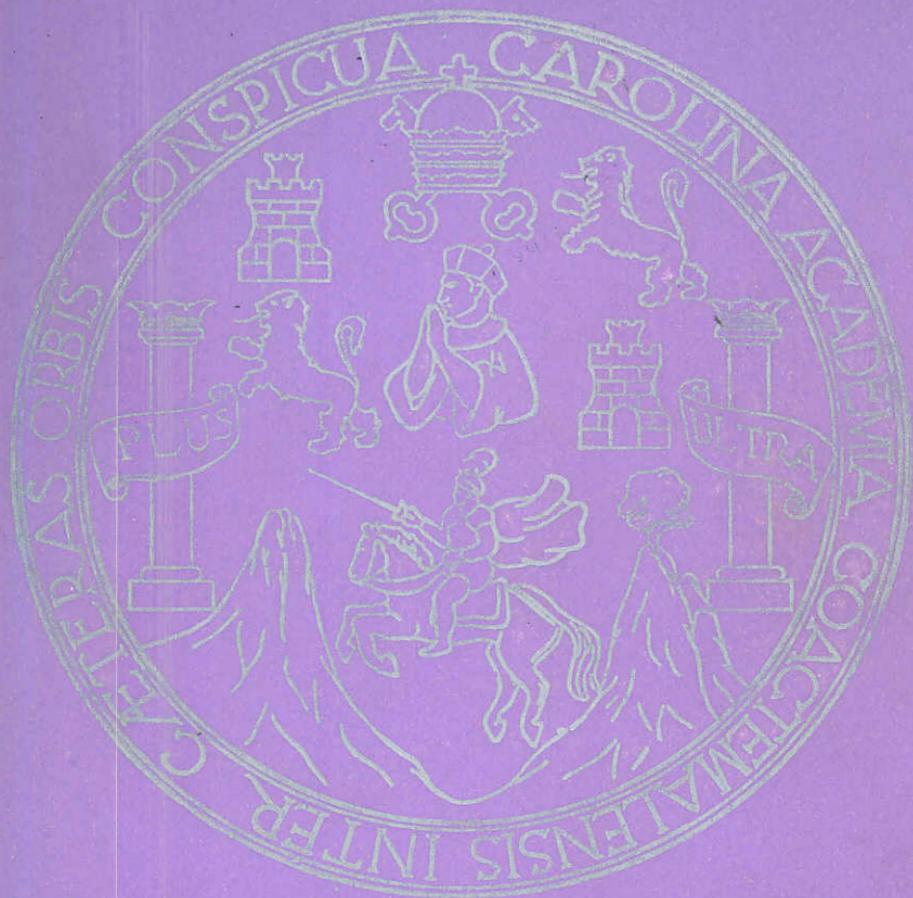


SINTOMAS DEPRESIVOS DURANTE EL EMBARAZO



MERLIN MERCEDES GOMEZ ALDANA

MEDICA Y CIRUJANA

INDICE

I.	Introducción	1
II.	Definición del problema	2
III.	Justificación	4
IV.	Objetivos	5
V.	Marco Teórico	6
	A. Antecedentes históricos	6
	B. Definición	7
	C. Incidencia	8
	D. Clasificación	8
	E. Etiología	11
	F. Manifestaciones Clínicas	14
	G. Tratamiento	16
	H. Diagnóstico	21
	I. Depresión y embarazo	22
VI.	Metodología	26
VII.	Presentación y análisis de resultados	31
VIII.	Conclusiones	40
IX.	Recomendaciones	41
X.	Resumen	42
XI.	Bibliografía	43
XII.	Anexos	46

I. INTRODUCCION

El embarazo y el parto constituyen otras tantas etapas críticas en la vida de la mujer, durante las cuales ésta experimenta notables cambios neuroendócrinos y biopsicosociales, que cuando no se dan en situaciones de normalidad y de aceptación social puede producir severos cuadros de depresión tal es el caso del embarazo tardío, bajo apoyo emocional, embarazo no planificado, frustración de metas, problemas en la relación de pareja, etc.

Con la presente investigación se pretendió estudiar a una población especialmente vulnerable, por los diferentes cambios que se presentan sin motivos aparentemente justificados.

Es relevante el reconocimiento de los trastornos depresivos y se enmarcan dos elementos que señalan su importancia: la elevada frecuencia y la influencia que puede tener en el recién nacido.

La depresión es un problema muy frecuente en nuestro medio, dentro de su etiología es difícil determinar una causa directa, ya que son muchos los factores que interactúan; en el presente estudio se diagnostica su presencia por medio del Inventario de Beck para depresión, en un grupo de 120 pacientes gestantes que asistieron a control prenatal a la Consulta Externa del Hospital de Gineco-obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, donde se encontró una frecuencia de síntomas depresivos en el 41% de pacientes y una ausencia de síntomas en el 59%, donde el grupo etáreo más afectado es de 15 a 20 años.

II. DEFINICION DEL PROBLEMA

El embarazo es un período que exige de la mujer su más alta capacidad de adaptación, interactuando factores físicos, psicológicos y sociales. Según la definición en el diccionario de Webster "El embarazo es un suceso significativo emocionalmente o un cambio radical en el estado de vida de una persona".

Durante el embarazo se experimentan sensaciones de emoción, alegría, ansiedad y temor al arribo de un recién nacido. (14).

La mayor parte de mujeres tienen sensaciones positivas, pero muchas también experimentan preocupación y tristeza durante este período, entre otros síntomas que pueden manifestarse como depresión.

La depresión, definida como un estado psicopatológico de tristeza que se manifiesta por una florida sintomatología y puede provenir por varias causas, entre estas la depresión que se da durante el embarazo, también llamada depresión anteparto o depresión natal, la que se puede considerar común durante este período, lo anterior, basado en estudios realizados en 1989 por Zuckerman y asociados que encontraron una prevalencia de síntomas depresivos durante el embarazo de 30% y una asociación entre depresión y menor incremento de peso durante la gestación, por lo que se plantea que el efecto dañino de los eventos estresores y el distrés emocional, podría tener dos grandes vías: una directa, por los cambios neuroendócrinos propios de la respuesta de estrés en el organismo y una indirecta, a través de la asociación con conductas dañinas para el estado de salud del binomio madre-hijo.(2)

Múltiples análisis demostraron que problemas tales como eventos negativos de la vida, problemas económicos e inadecuado soporte social provocan sintomatología depresiva durante el embarazo, llegando a la conclusión que los síntomas depresivos son comunes especialmente, en mujeres de estado socioeconómico bajo.(20)

Según estudios realizados en Chile en 1991 en un grupo constituido por 125 mujeres entre 25 y 32 semanas de embarazo, provenientes de tres consultorios médicos con un rango de edad entre 13 y 41 años, se obtuvo una prevalencia de cuadros depresivos de 30.4% con una proporción significativamente mayor en adolescentes. (2).

Aunque no se encontraron estudios recientes que indiquen la magnitud de síntomas depresivos en el embarazo, en el Hospital de Gineco-Obstetricia, se sabe que el médico tratante del paciente debe abordar a este como un ente biopsicosocial para que diagnósticos como este, no pasen inadvertidos, y así brindar al paciente una mejor expectativa de vida ante dicho problema.

III. JUSTIFICACION

Los cambios emocionales producidos durante el embarazo son un fenómeno ampliamente conocido y sin embargo poco estudiado, se acepta que a la base de éste, está la diversidad y magnitud, de cambios biopsicosociales que se producen durante la gestación. (2,12)

Por lo tanto llama la atención la poca existencia de trabajos que estudian los trastornos emocionales ansiosos y depresivos que se producen durante el embarazo pudiéndose explicar esto a lo difícil que es diferenciar la sintomatología de estos cuadros, de los cambios que normalmente se producen durante la gestación.

De manera tradicional, en nuestro medio los cuidados prenatales hacen énfasis en el aspecto físico, relegando a segundo plano el aspecto psicológico de la madre, no identificando tempranamente a aquellas pacientes que no tienen la capacidad de soportar las tensiones que se presentan durante el curso del embarazo.

Es relevante el reconocimiento de los trastornos depresivos, y se enmarcan dos elementos que señalan su importancia: la elevada frecuencia y la influencia que pueden tener en el proceso grávido y en especial en el recién nacido.

Por estas razones surgió el desarrollo de este estudio, para describir la magnitud y la frecuencia con que se presenta este problema. Teniendo estos resultados para que médicos tomen conciencia y se den cuenta de la importancia de un abordaje biopsicosocial del paciente y con ello pueda diagnosticar oportunamente y así evitar fatales consecuencias como lo podría ser el suicidio. (3,9,15)

IV. OBJETIVOS

A. GENERAL:

1. Determinar la frecuencia de síntomas depresivos en las mujeres gestantes de 15 a 35 años que asisten a control prenatal a la Consulta Externa del Hospital de Gineco-obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

B. ESPECÍFICOS:

1. Identificar los factores condicionantes de la sintomatología depresiva en la mujer gestante.
2. Determinar el grupo etáreo más afectado por síntomas depresivos.

