

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

**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.**

DANIELA PATRICIA MOSQUERA MOSQUERA

**Tesis de grado presentada como requisito para la obtención del título de
Doctor en Medicina y Cirugía**

QUITO

Abril del 2007

**Universidad San Francisco de Quito
Colegio de Ciencias de la Salud**

HOJA DE APROBACIÓN DE TESIS

**LA DEPRESIÓN EN EL EMBARAZO COMO FACTOR ASOCIADO DE
BAJO PESO AL NACER EN MADRES QUE ACUDEN A LA
MATERNIDAD ISIDRO AYORA Y A LAS FUNDACIONES MEDICAS
MOSQUERA EN EL AÑO 2005.**

DANIELA PATRICIA MOSQUERA MOSQUERA

Dr. Marco Fornasini.
Director de la Tesis

Dr. Franklin Toledo.
Miembro del Comité de Tesis

Dr. Gerardo Jaramillo.
Miembro del Comité de Tesis

Dr. Enrique Noboa.
Decano del Colegio de Ciencias de la Salud

Quito, abril del 2007

Derechos de autor

Daniela Patricia Mosquera Mosquera.

2007

DEDICATORIA.

Quiero dedicar este trabajo a la mujer más maravillosa del mundo, mi madre, quien por su valentía, fortaleza, paciencia, e inmenso amor supo guiar mi camino, creyó en mí apoyándome en los momentos más difíciles, logrando con sus consejos levantar mi autoestima obligándome a superarme cuando más lo necesitaba.

Gracias por todo ese cariño, que sin importar ni el momento ni el lugar supo ser incondicional, que en muchas ocasiones inclusive dejando de lado sus ocupaciones, se convirtió en mi escudo protector ante cualquier adversidad.

Gracias madre mía por enseñarme a ser una mujer de bien....

AGRADECIMIENTOS.

Agradezco a mi esposo, compañero ilimitado, amigo, guía, sustento.

A mi padre, ejemplo de fortaleza, inteligencia, trabajo.

A mi hermana, amor, cariño, dulzura.

A mis maestros, quienes inculcaron en mí las pautas de estudio, ayudando a crear un nuevo profesional para la patria.

RESUMEN.

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo demostrar que la depresión en mujeres embarazadas es un factor asociado de bajo peso al nacer. Para esto se realizó un estudio prospectivo de cohorte en el grupo de madres embarazadas. Por medio de una encuesta, se determinó la existencia o no de depresión y de características socio demográficas que influyan, tales como: edad, estado civil, condición socio-económica, instrucción y ocupación, las mismas que fueron recolectadas en instituciones médicas de esta ciudad (Maternidad Isidro Ayora y Fundaciones Médicas Mosquera), además se determinó el peso del recién nacido mediante sus datos antropométricos.

Las pacientes que se tomaron en cuenta en este estudio cumplieron con requisitos de inclusión como: edad (entre 18 y 45 años).

Se aplicó a las pacientes durante su embarazo un test (ZUNG) para identificar la presencia de depresión y catalogar como expuestos y no expuestos de acuerdo con el puntaje.

Además se determinó como recién nacido de bajo peso, aquel que presentó menos de 2500 gramos con edad gestacional mayor de 37 semanas.

Se pudo observar que en el grupo de las pacientes deprimidas el 8,4% presentó bajo peso, mientras que entre el grupo de no deprimidas el 8,3% no presentó bajo peso, con lo que concluimos que no existe una correlación directa entre depresión y bajo peso al nacer.

El Riesgo relativo es de 1 y el intervalo de confianza es de 0,90 a 1,11.

ABSTRACT

The principal objective of the present investigative research is to evaluate it during pregnancy, is associated with children low weight at birth. This is prospective of cohort study; we took a group of pregnant mothers to determine the existence or not of depression, and the socio-demographics characteristics that may influence the outcome of pregnancy like: age, civil status, socio-economic conditions, education, and occupation. We did this study in different medical institutions of this city, (Maternidad Isidro Ayora and Fundaciones Medicas Mosquera), besides we determined the weight of the child and other anthropometrics measures.

The patients had the requisites of inclusion, like age (between 18 and 45 years old), that during her pregnancy.

We applied to the patients during pregnancy the “ZUNG” test to identify the presence of depression, to classify them as exposed or non exposed according with the score.

A low weight child was one that weighted less than 2500 gr, with more than 37 weeks of pregnancy.

We should note that 8.4% of the group with depression has low weight and 91.6% did not present low birth weight. There was not relation between patient’s depression and low birth weight.

The relative risk is 1 and the IC is 0,90 – 1,11.

TABLA DE CONTENIDO

CONTENIDO	PAGINAS
Derechos de autor	III
Dedicatoria	IV
Agradecimiento	V
Resumen	VI
Capítulo I Introducción	1
Capítulo II Revisión Bibliográfica	2
Capítulo III Metodología	19
Capítulo IV Resultados	27
Capítulo V Discusión	35
Capítulo VI Conclusiones	38
Capítulo VII Recomendaciones	39
Bibliografía	40
Anexo 1	43
Anexo 2	46
Anexo 3	47

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

Aunque la depresión en el embarazo es una entidad reconocida e identificada en varias ciudades del mundo, no se conoce, o existe poca información de su relación como factor desencadenante de bajo peso al nacer, en estudios mundiales.

Es por eso que en esta investigación se trata de establecer en primer lugar la existencia de depresión en el embarazo, en segundo lugar se relacionará este componente con una alteración en el recién nacido como es el bajo peso al nacer, todo esto en madres que acudieron a la Maternidad Isidro Ayora y al servicio materno infantil de las Fundaciones Médicas Mosquera.

Por esta razón creo que es importante que en el futuro se deba implementar políticas educativas y preventivas para frenar el apareamiento de estados depresivos durante el embarazo debido a las importantes repercusiones que en la salud del niño pueden aparecer.

CAPÍTULO II. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

El Departamento of Health and Human Services de los Estados Unidos comunicó que 1 de cada 8 personas padece de un trastorno depresivo, y la incidencia casi se duplica entre las mujeres *(1)*. Lamentablemente, la depresión es tratada en forma apropiada en menos de una cuarta parte de las mujeres afectadas. El sub diagnóstico de la depresión es frecuente en el contexto de los ciudadanos primarios, es decir, en la mayoría de los casos.

Si bien el embarazo a menudo es un motivo de gran felicidad, también implica un estrés importante para la mayoría de las mujeres. Este estrés puede aumentar considerablemente en las mujeres con sensaciones ambiguas relacionadas con el embarazo. La respuesta al estrés puede ser más o menos manifiesta. Por ejemplo la mayoría de las mujeres expresan el temor de que su hijo no sea normal. En aquellos casos con un riesgo aumentado de malformaciones congénitas, también aumenta el estrés asociado con estos temores *(2)*. Durante todo el embarazo, y sobre todo cerca del término, es importante planificar los cuidados del niño y los cambios de vida que se harán necesarios después del parto, en algunas mujeres prevalece el miedo al dolor asociado con el parto, todo esto se convierte en una amenaza psicológica para la futura madre.

La experiencia global de un embarazo puede ser alterado por complicaciones médicas y obstétricas ulteriores. Burger y col. (1993) observaron que en las mujeres que tuvieron un embarazo complicado es dos veces más probable que teman por la vulnerabilidad de sus niños

o padezcan depresión en embarazos posteriores, además influye mucho experiencias de madres cercanas, sobre todo para las primigestas, de experiencias adversas durante sus embarazos (3).

Los trastornos emocionales que aparecen durante el embarazo usualmente son de menor severidad. Sin embargo, en el caso de mujeres con trastornos mentales graves que preceden al embarazo, sobre todo con trastorno bipolar, un trastorno afectivo grave o esquizofrenia, la enfermedad puede permanecer en estado latente (3).

Por el contrario, durante cien años el puerperio se consideró un estado de riesgo aumentado para el desarrollo de trastornos mentales, un 10 a un 15% de mujeres con un parto reciente desarrollarán un trastorno depresivo no sicótico posparto. En algunos casos, el puerperio se asocia con un estado depresivo sicótico o un estado de manía. Si bien las psicosis puerperales no son entidades nosológicas autonómicas, una mujer corre un riesgo 30 veces mayor de ser internada por un trastorno sicótico o psiquiátrico severo durante el primer mes después del parto que durante los 2 años previos. Es importante tener presente que los trastornos mentales preexistentes se asocian con un alto índice de recurrencia durante el puerperio. A pesar de este fenómeno, el suicidio es infrecuente durante el embarazo y el año posterior al parto.

