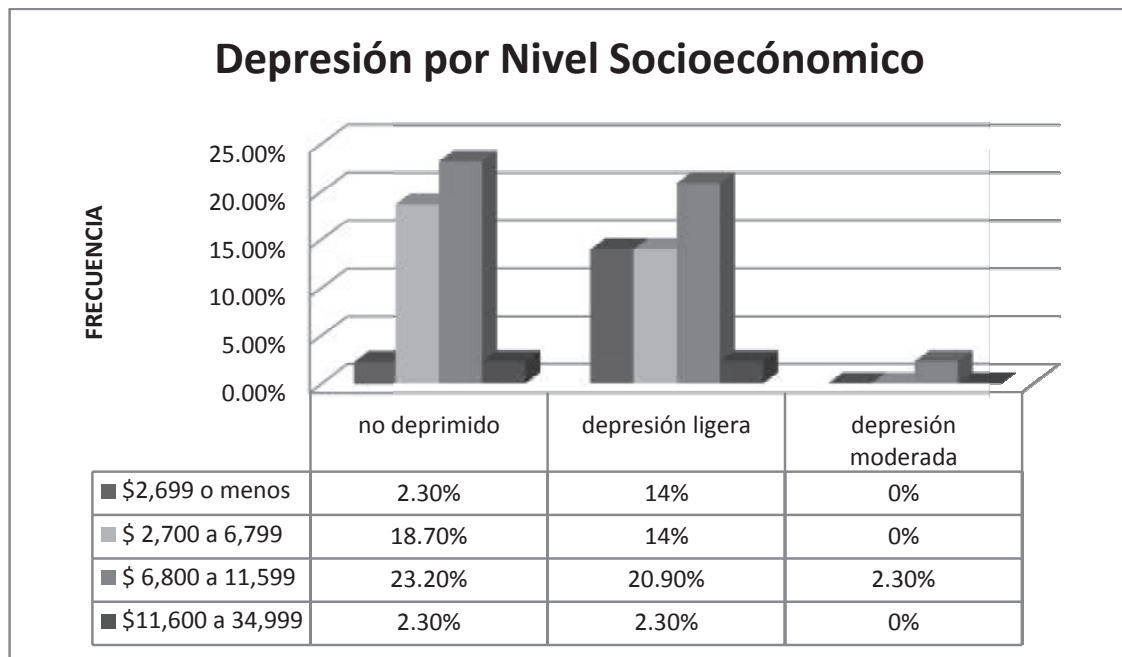
CUADRO 5

DEPRESIÓN POR NIVEL SOCIO ECONÓMICO EN MUJERES EMBARAZADAS Y EN POSPARTO DE LA CLÍNICA SAGRADO CORAZON DE JESÚS, XONACATLÁN, ESTADO DE MÉXICO 2012.

Nivel Socioeconómico	\$2,699 o menos		\$2,700 a 6,799		\$6,800 a 11,599		\$11,600 a 34,999		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
No deprimido	1	2.3	8	18.7	10	23.2	1	2.3	20	46.5
Depresión ligera	6	14	6	14	9	20.9	1	2.3	22	51.2
Depresión moderada	0	0	0	0	1	2.3	0	0	1	2.3
Total	7	16.3	14	32.7	20	46.4	2	4.6	43	100

Fuente: Concentrado de datos

Notas Aclaratorias: Frec. Frecuencia, N.S Nivel Socio Económico, %= Porcentaje



Fuente: Cuadro 5.

