UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

AREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA HUMANA

TÍTULO:

"DEPRESIÓN PRENATAL Y SU RELACIÓN CON BAJO PESO AL NACIMIENTO, EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA, PERIODO 2014"

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO

AUTORA:

TATIANA IVANOVA JIMÉNEZ FLORES

DIRECTORA DE TESIS:

DRA. DIGNA PIEDAD VICENTE PINZÓN

LOJA – ECUADOR

2015

CERTIFICACIÓN

Loja, 11 de Noviembre del 2015

Dra. Digna Piedad Vicente Pinzón

DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICA:

Que el presente trabajo de investigación **"DEPRESIÓN PRENATAL Y SU RELACIÓN CON BAJO PESO AL NACIMIENTO, EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA, PERIODO 2014."** realizado por la estudiante Tatiana Ivanova Jiménez Flores; ha sido cuidadosamente revisado por el suscrito, con lo que se ha podido constatar que cumple con todos los requisitos de fondo y forma establecidos por la Universidad Nacional de Loja y por el Área de la Salud Humana, para la obtención del título de Médico General, llevado a cabo durante el cronograma de actividades establecido, por lo que autorizo su presentación.

Dra. Digna Piedad Vicente Pinzón.

DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Yo, Tatiana Ivanova Jiménez Flores, declaro que las ideas u opiniones, conceptos, análisis, resultados, conclusiones y recomendaciones, vertidas en el presente trabajo investigativo, son de mi absoluta autoría, y eximo directamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos y acciones legales.

Loja, 11 de Noviembre del 2015

……

Tatiana Ivanova Jiménez Flores

AUTORA

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, TATIANA IVANOVA JIMÉNEZ FLORES, declaro ser autora de la tesis titulada "**DEPRESIÓN PRENATAL Y SU RELACIÓN CON BAJO PESO AL NACIMIENTO, EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA, PERIODO 2014**", como requisito previo a la obtención de título como MEDICO GENERAL, además autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja, para que con fines académicos disponga de esta producción dentro de la Universidad a través de la visibilidad de su contenido en el Repositorio Digital Institucional.

Loa usuarios pueden consultar el contenido del siguiente trabajo investigativo en el RDI, en las redes del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la misma que realice un tercero

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los once días del mes de Noviembre, firma la autora.

FIRMA:

Autora: Tatiana Ivanova Jiménez Flores

Dirección: El Rosal, Enrique Dosel entre Ciro Alegría y Alejandro Koy

Correo electrónico: tattysnova_1910@hotmail.es

Fecha: 11 de Noviembre del 2015

Teléfono: 2710545

Datos complementarios:

Directora de tesis: Dra. Digna Piedad Vicente Pinzón

DEDICATORIA

A mi madre que desde mis primeros pasos ha sido mi apoyo y ejemplo de lucha, quien en todo momento creyó en mí y supo ser mi guía en cada paso y decisión que he tomado, inculcándome siempre el amor por los demás, el servicio desinteresado y la humildad.

Gracias por ese amor incondicional, que me protegió y me inspiró a ser cada día mejor y no rendirme ante las adversidades de la vida. Gracias madre mía por hacer de mí una mujer de bien.

A mi padre quien con sus sabias palabras me guía y con su ejemplo me enseña a ser cada día una mejor persona. Gracias por ese amor sin medida.

A mis hermanas y hermano, quienes han sido un pilar fundamental en mi vida y me han brindado su apoyo incondicional durante estos años de formación académica.

Con todo mi cariño esta tesis la dedico a ustedes.

Tatiana Jiménez

AGRADECIMIENTO

Doy gracias a Dios todopoderoso por ser mi fortaleza y fuente de sabiduría en esta aventura que con altos y bajos me ha permitido disfrutar, además por permitirme culminar y a la vez iniciar una etapa en mi vida profesional.

Agradezco a mi abuelita (+), pilar fundamental en mi vida, quien con mano dura y sabios consejos supo guiarme correctamente por el camino del bien.

A mis padres, José y Josefina, por su apoyo incondicional, por el sabio consejo, y por la motivación constante para que sea cada día mejor.

A mis hermanas y hermano, por ser el complemento de mi vida y fuente de inspiración para mi superación personal.

A mis maestros, quienes contribuyeron con sus conocimientos y me brindaron pautas de estudio para mi formación dentro y fuera de las aulas, y caminaron a nuestro lado durante los momentos de aprendizaje con el paciente.

A la Doctora Digna Vicente, gracias por su valioso tiempo y acertado criterio durante la realización de este trabajo investigativo.

A la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Loja, que en conjunto con el Hospital Isidro Ayora de Loja, me acogieron y brindaron el espacio para adquirir tanto conocimientos teóricos como prácticos, esenciales en la formación del Médico.

Tatiana Jiménez

1. TÍTULO

DEPRESIÓN PRENATAL Y SU RELACIÓN CON BAJO PESO AL NACIMIENTO, EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA, PERIODO 2014.

2. RESUMEN

La depresión durante el embarazo es un trastorno muy frecuente en nuestro medio y que además trae consigo repercusiones importantes en el bienestar tanto materno como neonatal si este no es diagnosticado y tratado a tiempo. El presente trabajo tiene como objetivo demostrar la relación que existe entre depresión prenatal como causa de recién nacidos con bajo peso al nacimiento, así también mostrar con qué frecuencia se presenta este trastorno, cual es el grado de depresión más frecuente, finalmente determinar el peso de los neonatos hijos de madres depresivas.

Este es un estudio cuali-cuantitativo, descriptivo, correlacional y transversal; se incluyó 118 mujeres en periodo de gestación, en labor de parto a término, y sin diagnóstico de patología neurológica, hospitalizadas en el servicio de obstetricia del Hospital Isidro Ayora, los instrumento empleados fueron la "Escala de Depresión de Edimburgo", además el "Inventario de Depresión de Beck" para la clasificación de la depresión en aquellas pacientes cuyo test de Edimburgo resultó positivo, además de una encuesta elaborada para obtención de datos filiación. Los datos antropométricos del neonato fueron tomados de la historia clínica perinatal.

Como resultado se obtuvo que el 66,94% de pacientes presentaron depresión prenatal, de las cuales el 10.12% tuvieron hijos con peso bajo al nacimiento, con una media de 2325g, en comparación con un 7.69% en aquellas madres sin depresión, con una media de peso de 2800gr. En relación al grado de depresión un 44.30% presentaron periodos intermitentes de depresión, el 20% presentaron leve perturbación del estado de ánimo y depresión moderada.

Lo que nos permite concluir que en nuestro medio la depresión prenatal es frecuente e influye en el bajo peso al nacimiento.

Palabras clave: Depresión prenatal, Bajo peso al nacimiento, Test de Depresión Edimburgo, Inventario de Depresión de Beck.

ABSTRACT

Depression during pregnancy is a very common disorder in our country and also brings a major impact on both maternal and neonatal well-being if it is not diagnosed and treated early. This paper aims to show that in our prenatal maternal depression is a risk factor associated with children of low birth weight.

This study is qualitative and quantitative, descriptive, correlational, included 118 women who are pregnant, in labor at term, and which have not been previously diagnosed with neurological diseases, and hospitalized in the obstetrics service of Isidro Ayora Hospital, the instrument used was a form with the "Edinburgh Depression Scale". Test "Beck Depression Inventory" for the classification of depression in those patients whose test was applied Edinburgh was positive, and a survey conducted for data collection affiliation. The newborn anthropometric data were taken from the perinatal clinical history of each patient.

As a result it was found that the sample under study 66.94% of patients had depression during pregnancy; this group 10.12% had children with low birth weight, with an average of 2325g, compared with 7.69 % in those without depression mothers with an average weight of 2800gr. In relation to the degree of depression one 44.30% had intermittent periods of depression, while 20% had mild mood disturbance and moderate depression.

This allows us to conclude that in our depression during pregnancy if it influences the birth of underweight children.

Key Words: Depression during pregnancy, children of low birth weight, Edinburgh Test

3. INTRODUCCIÓN

La depresión constituye el trastorno mental más frecuente a nivel mundial, afecta a más de 350 millones de personas, siendo la principal causa de discapacidad y ausentismo laboral. Las mujeres son más propensas que los hombres a sufrir depresión y ansiedad. La depresión es la causa más importante dentro de la carga de morbilidad femenina, y ello tanto en los países de ingresos altos, como en los de ingresos bajos. La depresión durante el embarazo y posterior al parto afecta al 20% de las madres en los países de ingresos bajos y medios-bajos, lo que representa un porcentaje incluso más elevado que las tasas notificadas anteriormente con respecto a los países de ingresos altos. (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2013)

Hace aproximadamente unas dos décadas es que empieza a tomarse en cuenta a este como un problema de salud pública a nivel mundial, y surgen una serie de investigaciones que permiten conocer mejor esta patología, puesto que su detección tardía o ausente, trae consigo repercusiones en el bienestar tanto materno como fetal, como es el caso de productos con peso bajo al nacimiento, el mismo que se asocia a una serie de comorbilidades que pueden afectar el normal desarrollo del niño.

Esta investigación tiene como objetivo determinar la relación entre la depresión prenatal como causa de productos con bajo peso al nacimiento, así también determinar la frecuencia con que se presenta esta patología, el grado de depresión que presentaron las embarazadas y la determinación del peso al nacimiento.

Este es un estudio cuali-cuantitativo, descriptivo, correlacional y transversal; que incluyó 118 embarazadas hospitalizadas en el área de Gineco-Obstetricia del Hospital Isidro Ayora, con diagnóstico de embarazo a término más labor de parto, se excluyó a aquellas que presentaron algún trastorno mental diagnosticado previamente. Se aplicó para el diagnóstico la “Escala de Depresión de Edimburgo”, y un segundo test el “Inventario de Depresión de Beck” a aquellas pacientes que tuvieron un resultado positivo

en el primer test. Posteriormente los datos antropométricos de los recién nacidos se obtuvo a partir de las historias clínicas neonatales.