V. MARCO TEORICO

DEPRESION

A. Antecedentes históricos:

Aún cuando el uso del término "depresión" se remonta a un cuarto de siglo, el cuadro patológico en su forma severa fue descrito desde la época grecorromana con el nombre de melancolía.

Ya en el siglo IV antes de Cristo, Hipócrates afirmaba que desde el punto de vista médico, los problemas que hoy llamamos psiquiátricos estaban relacionados por la reacción conjunta de los cuatro humores corporales: sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema. (3,23)

Fue Cornelio Celso, quien en su obra De Medicina, definió la depresión como una enfermedad causada por la bilis negra, lo que significa melancolía en sus raíces griegas, pero quien la introdujo al campo médico fue Hipócrates con el aforismo "cuando el temor y la tristeza persisten mucho tiempo hay un aspecto melancólico".

En 1854 Jules Fairet describió una enfermedad denominada " Folie Circulaire" en la que el paciente experimentaba estado de ánimo alterno de depresión y manía.

En 1882, el psiquiatra alemán Karl Kahlbaum describió la manía y la depresión como fases de la misma enfermedad.

El psiquiatra moderno debe saber que fue Emil Kraepelin quien desarrolló en 1896, la categoría de enfermedad maniaco-depresiva que utilizamos en la actualidad y que se basa en el conocimiento de este trastorno obtenido por los psiquiatras franceses y alemanes que precedieron a Kraepelin.

En 1899 Kraepelin integra la melancolía y la manía en una locura circular (enfermedad maniaco-depresiva esencialmente endógena).

El término depresión es introducido por Cullen en el siglo XVII y va a ser el más apropiado para ubicar la melancolía como formas de depresión grave. (17)

B. Definición:

La depresión es un tono afectivo de tristeza, que puede variar desde un abatimiento ligero o sentimiento de indiferencia hasta una desesperación en grado extremo.

La depresión tiene sus raíces en la culpa inconsciente que surge de las dificultades interpersonales, tal vez en la ambivalencia inconsciente y en la hostilidad con impulsos agresivos y rencorosos que originalmente se dirigían contra otras personas llegan a dirigirse contra el propio yo del individuo.

Es necesario distinguir la aflicción de la depresión, y definirla como un afecto de tristeza que se sufre debido a la pérdida de una relación personal estrecha.

Se entiende por depresión, un sentimiento psicopatológico de tristeza, un efecto de pena caracterizado por desaliento, soledad, aislamiento, acompañados de falta de interés e incapacidad para disfrutar la vida.

Además es asociada con disminución de la energía, dificultad en dormir, culpabilidad, reducción en el apetito y pensamiento suicida.

El contenido semántico del vocablo depresión es amplio, se usa como sinónimo de melancolía, tristeza, estrés, desaliento, desilusión, que son de por sí estados de ánimos integrantes en la normalidad, atribuyéndole a Sigmund Freud la descripción de los principios psicodinámicos de la depresión. (16)

El concepto de depresión difiere, para el psicólogo se refiere a cualquier decremento del rendimiento cognitivo perceptivo o motor normal, en cambio para el psiquiatra clínico, la depresión cubre una amplia gama de cambios de los estados emocionales que en términos de gravedad van desde las fluctuaciones normales del humor en la vida cotidiana, hasta los episodios psicóticos graves. (19)

C. Incidencia:

La depresión ya ocupa el tercer lugar entre las enfermedades que provocan mayor costo personal, social y económico. (12,16)

Cada día es mayor el número de personas con diagnóstico de depresión en los hospitales generales, consultorios médicos y centros de salud, siendo el trastorno psiquiátrico más frecuente en mujeres.

Estudios epidemiológicos realizados en la mayoría de los países occidentales, muestran que la depresión es mayor en mujeres con una relación de 2:1 y una prevalencia del 18 al 23% en mujeres y de 8 a 11% en varones. (3)

Se ha estimado que el 15% de la población adulta cursará con el problema en algún momento de sus vidas y solamente el 20% de los pacientes que cursan con depresión buscan ayuda y un 15% de las personas deprimidas se suicidan, siendo este el peligro más grande de la depresión.

Se hace referencia a las investigaciones de la Organización Mundial de la Salud, (O.M.S.), según las cuales la depresión se presenta en un 3-5% de la población mundial.(15)

De estos datos se desprende que los enfermos por depresión en todo el mundo son alrededor de 100 a 200 millones, cuadro que si se diagnosticará oportunamente podría beneficiarse con el tratamiento médico adecuado.

D. Clasificación:

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales publicados por la Asociación de Psiquiatría Americana (DSM-IV), se clasifica a los trastornos depresivos en:

1. Trastorno depresivo mayor, un solo episodio (crisis única)

- a. Cinco o más de los siguientes síntomas han estado presentes, durante un período de 2 semanas y representan cambios de funciones previas:
Estado depresivo casi todo el día, o todos los días indicado ya sea por un reporte subjetivo u observación hecha por otros.
Disminución en el interés en todas o casi todas las actividades del día.

Significativa pérdida de peso sin hacer dieta o ganancia de peso (un cambio de más del 5% del peso corporal en un mes), o disminución o aumento del apetito casi todos los días.

Insomnio o hipersomnio casi todos los días.

Agitación psicomotora o retardo motor casi todos los días.

Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

Sentimientos de desesperanza o excesiva e inapropiada culpa.

Disminución de la concentración o habilidad de pensar.

Pensamientos recurrentes de muerte.

- b. Los síntomas no reúnen criterios para un episodio mixto.
- c. Los síntomas causan clínicamente angustia en las áreas social, ocupacional y otras importantes del funcionamiento.
- d. Los síntomas no son debidos a efectos psicológicos directos de una sustancia (abuso de drogas, medicación) o de una condición médica general (hipotiroidismo)
- e. Los síntomas no son por duelo.

2. Trastorno depresivo mayor, recurrente.

La presencia de dos o más episodios, tomando en cuenta un intervalo de menos de 2 meses consecutivos.

3. Trastorno Distímico:

- a. Humor depresivo la mayor parte del día, no por muchos días, indicado por la observación de otros con una duración de 2 años.
- b. Presencia de dos o más de los presentes síntomas:
Sensación de inutilidad.
Insomnio o hipersomnio.
Pérdida de la energía o fatiga.
Falta o exceso de apetito.
Dificultad para tomar decisiones o baja concentración.
Baja autoestima.
- c. Durante el período de 2 años del trastorno (1 año para niños o adolescentes) la persona nunca ha tenido los síntomas del criterio a y b por más de 2 semanas de tiempo.
- d. No es un episodio depresivo mayor, tiene que estar presente durante el primero de los 2 años de la alteración, por ejemplo el disturbio no está acompañado por un trastorno depresivo mayor crónico o un trastorno depresivo mayor, o en parcial remisión.

- e. No se ve como un episodio maniaco, un episodio mixto o un episodio hipomaniaco y criterios nunca han estado reunidos para un desorden ciclotímico.
- f. La alteración no ocurre exclusivamente durante el curso del desorden psicótico crónico tal como esquizofrenia.
- g. Los síntomas no son efectos psicológicos directos de una sustancia (abuso de drogas, una medicación) o una condición general (hipotiroidismo).
- h. Los síntomas causan clínicamente angustia significativa o deficiencia social, ocupacional o en otras áreas de funciones.

4 Trastorno depresivo no específico

Esta categoría incluye desordenes con características depresivas que no reúne los criterios del Trastorno Depresivo Mayor, ni Desorden Distímico.