Es importante que los aspectos relacionados con la salud mental sean considerados. Durante el primer examen prenatal se debe evaluar la posibilidad de una enfermedad psiquiátrica, este examen incluye antecedentes de cualquier trastorno psiquiátrico, así como internaciones o tratamientos ambulatorios y el uso pasado o presente de medicaciones psicoactivas, alcohol o drogas ilegales. Es necesario evaluar los síntomas actuales que podrían indicar una disfunción

mental. Según Oates (1989), un 15 a 20% de las mujeres embarazadas presentan alteraciones mentales que deberán tenerse en cuenta durante su manejo (4), comparado CON UN 10% DE LA POBLACIÓN GENERAL, además existe un dato proporcionado por la OPS de un informe de salud mental del año 1998 en el cual se encontró que la depresión representa el 31.2% de todas las alteraciones mentales. Ciertos trastornos, como la ansiedad o la depresión, se pueden asociar con un riesgo aumentado de parto pretérmino y bajo peso al nacer. La depresión afecta a la madre en el embarazo como a cualquier persona, puede producir por descarga de adrenalina, vasoconstricción y contracciones del útero lo que disminuye de forma importante el riego útero-placentario (5).

La American Psychiatric Association (1993) efectuó recientemente una revisión del Diagnostic and Statistical Manual DSM-IV. El objetivo de esta revisión consiste en clasificar los trastornos psiquiátricos y los criterios específicos para el diagnóstico de estas enfermedades.

Los trastornos primarios del estado emocional se manifiestan de nuevo, y tanto los trastornos depresivos como los maníacos están estrechamente relacionados con factores genéticos. Además de las depresiones primarias agudas o los episodios de pánico existen diversas condiciones que pueden alterar significativamente el estado emocional. En el caso de la depresión, estos estados consisten en reacciones de tristeza, abuso de sustancias ilegales (por ejemplo cocaína).

Etiología de la depresión.

La depresión constituye el área más importante de los trastornos afectivos. Dichos trastornos se caracterizan por la presencia de: síntomas físicos y síntomas psicológicos.

Sabemos que las variaciones del humor son normales en la vida cotidiana, siempre y cuando sean de corta duración y no interfieran con el funcionamiento de la persona; cuando hablamos de Depresión Clínica o patológica nos estamos refiriendo a una experiencia profunda y duradera que se acompaña de alteraciones del pensamiento y conducta.

Los trastornos depresivos y de angustia son las alteraciones mentales más frecuentes en la población general, sus repercusiones son variadas e importantes y constituyen por lo tanto los principales problemas de salud mental a los que nos enfrentamos quienes nos dedicamos a laborar en esta área de la medicina.

Existen varias formas de Depresión, su clasificación y diagnóstico ha dado lugar a numerosos enfoques. En tanto algunos científicos han señalado las características clínicas de los cuadros depresivos, otros han tomado en cuenta las causas que los provocan para clasificarlas, y otros la evolución que siguen.

Sólo para dar una muestra de la dimensión epidemiológica del problema, diremos que la Depresión Mayor se calcula que tiene una prevalencia del 5% en la población general, en tanto que la Distimia oscila entre un 4.5% a 10.5%. Todo parece indicar que la Depresión ha ido en aumento y un hecho importante e incuestionable es que las mujeres se deprimen en razón de 2:1 y 3:1 respecto a los hombres (3).

En la antigüedad remota se sostenía que este padecimiento era causado por influencias diversas de humores corporales (Hipócrates habló de la bilis negra que producía “melancolía”) o bien que era resultado de un conflicto moral, siendo la depresión “el castigo” por una

conducta inapropiada o pecaminosa. En el siglo XIX se inicia el enfoque del estudio de sus causas atendiendo al funcionamiento del Sistema Nervioso Central, pero es hasta el presente siglo que se precisan los detalles de su etiología multicausal.

Se ha hablado del estrés psicosocial (Agudo: muerte de familiar, divorcio, etc.; y crónico: desempleo, sobrecarga de trabajo, conflictos matrimoniales y grávidos, etc.), factores que sin duda propician o desencadenan la depresión. Conviene enfatizar que, la pérdida precoz de un embarazo, es común encontrar en la historia de las personas embarazadas deprimidas actualmente. Si sabemos que el funcionamiento neuronal no es ajeno a las influencias del medio ambiente, nos queda claro que el estrés psicosocial juega un papel importante al respecto.

Los trabajos de Sigmund Freud respecto al Duelo y la Melancolía contribuyeron bastante a la comprensión de los mecanismos inconscientes que siguen la depresión normal y la patológica, y el aporte psicoanalítico, no obstante el tiempo que tiene de haber surgido, es definitivo e insustituible para el entendimiento de estos pacientes.

La teoría Cognitiva propone que el deprimido, a lo largo de la vida ha distorsionado sus pensamientos sobre sí mismo y su entorno en forma negativa llegando finalmente a conclusiones erróneas, negativas de sí mismo, sus experiencias y la visión que tiene del futuro, esto daría por resultado el síndrome depresivo en estos sujetos.

Por su parte los conductistas también han contribuido a formular hipótesis para explicar el problema: la depresión está condicionada por un patrón estable de conducta caracterizada por

incapacidad para interrumpir el estímulo nocivo y escapar de eventos traumáticos. Esta hipótesis se basa en modelos experimentales de psicología comparada, empleando para ella animales de laboratorio sometidos a experiencias diseñadas artificialmente, y aunque sabemos que nunca podremos comparar la conducta primitiva de una rata con la compleja conducta del hombre, creo que sí pueden obtenerse algunas conclusiones valderas para nuestros fines. Al parecer, de acuerdo a estos estudios, se puede concluir que el deprimido “ha aprendido a no defenderse”.

Los estudios de los tipos de personalidad nos proporcionan datos interesantes: ciertos tipos de personalidades, cuyas características son la escrupulosidad, el sentido del deber, perfeccionismo, la falta de espontaneidad y el afán de orden (personalidades obsesivas) son más propensas a desarrollar depresión de tipo unipolar. Habría que preguntarse si ambos procesos (la depresión y esta personalidad) tuvieron origen común y se desarrollaron juntas o una dio origen a la otra.

Un aspecto bastante estudiado recientemente y que ofrece datos muy valiosos e interesantes respecto a la etiología de la depresión es la Genética, vale la pena comentar:

Los familiares de pacientes con depresión unipolar tienen mayor incidencia de depresión que la población general (10% a 20%)
En el caso de los gemelos monocigóticos (que comparten una información genética idéntica porque proceden del mismo óvulo fecundado por un solo espermatozoide), la concordancia para la depresión oscila entre un 65 a 75 %; esto

quiere decir que si un gemelo padece depresión, en el porcentaje antes señalado su pareja también la padece. Estos estudios se han hecho abarcando muestras de gemelos numerosas y considerando otras variantes para delimitar la influencia de la herencia biológica.

En cambio, los gemelos dicigóticos (hermanos que se desarrollaron juntos en el vientre materno pero que no comparten la misma información genética) alcanzan una concordancia del 5 al 19%.

Lo antes expuesto, sin duda nos habla de la influencia de la herencia en la incidencia de la Depresión, todavía no se precisan los mecanismos que la herencia sigue para determinar la enfermedad ni se ubican con precisión él o los genes que participan. Lo que sí se sabe es que algunas formas de depresión (por ejemplo, bipolares) se heredan más que otras. Sin duda, en otros casos de depresión (por ejemplo, distimia), la herencia proporciona el terreno idóneo para que otros factores influyan en el sujeto y desencadenen finalmente la depresión.

