

Factores Relacionados con la Depresión en Mujeres Embarazadas que Asisten a Control Prenatal
en el Centro de Salud La Rosa de la Ciudad de San Juan de Pasto

Yesenia Yolima Barreiro Albán

Ingrid Johana Perlaza Salazar

Ángelo Leonardo Vallejo Lagos

Trabajo de Grado Presentado como Prerrequisito para Optar al Título de Médico

Asesor Doctor Cástulo Cisneros

Psiquiatra

Fundación Universitaria San Martín

Programa de medicina

San Juan de Pasto

2016

Agradecimientos

Los autores expresan sus agradecimientos:

Este trabajo no habría sido posible sin la influencia directa o indirecta de muchas personas a las que agradecemos profundamente por estar presentes en las distintas etapas de su elaboración.

A nuestro asesor científico el Doctor Cástulo Cisneros por manifestar su interés en dirigir nuestro trabajo de grado, su confianza, colaboración y apoyo en este proceso. A los asesores de investigación quienes nos guiaron con sus conocimientos.

A la Fundación Universitaria San Martín sede Pasto por permitirnos ser parte de esta institución y a todos los docentes que compartieron sus conocimientos, dentro y fuera de clase, haciendo posible que nuestra formación profesional se resumiera en satisfacciones académicas.

Al en el centro de salud la Rosa de la ciudad de Pasto por permitirnos trabajar dentro de su institución para llevar a cabo este proyecto.

Agradecer a este equipo de trabajo por el apoyo, dedicación y tiempo al realizar cada parte de este proyecto académico y llegar a la culminación de esta meta.

Dedicatoria

Dedico este proyecto de Grado a Dios por ser el inspirador en cada uno de mis pasos, por ser compañero, amigo fiel y el mejor guía, a mi madre que es mi razón de vivir, es la luz de mi vida, la persona incondicional la que me llena de motivación, la que me acompaña a diario y me da fuerzas para salir adelante, a mi padre, mi guía inigualable le doy gracias por su amor, cariño y comprensión, a mis hermanos por su constante apoyo, paciencia y por ser el incentivo para seguir adelante con este objetivo de convertirme en médico. A mi abuelo que es mi ángel guardián y mi protector. A mis compañeros de tesis por ser buenos amigos y por su entrega total en la realización de esta investigación.

Yesenia Yolima Barreiro Albán

Dedico la realización de este proyecto primero que nada a Dios que es mi amigo incondicional, a mi padre que está en el cielo que desde halla siempre ha sido mi guía y mi ángel guardián, a mi madre querida por su sacrificio y su entrega hacia mí, por ser uno de mis motores que impulsan mis sueños para ser medica; a mis hijas por su comprensión, su cariño y amor, a mis hermanos por su apoyo constante en el trascurso de mi carrera, a mis compañeros de trabajo por su compromiso, dedicación en la realización de esta investigación.

Ingrid Johana Perlaza Salazar

Como primera medida dedico este trabajo a mis padres por su apoyo incondicional y la fortaleza para seguir y completar con este arduo trabajo, además de su comprensión por las largas jornadas. A mi hermana por su guía en esta larga, sacrificante y en igual medida reconfortante profesión y forma de vida. A mis maestros de la cátedra de investigación doctor Andrés salas ya que sin su extenso conocimiento, experiencia y entrega hasta altas horas de la noche en asesoría con nuestros

proyectos. Sin cada uno de ellos como pilares este trabajo no se hubiese podido completar y llegar a su satisfactoriedad.

Ángelo Vallejo Lagos

Nota de aceptación

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

San Juan de Pasto, noviembre de 2016

Nota de responsabilidad

Las opiniones expresadas en esta investigación son responsabilidad de los autores y no compromete a la Fundación Universitaria San Martín.

Contenido

	Pág
Capítulo 1: Aspectos generales	14
Título	14
Capítulo 2: Objetivos	15
Capítulo 3: Planteamiento del Problema	16
Descripción del Problema	16
Capítulo 4: Justificación	19
Capítulo 5: Metodología	21
Enfoque	21
Tipo de Estudio	22
Población	22
Fuentes de Recolección de Información	22
Criterios de Selección	23
Criterios de inclusión	23
Criterios de exclusión	23
Errores y Sesgos	23
Consideraciones Éticas	23
Capítulo 6: Marco Referencial	25
Definición de Depresión	25
Clasificación de la Depresión	26
Causas de la Depresión	26
Causas Primarias	27
Causas Secundarias	29
Fisiopatología	30
Tipos de Depresion	34
Factores Individuales	36
Signos y Síntomas	37
Predominio depresivo	38

Predominio somático	39
Predominio de síntomas psiquiátricos	39
Tratamiento	39
Marco Contextual	39
Departamento de Nariño	39
Municipio de Pasto	41
Centro Hospital La Rosa	42
Marco geográfico	43
Marco Conceptual	44
Bioquímicas Cerebrales	44
Neuroendocrinos	45
Neurona	45
Serotonina	45
Marco Legal	45
Capítulo 7. Análisis de Resultados	48
Conclusiones	60
Discusión	61
Recomendaciones	62
Referentes Bibliográficos	63
Anexos	69

Lista de Figuras

	Pág
Figura 1. Presupuesto.....	
40	
Figura 2. Distribución de la población de mujeres embarazadas con factores relacionados con la depresión según el estado civil.....	43
Figura 3. Distribución de la población de mujeres embarazadas con factores relacionados con la depresión según el estado civil.....	43
Figura 4. Distribución de la población de mujeres embarazadas con factores relacionados con la depresión según la escolaridad.....	44
Figura 5. Distribución de la población de mujeres embarazadas con factores según la ocupación.....	44
Figura 6. Distribución de la población de mujeres embarazadas con factores según la etnia.....	45
Figura 7. Distribución de la población de mujeres embarazadas con factores según el número de gestas.....	46
Figura 8. Distribución de la población de mujeres embarazadas con factores según la disminución del apetito.....	46
Figura 9. Distribución de la población de mujeres embarazadas con factores según el trimestre de embarazo y la disminución del apetito.....	47
Figura 10. Distribución de la población de mujeres embarazadas con factores según los antecedentes psiquiátricos.....	48

Figura 11. Distribución de la población de mujeres embarazadas con factores según trastornos psiquiátricos.....	49
Figura 12. Distribución de la población de mujeres embarazadas con factores según el consumo de bebidas alcohólicas.....	49
Figura 13. Distribución de la población de mujeres embarazadas con factores de riesgos asociados a la depresión según caso de que sí.....	49
Figura 14. Distribución de la población de mujeres embarazadas con factores según la violencia doméstica.....	50
Figura 15. Distribución de la población de mujeres embarazadas con factores según el caso de que sí.....	50
Figura 16. Distribución de la población de mujeres embarazadas con factores relacionados con la depresión según disminución de la libido.....	52
Figura 17. Distribución de la población de mujeres embarazadas con factores relacionados con la depresión según alteraciones del sueño.....	53
Figura 18. Distribución de la población de mujeres embarazadas con factores relacionados con la depresión en caso de ser sí con alteraciones de sueño.....	54
Figura 19. Distribución de la población de mujeres embarazadas con factores relacionados con la depresión según alteraciones del apetito.....	54
Figura 20. Distribución de la población de mujeres embarazadas con factores relacionados con la depresión de ser sí cual alteración del apetito.....	54

Lista de Tablas

	Pág
Tabla 1. Presupuesto.....	
63	
Tabla 2. Requerimientos.....	
63	
Tabla 3. Transporte.....	64
Tabla 4. Cronograma.....	64

Lista de Anexos

	Pág
Anexo 1. Presupuesto.....	
63	
Anexo 2. Requerimientos.....	
63	
Anexo 3. Transporte.....	64
Anexo 4. Cronograma.....	64
Anexo 5. Encuesta.....	64

Introducción

El trastorno depresivo es una enfermedad que afecta al organismo (cerebro) el ánimo y la manera de pensar. Se considera como un desorden del tálamo y es la forma más común de sufrimiento mental, millones de personas en todo el mundo, sin importar razas, nacionalidades o culturas sufren esta enfermedad. (Cox, Abramson, Devine, & Hollon, 2012). Es clara la importancia que este trastorno del tálamo tiene para la investigación científica y población en general, por lo que es de vital importancia su estudio para el conocimiento de sus causas y en el posible tratamiento el cual se ha ampliado notablemente, a pesar de eso algunos mecanismos de la fisiopatología de esta enfermedad aún permanecen desconocidos. Se han llevado a cabo estudios en pacientes con depresión a largo plazo, encontrando que existen dos formas básicas de depresión, la exógena y la endógena y que las causas pueden incluir factores genéticos, químicos y psicosociales.

Capítulo 1: Aspectos generales

Título

Factores relacionados con la depresión en mujeres embarazadas que asisten a control prenatal en el Centro de Salud La Rosa de la Ciudad de San Juan de Pasto.

Capítulo 2: Objetivos

Objetivo General

Identificar los factores relacionados con la depresión en mujeres embarazadas que asisten a control prenatal al centro hospital la rosa.

Objetivos Específicos

- Identificar los aspectos socio demográficamente en la población objeto de estudio.
- Establecer alteraciones comportamentales en la población objeto de estudio.

Capítulo 3: Planteamiento del Problema

Tema: Embarazo, depresión, factores de riesgo.

Descripción del Problema

La depresión es un trastorno del estado de ánimo que influye en todas las esferas del individuo, es persistente en el tiempo y se refleja en el pensamiento y la conducta. (Falk, Yi, & Hilton, 2008)

La depresión representa un malestar clínicamente significativo a nivel laboral, social o personal y causa dolor tanto para quien lo padece el trastorno como para su entorno familiar, las principales consecuencias que afectan a la persona que padece esta enfermedad, aparecen la dificultad para la realización de sus actividades habituales además que conlleva a un descuido personal, en el caso de las mujeres en embarazo la inasistencia a los controles prenatales, la alimentación inadecuada, en algunas ocasiones el uso del tabaco, del alcohol y otras sustancias nocivas, que conlleva a autolesión, ideación suicida e intentos de suicidio. (Kelley & Dantzer, 2011)

Estudios recientes reportan que aproximadamente el 7% de la población ha padecido esta patología de las cuales el 12.7% han presentado depresión durante la gestación. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la evidencia de la prevalencia de depresión en el primer trimestre del embarazo es del 47%, en el segundo trimestre es del 12.8% y en el tercer trimestre 12%. Además se ha demostrado que aproximadamente el 90% de las embarazadas que han presentado depresión vuelven a padecer este trastorno. (World Health Organization, 2001)

Antecedentes de depresión en la familia o a nivel personal influyen en esta patología presentada en el embarazo, además como muchas otras características entre ellas el trastorno bipolar, la historia de maltrato infantil, ser madres solteras, tener más de 3 hijos, el tabaquismo, bajos ingresos económicos, tener menos de 20 años de edad, falta de apoyo social y violencia doméstica. (Morris, Byisma, & Rottenberg, 2009)

Existe evidencia que muestra una continuidad del trastorno depresivo del embarazo hacia el postparto, sobre todo si el embarazo es de alto riesgo o no fue planeado, es así que las repercusiones del desarrollo de estos estados, pueden ser no solo en el periodo de la gestación, sino presentarse como secuelas clínicas en el desarrollo integral del ser humano. (Bandura, 1998), (Bellon, Delgado, Luna del Castillo, & Lardelli, 1996)

Los factores de riesgo asociados con el desarrollo de la depresión en el embarazo, encontrados mediante meta-análisis por Lancaster y cols. Los cuales son: Ansiedad materna, Acontecimientos vitales estresantes, Antecedentes personales de depresión, todas las anteriores con una alta asociación. (Jadresic, 2010)

Falta de Apoyo Social, especialmente la de la pareja, Violencia doméstica, Embarazo no deseado, Relación de pareja: especialmente el no vivir con la pareja; todas las anteriores presentan una asociación media, Respecto de la calidad de la relación, existe una baja asociación e inversa entre la calidad de la relación y el desarrollo de depresión en el embarazo. (Campo, Ayola, Peinado, Amor, & Cogollo, 2007), (Clark, 2000) .Con respecto a los factores sociodemográficos se encontraron asociaciones altas entre el tipo de seguro de salud. El nivel socioeconómico no mostró asociación. Bajos ingresos y bajo nivel de escolaridad tuvieron una asociación baja. (Baca, Saiz, & Agüera, 1999). La depresión prenatal, se ha descrito como un

factor de riesgo para la depresión posparto y muchos de los casos detectados en el puerperio, en realidad comenzaron en la gestación. (Spitzer, Kroenke, & Williams, 1999), (World Health Organization, 2005), (Campo, Ayola, Peinado, Amor, & Cogollo, 2007)

En Colombia, se ha demostrado que los trastornos depresivos presentan un problema importante en salud pública siendo más afectada y vulnerable la población femenina, donde encontramos altas cifras durante el embarazo que otras épocas del ciclo vital como también se ha podido identificar que se asocia a conductas poco saludables así mismo la presencia de trastornos en el embarazo. (Melville, Gavin, Guo, Fan, & Katon, 2010). En el departamento de Nariño se cuenta con estudios sobre depresión pero no se enfatizan en la población a estudio que son las mujeres embarazadas. En el centro de salud de La Rosa no existen estudios realizados para la identificación adecuada de los síntomas y diagnóstico de esta patología, influyendo en su subestimación y falta de conocimiento de los factores causantes. (Pimentel, 2007)

Por lo cual la presente investigación se hace con el fin de Identificar los factores relacionados a la depresión en mujeres embarazadas entre los que asisten a control prenatal en el centro de salud la rosa de la ciudad de Pasto.