Algunos síntomas depresivos pueden presentarse como parte de un desorden de ansiedad no específico. Un ejemplo de estos incluye:

- a. Desorden premenstrual: en la mayoría de ciclos menstruales durante el año pasado, los síntomas como humor depresivo, marcada ansiedad, labilidad afectiva, disminución de interés en actividades, regularmente ocurre durante la última semana de la fase lútea. Estos síntomas tienen severa interferencia con el trabajo, la escuela o actividades usuales y estar totalmente ausente por lo menos una semana después.
- b. Desorden depresivo menor
- c. Desorden depresivo recurrente: episodio que dura de 2 días a 2 semanas ocurriendo de un mes para 12 meses, (No asociado con el ciclo menstrual).
- d. Un episodio depresivo mayor que ocurre durante la fase de esquizofrenia.
- e. Un episodio depresivo superpuesto en la fase activa de esquizofrenia o un desorden psicótico no específico.
Situación en que el clínico llega a la conclusión de que el desorden depresivo está presente pero se debe determinar si es primario o se debe a alguna condición médica general o sustancias inducidas. (1)

E. Etiología:

No se puede concebir la depresión como el resultado de una causa única, siendo su origen multifactorial: factores biológicos, genéticos y Psicosociales, determinando las diferentes formas clínicas la predominancia de uno u otro factor:

1. Causas genéticas y fisiológicas:

Un mayor apoyo a la heredabilidad de los trastornos afectivos proviene de un reciente informe según el cual, se han localizado uno o más genes asociados a la depresión en un punto específico del cromosoma 6. Están localizados junto a un grupo de genes que controlan el sistema HLA, una parte del sistema inmunológico corporal. Por lo que la depresión puede estar relacionada con el sistema inmunológico de un individuo afectado. (9,15)

La bioquímica es otra explicación fisiológica de la depresión y se le atribuye a un mal funcionamiento de los neurotransmisores, sustancias químicas del cerebro que tanto estimulan como inhiben a otras células.

Un grupo de neurotransmisores en particular serotonina, dopamina y norepinefrina conocida como aminas biógenas, se consideran implicadas en el origen tanto de la depresión como de la manía.

La escasez de estas aminas enviadas a través del cerebro puede causar depresión mientras que un exceso puede producir un estado maniaco.

Existen otros cambios fisiológicos relacionados con la depresión como un aumento de la tensión muscular, aceleración de la tasa cardíaca y de la respiración, un desequilibrio de la carga eléctrica del sistema nervioso producto del aumento en la retención de sal y aumento en la producción de una hormona, el cortisol.

2. Explicaciones Psicoanalíticas:

Aunque no existe una teoría psicoanalítica unificada y precisa de la depresión, se han propuesto una serie de explicaciones, las cuales se exponen a continuación:

En el enfoque libidinal, Freud y sus seguidores explican la depresión como resultado de la baja autoestima producida por el fracaso en las relaciones amorosas adultas. (16)

La teoría egopsicológica de la depresión contempla la depresión como resultado cuando una persona advierte que es incapaz de cumplir las aspiraciones que esperaba.

Según la teoría de las relaciones objetales, la depresión proviene del fracaso del individuo en reconciliar sus buenos y malos sentimientos hacia su madre, la ambivalencia resultante produce culpabilidad y tensión, y puede más tarde provocar depresión en el momento de perder algún objeto importante de poder: una persona, nivel socioeconómico, la salud física (alteración estética, incapacidad física, enfermedad con peligro de muerte).

3. Factores Psicosociales:

La mayoría de los clínicos han compartido la convicción de que existe una relación entre los sucesos estresantes de la vida y la depresión clínica.

La teoría de la causa ambiental de los trastornos afectivos tienen numerosas fuentes, el enfoque psicobiológico general de Adolfo Meyer, las observaciones psicológicas en las reacciones a la pérdida y los estudios psicopatológicos que relacionan la presencia o ausencia de sucesos precipitantes con la situación de los pacientes a lo largo del continuo endógeno-reactivo.

Las discusiones de los casos clínicos con frecuencia incluyen afirmaciones que relacionan el estrés, sobre todo el producido por las situaciones cotidianas con el comienzo de los episodios depresivos.

El origen psicosocial fue analizado por Freud y sistematizado por Kraepelin: privación social, acontecimientos vitales, vulnerabilidad, etc.

4. Causas orgánicas de depresión:

Drogas: anfetaminas, cocaína, esteroides, anticonceptivos orales, opiáceos, alcohol, barbitúricos.

Cambios metabólicos y desordenes endocrinos: hipertiroidismo, anemia severa, diabetes, uremia, enfermedad de Wilson, enfermedad de Cushing, hipotiroidismo.

Enfermedades infecciosas: tuberculosis, endocarditis, lupus eritematoso sistémico, mononucleosis, hepatitis, encefalitis, brucelosis, síndrome de inmunodeficiencia adquirida, enfermedades de transmisión sexual.

Neoplasias: carcinoma de páncreas, tumor cerebral primario

Enfermedades degenerativas: enfermedad de Alzheimer, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson.

5. Factores Inmunológicos:

Según un estudio realizado en la Universidad de Toronto en donde se hizo medición de proteínas G en leucocitos mononucleares de 37 pacientes con depresión mayor no tratadas y 31 pacientes de comparación, por medios cuantitativos a través de análisis por Immunoblot usando anticuerpos policlonales.

Se dió como resultado que los leucocitos mononucleares de pacientes deprimidos mostraron significativa reducción inmunoreactiva con marcadores hipofuncionales de proteínas G_s y G_i.

Al concluir el estudio se encontró el soporte de las implicaciones de las proteínas G en la patofisiología de la depresión.

La reducción en ambas funciones y cantidad de proteínas fueron significativamente correlacionadas con la severidad de síntomas depresivos estimados por el Inventario de Beck para depresión.

6. Factores Nutricionales:

Entre otros factores causales de depresión se ha puesto entre dicho el papel de la vitamina B6 sin embargo Pulkkinen y asociados fundaron una significativa correlación negativa entre niveles de ésta y nivel de depresión en 15 mujeres deprimidas durante el segundo trimestre de embarazo.

Aunque no hay estudios realizados, se plantean como factores asociados las características de la madre en la cual se toma su estilo de vida así como dieta, tabaquismo, consumo de alcohol etc.

F. Manifestaciones Clínicas:

Los síntomas centrales de la depresión son la tristeza, el pesimismo, descontento de sí mismo, pérdida de energía, de motivación y de concentración, entre otros.

Se pueden manifestar varios trastornos en la depresión, como los siguientes:

1. Trastorno Afectivo:

La tristeza es la característica capital del estado de ánimo, muchos no pudiéndose explicar el hecho de sentirse tristes y otros atribuyen su condición a acontecimientos específicos. (3,6)

Quizá más frecuente que la tristeza es la inseguridad, manifestándose por la falta de seguridad en sí mismo, hecho que deteriora su actividad y voluntad.

2. Trastorno Intelectual:

Es frecuente que la sensopercepción se encuentre disminuida, situación que determina que durante el examen del paciente sea necesario repetirle las preguntas dos o tres veces, para obtener una respuesta.

Muchos se quejan de trastorno de memoria, existiendo dificultad para evocar los recuerdos almacenados.

3. Trastornos Conductuales:

Las alteraciones de la afectividad y del intelecto dan lugar a trastorno de la conducta. La actividad y la productividad disminuyen, haciéndose evidente la falta de entusiasmo y de interés.

Los impulsos suicidas son el aspecto más delicado y peligroso que debe valorarse, adecuadamente al inicio de un tratamiento con el fin de evitar el serio peligro que esta situación representa.

4. Trastornos Somáticos:

Constituyen con frecuencia el motivo de la consulta del paciente, quien subestimando su problema emocional no lo manifiesta espontáneamente, cuadro llamado: "depresión enmascarada".

En la mayor parte de los casos pasa inadvertida para el facultativo, quien sin tenerla presente inicia una búsqueda infructuosa de patología crónica lo cual provoca una oportunidad perdida de realizar un diagnóstico mediante un estudio sencillo y un tratamiento adecuado en un tiempo relativamente breve.

Uno de estos trastornos es el insomnio, Kirchoff lo encontró en un 80% de sus enfermos y Herlich en el 68%. (3)

Paradójicamente, ciertos deprimidos duermen mucho, pasan en la cama muchas horas, lo que constituye en realidad una forma de escapar a los síntomas de la enfermedad. Por otra parte se presenta disminución de la libido, frecuente en los dos sexos, pero menos perturbador para el hombre.

Esta diversidad de reacciones ha hecho que se denomine a la depresión "la enfermedad de las mil caras".

Otro síntoma frecuente es la cefalea tensional, se presenta en cuello o región temporal, se debe a estados emocionales y suele ser intensa y persistente, lo que da lugar a una larga e inútil búsqueda de etiología.

El aparato digestivo también está implicado manifestándose por dispepsia, aerofagia, náuseas y otros síntomas que muchas veces se diagnostican como colon irritable.

El examen clínico del enfermo pone en evidencia que se trata de una persona preocupada y triste, la cara presenta el ceño fruncido y las comisuras de la boca bajas, al caminar el enfermo deprimido lo hace encorvado como si tuviera que soportar un gran peso y con un total desinterés por lo que le rodea.

Por todo lo anterior es notable de que los síntomas psíquicos del deprimido son muy variados ya que a cada momento se entremezclan elementos afectivos, intelectuales y conductuales.