Llegamos finalmente al análisis de los factores neurobioquímicos, terreno apasionante y prometedor de las neurociencias que ha sido facilitado recientemente por los aportes de la Biología Molecular y el análisis que nos permite hacer los mecanismos de acción de los fármacos antidepresivos como los Inhibidores de la MAO, los antidepresivos tricíclicos y los nuevos antidepresivos que inhiben selectivamente la recaptura de la noradrenalina y la serotonina. Para comentar este enfoque es necesario recordar que las neuronas se comunican entre sí entre una terminación dendrítica (proximal) y otra dendrita (distal) a través de unas substancias almacenadas en la dendrita proximal o presináptica, llamadas neurotransmisores;

de estos mediadores químicos importan en partículas dos de ellos: la serotonina y la noradrenalina. Sabemos que al llegar el impulso nervioso a la dendrita presináptica, representado por una onda de despolarización que corre a través de la membrana celular, “abre” los poros de la membrana y deja salir los neurotransmisores, mismos que se ubican en el espacio sináptico y “viajan” para ser “capturados” en los receptores post-sinápticos que para el caso existen en la membrana de la dendrita distal, favoreciendo así el paso del impulso nervioso entre neuronas.

La teoría bioquímica de la depresión formulada inicialmente por Shilkraut, propone que la depresión es una deficiencia funcional de la noradrenalina y la serotonina, mismas que por diversas razones no están llegando correctamente a su destino (sus receptores post-sinápticos), por lo que, al no estimularlos suficientemente producen un impulso nervioso débil que es la causa de la depresión. Los distintos estudios que se han hecho al respecto así lo corroboran, sobretodo basados en los mecanismos de acción de los antidepresivos.

Sabemos que estamos iniciando la comprensión de los mecanismos profundos que causan este fatal problema del estado de ánimo; llevamos muchos siglos de historia civilizada, y solo en las últimas décadas hemos tenido oportunidad de adentrarnos en el estudio científico de la mente-cerebro. No sabemos qué nos depara el futuro de las ciencias de la conducta, pero todo parece indicar que vamos por el rumbo correcto hacia una meta ahora utópica que algún día nos permita entender plenamente cómo funcionan nuestras emociones y afectos normales y podamos corregir los estados patológicos que estos sufren.

Criterios para el episodio depresivo mayor.(Según DSM IV)

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser: 1. estado de ánimo depresivo o, 2. pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

Nota: No se incluyen los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

1. estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. Ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. Ej., llanto). En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.

2. disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás)

3. pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. Ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables

4. insomnio o hipersomnia casi cada día

5. agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)

6. fatiga o pérdida de energía casi cada día

7. sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples auto reproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)

8. disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)

9. pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse

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

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

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

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. Ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas sicóticos o enlentecimiento psicomotor **(6)**.

Depresión y embarazo.

La depresión es un síntoma tan común durante el embarazo como después del parto y debe ser diagnosticada, pues puede ser nociva para el producto.

Aunque los médicos son cuidadosos en la detección y tratamiento de la depresión posparto, no suelen ser tan vigilantes de ésta durante el embarazo porque no esperan encontrarla. Es una sorpresa para muchos porque la mayoría de la gente piensa que las mujeres están protegidas de la depresión durante el embarazo, porque se trata de una etapa de bienestar emocional", más de 10% de las mujeres sufren depresión durante el embarazo', la misma cifra que en otras etapas de su vida.

Estudios previos han sugerido que la depresión y la ansiedad durante el embarazo pueden estar vinculadas al temor del bajo peso del niño al nacer, el parto prematuro y la baja irrigación en la matriz **(1)**.

Además existen otros factores importantes que deben ser tomados en cuenta que pueden asociarse con depresión durante el embarazo como son: adolescencia, condición socio económica, falta de motivación (planificación para tener o no un niño), embarazo producto de

violación, impacto sobre calidad de vida de la madre, condiciones de salud antes y después del embarazo, dinámica familiar y personalidad.

Evans instó a una investigación urgente que esclarezca las consecuencias potenciales de la depresión de la madre en un bebé durante el embarazo. El estudio deberá determinar qué es peor para el feto, la depresión en sí misma o los medicamentos para combatirla, consideraron los expertos.

La depresión posparto es confundida frecuentemente con padecimientos más severos, llamados psicosis posparto, que afectan a una de cada 1.000 mujeres y en casos extremos pueden llevar a que las madres dañen a sus hijos. Ello ocurre en un período que va de las primeras dos semanas al mes posterior al parto.

La depresión es también diferente del cuadro conocido como "baby blues", en que la mayoría de las mujeres se ve afligida y llora en los últimos días de su embarazo y los primeros días posteriores al nacimiento de su hijo.

En el estudio, publicado en la revista *British Medical Journal*, más de 9.000 mujeres británicas registraron sus estados de ánimo durante el embarazo y tras el parto en una serie de cuestionarios. Fue evaluada la depresión a las 18 y 32 semanas de embarazo, así como a las ocho semanas y ocho meses de haber dado a luz (5).

Los científicos encontraron que 13,5% de las mujeres pasaron el umbral de la depresión cuando tenían 32 semanas de embarazo, mientras que 9,1% alcanzó ese nivel ocho semanas después del parto (5).

Normalmente, la depresión se presenta en una proporción igual en las mujeres --entre 10 y 15% de ellas-- durante otras etapas de su vida (4).

La prevalencia de violencia doméstica y depresión durante el embarazo se ha estudiado en otros países y las cifras muestran una variación entre el 4% al 15% según el tipo y la edad de la población estudiada, aunque algunos estudios han llegado a detectar hasta el 65% de violencia física y/o verbal durante este periodo altamente vulnerable para la mujer (2).

En México, el único estudio realizado hasta el momento se llevo a cabo en el Hospital Civil de Cuernavaca y se encontró que un 33.5% de las mujeres usuarias del servicio de maternidad fueron maltratadas durante el embarazo, la mayoría por sus parejas; el 3% fue violada y el presente embarazo era producto de la violación (4).

En este estudio también se encontró que las mujeres maltratadas durante el embarazo, sometidas a gran estrés tienen tres veces más de complicaciones durante el parto y pos-parto inmediato que las mujeres no -maltratadas, así como cuatro veces más riesgo de tener bebés de bajo peso. La diferencia de peso entre ambos grupos fue de 560 grs. con desventaja para las mujeres maltratadas.

Bajo peso al nacer concepto y etiología.

El bajo peso ocurre cuando un bebé nace a término pesando menos de 2,500 Kg. Los nombres alternativos para esta condición son: retraso del crecimiento intrauterino y pequeño para la edad gestacional.

El bajo peso al nacer describe a bebés que nacen a término (37 semanas o más) pero que pesan menos de 2,500 Kg. El retraso de crecimiento intrauterino está relacionado con retraso de crecimiento dentro del útero, el cual luego conlleva a bajo peso al nacimiento.

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.

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 esta 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. 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 (18).

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.

COMPARACIÓN ENTRE RCIU TIPOS 1 Y 2.

	TIPO 1: Simétrico	TIPO 2: Asimétrico
Causas	Intrínseco o extrínseco(genético, infección intrauterina TORCH, teratógenos, drogas).	Extrínseco. Insuficiencia placentaria (patología materna).
Frecuencia	20%	80%
Comienzo	Temprano menor 28 sem	Tercer trimestre
Órganos afectados	Simétricos. Microcefalia frecuente, disminución cerebro-hígado.	Asimétrico. Peso
Características celulares	Reducción en número (hipoplasia). Tamaño normal.	Reducción en tamaño (hipotrofia). Número normal.
Crecimiento placentario	Tamaño normal	Tamaño disminuido
Anomalías fetales	Frecuentes múltiples	Infrecuentes
Índice ponderal	Normal	Disminuido
Dopler	Índice de resistencia en arteria umbilical aumentado. Índice de resistencia de ACM aumentado	Índice de resistencia en arteria umbilical aumentados. Índice de resistencia en ACM disminuido. (Brain sparing).

Algunas veces existen problemas en la placenta que no permiten que el feto reciba un adecuado suministro de oxígeno y nutrientes. Las infecciones durante el embarazo que afectan al feto, tales como rubéola, citomegalovirus, toxoplasmosis y sífilis, pueden también afectar el peso del recién nacido (7).

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 cardíaca 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.

El cuidado prenatal es muy importante ya que pocas mujeres embarazadas con fetos que presentan retraso de crecimiento intrauterino experimentan síntomas. El síntoma más común es simplemente la sensación de que el bebé no es del tamaño que debería ser. Debido a esta ausencia de síntomas, el médico debe medir cuidadosamente su abdomen en cada visita prenatal. Si las medidas no aumentan lo suficiente a lo largo del tiempo, lo más probable es que se indique un ultrasonido entre los exámenes de seguimiento. Éste puede determinar con más precisión la edad gestacional del bebé y si existe un retraso del crecimiento intrauterino.