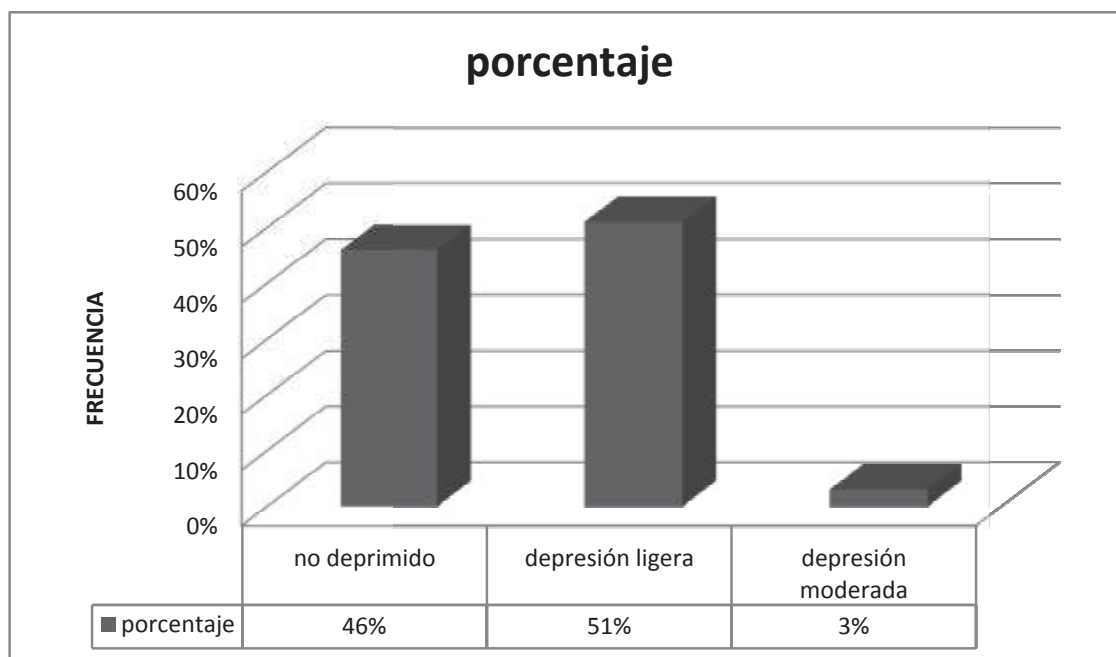
CUADRO 6

FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN MUJERES EMBARAZADAS Y EN POSPARTO DE LA CLÍNICA SAGRADO CORAZON DE JESÚS, XONACATLÁN, ESTADO DE MÉXICO 2012.

DEPRESIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
SIN DEPRESIÓN	20	46%
DEPRESIÓN LIGERA	22	51%
DEPRESIÓN MODERADA	1	3%
DEPRESIÓN SEVERA	0	0%
TOTAL	43	100%

Fuente: Concentrado de datos

Notas Aclaratorias: Frec. Frecuencia, %= Porcentaje



Fuente: Cuadro 6.

XI. - CONCLUSIONES

- La presencia de depresión durante el embarazo y posparto fue más de la mitad de la población total encuestada con el 53.5%.
- La depresión ligera fue la predominante con 51.2% y la depresión moderada se contó con solo 1 caso 2.3%
- La depresión afecta más a las mujeres embarazadas durante el segundo trimestre del embarazo 30.4%.
- El grupo de edad donde se presentan más casos de depresión es el de 16 a 20 años, edad en la que aún se están definiendo sus perspectivas de vida.
- La unión libre es el estado civil más proclive a sufrir depresión, debido a la incertidumbre de su condición civil.
- Es más frecuente la presencia de depresión en las mujeres primigestas.
- En cuanto al nivel socio económico las mujeres embarazadas de nivel bajo, son las más afectadas por la depresión, bajo superior 20.9%, bajo 14% y pobreza con 14%.
- La depresión en el tercer trimestre fue de 9.2% y de 2.3% en la primera semana del posparto, predominando la depresión ligera; por lo cual no se comprobó la hipótesis.