Como resultados se obtuvo que de las 118 embarazadas, el 66,94% presentaron depresión durante la gestación, de las cuales el 10.12% tuvieron hijos con peso bajo al nacimiento. En relación al grado de depresión el 44.30% presentaron periodos intermitentes de depresión, el 20.25% presentaron leve perturbación del estado de ánimo y depresión moderada

Se llegó a la conclusión que la depresión prenatal es una patología frecuente en nuestro medio, además provoca bajo peso al nacimiento de los neonatos.

En nuestro país se han realizado algunos estudios enfocados en factores de riesgo de depresión posparto, pero escasas investigaciones en relación con los efectos que produce la depresión de la gestante sobre el recién nacido, por lo que es de gran importancia el estudio de este tema. La información obtenida en este estudio aportara con datos propios de nuestra realidad, e incentivará al profesional de la salud a la detección precoz de esta patología durante los controles mensuales del embarazo, y así poder dar un tratamiento apropiado durante etapas tempranas de la gestación y prevenir futuras complicaciones.

4. REVISIÓN DE LITERATURA

CAPÍTULO I

1. DEPRESIÓN PRENATAL

Desde los tiempos de Hipócrates (cuatro siglos antes de Cristo), se conoce que existe cierta asociación entre el proceso perinatal y los trastornos mentales maternos. Sin embargo, recién en tiempos modernos es que se ha empezado a encarar el problema de la salud mental materna de un modo científico, llegándose a identificar a los trastornos mentales como reconocidos factores de riesgo, tanto para la salud de la misma madre como para la del ser humano en formación intra como extrauterinamente. (Ch & Gonz, 2011).

Sin embargo, a pesar de ser reconocidos como tales, poco o casi nada se ha hecho y se hace en la práctica perinatal, a fin de prevenir, identificar y tratar dichos problemas. Esta situación, alarmante en sí misma, se torna mucho más dramática cuando el recién nacido, por sus características intrínsecas de riesgo (por ejemplo, el bajo peso al nacer BPN), representa una demanda incrementada de esfuerzo para a la madre. (Lartigue, Martín Maldonado-durán, González-pacheco Juan Manuel Sauceda-garcía Resumen, Associate Professor, & Lartigue cols, 2011)

1.1 DEFINICIÓN

Según el DSM-IV-TR (2003), se considera que la depresión es un trastorno del estado de ánimo, es decir, una alteración en el humor. Algunos de los síntomas que presentan las personas con depresión son, pérdida de interés, de la capacidad de disfrute al realizar actividades académicas, laborales, sexuales, disminución de apetito, alteración en el sueño, cambios psicomotores, falta de energía, cansancio, fatiga, sentimiento de culpa, refieren falta de concentración e incapacidad para tomar decisiones. (Lartigue, Martín Maldonado-durán, González-pacheco Juan Manuel Sauceda-garcía Resumen, Associate Professor, & Lartigue cols, 2008), (Ch & Gonz, 2011).

1.2 EPIDEMIOLOGÍA

Los trastornos depresivos son frecuentes durante el embarazo; afectan al 9-23% de las mujeres antes del parto y al 12% de las mujeres después del parto. Entre el 3 y el 11% de estas mujeres experimentan una forma de depresión grave, es decir un trastorno depresivo mayor. Aunque estas tasas de prevalencia son similares a las observadas en mujeres no embarazadas en edad fértil, la probabilidad que las mujeres embarazadas consulten al médico es mayor, lo que incrementa la oportunidad de diagnosticar y tratar la enfermedad. (Hobbins John, Linda L.M. Worley y Jennifer L. Melville A, 2012)

1.3 FISIOPATOLOGÍA

La depresión que comienza durante el embarazo generalmente no es detectada como debería serlo, pues muchos de los síntomas neurovegetativos como el sueño, desórdenes del apetito, disminución de la libido y falta de energía, también se observan en mujeres embarazadas sin depresión. (Ch & Gonz, 2011).

Los mecanismos fisiológicos por los cuales los síntomas de la depresión pueden afectar al feto aún no están muy claros, sin embargo un aumento en los niveles de cortisol y catecolaminas que suele suceder en los pacientes con depresión puede afectar la función de la placenta y alterar el flujo sanguíneo uterino e inducir irritabilidad uterina. Se sugiere una disfunción hipotálamo-hipófisis en todos los trastornos afectivos. Se ha encontrado que los pacientes deprimidos con frecuencia presentan elevación de las concentraciones de los esteroides corticales en la sangre y orina. (Hall, 2013).

La insensibilidad de los receptores, disminución total de las aminas, o descenso en su síntesis o almacenamiento causa la depresión. Específicamente, se sugiere que una baja concentración de serotonina, combinada con elevadas concentraciones de norepinefrina produce manía; mientras que bajas concentraciones de ambos causan depresión.

En algunos pacientes con trastornos depresivos mayores se han referido alteraciones del sistema dopaminérgico y del ácido gama aminobutírico (GABA). La serotonina se ha convertido en el neurotransmisor más asociado

a este trastorno, debido a la enorme repercusión que han tenido los inhibidores de la receptación de serotonina (ISRS) en su tratamiento. La identificación de múltiples receptores ha aumentado el interés por este neurotransmisor. Su descenso puede precipitar una depresión. (Hall, 2013).

Datos actuales sugieren que la actividad dopaminérgica podría estar disminuida en la depresión. Se ha propuesto una hipótesis colinérgica, que postula un aumento del tono colinérgico central en la depresión, así como un desequilibrio entre los sistemas colinérgico y adrenérgico, pero sus resultados todavía no son concluyentes. (Jadresic, E. 2010).

Los cambios de la regulación hipotálamo- hipófisis- suprarrenal indican que la depresión podría ser una desregulación adaptativa a la respuesta de estrés mediada genéticamente o secundaria a la exposición a niveles significativos de estrés durante los períodos críticos de codificación neuroendocrina en los primeros estadios del desarrollo. (Hall, 2013).

1.4 CAUSAS DE LA DEPRESIÓN PRENATAL

La depresión en general y durante el embarazo puede ser ocasionada por múltiples factores, entre ellos: factores socioculturales, familiares, económicos como: el bajo ingreso económico, el desempleo, el antecedente genético, experiencias de la infancia de abuso sexual, rasgos de personalidad: baja autoestima y personalidad neurótica, antecedente de trastornos de ansiedad o alguna patología de tipo psiquiátrico; deficiente apoyo social, abortos previos, altos niveles de estrés antes o durante el embarazo, mal estado de salud de la madre y conflictos con la pareja. (Pérez, Cabarcas, & Lobo, 2013)

1.4.1 Factores genéticos y familiares

Estudios en familiares, han revelado relación entre depresión y la herencia. El trastorno depresivo mayor es de 1.5 a 3 veces más común en familiares biológicos de primer grado de personas que lo sufren, que en la población general. (Ch & Gonz, 2011).

Hay estudios sobre los factores genéticos, ya que los trastornos del estado de ánimo resultan de la interacción compleja entre la carga genética del paciente con la del medio. Los datos indican que un factor genético está implicado en el desarrollo del trastorno, pero el patrón de transmisión sigue mecanismos complejos, además que los factores no genéticos desempeñan un papel desencadenante en su desarrollo. (Hall, 2013)

Los gemelos monocigotos muestran una tasa de concordancia (46%) superior a la de los dicigotos (10-20%), con escasa evidencia de que el entorno familiar compartido tenga alguna influencia. (Pulache Contreras H, Mori Quispe E, Figueroa N Lam Luna M, 2013)

1.4.2 Factores neuroendócrinos

Algunos síntomas del síndrome clínico como trastornos del humor, disminución de la libido, trastornos del sueño, del apetito y de la actividad autonómica, sugirieren disfunción del hipotálamo. Cerca de la mitad de las personas muestran aumento del cortisol. Además existe una relación con la función tiroidea, ya que muchos pacientes con disminución de T3, poseen depresión, sin embargo, muchos pacientes con depresión no tienen ninguna alteración de la función tiroidea, otro hallazgo importante es que en pacientes deprimidas existe una disminución de la liberación de hormona de crecimiento durante horas de sueño, que permanece hasta un año luego de la desaparición de los síntomas de depresión. (Hall, 2013)

1.4.3 Factor bioquímico cerebral

Es la teoría más popular y postula que un déficit relativo o absoluto en las concentraciones de noradrenalina, serotonina y dopamina es la causa de la depresión, mientras que excesos de ellos producen manía. (Pulache Contreras H, Mori Quispe E, Figueroa N Lam Luna M, 2013)

1.4.4 Factores psicológicos

Algunos autores sugieren que en las depresiones, principalmente las de menor intensidad, la presencia de factores psicógenos tiene gran importancia.

Se cree que el problema de la depresión es producto de un pensamiento distorsionado que produce una visión negativa de si mismo, del mundo y del futuro, el estado depresivo será secundario a estos fenómenos cognoscitivos. (Ch & Gonz, 2011).