Cuando se examina al recién nacido después del parto también se determina la proporción del bajo peso. Si el peso y estatura del bebé están por debajo del percentil 10 para su edad, éste presenta una proporción baja al nacimiento.

**CUADRO COMPARATIVO DE CAUSAS INFECCIOSAS Y NO
INFECCIOSAS DE BAJO PESO AL NACER**

INFECCIOSAS	NO INFECCIOSAS
Hepatitis	Hipertensión Arterial
Parotiditis	Diabetes Mellitas
Varicela Zóster	Cardiopatía congénita
Citomegalovirus	Hiper e hipoparatiroidismo
Herpes simple	Trombocitopenia idiomática
Poliomielitis	Melanoma maligno
Rubéola	
Sarampión	
Sífilis	
Toxoplasmosis	

CAPITULO III

METODOLOGÍA.

PROBLEMA:

¿Esta la depresión en el embarazo asociada con bajo peso al nacer?

OBJETIVOS:

GENERAL.

1. Establecer la relación entre la depresión aguda en el embarazo y el bajo peso al nacer.

HIPÓTESIS:

1. La depresión en el embarazo si esta asociada con bajo peso al nacer.

Tipo de estudio:

- Prospectivo de cohorte. Dicho estudio se realizó en la Maternidad Isidro Ayora y en las Fundaciones Médicas Mosquera, tomando como cohorte expuestas a las mujeres deprimidas durante el embarazo y como no expuestas a las que no presentan sintomatología depresiva, además los desenlaces del niño recién nacido (peso, talla, perímetro cefálico, apgar, índice de masa corporal).

Muestreo:

- Tamaño de la muestra 1040 pacientes.

- Pacientes expuestas (deprimidas): 851.
- Pacientes no expuestas (no deprimidas): 189.
- Riesgo de bajo peso al nacer en mujeres deprimidas: 16.8%.
- Riesgo e bajo peso al nacer en mujeres no deprimidas: 12%.
- Nivel de confianza: 95%.
- Poder: 70%.

No se realizó los cálculos correspondientes con un poder del 80% como es lo usual, ya que el tamaño de la muestra se incrementaba cuantiosamente (881 pacientes por grupo). Considerando el tiempo en el cual efectuare esta tesis se juzga que un poder del 70% es razonable.

Variables:

- La variable *DEPENDIENTE* fue:
 - Primaria: - Peso al nacer.

Esta variable es de carácter cuantitativo.

En un RN a término se considera:

- a) Peso normal mayor de 2500 gramos
- b) Peso bajo menor o igual de 2500 gramos
- Secundaria: - Talla
 - Perímetro cefálico.
 - Apgar.
 - Índice de masa corporal en el recién nacido.

- La variable *INDEPENDIENTE* fue: Depresión materna.

Esta variable es de carácter cualitativa. Su diagnóstico se realizó por medio del cuestionario de Zung. El punto de corte para depresión en la prueba de Zung fue de menos de 40 puntos para calificar de no depresión y de 40 en adelante para calificar de depresión.

- *OTRAS VARIABLES:*
 - *Edad*
 - *Estado Civil*
 - *Condición socio económica*
 - *Instrucción*
 - *Ocupación*
 - *Índice de masa corporal.*
 - *Ganancia de peso durante el embarazo.*
 - *Numero de controles durante el embarazo.*

Criterios de inclusión:

- Pacientes embarazadas.
- Edad entre 18 y 45 años.
- Controles prenatales periódicos.
- Diagnóstico de depresión en el embarazo.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con enfermedades o condiciones que se hayan encontrado como factores causantes de bajo peso en el niño a su nacimiento: las más frecuentes en nuestro medio son la hipertensión gravídica, diabetes materna, colestasis intrahepática, incompatibilidad grupo Rh, cardiopatías. Con menor frecuencia están los problemas tiroideos, enfermedades del mesénquima, púrpura trombocitopénica y otros.

PROCEDIMIENTO.

1. Identificación de expuestos mediante anamnesis, examen físico. Además se utilizará cuestionario basado en el test de Zung para diagnóstico de depresión.
2. Identificación de no expuestos mediante similar procedimiento pero en las cuales no exista depresión.
3. Autorización de pacientes identificados como expuestas y no expuestas para su participación en la investigación.
4. Peso del recién nacido.

PLAN DE ANÁLISIS.

De las encuestas obtenidas se realizó el análisis estadístico tomando en cuenta la asociación entre la existencia o no de depresión y bajo peso al nacer.

Se utilizó el programa SPSS.

La principal estadística que se calculó fue el riesgo relativo con su intervalo de confianza del 0,90 – 1,1 exceso de riesgo, Ji al cuadrado, regresión logística.

RECURSOS Y TIEMPO.

Materiales: 1. Encuesta para diagnóstico de depresión según DSM IV, realizado en el último control del embarazo.

2. Historias clínicas.

3. Carnet del RN con datos antropométricos.

Periodo de observación: Desde el día de diagnóstico de depresión (último control del embarazo) hasta el parto, donde se recolectó la información de los desenlaces en el niño recién nacido.

ESCALA DE DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN DE ZUNG

La Escala Autoaplicada de Depresión de Zung (Self-Rating Depression Scale, SDS), desarrollada por Zung en 1965, es una escala de cuantificación de síntomas de base empírica y derivada en cierto modo de la escala de depresión de Hamilton, ya que al igual que ella da mayor peso al componente somático-conductual del trastorno depresivo. Fue probablemente una de las primeras en validarse en nuestro país (Conde y cols. 1970) y ha tenido una amplia difusión.

DESCRIPCIÓN

Es una escala autoaplicada formada por 20 frases relacionadas con la depresión, formuladas la mitad en términos positivos y la otra mitad en términos negativos. Tienen gran peso los síntomas somáticos y los cognitivos, con 8 ítems para cada grupo, completándose la escala con dos ítems referentes al estado de ánimo y otros dos a síntomas psicomotores.

El paciente cuantifica no la intensidad sino solamente la frecuencia de los síntomas, utilizando una escala de 4 puntos, desde 1 (raramente o nunca) hasta 4 (casi todo el tiempo o siempre). El marco temporal no está claramente establecido, y así en unas versiones se le pide al paciente que evalúe la frecuencia de los síntomas de modo indeterminado o con una expresión tal como “recientemente”, en otras se hace referencia a “su situación actual”, o a la semana previa.

Los índices de fiabilidad son buenos (índices de 0,70 - 0,80 en la fiabilidad dos mitades, índice α de Cronbach entre 0,79 y 0,92); los índices de correlación con otras escalas (escala de depresión de Hamilton, inventario de depresión de Beck) y con el juicio clínico global oscilan entre 0,50 y 0,80. Informa sobre la presencia y severidad de la sintomatología depresiva, y es sensible a los cambios en el estado clínico.

Si bien esta escala no fue diseñada para cribaje, si muestra unos aceptables índices de sensibilidad (85 %) y especificidad (75%) cuando se aplica para detección de casos en población clínica o en población general, y ha sido ampliamente utilizada con esta finalidad (14).

INTERPRETACIÓN

La escala de cada ítem puntúa de 1 a 4 para los de sentido negativo, o de 4 a 1 para los de sentido positivo; el rango de puntuación es de 20 – 80.

En la bibliografía anglosajona se utiliza la puntuación normalizada, con los siguientes puntos de corte:

CUADRO DE PUNTUACIÓN.-

No Depresión	(≤ 40 puntos)
Depresión leve	(41-47 puntos)
Depresión moderada	(48-55 puntos)
Depresión grave	(> 55 puntos)

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

La escala de ansiedad de Hamilton es un test heteroaplicada que no distingue entre criterios de pánico y ansiedad generalizados. Esta escala evalúa la gravedad e intensidad de la depresión. Consta de 17 ítems. Se centra en aspectos somáticos y comportamentales de la depresión.

Identifica 3 índices:

- 1) melancólica.
- 2) ansiedad.
- 3) alteraciones del sueño.