¿Cuáles son los factores relacionados a la depresión en mujeres embarazadas que asistieron a control prenatal en el centro de salud la rosa de la ciudad de Pasto en el año 2014?

Formulación del Problema

¿Cuáles son los factores relacionados con la depresión en mujeres embarazadas que asistieron a control prenatal en el Centro de Salud La Rosa de la Ciudad de San Juan de Pasto en el año 2014?

Capítulo 4: Justificación

Este estudio se realizó por la importancia que tiene la depresión en las mujeres embarazadas como una de las principales enfermedades que afecta el estado anímico, que se presenta en las diferentes áreas hospitalarias, igualmente debido a su alta frecuencia es la importancia de conocer los factores desencadenantes que conlleva a presentar esta patología en las mujeres embarazadas que consultan a control prenatal en el centro de salud la rosa ya que comúnmente es una patología muy subestimada que sin un adecuado diagnóstico y un tratamiento oportuno puede conllevar a consecuencias graves que no solo afectarían la vida de la madre si no la del niño en desarrollo.

Los resultados obtenidos como producto de esta investigación, pueden contribuir a que las instituciones prestadoras de servicios de salud conozcan sobre esta enfermedad y aprendan a abordarla desde el punto de vista preventivo conociendo que factores intervienen en la patogénesis de esta enfermedad y así implementar

Planes como puede ser la adecuada información que lleve a una reducción significativa en el gasto de servicios de salud y en las consecuencias que pueden afectar la calidad de vida de la madre gestante.

Teniendo en cuenta e identificando los factores de riesgo que causan la depresión, con este estudio se ayudará a esta población a tomar medidas en la prevención de esta patología. Además queda claro que la relación entre el médico y la paciente embarazada deprimida puede ser el factor clave para su curación o mejoría pues en un gran porcentaje las pacientes deprimidas lo que necesitan más allá de una terapia es ser escuchadas, atendidas, comprendidas, tomadas en

cuenta y para esto el médico debe despojarse de ideologías, tabúes y otras limitaciones como por ejemplo falta de información sobre el tema que le impidan un eficaz desempeño de su labor.

Por el contrario el médico debe tener en cuenta como establecer una relación médico-paciente (mujer embarazada) y esto se logra entendiendo y conociendo los factores de riesgo que las lleva a estos estados los cuales son motivos de estas investigaciones.

Capítulo 5: Metodología

La recolección de los datos se hizo mediante una encuesta previamente diseñada y avala por el comité de investigación a las madres gestantes que asistieron a control al centro de salud de la Rosa.

Se tuvo en cuenta la posibilidad de margen de error, por lo que se utilizó un adecuado instructivo y vocabulario por parte del entrevistador en el momento de la del diligenciamiento de la encuesta

Además se aplicó la entrevista de una forma que el individuo no se sienta obligado ni intimidado a dar la respuesta de acuerdo a su criterio.

Para este fin reiteramos se utilizó un lenguaje adecuado basado en el nivel educativo y cultural.

La información obtenida fue recopilada y procesada mediante los programas de Epi –Info y Exell.

Enfoque

Para la realización de este estudio de investigación se escogió un enfoque cuantitativo, porque permite obtener resultados numéricos y además recoger y analizar datos sobre variables. Esta estrategia de investigación es particularmente apropiada en el presente estudio ya que nos permite hacer una adecuada comprensión de las dimensiones subjetivas y clínicas de los pacientes que padecen factores relacionados a la depresión durante el periodo de embarazo.

Tipo de Estudio

El estudio es No Experimental de tipo Descriptivo, el diseño es de corte trasversal porque se realiza en el periodo determinado y nos permitirá determinar la Prevalencia, al igual que la caracterización clínica sociodemográfica de la población de mujeres embarazadas con factores relacionados a la depresión en este periodo.

Población

Universo: Mujeres embarazadas con predisposición a desarrollar depresión.

Población: Mujeres embarazadas con diagnóstico de depresión gestacional que consultan al centro de salud la Rosa de la ciudad de pasto del año 2014.

Fuentes de Recolección de Información

Fuentes primarias: Información recolectada directamente de las pacientes, las cuales decidieron voluntariamente colaborar con el proyecto de investigación.

Fuentes secundarias: Revisión bibliográfica, revistas y artículos científicos, consulta con expertos.

Técnica de Recolección de Datos

Técnica de recolección: Encuesta e Historias clínicas

Criterios de Selección

Criterios de inclusión

Todas las mujeres embarazadas con diagnóstico médico de depresión que asistieron a control prenatal en el puesto de salud la Rosa de la ciudad de Pasto en el año 2014 informándole previamente sobre el motivo de esta investigación.

Criterios de exclusión

Embarazadas iletradas o con déficit cognoscitivo que le impida responder por sí misma para el diligenciamiento de la encuesta.

Historia clínica incompleta

Errores y Sesgos

La información será adquirida de entrevistas e historias clínicas realizadas a los pacientes que cumplan los criterios de inclusión. Los posibles errores de esta medición podrán ser:

- Inadecuado diligenciamiento de las historias clínicas
- Diagnóstico erróneo de la patología.
- Bajo nivel de confiabilidad en la información proporcionada por los pacientes.

Consideraciones Éticas

Se solicitó por escrito al centro de salud la Rosa del municipio de Pasto, la autorización para facilitar información de la historia clínica y aplicación de la respectiva encuesta a las mujeres de 13 a 40 años de edad diagnosticadas con depresión gestacional posterior al plan de control prenatal en el periodo del año 2013.

El investigador se compromete a guardar estricta confidencialidad con respecto a la identidad de las encuestadas, no obstante que la información adquirida no tiene como fin causarle algún daño a la ética o moral de la población investigada.

Consentimiento informado: Las mujeres objeto de esta investigación realizaran el desarrollo de encuestas previo consentimiento informado, por el cual están en el derecho de acceder o no a formar parte de la misma. Cabe aclarar que la información recolectada quedara bajo estricta confidencialidad del encuestador.

La presente investigación se realizó con el fin de detectar los factores de riesgo que predisponen a la mujer embarazada a desarrollar depresión en el periodo gestacional. Además se brindó consejería psicológica a toda paciente que se le detecte según la escala de Hamilton una depresión severa con riesgo para su integridad física y la del bebe.

Capítulo 6: Marco Referencial

Marco Teórico

Definición de Depresión

La depresión es un estado anímico que manifiesta como síntoma principal el profundo estado de malestar que la persona siente hacia sí misma, lo que se traduce en sentimientos de inferioridad, en sentirse culpable, a lo que denominan como un sentimiento de desesperanza infelicidad y abatimiento hacia sí mismo, hacia el futuro y hacia el mundo en general. (Abiodun, y otros, 2007)

Y la depresión en el embarazo es lo anteriormente referido sumado al estado de gestación. (Dudas, y otros, 2012)

Historia de la Depresión

La depresión es una enfermedad que viene estudiándose desde la antigüedad, la cual fue tratada muchos años atrás por brujos, sacerdotes y amigos cercanos al individuo que la presentaba y se curaba con pócimas, brebajes, baños, cambios de ambiente, etc. (Fernández & Sánchez, 2012)

La historia de la depresión comenzó en la medicina occidental dándole el concepto de melancolía a los desórdenes del afecto que por su parte fueron considerados como perturbación de la mente en la cual se presentaba tristeza sin causa aparente. (Lancaster, Gold, Flynn, & Yoo, 2010). Hacia finales del siglo XIX ya se cambia el término melancolía por el termino depresión gracias a la labor de Samuel Johnson quien luchó para que el término desorden melancólico ya

no fuera utilizado si no que ya de hablar de depresión al momento de referirnos a este trastorno. (Lancaster, Gold, Flynn, & Yoo, 2010).

Clasificación de la Depresión

Según el DSM IV los principales trastornos del estado de ánimo, que se caracterizan por presentar depresión son: el episodio depresivo mayor, el trastorno depresivo mayor, el trastorno distímico, el trastorno ciclotímico, el trastorno bipolar, el trastorno depresivo no especificado, el trastorno depresivo gestacional y el trastorno depresivo inducido por enfermedad o consumo de sustancias abuso de drogas o medicamentos prescritos. El más importante de estos trastornos, por su frecuencia y severidad, es el trastorno depresivo mayor, que se caracteriza especialmente, por la historia de uno o más episodios depresivos mayores, lo que a su vez tiene como característica esencial “un periodo de al menos dos semanas en el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida del placer o del interés en casi todas las actividades”. (Department of health and human service, 1999)

Causas de la Depresión

La depresión puede deberse a un sin número de razones, esto puede incluir la muerte de algún pariente cercano, una enfermedad, pérdida del empleo, alcoholismo o aislamiento de las familias o de los amigos. (Caspi, Sugden, & Moffitt, 2003).

Algunas personas están en mayor riesgo. Las mujeres han demostrado tener una mayor vulnerabilidad cuando han perdido a su madre siendo unas niñas, o cuando tienen tres o más niños a su cuidado, cuando no tienen una relación sentimental estable, o cuando necesitando un trabajo, no lo tienen. (Haefel, Getchell, Kuposov, Yrigollen, & Young, 2008)

La causa clínica de la depresión se cree que tiene que ver con un desequilibrio en los neurotransmisores que estimulan el cerebro. Mucha o poca concentración de estas sustancias, entre ellos noradrenalina y serotonina, pueden desencadenar depresión. (Slavich, 2004)

Causas Primarias

a. Las hormonas durante el Embarazo

Las hormonas del embarazo pueden ser una de las causas, ya que los grandes cambios hormonales que se experimentan en esta etapa, pueden afectar directamente los niveles de los neurotransmisores, químicos del cerebro que regulan nuestro humor. (Schmahmann, 2004), (Konarski, 2005).

b. bioquímicas Cerebrales

Es la teoría más popular la cual 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 produce manía. (Schmahmann, *The neuropsychiatry of the cerebellum. Insights from the clinic*, 2007)

Es la teoría más popular la cual 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 produce manía. (Schmahmann, *The neuropsychiatry of the cerebellum. Insights from the clinic*, 2007)

Más recientemente se ha sugerido que una disminución de serotonina es el causante de la depresión, inclusive, puede haber una predisposición genética a la disminución de las células que usan ese neurotransmisor. (Gelenberg, 1989).

c. Neuroendocrino

Algunos síntomas del síndrome clínico como trastornos del humor, disminución de la libido, trastornos del sueño, del apetito y de la actividad autonómica, sugieren disfunción del hipotálamo. Cerca de la mitad muestran un aumento del cortisol, además de 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 en la función tiroidea. (Greden, 1994).