1.5 CUADRO CLÍNICO

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, dificultad para dormir). En la mujer embarazada, la depresión se asocia con una peor alimentación con el consecuente poco aumento de peso, que también puede tener consecuencias desfavorables para el bebe y su crecimiento in útero, por otra parte hay 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 esta la mujer, la naturaleza del problema hace que precisamente busque menos ayuda y no busque servicios para mejorarla. (Lartigue et al., 2011)

Las manifestaciones clínicas más comunes de la depresión son: sentirse sola la mayor parte del tiempo, tener pensamientos pesimistas sobre el futuro (“todo ira mal, tengo mala suerte, seguramente habrá complicaciones, no seré una buena madre, etc.”). Puede tener también pensamientos de auto reproche (“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 satisfacer sus necesidades y se siente paralizada. La mujer deprimida puede sentirse muy triste, no estar animada con nada, no tener deseos de salir ni de arreglarse, tener mucha dificultad para moverse o salir de la cama, sentirse cansada todo el tiempo o dormir muchas horas. A veces en vez de tristeza y llanto fácil hay marcada irritabilidad hacia el marido, el bebe u otros familiares. La mujer puede sentirse fácilmente exasperada y al borde de perder la paciencia ante pequeñas

frustraciones. Puede tener deseos intensos de comer más de lo normal o de comer chocolates u otros dulces. El caso contrario y muy frecuentemente se evidencia pérdida del apetito, episodios muy seguidos de insomnio, suele referir dolores de cabeza, espalda y perdida de energía. Se han hecho investigaciones en EUA con mujeres latinas provenientes del medio rural, y se ha observado que si se les pregunta si se sienten deprimidas pueden decir que no, pero si se pregunta por los síntomas psicosomáticos que suelen acompañar a la depresión, es mucho más fácil que admitan tener esos síntomas. (Ortega, Lartigue, & Figueroa, 2011)

Algunos síntomas generales de la depresión

* Sensación de tristeza o vacío; humor depresivo la mayor parte de tiempo
* Pérdida de interés o de placer en la mayoría de actividades
* Dificultad para dormir o adormecimiento excesivo
* Pérdida o aumento de peso muy notorio en un lapso de 1 mes
* Pérdida de concentración
* Ideas obsesivas de muerte o suicidio, pero sin plan de cometer el acto
* Agitación física o mental
* Constipación
* Fatiga o pérdida de energía
* Pérdida del apetito
* Cefaleas recurrentes
* Diminución de la líbido
* Dificultad para tomar decisiones

1.6 DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de la depresión en el embarazo es netamente clínico, en ocasiones la paciente acude a la consulta manifestando una serie de signos y síntomas, otras veces es un hallazgo obtenido mediante el interrogatorio

dirigido por el profesional de la salud. No existen marcadores patognomónicos de la depresión. (Lartigue et al., 2011)

Existen criterios diagnósticos que nos orientan sobre la gravedad del trastorno, si este es un cuadro leve o de mucha gravedad. En la actualidad contamos con un gran número de instrumentos de tamizaje, que nos contribuyen a la detección fácil y confiable de esta patología. (Ortega, Lartigue, & Figueroa, 2011)

1.6.1 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS SEGÚN LA DSM-IV-TR

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes durante el mismo período de 2 semanas y representan un cambio respecto del desempeño previo; por lo menos uno de los síntomas es estado de ánimo depresivo o pérdida de interés o placer.

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días, indicado por el relato subjetivo o por observación de otros.

2. Marcada disminución del interés o del placer en todas, o casi todas, las actividades durante la mayor parte del día, casi todos los días.

3. Pérdida significativa de peso sin estar a dieta o aumento significativo, o disminución o aumento del apetito casi todos los días.

4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

5. Agitación o retraso psicomotores casi todos los días.

6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

7. Sentimientos de desvalorización o de culpa excesiva o inapropiada (que pueden ser delirantes) casi todos los días (no simplemente autorreproches o culpa por estar enfermo).

8. Menor capacidad de pensar o concentrarse, o indecisión casi todos los días (indicada por el relato subjetivo o por observación de otros).

9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor de morir), ideación suicida recurrente sin plan específico o un intento de suicidio o un plan de suicidio específico.

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

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro del funcionamiento social, laboral o en otras esferas importantes.

D. Los síntomas no obedecen a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, una droga de abuso, una medicación), ni a una enfermedad médica general (por ejemplo hipotiroidismo).

E. Los síntomas no son mejor explicados por duelo, es decir que tras la pérdida de un ser querido, los síntomas persisten por más de 2 meses o se caracterizan por visible deterioro funcional, preocupación mórbida con desvalorización, ideación suicida, síntomas psicóticos o retraso psicomotor. (Lartigue et al., 2008)

1.6.2 HERRAMIENTAS DE TAMIZAJE

El "Center for Epidemiologic Studies Depression Scale" (CES-D) y la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) han sido recomendados para una evaluación inicial de los síntomas depresivos porque son los más ampliamente estudiados en la investigación de estos cuadros en la etapa perinatal. Otros estudios también han utilizado el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), así como el Patient Health Questionnaire (PHQ-2), la Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) y la Escala de Depresión del Embarazo (PDS). Estos instrumentos son de tamizaje e indican el riesgo para un posible trastorno depresivo, pero todos ellos requieren una confirmación diagnóstica. (Ortega, Lartigue, & Figueroa, 2011)

1.6.2.1 Test de Edimburgo

La Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) (de Cox, Holden y Sagovsky) es una buena herramienta para el tamizaje de cuadros depresivos del posparto, fácil de aplicar, breve y cuyo uso se ha extendido en

muchas partes. A pesar de que su objetivo inicial fue la detección de cuadros depresivos en el posparto, se ha comenzado a usar para la identificación de episodios depresivos en el embarazo. La EPDS ha sido ampliamente probada, traducida y utilizada en más de 23 países para identificar a las mujeres que podrían estar cursando una depresión en el posparto. La EPDS también ha sido ampliamente validada como una herramienta efectiva para la detección de depresión en los tres trimestres del embarazo.
Es una escala de 10 ítems, auto-administrada, que requiere aproximadamente 5 minutos para completar. Cuando los resultados no son concluyentes, la prueba se puede volver a administrar después de 2 semanas. LA EPDS tiene una puntuación máxima de 30. Muestra una sensibilidad de 76,7% y una especificidad de 92,5% para depresión perinatal. Una puntuación de 12 o más indica una posible depresión, de diversa gravedad. Es un instrumento muy fiable para las evaluaciones secuenciales de síntomas depresivos en el embarazo y en particular, para el tamizaje de un trastorno depresivo mayor. Los usuarios pueden reproducir sin permiso la EPDS proporcionando citación de los nombres de los autores, el título y el origen de este, en todas las copias reproducidas. . (Alvarado R, Vera A, Rojas M, Olea E, Monardes E, Neves E,2012).

Ha sido validada para su uso en el embarazo por Murray & Cox, con un punto de corte de 14/15 para probable depresión, su uso se ha extendido hasta casi 4 años posparto. Esta validación se realizó entre las 28 y 34 semanas de gestación. (Ortega, Lartigue, & Figueroa, 2011)

En Chile, ha sido utilizada desde hace un par de décadas, mostrando buenos resultados en al menos dos estudios independientes, que han realizado miembros de nuestro equipo. En el año 2000, la *Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh* fue validada para población mexicana con un estudio realizado en el INPerIER. En el año 2004, Tophil y cols. sugirieron el empleo de la *Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh* para tamizaje en busca de depresión perinatal, describiendo la prueba como un instrumento “ampliamente utilizado, bien validado, corto, de fácil aplicación, objetivo, con

sensibilidad y especificidad satisfactorias. Se trata del único instrumento validado para uso pre y postnatal". En conclusión, se trata de un instrumento ampliamente utilizado, validado para la patología emocional que busca detectar y para el grupo al cual se dirige, validado para población mexicana y con estudios realizados en el INPerIER que corroboran su validez e incluso determinan el punto de corte de mayor equilibrio. (Alvarado R, Vera A, Rojas M, Olea E, Monardes E, Neves E,2012).

1.6.2.2 Inventario de Depresión de Beck

El Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) es un autoinforme de lápiz y papel compuesto por 21 ítems de tipo Likert. El inventario inicialmente propuesto por Beck y sus versiones posteriores han sido los instrumentos más utilizados para detectar y evaluar la gravedad de la depresión. De hecho, es el quinto test más utilizado por los psicólogos españoles (Muñiz y Fernández-Hermida, 2010). Sus ítems no se derivan de ninguna teoría concreta acerca del constructo medido, sino que describen los síntomas clínicos más frecuentes de los pacientes psiquiátricos con depresión. El BDI-II ha experimentado algunas modificaciones respecto a las versiones anteriores para representar mejor los criterios para el diagnóstico de los trastornos depresivos recogidos en el DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición, American Psychiatric Asociación, 1994) y CIE-10 (Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud, Organización Mundial de la Salud, 1993). La prueba ha de ser destinada preferentemente para un uso clínico, como un medio para evaluar la gravedad de la depresión en pacientes adultos y adolescentes con un diagnóstico psiquiátrico y con 13 años o más de edad, para hacer una categorización de la severidad de la depresión. El estudio de validación al idioma español fue realizado en Buenos Aires por Bonicatto y cols. en 1998, determinándose la consistencia interna y la validez concurrente. El estudio de validez y re producibilidad en México fue realizado en 1991 por Torres-Castillo y en 1998 se estandarizó el instrumento en muestras más amplias de residentes de la ciudad de México, siendo aceptables los índices de

confiabilidad y validez encontrados. La versión abreviada de 13 ítems también es muy utilizada. Los valores de las cuatro opciones de respuesta son iguales en todos los reactivos y van de 0 a 3 puntos, dando un puntaje total posible de 39 puntos. Los puntos de corte propuestos son: 0-4 Depresión ausente, 5-7 Depresión leve, 8-15 Depresión moderada y > 15 Depresión grave. En 1986 se realizó un estudio para determinar la validez concurrente del inventario en esta versión comparándola con la escala de Hamilton para depresión y con la escala de Widlocher. (Rojas et al., 2010)

1.7 TRATAMIENTO DE DEPRESIÓN PRENATAL

El objetivo del tratamiento de depresión durante la gestación es mantener o mejorar la salud mental de la mujer, minimizando los riesgos para el embrión/feto en desarrollo. Así también, se debe recomendar interrumpir el consumo de cafeína, nicotina y alcohol. Al mismo tiempo, debe intentarse maximizar las posibilidades de descanso. (Jadresic, E. 2010)

La depresión prenatal sin tratamiento es considerada un factor de riesgo determinante para el desarrollo de la depresión posparto en un 50 a 65 %. En reino unido, un estudio mostro una relación entre la depresión prenatal y posparto, e indica que el 22.6% de las mujeres con depresión posparto la había padecido en la gestación. En Suiza, en una cohorte de mujeres embarazadas, un 17 % padeció síntomas depresivos en el tercer trimestre, y más tarde, durante el puerperio, el 45% de estas mujeres fueron diagnosticadas con depresión posparto. (Alvarado R, Vera A, Rojas M, Olea E, Monardes E, Neves E,2012).