Tiene buena sensibilidad para detectar cambios. Cada ítem de 0 a 2 puntos y otros de 0 a 4.

Rango de puntuación de 0 a 52.

Para evaluar evolución se comparan los resultados pre y post tratamiento. De los 14 ítems, 13 son referidos a signos y síntomas y el último valora el comportamiento de los pacientes durante la entrevista.

Para dado ítem debe tenerse en cuenta la intensidad y frecuencia del síntoma. Es recomendable aplicarlo a la misma hora debido a las fluctuaciones del estado del ánimo de los pacientes **(32)**. Existe una distinción entre síntomas físicos y somáticos de la ansiedad. Se puede obtener dos puntuaciones:

- 1) ansiedad psíquica.
- 2) ansiedad somática.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS.

Este estudio fue realizado en 1040 pacientes embarazadas, previo consentimiento de las mismas, que acudieron a su control periódico del embarazo y que fueron captadas en la Maternidad Isidro Ayora y en las Fundaciones Médicas Mosquera.

Las 1040 pacientes se dividieron en 189 en el grupo de pacientes no expuestas (pacientes sin depresión mas embarazo normal, COHORTE NO EXPUESTOS) y 851 en el grupo de pacientes expuestas (pacientes diagnosticadas de depresión sin ninguna otra patología adyacente, COHORTE EXPUESTOS), todas ellas cursaban su embarazo.

CUADRO DE RESUMEN.-

LA DEPRESIÓN EN EL EMBARAZO COMO FACTOR ASOCIADO DE BAJO PESO AL NACER EN MADRES QUE ACUDEN A LA MATERNIDAD ISIDRO AYORA Y A LAS FUNDACIONES MEDICAS MOSQUERA EN EL AÑO 2005

VARIABLES	CATEGORÍAS	GRUPO ESTUDIO	GRUPO CONTROL	VALOR P	TOTAL
		PACIENTE DEPRIMIDA	PACIENTE NO DEPRIMIDA		
EDAD	18 – 45	851	189	0,2	1.040
		25,65 ± 6,1	25,03 ± 5,6		25,54 ± 5,6
INSTRUCCIÓN	Analfabetas	11 (1,3 %)	5 (2,6 %)	0,02	16 (1,5 %)
	Primaria	252 (29,6 %)	38 (20,1 %)		290 (27,9 %)
	Secundaria	512 (60,2 %)	121 (19,1 %)		633 (60,9%)
	Superior	76 (8,9 %)	25 (13,2 %)		101 (9,7 %)
CLASE ECONÓMICA	Baja	83 (9,8 %)	8 (4,2 %)	0,02	91 (8,8 %)
	Media-Alta	768 (90,2 %)	181 (95,8 %)		949 (91,3 %)
ESTADO CIVIL	Casadas – Unidas – Separadas	737 (86,6 %)	164 (86,8 %)	0,95	901 (86,6 %)
	Solteras – Divorciadas – Viudas	114 (13,4 %)	25 (13,3 %)		139 (13,4 %)

OCUPACIÓN	Amas de Casa	601 (75,6 %)	128 (74,4 %)	0,5	729 (75,4 %)
	Comerciantes – Contadora	63 (7,9 %)	13 (7,6 %)		76 (7,9 %)
	Agricultoras – Empleadas domesticas	75 (9,4 %)	14 (8,1 %)		89 (9,2 %)
	Estudiantes – Otras	56 (7,0 %)	17 (9,9 %)		73 (7,5 %)
NUMERO DE CONTROLES EN EL EMBARAZO	0 – 5	214 (27,9 %)	44 (24,4 %)	0,5	258 (27,2 %)
	6 – 11	511 (66,5 %)	127 (70,6 %)		638 (67,3 %)
	12 – 18	43 (5,6 %)	9 (5,0 %)		52 (5,5 %)
PESO RN	< 2.500	71 (8,3 %)	16 (8,5 %)	0,95	87 (8,4 %)
	> 2.500	780 (91,7 %)	173 (91,5 %)		953 (91,6 %)
TALLA RN					
PERIMETRO CEFALICO RN	< 32,5	88 (10,3 %)	17 (9 %)	0,4	105 (10,1 %)
	32,6 – 37,4	750 (88,1 %)	167 (88,4 %)		917 (88,2 %)
	> 37,5	13 (1,5 %)	5 (2,6 %)		18 (1,7 %)

Análisis Univarial.

SITUACIÓN DEMOGRÁFICA.-

En lo que respecta a las variables demográficas el estudio arrojó los siguientes resultados:

La edad mínima encontrada fue de 18 años con una edad máxima de 45 años, con un promedio de 25,54 años y desviación estándar de 5,99 años.

El estado civil que predominó fue con 482 pacientes que representa un 46,3% unión libre, 413 pacientes que representan un 39,7% fueron casadas, 132 pacientes que representaban 12,7% fueron solteras, 6 pacientes que representaban 0,6% fueron separadas, 5 pacientes que representaban 0,5% fueron divorciadas y por ultimo la minoría fueron viudas, 2 pacientes que representan el 0,7%.

Cuando se consultó acerca de la instrucción de las madres pudimos encontrar que la minoría de ellas 16 pacientes que representan el 1,5% eran analfabetas o no tenían ningún tipo de educación, 61 pacientes que representan el 5,9% su instrucción fue primaria incompleta, 229 pacientes que representa el 22% primaria completa y los porcentajes superiores nos indican que 400 pacientes que representa el 38,5% secundaria incompleta y 233 pacientes que representan el 22,4% secundaria completa, esto quiere decir que la gran mayoría tienen al menos estudios secundarios básicos, es importante también comentar que un 9,7% es decir 101 pacientes tenían educación superior.

Un importante número, 729 que representan el 70,1% se encargaban de las labores domésticas, en segundo lugar se encuentran las madres que pese a su estado trabajaban o lo seguían haciendo como obreras principalmente en fábricas, esto es 89 pacientes que representa el 8,6%, 73 pacientes que son 7,0% eran vendedoras de la calle principalmente de alimentos, ropa, etc., 71 pacientes que representa el 6,8% se dedican a labores de negocios como comerciantes, además se encontró que 65 de ellas que representa un 6,3% continuaban estudiando, 8 pacientes que representa el 0,8% eran agricultoras, se dedican a trabajar en la tierra en áreas rurales y 5 pacientes que representa el 0,5% son profesionales, se entiende como madres que al terminar su colegio laboran como secretarias, cajeras, administradoras de negocios.

Un alto porcentaje de madres tenían ingresos que superaban el salario mínimo vital o que su ingresos eran suficientes como para mantener un cómodo estilo de vida, 7 de ellas que representa el 0,7% era de condición alta, la gran mayoría pertenecía a una clase en la cual sus

ingresos ni siquiera completaban un salario mínimo vital esto es que 91 pacientes que son el 8,8% eran de condición baja o extremadamente baja y 942 pacientes que son el 90,6% tenía una condición media, esto quiere decir que sus ingresos mensuales llegan al menos a un salario mínimo vital.

CONDICIONES NUTRICIONALES Y ANTROPOMÉTRICAS DE LA MADRE.-

Estos datos fueron recogidos del último control hecho a las madres durante su embarazo. De 1040 pacientes el peso mínimo encontrado durante este primer control fue 45 kilos, el máximo peso fue de 98 kilos, con un promedio de 69,95 kilos y una desviación estándar de 7,6 kilos.

Con respecto a la talla la mínima fue de 136cm y la máxima de 183cm, con un promedio de 152 y una desviación estándar de 6cm.

Un dato importante de esta investigación fue que tomando en cuenta los pesos y las tallas de nuestras pacientes pudimos calcular el índice de masa corporal de cada una de ellas encontrando que de 1040 pacientes el IMC mínimo fue de 18,07, el IMC máximo de 41,33; cabe resaltar que este cálculo fue hecho con datos recogidos durante el último control prenatal, el promedio fue de 30 y la desviación estándar de 3,077. Aunque conocemos que el valor normal del IMC para mujeres es de 19 a 24, se debe tomar en cuenta que en esta etapa del embarazo el producto es significativo.

El número de controles durante el embarazo de las 940 pacientes vario ampliamente siendo como mínimo al menos 1 control hasta un máximo de 23 controles, el promedio fue de 4,43 y la desviación estándar de 1,67.