G. Tratamiento:

Una de las primeras decisiones que deben tomarse cuando un paciente tiene una crisis depresiva importante es saber si podría ser suicida, y es por ello que el médico debe sentirse cómodo en preguntar directamente si se siente tan mal que desearía poner fin a todo, ya que ninguna prueba clínica sugiere que el preguntar a un paciente introduzca en él, la idea, o le proporcione apoyo psíquico necesario para llevarla a cabo.

Si se considera que es suicida, deberá ajustarse el sitio en que se someterá a tratamiento con el grado y peligro de que cometa suicidio.

Después de afrontar el aspecto del suicidio, médico y paciente pueden empezar a considerar otras finalidades del tratamiento.

Según la gravedad de la reacción depresiva, y según el grado en que altera la capacidad del paciente para funcionar en su vida social y vocacional acostumbrada hay que decidir cuál será el juicio terapéutico inicial.

1. Farmacológico:

La psicofarmacología clínica no ha podido encontrar una metodología adecuada para agrupar a los pacientes depresivos en diferentes categorías, desde el punto de vista clínico y neuroquímico, que pueda indicar el uso de determinado antidepresivo y la mayor eficacia de uno sobre otro.

Los antidepresivos pueden ser clasificados desde el punto de vista terapéutico en:

a. Antidepresivos no inhibidores de la monoaminoxidasa

Entre estos mencionaremos a los antidepresivos tricíclicos en los cuales unas de las principales acciones son las siguientes:

- Bloquean la recaptación de noradrenalina y/o dopamina provocando una mayor disponibilidad de ellas al nivel de las sinapsis, con aumento de la velocidad de recambio.
- Potencian las acciones periféricas de las catecolaminas.

Dentro de los efectos secundarios, según la afinidad por diversos receptores están: efectos anticolinérgicos, como boca seca, visión borrosa y constipación; entre los efectos cardiovasculares, como hipotensión ortostática, aumento del latido cardíaco, interacción con drogas antihipertensivas; además sedación, somnolencia, aumento de peso, delirio.

Con grandes dosis pueden ocurrir disritmias cardíacas, severa hipotensión, convulsiones, depresión del sistema nervioso central.

La inocuidad de los antidepresivos durante el embarazo y la lactancia o en el tratamiento de niños de corta edad aún no está bien establecida.

ANTIDEPRESIVOS TRICICLICOS

Medicamento	Dosis	Efectos
Amitriptilina	75 mg/día Dosis máx. 150 mg/día	Mínimo riesgo teratogénico
Imipramina	75 mg/día Dosis máx. 200 mg/día	Aún en estudio
Clomipramina	100 mg/día Dosis máx. 250 mg/día	Mínimo riesgo teratogénico
Desipramina	100-200 mg/día Dosis máx. 300 mg/día	No hay datos en humanos
Nortriptilina	75 mg/día Dosis máx. 150 mg/día	No hay casos de teratogenicidad

Fuente 7

b. Antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina (IRS)

Estos medicamentos han facilitado el aumento en la aceptación del tratamiento antidepresivo, ya que los efectos adversos son leves y transitorios.

Algunos los usan corrientemente como drogas de primera línea de tratamiento, ya que entre sus ventajas se encuentran buena actividad antidepresiva, baja toxicidad, y menos efectos secundarios.

Debe tenerse en cuenta el utilizar con precaución drogas que interactúan con los IRS en la inhibición de la P-450 entre los que podemos mencionar antidepresivos tricíclicos, benzodiacepinas, carbamazepina, verapamilo, nifedipina, valproato.

Entre los efectos secundarios se encuentran nerviosismo, insomnio, tremor, diarrea, disminución de la libido, anorgasmia. La ventaja sobre los cíclicos es que no es anticolinérgico.

INHIBIDORES DE LA RECAPTACION DE SEROTONINA

Medicamento	Dosis	Efectos
Fluoxetina	20 mg/día Dosis máx. 80 mg/día	Riesgo Teratogénico
Paroxetina	20 mg/día Dosis máx. 50 mg/día	Riesgo Teratogénico
Sertralina	50 mg/día Dosis máx. 200mg/día	Riesgo Teratogénico

Fuente 7

c. Antidepresivos inhibidores de la monoaminoxidasa

Sus efectos radican en la concentración de epinefrina, norepinefrina y serotonina en el sistema nervioso central.

Los factores limitantes para su uso son los efectos secundarios tóxicos. Alimentos con alto contenido de tiramina o dopamina determinan los efectos secundarios y reacciones hipertensivas en combinación con IMAO, ejemplos de estos alimentos son quesos, yoghurt, vinos, y otros con alto contenido de proteínas; lo anterior es debido a que la enzima monoaminoxidasa se encuentra en el hígado y es la encargada de inactivar a la tiramina y en presencia de los IMAO la tiramina no es degradada o inactivada y pasa a la circulación provocando liberación de noradrenalina de las terminaciones nerviosas.

Entre los efectos secundarios se pueden mencionar hipotensión ortostática, trastornos sexuales, mioclonias, aumento de peso.

Estas drogas no pueden ser usadas en asociación con antidepresivos tricíclicos o inhibidores de serotonina.

INHIBIDORES DE LA AMINOOXIDASA

Droga	Dosis	Efectos
Fenelzina	15 mg TID	Riesgo teratogénico
Tranilcipromina	30 mg/día Dosis máx. 60 mg/día	Riesgo teratogénico

Fuente 7

d. Precursores de neurotransmisores

Dentro de los precursores podemos mencionar:

- La levodopa que es un precursor de la dopamina.

- La tirosina que es un precursor de dopa por medio de la tirosina-hidroxilasa, administrando 6-7 mg de tirosina se observa un efecto antidepressivo.
- La síntesis de serotonina depende de la oferta del aminoácido esencial L-triptófano presente en la circulación sanguínea.

Los estudios clínicos realizados hasta la fecha no dan resultados convincentes acerca de su utilidad ni del riesgo de teratogenicidad.

2. Psicoterapia:

Puede definirse, como el tratamiento de los problemas, trastornos emocionales y de la personalidad, mediante métodos psicológicos.

Aunque se pueden emplear muchas técnicas psicológicas diferentes, al tratar de aliviar estos problemas y trastornos, y ayudar al paciente a convertirse en una persona feliz, madura e independiente, un importante factor terapéutico que se encuentra en cada una de estas técnicas es la relación entre el terapeuta y el paciente, con las experiencias interpersonales que ésta implica, mejorando la adaptación social de los pacientes deprimidos.

Los métodos psicoterapéuticos pueden clasificarse según las personas a las que se aplican, los objetivos, medios utilizados y según la organización.

La psicoterapia más adecuada para el tratamiento de las depresiones, es la psicoterapia Cognitiva de Beck. Aunque todas las psicoterapias tanto psicodinámicas como las conductistas, sistemáticas y experienciales pueden ser útiles. (11,19)

Ante todo, el terapeuta debe inspirar confianza, ser un buen continente para la depresión y la ansiedad del enfermo. Los recursos técnicos varían de acuerdo con las circunstancias.

El terapeuta debe tener presente ciertos objetivos:

- a. Romper el círculo depresión-fracaso-depresión y convertirlo poco a poco en el círculo éxito-autoestima compensada-éxito.

- b. Rastrear el origen y naturaleza de la pérdida.
- c. Aclararle al enfermo que la actitud pesimista fabrica los fracasos y luego éstos realimentan a aquélla.
- d. Analizar los sentimientos de culpa y agresividad contenida.
- e. Alentar los pequeños logros para que haya una concordancia, aun parcial, entre la representación del self o el yo.

H. Diagnóstico:

El rasgo esencial de un episodio depresivo, es un estado de ánimo deprimido gran parte del día, o en la mayor parte de los días, inapetencia o apetito excesivo, fatiga, poca capacidad de concentración, insomnio o hipersomnio, desesperanza durante dos semanas consecutivas.

No obstante, en otras ocasiones, los sentimientos de depresión se encuentran disfrazados por otros males que incluyen: debilidad, letargo, anorexia, insomnio, pérdida de peso y malestar general,

Escalas para medir la depresión:

Se han empleado diferentes escalas, pero la mayoría requiere demasiado tiempo para su aplicación, y deben considerarse como un elemento de ayuda para el diagnóstico.

A pesar de que en 1915 Kempf, describió la primera escala de depresión y en 1917 Wood-Worth publicó el primer cuestionario, no fue sino hasta muchos años después cuando este tipo de estudio se aplicó al problema específico de la depresión.

Actualmente hay un gran número de escalas para medir depresión, pero las más conocidas y utilizadas son las siguientes:

- El Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI)
- La Escala de Hamilton
- La Escala de Autoevaluación de Zung
- El Inventario de Beck.

El Inventario de Beck:

Sus ventajas radican en que su aplicación requiere de poco tiempo y describe las depresiones ocultas, además de reunir los índices de confiabilidad y validez necesarios para este tipo de estudios, y encontrarse adaptado para la población centroamericana, es considerada una prueba objetiva.