Otro hallazgo importante es que en pacientes deprimidos existe una disminución en la liberación de la hormona de crecimiento (Gh) durante las horas de sueño. (Owens & Nemeroff, 1994), (Kaplan & Sadock, 2000).

d. Genéticos y Familiares

Estudio en familiares han revelado relación entre la depresión y la herencia. El trastorno depresivo mayor es de 1.5-3 veces más común en familiares biológicos de primer grado de personas que lo sufren, que en la población en general. (Murphy, y otros, 2002)

e. Factores Psicógenos

Algunos autores sugieren que las depresiones, principalmente en 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 sí mismo, del mundo y del futuro, el estado depresivo será secundario a estos fenómenos cognoscitivos. (Tsuang & Faraone, 1990)

Causas Secundarias

a. Drogas

Más de 200 medicamentos se han relacionado con la aparición de la depresión, la gran mayoría de ellos de forma ocasional, y unos pocos con mayor frecuencia. Entre ellos los antiinflamatorios no esteroideos (AINES) como la indometacina, fenacetina y fenilbutazona; los antibióticos como las sulfas y la isoniazida; antihipertensores como la clonidina y la metildopa que son frecuentemente utilizados en la mujer gestante hipertensa, además de propanolol, reserpina y bloqueadores de los canales de calcio; antipsicóticos y contraceptivos orales. (Tsuang, Bar, Stone, & Faraone, 2004)

b. Enfermedades Orgánicas

Cualquier enfermedad especialmente las graves, puede causar depresión como reacción psicológica, pero algunas enfermedades tienen mayor frecuencia como: Alzheimer, Parkinson, Huntington, epilepsias, esclerosis múltiple, complicaciones en el embarazo, hipotiroidismo, feocromocitoma, cáncer e infarto de miocardio. (Bertolote & Tarsitani, 2003)

c. Enfermedades Infecciosas

Hepatitis, influenza y brucelosis. (Unutzer, y otros, 2000)

d. Enfermedades Psiquiátricas

La esquizofrenia y el trastorno esquizofrénico pueden producir cuadros depresivos. Etapas avanzadas de los trastornos de pánico pueden cursar con depresión. El alcoholismo y la farmacodependencia pueden producir depresión secundaria. (Ciechanowski, Katon, & Russo, 2000)

e. Problemas de Pareja

Esta es una de las principales causas de depresión durante el embarazo. Si no se llevan bien la relación de torna conflictiva. Muchas personas creen que una vez que el bebé nace, la relación mejorará y por el contrario aumentará las tensiones si no se busca la ayuda adecuada. (Frodl, Meinsezahl, & Zetsche, 2000)

Fisiopatología

Las teorías fisiopatológicas se desarrollan a lo largo de tres líneas efectivas:

- Estudios endocrinos
- Neurotransmisores
- Estudios electrofisiológicos.

En el tronco encefálico existen cantidades moderadas de neuronas secretoras de norepinefrina, especialmente en el locus ceruleus. (Campbell, Marriott, Nahmias, & McQueen, 2004). Envían fibras hacia arriba, a la mayoría del sistema límbico, el tálamo y la corteza cerebral. (Hamilton, Siemer, & Gotlib, 2008). También existen numerosas neuronas productoras de serotonina en los núcleos del rafe medio de la parte inferior de la protuberancia y en el bulbo, y proyectan fibras a muchas zonas del sistema límbico y a algunas otras aéreas del encéfalo. (Bremner, Vythilingam, & Vermetten, 2002)

Existe la hipótesis de que estos trastornos expresan una patología del sistema límbico, ganglios basales e hipotálamo. Es probable que las personas que presentan lesiones en estas partes (especialmente en el hemisferio no dominante) presenten síntomas depresivos. (Cotter, Mackay, & Landau, 2001).

El sistema límbico y los ganglios basales están íntimamente relacionados y a este sistema se le atribuye una función en la producción de emociones. Las alteraciones en el sueño, apetito, conducta sexual y los cambios biológicos en las medidas endocrinas, inmunológicas y cronobiológicas observadas en los pacientes deprimidos sugieren una disfunción del hipotálamo. (Milak, Parsey, & Keilp, 2005). La postura inclinada de los pacientes deprimidos, su enlentecimiento motor y las alteraciones cognoscitivas leves son similares a los signos observados en los trastornos de los ganglios basales. (Ruhé, Mason, & Schene, 2007)

Se sugiere una disfunción hipotálamo-hipófisis en todos los trastornos afectivos, debido a que ninguno de estos hallazgos es específico para algún tipo de enfermedad depresiva o consistente en todas las enfermedades depresivas. (Meyer, Ginovart, & Boovariwala, 2006) . Se ha encontrado que los pacientes deprimidos con frecuencia presentan elevación de las concentraciones de los esteroides corticales en la sangre y orina y la mitad no pueden suprimir la secreción de cortisol después de que se les administra dexametasona. (Hariri, Drabant, & Munoz, 2005) . La reacción de la hormona estimulante de tiroides (TSH), con la hormona liberadora de tirotrópina (TRH) también resulta aberrante, aunque la concentración sanguínea de t3 y t4 sean normales. La hormona de crecimiento, la prolactina, hormonas gonadales, líquido cefalorraquídeo (LCR) y melatonina tienen reacciones disminuidas en subgrupos de trastornos afectivos. (Frodl, Meisenzahl , & Zill, Reduced hippocampal volumes associated with the long variant of the serotonin transporter polymorphism in major depression, 2004)

Los primeros estudios sobre los mecanismos de los trastornos del estado de ánimo se relacionan con diversos sistemas de neurotransmisores en el sistema nervioso central. Hay pruebas de que puede ser causado por un desbalance o alteraciones entre ellos. (Xiang, Szebeni, & Szebeni, 2008)

Los estudios de los neurotransmisores se fundamentan en el éxito de los medicamentos para el tratamiento. El 70% de los pacientes depresivos responden efectivamente a fármacos que aumentan los efectos excitadores de estos neurotransmisores en las terminaciones nerviosas, como los tricíclicos y los inhibidores de la MAO (iMAOs) que aumentan la disponibilidad de catecolaminas e indolaminas e el sistema nervioso central (SNC). Medicamentos como la reserpina y fenotiazida que disminuyen la cantidad de neurotransmisores, bloqueando la secreción de norepinefrina y serotonina, pueden iniciar la sintomatología de la depresión. (Zill, Engel, & Baghai, 2002)

Se presume que el sistema de la norepinefrina y el de la serotonina normalmente impulsan el sistema límbico para aumentar la sensación de bienestar, para proporcionar alegría, satisfacción, buen apetito, impulso sexual apropiado y equilibrio psicomotor; aunque en exceso puede causar manía. Además, los centros de recompensa y placer del hipotálamo y las zonas circundantes reciben numerosas terminaciones nerviosas de los sistemas de norepinefrina y de serotonina. (Walter, Henning, & Grimm, 2009)

La teoría postula que una cierta cantidad de aminas o un cierto nivel de sensibilidad de los receptores de catecolaminas genera un estado de ánimo normal. (Sanacora, Gueorguieva, & Epperson, 2004) . La insensibilidad de los receptores, disminución total de las aminas, o descenso en su síntesis o almacenamiento causa la depresión. Por el contrario, cuando las aminas se encuentran en exceso o los receptores son hipersensibles, se desarrolla un estado de manía. El sistema acetilcolínico se ha implicado en los trastornos afectivos; un “equilibrio” entre la función adrenérgica y colinérgica se postula como necesario para la estabilidad del estado de ánimo normal. (Hasler, Willem, & Tumonis, 2007)

La hipótesis de las aminas biogénas, que se centraba en los neurotransmisores noradrenalina, serotonina y dopamina, atribuye la depresión y la manía, respectivamente, a un déficit o a un exceso de estos neurotransmisores en localizaciones sinápticas fundamentales del cerebro. (Sequeira, Mamdani, & Ernest, 2009)

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. (Choudary, Molnar, & Evans, 2005)

Las alteraciones neuroendocrinas compatibles con los síntomas neurovegetativos son:

- Aumento de la secreción de cortisol.
- Aumento del tamaño de las glándulas suprarrenales.
- Descenso de la respuesta inhibitoria de los glucocorticoides a la dexametasona.
- Respuesta amortiguada de la hormona estimulante de tiroides (TSH).

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 periodos críticos de codificación neuroendocrina en los primeros estudios del desarrollo. (Canli, Qiu, & Omura, 2006)

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. (Frodl, Reinhold, & Koutssouleris, Childhood stress, serotonin transporter gene and brain structures in major depression, 2010)

Los acontecimientos estresantes están asociados al trastorno depresivo mayor, la teoría dice que el estrés que acompaña al primer episodio provoca grandes cambios a largo plazo en la biología cerebral, que puede producir variaciones en el funcionamiento de diferentes neurotransmisores y sistemas de señales intraneuronales, implicando pérdida de neuronas y una disminución de las conexiones sinápticas, resultando una persona más vulnerable para sufrir episodios posteriores del estado de ánimo. (Miller, Kinally, & Ogden, 2009)

Ciertos tipos de personalidad como las obsesivo-compulsivas, oral-dependiente, histérica, presentan un mayor riesgo de depresión que las personalidades antisociales, paranoides u otros que utilizan la protección u otro mecanismo de defensa para protegerse de su ira interna. (Altshuler, Hendrich, & Cohen, 1998)

Tipos de Depresion

Existen varios tipos de trastornos depresivos. Los más comunes son el trastorno depresivo grave, el trastorno distímico y la depresión psicótica, entre otras.

a. El trastorno depresivo grave

También llamado depresión grave, se caracteriza por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer, y disfrutar de las actividades que antes resultaban placenteras. (Rohan, Lindsey, Roecklein, & Lacy, 2004)

La depresión grave incapacita a la persona y le impide desenvolverse con normalidad. Un episodio de depresión grave puede ocurrir solo una vez en el curso de vida de una persona, pero mayormente, recurre durante toda su vida.

b. El trastorno distímico

También llamado distimia, se caracteriza por sus síntomas de larga duración (dos años o más), aunque menos graves, pueden no incapacitar a una persona pero sí impedirle desarrollar una vida normal o sentirse bien. Las personas con distimia también pueden padecer uno o más episodios de depresión grave a lo largo de sus vidas. (Regier, Rae, Narrow, Kaebler, & Schatzberg, 1998)

Algunas formas de trastorno depresivo muestran características levemente diferentes a las descritas anteriormente o pueden desarrollarse bajo circunstancias únicas. Sin embargo, no todos los científicos están de acuerdo en cómo caracterizar y definir estas formas de depresión. (Devane, Chiao, Franklin, & Kruep, 2005) . Estas incluyen:

c. Depresión psicótica

Ocurre cuando una enfermedad depresiva grave está acompañada por alguna forma de psicosis, tal como ruptura con la realidad, alucinaciones, y delirios. (Shalev, y otros, 1998)

d. Depresión posparto

La cual se diagnostica si una mujer que ha dado a luz recientemente sufre un episodio de depresión grave dentro del primer mes después del parto. Se calcula que del 10 al 15 por ciento de las mujeres padecen depresión posparto luego de dar a luz. (Conway, Compton, Stinson, & Grant, 2006)

e. El trastorno afectivo estacional

Se caracteriza por la aparición de una enfermedad depresiva durante los meses del invierno, cuando disminuyen las horas de luz solar. La depresión generalmente desaparece durante la primavera y el verano. El trastorno afectivo estacional puede tratarse eficazmente con terapia de luz, pero aproximadamente el 50% de las personas con trastorno afectivo estacional no responden solamente a la terapia de luz. Los medicamentos antidepresivos y la psicoterapia pueden reducir los síntomas del trastorno afectivo estacional, ya sea de forma independiente o combinados con la terapia de luz. (Casanno & Fava, 2002)

Factores Individuales

Sexo: Antes de la adolescencia, los trastornos depresivos son prácticamente iguales en niños que en niñas. Sin embargo, en la primera mitad de la adolescencia, estos trastornos son dos o tres veces más frecuentes en el sexo femenino. Las posibles explicaciones podrían ser los cambios hormonales que se producen, un incremento del estrés y la mala respuesta a este, diferencias en las relaciones interpersonales y tendencia a pensamientos rumiativos. (Cervilla, 2005)