XII.- RECOMENDACIONES

- Mayor promoción de la salud mental durante el embarazo por parte de los servicios de salud, mediante aplicación de cuestionarios y/o búsquedas intencionadas sobre factores predisponentes, así como signos y síntomas durante la consulta de control prenatal y postnatal.
- Para futuras investigaciones usar una muestra más grande, dando seguimiento desde el primer trimestre hasta el posparto

XIII.-BIBLIOGRAFÍA

1. -Depression. Internet Geneva: World Health Organization. 2007citado 1 octubre 2007; Disponible en: http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/
2. -Murray CJ, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. Lancet 1997; 349(9064):1498-504.
- 3.- CARAVEO AJ, COLMENARES BE, SALDIVAR HG: Morbilidad psiquiátrica en la ciudad de México: Prevalencia y comorbilidad durante la vida. Salud Mental, 22 (Número Especial): 62-67, 1999.).
4. - American Psychiatry Association. DSM- IV. Manual diagnóstico y estadístico para trastornos mentales. 3 rd. Edn. Washington, DC: APA, 1994
- 5.- López Piñero, José María. (2002) Medicina en la Historia. Editorial Esfera de los libros S.L. 1era edición.
- 6.- DSM IV, DSM IV TR, 2003 Trastornos del estado de ánimo, p. 578-598.
7. - Nierenberg, A. A., Gray, S. M. y Grandin, L. D. (2001) Mood disorders and suicide. J. Clin.Psychiatry 62 Suppl. 25, 27 -30
- 8.- Fañanás, L., Gutiérrez, B. y Bertranpetit, J. (1996). Marcadores genéticos en los trastornos afectivos. Psiquiatría, 8 (4), 2-20.
- 9.- Saiz Ruiz, J., Ibáñez Cuadrado, A. y Llinares Zaragoza, M. C. (1996). Las bases biológicas de la psiquiatría. Psiquis, 17 (4), 12-36
- 10.- Akiskal HS. Mooddisorders: introduction and overview. In: Kaplan HI, Sadock BJ, eds. Comprehensive Textbook of Psychiatry. 6th ed. Baltimore, 1995:1067-1079.
11. - Blows WT. Neurotransmitters of the brain: serotonin, noradrenaline (norepinephrine), and dopamine. J NeurosciNursing. 2000, 32: 234-238.
- 12.- Pavcovich LA, Cancela LM, Volosin M, Molina VA, Ramirez OA. Chronic stress induced changes in locus ceruleus neuronal activity. Brain Res Bull. 1990, 24: 293-296.
- 13.- Dunn AJ, Wang J. 1995. Cytokine effects on CNS biogenic amines. Neuroimmunomodulation 2:319.
14. -Hasselgren PO, Pederssen P, Sax HC, et al. 1988. Current concepts of protein turnover and amino acid transport in liver and skeletal muscle during sepsis. 123:992-999.
- 15.- Maier W, Gansicke M, Gater R, Rezaki M, Tiemens B, Urzua RF. (1999). Gender differences in the prevalence of depression. J Affect Disord. 53(3):241-52
16. - Depression Guideline Panel. Depression in Primary Care: Volume 2. Treatment of Major Depression. Clinical Practice Guideline, Number 5. Rockville,1993; AHCPR Publication No. 93-0551. (URL:<http://text.nlm.nih.gov>)
17. - Selecting an antidepressant. Meech Bull 1995; 6(1): 1-4.
18. - Wthdrawing patients from antidepressants. Drug Ther Bull 1999; 37(7): 49-52
19. - Wells BG et al. Depressive disorders, In: Di Piro JT et al, editors. Pharmacotherapy.A Pathophysiologic Approach. 3rd ed. Stamford: Appleton & Lange, 1997. p.1395-417.
20. - Welner A. Childbirth-related psychiatric illness. Comp Psychiatry 1982; 23(2): 143-54.
- 21.-Fiorelli S, Alfaro HJ. Complicaciones médicas en el embarazo. México: McGraw-Hill Interamericana Editores SA de CV, 1996. 204-205
- 22.- Oppenheim G. Psychological disorders in pregnancy. En: Priest R, editor. Psychological disorders in obstetrics and gynaecology. London: Butterworths, 1985.
- 23.- Bonari L, Pinto N, Ahn E, Einarson A, Steiner M, Koren G. Perinatal risks of untreated depression during pregnancy. Canadian Journal of Psychiatry 2004; 49(11): 726-35.
- 24.-Deave T, Heron J, Evans J, Emond A. The impact of maternal depression in pregnancy on early child development. BJOG 2008; 115 (8): 1043-51
- 25.- Oren D. An open trial of morning light therapy for treatment of antepartum depression. American Journal of Psychiatry 2002; 159: 666-9.