Según estudios realizados en Chile por Alvarado y Vera durante 1993, que evalúan el comportamiento del Inventario de Depresión de Beck como instrumento diagnóstico para cuadros depresivos durante el embarazo, se muestra una elevada capacidad de discriminación de los casos, junto a una buena consistencia interna y además una adecuada especificidad y sensibilidad. (2)

Se conforma de 21 categorías de síntomas o actitudes, cada una de ellas es una manifestación de depresión. Los ítems han sido escogidos teniendo en cuenta su relación con el cuadro depresivo y no tienen ninguna significación etiológica.

I. DEPRESION Y EMBARAZO

En la mujer psicológicamente madura el embarazo produce una sensación de bienestar y de autorrealización, sin embargo cuando este no se verifica en situaciones de normalidad y de aceptación social puede producir severos cuadros depresivos, tal es el caso del embarazo tardío, familia numerosa, problemas en la relación de pareja, bajo nivel socioeconómico, bajo apoyo emocional, descontento con el embarazo (tanto la gestante, el padre y/o su familia) entre otros, estos factores son lo que se han asociado con mayor consistencia en los diferentes estudios.

El parto a su vez con frecuencia es esperado con temor especialmente con primigestas vulnerables psicológicamente. (3,16)

Los trabajos que estudian la relación entre trastorno emocional y problemas en el proceso grávido puerperal, han resultado contradictorios. Sin embargo, la tendencia actual es a pensar que existe un efecto nocivo especialmente sobre el neonato. (20)

En un estudio realizado por Norbeck y Peterson durante 1983 en Chile se estimó una correlación significativa entre estado ansioso, depresivo y baja autoestima con complicaciones en el recién nacido.

1. Incidencia:

La depresión antenatal, un sustancial factor de riesgo para desarrollar depresión postparto, ocurre en un 10% de las mujeres embarazadas.

Un estudio realizado en 1983, en un grupo de 125 mujeres embarazadas que acudían a control prenatal en dos consultorios urbanos y un rural, demostró una frecuencia de 30% de cuadros depresivos, apreciando que tres dimensiones se asocian con fuerza al desarrollo de este tipo de trastorno: embarazo no deseado, relación de pareja insatisfactoria y factores sociales. (3)

2. Etiología:

Durante el embarazo, la hormona dominante es la progesterona y se tienen investigaciones evidentes de que es causante de alteraciones como la depresión.

Se mencionaba anteriormente que la depresión es más frecuente en la mujer que en el hombre, entre las razones se encuentra la mayor sensibilidad de la mujer, la fisiología endocrina, (periodos menstruales, el embarazo), y no dejando atrás las desventajas psicológicas del papel femenino en nuestra sociedad. (23)

No se ha demostrado claramente que el grupo étnico y la posición socioeconómica sean factores causantes de depresión, pero se sabe que el índice de ésta es máximo en los grupos socioeconómicos desfavorecidos.

Se realizó un estudio para analizar la relación entre condiciones de vida, soporte social y sintomatología depresiva durante el embarazo en mujeres de estado socioeconómico bajo y se comparó con un grupo de mujeres de alto nivel socioeconómico, obteniendo que el 47% de las

mujeres de bajo nivel y el 20% de alto nivel puntuaron con 10 y más, lo que significa en el Inventario de Beck un estado depresivo, concluyendo que durante el embarazo los síntomas depresivos son comunes, especialmente en mujeres de bajo estado socioeconómico.

3. Tratamiento:

a. Preparación psicoprofiláctica:

Se define el término psicoprofilaxis como el mantenimiento de la salud intelectual y afectiva, para evitar las enfermedades mentales y perturbaciones del estado de ánimo y el estado afectivo, se ha señalado que en todo tiempo se ha reconocido la necesidad de proteger la salud mental con medidas higiénicas y educativas. (7)

El objetivo de la preparación psicoprofiláctica es lograr que la paciente afronte el parto, olvidando los temores que la inducen a luchar contra este, considerándolo como un mal momento que forzosamente tiene que pasar y en su lugar considerarlo como la culminación de un proceso maravilloso en el cual todo su cuerpo y espíritu están involucrados.

Se explicará a la gestante en que consiste el parto y sus fases, dilatación, borraramiento del cuello, descenso de la cabeza a través del canal del parto, rotura de las membranas amnióticas, distensión del periné, etc.

A partir del quinto a sexto mes de gestación en grupos de 10-15 gestantes se deben empezar las clases teóricas, como complemento, prácticas de ejercicios físicos de respiración y relajación.

Se hace muy útil la presencia de los esposos, lo que ayuda a reforzar la confianza de las pacientes en sí mismas, y mediante persuasión disipen angustias y temores.

b. Psicoterapia:

Se necesita de afecto, soporte, una excelente dieta, un programa regular de ejercicios, exposición a periodos regulares de luz, eventos

que son considerados las llaves de el manejo de la depresión durante el embarazo.

El Programa de Salud Mental Maternal del Centro Médico de Colombia ha desarrollado la psicoterapia interpersonal para depresión durante el embarazo específicamente dirigida a los problemas que rodean la depresión anteparto, lo que ha demostrado eficacia igual que la medicación antidepresiva en la población en general.

Se realizó un estudio que demostró los beneficios de la Psicoterapia interpersonal para depresión prenatal, en gestantes entre la edad de 18 a 40 años entre 6 y 34 semanas de gestación, con muy buenos resultados.

c. Fármacos:

Una posible desventaja es el efecto de las drogas sobre el desarrollo fetal; un estudio realizado en 1997, indica que la ingesta de Fluoxetina durante el tercer trimestre de embarazo aumenta el riesgo de un nacimiento pretérmino.(4,19)

Según Chambers y asociados reportaron que por el uso de Fluoxetina se da un riesgo aumentado de aborto espontaneo en el primer trimestre.

Se realizó un estudio comparativo con niños preescolares quienes no han sido expuestos a Fluoxetina o antidepresivos tricíclicos intraútero, con quienes sí han estado expuestos y se encontró una nota similar de cociente intelectual, desarrollo de lenguaje y desarrollo conductual, lo anterior fue reportado por la Universidad de Toronto en Ontario, Canadá.

Estudios epidemiológicos de Amitriptilina indican un bajo riesgo de teratogenicidad, sin embargo los efectos de sedación y anticolinérgicos existen.

VI. METODOLOGIA

A. TIPO DE ESTUDIO:

Descriptivo de corte transversal

B. SUJETO A ESTUDIO:

Mujeres embarazadas de 15 a 35 años que asisten a control prenatal a la Consulta Externa del Hospital de Gineco-obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

C. POBLACION Y MUESTRA:

Todas las pacientes que acuden a Control Prenatal a la consulta externa de Gineco-obstetricia del I.G.S.S. según la población de pacientes que reconsultaron.

Las pacientes que reconsultaron al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social durante los meses de diciembre y enero ya sean afiliadas o beneficiarias en las diferentes clínicas fueron 6,938 pacientes en promedio, por lo que la muestra se obtuvo aplicando una fórmula para poblaciones conocidas con un resultado de 120 pacientes.

$$n = \frac{z^2 p q}{e^2 + z^2 p q} \quad n = \frac{1.96^2 (0.30)(0.70)}{0.08^2 + 1.96^2 (0.30)(0.70)} \quad n = 120$$
$$N = 6,938$$

- z= Nivel de confianza
p= Proporción de elementos con determinada característica
q= 1 - p
e= Error de muestreo
N= Tamaño de la población universo

CRITERIOS DE SELECCIÓN:

A. CRITERIOS DE INCLUSION:

1. Mujeres embarazadas de 15 a 35 años en cualquier edad gestacional, grado de escolaridad, ya sean afiliadas o beneficiarias y de cualquier ocupación.

B. CRITERIOS DE EXCLUSION:

2. Se excluirá a la gestante que presente complicaciones prenatales o embarazo de alto o mediano riesgo (Diabetes, preclampsia, eclampsia, polihidramnios, hipertensión, enfermedades de transmisión sexual).
3. Pacientes que no deseen ser parte del estudio.
4. Toda paciente que no llene los criterios de inclusión.

DESCRIPCION DEL AREA DE TRABAJO:

La consulta externa de Gineco-obstetricia cuenta con clínicas para proporcionar control prenatal a las gestantes con embarazos de alto riesgo, mediano riesgo y sin riesgo, atendiendo a señoras afiliadas y beneficiarias al servicio del seguro social.