Genéticos y Bioquímicos: hasta un 20-50% de los niños o adolescentes con trastornos depresivos presentan historia familiar de depresión o de otra enfermedad mental. Sin embargo, la información actual sugiere que los factores genéticos podrían ser menos importantes en la presentación de depresión. (Gershon, 1992)

No obstante, no queda claro cuál es el peso de los factores genéticos y cuál el de los factores ambientales en el desarrollo de depresión. Así, estudios realizados en gemelos indican que los síntomas depresivos podrían explicarse en un 40-70% por la presencia de factores genéticos. (Wender, y otros, 1986) . Sin embargo, el mecanismo de acción de los genes en los diferentes

niveles hasta la manifestación clínica de la depresión es todavía desconocido. Para algunos autores, la influencia del ambiente es mayor cuanto más grave es la depresión, mientras que para otros, los cuadros clínicos más graves de depresión mayor, estarían más influenciados genéticamente. (Cadoret, O'Gorman, Heywood, & Troughton, 1985)

Existe alguna evidencia que indica que alteraciones de los sistemas serotoninérgico y cortico suprarrenal podrían estar implicadas en la biología de la depresión. Así se han visto alteraciones de la función serotoninérgica en mujeres gestantes con historia familiar de depresión. Por otra parte, niveles incrementados de cortisol y de dehidroepiandrosterona predicen el comienzo de la depresión. También parecen existir alteraciones de los niveles de hormona del crecimiento, prolactina y cortisol en mujeres con riesgo de depresión. (Eaves & Rush, 1984)

Signos y Síntomas

El estado de ánimo típico es deprimido, irritable y/o ansioso. El paciente puede mostrar un aspecto patético, con el ceño fruncido, las comisuras de los labios hacia abajo, evitando mirar a los ojos y hablando con monosílabos o callados. (Elkin, y otros, 1989) . El estado de ánimo enfermizo se acompaña de preocupaciones por culpa, ideas de auto denigración, disminución de la capacidad para concentrarse, indecisión, pérdida de interés por las actividades habituales, retraimiento social, desesperanza, desesperación y pensamientos recurrentes de muerte y suicidio; también son frecuentes las alteraciones del sueño. (Fava, Kaji, & Davidson, 1996)

En algunos casos, la profundidad del estado de ánimo alterado es tal que el paciente no puede llorar y se queja de imposibilidad para expresar las emociones, incluyendo pena, alegría y placer, además de un sentimiento de que el mundo se ha vuelto descolorido y desvitalizado. Para estos pacientes ser capaz de llorar, representa un signo de mejoría. (Fester, 1973)

La melancolía, llamada antes depresión endógena, constituye un cuadro clínico cualitativamente distinto, caracterizado por una lentitud del pensamiento y actividad notable o agitación psicomotriz (inquietud, retorcerse las manos, habla atropellada), pérdida de peso, culpabilidad irracional, y pérdida de la capacidad para experimentar placer. El estado de ánimo y la actividad varían a lo largo del día, con su punto más bajo por la mañana. La mayoría de los pacientes melancólicos se quejan de tener dificultad para conciliar el sueño, se despiertan muchas veces y sufren insomnio a mitad de la noche o por la mañana muy temprano. El deseo sexual falta o está disminuido a menudo. Puede haber también amenorrea, anorexia y pérdida de peso, con alteraciones secundarias del equilibrio electrolítico. (DiMascio, y otros, 1979)

En la depresión atípica los signos vegetativos dominan el cuadro clínico, incluyendo síntomas de ansiedad y fobia, empeoramiento nocturno, insomnio inicial, hipersomnias que a menudo se extiende a lo largo del día e hipofagia con aumento de peso. Los pacientes que sufren este tipo de depresión tienen un mejor estado de ánimo ante acontecimientos positivos, pero a menudo se derrumba ante las menores adversidades, cayendo en una posición paralizante, por eso se dice que la depresión atípica y los episodios bipolares, se traslapan. (Dobson, 1989)

Según la sintomatología hay tres grupos:

Predominio depresivo

Se presenta un ánimo deprimido y pérdida de interés en casi todas las cosas y actividades. Se manifiesta por vacío, tristeza, llanto, sentimientos de minusvalía, culpa exagerada, pensamientos de muerte, ideas de muerte, intentos de suicidio, abandono o disminución de las actividades placenteras, disminución del placer sexual, entre otras. (Dowrick, y otros, 1998)

Predominio somático

- Trastornos de homeostasis: pérdida de peso, así como insomnio, somnolencia diurna y fatigabilidad. Dolor: articular, del tórax, de los miembros, del abdomen y neuralgias.
- Neurológicos: vértigo, definido como una sensación de “que se va a caer” y una marcha insegura.
- Autonómicos: palpitaciones, disnea, polaquiuria, sequedad de boca, constipación y visión borrosa. (McLean & Hakstian, 1990)

Predominio de síntomas psiquiátricos

- Ansiedad: agonía, sudoración de las manos, palpitaciones, ahogo y opresión en el pecho.
- Hipocondriasis.

Tratamiento

Los antidepresivos normalizan las sustancias químicas naturales del cerebro llamadas neurotransmisoras, principalmente la serotonina y la norepinefrina. Otros antidepresivos normalizan el neurotransmisor dopamina. Los científicos que estudian la depresión han descubierto que estas sustancias químicas en particular participan en la regulación de los estados de ánimo, pero no están seguros de cómo exactamente funcionan.

Marco Contextual

Departamento de Nariño

El departamento es nombrado en honor a Antonio Nariño, al que se considera precursor de la independencia de Colombia al traducir y divulgar la declaración de los derechos del hombre.

Nariño es un departamento de Colombia ubicado al Suroeste del país, sobre la frontera con Ecuador y con orillas en el Océano Pacífico. Su capital es San Juan de Pasto.

Presenta una geografía diversa y clima variado según las altitudes: caluroso en la planicie del pacífico y frío en la parte montañosa, donde vive la mayor parte de la población, situación que se repite en sentido norte-sur. El departamento es esencialmente agrícola y ganadero

El departamento es nombrado en honor a Antonio Nariño, al que se considera precursor de la independencia de Colombia al traducir y divulgar la declaración de los derechos del hombre.

Nariño se compone de 64 municipios, 230 corregimientos, agrupados en 5 subregiones o provincias:

- Tumaco – Barbacoas
- Ex -provincia de Obando (IpiALES)
- La Unión
- Tuquerres
- Pasto

El principal sector económico es el agropecuario. Los cultivos de mayor importancia son la papa, maíz, trigo, cebada, café, frijol, cacao, plátano, caña panelera, palma aceitera, zanahoria, olluco, arveja, haba quinua.

La actividad ganadera se realiza con ganado vacuno, porcino, equino, caprino y ovino.

La pesca fluvial y marítima es muy importante en las poblaciones costeras sobre el océano Pacífico así como la cría del camarón.

La minería que fue actividad central en la colonia, aún produce 1 millón 700 mil gramos de oro y 350 mil de plata. Por Nariño cruza el oleoducto transandino que transporta el petróleo del Putumayo y Ecuador, hasta Tumaco.

Existen unos 600 establecimientos industriales, la mayoría pequeños. Se destacan las industrias de cuero, madera y lana. La actividad comercial es importante por el desarrollo del comercio fronterizo con Ecuador y el puerto de Tumaco. A través del puerto marítimo de Tumaco se movilizan productos como hidrocarburos, petróleo proveniente de Putumayo, aceite de palma y productos pesqueros.

Según datos de proyección de población del DANE para el año 2005 es de 1.775.973 habitantes, de los cuales 714.481 corresponden a cabeceras municipales y 917.612 al sector rural agrupados en 238.735 hogares y 224.450.

Municipio de Pasto

El Municipio de Pasto, capital del Departamento de Nariño fue fundado el 13 de Enero de 1537 por Sebastián de Belalcázar; se encuentra ubicado al sur de Colombia, tiene una extensión de 1.128 Km², el área urbana es de 26.4 Kms².

La población estimada para el 2005 según el DANE es de 423.217 habitantes los cuales forman parte de la cabecera Municipal y el sector rural del municipio. La temperatura promedio del Municipio de Pasto es de 13°C, posee una altura de 2.559 metros sobre el nivel del mar.

El área urbana está dividida en 12 comunas, la zona rural está compuesta por 17 corregimientos: Buesaquillo, Cabrera, Catambuco, El Encano, El Socorro, Genoy, Gualmatan, Jamondino, Jongovito, La Caldera, La Laguna, Mapachico, Mocondino. Morasurco, Obonuco, San Fernando y Santa Bárbara. En el sector de rural, como parte del paisaje natural la Cocha o Lago Guamuez refugio cotidiano del sol es otro de los referentes importantes de Pasto.

El centro vital del Municipio es y ha sido a través de tiempo la Ciudad de Pasto, Villa de Pasto en 1537, la ciudad desde siempre ha tenido como sus referentes naturales y visuales el Río Pasto y el Volcán Galeras.

Centro Hospital La Rosa

Es un centro de atención de primer nivel que se encuentra situado en la zona urbana de la ciudad en la Cr 7B# 14B-14, teléfono 7207183, que se dedica principalmente a la promoción y prevención de enfermedades, prestación de servicios como controles prenatales, atención integral de enfermedades prevalentes en la infancia (AIEPI), entre otros; ver figura 1.



Figura 1. Centro Hospital La Rosa. Fuentes: Google maps y google. 2016

Marco geográfico

El territorio del departamento de Nariño se distingue tres regiones fisiográficas:

- Llanura del Pacífico que se caracteriza por altas temperaturas, abundantes lluvias y exuberante vegetación; se subdivide en la zona de mangle y la llanura del bosque húmedo, que se extiende hasta las estribaciones de la Cordillera Occidental.

- Región andina, el rasgo más sobresaliente del departamento y que es la más poblada, donde se encuentra el centro político del departamento. La cordillera de los Andes forma el nudo de los Pastos, de donde se desprende dos ramales:

- La Cordillera Occidental, la cual presenta los volcanes Chiles (4.718 m), Cumbal (4.764 m), Azufral (4.070 m) y una profunda depresión denominada Hoz de Minamá.

- La Cordillera Centro-Oriental que presenta el altiplano de Túquerres-Ipiales, el valle de Atriz y los volcanes Galeras (4.276 m), uno de los volcanes más activos en el mundo y el Doña Juana (4.250 m).

- Vertiente amazónica al oriente, formada por el piedemonte amazónico, económicamente unida al departamento del Putumayo, y que presenta terrenos abruptos poco aprovechables, cubiertos por bosques húmedos. En ella se encuentra la Laguna de la Cocha.

Marco Conceptual

Bioquímicas Cerebrales

Es la teoría más popular la cual 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 produce manía.

Más recientemente se ha sugerido que una disminución de serotonina es el causante de la depresión, inclusive, puede haber una predisposición genética a la disminución de las células que usan ese neurotransmisor.

Neuroendocrinos

Algunos síntomas del síndrome clínico como trastornos del humor, disminución de la libido, trastornos del sueño, del apetito y de la actividad autonómica, sugieren disfunción del hipotálamo. Cerca de la mitad muestran un aumento del cortisol, además de 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 en la función tiroidea.

Neurona

Neurona Son las células funcionales del tejido nervioso. Ellas se interconectan formando redes de comunicación que transmiten señales por zonas definidas del sistema nervioso. Las funciones complejas del sistema nervioso son consecuencia de la interacción entre redes de neuronas, y no el resultado de las características específicas de cada neurona individual.

Serotonina

La serotonina está involucrada en numerosas funciones en el cuerpo humano, tales como control del apetito, el estado de sueño y vigilia, la memoria y el aprendizaje, la regulación de la temperatura, el humor, el comportamiento, la función cardiovascular, la contracción muscular, la regulación endocrina y la depresión. Se cree que los bajos niveles de serotonina provocan muchos casos de depresión media o severa.