1.7.1 Intervenciones psicoterapéuticas

Muchas pacientes con depresiones leves a moderadas pueden ser tratadas exclusivamente con psicoterapia. Tanto las técnicas de relajación, la terapia cognitivo-conductual, como la psicoterapia de apoyo pueden ser muy útiles para tratar la ansiedad que frecuentemente acompaña a la depresión.

Para los síntomas anímicos, siempre que no sean intensos, suele preferirse la terapia cognitivo-conductual (TCC) o la psicoterapia interpersonal (Interpersonal Psychotherapy) (PIP). Por lo general se usan en su modalidad individual, pero también se pueden emplear en su versión grupal. Pese a que la evidencia a favor de la psicoterapia de orientación psicodinámica es limitada, los expertos plantean que se trata de una opción razonable si no se dispone de TCC o de PIP. (Jadresic, 2010)

La psicoterapia, la terapia cognitivo-conductual y la psicoterapia individual están recomendadas como tratamiento de la depresión leve o moderada durante el embarazo, mientras que la farmacoterapia como tratamiento de las formas graves a severas. Se discute la eficacia de los antidepresivos en el tratamiento de mujeres embarazadas por razones éticas, ya que la mayoría de antidepresivos cruzan la placenta; se ha documentado que los más seguros son los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS). (Alvarado R, Vera A, Rojas M, Olea E, Monardes E, Neves E,2012).

1.7.2 Farmacoterapia

Cuando se va a considerar la utilización de una medicación para la depresión durante el embarazo, el médico debe tomar en cuenta los 3 tipos de riesgos que se pueden presentar en el feto:

· Riesgo de malformaciones o teratogénesis

· Riesgo de toxicidad neonatal o síndromes de abstinencia durante el período neonatal agudo.

· Riesgo de secuelas en el comportamiento a largo plazo.

El problema que existe es que todos los medicamentos antidepresivos cruzan la placenta y aún ninguno de ellos ha sido aprobado por la FDA como de uso seguro durante el embarazo. Por esto el reto para los profesionales sanitarios en mujeres embarazadas y con depresión es minimizar el riesgo para el feto y limitar al mismo tiempo la morbilidad relacionada con la depresión no tratada de la madre, de ahí que cualquier decisión debe ser

tomada entre médico y paciente. Se debe considerar su uso en embarazadas con depresiones moderadas a severas o cuando hay una alta probabilidad de recidiva. Por comprensibles razones éticas, no se cuenta con estudios sobre la eficacia de los antidepresivos en el tratamiento de la depresión de mujeres embarazadas. Sin embargo, no hay razones para pensar que la respuesta terapéutica de las mujeres grávidas debiera ser distinta a la observada en mujeres no embarazadas. Es más, se cuenta con guías para el tratamiento de la depresión durante la gestación (Jadresic, 2010)

En la práctica, sigue siendo válida la recomendación de evitar en lo posible el uso de psicofármacos durante las primeras doce semanas de gestación (período de organogénesis), debido al riesgo de malformaciones. Al respecto, es útil conocer la clasificación del riesgo que representan los fármacos para el feto según la Food and Drug Administration (FDA) de los EEUU. Esta categorización del riesgo asociado al uso de medicamentos durante el embarazo es un referente valioso pese a algunas limitaciones importantes. (Alvarado R, Vera A, Rojas M, Olea E, Monardes E, Neves E,2012).

Un estudio de Cohen y cols, 2011, en mujeres que estaban tomando antidepresivos antes de la concepción, encontró que la discontinuación del medicamento durante el embarazo se tradujo en un 68% de recidiva, en comparación a sólo un 25% de recidiva en mujeres gestantes que continuaron el fármaco. La mayor cantidad de datos relacionados con los antidepresivos y el período grávido proviene del uso de los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS), especialmente fluoxetina, sertralina, citalopram y paroxetina.

En general, el conjunto de los datos reunidos hasta ahora muestra escasa evidencia de teratogénesis derivada del uso de antidepresivos durante la gestación o de efectos adversos asociados a la exposición durante la lactancia. A modo de resumen, se puede decir que los ISRS (salvo, tal vez, la paroxetina) son una buena opción terapéutica y suelen preferirse durante la

gestación/posparto; representan una alternativa segura, incluso en el primer trimestre del embarazo. (Jadresic, 2010)

Algunos autores aconsejan evitar el uso de la paroxetina en gestantes o mujeres que planean embarazarse. La razón es que durante 2011 y 2012 algunos estudios mostraron que los recién nacidos cuyas madres habían tomado paroxetina en el primer trimestre del embarazo tenían dos veces mayor riesgo de presentar malformaciones congénitas cardíacas, más comúnmente problemas del septum ventricular. En términos absolutos el riesgo es pequeño, de dos por cada 1.000 nacimientos; por lo cual no se puede considera que este fármaco sea un teratógeno mayor. Incluso un estudio reciente, que incluyó 1.174 neonatos provenientes de ocho centros distintos, reveló que no había un aumento en el riesgo de malformaciones asociado al uso de paroxetina en el primer trimestre. Con todo, hace años se están reportando casos de síndromes de privación neonatal de ISRS en niños cuyas madres los han ingerido en el tercer trimestre, por lo que, independiente de si finalmente se confirma o descarta el potencial teratogénico de la paroxetina, dicho fármaco no constituye una buena alternativa durante la gravidez porque a menudo se asocia a síndrome de discontinuación. Es pertinente señalar que recientemente la FDA hizo una advertencia sobre el riesgo de una asociación entre el uso de ISRS e hipertensión pulmonar persistente del recién nacido. (Alvarado R, Vera A, Rojas M, Olea E, Monardes E, Neves E,2012).

Los expertos coinciden en que durante el período grávido/puerperal una alternativa a los ISRS son las aminas secundarias, esto es, desipramina y nortriptilina, ya que producen menos efectos anticolinérgicos e hipotensión ortostática que los antidepresivos tricíclicos. Estos últimos se usaron en embarazadas y puérperas durante varias décadas y aún se utilizan ocasionalmente. Algunos estudios iniciales sugirieron que aumentaban el riesgo de malformaciones de extremidades, lo cual no fue confirmado posteriormente. Los limitados datos disponibles sobre los antidepresivos atípicos, que no son ISRS ni tricíclicos (entre los que se incluyen bupropion, duloxetina, mirtazapina y venlafaxina), no sugieren, por el momento, un

aumento del riesgo de teratogénesis o efectos obstétricos o neonatales adversos asociados a su uso. En el único estudio publicado sobre bupropion, el cual incluyó 136 pacientes, se encontró un riesgo aumentado de aborto espontáneo, no así de malformaciones mayores. Por otra parte, si bien la FDA ha clasificado al bupropion en categoría B de riesgo en el embarazo, los datos que fundamentan esta decisión no son confiables ya que no provienen de estudios sometidos al escrutinio de los pares. A esto se añade que el bupropion puede bajar el umbral convulsivante, por lo cual desaconsejamos su uso durante la gestación. (Alvarado R, Vera A, Rojas M, Olea E, Monardes E, Neves E,2012).

La depresión prenatal sin tratamiento es considerada un factor de riesgo determinante para el desarrollo de la depresión posparto en un 50 a 65 % [(19).] En el Reino Unido, un estudio mostró una relación entre la depresión prenatal y el postparto, e indica que el 22,6% de las mujeres con depresión postparto la habían padecido en la gestación [(20).] En Suiza, en una cohorte de mujeres embarazadas, un 17 % padeció síntomas depresivos en el tercer trimestre, y más tarde, durante el puerperio, el 45 % de estas mujeres fueron diagnosticadas con depresión posparto. (Jadresic, 2010)

1.7.3 Otras estrategias terapéuticas:

Es cierto que para la mayoría de estas estrategias de intervención no se puede afirmar científicamente que sean eficaces, debido a la escasez de estudios de tratamiento y grupos control con asignación al azar, y otros requisitos metodológicos. Sin embargo, varios métodos han demostrado ser promisorios en los estudios que existen hasta ahora. (Weiss y Chen, 2011)

Masajes: tiene efectos terapéuticos tranquilizantes que pueden aliviar la depresión, hay evidencia de que la terapia de masajes producen cambios bioquímicos importantes, asociados con un menor nivel de estrés y depresión, por ejemplo una baja del nivel de cortisol sérico, aumento de la concentración de serotonina y dopamina, estas dos últimas sustancias químicas son neurotransmisores que se piensa, se encuentran disminuidas durante la

depresión, por lo que su aumento se asociaría con una mejoría en el estado de ánimo y nivel de energía. (Rojas et al., 2010)

1.8 PREVENCIÓN

La depresión en general y durante el embarazo pueden ser ocasionadas por múltiples factores, entre ellos: el bajo ingreso económico, el desempleo, el antecedente genético, experiencias de la infancia de abuso sexual, rasgos de personalidad: baja autoestima y personalidad neurótica, antecedente de trastornos de ansiedad o alguna patología de tipo psiquiátrico; deficiente apoyo social, abortos previos, altos niveles de estrés antes o durante el embarazo, mal estado de salud de la madre y conflictos con la pareja. (Pereira K, Lovis M, Daniel P, Lima A, Fortes L, Legay L,2010)

Capitulo II.