DEPRESIÓN. (Diagnóstico y valoración).-

A las 1040 pacientes consecutivas se les realizó la encuesta o test de Zung para diagnosticar depresión mediante lo cual: 851 pacientes que representa 81,8% fueron deprimidas; 189 pacientes que representa el 18,2% no tuvieron depresión. Cabe recalcar que en este estudio el test de Zung se lo aplico en el último control del embarazo, periodo en el cual acrecienta el temor a la inminente ruptura de la simbiosis existente entre madre e hijo, es por esto que los resultados encontrados de depresión son tan elevados. Sin embargo aplicando otros test como el de Hamilton, observamos que tan solo un 15 % de las madres sufren depresión durante el embarazo (31).

Las puntuaciones variaron desde un rango mínimo permitido de 28 puntos hasta un rango máximo de 77 puntos de un total de 80, el promedio fue de 48,21 y la desviación estándar de 8,5.

Dentro de la encuesta realizada, la pregunta numero 6: ¿cree que esta adelgazando? fue la que tuvo el más alto número de contestaciones negativas (rara vez) con 1033 pacientes, mientras que la pregunta número 17: ¿se siente útil y necesaria para la gente? fue la que tuvo el más alto número de contestaciones positivas (siempre) con 972 pacientes. En el apéndice 3 se detalla los resultados de cada pregunta.

DATOS ANTROPOMÉTRICOS DEL NIÑO.-

De 1040 niños nacidos vivos los pesos fluctuaron desde un rango mínimo de 1700 gramos y un máximo de 4700 gramos, el promedio fue de 3053 gramos y la desviación estándar de 394 gramos. Las tallas se observaron desde un rango mínimo de 32cm hasta un máximo de 57cm, el promedio fue de 48,2cm y la desviación estándar de 2,2cm.

Los resultados más importantes fueron que 113 niños que representan el 10,9% tuvieron bajo peso y 927 niños que son el 89,1% tuvieron un peso normal.

El perímetro cefálico de los 1040 niños fueron como rango máximo 53cm y como rango mínimo 22cm, con un promedio de 34,24 y una desviación estándar de 1,96.

Análisis Bivarial. (Agrupación de variables)

EDAD.-

Se analizó la variable edad encontrándose que el 57,5% del grupo estudio (cohorte expuesta) se encuentran entre 20 a 25 años (20 años el mayor porcentaje con 42,9%); mientras que los controles (cohorte no expuesta) lo constituye un 52,5% entre el mismo rango de edad. En contraste el 42,5% del grupo estudio están en el rango de 26 a 35 años, mientras los controles un 47,5%.(P>0,05)

INSTRUCCIÓN.-

Se analizó la variable instrucción encontrando que el 80% del grupo estudio presenta un nivel de estudios secundario por otro lado los controles fueron un 52,5%.

En contraste, el 20% del grupo de estudio tiene un nivel de estudios básicos (primarios y analfabetos), mientras que los controles un 47,5%.

CONDICIÓN SOCIO ECONÓMICA.-

Se analizó la variable condición socio-económica encontrando que un 62,5% del grupo de estudio era de condición baja en relación con un 70% de los controles, el 37,5% del grupo de estudio era de condición media en relación con un 30% de los controles.

ESTADO CIVIL.-

En cuanto al estado civil se encontró que el 85% del grupo de estudio tenían una relación estable (casada y unida), mientras que los controles lo constituyen un 81,3%. En contraste el 15% del grupo de estudio no tenían un compromiso (solteras y divorciadas), mientras los controles un 18,8%.(P>0,05)

OCUPACIÓN.-

Al analizar la variable ocupación se estableció que el 47,5% del grupo de estudio eran amas de casa en relación con 38,8% de los controles, 15% del grupo de estudio eran comerciantes y vendedoras ambulantes, mientras que los controles lo eran el 12,5%. Pacientes que se dedican a la agricultura y como obreras eran 15% del grupo de estudio y 38,8% de los controles.

Además 22,5% de los casos eran estudiantes y otras actividades comparado con un 10% de los controles. ($P < 0,05$)

Se realizó un modelo de regresión logística que incluyeron las siguientes variables: depresión, instrucción de la madre, edad, nivel socio económico, estado civil y número de controles, encontrando como resultado que las únicas variables significativas, es decir que predicen bajo peso al nacimiento, fueron edad materna con un valor $P = 0.002$ y número de controles en el embarazo con un valor $P = 0.09$. La variable depresión no salió significativa ya que el valor fue $P = 0,74$.

CAPITULO V DISCUSIÓN.

El embarazo es una importante etapa en la vida de una mujer que se encuentra en edad reproductiva, pero también es acontecimiento de constante preocupación por diversos motivos como: incertidumbre por el desarrollo del parto, si el niño o niña nacerán sin problemas, la realidad de que un nuevo ser implica cuidadosa atención, gastos e imprevistos que pueden desestabilizar la economía familiar, la mala información acerca del embarazo y el bajo acceso a los servicios de atención médica capacitada que estas mujeres tienen, hacen que se pueda desarrollar en ellas un inesperado estado emocional patológico llamado depresión.

Además, muchos estudios han constatado las severas consecuencias para la mujer y el niño derivadas de la violencia psicológica durante el embarazo. Los efectos del maltrato en el embarazo son físicos y emocionales. La mujer violentada desarrolla un cuadro de estrés asociado con depresión, angustia, y sentimientos de aislamiento. En México, las mujeres maltratadas durante el embarazo enfrentan tres veces más complicaciones durante el parto y posparto inmediato, y **cuatro veces más probabilidades de tener productos de bajo peso** (Valdez y Sanín, 1996).

Es también importante decir que Los Centros de Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos quienes definen a la violencia durante el embarazo como “VIOLENCIA O AMENAZAS DE VIOLENCIA FÍSICA, SEXUAL O PSICOLÓGICA/EMOCIONAL

OCASIONADAS A LA MUJER EMBARAZADA” determinaron según varios estudios y encuestas que hay una probabilidad del 60,6% de que una mujer embarazada sea agredida (de cualquiera de las formas antes mencionadas) que una que no lo esta. Se sita a la violencia psicológica como una complicación del embarazo con mayor frecuencia que la hipertensión o la diabetes. *(30,31)*

Con relación a las estadísticas que ya mencionamos anteriormente, científicos encontraron que 1 de cada 10 mujeres embarazadas sufre depresión, una cuantiosa cantidad de las mujeres pasaron el umbral de la depresión cuando tenían 32 semanas de embarazo (Estudio, publicado en la revista British Medical Journal, en más de 9.000 mujeres británicas) *(4,5)*, esto confirma lo dicho anteriormente, la depresión aumenta mientras mas se acerca el momento del parto. Estos resultados se observaron con la aplicación del test utilizado en este trabajo de investigación (Test de Zung), sin embargo los resultados encontrados al aplicar el test de Hamilton son diferentes debido a que esta escala sirve para valorar el grado de ansiedad en pacientes pre diagnosticados *(32)*.

Lamentablemente no se pudo encontrar ningún tipo de estudio respecto a este tema en el Ecuador por lo que no se conocen estadísticas propias.

Es importante además recalcar que, existen estudios de depresión posparto hechos en varias partes del mundo y en el Ecuador, por lo que ésta es una entidad bien conocida en nuestro medio, no así la depresión antes del parto.

El bajo peso al nacer tiene muchas etiologías conocidas (origen multifactorial), entre ellas enfermedades maternas, etc., pero en muy pocas ocasiones se ha encasillado a la depresión aguda como parte de ellas.

Desde mi punto de vista, en nuestro país, el bajo peso al nacer es uno de los problemas más importantes porque revela la preocupante condición social que afronta nuestra población.

Las características demográficas y sociales obligan a nuestras madres a pasar por alto los más indispensables requerimientos médicos durante su embarazo, principalmente los controles prenatales. Por este motivo, no se detectan patologías frecuentes en el embarazo como hipertensión, anemia etc., y menos aún cuadros menos considerados como la depresión.

“Aunque los médicos son cuidadosos en la detección y tratamiento de la depresión posparto, no suelen ser tan vigilantes de ésta durante el embarazo porque no esperan encontrarla” según Jonathan Evans, catedrático de psiquiatría en la Universidad de Bristol, Inglaterra.