Marco Legal

La Protección a la Mujer en Estado de Embarazo y en el Posparto, como el conjunto de políticas públicas, actuaciones privadas, organismos, procedimientos y mecanismos orientados a brindar apoyo y orientación psicológica, jurídica, ética y social a la mujer en estado de embarazo y en el posparto. Todas las instituciones médicas públicas y privadas tendrán un comité de apoyo

a la mujer gestante, esto fue establecido en el PROYECTO DE LEY 13 DE 2011 del SENADO; por medio de la cual se crea el Sistema Nacional de Protección a la Mujer en Estado de Embarazo y en el Posparto, se establecen los programas de promoción a la acogida de la vida y se dictan otras disposiciones como facilitar la prestación del apoyo, acompañamiento y seguimiento psicológico ,jurídico y social que requiera la mujer en lo atinente a la asimilación, interiorización, manejo, reconocimiento, integración con la familia y la sociedad y demás aspectos relacionados con su estado de embarazo, su entorno y sus relaciones personales, como prevención en materia de morbilidad materna, el cuidado prenatal, la promoción de hábitos de vida saludables, la promoción de la salud, y la prevención de riesgos asociados al embarazo para la mujer y el nasciturus, con el fin de mejorar las condiciones de integración y aprestamiento psicológico respecto al parto, la mayor información e ilustración respecto a su condición, a la normatividad vigente, a su condición personal y a las condiciones médicas y de salud de su estado y del nasciturus.

Acompañamiento especial y voluntario

La mujer en estado de embarazo y que así lo solicite podrá integrarse como sujeto de especial protección, con la consecuente responsabilidad del Estado en cuanto a brindar con preferencia el pleno apoyo que su situación demande.

El acompañamiento especial y voluntario para la mujer en embarazo que se solicite consistirá en:

1. Se prestará toda la atención psicológica que requiera la mujer en estado de embarazo o que sea ordenada por el médico tratante, sin que sea posible alegar exclusión alguna, sin perjuicio de que la entidad que la atiende pueda realizar los correspondientes recobros.

2. No se causará cobro alguno por tratamiento o atención a la mujer en estado de embarazo, por parte de ninguno de los actores del sistema, así como tampoco habrá lugar al cobro de los llamados copagos establecidos en las normas que rigen la materia.

Capítulo 7. Análisis de Resultados

Objetivo 1: Caracterizar socio demográficamente la población objeto de estudio.

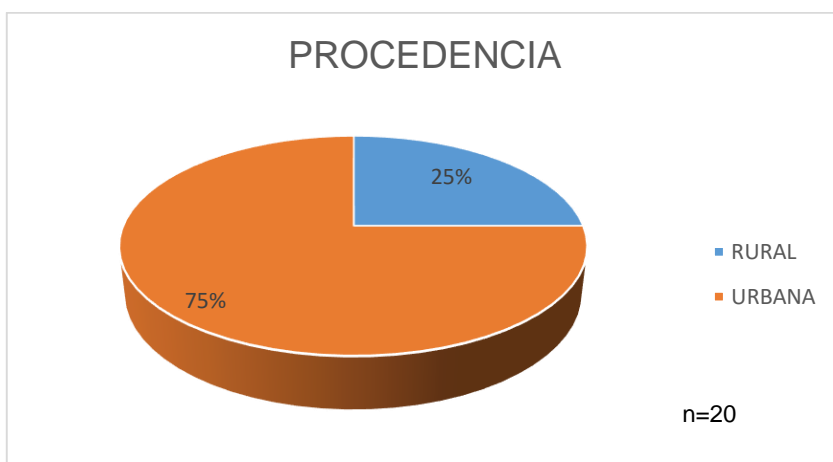


Figura 2. Distribución de la población de mujeres embarazadas con factores relacionados a la depresión, según la procedencia. Fuente la presente investigación. 2016.

De las 20 pacientes, en la variable procedencia se observó que 15 pacientes que representan el (75%) son procedentes de la zona urbana y 5 pacientes que representan el (25%) son de procedencia rural.

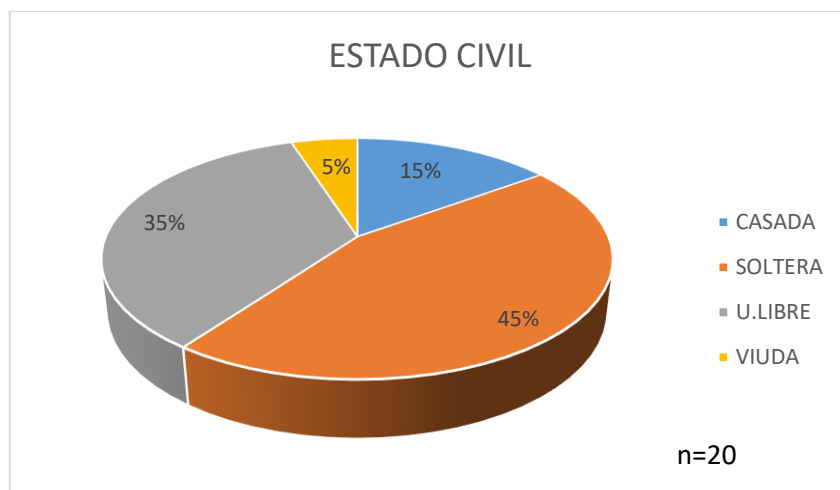


Figura 3. Distribución de la población de mujeres embarazadas con factores relacionados con la depresión, según el estado civil. Fuente la presente investigación. 2016.

De las 20 pacientes, en la variable estado civil se observó que 9 pacientes que representan el (45%) son solteras, seguido de 7 pacientes que representan el (35%) que viven en unión libre, y en menor proporción una paciente que representa el (5%) es viuda.

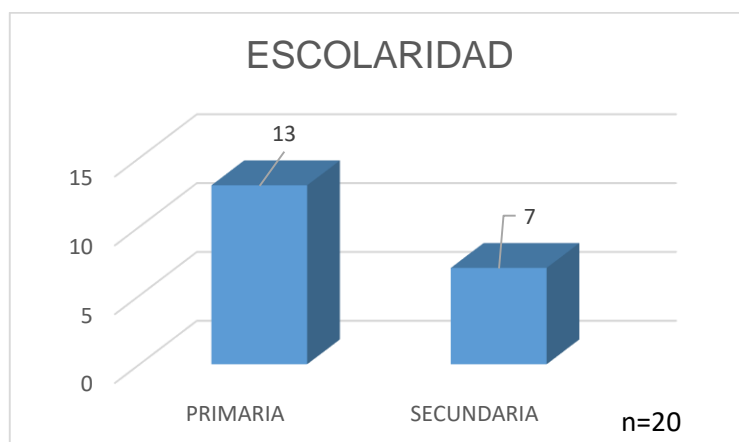


Figura 4. Distribución de la población de mujeres embarazadas con factores relacionados a la depresión, según la escolaridad. Fuente: La presente investigación. 2016.

De las 20 pacientes, en la variable escolaridad, se observó que 13 pacientes que representan el (65%) tienen el nivel de escolaridad primaria y 7 pacientes que representan el (35%) de escolaridad secundaria.

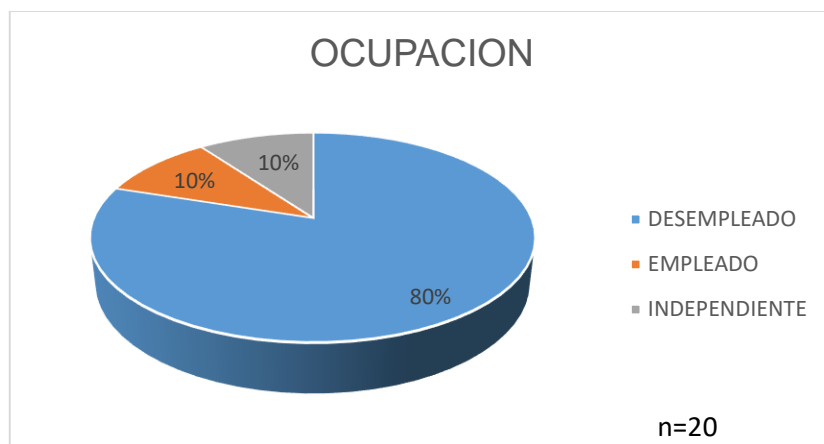


Figura 5. Distribución de la población de mujeres embarazadas con factores relacionados a la depresión según la ocupación. Fuente la presente investigación. 2016

De las 20 pacientes, en la variable ocupación se observó que 16 pacientes que representan el (80%) son desempleadas y 2 pacientes que representan el (10%) son de ocupación independiente y finalmente 2 pacientes que representa el (10%) son empleados.

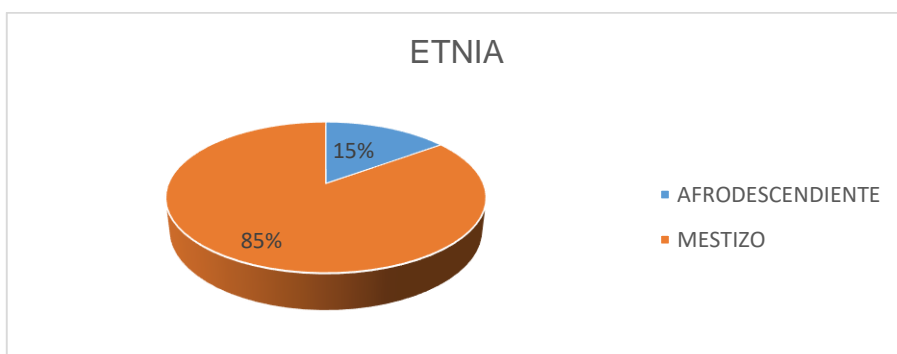


Figura 6 Distribución de la población de mujeres embarazadas con factores relacionados a la depresión, según la etnia. Fuente la presente investigación. 2016.

De las 20 pacientes, en la variable etnia se observó que / pacientes que representan el (85%) son de etnia mestiza y 3 pacientes que representan el (15%) son de etnia afrodescendiente.

Objetivo 2: Caracterizar clínicamente la población objeto de estudio

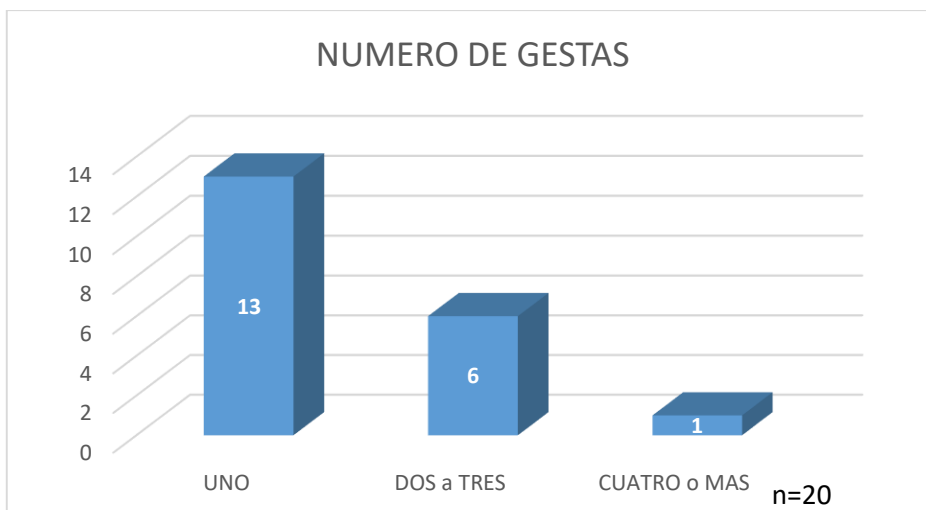


Figura 7. Distribución de la población de mujeres embarazadas con factores relacionados a la depresión, según el número de gestas. Fuente la presente investigación. 2016.

De las 20 pacientes, en la variable número de gestas se observó que 13 pacientes que representan el (65%) han tenido una sola gesta, 6 pacientes que representan el (30%) dos gestas y finalmente una paciente que representa el (5%) tres gestas.