2. EFECTOS DE LA DEPRESION PRENATAL

2.1 EFECTOS EN LA MADRE

El contexto del nacimiento de un neonato con BPN es más que un simple evento estresante; es, ante todo y por sobre todo, un evento traumático, para el que la madre probablemente no está preparada, y mucho menos el entorno familiar. La madre ahora se ve ante la obligación de enfrentarse no sólo a una nueva y compleja etapa (que es la maternidad en sí misma) sino también ante la situación amenazante de tener un recién nacido de inmadurez peligrosa y de consecuencias potenciales tales como la invalidez, la deficiencia cognitiva o neurológica permanente o inclusive la muerte. (Rojas et al., 2010)

Hablando propiamente de la relación entre el nacimiento de un niño con BPN y la salud mental materna, un estudio llevado a cabo en Alemania evidenció que cuanto menor es el peso del neonato, mayor es su consideración como evento estresante para la madre. En esa misma línea, Weiss & Chen; 2011, encontraron que las madres a cargo de niños con enfermedades crónicas y/o discapacitantes presentan un riesgo aumentado

de presentar problemas de salud mental durante el primer año de vida de éstos. Por otro lado, otros investigadores han planteado que el nacimiento de un recién nacido con inmadurez peligrosa, que es el caso de muchos recién nacidos con bajo peso, se asocia con una mayor prevalencia de sintomatología depresiva y/o ansiosa. (Weiss y Chen, 2011)

La depresión de la embarazada puede traducirse en cambios conductuales como el abandono de los controles prenatales, el deterioro del autocuidado que requiere la gravidez, la mala adherencia a las indicaciones médicas y el abuso de tabaco, alcohol y drogas, todo lo cual puede afectar el desenlace obstétrico. Según la Declaración de Consenso de la *National Depressive and Manic-Depressive Association (*DMDA), el 15% de mujeres que no reciben tratamiento para su cuadro depresivo durante el embarazo presentan intento de suicidio. Por otra parte, algunos síntomas propios de la depresión, como la inapetencia, pueden alterar algunos aspectos del embarazo, tales como el aumento de peso, y así contribuir a resultados adversos. (Pereira K, Lovis M, Daniel P, Lima A, Fortes L, Legay L,2010)

Durante el embarazo y el periodo de posparto, los cambios fisiológicos que ocurren en la mujer, como la interacción de componentes hormonales y factores externos, afectan la salud mental de la madre, dejándola más susceptible a padecer esta patología. (Weiss y Chen, 2011)
Parto prematuro espontáneo, se ha vinculado a mayor número de cesáreas y fórceps, además de un trabajo de parto más doloroso y, por lo tanto, con mayor necesidad de utilizar analgesia epidural. (Rojas et al., 2010)

2.2 EFECTOS EN EL RECIÉN NACIDO

Durante el embarazo, la depresión es la afección psiquiátrica más frecuente, y entre sus repercusiones en el feto se ha documentado el bajo peso al nacer. La depresión materna per se puede afectar negativamente el desarrollo del feto. Aunque varios estudios sugieren que la depresión materna se asocia a un riesgo mayor de embarazos de pretérmino o a un riesgo mayor

de dar a luz recién nacidos pequeños para la edad gestacional (PEG) o de peso bajo, APGAR bajo, ingreso del recién nacido en una unidad de cuidado neonatal, retardo en el crecimiento neonatal, y altos niveles de cortisol después del parto en el bebé, incluso muerte fetal. (Jadresic, 2010)

Cabe mencionar un interesante estudio prospectivo de una cohorte de más de 9.000 mujeres y sus hijo (a)s, realizado en Inglaterra. Incluyó la aplicación de la EPDS durante las semanas 18 y 32 del embarazo, y luego a las ocho semanas y a los ocho meses posparto. El seguimiento reveló que la presencia de síntomas depresivos persistentes en las madres durante el embarazo se asoció a un retraso en el desarrollo de los niño(a)s, a los 18 meses de edad, en comparación a lo observado en los niño(a)s cuyas madres no presentaron tales síntomas durante la gestación. Se determinó la Odds Ratio (OR), encontrándose que fue de 1,34 (95% IC = 1,01-1,78; p = 0,043). (Rojas et al., 2010)

Si bien tuvo la limitante de que la evaluación de los niños se basó únicamente en el reporte de la madre, el estudio subraya la importancia de la depresión durante el embarazo. En efecto, como lo destacan los autores, algunas de las consecuencias en el desarrollo de los niño(a)s atribuidas a la depresión puerperal son causadas en parte por los síntomas depresivos durante el embarazo. (Preti A, Cardascia L, Zen T, Pellizzari P, Marchetti M,2011)

Capitulo III.

3. BAJO PESO AL NACER

3.1 Concepto y etiología

El peso del recién nacido se ha constituido en una de las variables predictoras de la morbilidad y la mortalidad infantil. Cuanto menor es el peso, mayor es la probabilidad de morir durante el primer año de vida, siendo el bajo peso al nacer el mayor determinante de la mortalidad en este grupo

poblacional y el responsable del 66 % de todas las muertes neonatales. (Jadresic, 2010)

Se define como BPN (bajo peso al nacimiento) a todo recién nacido cuyo peso al nacer es menor o igual de 2500 gramos, esto sin tomar en consideración la edad gestacional o la etiología subyacente. El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), junto con la Organización Mundial de la Salud (OMS), en una publicación conjunta, identificaron al BPN como un factor de riesgo que incrementa la morbilidad y mortalidad neonatal e infantil. (Rojas et al., 2010)

El bajo peso al nacer puede sospecharse antes del parto si el tamaño del útero de la madre es pequeño o si por medio de un ultrasonido se observa que el feto es pequeño. El feto puede verse simétricamente pequeño o tener la cabeza de tamaño normal para su edad gestacional, pero puede tener el abdomen anormalmente pequeño. Aunque el tamaño total del feto sea pequeño, los sistemas de órganos están lo suficientemente maduros para la edad gestacional. Si la madre es pequeña, puede ser normal tener un feto pequeño. (Contreras-Pulache N, Mori-Quispe E , Lam-Figueroa, 2011)

El retardo de crecimiento intrauterino se clasifica en dos grupos: RCIU Tipo 1 (simétrico) y RCIU Tipo 2 (asimétrico). El RCIU tipo 1 se ocasiona cuando el recién nacido no ha recibido los nutrientes necesarios durante el primer trimestre de embarazo por lo que se le ha denominado crónico proporcionado o simétrico, lo que se traduce en una reducción del peso y la talla. El RCIU tipo 2 está constituido por los recién nacidos que han tenido condiciones adversas desde la semana 27 de gestación hasta el término, se refiere a niños que tienen menor peso con crecimiento adecuado en longitud debido a que el daño se presentó en el momento de mayor incremento ponderal por lo que se le denomina agudo, desproporcionado o asimétrico. (Preti A, Cardascia L, Zen T, Pellizzari P, Marchetti M,2011)

Villar a separado este último grupo en dos dejando la denominación de subagudo para el grupo que presenta el daño entre las 27 y 34 semanas y

describiendo el RCIU tipo 3 o agudo en el grupo que presenta el problema en el último mes de gestación, debido a que al disminuir el aporte de nutrientes el feto debe utilizar sus propias reservas grasas lo que le conduce a una disminución en el peso de nacimiento, la musculatura se conserva a diferencia del tipo 2 y el índice ponderal de los niños es aún menor que en el tipo 2. Los factores etiológicos guardan relación principalmente con patología propia de la madre. (Rojas et al., 2010)

El retraso en el crecimiento de un feto puede ser ocasionado por diversos factores. Los bebés con anomalías congénitas o trastornos cromosómicos se asocian con frecuencia con bajo peso al nacer. Los factores de riesgo de la madre que pueden contribuir a un bajo peso al nacer pueden ser: embarazos múltiples, depresión durante el embarazo, antecedentes de recién nacidos de bajo peso, mala nutrición, enfermedad cardiaca o hipertensión, fumar, drogadicción, abuso de alcohol, exposición al plomo y cuidado prenatal deficiente. El bajo peso al nacer es más común en el primer embarazo y entre mujeres embarazadas menores de 17 años y mayores de 35. (Mosquera Mosquera, D. P, 2007)

3.2 CLASIFICACIÓN

En los últimos 50 años han surgido varias curvas de crecimiento y criterios para clasificar a los niños de acuerdo con sus características somáticas, fue así que Yerushalmy propuso dividir a los neonatos en recién nacidos pre término a los menores de 37 semanas gestación, el que fue adoptado por la OMS, y considera como Grupo I a los menores de 1,500 g de peso, con una tasa de mortalidad alta; el Grupo II a los que tienen entre 1,500 a 2,500 g y una tasa de mortalidad de 10.5%, el Grupo III con más de 2,500 g y una mortalidad de 1.37%; el Grupo IV corresponde a los niños de término pequeño para su edad de gestación y un riesgo de morir de 3.2% y un Grupo V que incluye los niños de término con peso adecuado, los de peso mayor y los pos término, que aunque significa un avance en la clasificación, no tiene los rangos fisiológicos de crecimiento en cada semana de gestación y no se

puede identificar a los prematuros pequeños ni a los de mayor peso. Sin embargo la clasificación de peso bajo que actualmente se reconoce y se encuentra avalada por la OMS, para recién nacidos a término es:

- RN de bajo peso nacimiento (RN BPN): <de 2.500 g

- RN de muy bajo peso nacimiento (RN MBPN): < de 1.500 g.

- RN con peso extremadamente bajo: < de 1.000 g.

- RN micronato o neonato fetal: 500 y 750 g. (Rojas C et al., 2006)

5. MATERIALES Y MÉTODOS

El presente trabajo investigativo es un estudio cuali-cuantitativo, descriptivo, correlacional y transversal.