- 26.- Cohen LS, Rosenbaum JF. Psychotropic use during pregnancy: weighing the risks. *Journal of Clinical Psychiatry* 1998; 59: 18-28.
- 27.- Lartigue T, González I, Vázquez G, Nava-Benítez A, Córdova A, Vázquez M, et al. Prevalencia de trastornos mentales en gestantes mexicanas con ITS/VIH-SIDA y vulnerabilidad social. Capítulo de libro en *Salud Psicológica*.
- 28.- Bennett HA, Einarson A, Taddio A, Koren G, Einarson TR. Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstet Gynecol.* 2004; 103:698-709.
- 29.- Stewart D. Depression during pregnancy. *Canadian Family Physician* 2005;51:1061-3.
- 30.- O'Connor TG, Evans J, Golding J, Glover V. The ALSPAC Study Team. The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *Journal of Affective Disorders* 2004; 80(1): 65-73.
- 31.- KS, Hanusa BH, Piontek CM, Findling RL. Prevention of postpartum depression. A pilot randomized clinical trial. *Am J Psych* 2004;161: 1290-2.
- 32.- Mahan LK, Esco H-Stump S. *Nutrición y dietoterapia de Krause*. 10° edición. México: McGraw Hill; 2001.
- 33.- Olivar Bonilla A. Cambios biológicos, psicológicos y sociales durante el embarazo. *Rev. Fed. Odontol. Colomb.* 2001 2002;(201):37-51
- 34.- Thibodeau GA, Patton KT. *Anatomía y fisiología. Estructura y función del cuerpo humano*. 2° edición. España: Harcourt Brace;1995.
- 35.- Hass J. Aumento de peso en la gestación, En *Nutrición materno y productos del embarazo -evaluación antropométrica-* editado por K, Krasovec y M. A, Anderson. Organización Panamericana de la Salud. Pub científica 529 Washington DC ELIA 1991.
- 36.-WHO. Maternal anthropometry and pregnancy. A WHO collaborative study.1995;31-98.
- 37.- Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Gilstrap L, Wenstrom K. *Fisiología materna*. Ed 12. Buenos Aires: Editorial McGraw Hill. 2005:121-50.
- 38.-Duvekot J, Peeters I. Maternal cardiovascular hemodynamic adaptation to pregnancy. *ObstetGynecolSurv.* 1994; 49(12 suppl):1-14
- 39.- Tejada P, Cohen A, Font I, Bermúdez, Schulitemaker J. Modificaciones fisiológicas del embarazo e implicaciones farmacológicas: maternas, fetales y neonatales. *RevObstetGinecol Venezuela.* 2007;67(4):246-67.
- 40.- Cárdenas F, Parra E, Riveros J. Embarazo y piel. *Rev Boliviana Dermatol.* 2002;(1):49-52
- 41.- Guerra A. Modificaciones fisiológicas de la piel durante el embarazo. 2002; 17:39-44.
- 42.- Nettina SM. Atención de la madre y el recién nacido en el puerperio. *Enfermería practica*, de Lippincott. 6ª ed. Madrid: Mc-graw Hill interamericana; 2000.p. 1003-1015.
- 43.- Dayan J, Andro G, DugnatM, *Psicopatología de la perinatalidad*. Masson; 1999.9-27
- 44.- Salvatierra Mateu V. *Psicobiología del embarazo y sus trastornos*. Editorial Martínez Roca; Barcelona 1989. 22-30
- 45.- Oviedo G.F., Jordán V., trastornos afectivos posparto. *Universitas médica* 2006 vol. 47 n° 2, 131-138.

XIV.- ANEXOS

A.- EDAD _____

B.- ESTADO CIVIL _____

C.- GESTAS _____

D.- NIVEL SOCIOECONÓMICO _____

E.- TRIMESTRE PRIMERO _____ SEGUNDO _____ TERCERO _____

F.- PUERPERIO INMEDIATO _____ TARDÍO _____

CUESTIONARIO DE HAMILTON

CUESTIONARIO DE EDIMBURGO