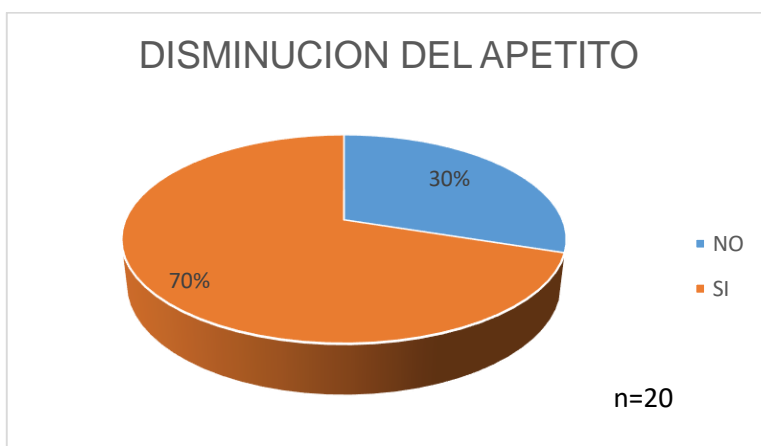


Figura 8. Distribución de la población de mujeres embarazadas con factores relacionados a la depresión, según disminución del apetito. Fuente: La presente investigación. 2016.

De las 20 pacientes, en la variable disminución del apetito se observó que 14 pacientes que representan el (70%) si tuvieron disminución del apetito y 6 pacientes que representan el (30%) no tuvieron disminución.

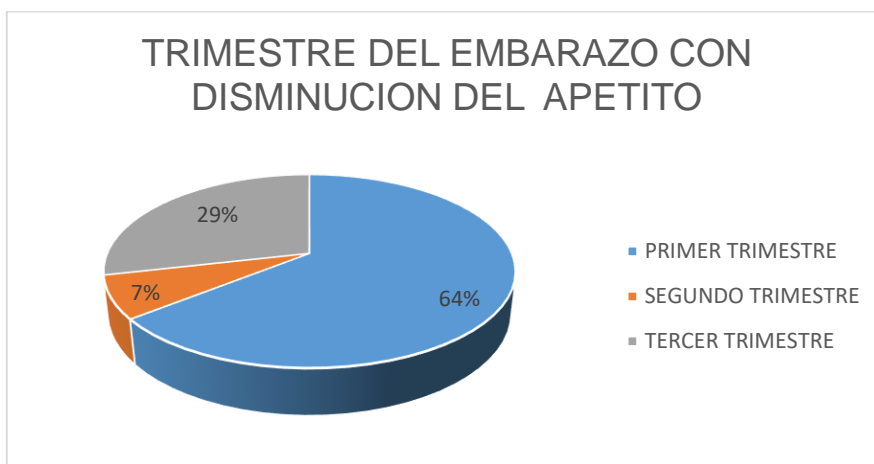


Figura 9. Distribución de la población de mujeres embarazadas con factores relacionados a la depresión, según trimestre del embarazo con disminución del apetito. Fuente la presente investigación. 2016.

De las 20 pacientes, en la variable en caso de ser si, en que trimestre se observó que 9 pacientes que representan el (64%) fue durante el primer trimestre, 1 paciente que representa el (7%) durante el segundo trimestre y finalmente 6 pacientes que representan el (29%) fue durante el tercer trimestre.

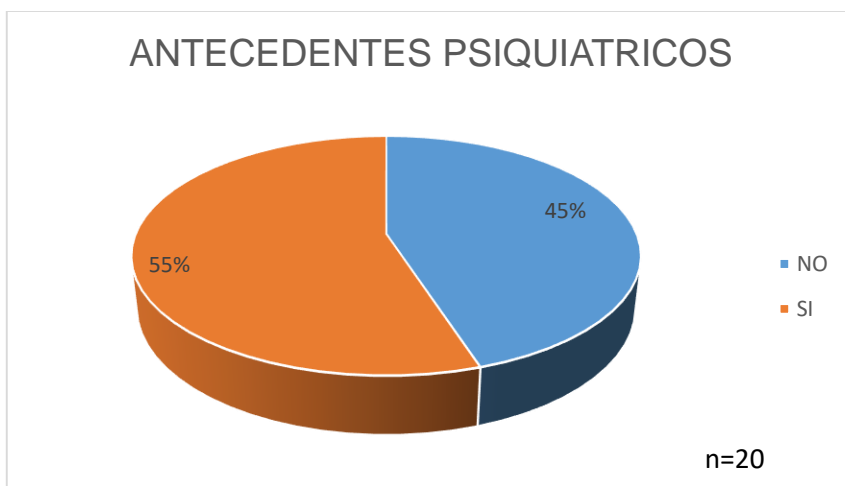


Figura 10. Distribución de la población de mujeres embarazadas con factores relacionados a la depresión, según antecedentes psiquiátricos. Fuente: La presente investigación. 2016.

De las 20 pacientes, en la variable antecedente psiquiátrico, se observó que 9 pacientes que representan el (45%) no tienen antecedentes psiquiátricos y 11 pacientes que representan el (55%) si tienen antecedentes.

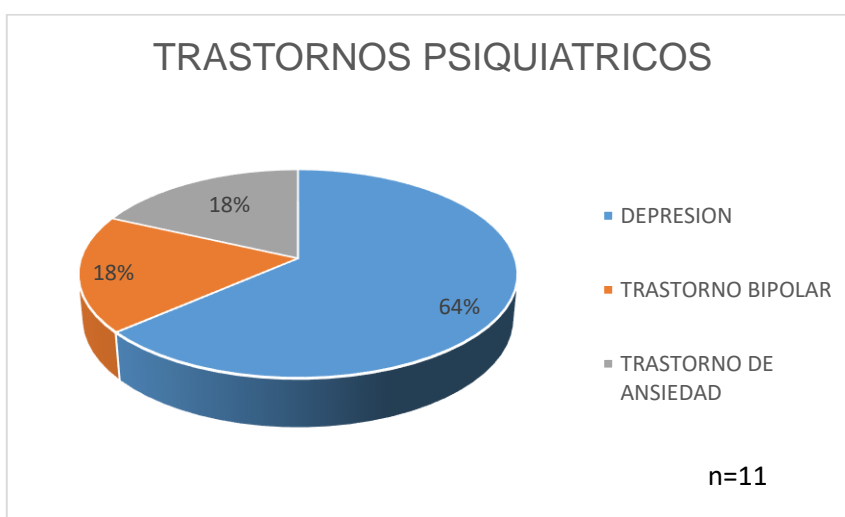


Figura 11. Distribución de la población de mujeres embarazadas con factores relacionados a la depresión, según trastorno psiquiátricos. Fuente: La presente investigación. 2016.

De las 11 pacientes, en la variable trastornos psiquiátricos 7 pacientes que representan el (64%) padecieron depresión, 2 pacientes que representan el (18%) padecieron trastorno bipolar y finalmente 2 pacientes que representan el (18%) padecieron un trastorno de ansiedad.



Figura 12. Distribución de la población de mujeres embarazadas con factores relacionados a la depresión, según consumo de bebidas alcohólicas. Fuente: La presente investigación. 2016

De las 20 pacientes, en la variable consumo de bebidas alcohólicas, se observó que 11 pacientes que representan el (55%) no consumieron bebidas alcohólicas y 9 pacientes que representan el (45%) si consumieron.

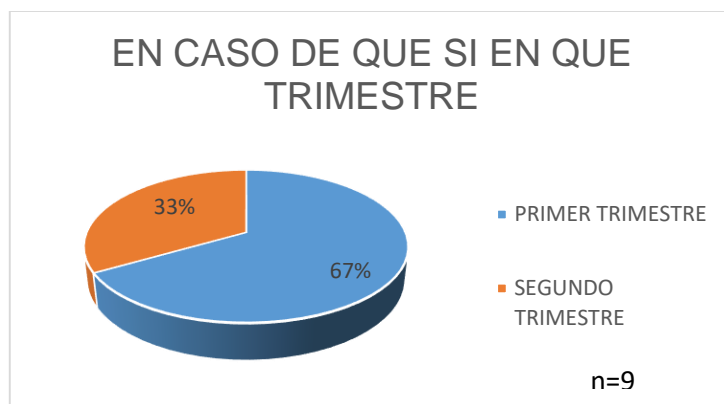


Figura 13. Distribución de la población de mujeres embarazadas con factores de riesgo asociados a la depresión, según en caso de que sí. Fuente la presente investigación. 2016.

De las 9 pacientes, en la variable consumo de bebidas alcohólicas se observó que 6 pacientes que representan el (67%) consumieron bebidas alcohólicas en el primer trimestre y 3 pacientes que representan (33%) en el segundo trimestre.

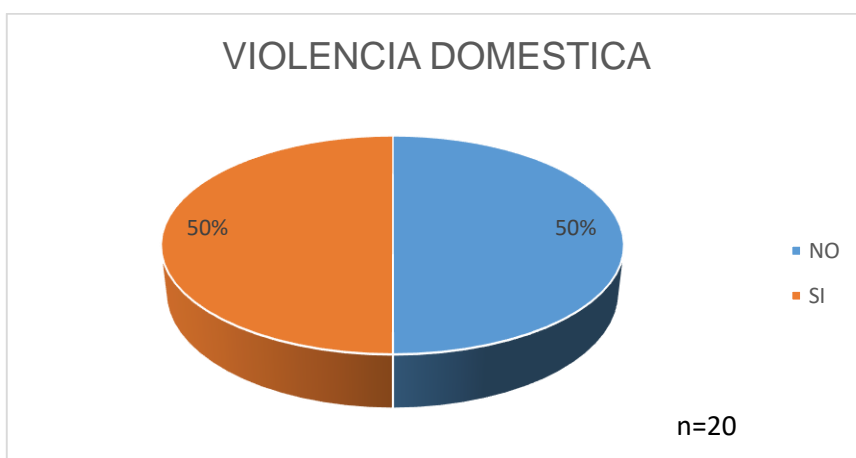


Figura 14. Distribución de la población de mujeres embarazadas con factores relacionados a la depresión, según violencia Domestica. Fuente: La presente investigación. 2016.

De las 20 pacientes estudiadas, En la variable violencia Domestica se observó que 10 pacientes que representan el (50%) si padecieron violencia Domestica y el otro 10 (50%) restante no.

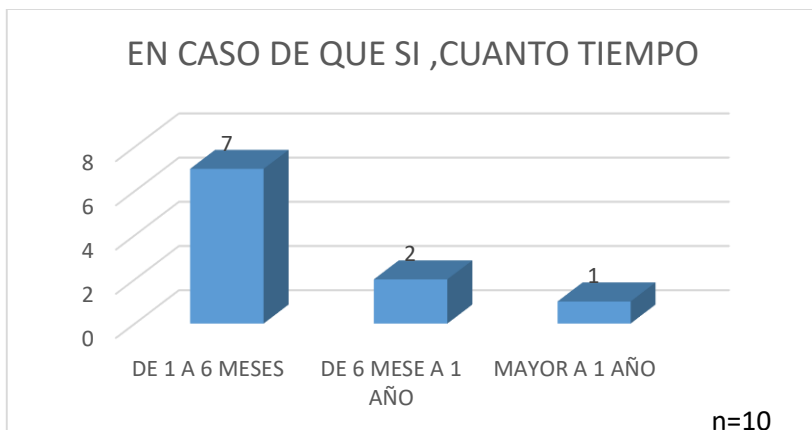


Figura 15. Distribución de la población de mujeres embarazadas con factores relacionados a la depresión, según en caso de que sí. Fuente: La presente investigación. 2016

De las 10 pacientes estudiadas, en el caso de que sí se observó que 7 pacientes que representan el (70%) padecieron violencia domestica de 1 a 6 meses, 2 pacientes que representan el (20%) de 6 meses a un año y 1 paciente que representa el (10%) mayor a un año.