Se lo llevó a cabo en el Hospital Provincial General “Isidro Ayora" de Loja, ubicado en la Avenida Manuel Agustín Aguirre entre las calles Manuel Monteros Valdivieso, y Juan José Samaniego.

El universo estuvo constituido por 118 mujeres en periodo de gestación, en labor de parto a término, sin diagnóstico de patologías neurológicas previas, hospitalizadas en el servicio de obstetricia del Hospital Isidro Ayora durante los meses mayo-julio del 2014, la muestra la conformaron 79 pacientes que de acuerdo a los resultados aportados por los test aplicados dieron positivas para diagnóstico de depresión.

TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS

Posterior a la aprobación del proyecto de tesis, y a la extensión por parte de la autoridad encargada, de la pertinencia para la realización de la investigación, se procedió a realizar las distintas solicitudes que permitieron el acceso tanto al Hospital Isidro Ayora, como al área de Ginecología y Obstetricia, para realizar la respectiva entrevista a la paciente, así como hacer uso de instrumentos como su historia clínica y del recién nacido. Una vez autorizado el ingreso se procedió a realizar las entrevistas a las usuarias.

Para la recolección de datos se extendió a las usuarias un consentimiento informado (Anexo 1), el mismo que al ser aprobado por las pacientes, permitió aplicar 2 test: El primero “Escala de depresión de Edimburgo” (Anexo 2), que valora depresión perinatal y consiste en 10 preguntas que exploran los síntomas comunes de un episodio o trastorno depresivo. Cada pregunta se califica en un rango de 0 a 3 puntos, de acuerdo con la severidad o duración de los síntomas, con una puntuación de 10 o más muestra la presencia de depresión.

El segundo test fue el “Inventario de depresión de Beck”, (Anexo 3), el cual mide el grado de depresión, el mismo que consta de 21 preguntas, cada pregunta se califica en un rango de 0 a 3. Con una calificación de 1-10 son altibajos considerados como riesgo, de 11-16 Leve perturbación del estado de ánimo, de 17-20 Estados de depresión intermitentes, de 21-30 Depresión moderada, de 31-40 Depresión grave y + 40 Depresión extrema. Este segundo test, se aplicó aquellas pacientes a las que el primer test resultaba positivo para dicho trastorno.

Además se incluyó preguntas para recaudar datos como edad, estado civil, nivel socio económico, así como datos antropométricos del recién nacido.

Posteriormente se procedió a la organización de datos y análisis de los resultados obtenidos haciendo uso del programa estadístico IBM SPSS.

De esta manera se daría por cumplidos los objetivos planteados en esta investigación.

6. RESULTADOS

TABLA N°1

EDAD DE MATERNAS CON DEPRESIÓN EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA, PERIODO 2014

Edad	Frecuencia	Porcentaje
<19años	20	25%
>19años	50	63%
>35 años	9	12%
TOTAL	**79**	**100%**

Fuente: Historia clínica. HIAL. Encuesta

Autor: Tatiana Jiménez.

Del total de pacientes en estudio se encontró que el 25% (20 casos) son menores de 19 años, un 63% que corresponden a 50 casos son pacientes mayores de 19 años de edad, un 12% (9 casos) son mayores de 35 años.

TABLA N°2

ESTADO CIVIL DE MATERNAS CON DEPRESIÓN EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA, PERIODO 2014

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	21	26.59%
Casada	30	37.98%
Unión libre	28	35.43%
TOTAL	79	100%

Fuente: Historia clínica obstétrica. HIAL. Encuesta

Autor: Tatiana Jiménez.

Del total de las pacientes con depresión se encontró que el 37.98% que corresponden a 30 casos son casadas, seguido de un 35.43% equivalente a 28 casos tienen unión libre y un 26.59% correspondiente a 21 casos son solteras.

Tabla N° 3
RELACIÓN DEPRESIÓN MATERNA Y EL PESO AL NACIMIENTO EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA, PERIODO 2014

Tabla de contingencia Depresión – Peso al Nacimiento					
Variables			Peso al Nacimiento		
			Peso Normal	Peso Bajo	Total
Depresión	Con depresión	Recuento	71	8	79
		Recuento esperado	71,6	7,4	79,0
	Sin depresión	Recuento	36	3	39
		Recuento esperado	35,4	3,6	39,0
	Total	Recuento	107	11	118
		Recuento esperado	107,0	11,0	118,0

Pruebas de Chi-cuadrado					
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,183[a]	1	,669		
N de casos válidos	118				

Fuente: Test de Depresión de Edimburgo/Historia clínica neonatal
Autor: Tatiana Jiménez.

Del cálculo de Chi cuadrado de Pearson se obtuvo un valor de 0.18 que afirma la hipótesis de que la depresión influye en el nacimiento de neonatos con bajo peso.

TABLA N°4

DEPRESIÓN EN MATERNAS EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA, PERIODO 2014

Estado emocional	Frecuencia	Porcentaje
Sin depresión	39	33,06%
Con depresión	79	66,94%
TOTAL	**118**	**100%**

Fuente: Test de Depresión de Edimburgo
Autor: Tatiana Jiménez.

De las 118 gestantes en estudio, se encontró que el 66,94% correspondiente a 79 casos presentaron depresión durante el embarazo.

TABLA N°5

GRADO DE DEPRESIÓN EN LAS MATERNAS HOSPITALIZADAS EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA, PERIODO 2014

GRADO DE DEPRESION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Altibajos normales (1-10)	9	11,40%
Leve perturbación del estado de ánimo (11-16p)	16	20,25%
Estados intermitentes de depresión (17-20p)	35	44,30%
Depresión moderada (21-30p)	16	20,25%
Depresión grave (31-40p)	3	3,80%
Depresión extrema (+40p)	0	0%
TOTAL	**79**	**100%**

Fuente: Inventario de depresión de Beck. Entrevista a la paciente
Autor: Tatiana Jiménez.

Del total de pacientes con diagnóstico de depresión según el test de Edimburgo se encontró que el 44.30% que corresponde a 35 casos presentaron Estados Intermitentes de depresión, 16 casos (20,25%) Leve perturbación del estado de ánimo y Depresión moderada, finalmente 3 casos (3,80%) con depresión grave.

TABLA N°6

PESO AL NACIMIENTO DE NEONATOS EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA, PERIODO 2014

Peso	Frecuencia	Porcentaje
< 2500g	8	10,12%
>2500g	71	89,88%
TOTAL	**79**	**100%**

Fuente: Historia clínica perinatal HIAL
Autor: Tatiana Jiménez.

Del total hijos nacidos de pacientes en estado de depresión, se encontró que el 10.12% que corresponde a 8 casos, tuvieron un peso <2500g al nacimiento, mientras que el 89.88% (71 casos), tuvieron un peso >2500.

7. DISCUSIÓN

Teniendo en cuenta que la depresión en el embarazo es un trastorno frecuente a nivel mundial, no se cuenta con investigaciones locales que amplíen el campo de estudio y aporten con datos propios de nuestro entorno. Al ser el embarazo un periodo vulnerable de la mujer para adquirir o desarrollar trastornos mentales, encontramos que en nuestra ciudad la depresión prenatal es muy frecuente puesto que un 66.9% de la población gestante en estudio padeció depresión, cifra alarmante que se contrapone al comparar con un estudios en América Latina durante la última década. Un estudio realizado en Perú, por Baca y colaboradores en el 2009, utilizando el "Edinburgh Postnatal Depresión Scale", reportaron una prevalencia del 40,1 %; en Chile 10%, en México, en dos muestras distintas de embarazadas que acudieron al Instituto Nacional de Perinatología fue de alrededor de 29.4%; en el 2010, Bolton y colaboradores reportaron en Londres un 30,7 %. Sin embargo en Ecuador en el año 2009 se reportó en un estudio de 851 pacientes, un porcentaje de 81.8% de mujeres embarazadas con depresión, cifra que superó incluso nuestro resultado, con la justificación de que se había realizado el diagnostico durante el último periodo de la gestación, que es el momento en que aumentan miedos y temores por el parto. Por tanto es importante considerar el momento oportuno durante la gestación, para realizar la detección de este trastorno.

Otro de los aspectos importantes considerados en esta investigación, es determinar si la depresión durante el embarazo está o no en relación con el nacimiento de niños con peso bajo, lo que se puedo determinar es que del grupo de pacientes que fueron diagnosticadas de depresión, un 10.12% de gestantes, tuvieron hijos con peso bajo, lo que significa que 1 por cada 10 gestantes con depresión dan a luz un hijo con peso bajo, a diferencia del grupo de madres no depresivas, el peso bajo al nacimiento se da en 1 por cada 14 gestantes. En el Perú, según la ENDES IV, la prevalencia de esta entidad es de 8.9% así mismo en el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP), según lo informado por su oficina de estadística, se reportaron 772 casos de BPN en

el transcurso del primer semestre del año 2010, representando esto el 7.8% del total de neonatos, siendo en el año 2009 un 8.2%; así mismo la revista Peruana de Epidemiologia, en un estudio realizado en el 2011, mencionó que los recién nacidos de madres con alta sintomatología psicológica presentaron menos pesos en promedio que los recién nacidos de madres que presentaron baja sintomatología psicológica. En ecuador en el 2013, en un estudio llevado a cabo en la Universidad de San Francisco de Quito, en un grupo de 1040 nacidos vivos de madres depresivas, el 10.9% tuvieron bajo peso, dato que se asemeja al obtenido en nuestra investigación, lo que apoya la gran influencia que tiene este trastorno sobre desarrollo intrauterino inadecuado. El peso de los niños de madres deprimidas estuvo en los límites entre 2040g y 2480g, siendo la media 2325g, en comparación con los hijos de madres no deprimidas cuyo peso se encontraba entre 2600g y 3000g, con una media de 2800g. El peso al nacer refleja la experiencia intrauterina; no sólo es un buen indicador del estado de salud y la nutrición de la madre, sino también de las probabilidades de supervivencia, crecimiento, salud a largo plazo y desarrollo psicosocial del recién nacido.