Se cuenta con seis clínicas para control prenatal sin riesgo, dando consulta el Residente de primer año de Gineco-obstetricia tanto en la mañana como por la tarde, con asesoramiento del Jefe de Consulta Externa.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDIDA	UNIDAD DE MEDIDA	INSTRUMENTO DE MEDICIÓN
EDAD	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento.	Gestantes comprendidas entre 15 y 35 años	Cuantitativa, numérica intervalo	15 - 20 años 21 - 25 años 26 - 30 años 31 - 35 años	Boleta de recolección de datos
GESTACION	Fenómeno comprendido desde la fecundación del óvulo.	Número de veces que se ha repetido el fenómeno	Cualitativa nominal	Primigesta Multigesta	Boleta de recolección de datos
ESTADO CIVIL	Condición de cada individuo en relación con los derechos y obligaciones civiles.	Quien refiere estar casada en unión legal, soltera unida o viuda	Cualitativa nominal	Casada Unida Soltera Viuda	Boleta de recolección de datos
ESCOLARIDAD	Cursos que una persona recibe en un sistema educativo.	Grado académico de la paciente al momento de la encuesta.	Cualitativa nominal	Primaria completa Primaria incompleta Secundaria completa Secundaria incompleta Universitaria completa Universitaria incompleta	Boleta de recolección de datos
OCUPACIÓN	Actividad que se realiza cotidianamente	Ama de casa o asalariada	Cualitativa nominal	Ama de casa Asalariada	Boleta de recolección de datos
PLANIFICACION FAMILIAR	Uso de métodos para espaciar los embarazos	Uso de métodos anticonceptivos	Cualitativa nominal Dicotómica	Presente Ausente	Boleta de recolección de datos
SINTOMA DEPRESIVO	Sentimiento psicopatológico de	Evaluación de depresión por	Cualitativa nominal	Leve Moderada	Inventario de Beck para depresión.

G. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS:

Durante el mes en el que se recolectarán los datos, mediante el instrumento (ver en anexo boleta de recolección), se acudirá a las clínicas de control prenatal de la consulta externa de Gineco-obstetricia, para entrevistar a las pacientes que sean seleccionadas al azar y que estas se encuentren entre los criterios de inclusión.

A cada paciente se le llena una boleta conteniendo datos personales y los ítems para detectar síntomas depresivos.

El test fue elaborado para ser administrado por un entrevistador, se utiliza con una doble copia, una que se entrega al paciente y la otra que es leída en voz alta por la persona que lo aplica. Después de enunciar las declaraciones que corresponden a cada reactivo se pide al entrevistado que indique cual de las declaraciones define mejor como se siente en ese instante. No sugiriendo la respuesta y si el paciente indica que hay dos o más afirmaciones que corresponden a la manera como se siente debe registrarse el número más alto. El puntaje de depresión es la suma de las respuestas de la pregunta 1 a la 21.

Se les aplicará la prueba en forma de entrevista estructurada a cada una de las pacientes que forman parte del estudio, dándoles por cada pregunta formulada las cuatro posibles respuestas, indicándoles que respondan con la que más se sientan identificadas.

Este procedimiento se efectuará diariamente hasta contemplar la muestra a estudio.

Al hacer el diagnóstico de depresión ubicándolo en ausente, leve, moderada o severa se remitirá a la paciente, según el protocolo, con la licenciada de psicología para psicoterapia o al departamento de psiquiatría si se requiere.

H. PLAN DE ANALISIS:

Se aplicará la boleta de recolección de datos (ver anexo) que incluye, datos personales y el inventario de Beck para depresión, que consta de 21 ítems los cuales se evaluarán en tres grados mediante tres escalas:

- Menos de 8 puntos ausencia de depresión,
- De 9 a 12 puntos depresión leve.
- 13 a 16 puntos depresión moderada.
- Más de 16 puntos depresión severa.

I. CONSIDERACIONES ETICAS:

El estudio no contará con métodos invasivos hacia las gestantes.

Se les explicará a las pacientes gestantes, de manera oral el propósito de la investigación y del beneficio de esta, ya que de hacer el diagnóstico de depresión se informaría al médico tratante y a la psicóloga del departamento de Gineco-obstetricia o al departamento de psiquiatría.

J. RECURSOS

Materiales:

Material y equipo de oficina
Copias de artículos con temas relacionados al estudio
Libros de referencia bibliográfica
Instalación del Hospital de Gineco-obstetricia, I.G.S.S.
Clínica de psicología

Económicos:

Utiles y accesorios de oficina	Q400.00
Transporte	Q500.00
Papelería	Q100.00
Impresión de tesis	Q800.00
Total:	Q1800.00

Humanos:

Pacientes incluidas en la muestra de estudio.
Estudiante de medicina
Asesoras y revisor

VII. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Dentro de la investigación de campo se entrevistó a 120 mujeres gestantes que asisten a control prenatal a la consulta externa del Hospital de Gineco-obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Para tal entrevista se utilizó una boleta conteniendo datos personales de cada paciente y el inventario de Beck para depresión.

Los resultados obtenidos se presentan y analizan en los cuadros siguientes:

CUADRO No. 1

FRECUENCIA DE SINTOMAS DEPRESIVOS EN MUJERES GESTANTES HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL DURANTE EL MES DE JUNIO DE 1998.

Síntomas	Presencia		Ausencia	
	f	%	f	%
Cansancio físico	94	78	26	22
Desinterés por el sexo	84	70	36	30
Irritabilidad	80	67	40	33
Sueño insatisfactorio	68	57	52	43
Preocupación por la salud	66	55	54	45
Tendencia al llanto	52	43	68	57

Fuente: Boleta de recolección de datos

En este cuadro se presentan los seis síntomas depresivos más frecuentes encontrados en este estudio, y de acuerdo a la literatura revisada, los trastornos afectivos, conductuales y somáticos pueden ser muy variados pero deben tenerse presentes para realizar un diagnóstico oportuno.

CUADRO No. 2

**FRECUENCIA DE DEPRESION EN MUJERES GESTANTES
HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA DEL INSTITUTO
GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL
DURANTE EL MES DE JUNIO DE 1998**

Depresión	f	%
Ausencia	71	59.2
Leve	31	25.8
Moderada	6	5.0
Severa	12	10.0
Total	120	100.0

Fuente: Boleta de recolección de datos

En este cuadro se evidencia que del total de mujeres gestantes entrevistadas el 41% (49 pacientes) presentó algún grado de depresión lo que significa que durante la etapa de embarazo varias mujeres, sufren de más situaciones que originan depresión

CUADRO No. 3

**DISTRIBUCIÓN POR GRUPO ETÁREO DE LA FRECUENCIA DE
DEPRESIÓN
HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA DEL INSTITUTO
GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL
DURANTE EL MES DE JUNIO DE 1998.**

Grado Edad	Ausencia		Leve		Moderada		Severa		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
15 - 20	11	9.2	8	6.7	2	1.7	3	2.5	24	20.0
21 - 26	35	29.2	16	13.3	4	3.3	5	4.2	60	50.0
27 - 30	16	13.3	4	3.3	0	0.0	4	3.3	24	20.0
31 - 35	9	7.5	3	2.5	0	0.0	0	0.0	12	10.0
Total	71	59.2	31	25.8	6	5.0	12	10.0	120	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

En este cuadro se evidencia que del total de mujeres gestantes entrevistadas, el grupo etáreo más afectado por depresión es el comprendido entre las edades de 15 a 20 años que corresponde al 20% del total de pacientes entrevistadas de las cuales 13 pacientes o sea el 54% presentan depresión. Lo anterior coincide con la literatura, puesto que se ha encontrado que las gestantes adolescentes son afectadas por la depresión con mayor frecuencia.

CUADRO No. 4

FRECUENCIA DE DEPRESIÓN POR NÚMERO DE GESTACIONES
HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA DEL INSTITUTO
GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL
DURANTE EL MES DE JUNIO DE 1998

Gestación \ Grado	Primigesta		Multigesta		Total	
	f	%	f	%	f	%
Ausencia	24	20.0	47	39.17	71	59.17
Leve	10	8.3	21	17.5	31	25.83
Moderada	3	2.5	3	3	6	5
Severa	3	2.5	9	8	12	10
Total	40	33.3	80	66.67	120	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

En este cuadro se evidencia que alrededor de un 40% de las pacientes tanto primigestas como multigestas presentaron algún grado de depresión. Por lo que no se puede relacionar la presencia de depresión con el número de hijos que tengan las pacientes, pues según la literatura la frecuencia de depresión aumenta y se va acentuando entre las pacientes que tienen dos o más hijos, aunándose un mal estado económico.