Resulta complicado establecer una relación fisiopatológica entre depresión y bajo peso, a pesar de que existen teorías acerca del tema; pero estudios realizados en otros países demuestran fehacientemente que ambas alteraciones están íntimamente relacionadas (26), aunque en el resultado de este estudio no se haya podido demostrar lo mismo, posiblemente por el momento en el que se aplicó la encuesta, en este caso, el test de Zung fue empleado durante el último control del embarazo.

CAPÍTULO VI CONCLUSIONES.

- En el presente estudio se puede concluir que la depresión en el embarazo no es un factor asociado para el apareamiento de bajo peso al nacer.
- La aplicación de esta prueba en el último control del embarazo deja de lado la posibilidad de encontrar una relación de depresión y bajo peso al nacer en otras etapas del embarazo.

CAPÍTULO VII RECOMENDACIONES.

- Recomiendo a todas las madres que siendo la depresión una enfermedad importante durante el embarazo, a pesar de no estar asociada con alteraciones en el crecimiento del niño, debe ser tomada en cuenta y reconocida a tiempo durante las consultas y chequeos prenatales, porque puede traer consecuencias adversas para la madre durante el embarazo.
- Es importante que se establezca como rutina durante los controles prenatales que los profesionales de la salud apliquen tests rápidos y de fácil implementación para reconocer a tiempo enfermedades poco usuales como son la depresión.
- A pesar que, durante el estudio no se encontró relación entre depresión y bajo peso al nacer realizando la encuesta en el último control del embarazo, esto no quiere decir que si hubiese sido realizada en otro periodo del embarazo habría una importante relación causal, por lo tanto recomiendo la realización de estudios mediante la aplicación de este test en otra etapa del embarazo.
- Fortalecer los contenidos orientados al cuidado de la salud mental en los currículums académicos de medicina, con el objeto de mejorar las habilidades de los médicos para identificar y tratar los problemas de salud mental de la embarazada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. José Botella, José A. Clavelo. Tratado de Ginecología. Tomo I y II. Edición Revolucionaria, 1983.
2. Depresión o ansiedad posparto. Los factores que incrementan estos riesgos. (Sitio en internet) Disponible en www.intuitivas.com/salud/depresion_posparto. Acceso 21 enero 2006.
3. Willians W. Willians Obstetricia Panamericana, Madrid 1998 p.1175-1178
4. La Depresión factores de riesgo asociados. (Sitio en internet) Disponible en www.ciudadfutura.com/psico/articulos/depresion.htm. Acceso 17 enero 2006.
5. Waldo E. Nelson y Colaboradores. Tratado de Pediatría. Tomo I. 9na. Edición, 1983.
6. Depresión durante el embarazo, tratamiento. La depresión mayor. (Sitio en internet) Disponible en www.siicsalud.com/dato/dat013/99o18013.htm. Acceso 21 enero 2006.
7. Criterios diagnósticos de trastornos mentales según el DSM-IV. Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia. (Sitio en internet) Disponible en www.psicoadactiva.com/dsm4.htm . Acceso 21 enero 2006.
8. Criterios según DSM-IV de depresión. (Sitio en internet) Disponible en www.psicoadactiva.com/dsm4/dsm4_63.htm. Acceso 4 Febrero de 2006.
9. Clasificación DSM-IV Edit. Masson. 1.997 (Sitio en internet) Disponible en www.elmedico.net/DSM-IV.html. Acceso 4 febrero 2006.
10. Listado del catálogo de trastornos **DSM-IV**. Artículos sobre temas de interés. El Manual diagnóstico. (Sitio en internet). Disponible en www.clinicapsi.com/listado%20del%20dsm4.html
11. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry, 8º edition. Lippincott Williams & Wilkins Press, 1997.
12. Treatments of Psychiatric Disorders, 2º edition. Gabbard and Atkinson. American Psychiatric Press, 1997.
13. Meneghelo R. Tratado de Pediatría. Panamericana, Madrid; 1997, Vol.1, p.530-533.
14. Test Zung (Sitio en internet) Disponible en WWW.eutimia.com. Acceso 19 febrero 2006.
15. Waldo E. Nelson y Colaboradores. Tratado de Pediatría. Tomo I. (9na. edición, 1983.

16. Fanaroff- Martín. Enfermedades del Feto y el Recién Nacido. Editorial Científico Técnica, 1983.
17. Jonas O - Roder D Chan A, The association of maternal and socioeconomic characteristics in metropolitan adelaïda with medical obstetric and labour complications and pregnancy outcome. Aust-N-Z-J-Obstetric-Gynaecol. Feb. 32 (1).- 1-5- 1992.
18. La Depresión factores de riesgo asociados. (Sitio en internet). Disponible en www.ciudadfutura.com/psico/articulos/depresion.htm. Acceso 17 enero 2006.
19. Mutale T et al.- Life events and low birth weight analysis by infants preterm and small for ges tational age. British Journal of Obstetrics and gynecology. Feb. Vol. 98 166-172. 1991.
20. Wen S W et al.- Intrauterino growth retardation and preterm delivery.- prenatal risk factors in an indigent population. Am J Obsiet gynecol. 162: 213-8. 1990.
21. Cnattingius S et al. Effect of age, parity, and smoking, on pregnancy outcome: A population-based study. Am J Obstet Gynecol. 168., 16-21. 1993.
22. Werngreen W P., Relationship between socioeconomic status and differences in health care utilization in pregnancy, delivery and puerperium. Ned-Ti Jdschr-Geneskd. May. 15: 137(20). 1007-12. 1993,
23. Organización Mundial de la Salud - Prevención de la mortalidad y morbilidad perinatales. Serie de Informes Técnicos No 457. Ginebra. Suiza. 22, 1970.
24. Aller J - Obstetricia Moderna. 2da. edition. Gráficas Franco. 1987.
25. APGAR V. Proposal for new method of evaluation of newborn infant. Anesth. Anaig. 32: 260-267. 1953.
26. Algert C et al.- Low birth-weight in NSW 1987- a population-based study. Aust-N-Z-J-Obstet Gynaecol. Aug. 33 (3),. 243-8. 1993.
27. Vega J et al., Factores de riesgo para bajo peso al nacer y retardo de crecimiento intrauterino en Santiago de Chile. Rev-Med-Chil. Oct. 121 (10): 1210-9. 1993.
28. Ziguelboim 1-1 Suarez-Rivero M.- Primigesta añosa. Asistencia Obstétrica. Rev. Obstet. Ginecol. Venez. 54 (1). 1-16. 1994.
29. La Depresión en la población general. (Sitio en internet)Publicaciones. Disponible en www.familia2000.org/depresion.htm. Acceso el 14 enero 2006.
30. Battering and Pregnancy. Midwifery Today, 19:1998.

31. <http://www.eutimia.com/tests/hdrs.htm>

32. <http://www.uandes.cl/dinamicas/PruebaIDiagnosticoI%C3%ADnico%5B1%5D.doc>

ANEXOS 1

INSTRUCTIVO PARA REALIZACIÓN DE ENCUESTA

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.

Paciente: Nombre y Apellido completo.

Edad: En números.

Estado Civil: Casada, viuda, divorciada, separada, unida, soltera.

Instrucción: Hasta que curso o grado estudió, sabe leer y escribir.

Ocupación: En que trabaja actualmente.

Condición Socio Económica: según el ingreso económico mensual.

Peso: en kilogramos.

Talla: en centímetro.

IMC:

1.- Tiene ganas de llorar y a veces llora?

Siente usted que durante los últimos tres meses de su embarazo en cualquier momento del día tiene deseo de desahogarse llorando, sin tener un motivo evidente.

2.- Le cuesta mucho dormir o duerme mal por la noche?

Cree usted que durante los últimos tres meses de su embarazo al acostarse tiene dificultad para conciliar el sueño, o al despertarse siente que ha dormido mal y no ha descansado lo suficiente, sin tener un motivo evidente.

3.- Se siente triste y deprimida?

Cree usted que durante los últimos tres meses de su embarazo se siente muy mal, deprimida, extremadamente triste, sin tener un motivo evidente.

4.- Tiene menos apetito que antes?

Cree usted que durante los últimos tres meses de embarazo ha reducido su intensidad habitual de comer por lo tanto come menos, sin tener un motivo evidente.