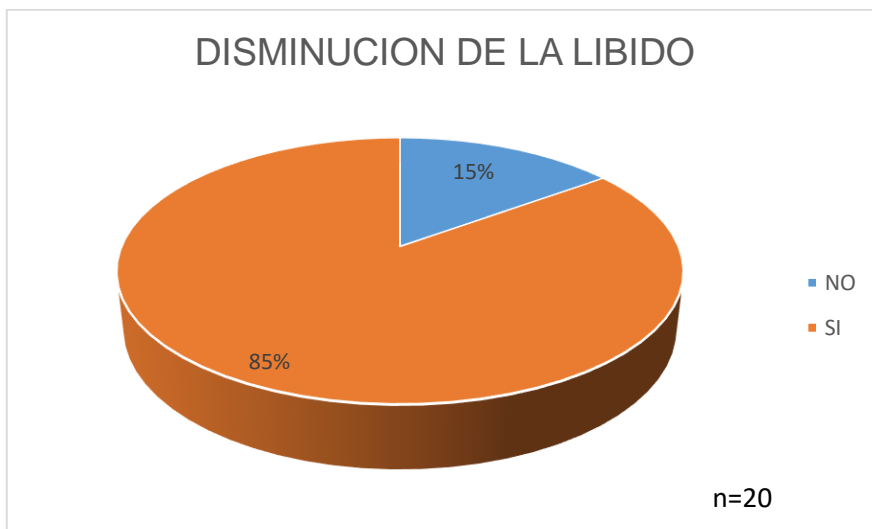


Figura 16. Distribución de la población de mujeres embarazadas con factores relacionados a la depresión, según disminución de la libido. Fuente: La presente investigación. 2016.

De las 20 pacientes, en la variable disminución de la libido se observó que 17 pacientes que representan el (85%) si tuvieron disminución de la libido y 3 pacientes que representan el (15%) no tuvieron disminución de la libido.



Figura 17. Distribución de la población de mujeres embarazadas con factores relacionados a la depresión, alteraciones del sueño. Fuente: La presente investigación. 2016.

De las 20 pacientes, en la variable alteraciones del sueño se observó que el 100% de la población si tiene alteraciones.

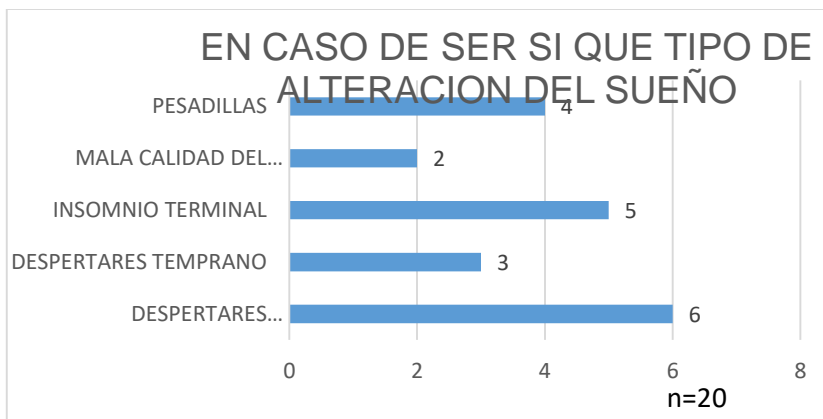


Figura 18. Distribución de la población de mujeres embarazadas con factores relacionados a la depresión, en caso de ser si que tipo de alteración del sueño. Fuente: La presente investigación. 2016.

De las 20 pacientes, en la variable en caso de ser si cual, se observó que 6 pacientes que representan el (30%) presentaron despertares nocturnos, 5 que representan el (25%) presentaron insomnio terminal, 4 que representan el (20%) pesadillas y en menor proporción 2 pacientes que representan el (10%) presentaron mala calidad del sueño.

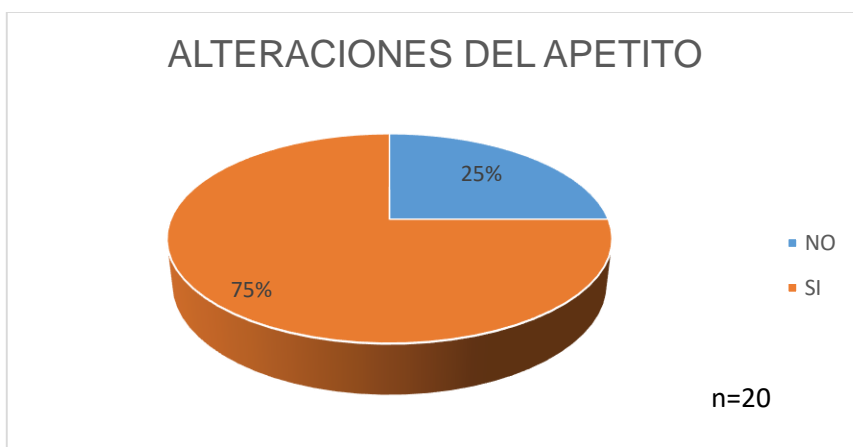


Figura 19. Distribución de la población de mujeres embarazadas con factores relacionados a la depresión, según alteración del apetito. Fuente: La presente investigación. 2016.

De las 20 pacientes, en la variable alteraciones del apetito se observó que 15 pacientes que representan el (75%) si tuvieron alteración del apetito y 5 pacientes que representan el (25%) no tuvieron alteración.

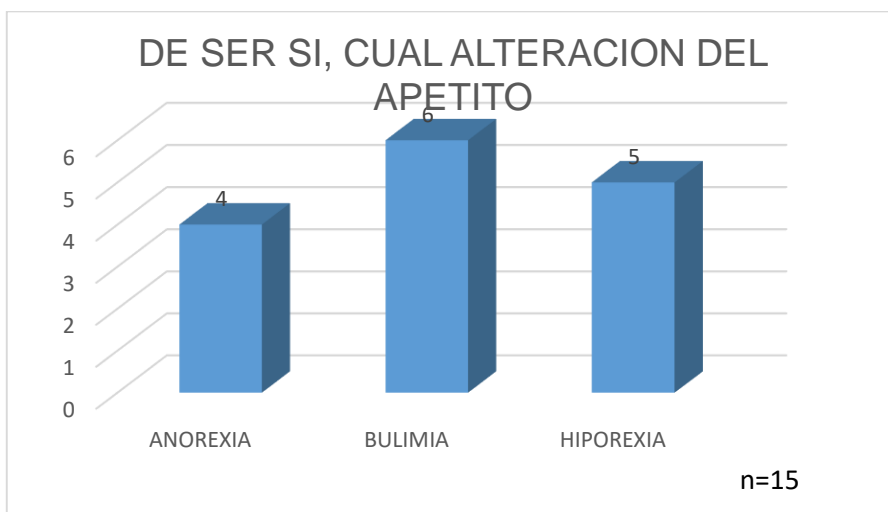


Figura 20. Distribución de la población de mujeres embarazadas con factores relacionados a la depresión, de ser si cual alteración del apetito. Fuente: La presente investigación. 2016.

De las 20 pacientes, en la variable de ser si cual, se observó que 6 pacientes que representan el (40%) presentaron bulimia, 5 pacientes que representan el (33%) hiporexia y 4 pacientes que representan el (27%) anorexia.

Conclusiones

De las variables sociodemográficas en esta investigación podemos concluir que la mayoría de la población estudio es de procedencia urbana de estado civil solteras con un nivel escolar primaria desempleadas y de etnia mestiza.

Dentro de las variables de los Factores de riesgo personales que conllevan a estados depresivos en el embarazo se puede concluir que las pacientes en su mayoría han tenido una sola gesta, no han consumido bebidas alcohólicas durante el embarazo, pero si han sufrido violencia doméstica en un periodo de uno hasta seis meses.

Y finalmente de los factores clínicos de riesgo que conlleven a estados depresivos en el embarazo se pudo evidenciar que la mayoría de las pacientes presentaron disminución de la libido, alteraciones del sueño tipo despertares nocturnos, alteraciones del apetito tipo bulimia al igual que disminución del apetito principalmente en el primer trimestre, además que la mayoría tienen antecedentes psiquiátricos tipo depresión.

Discusión

Es importante destacar en este estudio que la mayoría de las mujeres embarazadas que presentaron estados de depresión eran madres primigestantes y de estado civil solteras, al igual que lo reportado por la asociación Española de psiquiatría en 2013, donde también se consideró que esta condición se presenta por inseguridad emocional y económica.

Es relevante destacar que la mayoría de las embarazadas de este estudio presentaron disminución del apetito y especialmente en el primer trimestre del embarazo, estos datos son similares a los descritos (Luna 2009) quienes coinciden con los resultados de esta investigación.

La mayoría de la población estudio de esta investigación reportó que no consumieron bebidas alcohólicas durante el embarazo, datos contrarios a los reportados por (Guiadarrama, 2000) donde concluía que toda la población de estudio con depresión tenía el antecedente de consumo a largo plazo de bebidas alcohólicas.

En cuanto a violencia doméstica la mitad de la población de este estudio, fue víctima en un periodo de uno hasta seis meses, a diferencia de lo descrito por el ministerio de salud pública de México en su investigación la depresión con inicio temprano curso natural y latencia para buscar tratamiento (2012) donde reportaron que la población es libre de violencia doméstica y no es un factor que pueda desencadenar depresión para su población.

Recomendaciones

Se recomienda a las diferentes instituciones que prestan servicios de salud a maternas, orientar al personal médico a diagnosticar y reportar ante cualquier sospecha o síntoma de depresión al departamento de psicología o psiquiatría para que puedan recibir un tratamiento adecuado y oportuno.

Realizar un seguimiento profesional por parte de psiquiatría a todos los pacientes en cuyos casos se diagnosticó estados de depresión durante el embarazo.

Realizar campañas de tamizaje en los controles prenatales que incluya evaluación emocional especialmente en madres adolescentes como población más susceptible.

Referentes Bibliográficos

- Abiodun, O., Adewuya, Bola, A., Ola, Olutayo, O., Aloba, & Atinuke, O. (2007). *Prevalence and correlates of depression in late pregnancy among nigerian women. Depression and anxiety.*
- Altshuler, L., Hendrich, V., & Cohen, L. (1998). *Course of mood and anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period.* Journal of Clinical Psychiatry.
- Baca, E., Saiz, J., & Agüera, L. (1999). *Validation of the spanish versioin of PRIME-MD: a procedure for diagnosing mental disorders in primary care.* Actas Esp. Psiquiatry.
- Bandura, A. (1998). *Encyclopedia of mental health.* San Diego: Academic Press.
- Bellon, J., Delgado, A., Luna del Castillo, J., & Lardelli, P. (1996). *Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar .*
- Bertolote, J., & Tarsitani, L. (2003). *Chonic medical illness as a loss event in the prediction of major depressive episode.*
- Bremner, J., Vythilingam, M., & Vermetten. (2002). *Reduced volume or orbitofrontal cortex in major depression.* Biol Psychiatry.
- Cadoret, R., O´Gorman, T., Heywood, E., & Troughton, E. (1985). *Genetic and environmental factors in major depression.*
- Campbell, S., Marriott, M., Nahmias, C., & McQueen, G. (2004). *Lower hippocamp volume in patients suffering from depression: a meta-analysis.* Am J. Psychiatry.
- Campo, A., Ayola, C., Peinado, H., Amor, M., & Cogollo, Z. (2007). *Escala de Edinburgh para depresión posparto: consistencia interna y estructura factorial en mujeres embarazadas de Cartagena.* Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología.
- Canli, T., Qiu, M., & Omura, K. (2006). *Neural correlates of epigenesis.* PNAS.
- Casanno, P., & Fava, M. (2002). *Depression and public health, an overview.* Journal of Psychosomatic.
- Caspi, A., Sugden, K., & Moffitt, T. (2003). *Influence of life stress on depression: Moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene.* Science.
- Cervilla, J. (2005). *Manual de la depresión en neurología.*

- Choudary, P., Molnar, M., & Evans, S. (2005). *Altered cortical glutamatergic and GABAergic, signal transmission with glial involvement in depression*. PNAS.
- Ciechanowski, P., Katon, W., & Russo, J. (2000). *Depression and diabetes: Impact of depressive symptoms on adherence, function, and costs*. Arch Intern Med.
- Clark, G. (2000). *Discussing emotional health in pregnancy: the Edinburgh postnatal Depression Scale*. Murray: Br j Community Nurs.
- Conway, K., Compton, W., Stinson, F., & Grant, B. (2006). *Lifetime comorbidity of DSM-IV mood and anxiety disorders and specific drug use disorders: results from the National Epidemiologic Survey on alcohol and related conditions*. Journal of Psychosomatic Research.
- Cotter, D., Mackay, D., & Landau, S. (2001). *Reduced glial cell density and neural size in the anterior cingulate cortex in major depressive disorder*. Arch Gen Psychiatry.
- Cox, W., Abramson, L., Devine, P., & Hollon, S. (2012). *Stereotypes, Prejudice, and Depression: The Integrated Perspective*. *Perspectives on Psychological Science*.
- Department of health and human service. (1999). *The fundamentals of mental health and mental illness*. Mental Health.
- Devane, C., Chiao, E., Franklin, M., & Kruep, E. (2005). *Anxiety disorders in the 21st century: status, challenges, opportunities and comorbidity with depression*. American Journal of Managed Care.
- DiMascio, A., Weissman, M., Prusoff, B., Neu, C., Zwilling, M., & Klerman, G. (1979). *Differential symptom reduction by drugs and psychotherapy in acute depression*. Archives of General Psychiatry.
- Dobson, K. (1989). *A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression*. Journal of Consulting and Clinical Psychology.
- Dowrick, C., Casey, P., Dalgard, O., Hosman, C., Lehtinen, V., Vásquez-Barquero, J., & Wikinson, G. (1998). *The outcomes of depression international network*. British Journal of Psychiatry.
- Dudas, R., Csatorfal, S., Devosa, I., Tőreki, A., Andó, B., Arabás, K., . . . Kozinasky, Z. (2012). *Obstetric and psychiatry risk factors for depressive symptoms during pregnancy*. Psychiatry Research.
- Eaves, G., & Rush, A. (1984). *Cognitive patterns in symptomatic and remitted unipolar major depression*. Journal of Abnormal Psychology.