CUADRO No. 5

FRECUENCIA DEL GRADO DE DEPRESIÓN CON RELACIÓN AL
ESTADO CIVIL DE LAS GESTANTES
HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA DEL INSTITUTO
GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL
DURANTE EL MES DE JUNIO DE 1998

Estado civil \ Grado	Soltera		Casada		Unida		Viuda		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Ausencia	2	1.7	42	35.0	27	22.5	0	0	71	59.2
Leve	0	0.0	20	16.7	11	9.17	0	0	31	25.8
Moderada	1	0.8	2	1.67	3	2.5	0	0	6	5.0
Severa	0	0.0	3	2.5	9	7.5	0	0	12	10.0
Total	3	2.5	67	55.8	50	41.7	0	0	120	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

En este cuadro se muestra la frecuencia de síntomas depresivos respecto al estado civil y se encontró que el mayor porcentaje de gestantes deprimidas está en unión de hecho, pues de las 50 pacientes el 46% presentó depresión, lo que hace deducir que las gestantes unidas en su mayoría tienen asociados factores como mala relación de pareja, que implica una fuente de tensión psicológica mantenida, junto a una inestabilidad emocional.

CUADRO No. 6

FRECUENCIA DE DEPRESIÓN RESPECTO A LA OCUPACIÓN DE LA GESTANTE.
HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL DURANTE EL MES DE JUNIO DE 1998.

Ocupación \ Grado	Ama de casa		Asalariada		Total	
	f	%	f	%	f	%
Ausencia	36	30	35	29.2	71	59
Leve	18	15	13	10.8	31	26
Moderada	4	3.3	2	1.67	6	5
Severa	3	2.5	9	7.5	12	10
Total	61	51	59	49.2	120	100

Fuente: Boleta de recolección de datos

En este cuadro se hace notar que en ambos grupos el 41% (25 pacientes) es afectado por algún grado de depresión.

De lo anterior se deduce que tanto ser ama de casa como asalariada necesita de la gestante su mayor esfuerzo, tanto físico como emocional lo que tiene como resultado que las pacientes se sientan limitadas para ejercer sus actividades.

CUADRO NO. 7

FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN RELACIÓN CON EL GRADO DE ESCOLARIDAD
HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL DURANTE EL MES DE JUNIO DE 1998

Depresión \ Escolaridad	Ausencia		Leve		Moderada		Severa		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Primaria incompleta	21	17.5	5	4.2	2	1.7	3	2.5	31	25.8
Primaria completa	18	15.0	5	4.2	2	1.7	2	1.7	27	22.5
Secundaria incompleta	11	9.2	11	9.2	1	0.8	6	5.0	29	24.2
Secundaria completa	18	15.0	10	8.3	1	0.8	1	0.8	30	25.0
Universitaria incompleta	1	0.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.8
Universitaria completa	2	1.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	1.7
Total	71	59.2	31	25.8	6	5.0	12	10.0	120	100.0

Fuente: Boleta de recolección de datos

En este cuadro se puede observar que en las mujeres gestantes que no lograron culminar la secundaria, se presenta depresión en un 62% de las 29 pacientes entrevistadas, entre estas un 21% (6 casos) con depresión severa causada entre otros factores por una relación de pareja insatisfactoria y reflejándose además el no poder alcanzar mejores perspectivas y así mismo una mejor posición económica.

CUADRO No. 8

FRECUENCIA DE GRADO DE DEPRESIÓN CON RELACIÓN A LA PLANIFICACIÓN DEL EMBARAZO
HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL
DURANTE EL MES DE JUNIO DE 1998.

Planificó \ Grado	Si		No		Total	
	f	%	f	%	f	%
Ausencia	48	40.0	23	19.2	71	59.2
Leve	13	10.8	18	15.0	31	25.8
Moderada	3	2.5	3	2.5	6	5.0
Severa	6	5.0	6	5.0	12	10.0
Total	70	58.3	50	41.7	120	100.0

Fuente: Boleta de recolección de datos

En el cuadro se demuestra la relación que existe entre la presencia de algún grado de depresión con el hecho de no haber planificado el embarazo, ya que de las 120 pacientes entrevistadas, 50 no planificaron su embarazo y de estas el 54% (27 pacientes) presentan depresión. Tal y como se muestra en diferentes escritos acerca del tema, tres factores están íntimamente relacionadas a la depresión: un embarazo no deseado, relación de pareja insatisfactoria y factores sociales.

VIII. CONCLUSIONES

1. La frecuencia de síntomas depresivos en mujeres gestantes comprendidas entre 15 a 35 años en mujeres que consultan a control prenatal al Hospital de Gineco-obstetricia es de 41%.
2. La mujer gestante con algún grado de depresión es una joven de 15 a 20 años, multigesta o primigesta, unida, generalmente con secundaria incompleta y que no ha planificado su embarazo.
3. No importa la ocupación de la madre gestante, ya que puede presentar cualquier grado de depresión sea ama de casa o asalariada.
4. El Inventario de Beck para depresión es un instrumento diagnóstico útil, que hace mención a aspectos profundos por lo que requiere inversión de tiempo.

IX. RECOMENDACIONES

1. Se debe fomentar la preparación psicoprofiláctica tanto a mujeres primigestas como multigestas, para disipar temores acerca del parto; logrando la participación de los esposos para proporcionar un mayor soporte emocional.
2. Que el médico tratante de la paciente durante el control prenatal aborde a ésta como un ente biopsicosocial, conociendo la magnitud de problemas como la depresión.
3. Que la Facultad de Ciencias Médicas amplíe el programa curricular incluyendo en este, enfermedades psiquiátricas y así estar preparado para abordar problemas tan frecuentes como la depresión.

X. RESUMEN

En el presente trabajo se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en la consulta externa del Hospital de Gineco-obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social durante el mes de junio de 1998.

En el cual se determinó la frecuencia de síntomas depresivos en 120 mujeres gestantes de 15 a 35 años que acuden a control prenatal.

Se realizó una entrevista, seleccionando las pacientes al azar, incluyendo a quienes llenen los criterios de inclusión, mediante una boleta que contenía datos personales y el Inventario de Beck para depresión.

En el grupo estudiado se constató que la frecuencia de síntomas depresivos en mujeres gestantes de 15 a 35 años es de 41%, donde el grupo etáreo más afectado es de 15 a 20 años con un 54% y los síntomas depresivos más frecuentes son el cansancio físico, el desinterés por el sexo, irritabilidad, sueño insatisfactorio, excesiva preocupación por la salud y tendencia al llanto.

Por lo anterior es recomendable tener un abordaje biopsicosocial de las pacientes, que considerando los cambios, normales al embarazo no se percatan del problema que están atravesando.

XI. REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. Asociación Americana de Psiquiatría. "Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales D.S.M. IV " 1996.
2. Alvarado Muñoz, Rubén. Jorge Monardes... "El Inventario de Depresión de Beck en los cuadros depresivos del embarazo y del postparto" en Revista Psiquiátrica de Chile 10 (2) 1993 Pags. 4-13.
3. Calderón Narvaez, Guillermo. "Depresión, causas, manifestaciones y tratamiento" Editorial Trillas Tercera Edición. 1990
4. Christensen, Damaris. "Antidepressants during pregnancy" en The New England Journal of Medicine 1997; 336:258-262
5. Coverdale, J. H. Chervenak, F.A... "Ethically justified clinically comprehensive guidelines for the management of the depressed pregnant patient" en Am. Journal Obstetric Gynecol January 174 1996 Pags. 169-173.
6. Coverdale, John. Laurence B. Cullough.. "Clinical Implications of respect for Autonomy in the psychiatric Treatment of pregnant patients with depression " Psychiatric Services February 48 (2)1997 Pags. 209-212.
7. Diket, Albert L. Thomas E. Nolan. "Anxiety and Depression, diagnosis and treatment during pregnancy" Obstetrics and Gynecology Clinics of North America. Vol. 24 No. 3 September 1997 Pags. 535-554
8. Dorsch, Friedrich. "Diccionario de Psicología" Editorial Herder, Sexta edición Barcelona 1991
9. Fadem, Bárbara.. "Mood Disorders" en Behavioral Science. Second Edition. Harval Publishing. 1994 Pags. 89-94.
10. Feldman, Robert.. "Psicología con complicaciones para Iberoamérica." Segunda edición Editorial McGraw Hill 1995 Págs. 452-454
11. Fergusson, D.M. Horwood L.J... " Changes in depression during and following pregnancy paediatric" .Julio 1996 10 (3) Págs. 279-293.
12. Harrison. "Trastornos Psiquiátricos" en Principios de Medicina Interna Capítulo 389, 13ª. Edición Editorial Interamericana Mc. Graw Hill Vol. II Págs. 2769-2780.
13. Holcomb, W. L. Jr. Stone L.S. "Screening for depression in pregnancy" en Journal Obstetrics and Gynecology. December 88 (6) 1996 Págs. 1021-1025.
14. Kaplan, Harold I. Benjamin J. Sadock. "Compendio de Psiquiatría" 2ª edición Editorial Salvat Cap.13. 1991 Págs. 246-264..
15. Katzelnick, David J. Kenneth A. Kobak. "Effect of primary care treatment of depression on use of medical services" en Journal of the American Psychiatric Association. January 1997 Vol. 48 No. 1 Págs. 59-70
16. Kolb, Lawrence C. "Psiquiatría Clínica Moderna" Sexta Edición Editorial La Prensa Médica Mexicana 1990
17. Koniak, Griffin D... "Predictors of depression symptoms in pregnant adolescente." Journal Perinatology January 16 (1) 1996 Págs. 69-76.
18. Papalia, E. Diane. Sally Wendkos.. "Psicología" Quinta edición Editorial McWrawHill 1991 Págs. 557-563.
19. Patiño, José Luis. "Psiquiatría Clínica" Segunda Edición 1990 Págs. 185-187.
20. Saraceno Benedetto, Daniele Coen. "Uso de los psicofármacos en la clínica " en Unidad de Psiquiatría Milán, Italia Organización Panamericana de la Salud 1990. Pg. 7-9.
21. Seguin, L., Potvin. "Chronic stressors, social support, and depression during pregnancy" Journal Obstetric Gynecology April 85 (4) 1995 583-589
22. Spinelli, Margaret.. "Treating depression during pregnant" en The Maternal Mental Health Program. Psychiatric Institute New York 1997.
23. Spinelli, M G. "Interpersonal psychotherapy for depressed antepartum women: a pilot study" en Am Journal Psychiatry July 154 (7) 1997 1028-1030.