5.- Se siente menos atraída por el sexo opuesto?

Cree usted que durante los últimos tres meses de su embarazo no le interesa tener algún tipo de encuentro sentimental con su compañero, esposo o cualquier otra persona del sexo opuesto, sin tener un motivo evidente.

6.- Cree que esta adelgazando?

Cree usted que durante los últimos tres meses de su embarazo ha perdido peso, o no lo ha ganado suficientemente como para mantener un peso adecuado según su edad gestacional, sin tener un motivo evidente.

7.- Esta estreñida (constipada)?

Cree usted que durante los últimos tres meses de su embarazo tiene dificultad para realizar la deposición, sin tener un motivo evidente.

8.- Tiene palpitaciones?

Cree usted que durante los últimos tres meses de su embarazo ha tenido una sensación como de que su corazón late más rápido o siente que se le va a salir del pecho, sin tener un motivo evidente.

9.- Se cansa por cualquier cosa?

Cree usted que durante los últimos meses de su embarazo siente cansancio excesivo al realizar cosas así sean muy pequeñas, sin tener un motivo evidente.

10.- Por las mañanas se siente mejor que por las tardes?

Cree usted que durante los últimos tres meses de su embarazo al despertarse se siente de mal ánimo o esto ocurre durante las tardes, sin tener un motivo evidente.

11.- Su cabeza no está tan despejada como antes?

Cree usted que durante los últimos tres meses de su embarazo siente que su mente esta todo el tiempo ocupada, acumulando ideas, sin tener un motivo evidente.

12.- No hace las cosas con la misma facilidad que antes?

Cree usted que durante los últimos tres meses de su embarazo no realiza cualquier cosa habitual con la misma destreza o habilidad con la que lo hacia anteriormente, sin tener un motivo evidente.

13.- Se siente agitada e intranquila?

Cree usted que durante los últimos tres meses de su embarazo se siente ansiosa, desesperada, sin la misma tranquilidad que antes, sin tener un motivo evidente.

14.- No tiene esperanza y confianza en el futuro?

Cree usted que durante los últimos tres meses de su embarazo siente que su futuro no esta claro, no tiene planes tanto para usted como para su familia, sin tener un motivo evidente.

15.- Se siente mas irritable que habitualmente?

Cree usted que durante los últimos tres meses de su embarazo siente que su carácter ha cambiado pelea todo el tiempo y por cualquier motivo, sin tener una causa aparente.

16.- Encuentra difícil tomar decisiones?

Cree usted que durante los últimos tres meses de su embarazo no puede tomar decisiones importantes o no con la misma facilidad que antes, sin tener un motivo evidente.

17.- No se siente útil y necesaria para la gente?

Cree usted que durante los últimos tres meses de su embarazo las cosas que realiza o sus opiniones no son importantes para sus familiares o amigos sin tener una causa evidente.

18.- No encuentra agradable vivir?

Cree usted que durante los últimos tres meses de su embarazo ha cambiado su forma de ver y sentir la vida, sin tener un motivo evidente.

19.- Cree que sería mejor para los demás que usted se muriera?

Siente usted que durante los últimos tres meses de su embarazo para sus familiares y amigos usted no es necesaria y que a ellos les da lo mismo que usted viva o muera, sin tener motivo evidente.

20.- No le gusta las mismas cosas que habitualmente le agradaban?

Cree usted que durante los últimos tres meses de su embarazo ha cambiado su gusto por realizar las cosas que normalmente las asía, sin tener un motivo evidente.

ANEXO 2

ENCUESTA DE DEPRESIÓN EN EL EMBARAZO

TEST DE ZUNG

PCTE: HCL:
 EDAD: ESTADO CIVIL:
 INSTRUCCIÓN: OCUPACIÓN:
 CONDICIÓN SOCIO ECONÓMICA: <SB() SB() >SB()
 PESO: TALLA: IMC:

- 1.-Tiene ganas de llorar y a veces llora.
A()Rara vez B()De vez en cuando C()Frecuentemente D()Siempre
- 2.-Le cuesta mucho dormir o duerme mal por la noche.
A()Rara vez B()De vez en cuando C()Frecuentemente D()Siempre
- 3.-Se siente triste y deprimida.
A()Rara vez B()De vez en cuando C()Frecuentemente D()Siempre
- 4.-Tiene menos apetito que antes.
A()Rara vez B()De vez en cuando C()Frecuentemente D()Siempre
- 5.-Se siente menos atraída por el sexo opuesto.
A()Rara vez B()De vez en cuando C()Frecuentemente D()Siempre
- 6.-Cree que esta adelgazando.
A()Rara vez B()De vez en cuando C()Frecuentemente D()Siempre
- 7.-Esta estreñida (constipada).
A()Rara vez B()De vez en cuando C()Frecuentemente D()Siempre
- 8.-Tiene palpitaciones.
A()Rara vez B()De vez en cuando C()Frecuentemente D()Siempre
- 9.-Se cansa por cualquier cosa.
A()Rara vez B()De vez en cuando C()Frecuentemente D()Siempre
- 10.-Por las mañanas se siente peor que por las tardes.
A()Rara vez B()De vez en cuando C()Frecuentemente D()Siempre
- 11.-Su cabeza no esta tan despejada como antes.
A()Rara vez B()De vez en cuando C()Frecuentemente D()Siempre
- 12.-No hace las cosas con la misma facilidad que antes.
A()Rara vez B()De vez en cuando C()Frecuentemente D()Siempre
- 13.-Se siente agitada e intranquila.
A()Rara vez B()De vez en cuando C()Frecuentemente D()Siempre
- 14.-No tiene esperanza y confianza en el futuro.
A()Rara vez B()De vez en cuando C()Frecuentemente D()Siempre
- 15.-Se siente mas irritable que habitualmente.
A()Rara vez B()De vez en cuando C()Frecuentemente D()Siempre
- 16.-Encuentra difícil tomar decisiones.
A()Rara vez B()De vez en cuando C()Frecuentemente D()Siempre
- 17.-Se siente útil y necesaria para la gente.
A()Rara vez B()De vez en cuando C()Frecuentemente D()Siempre
- 18.-No encuentra agradable vivir.
A()Rara vez B()De vez en cuando C()Frecuentemente D()Siempre
- 19.-Cree que seria mejor para los demás que usted muriera.
A()Rara vez B()De vez en cuando C()Frecuentemente D()Siempre
- 20.-No le gusta las mismas cosas que habitualmente le agradaban.
A()Rara vez B()De vez en cuando C()Frecuentemente D()Siempre

ANEXO 3

RESULTADOS DEL TEST DE ZUNG

Dentro de las ocho primeras preguntas que reflejan síntomas somáticos la número 6: ¿cree que esta adelgazando? fue la que tuvo el más alto número de contestaciones negativas (rara vez) con 1033 pacientes y la número 5: ¿se siente menos atraída por el sexo opuesto? fue la que tuvo el más alto número de pacientes que la contestó de forma positiva (siempre) con 623.

A las ocho segundas preguntas de carácter cognitivo la número 10: ¿por las mañanas se siente peor que por las tardes?, la número 11: ¿su cabeza no esta tan despejada como antes?, la número 14: ¿no tiene esperanza ni confianza en el futuro? Y la número 16: ¿encuentra difícil tomar decisiones? Fueron la que más alto número de contestaciones negativas (rara vez) tuvieron con 765, 772, 967 y 650 respectivamente. La pregunta número 9: ¿se cansa por cualquier cosa? Tuvo el mayor número de contestaciones positivas (siempre) con 800 pacientes.

A las siguientes dos preguntas referentes al estado de ánimo la número 18: ¿encuentra agradable vivir? fue la mayor contestada con 1020 pacientes de forma positiva (siempre), seguida de la pregunta número 17: ¿se siente útil y necesaria para la gente? con 972 respuestas positivas (siempre).

Las últimas dos preguntas referentes a síntomas psicomotores la número 19: ¿cree que seria mejor para los demás que usted se muriera? fue la que tuvo mayor número de contestaciones negativas (rara vez) con 1024. Mientras que la número 20: ¿le gusta las mismas cosas que habitualmente le agradaban? tuvo un mayor número de respuestas positivas (siempre) con 625.