Otro de los aspectos investigados fue el grado de depresión que presentaron las pacientes, aspecto que influye de manera importante en el bajo peso al nacimiento, puesto que a mayor grado de depresión, menor es la preocupación para llevar adecuadamente el embarazo. Se lo determino mediante la aplicación del “Inventario de Depresión de Beck”, el hallazgo más frecuente fue Estados intermitentes de depresión con puntuación entre 17-20p, 35 de las pacientes depresivas correspondiente a un 44,30%, siguiéndole en frecuencia estados de depresión moderada con una puntuación de 21 a 30p, 16 pacientes con un 20.25%. Un estudio realizado en Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú, de las 222 gestantes, 89 (40,1%) tuvieron una puntuación mayor de 17 puntos; las restantes 133 (59,9%) presentaron síntomas leves de depresión que orientan solamente a un posible riesgo. Un estudio realizado en la universidad de Barranquilla el 2013, reporta que de 151 pacientes gestantes, el 19,2 % de las embarazadas curso con un Episodio Depresivo Mayor, aspecto que incrementa la posibilidad de adquirir un estado

de depresión extrema, y con ello el riesgo de provocar efectos sobre el estado anímico de la madre, malnutrición, insuficientes controles del embarazo, y consigo un niño con bajo peso al nacimiento. Es importante destacar que no se evidenció en nuestra investigación grados extremos de depresión. Aunque no hay estudios suficientes que avale este último criterio, la fisiopatología lo respalda.

8. CONCLUSIONES

Al término de la presente investigación se llegó a las siguientes conclusiones:

1) Se determinó que la depresión prenatal si interviene en el nacimiento de niños con bajo peso, puesto que de las 79 pacientes depresivas, que corresponde al 66.94%, un 10.12% tuvieron hijos con bajo peso, a diferencia del 33.06% sin depresión, solo un 7.69% tuvieron hijos con bajo peso al nacer.
2) En relación con la frecuencia de presentación, la depresión, se presenta en aproximadamente 66.94% de las gestantes, lo que significa que 7 de cada 10 mujeres, presenta durante el embarazo algún grado de depresión, por lo que constituye un problema de salud pública de mucha importancia y gravedad.
3) De acuerdo al grado de depresión clasificado por el Inventario de Depresión de Beck se determinó que, la mayor parte de las gestantes (44.30%) presentan Estados intermitentes de depresión, siguiéndole en frecuencia estados de depresión moderada.
4) En relación con el peso bajo de los neonatos de madres con depresión estuvo presente en 10.12% de la población, siendo la media del peso de 2325g en comparación con el grupo de madres no depresivas, que es de 2800g, lo que denota considerable diferencia entre los dos grupos comparados.

9. RECOMENDACIONES

De acuerdo a las conclusiones acerca de los resultados obtenidos en la presente investigación se proponen las siguientes recomendaciones:

1) Difundir los resultados de esta investigación, haciendo conocer que la depresión prenatal es un factor responsable de neonatos con peso bajo al nacimiento.
2) Realizar un seguimiento continuo en aquellas pacientes embarazadas, que se ha diagnosticado depresión, para que se pueda instaurar un tratamiento adecuado.
3) De acuerdo al grado de depresión que presentaron las pacientes, hacer hincapié en su tratamiento, puesto que a mayor grado de depresión, mayor es el riesgo de productos con peso bajo al nacimiento.
4) Orientar a las madres acerca de las comorbilidades que traen consigo un recién nacido con peso bajo, para que tomen conciencia, busquen ayuda y se pueda prevenir complicaciones futuras.

10. BIBLIOGRAFÍA

Alvarado R, Vera A, Rojas M, Olea E, Monardes E, Neves E. La Escala de Edimburgo para la detección de cuadros depresivos en el postparto. Revistas de Psiquiatría 2012; 9 (3-4): 1177 – 1181.

American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV. Barcelona: Masson 2013.

Andrade. F. Santacruz. M. Depresión posparto. Prevalencia y factores de riesgo en madres atendidas en el hospital José Carrasco Arteaga. Universidad de Cuenca. 2015

Bennert H. et al. Depression during Pregnancy Overview of Clinical Factors. Clin Drug Invest 2014; 24 (3): 157-179

Ch, M., & Gonz, I. (2011). Presencia de la depresión perinatal y la relación madre-infante . Estrategia metodológica para una mirada sociocultural Perinatal depression presence and the relation mother-infant . Methodological strategy for a sociocultural look Presentación. *Presencia de La Depresión Perinatal Y La Relación Madre-Infante.*, *4*, 101–111.

Contreras-Pulache N, Mori-Quispe E , Lam-Figueroa N (2011) Evaluación de la salud mental de madres puérperas con recién nacidos de bajo peso al nacer. Mental health assessment of postpartum mothers with newborn of low birth weight. Revista Peruana de Epidemiología,

Dear, A., Bennett, Jr., Phun, L., et al. Neuropharmacology of St John´s wort (Hypericum). The Annals of Pharmacotherapy. 2008. 32: 1201-1208. IDIS No 416265. Disponible en: http://sibdi.ucr.ac.cr/boletinespdf/cimed7.pdf

Field T, Diego M, Hernandez-Reif M, Salman F, Schanberg S, Kuhn C, and others. Prenatal anger effects on the fetus and neonate. J Obstet Gynaecol 2012;22:260–6.

Hall, V. (2012). Depresión fisiopatología y tratamiento. *Centro de Información Y Medicamentos*, *1*, 57. Retrieved from http://sibdi. ucr.ac.cr/boletinespdf/cimed7.pdf

Hirschfeld RM, Keller MB, Panico S, Arons BS, Barlow D, Davidoff F, and others. The National Depressive and Manic-Depressive Association consensus statement on the undertreatment of depression. JAMA 2012;277:333–40.

Hobbins John, Linda L.M. Worley y Jennifer L. Melville A (2012). Problemas psiquiatricos durante el embarazo y el puerperio. Depresion en el embarazo. cap.57. pag 1022-131.

Jadresic, E. (2010). Depresión en el embarazo y el puerperio /Depression in pregnancy and the puerperium. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatria*, *48*(4), 269–278.

Josefsson A. Berg G. Nordin C. Sydsjo G. Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica 2011; 80(3):251-5.

Lartigue, T., Martín Maldonado-durán, J., González-pacheco Juan Manuel Sauceda-garcía Resumen, I., Associate Professor, M., & Lartigue cols, T. (2011). Depresión en la etapa perinatal*. *Perinatol Reprod Hum Perinatol Reprod Hum Perinatol Reprod Hum*, *22*(2), 111–131.

Luna Matos ML, Salinas Piélago J, Luna Figueroa A. Depresión mayor en embarazadas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú. Rev Panam Salud Publica. 2011;26(4):310–4.

Maldonado Duran, Gonzales y Sauceda (2008) Depresion en etapa perinatal.Perinatologia de Reproduccion humana. Medigraphic. 2008. Vol 22. pag; 111-117.

Melville J, Gavin A, Guo Y, Fan M, Katon W. Depressive Disorders During Pregnancy Prevalence and Risk Factors in a Large Urban Sample. Obstet Gynecol 2010; 116(5): 1064-70. 18.

Montoya Restrepo N E. Correa-Morales J C. 2. Curvas de Peso al Nacer. Rev. Salud Pública. Escuela de Estadística, Universidad Nacional de Colombia. 9 (1):1-10, 2012

Mosquera Mosquera, D. P. (2007). La depresión en el embarazo como factor asociado de bajo peso al nacer en madres que acuden a la Maternidad Isidro Ayora y Fundaciones Médicas Mosquera en el año 2005.

Ortega, L., Lartigue, T., & Figueroa, M. (2011). Prevalencia de depresion, atravez de la escala de depresion perinatal de Edinburgh. *Escala de Depresion Perinatal de Edinburgh*, *15*, 11–20.

Pereira K, Lovis M, Daniel P, Lima A, Fortes L, Legay L. Depression during pregnancy: prevalence and risk factors among women attending a public health clinic in Rio de Janeiro, Brazil. Cad Saúde Pública 2010; 25 (12): 2725-3

Pérez, B., Cabarcas, A., & Lobo, P. (2013). Depresión y factores de riesgos asociados en embarazadas de 18 a 45 años asistentes al Hospital Niño Jesús en Barranquilla (Colombia) Depression and risk factors in pregnant women of 18 and 45 years old who attended in the Hospital Niño Jesús in Barranq. *Red de Revistas Cientificas de America Latina, El Caribe, España Y Portugal*, *29*, 394 – 405.

Preti A, Cardascia L, Zen T, Pellizzari P, Marchetti M, Favaretto G, and others. Obstetric complications in patients with depression—a population-based case-control study. J Affect Disord 2011;61:101–6.

Pulache Contreras H, Mori Quispe E, Figueroa N Lam Luna M. Evaluación de la salud mental de madres puérperas con recién nacidos de bajo peso al

nacer. Mental health assessment of postpartum mothers with newborn of low birth weight. Revista Peruana de Epidemiología. Año 2013. pag 20-40

Rojas C, G., Fritsch M, R., Solís G, J., González A, M., Guajardo T, V., & Araya B, R. (2006). Calidad de vida de mujeres deprimidas en el posparto. *Revista Medica de Chile*, *134*(6), 713–720. http://doi.org/10.4067/S0034-98872006000600006

Rojas, G., Fritsch, R., Guajardo, V., Rojas, F., Barroilhet, S., & Jadresic, E. (2010). Caracterización de madres deprimidas en el posparto^ies Characterization of depressed mothers in the postpartum^ien. *Rev. Méd. Chile*, *138*, 536–542. Retrieved from es

Smith R, Cubis J, Brinsmead M, Lewin T, Singh B, Owens P, and others. Mood changes, obstetric experience and alterations in plasma cortisol, beta-endorphin and corticotrophin releasing hormone during pregnancy and the puerperium. J Psychosom Res 1990;34 (1):53–69.