- Elkin, I., Shea, M., Watkins, J., Imber, S., Sotsky, S., Collings, J., & Glass, D. (1989). *National Institute of mental health treatment of depression collaborative research program. General effectiveness of treatments*. Archives of General Psychiatry.
- Falk, D., Yi, H., & Hilton, M. (2008). . (Age of onset and temporal sequencing of lifetime DSM-IV alcohol use disorders relative to comorbid mood and anxiety disorders». *Drug Alcohol Depend* 94.
- Fava, M., Kaji, J., & Davidson, K. (1996). *Pharmacological strategies for treatment-resistant major depression*. Nueva York: Guilford.
- Fernández, L., & Sánchez, A. (2012). *La depresión en la mujer gestante y su influencia en el proceso de vinculación afectiva prenatal*. Salamanca: Universidad Pontificia de Salamanca.
- Fester, C. (1973). *A functional analysis of depression*. American Psychologist.
- Frodl, T., Meinsezahl, E., & Zetsche, T. (2000). *Hippocampal changes in patients with a first episode of major depression*. Am J. Psychiatry.
- Frodl, T., Meisenzahl, E., & Zill, P. (2004). *Reduced hippocampal volumes associated with the long variant of the serotonin transporter polymorphism in major depression*. Arch Gen Psychiatry.
- Frodl, T., Reinhold, E., & Koutssouleris, N. (2010). *Childhood stress, serotonin transporter gene and brain structures in major depression*. Neuropsychopharmacology.
- Gelenberg, A. (1989). *New perspectives on the use of tricyclic antidepressants*. J. Clin Psych.
- Gershon, E. (1992). *Handbook of affective disorders*. London: Guilford Press.
- Greden, J. (1994). *Introduction: Part II. New agents for the treatment of depression*. J. Clin Psych.
- Haefl, G., Getchell, M., Kopolov, R., Yrigollen, C., & Young, C. (2008). *Association between polymorphism in the dopamine transporter gene and depression. Evidence for a gene-environment interaction in a sample of juvenile detainees*. Psychological Science.
- Hamilton, J., Siemer, M., & Gotlib, I. (2008). *Amygdala volume in major depressive disorder: A meta-analysis of magnetic resonance imaging studies*. Mol Psychiatry.
- Hariri, A., Drabant, E., & Munoz, K. (2005). *A susceptibility gene for affective disorder a response of the human amygdala*. Arch Gen Psychiatry.

- Hasler, G., Willem, J., & Tumonis, T. (2007). *Reduced prefrontal glutamate/glutamine and γ -aminobutyric acid levels in major depression determined using proton magnetic resonance spectroscopy*. Arch Gen Psychiatry.
- Jadresic, E. (2010). Depresión en el embarazo y el puerperio. *Revista Chilena Neuro Psiquiatría*, 269-278.
- Kaplan, H., & Sadock, B. (2000). *Sinopsis de psiquiatría*. Panamericana.
- Kelley, K., & Dantzer, R. (2011). *Alcoholism and inflammation: neuroimmunology of behavioral and mood disorders*. EEUU: Brain Behav Immun.
- Konarski, J. (2005). *Is the cerebellum relevant in the circuitry of neuropsychiatric disorders?* J. Psychiatry Neurosci.
- Lancaster, C., Gold, K., Flynn, H., & Yoo, H. (2010). *Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review*. American journal of obstetrics and gynecology.
- McLean, P., & Hakstian, A. (1990). *Relative endurance of unipolar depression treatment effects: Longitudinal follow-up*. Journal of Consulting and Clinical Psychology.
- Melville, J., Gavin, A., Guo, Y., Fan, M., & Katon, W. (2010). *Depressive disorders during pregnancy prevalence and risk factors in a large urban sample*. Obstet Gynecol.
- Meyer, H., Ginovart, N., & Boovariwala, A. (2006). *Elevated monoamine oxidase A levels in the brain*. Arch Gen Psychiatry.
- Milak, M., Parsey, R., & Keilp, J. (2005). *Neuroanatomic correlates of psychopathologic components of major depressive disorder*. Arch Gen Psychiatry.
- Miller, J., Kinally, E., & Ogden, R. (2009). *Reported childhood abuse is associated with low serotonin transporter binding in vivo in major depressive disorder*. Synapse.
- Morris, B., Byisma, L., & Rottenberg, J. (2009). *Does emotion predict the course of major depressive disorder? A review of prospective studies*. Br Clin Psychol.
- Murphy, J., Nierenberg, A., Laird, N., Monson, R., Sobol, A., & Leighon, A. (2002). *Incidence of major depression: Prediction from subthreshold categories in the Stirling County Study*.
- Owens, M., & Nemeroff, C. (1994). *Role of serotonin in pathophysiology of depression: Focus on the serotonin transporter*. Clin Chem.
- Pimentel, B. (2007). Ansiedad, depresión y funcionalidad familiar en embarazo de alto riesgo obstétrico en el Hospital Materno Infantil de la C. N. S, de la Paz. *Rev Pacheña Med Fam*.

- Regier, D., Rae, D., Narrow, W., Kessler, C., & Schatzberg, A. (1998). *Prevalence of anxiety disorders and their comorbidity with mood and addictive disorders*. British Journal of Psychiatry.
- Rohan, K., Lindsey, K., Roecklein, K., & Lacy, T. (2004). *Cognitive-behavioral therapy, light therapy and their combination in treating seasonal affective disorder*. Journal of affective disorders.
- Ruhé, H., Mason, N., & Schene, A. (2007). *Mood is indirectly related to serotonin norepinephrine and dopamine levels in humans: a meta-analysis of monoamine depletion studies*. Mol Psychiatry.
- Sanacora, G., Gueorguieva, R., & Epperson, C. (2004). *Subtypespecific alterations of aminobutyric acid and glutamate in patients with major depression*. Arch Gen Psychiatry.
- Schmahmann, J. (2004). *Disorders of the cerebellum: ataxia, dysmetria of thought and the cerebellar cognitive affective syndrome*. J. Neurosychiatry clin Neurosci.
- Schmahmann, J. (2007). *The neuropsychiatry of the cerebellum. Insights from the clinic*. Cerebellum.
- Sequeira, A., Mamdani, F., & Ernest, C. (2009). *Global brain gene expression analysis links glutamatergic and gabaergic alterations to suicide and major depression*. PloS ONE.
- Shalev, A., Freedman, S., Perry, T., Brandes, D., Sahar, T., Orr, S., & Pitman, R. (1998). *Prospective study of posttraumatic stress disorder and depression following trauma*. American Journal of Psychiatry.
- Slavich, G. (2004). *Deconstructing depression: A diathesis-stress perspective*. APS Observer.
- Spitzer, R., Kroenke, K., & Williams, J. (1999). *Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: The PHQ Primary Care Study*. JAMA.
- Tsuang, M., & Faraone, S. (1990). *The genetics of mood disorders*. Johns Hopkins University Press.
- Tsuang, M., Bar, J., Stone, W., & Faraone, S. (2004). *Gene-environment interactions in mental disorders*. World Press.
- Unutzer, J., Patrick, D., Diehr, P., Simon, G., Grembowski, D., & Katon, W. (2000). *Quality adjusted life years in older adults with depressive symptoms and chronic medical disorders*. Int Psychogeriatr.

- Walter, M., Henning, A., & Grimm, S. (2009). *The relation ship between aberrant neuronal activation in the pregenual anterior cingulate, altered glutamatergic metabolism, and anhedonia in major depression*. Arch Gen Psychiatry.
- Wender, P., Ketty, S., Rosenthal, D., Schulsinger, F., Ortmann, J., & Lunde, I. (1986). *Psychiatric disorders in the biological and adoptive families of adopted individuals with affective disorders*. Arch Gen Psychiatry.
- World Health Organization. (2001). *Raising awareness, fighting stigma, improving care*. Beijing.
- World Health Organization. (2005). *WHO and the Millennium development Goals*.
- Xiang, L., Szebeni, K., & Szebeni, K. (2008). *Dopamine receptor gene exppression in human amygdaloid nuclei: Elevated D4 receptpr MRNAs in major depression*. Brain Res.
- Zill, P., Engel, R., & Baghai, T. (2002). *Identification of a naturally occurring polymorphism in the promoter region of the norepinephrine transporter and analysis in major depression*. Neuropsychopharmacol.

Anexos

Anexo 1. Presupuesto

Tabla 1. Personal

Nombre/Profesión	Deberes	Horas	Valor por hora (\$XXXX)	TOTAL (\$)
INVESTIGADORES	PLANTEAMIENTO DEL PROYECTO	300	10.000	3.000.000
	RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN Y PRESENTACIÓN FINAL			
ASESORES PROFESIONALES DE INVESTIGACIÓN	Brindar asesoría profesional en la realización del proyecto	50	25.000	1.250.000
TOTAL				4.250.000

Anexo 2. Requerimientos
Tabla 2 Implementos

Tipo de Implemento	Nombre	Costo por item (\$)	No. de items	TOTAL (\$)
De oficina	FOTOCOPIAS	50	50	2.500
	RESMAS DE PAPEL	10.000	2	20.000
	LAPIZ,LAPICEROS,MARCADORES	1.000	10	10.000
	EMPASTADOS	20.000	2	40.000
Electrónicos				
Computador		1.200.000	1	1.200.000
	PORTÁTIL			
TOTAL				1.262.500

Anexo 3. Transporte
Tabla 3. Transporte

Tipo de Transporte	Detalles	Costo/Ida y vuelta (\$)	No. de viajes	TOTAL (\$)
ATOMOVIL	TRASPORTE HASTA EL SITIO DE INVESTIGACIÓN	10.000	10	100.000
TOTAL				100.000

TOTAL DEL PROYECTO: 5.612.500

Anexo 4. Cronograma
Tabla 4. Cronograma

	Activi dad	Año																								Esta tus
		2014												2015												
		E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
1	Realiz ación antepr oyecto		X	X																					Ejec ución	
2	Revisi ón bibliogr áfica			X	X																				Ejec ución	
3	Presen tación y aproba ción del antepr oyecto				X																				Ejec ución	
4	Prueba piloto					X																			Ejec ución	
5	Recole cción de la inform ación					X	X	X																	Ejec ución	
6	Constr ucción de la base de datos																			X					Ejec ución	
7	Análisi s de datos																			X	X				Ejec ución	
8	Estruct ura y redacci ón																			X	X				Ejec ución	
9	Ajuste s y correcc iones																			X	X				Ejec ución	
10	Susten tación final del																				X				Ejec ucion	