24. Tsai, S.J. Lee Y.C. "Psychiatric consultations in obstetric inpatients". En Journal Obstetric Gynecology December 22 (2) 1996 603-607.
25. Vidal, Guillermo. Renato Alarcón."Psiquiatría ". Editorial Panamericana. 1988 Pags. 340-366.
26. Wilson, L.M., Reid A.J "Antenatal psychosocial risk factors associated with adverse postpartum family outcomes" en Journal Article March 15 154 (6) 1996 Pags. 785-799
27. Yakow, Neckambin. "Reduced G protein functions and Immunoreactive levels in mononuclear leukocytes of patients with depression" en The American Journal of Psychiatry. Vol. 154 No. 2 February 1997 Pags. 211-216

XII. ANEXOS

GLOSARIO

1. Anfetaminas: Compuestos químicos que aumentan la actividad y combaten la sensación de fatiga.
2. Angustia: Se considera como un sentimiento o afecto originado por el instinto de protección contra el peligro que provoca una perturbación del ánimo elemental.
3. Esquizofrenia: Se caracteriza por el trastorno de la asociación de ideas y de afectividad. Son signos importantes, los trastornos sensoriales como alucinaciones, ilusiones; y de la afectividad como desatino, apatía.
4. Letargia: Completa inactividad corporal y psíquica, donde no es posible establecer comunicación con el paciente.
5. Libido: Designada como la energía sexual que es la base de todas las manifestaciones de la sexualidad, encaminada a la obtención de placer de las zonas erógenas.
6. Manía: Complejo sintomático morboso presente en la psicosis maniaca caracterizado por euforia exagerada y sin base, autovaloración exagerada, aumento de la actividad en general, aceleración y superficialidad del pensamiento.
7. Melancolía: Tristeza y estado de ánimo anormal caracterizado, por la asociación del complejo sintomático de la depresión con angustia y sentimiento de culpabilidad, ideas delirantes o compulsivas.
8. Tristeza: Se refiere a la falta de consecución de la aspiración a hallar un sentido en el que pueda apoyarse la existencia y obtener su plenitud. Sentimiento de opresión y vacío.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS, FASE III.

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS
SINTOMAS DEPRESIVOS DURANTE EL EMBARAZO

NOMBRE: _____ Reg. No. _____

EDAD: 15-20 _____ 21-26 _____ 27-30 _____ 31-35 _____

EMBARAZO: Primigesta _____ Multigesta _____

ESTADO CIVIL: Casada _____ Soltera _____ Unida _____ Viuda _____

ESCOLARIDAD: Primaria completa _____ Primaria incompleta _____
Secundaria completa _____ Secundaria incompleta _____
Universitaria completa _____ Universitaria incompleta _____

OCUPACION: Ama de casa _____ Asalariada _____

PLANIFICACION DEL EMBARAZO: Sí _____ No _____

1. No me siento triste.
 Me siento triste o deprimida.
 Tengo siempre como una pena encima que no me la puedo quitar.
 Esta tristeza me produce verdaderos sufrimientos.
 Ya no puedo soportar esta pena.
2. No soy especialmente pesimista, ni creo que las cosas me vayan a ir mal.
 Me siento desanimada cuando pienso en el futuro.
 No espero nada bueno de la vida.
 Creo que nunca me recuperaré de mis penas.
 No espero nada. Esto no tiene remedio.
3. No me considero fracasada.
 He tenido más fracasos que la mayoría de la gente.
 Siento que he hecho pocas cosas que valgan la pena.
 Veo mi vida llena de fracasos.
 He fracasado totalmente como persona (madre, hija, esposa, profesional, etc.)
4. Estoy especialmente satisfecha.
 Me encuentro aburrida casi siempre.
 Ya no me divierte lo que antes me divertía.
 Ya nada me llena.
 Estoy harta de todo.
5. No me siento culpable
 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.
6. No pienso que esté siendo castigada.
 Presiento que algo malo me puede suceder.
 Siento que me están castigando o me castigarán.
 Siento que merezco ser castigada.
 Quiero que me castiguen.

7. No estoy desengañada de mí mismo.
 Estoy desengañada de mí mismo.
 No me aprecio.
 Estoy asqueada de mí.
 Me odio (me desprecio).
8. No creo ser peor que otros.
 Me critico mucho a causa de mis debilidades o errores.
 Me acuso a mí misma de todo lo que me va mal.
 Siento que tengo muchos y muy grandes defectos.
 Me siento culpable de todo lo malo que ocurre.
9. No tengo pensamientos de hacerme daño.
 Tengo pensamientos de hacerme daño, pero no llegaría a hacerlo.
 Tengo planes decididos de suicidarme.
 Siento que mi familia estaría mejor si yo me muriera.
 Siento que estaría mejor muerta.
 Me mataría si pudiera.
10. No lloro más de lo habitual.
 Ahora lloro más de lo normal.
 Ahora lloro continuamente. No puedo evitarlo.
 Antes podía llorar, ahora no lloro ni aún queriéndolo
11. No estoy más irritable que normalmente.
 Me irrito con más facilidad que habitualmente.
 Me siento irritada todo el tiempo.
 Ya no me irrita ni lo que antes me irritaba.
12. No he perdido mi interés por los demás.
 Me intereso por la gente menos que antes.
 He perdido casi todo mi interés por los demás, no tengo sentimientos para ellos.
 He perdido todo mi interés por los demás y no me importa en absoluto.
13. Tomo mis decisiones como siempre.
 Ahora estoy insegura de mí misma y procuro aplazar el tomar decisiones.
 Ya no puedo tomar decisiones sin ayuda.
 Ya no puedo tomar decisiones en absoluto.
14. No me siento con peor aspecto que antes.
 Estoy preocupada porque me veo más vieja y desmejorada.
 Siento que hay cambios en mi aspecto físico que me hacen desagradable
 Me siento fea y/o repulsiva.
15. Puedo trabajar tan bien como antes.
 Necesito un esfuerzo extra para empezar a hacer algo.
 No trabajo tan bien como la hacía antes.
 Tengo que esforzarme muchísimo para hacer cualquier cosa.
 No puedo trabajar en nada.
16. Duermo tan bien como antes.
 Me despierto más cansada por la mañana.
 Me despierto una o dos horas antes de lo normal y me resulta difícil volver a dormir.
 Me despierto temprano todos los días y no duermo más de 5 horas.
17. No me canso más de lo normal
 Me canso más fácilmente que antes.
 Cualquier cosa que haga me fatiga.
 Me canso tanto que no puedo hacer nada.
18. Mi apetito no es menor que antes.
 Mi apetito no es tan bueno como antes.
 Mi apetito es ahora mucho menor.
 He perdido totalmente mi apetito.
19. 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. No me preocupa mi salud más de lo normal.
 Estoy preocupada por dolores y trastornos.
 Estoy tan preocupada por mi salud que me es difícil pensar en otras cosas.
 Estoy constantemente pendiente de lo que me sucede y cómo me encuentro
21. No he notado ningún cambio en mi atracción por el sexo.
 Estoy menos interesada por el sexo que antes.
 Apenas me siento atraída sexualmente.
 He perdido todo mi interés por el sexo.