Thoppil J, Riutcel T, Nalesnik S. Early Intervention for Perinatal Depression. Am J Obstet Gynecol 2004; 192(5): 1446-8.

11. ANEXOS

Anexo 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Loja, Junio del 2014

Sra.

Por medio del presente me dirijo respetuosamente ante usted extendiéndole un cordial y afectuoso saludo, y a la vez comunicarle que con el propósito de realizar el estudio investigativo titulado "**DEPRESIÓN PRENATAL Y SU RELACIÓN CON EL BAJO PESO AL NACIMIENTO EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA PERIODO 2014**", solicito su participación y autorización para aplicar el respectivo test, el mismo que permitirá obtener información que será útil para el desarrollo de la investigación. Por lo que reitero mi pedido para contar con su participación y consentimiento informado – escrito.

Nombre y apellido del participante

……

Firma de autorización

…….

Anexo2. **TEST DE EDIMBURGO**

Nombre: _____Dirección: _____
Su fecha de Nacimiento: _____
Fecha de Nacimiento del Bebé: _____ Teléfono: _____
Peso de recién nacido:_____ Edad gestacional: _____
Estado civil_____ Nivel socio económico_____

Queremos saber cómo se siente si está embarazada o ha tenido un bebé recientemente. Por favor marque la respuesta que más se acerque a cómo se ha sentido en LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, no solamente cómo se sienta hoy.

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

- ○ Tanto como siempre
- ○ No tanto ahora
- ○ Mucho menos
- ○ No, no he podido

2. He mirado el futuro con placer

- ○ Tanto como siempre
- ○ Algo menos de lo que solía hacer
- ○ Definitivamente menos
- ○ No, nada

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

- ○ Sí, la mayoría de las veces
- ○ Sí, algunas veces
- ○ No muy a menudo
- ○ No, nunca

4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo

- ○ No, para nada
- ○ Casi nada
- ○ Sí, a veces
- ○ Sí, a menudo

5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno

- ○ Sí, bastante
- ○ Sí, a veces
- ○ No, no mucho
- ○ No, nada

6. Las cosas me oprimen o agobian

- ○ Sí, la mayor parte de las veces
- ○ Sí, a veces
- ○ No, casi nunca
- ○ No, nada

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

- ○ Sí, la mayoría de las veces
- ○ Sí, a veces
- ○ No muy a menudo
- ○ No, nada

8. Me he sentido triste y desdichada

- ○ Sí, casi siempre
- ○ Sí, bastante a menudo
- ○ No muy a menudo
- ○ No, nada

9. Me sido tan infeliz que he estado llorando

- ○ Sí, casi siempre
- ○ Sí, bastante a menudo
- ○ Sólo en ocasiones
- ○ No, nunca

10. He pensado en hacerme daño a mí misma

- ○ Sí, bastante a menudo
- ○ A veces
- ○ Casi nunca
- ○ No, nunca

Anexo 3. INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

INSTRUCCIONES

Para completar el cuestionario, lea cada punto con atención y rodee con un círculo el número que se encuentra junto a la respuesta que mejor se adapte a lo que la ha estado sintiendo últimamente.

1. Tristeza.

0. No me siento triste.
1. Me siento triste.
2. Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
3. Me siento tan triste o desdichado que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

0. No me siento especialmente desanimado de cara al futuro.
1. Me siento desanimado de cara al futuro.
2. siento que no hay nada por lo que luchar.
3. El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3. Sensación de fracaso

0. No me siento fracasado.
1. he fracasado más que la mayoría de las personas.
2. Cuando miro hacia atrás lo único que veo es un fracaso tras otro.
3. Soy un fracaso total como persona.

4. Insatisfacción

0. Las cosas me satisfacen tanto como antes.
1. No disfruto de las cosas tanto como antes.
2. Ya no obtengo ninguna satisfacción de las cosas.
3. Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo.

5. Culpa

0. No me siento especialmente culpable.
1. Me siento culpable en bastantes ocasiones.
2. Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
3. Me siento culpable constantemente

6. Expectativas de castigo

0. No creo que esté siendo castigado.
1. siento que quizás esté siendo castigado.
2. Espero ser castigado.
3. Siento que estoy siendo castigado.

7. Autodesprecio

0. No estoy descontento de mí mismo.

1. Estoy descontento de mí mismo.
2. Estoy a disgusto conmigo mismo.
3. Me detesto.

8. Autoacusación

0. No me considero peor que cualquier otro.
1. me autocritico por mi debilidad o por mis errores.
2. Continuamente me culpo por mis faltas.
3. Me culpo por todo lo malo que sucede.

9. Idea suicidas

0. No tengo ningún pensamiento de suicidio.
1. A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré.
2. Desearía poner fin a mi vida.
3. me suicidaría si tuviese oportunidad.

10. Episodios de llanto

0. No lloro más de lo normal.
1. ahora lloro más que antes.
2. Lloro continuamente.
3. No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga.

11. Irritabilidad

0. No estoy especialmente irritado.
1. me molesto o irrito más fácilmente que antes.
2. me siento irritado continuamente.
3. Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban.

12. Retirada social

0. No he perdido el interés por los demás.
1. Estoy menos interesado en los demás que antes.
2. He perdido gran parte del interés por los demás.
3. he perdido todo interés por los demás.

13. Indecisión

0. tomo mis propias decisiones igual que antes.
1. Evito tomar decisiones más que antes.
2. Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
3. Me es imposible tomar decisiones.

14. Cambios en la imagen corporal.

0. No creo tener peor aspecto que antes
1. Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo.
2. Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo.
3. Creo que tengo un aspecto horrible.

15. Enlentecimiento

0. Trabajo igual que antes.
1. Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo.
2. Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo.
3. Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea.

16. Insomnio

0. Duermo tan bien como siempre.
1. No duermo tan bien como antes.
2. Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.
3. Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.

17. Fatigabilidad

0. No me siento más cansado de lo normal.
1. Me canso más que antes.
2. Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
3. Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18. Pérdida de apetito

0. Mi apetito no ha disminuido.
1. No tengo tan buen apetito como antes.
2. Ahora tengo mucho menos apetito.
3. he perdido completamente el apetito.

19. Pérdida de peso

0. No he perdido pedo últimamente.
1. He perdido más de 2 kilos.
2. He perdido más de 4 kilos.
3. He perdido más de 7 kilos.

20. Preocupaciones somáticas

0. No estoy preocupado por mi salud
1. Me preocupan los problemas físicos como dolores, malestar de estómago, catarros, etc.
2. Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas.
3. Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas.

21. Bajo nivel de energía

0. No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo.
1. La relación sexual me atrae menos que antes.
2. Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes.
3. He perdido totalmente el interés sexual.

Gracias por su colaboración.

Guía para la interpretación del inventario de la depresión de Beck:

Puntuación Nivel de depresión
1-10.....Estos altibajos son considerados riesgo.
11-16.....Leve perturbación del estado de ánimo.
17-20.....Estados de depresión intermitentes.
21-30.....Depresión moderada.
31-40.....Depresión grave.
+ 40.....Depresión extrema.

12. ÍNDICE

CONTENIDO **PÁGINA**

PORTADA……..……..……...I

CERTIFICACIÓN……..……...II

AUTORÍA…….…….…III

CARTA DE AUTORIZACIÓN…….…..……...IV

DEDICATORIA……...……..…….……V

AGRADECIMIENTO…….……..……VI

1. TÍTULO…….……1

2. RESUMEN……...…….…..……...2

ABSTRACT…….……...……3

3. INTRODUCCIÓN…….……...…..4

4. REVISIÓN DE LITERATURA…….…….…..…6

Capítulo I…….……...…6

1. DEPRESIÓN PRENATAL……..6
   1.1. Definición…….……....6
   1.2. Epidemiología…….……...…...7
   1.3. Fisiopatología……..……..7
   1.4. Causas……..……....8
      1.4.1. Factores genéticos y familiares……..……....9
      1.4.2. Factores Neuroendócrinos……..……..…….....9
      1.4.3. Factor Bioquímico-cerebral……..9
      1.4.4. Factores Psicológicos……...…..10
   1.5. Cuadro clínico……..…...10
   1.6. Diagnóstico…….....12
      1.6.1. Criterios Diagnósticos……...…..12

1.6.2. Herramientas de tamizaje……..13
1.6.2.1. Test de Edimburgo……..…14
1.6.2.2. Inventario de depresión de Beck……....…15
1.7. Tratamiento…….……..…..16
1.7.1. Intervenciones Psicoterapéuticas…….…....17
1.7.2. Farmacoterapia……..…..17
1.7.3. Otras estrategias terapéuticas……..….20
1.8. Prevención…….……..…21
Capítulo II…….…21
2. EFECTOS DE LA DEPRESIÓN PRENATAL……..….21
2.1. Efectos en la madre…….……..…21
2.2. Efectos en el recién nacido…….…….…23
Capítulo III…….…….…24
3. BAJO PESO AL NACER…….……..…...24
10.1 Concepto y etiología…….…….....24
10.2 Clasificación…….……....25
5. MATERIALES Y MÉTODOS……..…..27
6. RESULTADOS…….……..….29
7. DISCUSIÓN…….……...35
8. CONCLUSIONES…….…..38
9. RECOMENDACIONES…….….39
10. BIBLIOGRAFÍA……..……...40
11. ANEXOS……...……44
12. ÍNDICE…….....50